

## “IL CARE INFERMIERISTICO NEL DOLORE NEONATALE: UNO STUDIO ESPLORATIVO MULTICENTRICO “.

**Ilaria Cipollone**, ( infermiera in cerca di occupazione),**Rachele La Sala** (Coordinatore d'anno del CDL in Infermieristica, Azienda ospedaliero-Universitaria di Parma, PR), ed un grazie particolare a Grazia Russo, infermiera presso l' u.o. di neonatologia e terapia intensiva neonatale dell' Azienda ospedaliero Universitaria “Maggiore” di Parma,PR

### ABSTRACT

#### BACKGROUND:

La storia del dolore pediatrico è caratterizzata da un unico quesito: *”Il bambino prova dolore e in che misura?”*. Fino a metà degli anni '80, la comunità medico-scientifica mancava di una cultura del dolore; era opinione condivisa che, i piccoli pazienti, non sentissero né provassero dolore, secondariamente l'immaturità del loro stesso sistema nervoso centrale e periferico. Ricerche hanno mostrato indiscutibilmente, che *”il neonato, anche il più piccolo prematuro, sente dolore e, tale dolore va prevenuto e trattato”*. Conseguentemente, la memoria negativa del dolore, influisce sull'anticipazione e sulla risposta del bimbo a successive esperienze dolorose, con aumento di disordini comportamentali, cognitivi e psicosociali.

Si è sancita la necessità, di prevenire e valutare il dolore fin dall'insorgere della prima esperienza dolorosa. In Italia il Ministero della Sanità, con decreto del 20 settembre 2000, ha istituito una Commissione di studio per la stesura di linee guide ispirate ad analoghi progetti internazionali e istituzionalizzati in alcuni paesi europei dove, la rilevazione del dolore, è costante, al pari di altri parametri vitali essenziali nella valutazione clinica della persona.

**OBIETTIVO:** attraverso uno studio multicentrico quali-quantitativo, che utilizza un disegno di natura esplorativa, l'obiettivo è stato quello di indagare la percezione dei professionisti infermieri sul tema del dolore neonatale, a distanza di 3 anni dall'emanazione della legge n.38 del 2010, in merito a “DISPOSIZIONI PER GARANTIRE L'ACCESSO ALLE CURE PALLIATIVE ED ALLA TERAPIA DEL DOLORE”, e le relative modalità di valutazione e gestione del dolore, in undici centri di TIN di III° livello di alcune regioni del centro-nord Italia.

**METODO:** lo strumento d'indagine è stato un questionario, costruito “ad hoc”, e somministrato telefonicamente alle coordinatrici infermieristiche degli undici centri di TIN di III° livello considerati, in cui si è indagato: la modalità di valutazione del dolore; i trattamenti non farmacologici del dolore e l'importanza della valutazione del dolore nella pratica clinica-assistenziale.

**RISULTATI:** in tutti i centri, lo strumento è di tipo quantitativo, scala algometrica. 8/11 prediligono la sinergia tra PIPP e EDIN nei pazienti in post-intensiva, mentre la N-PASS è di elezione nella terapia intensiva di 3 centri su 11, in uno è preferita la DAN, in un altro ancora la NIPS, nell'ultimo la CRIES. La valutazione del dolore nel processo assistenziale del neonato e successiva gestione risale, per la maggioranza (8 su11) a più di tre anni fa, in1 a circa3 anni, e nei restanti2 ad appena uno. Riguardo i trattamenti “non farmacologici” nelle procedure routinarie di assistenza al neonato, tutti (11 su 11), optano le modificazioni ambientali e il contenimento posturale, 10 su 11 anche suzione non nutritiva (con o senza saccarosio) e il rispetto dei ritmi suoi biologici, 9 su11 anche il parlargli con voce calma/ritmata, 7 su 11, infine, anche la dolcezza nel carezzargli/massaggiargli il viso/pancino.

**CONCLUSIONI:** coerentemente al “Programma di Prevenzione del Dolore Neonatale” (legge n.38 del 2010), tutti i centri di eccellenza pediatrica, usano scale valutative validate; tuttavia, vi è eterogeneità costituzionale tra le scale in uso nei centri considerati nel progetto di ricerca. Circa il “decision making” assistenziale, le scale permettono di modulare “ad personam” la terapia antalgica più efficace; dei complementari trattamenti antalgici non farmacologici, la “saturazione sensoriale”

sembra essere quello più utilizzato. Nella prospettiva infermieristica, la valutazione del dolore, con relativa formazione multidisciplinare, è fondamentale nel processo di nursing.

**CHEY WORDS:** newborn, pain, painful procedures, sucrose, analgesia.

## **INTRODUZIONE E BACKGROUND**

La prevenzione del dolore nel neonato è l'attesa primaria dei genitori e di ogni team ospedaliero neonatale.(1)

La ricerca suggerisce che il tempestivo riconoscimento e trattamento del dolore nei neonati, sia cruciale per il loro immediato benessere e miglior outcome futuro.

La storia del dolore pediatrico, è caratterizzata da un unico quesito: *"Il bambino prova dolore e in che misura?"*. Nel tempo si sono avvicinate due opposte risposte: alcuni sostenevano che il bimbo provasse meno dolore dell'adulto (IPO-ALGESIA), altri, inversamente, lo reputavano molto più sensibile (IPER-ALGESIA). Fino a metà degli anni '80, la comunità medico-scientifica mancava di una cultura del dolore; era opinione condivisa che, i piccoli pazienti, non sentissero né provassero dolore, secondariamente l'imaturità del loro stesso sistema nervoso centrale e periferico. (2). Ricerche hanno mostrato indiscutibilmente, che *"il neonato, anche il più piccolo prematuro, sente dolore e, tale dolore va prevenuto e trattato"*. (3)

I neonati a maggior rischio di anomalie neurologiche, sono i PRETERMINE, che con più probabilità, in terapia intensiva, saranno sottoposti a molteplici stimoli dolorosi.

L'effetto è di un "DOPPIO COLPO"; sebbene sia possibile un efficace sollievo dal dolore, le terapie antalgiche sono sottoutilizzate negli interventi assistenziali routinari di minor intensità. Il dolore prolungato o ripetuto, aumenta la risposta a stimoli dolorosi (IPERALGESIA) e, anche, normalmente, non dolorosi futuri (ALLODINIA). Conseguentemente, la memoria negativa del dolore, influisce sull'anticipazione e sulla risposta del bimbo a successive esperienze dolorose, con aumento di disordini comportamentali, cognitivi e psicosociali (4).

Come parte di un programma globale di "PREVENZIONE DEL DOLORE", ogni unità neonatale, dovrebbe sviluppare strategie che minimizzino le procedure dolorose e stressanti e, fornire efficaci soluzioni di cura/sollievo farmacologico e non. (1)

La somministrazione orale di saccarosio o glucosio, con e senza SUZIONE NON NUTRITIVA, (ciuccio), è l'intervento non farmacologico di elezione per alleviare il dolore procedurale nel neonato.

In un aggiornamento dell'analisi sistematica sull'efficacia del saccarosio nella gestione del dolore procedurale, Stevens, ha stabilito che 2ML di SACCAROSIO al 12%, in una soluzione al 24%, "per OS", siano efficaci nel ridurre il pianto nel neonato. (5)

In uno studio randomizzato e controllato sull'uso del saccarosio e/o ciuccio come analgesici per i neonati fino a 6mesi, si è notato che, entrambi abbiano un'efficacia maggiore nei bimbi più giovani, tra 0-1 e tra 1-3 mesi; tuttavia, ancora oggi, nonostante le evidenze scientifiche di efficacia nel ridurre il dolore procedurale neonatale, non sono presenti né nei protocolli né nelle linee guida dei reparti di emergenza pediatrica. (6)

Ricercatori canadesi, convennero che l'approccio più esauriente, per stimare il dolore neonatale, fosse di combinare una scala valutativa validata e con la durata del pianto e con la variazione della FC, ossia, che lo strumento fosse MULTIDIMENSIONALE, con indicatori misurabili fisiologici e comportamentali. Fu scelta la SCALA FLACC "The Face, Legs, Activity, Cry, Consolability scale" affidabile e maneggevole. (6)

Negli studi il saccarosio è statisticamente favorito, quando si opera con la NFCS, "Neonatal Facial Coding System", con la DAN, "Douleur Aigue Du Nouveau-Né" e con la PIPP, "Premature Infant Pain Profile", misura convalidata del dolore, cui indicatori comportamentali sono 3 espressioni facciali, i fisiologici FR e SpO2 ed i contestuali età gestazionale ed attività comportamentale. (7)

Il picco analgesico si ha dando lo zucchero 2 minuti prima la procedura dolorosa, intervallo temporale necessario al rilascio di oppioidi endogeni. Usare il ciuccio riduce il pianto nei più piccoli, tra 0-3 mesi, ma l'effetto sembra cessare dopo il 3<sup>o</sup> mese; parallelamente anche il

saccarosio, tende a perdere efficacia con l'aumentare dell'età postnatale. In conclusione, sia il ciuccio sia il saccarosio sono efficaci analgesici-sedativi del dolore procedurale nei neonati tra 0-3 mesi. (6)

In Italia il Ministero della Sanità, con decreto del 20 settembre 2000, ha istituito una Commissione di studio, per redigere il documento tecnico base la stesura di linee guide ispirate ad analoghi progetti internazionali e istituzionalizzati in alcuni paesi europei dove, la rilevazione del dolore, è costante, al pari di altri parametri vitali quali: frequenza cardiaca, temperatura corporea e pressione arteriosa, essenziali nella valutazione clinica della persona. (8)

In relazione al mio progetto di ricerca, è stato mappare gli strumenti infermieristici di assessment del dolore neonatale in uso nelle unità operative di neonatologia e terapia intensiva italiane, e di indagarne le tecniche infermieristiche non farmacologiche di gestione e trattamento.

## **METODI**

Lo strumento utilizzato è stato un questionario, costruito ad hoc e somministrato telefonicamente alle coordinatrici infermieristiche di alcuni centri ospedalieri regionali del centro-nord d'Italia (campione di convenienza; tabella N. 1), che ha indagato alcune aree: la modalità di valutazione del dolore, i suoi trattamenti non farmacologici, l'importanza della sua valutazione nella pratica clinica-assistenziale e, come, la stessa valutazione del dolore influenzi sia il processo di "decision making" assistenziale e sia l'intero approccio infermieristico.

Tabella N. 1 \_ Centri Ospedalieri d'indagine

NQ	CENTRO OSPEDALIERO INTERVISTATO	CITTA'	SIGLA
1	AZIENDA OSPEDALIERA "SANT'ANNA"	FERRARA	AO FE
2	OSPEDALE "NIGUARDA CA' GRANDA"	MILANO	"NCG" MI
3	ISTITUTO PEDIATRICO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO "GIANNINA GASLINI"	GENOVA	"GG" GE
4	OSPEDALE "INFIRMI"	RIMINI	O RI
5	OSPEDALE "MAGGIORE"	BOLOGNA	O BO
6	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "MAGGIORE"	PARMA	AOU PR
7	OSPEDALE PEDIATRICO "A. MEYER"	FIRENZE	OP FI
8	ARCISPEDALE, "SANTA MARIA NUOVA"	REGGIO EMILIA	A"SMN"RE
9	POLICLINICO	MODENA	P MO
10	OSPEDALE OSTETRICO-GINECOLOGICO, "SANT'ANNA"	TORINO	OOG TO
11	OSPEDALE PEDIATRICO "BAMBIN GESU'"	ROMA	O.P."B.G." RO

## **L'ANALISI TEMATICA MULTI-CENTRICA**

E' stato utilizzato un approccio multimodale quali-quantitativo, ove i dati di natura quantitativa sono stati analizzati tramite il software Spss ver.19, che ne ha previsto, attraverso la stesura di tabelle (N.2 e N.3), l'analisi statistico-descrittiva, evidenziando frequenze assolute e relative percentuali.

Un primo risultato interessante, è che tutte le U.O. di TIN intervistate, usano strumenti quantitativi di valutazione del dolore, scale algometriche validate a livello nazionale e internazionale.

Nella maggioranza dei centri, 5 su 11, è routinario l'uso integrato di 2 scale, PIPP (indicata nella valutazione sia del dolore acuto procedurale e post-operatorio e sia dell'efficacia della stessa terapia farmacologica, ma, importante, non considera la sedazione per cui esiste la scala N-PASS), ed EDIN "Echelle Douleur Inconfort Nouveau- né", appositamente formulata per la rilevazione del dolore cronico; presumibilmente proprio per la loro natura complementare.

Si noti, che l'uso simbiotico di più scale, è anche in altri centri, ove, oltre PIPP e EDIN, in uno, si utilizza anche la scala DAN (per il dolore acuto), e in un altro la CONFORT (pluridimensionale, specifica, però, per il paziente pediatrico critico).

In soli 3 centri su 11, si lavora, con un'unica scala, la N-PASS "Neonatal Pain Assessment and Sedation Scale", suggerita per i neonati sedati e intubati; la NIPS "Neonatal Infant Pain Scale", è

nel protocollo operativo di una sola TIN (Bambin Gesù), supportata, però, dall'uso contemporaneo anche della PIPP, della CRIES “Crying, Requires<sup>02</sup>, Increased vital signs, Expressions, Sleepless” e della CONFORT.

La necessità e l'esigenza di un uso contemporaneo di più scale valutative, è riconducibile alla multidimensionalità e dinamicità del dolore, realtà emozionale ed esperenziale in continua evoluzione, specie, nello sfondo della terapia intensiva neonatale.

Tabella N.2 \_Scale valutative del dolore

SCALE DI VALUTAZIONE	CENTRI DI TERAPIA INTENSIVA (FREQUENZA ASSOLUTA)	%
PIPP*+EDIN	5 (Milano, Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna)	46
N-PASS*	3 (Genova, Firenze, Torino)	28
PIPP+EDIN+CONFORT	1 (Ferrara)	9
PIPP+EDIN+DAN	1 (Rimini)	9
PIPP+CONFORT+CRIES+NIPS*	1 (Roma)	9
TOTALE	11	100

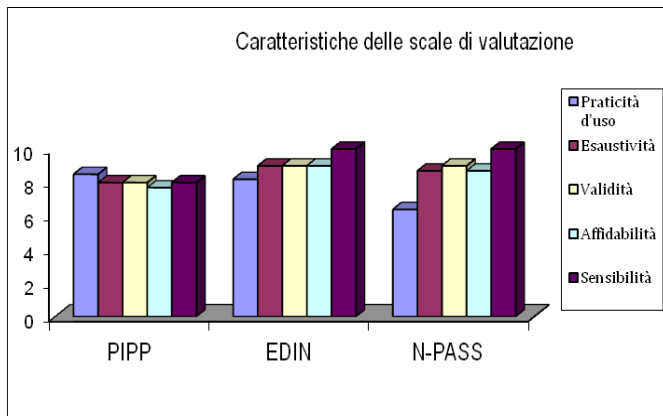
\*LINEE GUIDA “IL DOLORE NEL BAMBINO”, MINISTERO DELLA SALUTE 2010

Nel questionario, inoltre, si è chiesto, a ciascuna coordinatrice, di esprimere un giudizio personale sulle caratteristiche identificative della scala operativa di riferimento.

Riguardo la praticità, quale semplicità e facilità nell'uso, i valori della PIPP e EDIN sono ottimali, rispettivamente 8.5 e 8.2, merito, probabilmente, anche dell'immediatezza e brevità dei loro items valutativi, inversamente l'N-PASS ha ottenuto, solo, una piena sufficienza, 6.4, a riprova della stessa complessità e specificità dei contenuti considerati che, sebbene richiedano un maggior dispendio temporale per l'ottimale compilazione, le conferiscono, al contempo, il punteggio massimo, 10, per l'efficienza e la sensibilità (capacità di cogliere le variazioni della variabile studiata) ed eccellente, 8.7, circa l'eshaustività e completezza dei dati.

Rispetto, infine, la validità e affidabilità, ossia, precisione, riproducibilità e verosomiglianza dei dati raccolti, i punteggi sono omogenei tra le 3scale, con minime fluttuazioni, dell'ordine del decimale, a conferma della loro piena applicabilità e utilità clinica.

Figura N.1 \_ Caratteristiche delle scale di valutazione \_ Valore assoluto



Per una migliore qualità di vita dei piccolissimi pazienti delle terapie intensive, si chiede al team medico-assistenziale, d'imparare il "proto-linguaggio" che ogni neonato, nella sua individualità, usa per comunicare le proprie sensazioni (piacere o dolore, stress o benessere) e agire per ridurre le esperienze sfavorevoli e incrementarne le positive, che ne promuovono il benessere psico-fisico. (9). Dei trattamenti antalgici non farmacologici complementari, i più utilizzati, nella totalità dei centri, 11 su 11, sono di tipo ambientale (es. luci soffuse, rumori attenuati, concentrazione delle manipolazioni/procedure di nursing, gentle touch), posturale, quale contenimento o posizioni individualizzate( es. *metodo marsupio*, dov'è il contatto "skin to skin" madre-figlio, nido, *wrapping*, ossia avvolgere il bimbo con un panno, *holding*, dove si tiene e sostiene il bimbo con il corpo e con le mani), nonché il rispetto dei bioritmi del neonato( tutela del riposo e del sonno fisiologico) e promozione della suzione non nutritiva, perché, l'intento degli operatori è ricreare, per quanto possibile, il micro-ambiente uterino, dove, le stimolazioni uditive, visive e cinestesiche risultano attutite dal liquido amniotico e dal corpo materno; si favorisce, così, il riposo, essenziale per la completa e ottimale maturazione delle funzioni sensoriali. (9)

La suzione non nutritiva, nella quasi maggioranza dei centri, 10 su 11, è associata al saccarosio o glucosio, efficace analgesico-sedativo, se somministrato in dosi peso/età-dipendenti (non > 2ml) di soluzione tra il 12-33%, almeno 2 minuti prima la procedura.

Anche il parlare con voce calma, bassa, ritmata è quasi ubiquitario, in 10 su 11, e, l'eccezione è data da chi ha chiaramente ammesso che per situazioni improvvise, non considerate, non sempre è possibile rispettare tale precauzione, presente nella filosofia delle "cure individualizzate centrate sullo sviluppo del neonato (NIDCAP)", dove s'interviene per ridurre il dolore procedurale e lo stress provocato dalle condizioni ambientali iperstimolanti e si promuove il controllo posturale e la motilità spontanea.

Il dato, più interessante, è che in solo 7 su 11, presumibilmente nelle u.o. di sub-intensiva dove il bimbo è clinicamente più stabile, s'incentiva il contatto neonato-operatore sia dentro e sia fuori l'incubatrice, optando la tecnica *HANDLING* dove, mentre si muove e si sposta il bimbo, lo si accarezza dolcemente sul pancino, sulle guance e sotto il mento stimolandone il rilascio di neurotrasmettitori analgesici naturali (ex. serotonina).

Tutti questi interventi s'integrano nella recente teoria della "saturazione sensoriale", dove, stimolando più sensi (tatto, gusto e udito) contemporaneamente, si annulla/minimizza la percezione algogena (10).

Tabella N.3\_ Interventi Antalgici Non Farmacologici

TRATTAMENTI COMPLEMENTARI (NON FARMACOLOGICI)	TIN (FREQUENZA ASSOLUTA)	%

<b>INTERVENTI AMBIENTALI</b> (es. luci soffuse, rumori ridotti, concentrazioni degli interventi di nursing/minimal handling)	<b>11</b>	100
<b>CONTENIMENTO/POSTURE INDIVIDUALIZZATE</b> (es. Kangaroo care, nido, wrapping, holding con le mani dell'operatore)	<b>11</b>	100
<b>CAREZZE/MASSAGGI</b> (sul pancino, sulle guance e sotto il mento)	<b>7</b>	63
<b>VOCE CALMA-RITMATA</b>	<b>10</b>	91
<b>RISPETTO RITMI BIOLOGICI</b> (promozione del sonno fisiologico, tutela del riposo)	<b>11</b>	100
<b>SUIZIONE NON NUTRITIVA</b> , "ciuccio"	<b>11</b>	100
<b>SACCAROSIO/GLUCOSIO</b>	<b>10</b>	91

In ultimo, coerentemente l'approccio qualitativo dell'analisi dei dati, sono state riportate le **CONSIDERAZIONI/OSSERVAZIONI CONCLUSIVE** dell'analisi tematica, schematizzate in un **SISTEMA DI CODIFICA E OCCORRENZE DEI MACROCODICI (FREQUENZA ASSOLUTA)**, secondo il modello teorico di Berelson,1952, ove l'unità di analisi è stata "la frase", raccolta con la modalità "carta&matita".

Tabella N.4\_ Analisi qualitativa

MACROCODICI e CODICI	N.CITAZIONI	N.SOGGETTI
<b>RAPPRESENTAZIONE DELLA VALUTAZIONE DEL DOLORE</b>		
-importanza dell'uso di strumenti quantitativi( es. PIPP, EDIN, N-PASS)	15	11
-importanza nelle decisioni terapeutiche e assistenziali, in rapporto anche le caratteristiche fisiopatologiche del neonato ( es. "valutare la terapia farmacologica e non, come il saccarosio")	12	11
-Importanza della personalizzazione dell'assistenza (es. "rispondere ai bisogni assistenziali")	7	6
-Importanza della condivisione dell'equipe multidisciplinare (es." la valutazione del dolore dovrebbe essere interiorizzata da tutti i professionisti coinvolti")	17	11
-Importanza del corretto utilizzo delle scale di valutazione nella pratica clinica e assistenziale (es. "spesso si incontrano difficoltà nell'applicare la valutazione nell'operatività")	7	9
<b>TOTALE</b>	<b>58</b>	
<b>IMPORTANZA DI UN PERCORSO FORMATIVO</b>		
- Approfondimento sulla definizione del dolore	8	6
- Approfondimento sui contenuti degli strumenti di valutazione	19	11
- Approfondimento sull'utilizzo delle scale di valutazione	3	3
- Formazione multidisciplinare	4	4
<b>TOTALE</b>	<b>34</b>	

Per l'analisi tematica dei dati qualitativi ho utilizzato il modello concettuale di Berelson, tramite cui ho individuato 2 macro-codici, ove ho inserito parte delle citazioni delle coordinatrici infermieristiche relative le 2 domande aperte del questionario di ricerca.

Il 1° è la **RAPPRESENTAZIONE** che i professionisti hanno **DELLA VALUTAZIONE DEL DOLORE**, ove si confermano sia i dati dell'analisi quantitativa, quale la consapevolezza dell'uso

integrato di strumenti quantitativi, come PIPP, EDIN, N-PASS, sia l'importanza che la valutazione del dolore assume e per le scelte terapeutico-assistenziali, in rapporto le caratteristiche fisiopatologiche del neonato, e per la personalizzazione dell'assistenza, sempre più plasmata sui bisogni neuro-evolutivi del paziente, sia l'importanza che la valutazione del dolore sia una scelta condivisa da tutta l'equipe multidisciplinare, infermieri e medici, fino all'importanza che il corretto utilizzo delle scale valutative ha nella pratica clinica e assistenziale, sottolineando però, come non vi siano indicazioni chiare e specifiche per ciascuna scala.

Il 2° è, conseguentemente, l'IMPORTANZA di un ADEGUATO PERCORSO FORMATIVO di tutto il personale sanitario sul corretto uso di questi strumenti, che, multidimensionali, con indicatori algogeni fisiologici e comportamentali, non sempre risultano d'immediata comprensione e di facile utilizzo.

## **CONCLUSIONI COMPLESSIVE FINALI**

In accordo con il "programma di prevenzione del dolore neonatale" (legge n.38 del 2010 in merito a "DISPOSIZIONI PER GARANTIRE L'ACCESSO ALLE CURE PALLIATIVE ED ALLA TERAPIA DEL DOLORE"), l'introduzione delle scale di valutazione del dolore procedurale nel neonato, ha rappresentato il punto di svolta nella pratica clinica e di assistenza. Sebbene, tutt'oggi, la valutazione del dolore sia regolamentata da LINEE GUIDA, non trova piena applicabilità nella realtà operativa; criticità confermata nei risultati dello studio condotto, ove i partecipanti hanno dichiarato che i professionisti della salute, pur riconoscendo la valutazione del dolore, elemento interpretativo chiave per la rilevazione dei bisogni e per la personalizzazione dell'assistenza, hanno difficoltà di applicarla alla pratica clinica-assistenziale dei diversi contesti di cura.

Le principali criticità della valutazione e interpretazione del dolore neonatale, sono legate alla multi-dimensionalità (per la necessità di rispondere a problematiche di diversa natura fisiopatologica e psico-socio-relazionale) e dinamicità del costrutto, dinamicità che è nell'intero percorso di nursing, in cui il variare, anche di un solo indicatore bio-fisico o psico-sociale, porta ad un continuo adattamento dell'approccio medico-infermieristico.

Dai risultati dello studio risulta che la totalità dei contesti intervistati utilizzano, per la stessa misurazione del dolore, strumenti quantitativi diversi, la cui applicazione si differenzia in base alle condizioni cliniche del neonato.

Nei risultati della ricerca, un primo dato interessante è che tutti i centri utilizzano le scale di misurazione PIPP, NPASS, NIPS validate a livello internazionale e raccomandate dalle linee guida del Ministero della salute (2010), tuttavia si ha disomogeneità nella loro messa in pratica, perché, sebbene consigliate, non sempre trovano conferma nella pratica assistenziale neonatale (es. scala NIPS).

L'uso simbiotico e integrato delle scale di valutazione si riscontra in 7 centri su 11, sottolineando l'esigenza dettata dall'importanza del considerare le dimensioni fisiopatologiche e comportamentali delle caratteristiche del dolore e delle condizioni cliniche del neonato (es. se il dolore è acuto o cronico- se il paziente è intubato).

In sintesi, si può affermare che nella maggioranza dei centri è emersa la necessità d'integrare più strumenti valutativi del dolore neonatale, dove alcuni sono previsti dalle LG del Ministero della Salute mentre altri sono citati nella letteratura scientifica di riferimento.

Di riflesso, nelle routinarie procedure di assistenza, alla misurazione del dolore, si attivano trattamenti non farmacologici per limitarlo o annullarlo. I più comuni, ubiquitari in tutte le realtà intervistate, sono gli interventi ambientali, il contenimento in favore del contatto con la madre (*KANGOROO CARE*) o con l'operatore (*RESTING HANDS*), e le posture individualizzate "in pancioni" o prona laterale, concilianti il relax del bimbo. Sono quasi nella totalità delle TIN, anche il parlare con voce calma e ritmata e la suzione non nutritiva con o senza saccarosio.

I partecipanti, portavoci di un pensiero generale e condiviso, hanno sottolineato, che il dolore sia, strumento e parametro di valutazione del benessere psico-fisico del paziente. Si è arrivati a una crescente sensibilizzazione e consapevolezza del personale, infermieristico e medico, in aggiunta ad una personalizzazione sempre maggiore nel percorso di nursing, non solo in base ai primari bisogni di cura dalla malattia, ma anche in base, al bisogno tacito, della persona *di esser preso in cura* nella sua totalità di essere umano cosciente e sensibile. Coerentemente, è stato possibile dedurre che nella pratica clinica e infermieristica, si è giunti a una gestione del dolore procedurale più attenta, considerando il paziente nella sua globalità.

Dulcis in fundo, come conseguenza dell'affinata *capacità attentiva e sensibilità* negli infermieri, anche i medici più "conservatori" si stanno adattando, seppur lentamente, nel ricercare, prevenire e trattare opportunamente il dolore nei neonati.

Concludendo, si può affermare che, l'infermiere, quale professionista sanitario, essendo, promotore dell'uso delle scale di valutazione del dolore neonatale, guida medica nella personalizzazione dell'assistenza al neonato, è oggi più che mai, protagonista centrale della salute.

## BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA

1. American Accademy of Pediatrics, **Prevention and Management of Pain in the Neonate : An Update.** *PEDIATRICS*, official journal of the american accademy of pediatrics , 2006, p. 2-9.
2. Franca Benini, Manuela Trapanotto. [www.ipasvimi.it/allegati/ioInfermiere/articoloPDF53\\_577.pdf](http://www.ipasvimi.it/allegati/ioInfermiere/articoloPDF53_577.pdf) , giugno 2010.
3. Patrizia Papacci, **Il dolore nel neonato.** *Aggiornamento Avanzato*, 2011, p. 19-22.
4. Caprilli Simona [www.simeup.com/doc/163136101\\_SimonaCaprilli.pdf](http://www.simeup.com/doc/163136101_SimonaCaprilli.pdf), Tratto da [www.simeup.com](http://www.simeup.com) , 2010.
5. Stevens B, J. J., **Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures**, *The Cochrane Collaboration* , 2013, p. 1-137.
6. Sarah J Curtis, H. J., **A randomized controlled trial of sucrose and/or pacifier as analgesia for infants receving venipuncture in a pediatric emergency department**, *BMC Pediatrics* , 2007, p. 1-9.
7. Accarigi Elisabetta, **Il dolore nel neonato.** Firenze, Fi, Italia.
8. Paola Sabbion, Tratto da [www.med.unich.it](http://www.med.unich.it).
9. Colombo Grazia, **Con Ragione e Sentimento. Le cure neonatali a sostegno dello sviluppo. Raccomandazioni per gli operatori della Terapia Intensiva Neonatale**, Milano, Mi, Italia: Biomedica s.r.l. , 2011.
10. Claudio Galanti-Fondazione Alitti, Tratto da [www.area---c54.it](http://www.area---c54.it)., 2007.