

Gestione del dolore in Pediatria

Mattia Doria¹, Domenico Careddu², Teresa Cazzato³, Flavia Ceschin⁴, Costantino Gobbi⁵, Adima Lamborghini⁶

¹ Pediatra di famiglia, FIMP Venezia; ² Pediatra di famiglia, FIMP Novara; ³ Pediatra di famiglia, FIMP Taranto; ⁴ Pediatra di famiglia, FIMP Pordenone;

⁵ Pediatra di famiglia, FIMP Macerata; ⁶ Pediatra di famiglia, FIMP Teramo

INTRODUZIONE

In età pediatrica il dolore in corso di malattia è un sintomo frequente e temuto. Indipendentemente dalla patologia, dal contesto e dall'età, il dolore mina in maniera importante l'integrità fisica e psichica del bambino e preoccupa in modo significativo i suoi familiari. Oltre a essere un sintomo dannoso, è confermato dalle evidenze scientifiche come un dolore non trattato abbia, in ambito pediatrico, effetti negativi sulla prognosi nel breve e lungo termine: si allungano i tempi di guarigione, aumentano le complicanze e molteplici sono le sequele a distanza, sia da un punto di vista fisico che psicologico-emozionale¹. È stato, infine, dimostrato che il dolore sperimentato nelle prime età della vita determina dei cambiamenti strutturali e funzionali persistenti del sistema nocicettivo, contribuendo a determinare il tipo di architettura definitiva del sistema algico e il livello di soglia del dolore dell'adulto¹.

Il ricorso a un "linguaggio condiviso" per misurare il dolore, l'utilizzo di linee guida che diano indicazioni su tipologia, modalità di somministrazione e dosaggio dei farmaci per controllarlo, nonché l'impiego di tecniche non farmacologiche per ridurre l'intensità del sintomo e l'ansia che lo accompagna, costituiscono la base imprescindibile per la buona cura. In ambito pediatrico sono molti gli strumenti a disposizione per la misura del dolore, ma nessuno valido in assoluto. La scelta, infatti, varia in rapporto a fattori quali età, fase di sviluppo cognitivo, comportamentale e relazionale, situazione clinica, farmacologica, emozionale e logistica, nonché culturale e sociale. Le possibilità d'intervento terapeutico antalgico sono molteplici e vanno usate in modo combinato: la terapia può essere eziologica, farmacologica (basata sull'uso di farmaci specifici) e non farmacologica (psico-comportamentale e fisica). Per massimizzare

l'efficacia e minimizzare gli effetti collaterali, l'uso di dosi appropriate di farmaco, è fondamentale^{1,2}.

Si stima che più dell'80% dei ricoveri in ambito ospedaliero pediatrico sia dovuto a patologie che presentano, fra i vari sintomi, anche dolore. Nonostante la sua frequenza, tuttavia, non sono disponibili dati statistico-epidemiologici che prendano in esame su larga scala e in modo specifico e sistematico il "peso" del sintomo dolore nella pratica clinica territoriale, negli studi dei pediatri di famiglia.

La letteratura rileva, inoltre, che, alle conoscenze attuali, ormai ampie e consolidate, non corrisponde ancora un approccio adeguato nella pratica clinica generale³. Nonostante la disponibilità di linee guida nazionali e internazionali, infatti, la gestione del dolore pediatrico è ancora subottimale e non omogenea. Il presente rapporto-studio ha lo scopo di valutare come un campione di medici pediatri italiani gestisce le tematiche legate al dolore del bambino.

RAZIONALE

Partendo da queste premesse è stata realizzata un'indagine conoscitiva dal titolo "Gestione del dolore in Pediatria", definita nel suo contenuto e nella sua struttura da un team di medici pediatri. L'indagine conoscitiva, finalizzata alla valutazione della rilevanza della gestione del sintomo dolore nella pratica ambulatoriale quotidiana del pediatra di famiglia, indaga sia le principali patologie in causa, sia le modalità di valutazione e di trattamento.

MATERIALI E METODI

Il questionario è stato inviato come *hyperlink* a 5300 medici pediatri operanti su tutto il territorio nazionale ed è composto da 26 domande articolate come segue: 1-5 aspetti generali, 6-8 valutazione dell'importanza della gestione del dolore, 9-15 presenza e valutazio-

Tabella I.

Il Questionario.

<p>1. Genere di appartenenza: M F</p>	<p>Molto importante Necessario</p>	<p>In base a ciò che riferisce bambino In base a ciò che riferisce il genitore/ accompagnatore In base a ciò che riferiscono entrambi Scale algometriche</p>
<p>2. La tua età: 30 - 35 anni 36 - 40 anni 41 - 45 anni 46 - 50 anni 51 - 56 anni 56 - 60 anni 60 - 65 anni > 65 anni</p>	<p>7. Quanto reputi importante educare e informare il bambino alla gestione del dolore? Non importante Poco importante Abbastanza importante Molto importante Necessario</p>	<p>12. Quale delle seguenti scale sei solito utilizzare nel bambino di età compresa tra i 3 e i 5 anni? Risposta multipla FLACC FLACC-R Scala Numerica (NRS) Scala Analogico-Visiva (VAS) Scala Wong-Baker (scala con le faccine) Altro Non utilizzo nessuna scala</p>
<p>3. Il tuo numero di assistiti: < 800 800 - 1000 1000 - 1200 > 1200</p>	<p>8. Sei solito lasciare ai genitori opuscoli/linee guida/raccomandazioni informative sulla gestione del dolore pediatrico? Mai Talvolta Spesso Sempre</p>	<p>13. Quali tra le seguenti scale algometriche sei solito utilizzare per la valutazione del dolore del bambino? (puoi scegliere più di una delle seguenti opzioni) Risposta multipla FLACC FLACC-R Scala Numerica (NRS) Scala Analogico-Visiva (VAS) Scala Wong-Baker (scala con le faccine) Altro Non utilizzo nessuna scala</p>
<p>4. Regione dove eserciti la tua attività professionale: Valle d'Aosta Lombardia Trentino Alto Adige Friuli Venezia Giulia Veneto Piemonte Liguria Emilia Romagna Toscana Marche Abruzzo Umbria Lazio Molise Campania Puglia Basilicata Calabria Sicilia</p>	<p>9. In quale percentuale ritieni sia presente, nel corso dell'anno, il sintomo (da solo o in associazione ad altri sintomi) tra gli accessi presso il tuo studio? 0-10% 10-20% 20-30% 30-40% 0-50% 0-10% 0-20% 0-30% 30-40% 40-0%</p>	<p>14. Sei solito rivalutare il dolore nel bambino dopo la terapia? Risposta multipla No Sì, chiedo sempre al genitore di ricontattarmi dopo qualche giorno Sì, chiamo io il genitore per verificare le condizioni di salute Talvolta Chiedo al genitore di ricontattarmi al bisogno Altro</p>
<p>5. Hai partecipato a Corsi di formazione specifici sulla "gestione del dolore in Pediatria"? Sì, prima del 2013 Sì, dopo il 2013 Non ho mai partecipato a Corsi di formazione specifici sulla "gestione del dolore in Pediatria" Ho approfondito il tema autonomamente</p>	<p>10. Indica le tre cause più frequenti di accesso per dolore presso il tuo Ambulatorio - Selezionare solo le 3 cause più frequenti Dolore traumatico Odontalgie Otalgia Dolore oculare Mal di gola/faringodinia Dolore mestruale Dolore toracico Dolore addominale Dolore scroto Cefalea/emicrania Dolore muscolo-articolare Dolore agli arti non traumatico</p>	<p>15. Se Sì, per la rivalutazione del dolore nel bambino ricorri all'utilizzo di scale algometriche? Risposta singola Mai Talvolta Spesso Sempre</p>
<p>6. Quanto reputi importante educare e informare il genitore alla gestione del dolore? Non importante Poco importante Abbastanza importante</p>	<p>11. Con quale modalità più frequentemente valuti il dolore del bambino durante una visita? Risposta multipla Mai Talvolta Spesso Sempre</p>	<p>16. Quanto frequentemente, prima della visita ambulatoriale, il bambino ha assunto autonomamente analgesici Mai Talvolta Spesso Sempre</p>

(continua)

Tabella I (segue).**Il Questionario.**

17. A quale fonte di informazione fa riferimento un genitore che somministri una terapia analgesica prima della visita ambulatoriale? (indica l'ordine di frequenza ove 1 = il più frequente e 6 = il meno frequente)

Scelta autonoma
 Consulta il web
 Su consiglio telefonico del pediatra
 Su consiglio telefonico guardia medica/
 Pronto Soccorso
 Altra figura sanitaria
 Amici/parenti

18. Nella gestione farmacologia del dolore quale via di somministrazione prediligi?

Orale
 Rettale
 Parenterale

19. In che percentuale ricorri ai seguenti analgesici per la gestione del dolore pediatrico lieve/moderato?

Paracetamolo %
 Ibuprofene %
 Ketoprofene %
 Naprossene %
 Acido acetilsalicilico %
 Nimesulide %
 Noramidopirina %
 Cortisonici %

20. Per la selezione della dose di analgesico fai riferimento?

Risposta singola

Al peso
 All'età
 Sia al peso sia all'età
 Altro specificare

21. Nella gestione del dolore nel bambino, a quale dosaggio di paracetamolo fai solitamente ricorso?

Risposta singola

10 mg/kg
 12 mg/kg
 15 mg/kg
 >15 mg/kg

22. Nella gestione del dolore a quale formulazione di paracetamolo fai solitamente riferimento?

Risposta singola

Granulato orosolubile
 Compresse
 Sciroppo
 Gocce
 Supposte

23. Nella gestione dal dolore nel bambino, a quale dosaggio di ibuprofene fai solitamente ricorso?

Risposta singola

5 mg/kg

< 5 mg/kg
 7 mg/kg
 >10 mg/kg

24. Nella gestione del dolore a quale formulazione di ibuprofene fai solitamente riferimento? Risposta singola

Compresse
 Sospensione orale
 Supposte

25. Nell'ambito della tua pratica clinica ti capita di ricorrere agli analgesici oppiacei?

Risposta singola

Sì
 No
 Consulto lo specialista

26. Nella gestione del dolore con componente infiammatoria (ad es. in corso di otite faringite, laringite) quale tra questi è il principio attivo che prediligi? Risposta singola

Paracetamolo %
 Ibuprofene %
 Ketoprofene %
 Naprossene %
 Altro specificare

ne del dolore, 16-26 approccio terapeutico (Tab. I). I dati, raccolti in forma anonima, tra il 20/07/2018 e il 17/09/2018, sono relativi a un campione di 499 pediatri distribuiti in tutta Italia. Il database è stato strutturato in modo da gestire tutte le tipologie di domande in modo omogeneo. In particolare, per le domande a risposta unica la variabile di riferimento è stata strutturata come lista (una variabile con modalità da 01 a nn), per le domande a risposta multipla è stata definita una variabile per ogni modalità. Il database è stato sottoposto a verifiche di consistenza, è stato poi validato e incluso in formato SAS® Versione 9.4 per le analisi statistiche. È stata effettuata un'analisi univariata le cui sezioni rispecchiano la suddivisione tematica del questionario e alcune analisi bivariate che incrociano le caratteristiche di base del campione con delle risposte considerate significative ai fini dell'analisi.

RISULTATI**Caratteristiche dei partecipanti (domande dalla 1 alla 5)**

Il campione in studio è composto da 499 pediatri distribuiti su tutto il territorio italiano (percentuale di risposta pari al 9,4%).

Per quanto riguarda l'età, il 42,3% dei medici pediatri che compongono il campione ha più di 60 anni, il 49,9% ha tra i 51 e i 60 anni e il 7,8% ha un'età inferiore o uguale ai 50 anni. Il 15,6% dei rispondenti dichiara meno di 800 assistiti, il 52,5% dei rispondenti ha tra gli 800 e i 1.000, il 23,8% ne ha tra i 1.000 e 1.200 e l'8,0% più di 1.200.

Il 60,3% dichiara di aver partecipato a corsi di formazione sulla gestione del dolore in ambito pediatrico: il 14,6% prima del 2013, mentre il 45,7% ne ha preso parte dopo questa data. Il 10,2% dei pediatri, invece,

ha approfondito il tema in modo autonomo, mentre il 29,5% non ha mai partecipato a corsi di formazione né ha mai approfondito l'argomento neppure in autonomia. La percentuale di rispondenti che hanno dichiarato di non aver mai partecipato a corsi di formazione specifici sulla gestione del dolore è maggiore nelle regioni del centro-sud e isole con una percentuale del 34,1% al Centro Italia, 33,7% al Sud e Isole; nel Nord-Ovest, è del 22,1%, e nel Nord-Est del 22,3% (Fig. 1).

Valutazione dell'importanza della gestione del dolore (domande dalla 6 alla 8)

Il 39,1% dei pediatri ritiene che educare e informare il genitore sia necessario e il 47,7% molto importante; il 12,4% considera che sia abbastanza importante. L'analisi dell'appartenenza territoriale del medico pediatra ha evidenziato che a Nord-Ovest si registra la percentuale più alta di medici che ritengono l'**educazione del genitore** molto importante o necessaria (92,2%); la percentuale diminuisce man mano che ci si sposta verso il Sud mantenendo comunque buone percentuali (Nord-Est: 87,5%; Centro: 85,9%; Sud e Isole: 84,6%).

Riguardo l'**educazione del bambino** alla gestione del dolore il 30,1% dei pediatri reputa la questione necessaria e il 51,5% molto importante; il 17,6% ritiene che sia abbastanza importante (Fig. 2).

Il 68,5% dei pediatri intervistati è solito lasciare opuscoli, linee guida o raccomandazioni informative sulla gestione del dolore pediatrico (sempre 8,8%, spesso 17,8%, talvolta 41,9%) ma solo l'8,8% dichiara di utilizzare sempre tali strumenti.

Figura 1.

Distribuzione dei pediatri sul territorio italiano.

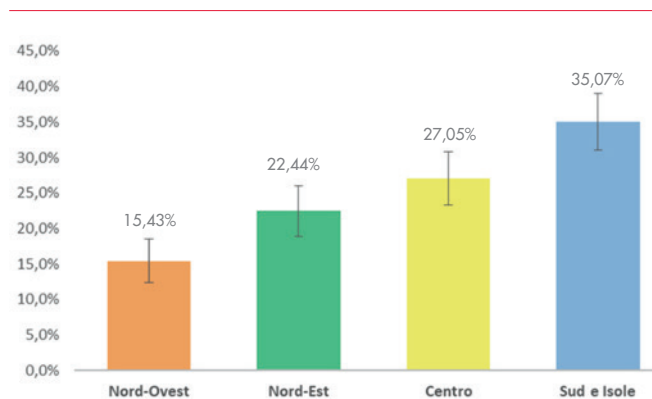
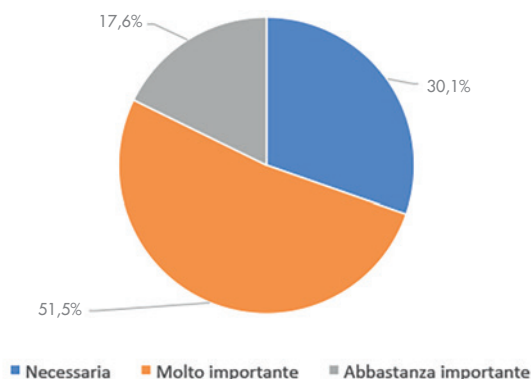


Figura 2.

Importanza dell'educazione del bambino alla gestione del dolore.



Richiesta di consulto per dolore negli ambulatori del pediatra di famiglia (domande dalla 9 alla 10)

In riferimento al numero di accessi totali annuali presso gli studi dei singoli medici pediatri, il 25,0% dei pediatri ritiene che il 20-30% di questi accessi sia dovuto a motivi legati a dolore acuto (da solo o in associazione ad altri sintomi), il 16,8% dei rispondenti lo stima tra il 30% e il 40% del totale, il 15,4% ritiene che questa proporzione si attesti tra il 10 e il 20%. Le restanti categorie presentano tutte percentuali di risposta all'incirca pari o inferiori al 10%.

Tre cause rappresentano l'86,7% degli accessi per dolore presso gli ambulatori: otalgia (31,9%), mal di gola/faringodinia (27,6%) e dolore addominale (27,2%) per un totale di 1293 risposte su 1490

Figura 3.

Richiesta di consulto per dolore negli ambulatori del pediatra di famiglia.

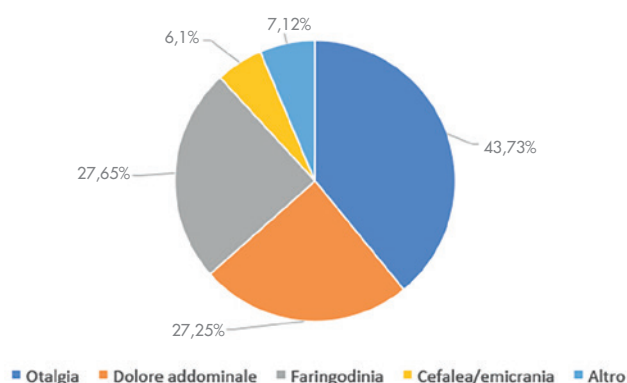
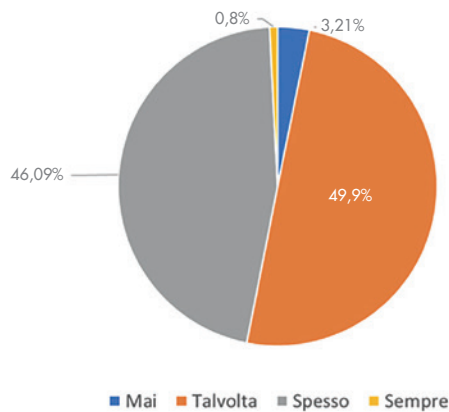


Figura 4.

Pazienti che già assumono analgesici al momento della prima visita.



(Fig. 3). La causa subito dopo più frequente è la cefalea/emicrania (6,1% sul totale percentuale). Tutte le altre cause presentano, invece, una percentuale di risposta inferiore al 3%.

Valutazione del dolore (domande dalla 10 alla 15)

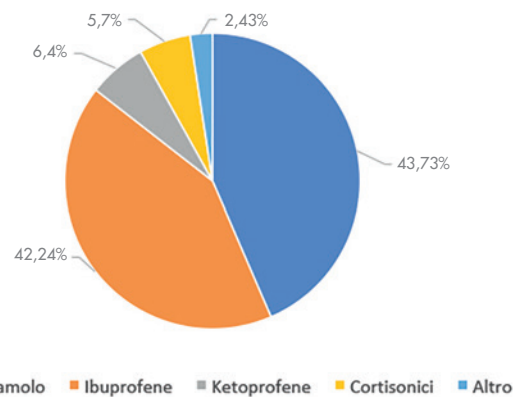
Il 61,9% dei medici pediatri valuta il dolore del bambino prevalentemente in base a ciò che riferiscono il bambino e il genitore/accompagnatore, il 7,4% fa riferimento a ciò che riferisce solo il bambino, il 3,9% a ciò che riferisce l'accompagnatore. Solo il 27,5% dei pediatri si avvale prevalentemente delle scale algometriche. Tra esse, quelle maggiormente utilizzate per la valutazione del dolore nel bambino sono la Scala Wong-Baker (27,2%) e la Scala Numerica, utilizzata dal 22,4%; il 34,3% dei pediatri dichiara di non utilizzare alcuna scala.

Nel caso di bambini di età compresa tra i tre e i cinque anni, la Scala Wong-Baker è la più utilizzata (37,7%); il 6,6% ricorre alla Scala Numerica, il 12,5% utilizza altre scale (FLACC, FLACC-R, VAS) mentre il 43,3% non utilizza alcuna scala di valutazione.

Il 98,6% dei pediatri è solito rivalutare il dolore nel bambino dopo la terapia: di questi, l'84% preferisce essere contattato dai genitori piuttosto che contattare di propria iniziativa il genitore. Questa rivalutazione viene effettuata prevalentemente senza scale algometriche (45,9% dei pediatri) o attraverso l'utilizzo saltuario di queste (per il 40,2%), mentre solo il 13,8% dei pediatri dichiara di utilizzarle spesso o sempre.

Figura 5.

Principi attivi di scelta nel dolore lieve-moderato.



Infine, l'1,4% dichiara di non effettuare alcuna valutazione del dolore post terapia.

Approccio terapeutico (domande dalla 16 alla 26)

Secondo il 96% dei pediatri, i bambini si presentano alla visita ambulatoriale per un problema di salute il cui sintomo prevalente è il dolore avendo già assunto analgesici "spesso" nel 46,1% dei casi e "sempre" nell'1% dei casi (Fig. 4).

Viene stimato che la fonte principale di riferimento per il genitore, quando somministra un analgesico al bambino prima della visita ambulatoriale, indipendentemente da quanto spesso, è il consiglio telefonico del pediatra seguito dalla scelta autonoma e dal consiglio telefonico della guardia medica/pronto soccorso; più raramente la decisione viene presa sulla base del consulto del web, del parere di amici e/o parenti e del parere di altra figura sanitaria.

Gli analgesici maggiormente utilizzati dai medici pediatri per la gestione del dolore lieve-moderato sono il paracetamolo (43,7%) e l'ibuprofene (42,2%), indipendentemente dalla fascia d'età (Fig. 5). Per la gestione del dolore con componente infiammatoria, nella quasi totalità dei casi (> 99%) si utilizzano due principi attivi: l'ibuprofene (71,7%), seguito dal paracetamolo (27,2%).

La percentuale di utilizzo di cortisonici è pari al 5,7%; in quest'ambito i medici con più di 65 anni ne fanno un utilizzo minore rispetto ai colleghi più giovani. Anche sul territorio emergono differenze nell'utilizzo

di cortisonici: dei 65 pediatri che hanno dichiarato di farne uso, il 46% opera nell'area Sud e Isole, il 20% lavora nel Nord-Ovest, un ulteriore 20% opera nel Centro Italia mentre il restante 14% esercita nel Nord-Est. Le percentuali dipendono fortemente dalla numerosità totale di ciascuna area geografica. Il ketoprofene viene utilizzato per il trattamento del dolore nel 6,4% dei casi.

L'81,2% dei medici dichiara di non ricorrere ad analgesici oppiacei: per il loro utilizzo solo il 3,8% riporta di averli utilizzati in modo autonomo mentre il 15,0% chiede consiglio allo specialista.

La via di somministrazione del farmaco per il dolore alla quale i pediatri fa riferimento è essenzialmente quella orale (97,3%).

Le formulazioni di paracetamolo a cui i pediatri fanno riferimento in modo prevalente sono lo sciroppo (83,4%), il granulato orosolubile (9,6%) e le supposte (5,8%). Per l'ibuprofene, la formulazione di riferimento è, per tutti, la sospensione orale (100%).

Il 59,3% dei pediatri dichiara di scegliere l'analgesico in funzione del peso del paziente, il 40% sia in funzione del peso che dell'età. Nessun pediatra fa riferimento solamente all'età per la selezione del dosaggio dell'analgesico.

Il dosaggio di paracetamolo utilizzato dal 62,32% dei pediatri è di 15 mg/kg, anche se, in ogni classe d'età, il 18,0% dichiara di ricorrere a un dosaggio inferiore a 15 mg/kg.

Per l'ibuprofene, invece, circa il 54,1% dichiara di utilizzare un dosaggio di 10 mg/kg, mentre tra il 27,4% dei rispondenti dichiara di preferire un dosaggio di 7 mg/kg.

Nei bambini di età compresa tra tre e cinque anni, il 52% dei medici rispondenti dichiara di utilizzare almeno una scala algometrica. Il restante 48% non ne fa uso; di questi ultimi circa il 20,17% ricorre a dosaggi di paracetamolo inferiori a 15 mg/kg e il 16,09% utilizza dosaggi superiori ai 15 mg/kg. Per il dosaggio dell'ibuprofene, tra coloro che non utilizzano scale il 50% dichiara di utilizzare dosaggi inferiori ai 10 mg/kg e il restante 50% preferisce dosi di 10 mg/kg; tra i pediatri che fanno uso di almeno una scala, circa il 59% è solito somministrare dosi di 10 mg/kg mentre solo il 41% utilizza dosi inferiori.

DISCUSSIONE

L'indagine ci permette di avere un quadro informativo sulle attitudini del pediatra di famiglia italiano rispetto alla gestione del dolore nell'ambito delle cure primarie. Il tema del "dolore" non viene affrontato in modo organico e strutturato in tutte le facoltà di Medicina e Chirurgia della realtà universitaria italiana e non rappresenta neppure un ambito di approfondimento specifico durante il periodo di formazione specialistica in pediatria.

D'altra parte la gestione del dolore presenta specifiche necessità di approccio in relazione ai diversi setting assistenziali.

I dati raccolti da questa indagine ci permettono di evidenziare come ben il 29,5% dei pediatri di famiglia non abbia mai avuto occasione di partecipare a corsi di formazione specifici in tema di gestione del dolore con una relativa maggiore prevalenza nelle regioni del Centro-Sud e Isole (Centro 33,7%, Sud e Isole 34,1%) rispetto alle regioni del Nord (Nord-Est 22,3%, Nord-Ovest 22,1%).

Particolarmente importante è il ruolo della formazione per una maggiore consapevolezza nella necessità di diffondere in modo appropriato la cultura della gestione del dolore anche con i genitori e i bambini stessi attraverso strumenti condivisi che attualmente risultano ancora poco utilizzati (solo l'8,8% dei pediatri usa sempre scale algometriche).

Il sintomo dolore è presente nella quotidianità professionale del pediatra di famiglia. Le cause più frequenti nel setting delle cure primarie sono riferibili alle affezioni delle alte vie respiratorie (gola 27,6% e orecchio 31,9%) e al tratto gastrointestinale (27,2%). Di gran lunga meno riportate come causa del dolore la cefalea (6,1%) e altre cause (< 3,0%). Sarebbe utile approfondire questi dati per capire se attraverso un'anamnesi accurata si riesca a far emergere il sintomo dolore meno evidente o quello che il bambino non riferisce in modo acuto.

Circa la valutazione del dolore l'approccio della pediatria territoriale è eterogeneo. La maggior parte dei pediatri che hanno risposto al questionario dichiara di valutare il dolore in base a quanto riferiscono sia il bambino che il genitore (61,9%). Solo il 27% dei pediatri ricorre all'utilizzo di scale per la misurazione del dolore nel bambino e il 34,4% dichiara di non utilizzare nessuna scala. Quest'ultimo dato sale

al 43,3% nella fascia di età 3-5 anni nell'ambito della quale solo il 37,7% dei pediatri rispondenti utilizza Scala Wong-Baker appropriata per l'età.

Il gold standard per la valutazione del dolore è rappresentato dalle scale di autovalutazione, che si fondano sulla quantificazione da parte del bambino del proprio dolore. In caso di bambini molto piccoli (0-3 anni) è possibile utilizzare la scala FLACC, basata su 5 parametri comportamentali (*Faces, Legs, Activity, Cry and Consolability*), a ciascuno dei quali può essere attribuito un punteggio tra 0 e 2. Un sua variante, la *FLACC-Revised* può essere utilizzata per i bambini con deficit cognitivo-comportamentali, che non sono in grado di comunicare verbalmente la loro sofferenza. Nei bambini dai 3 agli 8 anni è possibile far ricorso alla scala di Wong-Baker, dove il bambino, grazie a delle faccine presenti sulla scala, riesce intuitivamente a esprimere il proprio dolore. Quando il bambino è in grado di contare, orientativamente sopra gli 8 anni, è possibile somministrare la scala NRS (*Numeric Rating Scale*). Si tratta di una linea orizzontale che presenta da 0 (nessun dolore) a 10 (il peggiore dolore possibile) delle ancore intermedie per la valutazione del livello del proprio dolore.

Sul versante terapeutico la quasi totalità dei pediatri riferisce che la maggior parte dei bambini che si presentano in studio per un problema di dolore ha già assunto una terapia antidolorifica prima della visita. La percezione maggiormente condivisa è che i genitori chiedano principalmente consiglio al pediatra e, su questo tema, si rivolgano meno ad altre fonti di informazione. Il genitore è il responsabile attivo nella prevenzione delle malattie, nel mantenimento dello stato di salute e nel favorire la cura del proprio bambino. La sua corretta formazione e informazione da parte del proprio pediatra può facilitare e contribuire a una migliore gestione globale del sintomo dolore.

La via di somministrazione orale rimane di gran lunga, e appropriatamente, quella di riferimento per i pediatri di famiglia: in effetti questa rappresenta l'unica via di somministrazione per la gestione domiciliare del dolore che permette di somministrare il farmaco in modo preciso. Si può ricorrere alla via rettale in caso di nausea e vomito o nell'eventualità di significative difficoltà di deglutizione.

Gli analgesici più somministrati dal pediatra di famiglia sono gli analgesici non oppioidi. Paracetamolo

(43,7%) e ibuprofene (42,2%) rappresentano le due molecole più utilizzate.

Emerge un elemento di relativa inappropriatazza della dose di utilizzo dei comuni farmaci antidolorifici che, soprattutto in riferimento al paracetamolo, ne rende l'efficacia terapeutica sotto-dimensionata rispetto al desiderato e al desiderabile. Somministrare la corretta posologia in funzione del peso e dell'età del paziente è fondamentale per garantire il successo della terapia farmacologica. Il 38% dei pediatri ha riportato di selezionare un dosaggio di paracetamolo diverso da 15 mg/kg. Paracetamolo è infatti raccomandato al dosaggio di 15 mg/kg in singola somministrazione, ripetibile ogni 6 ore fino a un massimo di 60 mg/kg al giorno. Paracetamolo è l'unico analgesico che può essere somministrato fin dalla nascita. Nel neonato e nel lattante fino a 3 mesi di età (< 6,1 kg) è appropriato un dosaggio di paracetamolo prossimo ai 10 mg/kg ripetibile ogni 6 ore fino a un massimo di 4 somministrazioni giornaliere. Sopra il 3° mese di età (> 5,6 kg) è indicato in età pediatrica anche ibuprofene, al dosaggio massimo di 20-30 mg/kg al giorno da suddividere in 3 somministrazioni. Per l'ibuprofene il 45% dei pediatri che hanno risposto all'indagine riferiscono di utilizzare una dose inferiore a quella di 10 mg/kg/dose. In caso di dolore con componente infiammatoria i pediatri hanno indicato preferenza nell'ibuprofene (71,7%), dal momento che rispetto al paracetamolo è un FANS.

È degna di nota una percentuale del 5,7% di pediatri che riferiscono di utilizzare un farmaco cortisonico per via sistemica per la gestione del dolore.

L'81% circa dei pediatri dichiara di non ricorrere ai farmaci oppiacei per la gestione del dolore pediatrico nella propria pratica professionale e questo è certamente riferito al fatto che la prevalenza di dolore moderato-grave nell'ambito delle cure primarie è meno rappresentato. Tuttavia, il loro utilizzo deve essere opportunamente valutato in caso di dolore importante, non adeguatamente gestibile con l'analgesico non oppiaceo.

Chi fa uso dei farmaci oppiacei si avvale di una consulenza specialistica nel 15% dei casi mentre meno del 4% gestisce questa tipologia di farmaci in autonomia.

CONCLUSIONI

L'ambito delle cure primarie è gravato da una buona percentuale di condizioni cliniche che si presentano con il sintomo dolore.

Sempre più frequenti, inoltre, sono i bambini con patologie gravi e/o croniche che necessitano di una terapia del dolore continuativa e personalizzata, condivisa tra i pediatri dei centri specialistici e i pediatri delle cure primarie.

L'indagine conoscitiva realizzata su un campione di 499 pediatri di famiglia (pari al 9,4% di coloro ai quali è stato inviato il questionario) che hanno risposto in modo anonimo, permette di mettere in evidenza quanto ancora ci sia da fare in termini di gestione del dolore in Italia, soprattutto in termini di valutazione e misurazione oggettiva del sintomo.

In questo senso la formazione universitaria e specialistica ancor oggi non permette ai pediatri di acquisire conoscenze sufficienti e adeguate ai diversi contesti assistenziali. Allo stesso tempo la formazione professionale post-universitaria risulta anch'essa insufficiente rispetto all'acquisizione delle competenze specifiche necessarie nelle cure primarie. Emerge evidente, d'al-

tra parte, che il pediatra formato gestisce in modo più appropriato il dolore (valutazione e misurazione) e utilizza in modo più appropriato (molecola e dosaggio) i farmaci antidolorifici.

È necessario un rinnovato impegno formativo per la qualificazione professionale pediatrica sul tema della gestione del dolore a partire dalle realtà territoriali nelle quali questo tema non è stato sufficientemente affrontato.

Il progetto è stato realizzato con il contributo non condizionante di Angelini S.p.A.

Bibliografia di riferimento

- ¹ Benini F, Congedi S, Minicucci A, et al. *Il trattamento del dolore nei Pronto Soccorso italiani Soddisfazione e percezione della qualità di accompagnatori e bambini PIPER (Pain In Pediatric Emergency Room) Weekend study.* Medico e Bambino 2017;36:163-8.
- ² Raffaelli G, Orenti A, Gambino M, et al. *Fever and pain management in childhood: Healthcare providers' and parents' adherence to current recommendations.* Int J Environ Res Public Health 2016;13:1-16.
- ³ Ferrante P, Cuttini M, Zangardi T, et al. *Pain management policies and practices in pediatric emergency care : a nationwide survey of Italian hospitals.* BMC Pediatrics 2013;13:139.