• *"Gli strumenti per la rilevazione del dolore nel neonato e nel bambino adottati nell'Unità Operativa di Pediatria/ Neonatologia nell'Azienda USL di Imola"*

Elena Dalmonte

L'International Association for the Study of Payn definisce il **Dolore** "***una esperienza soggettiva sensoriale, emozionale spiacevole, derivante da un effettivo o potenziale danno tessutale oppure descritta in termine di tale danno***".

Il dolore non sempre è direttamente proporzionale all'entità del danno tessutale (qualora esista): dipende da una complessa interazione di molteplici fattori (ambientali, psicologici, sociali, culturali e anamnestici) in grado di modulare la sensazione dolorosa, intensificandola o mitigandola.

Il dolore è difficile da valutare, soprattutto nei bambini, che spesso mancano delle capacità cognitive ed espressive, necessarie per esternare ciò che provano.Tuttavia la valutazione del dolore è di fondamentale importanza non solo per rilevarne la presenza, ma anche, e soprattutto, per valutare l'efficacia degli interventi adottati per il trattamento.

Il mancato trattamento del dolore può determinare una riduzione della mobilizzazione, un trauma psicologico, un aumentato rischio di infezioni, un processo lento di guarigione e una più lunga ospedalizzazione.

Solo negli ultimi decenni la scienza medica ha iniziato ad occuparsi della rilevazione e del controllo del dolore e, in particolare, di analgesia in età pediatrica: il trattamento e la diminuzione del dolore costituisce un diritto indipendentemente dall'età del soggetto.

Oggi, anche grazie all'intervento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che si è interessata al tema "Il Dolore in Pediatria", gli operatori sanitari hanno preso coscienza del problema "*Dolore nel bambino".*

Negli ultimi anni, la Regione Emilia-Romagna ha emanato direttive finalizzate ad affrontare il problema della gestione del dolore in ambito pediatrico: oggi, la valutazione del dolore costituisce un indicatore di qualità dell'assistenza pediatrica negli ospedali, come si evince dalla normativa dell'accreditamento delle strutture sanitarie.

Il ruolo dell'infermiere pediatrico è estremamente importante e prezioso per vari motivi.

L'esperienza dolorosa in un ambiente extradomestico, quale è l'ospedale, è sentita dal bambino in modo amplificato perché sono diverse le cause (prelievo di sangue, ferite chirurgiche, ecc.), diverse sono le condizioni psico-fisiche (si trova in ospedale a causa di uno stato di malattia, accertata o sospetta): l'effetto finale è la sensazione di abbandono e quindi di paura, e conseguente crescita esponenziale della percezione del dolore.

La valutazione del dolore nel bambino è resa ancor più complessa dal fatto che le caratteristiche fisiologiche, psicologiche, patologiche, nonché di reazione allo stimolo doloroso, variano a seconda delle diverse fasi dell'età evolutiva.

Ricerche scientifiche hanno promosso una vera a propria rivoluzione culturale facendo giustizia di pregiudizi e vecchie concezioni che sostenevano una scarsa percezione o memoria di dolore da parte del bambino e, in particolare, del neonato.

In realtà, già a partire dalla 24° settimana di età gestazione sono presenti le basi anatomiche e fisiologiche per la percezione del dolore.

Il **neonato** è in grado di provare dolore e risponde allo stimolo nocicettivo con un riflesso semplice (il pianto oppure la retrazione dell'arto durante le manovre che provocano dolore); tuttavia non si devono trascurare altri importanti elementi, quali la variazione di alcuni parametri (FC, FR, Sat.O2, PA) o del comportamento (espressione del volto, postura assunta, motilità). Occorre, però, tener presente che questi elementi possono essere influenzati da condizioni diverse, prima fra tutte la condizione di patologia in atto. Da ciò deriva l'importanza del ruolo dell'infermiere pediatrico, che non deve solo osservare prontamente la variazione di stato del neonato assistito, ma deve soprattutto interpretarlo.

Il **lattante** risponde allo stimolo nocicettivo con una risposta comportamentale semplice, ma più spesso motorio-complessa: infatti, oltre a piangere o a retrarre la parte lesa, può presentare un irrigidimento generalizzato oppure, specie nel caso di dolore persistente, apatia o immobilità oppure posizione antalgica.

Il **bambino**, in possesso di capacità mnemoniche e cognitive, risponde con strategie anticipatorie di difesa, cercando di prevenire il dolore allontanandosi dall'evento doloroso; ad esempio non vuole entrare in ambulatorio vaccinazioni perché ricorda la precedente esperienza.

Una corretta valutazione del dolore non può prescindere dal riconoscere al genitore un ruolo prioritario; l'infermiere pediatrico deve cercare la collaborazione del genitore, perché costui conosce il proprio figlio e ne sa interpretare i bisogni e i desideri, ed è il suo alleato più fidato.

L'infermiere deve saper ascoltare i famigliari e nello stesso tempo deve coinvolgerli, rendendoli partecipi delle procedure diagnostiche e/o terapeutiche da attuare; deve prendere in dovuta considerazione il riferimento a precedenti esperienze dolorose vissute dal bambino; deve raccogliere suggerimenti perché potrebbero aver già sviluppato strategie per far fronte al dolore.

L'aiuto del genitore può risultate utile anche nell'identificare la scala del dolore che più si adatta al loro bambino.

LINEE GUIDA PER LA VALUTAZIONE DEL DOLORE

Le scale del dolore si basano su valutazione di parametri comportamentali e clinici, utilizzabili per neonati e piccoli lattanti, e su tecniche di autorilevazione per i bambini più grandi.

Valutazione del comportamento

La valutazione del dolore attraverso l'osservazione del comportamento è vantaggiosa perché non invasiva, non richiede alcuno sforzo da parte del bambino, e non dipende dalle sue capacità cognitive o linguistiche.

L'infermiere deve prestare molta attenzione alle risposte comportamentali del bambino, perché esse possono essere condizionate da fattori diversi dal dolore: la patologia di base, le manovre terapeutiche invasive, i farmaci.

Più è bassa l'età del bambino, maggiore è l'importanza che deve essere data al pianto, anche se non devono essere trascurate la motilità attiva e la postura.

L'infermiere deve saper interpretare il pianto del neonato, prestando attenzione al tono, alla ritmicità e al grado di consolabilità, al fine di identificare il "*pianto del dolore*".

Segni clinici

Frequenza cardiaca, frequenza respira-

toria, pressione arteriosa, saturazione dell'ossigeno: sono parametri facilmente influenzabili da situazioni (patologiche e non) non necessariamente dolorose. Pertanto la valutazione del dolore basata sui segni clinici non può essere avulsa da un contesto più ampio che tenga conto della condizione di base.

Tecniche di auto-rilevazione

Essendo il dolore un'esperienza soggettiva, le tecniche di auto-rilevazione sono sicuramente le più attendibili: è necessario, però, che il bambino sia in grado di descrivere adeguatamente il dolore che percepisce. È bene ricordare che il bambino nella spiegazione del dolore può essere influenzato da fattori contestuali (momentanea lontananza del genitore preferito, oppure timore per le imminenti procedure per il trattamento antidolorifico). Inoltre, è necessario considerare le notevoli differenze esistenti fra i bambini nello sviluppo del linguaggio e delle capacità cognitive, nonché per fattori socio-culturali e ambientali. Per questi motivi, nella definizione delle "Linee-guida del Dolore" si è concordato di applicare anche al bambino grande una scala multidimensionale utilizzando comportamento e segni clinici, oltre all'autovalutazione. Ma la valutazione del dolore non deve essere un'operazione asettica, "da mansionario", bensì essere la prova tangibile di una stretta relazione tra infermiere e paziente, in cui l'uno riuscirà a comprendere i riferimenti ad un dolore classico, differenziandolo da una situazione "dolorosa", e l'altro dimostrerà di avere fiducia nel personale sanitario, considerandolo alla stregua di componente della propria famiglia.

La valutazione clinica del dolore deve comprendere l'identificazione delle cause e della tipologia del dolore con rilevazione di caratteristiche temporali, sede e intensità.

La valutazione del dolore assume significato quando è assicurata la sua massima visibilità mediante la presenza di strumenti di valutazione nella cartella clinica.

Seguendo le indicazioni regionali, nella nostra Azienda si è costituito il COSD (Comitato Ospedale Senza Dolore) con la presenza di operatori di diversa professionalità. Per l'Unità operativa di Pediatria e Neonatologia hanno partecipato un dirigente medico e la caposala, che hanno elaborato, assieme a tutta l'équipe, 4 schede per la rilevazione del dolore, adattando le linee-guida della Regione alla tipologia dei pazienti ricoverati.

RILEVAZIONE DEL DOLORE NEL NEONATO

INDICATORE	COMPORTAMENTO/CARATTERISTICA	PUNTEGGIO
Pianto	Assente Piagnucolio Alta tonalità di pianto Inconsolabile	0 1 2 3
Espressione facciale	Rilassata Smorfia Smorfia, Lamento Lamento	0 1 2 3
Stato di vigilanza	Sonno regolare Sonno/Veglia Veglia continua e risvegli frequenti Agitazione	0 1 2 3
Comportamento motorio	Arti rilassati Movimenti alternati al rilassamento Movimenti irrequieti* (*concitati costantemente) Aumento tono muscolare	0 1 2 3
Frequenza cardiaca	Regolare Irregolare Irregolare Tachicardia stabilmente (> 130 <150 battiti minuto) Tachicardia stabilmente > 150 battiti al minuto	0 1 2 3
TOTALE		

Legenda:
Punteggio da 0 a 5 = Dolore assente
Punteggio da 6 a 8 = Dolore lieve
Punteggio da 9 a 11 = Dolore medio
Punteggio oltre 12 = Dolore forte

RILEVAZIONE DEL DOLORE NEL NEONATO
Bambino da 1 mese a 30 mesi

INDICATORE	COMPORTAMENTO/CARATTERISTICA	PUNTEGGIO
Stato di Veglia	Agitato Alternanza di Agitazione e tranquillità Tranquillo	2 1 0
Pianto	Persistente Intermittente Assente	2 1 0
Risposta a manovre clinica: palpazione dell'addome	Presente Irrequieto Assente	2 1 0
Regolarità de Ritmo: sonno - veglia - pasti - gioco	Assente Incostante Presente	2 1 0
Consolabilità	Assente Intermedio Presente	2 1 0
TOTALE		

Legenda:
Punteggio da 0 a 4 = Dolore assente
Punteggio da 5 a 7 = Dolore medio/lieve
Punteggio da 8 a 10 = Dolore intenso

RILEVAZIONE DEL DOLORE NEL NEONATO
Bambino dai 31 mesi ai 6 anni

INDICATORE	COMPORTAMENTO/CARATTERISTICA	PUNTEGGIO
Pianto	Assente Pianto intermittente o lamentoso Pianto disperato	0 1 2
Faccia	Sorridente "Serioso" Sofferente	0 1 2
Parole (comportamento verbale)	Abituale Richiesta di aiuto Richiesta di aiuto frammisto a pianto Pianto e lamenti continui	0 1 2 3
Comportamento motorio	Movimenti abituali Movimenti convulsi (*concitati*) Movimenti irrequieti (*agitazione psicomotoria*)	0 1 2
Consolabilità	Presente Intermedio Assente	0 1 2
TOTALE		

Legenda:
Punteggio da 0 a 1 = Dolore assente
Punteggio da 2 a 4 = Dolore medio/lieve (ma sopportabile)
Punteggio da 5 a 10 = Dolore forte, non sopportabile

RILEVAZIONE DEL DOLORE
Bambino dai 6 anni ai 14 anni

SCALA VERBALE

Assente	Lieve	Fastidioso	Forte	Insopportabile o Fortissimo
0	1	2	3	4

SCALA NUMERICA

Nessun dolore									Massimo dolore	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

L'elaborazione delle schede è stata preceduta da incontri di formazione e informazione con gli specialisti della Unità operativa di Analgesia; le schede sono poi state presentate alla Direzione sanitaria e agli operatori addetti all'assistenza pediatrica.
Questo percorso è tuttora in atto: i referenti COSD dell'Unità operativa di Pediatria hanno convenuto di formulare un processo dinamico, modificabile sulla base di nuove indicazioni provenienti da sedi qualificate.
La rilevazione del dolore ai pazienti ricoverati è iniziata a maggio 2004.
Sono state redatte 4 schede:
A. Neonato (0 - 30 giorni)
(Tab allegato n. 1)
B. Lattante (1 - 30 mesi)
(Tab. allegato n. 2)
C. Divezzo (31 mesi-3 anni)
(Tab. allegato n. 3)
D. Bambino
(Tab. allegato n. 4).

Per ciascuna scheda sono stati identificati degli indicatori, con caratteristiche e punteggio specifici.
Analizziamo ad esempio la scheda del neonato. Gli indicatori scelti sono: il pianto, il volto, lo stato di vigilanza, il comportamento motorio e la frequenza cardiaca: Per ogni indicatore sono state individuate scale numeriche (esempio pianto; piagnucolio1; pianto ad alta tonalità 2; pianto inconsolabile 3; o assente valore 0).
La somma di questi valori stabilisce la presenza e l'intensità del dolore:

Punteggio da 0 a 5 = Dolore assente
Punteggio da 6 a 8 = Dolore lieve
Punteggio da 9 a 11 = Dolore medio
Punteggio oltre 12 = Dolore forte

(vedi Tab. allegato 1)

Dal valore 6 il neonato viene trattato farmacologicamente monitorizzando l'esito ogni 30-60 minuti.
Con questa stessa metodologia gli infermieri utilizzano le altre schede.
L'infermiere pediatrico, quotidianamente, raccoglie dati anamnestici relativi a precedenti esperienze di dolore; è consapevole dell'importanza della valutazione e registrazione periodica nella documentazione infermieristica. Nella valutazione l'infermiere prevede sempre la partecipazione dei genitori, tiene in considerazione che la valutazione del dolore può essere influenzata dallo stato d'animo del bambino e si considera l'eventuale causa del dolore (esempio: procedura diagnostica).

L'infermiere utilizza la scala idonea in base all'età, e deve conoscere le "legende" relative alle scale.
All'interno dell'Unità operativa di Pediatria e Neonatologia gli infermieri utilizzano lo stesso linguaggio; nella predisposizione del piano di nursing è stato considerato un tempo congruo per spiegare al bambino come utilizzare la scala, stimolando la capacità del bambino più grande al fine di ottenere accurati risultati. Tutti gli infermieri conoscono gli analgesici compresi nei protocolli in uso e sono consapevoli dell'importanza della somministrazione di una analgesia bilanciata, della valutazione dei risultati del trattamento antidolorifico cioè dell'efficacia degli analgesici.
In caso di disponibilità di più scale l'infermiere rispetta la preferenza del bambino.
Periodicamente, nelle riunioni di équipe, si analizza l'andamento della rilevazione del dolore e la terapia antalgica, criticità emerse rispetto all'utilizzo delle scale e si valutano eventuali strategie per il miglioramento dell'assistenza personalizzata. Quest'anno abbiamo pensato di introdurre anche la scala delle "faccette" che vanno dalla espressione allegra (non dolore) a quella del pianto disperato (massimo dolore) per i bimbi in età scolare.
La presentazione di questa esperienza vuole essere soprattutto spunto di riflessione per quanti operano in area pediatrica, evidenziando la responsabilità di tutti i professionisti coinvolti e in particolare dell'infermiere pediatrico che quotidianamente può incrementare la sensibilizzazione nei confronti del dolore del bambino.
Emerge, sempre di più, la necessità di una adeguata preparazione alla comprensione della sofferenza fisica da parte dell'operatore sanitario in quanto è convinzione di molti che il dolore abbia importanza secondaria rispetto alla patologia di base.
Pare, al contrario, importante ricordare che ***il dolore passa, ma l'aver sofferto rimane***.

IPASVI

• *"La responsabilità infermieristica nel Wound care"*

Angela Peghetti*, Giovanna Baccilieri**

** Agenzia Sanitaria Regionale Emilia-Romagna - Presidente AISLeC*

*** Istituti Clinici di Perfezionamento - Milano - Tesoriere AISLeC*

I cambiamenti che dagli anni novanta si sono susseguiti nel panorama sanitario, sono stati rapidi e profondi, mentre, al contrario, il processo di adattamento degli operatori continua ad essere lento e faticoso. Affrontare questi cambiamenti alla luce dell'etica, della responsabilità e della deontologia e pensare ai nuovi orizzonti che si aprono per la professione infermieristica e per i suoi protagonisti, diviene un compito al tempo stesso affascinante ma indubbiamente complicato.
Quello che stiamo vivendo, infatti, è un momento culturalmente decisivo, per un definitivo riconoscimento della sfera d'azione e di competenze che portano l'infermiere ad essere identificato come un soggetto con spiccata capacità critica e riflessiva, come un attore responsabile della scena sanitaria e come punto centrale nella razionalizzazione dell'organizzazione.
Oggi, l'infermiere italiano è un professionista con una preparazione universitaria e con funzioni fondamentali all'interno delle diverse articolazioni del Servizio sanitario nazionale, che vanno dalla pianificazione, sviluppo ed applicazione dell'assistenza, alla docenza, sia "sul campo" come tutor di tirocinio e/o di inserimento dei nuovi assunti che nelle aule, fino alla dirigenza dei servizi.
Il passaggio storico che ha determinato il cambiamento dell'approccio all'assistenza infermieristica, è rappresentato dalla legge 26 febbraio 1999, n. 42. Questa legge, abolendo il mansionario ha definitivamente portato al superamento del carattere di ausiliarietà della professione infermieristica, indicando che il "campo proprio di *attività* e di *responsabilità*" è determinato dai contenuti.

- dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali (DM 14 settembre 1994, n. 739);
- degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario (da intendere ora come "laurea universitaria" e dei rispettivi corsi di formazione post-base;
- dello specifico Codice deontologico (1999).

Va sottolineato il particolare valore che la legge n. 42/99 conferisce ad alcune parole che esprimono concetti fondamentali in relazione all'esercizio professionale: le parole sono *responsabilità*, *attività* e *competenza*. Questi concetti saranno successivamente integrati dalla determinazione dell'*autonomia* introdotta, in relazione alla professione infermieristica, con la legge 10 agosto 2000, n. 251.
È nell'analisi del concetto di responsabilità che andremo ora a soffermarci in quanto materia di interesse e discussione di queste riflessioni.
Il primo approccio riguarda la definizione della parola responsabilità, che è determinata dal dizionario come: *s.f.* **1** Onere giuridico o morale derivante da atti propri o altrui: assumersi *le proprie responsabilità.* | Condizione di chi è responsabile di qualcosa: *responsabilità morale*, *civile*.
2 Consapevolezza delle proprie azioni e delle conseguenze che ne derivano: *dimostrare* (senso di) *responsabilità*. **3** (dir) Sottomissione, disposta dalla legge, alla sanzione in conseguenza alla violazione di un dovere giuridico. (Microsoft® Encarta® 2006. © 1993 - 1994).
Da ciò è possibile quindi dedurre che le "valenze della responsabilità" possono manifestarsi al contempo sia in relazione ai modelli comportamentali ed etici che in ambito giuridico-professionale.
Convenzionalmente per definire il concetto di responsabilità professionale in riferimento al campo giuridico si suddivide la stessa in tre ambiti:

- responsabilità penale: obbligo di rispondere per azioni che costituiscono reato.
- Responsabilità civile: obbligo di risarcire un danno ingiustamente causato.
- Responsabilità disciplinare che diventa per i liberi professionisti responsabilità ordinistico-disciplinare (obblighi contrattuali e di comportamento).

Etica, deontologia e legge sono comunque tre istanze fondamentali connotate di forte rilevanza sociale e che si integrano in un'azione sinergica. Semplicemente si trovano su piani diversi non necessariamente in rotta di collisione tra loro,