

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**INTERVENTI ASSISTITI CON GLI ANIMALI:
IL RUOLO INFERMIERISTICO
IN ONCOLOGIA PEDIATRICA**

Relatore: Prof.ssa Guadagni Annunziata

Correlatore: Dott.ssa Romano Michela

Laureanda: Brazzale Sofia

(matricola n: 1118991)

Anno Accademico 2017-2018

A mamma, papà, Francesco e Kevin.

Grazie per la pazienza, il sostegno, la fiducia e l'amore che mi avete sempre dato.

RIASSUNTO

Background: Gli Interventi Assistiti con gli Animali (IAA) sono una modalità terapeutica che vede coinvolte figure professionali e animali che possono portare benefici fisici e psichici nei pazienti assistiti. In particolare, l'ospedalizzazione per i bambini ed i loro genitori è sempre un momento delicato che rischia di compromettere l'equilibrio del nucleo familiare. A tal proposito, l'infermiere potrebbe usufruire di tale pratica per migliorare il benessere di tutta la famiglia.

Scopo: Descrivere le osservazioni e la percezione degli infermieri riguardo gli IAA e, in particolare, il ruolo infermieristico all'interno degli interventi di pet therapy. L'obiettivo, inoltre, consiste nel rilevare l'efficacia della pet therapy nei bambini oncologici quando vengono ricoverati in ospedale in regime ordinario e/o in Day Hospital (DH) e sottoposti a procedure dolorose e stressanti.

Materiali e metodi: Lo studio è stato condotto presso il reparto di pediatria e di DH dell'ospedale di Vicenza e Treviso. Per rilevare l'importanza della figura infermieristica all'interno dei progetti di pet therapy, è stato elaborato un questionario basato sulla letteratura e su parere di esperti. Per valutare l'efficacia della pet therapy nei bambini, sono stati analizzati i dati rilevati con due scale relative alla percezione del dolore (Wong-Backer Faces Pain Rating Scale e Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS)) raccolti dal Centro Pet-Therapy dell'ULSS 7 nell'ambito del progetto "Il posto delle favole".

Risultati e conclusioni: Dall'indagine condotta è emerso che l'infermiere riveste un ruolo attivo nell'ambito degli IAA in quanto conosce meglio di chiunque altro il paziente e la sua famiglia e poiché prende parte, insieme all'equipe di pet therapy, all'organizzazione dell'incontro tra il bambino e l'animale. In merito al progetto "Il posto delle favole", invece, si può notare che la pet therapy è efficace come modalità per ridurre il dolore da procedura nei bambini; i risultati, infatti, dimostrano una diminuzione del dolore. Si può affermare, quindi, che la pet therapy è un valido e utile strumento per la pratica clinica infermieristica in quanto permette un approccio olistico e una presa in carico globale del piccolo paziente e della sua famiglia.

Parole chiave: tumori, bambini, famiglia, dolore, pet therapy, infermieristica.

Key words: children, pet therapy, animal-assisted intervention, pediatric oncology, quality of life, parent, pain, pediatric nursing.

INDICE

CAPITOLO 1 - PROBLEMA E SCOPO	1
CAPITOLO 2 - TEORIA E CONCETTI	3
2.1 Il tumore nei bambini	3
2.2 Il bambino e i caregiver	4
2.3 Il bambino in ospedale	6
2.4 Il bambino, i suoi genitori, gli infermieri e la pet therapy	8
CAPITOLO 3 - MATERIALI E METODI	11
3.1 Disegno dello studio.....	11
3.2 Campionamento	11
3.3 Setting	12
3.4 Strumenti	12
3.4.1 Questionario per infermieri.....	12
3.4.2 Progetto "Il posto delle favole".....	12
3.4.2.1 Wong-Backer Faces Pain Rating Scale.....	13
3.4.2.2 Children's Hospital Of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS).....	14
3.5 Attività di raccolta dati.....	14
3.6 Metodi statistici.....	14
CAPITOLO 4 - RISULTATI E DISCUSSIONE	15
CAPITOLO 5 - CONCLUSIONE	25
BIBLIOGRAFIA.....	
SITOGRAFIA	
ALLEGATI.....	
ALLEGATO 1 - Tabella di revisione della letteratura	
ALLEGATO 2 - Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale	
ALLEGATO 3 - Lettera di accompagnamento al questionario per gli infermieri.....	
ALLEGATO 4 - Questionario per infermieri	
ALLEGATO 5 - Wong-Baker Faces Pain Rating Scale.....	
ALLEGATO 6 - Children's Hospital Of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS).....	
ALLEGATO 7 - Grafici relativi all'indagine infermieristica	
ALLEGATO 8 - Grafici e tabelle relativi al progetto pilota "Il posto delle favole"	

CAPITOLO 1 - PROBLEMA E SCOPO

In collaborazione con il Ministero della Salute, il Centro di referenza per gli Interventi Assistiti con gli Animali (IAA) ha elaborato, nel 2015, le Linee Guida nazionali per standardizzare i protocolli operativi di tipo educativo, terapeutico e riabilitativo, nonché ludico ricreativi, con gli animali e armonizzare l'attività degli operatori. Le Linee Guida dettagliano anche i percorsi formativi delle figure professionali e degli operatori coinvolti nell'equipe multidisciplinare, i requisiti igienico-sanitari che devono possedere gli animali e i diversi luoghi in cui possono essere svolte le attività. Lo scopo degli IAA è quello di migliorare il benessere e la qualità di vita di persone fragili (disabili, anziani, bambini, pazienti ammalati di tumore e/o terminali) ma anche di individui sani. Rientrano, quindi, nell'ambito delle relazioni d'aiuto. Da come si può leggere in letteratura, oggi non sono molti gli ospedali che offrono la possibilità di praticare questa terapia, probabilmente perché la maggior parte delle strutture non la conosce o non la permette per questioni igienico-sanitarie. In realtà vi sono degli studi, come ad esempio la revisione di letteratura di Urbanski e Lazenby (2012), che dimostrano che la pet therapy non comporta affatto un crescente numero di infezioni e/o problemi di tipo igienico-sanitario se vengono seguite correttamente le Linee Guida e i protocolli di igiene e sicurezza delle singole strutture per applicarla. Gli IAA, comunemente conosciuti come pet therapy, prevedono lo sviluppo di una relazione "dolce" tra l'animale e l'uomo e hanno la possibilità di affiancare i processi di cura tradizionali in quanto rappresentano una risorsa sia per il paziente sia per l'equipe sanitaria. Pensiamo ai pazienti pediatrici. Come tutti sanno, per i bambini e i loro genitori, il ricovero in ospedale è sempre un momento piuttosto delicato e difficile; Odetto (2015), infermiera pediatrica e consigliere della Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche di Torino, afferma che i piccoli pazienti ricoverati in ospedale sono spesso sofferenti, tristi e presentano modifiche del loro comportamento dovute ad ansia, paura, noia, dolore in quanto si trovano in un ambiente estraneo e lontani dalla loro quotidianità. Nello studio di Goddard e Jo Gilmer (2015) si può leggere che gli animali rappresentano per il bambino gioia, allegria e gioco, sicurezza e fiducia, non giudicano e non tradiscono, rompono il ghiaccio e offrono la possibilità di avere un

contatto con la normalità quotidiana che sembra difficile da vivere all'interno di un ospedale. Agendo in questo modo, l'amico a quattro zampe riduce lo stress e la tensione che la struttura ospedaliera trasmette al piccolo paziente e ai suoi genitori. Le infermiere pediatriche Odetto (2015) e Parodi (2014), nei loro rispettivi articoli *"LA PET THERAPY COME GESTO DI CURA"* e *"PET THERAPY: come un animale può divenire co-terapeuta nell'assistenza infermieristica"*, affermano che la gioia e la serenità manifestate dai pazienti durante l'incontro con l'animale consentono di aumentare la tranquillità, la fantasia, la socializzazione e la comunicazione con gli altri e diminuire i sentimenti negativi dovuti al ricovero, tanto da rendere più sereno il loro approccio con il personale sanitario e con le terapie, migliorando, in qualche modo, la qualità della loro vita (e dei loro genitori) in quella situazione difficile. Il tono dell'umore positivo del piccolo paziente è fondamentale nell'aiutarlo a migliorare le sue condizioni di salute e invogliarlo alla collaborazione con il personale infermieristico facilitandone sia la comunicazione bambino-famiglia-infermiere pediatrico sia l'esecuzione delle procedure infermieristiche che, con l'aiuto di un animale da compagnia, si svolgono con più calma e serenità. Da tutto ciò è maturata l'idea di redigere questo lavoro di tesi che ha come obiettivo sia quello di delineare il ruolo infermieristico all'interno dei progetti di pet therapy in ambito oncologico-pediatrico sia quello di descrivere come gli IAA, in particolare la Terapia Assistita con gli Animali (TAA), possano affiancarsi alle attività di assistenza e rendere più efficace l'intervento dell'infermiere migliorando la qualità di vita del bambino e dei genitori. A tal scopo saranno valutati, grazie ad un progetto pilota *"Il posto delle favole"* svolto all'Ospedale San Bortolo di Vicenza in collaborazione con il Centro Nazionale Pet-Therapy di Montecchio Precalcino dell'ULSS 7 Pedemontana, i benefici che questa terapia ha sui bambini che frequentano il Day Hospital (DH) pediatrico.

CAPITOLO 2 - TEORIA E CONCETTI

2.1 Il tumore nei bambini

Momcilo Jankovic, con Salvatore Vitellino, (2018, p.16) afferma che “Il tumore è la malattia subdola per eccellenza, la paura più grande del nostro mondo...Nasce dalla corruzione delle cellule che sembrano votate all'autodistruzione, nasce dalla fragilità della materia che ad un certo punto sembra ribellarsi all'equilibrio miracoloso su cui si regge”. Da tale affermazione si comprende che il tumore è una formazione patologica dovuta ad un'anomala proliferazione di cellule che, nonostante mantengano le caratteristiche del tessuto da cui originano, non appartengono alla normale architettura del tessuto. Come è noto a tutti, e lo conferma anche l'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC, 2015), i tumori possono dividersi in benigni e maligni. I sintomi d'insorgenza di un tumore pediatrico dipendono da quanto maligna e invasiva sia la neoplasia stessa e quindi possono essere sia lievi sia marcati e spesso recidivanti. Tali sintomi possono comprendere manifestazioni locali in base alla zona colpita e manifestazioni generali (McLeon & Wofford, 2011, pp. 581-582). Per curare il tumore, afferma l'AIRC (2018), la medicina ha a disposizione differenti metodi che tengono in considerazione le differenti tipologie di tumore. Tra queste metodiche, quelle che senza alcun dubbio vengono più utilizzate, nei pazienti pediatrici e non, sono la chirurgia, la radioterapia e la chemioterapia. L'Agenzia Zadig (2017), una società editoriale e giornalistica impegnata nelle tematiche di medicina e sanità pubblica, afferma che le leucemie rappresentano i tumori che più frequentemente si riscontrano in età pediatrica, ma sono anche quelli “a mostrare i successi maggiori con una sopravvivenza che in alcuni casi oggi supera il 90%”. Al secondo posto vi sono i tumori del sistema nervoso centrale, seguiti, al terzo posto, dai linfomi. Tumori in altre sedi (sarcomi delle ossa e dei tessuti molli, tumori a localizzazione addominale, tumori renali, tumori della tiroide...) sono molto più rari. Secondo il Ministero della Salute (2015), i tumori dell'infanzia rappresentano circa l'1-2% di tutti i tumori maligni che possono verificarsi durante l'intero arco della vita. Il cancro dei bambini si manifesta come una varietà di neoplasie differenti sotto diversi punti di vista (istologia, sede d'insorgenza, razza, sesso, età del bambino). Le differenze principali tra le neoplasie infantili e quelle dell'età adulta riguardano principalmente il tumore in sé (sede

d'origine, eziopatogenesi, risposta ai farmaci e possibilità di guarigione) e i fattori di rischio. Nelle neoplasie dell'adulto acquisiscono un ruolo prevalente i fattori ambientali e gli stili di vita sui quali l'individuo può intervenire cambiando abitudini. Nel bambino, invece, tale ruolo è ricoperto dai fattori genetici che causano mutazioni del DNA per cui è più difficile ipotizzare interventi preventivi. A tal proposito, è stata condotta da Pisani, Parodi e Magnani (2013) una revisione della letteratura con lo scopo di informare la popolazione in merito alle cause e fattori di rischio delle neoplasie pediatriche. Prendendo in considerazione diversi studi, la revisione dimostra "che sono stati studiati molti fattori, ma pochi sono risultati essere causa della malattia, e che, in ogni caso, questi spiegano una proporzione piccola dei casi incidenti" (p.249). Lo studio riconosce come fattore di rischio per lo sviluppo dei tumori la compresenza di patologie genetiche nel bambino, le infezioni da Epstein-Barrvirus, HIV, HCV e HBV. Altri fattori di rischio che individua la revisione sono l'assunzione di alcool da parte della madre in gravidanza, l'esposizione alle radiazioni ionizzanti fin dal primo trimestre di gravidanza, l'esposizione al fumo passivo e all'inquinamento ambientale. Lo studio sottolinea che "è importante riconoscere che il rischio di sviluppare tumore associato ad alcuni cancerogeni è maggiore tanto più giovane è l'età al momento della prima esposizione. Queste considerazioni giustificano l'adozione del principio di precauzione in interventi di sanità pubblica volti a prevenire l'esposizione dei bambini a sostanze possibilmente cancerogene" (p.250). Il Ministero della Salute afferma che "I tumori dell'infanzia e dell'adolescenza...hanno un impatto forte sulla vita relazionale, sociale e lavorativa della famiglia." e, a tal proposito, aggiunge che l'assistenza globale fornita al malato pediatrico oncologico presuppone, quindi, anche la presa in carico della famiglia e delle relative necessità. L'oncologia pediatrica si propone, in quanto disciplina scientifica, di perfezionare i piani di cura per aumentare il tasso di sopravvissuti, diminuire le recidive, riconoscere i fattori di rischio e protettivi di tipo clinico e biologico e assicurare un corretto follow-up.

2.2 Il bambino e i caregiver

McCullough et al. (2018) affermano che ricevere la diagnosi di cancro instaura, nel bambino in grado di comprendere, uno stato di incertezza e insicurezza che rischia di sfociare in ripetuti episodi di ansia. Tali episodi possono essere presentati anche dai

genitori in quanto il tumore infantile colpisce sia il bambino sia la sua famiglia. Gli autori affermano che diversi studi hanno dimostrato che le emozioni negative provate dai genitori possono influenzare negativamente sia il percorso terapeutico di cura sia i rapporti familiari con conseguenze non positive sul bambino. Un collegamento a questo studio lo troviamo nell'articolo di Festini e Biagini (2009) nel quale i due autori sostengono che "Il benessere del bambino è inestricabilmente legato al benessere della sua famiglia" (p.1). Tale affermazione spiega l'importanza che hanno i genitori nei confronti del bambino; il piccolo, sostanzialmente, dipende dai genitori in quanto, mancando di molte conoscenze e capacità specifiche, non è in grado, da solo, di provvedere alla sua salute. Da tale affermazione si riesce a stabilire che i caregiver (ovvero coloro che si prendono cura di qualcuno) di un bambino sono i genitori. Quindi, se un nucleo familiare è ben saldo e gode di benessere, anche il piccolo risente di tale armonia. Quando un bambino è malato, il concetto sopra citato assume un ruolo fondamentale; se la famiglia è serena nell'affrontare la malattia del piccolo anche quest'ultimo si sentirà più tranquillo e meno spaventato. Da qui il concetto di "assistenza centrata sulla famiglia" ovvero "una modalità di pratica assistenziale che riconosce la centralità della famiglia nella vita del bambino con problemi di salute e l'inclusione del contributo e del coinvolgimento della famiglia nel piano assistenziale" (p.1). Per assistenza alla famiglia si intende dare la possibilità a quest'ultima "di prendersi cura del bambino ospedalizzato sotto la supervisione dell'infermiere attraverso un processo di coinvolgimento, partecipazione e collaborazione. L'obiettivo è mantenere e rinforzare i ruoli all'interno della famiglia e i legami tra di essa ed il bambino ricoverato, per promuovere la normalità del funzionamento familiare" (p.1). Da tale affermazione si riesce a stabilire che gli infermieri diventano i caregiver della famiglia in quanto si prendono in carico quest'ultima durante il processo di cura del proprio bambino. Il professionista sanitario, in questo caso l'infermiere, deve tenere in considerazione le emozioni e le conoscenze della famiglia; deve incentivarla a prendere parte attivamente al processo terapeutico in modo che essa sia in grado di tenere sotto controllo la situazione, prendere decisioni corrette e coerenti e raggiungere sempre più autonomia nella gestione della salute del figlio. "Questo "empowerment" accresce la fiducia della famiglia in sé stessa, accresce la conoscenza tra infermiere e famiglia creando un

rapporto di reciproca stima...Inoltre i bambini e le loro famiglie, con la sensazione di poter controllare le situazioni nelle quali si trovano, vedono ridotta la propria ansia” (p.3). Da ciò deriva che, per erogare un'assistenza appropriata alla famiglia, sono necessarie buone capacità di linguaggio e comunicazione e che tutta l'equipe sanitaria condivida gli stessi obiettivi per evitare differenti comportamenti che metterebbero in crisi la famiglia. Elementi che si rifanno direttamente al concetto di assistenza centrata sulla famiglia li ritroviamo anche nella “Carta dei diritti dei bambini e degli adolescenti in ospedale” (Allegato n. 2) redatta nel 2008 dall'Associazione per il bambino in ospedale (ABIO Italia) in collaborazione con la Società Italiana di Pediatria (SIP). In tale documento, soprattutto agli articoli numero 2, 3 e 9, si rafforza quanto detto finora sull'importanza della presa in carico globale della famiglia del bambino malato.

2.3 Il bambino in ospedale

L'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma (n.d.) sostiene che “il ricovero in ospedale comporta sempre per il bambino, a qualsiasi età, la necessità di un riadattamento della vita quotidiana e dei suoi ritmi per il distacco dagli oggetti e dalle persone che rappresentano per lui punti di riferimento e per dover fronteggiare richieste molto diverse da quelle familiari” (“come vive il bambino l'esperienza). Quando un bambino viene ricoverato reagisce alla malattia e all'ospedalizzazione in relazione all'età, allo sviluppo raggiunto e alle relazioni interpersonali instaurate. Ad esempio, un bambino di 0-3 anni non riesce a capire l'esperienza che vive in quanto la sua è una percezione di dolore a livello globale (non riesce a separare il male della patologia e il male delle cure). Per questo l'avvicinamento di un medico o di un infermiere scatena, ogni volta, in lui una forte paura. A tal proposito, un modo per aiutarlo, è sicuramente cercare di contenere il suo timore mediante la comunicazione verbale e non. Il bambino in età scolastica, invece, ha già la capacità di capire abbastanza il suo stato di malattia. Esso prova ugualmente dolore e paura, ma è possibile aiutarlo spiegandogli il suo percorso (cos'ha e che cosa gli verrà fatto) in quanto è necessario che il bambino possa organizzarsi per far fronte alla situazione che vive. L'adolescente, infine, possiede le capacità di comprendere l'esperienza che vive, il perché dell'ospedalizzazione e la gravità. Elemento fondamentale a tutte le età è non mentire sulla situazione in quanto, se ciò viene fatto, il paziente potrebbe

perdere la fiducia negli adulti che si prendono cura di lui. Nell'ambito dell'ospedalizzazione, quindi, assumono un ruolo molto importante i genitori. Il comportamento dei genitori durante il ricovero del proprio figlio prevede, innanzitutto, l'accettazione della situazione e dei sentimenti che prova il bambino, anche se questi sono per lo più spiacevoli. Accogliere le sensazioni del piccolo o dell'adolescente aiuta quest'ultimo a vivere la situazione, sentita come ostile e difficile, in maniera più tranquilla in quanto si sente supportato, rassicurato e protetto dal nucleo familiare. Che cosa possiamo fare quindi noi come operatori sanitari per migliorare la qualità di vita dei più giovani durante il ricovero? È importante, per prima cosa, essere degli infermieri competenti in grado non solo di erogare cure ma anche di "stare" con i piccoli pazienti e la famiglia; parlare con loro, ascoltarli e supportarli, proprio come affermano Randall, Brook e Stammers (2008) nel loro studio qualitativo. In tale ricerca è emerso, intervistando dei bambini in un ospedale inglese, che tra le caratteristiche principali che deve avere l'infermiere ci sono la simpatia e l'intelligenza, infatti il bravo professionista sanitario deve far divertire i bambini ma deve anche essere in grado di comunicare con loro trattandoli con rispetto. In secondo luogo è necessario attuare interventi e attività finalizzati alla riduzione di ansia, tensione e paure. Urbanski e Lazenby (2012) sostengono che è necessario svolgere attività piacevoli per i più piccoli in ospedale in quanto tali attività hanno la capacità sia di ridurre le sensazioni spiacevoli come isolamento, solitudine, ansia, paura, dolore che inevitabilmente prova un bambino in ospedale sia di aumentare la loro fiducia in sé stessi e nell'equipe curante. Per fare ciò ci viene in aiuto il gioco che, sia per piccoli ma anche più grandi, è fonte di svago e stimola la fantasia anche applicata alla realtà. Il diritto al gioco è anche chiaramente espresso nell'articolo 7 della "Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale". Anche il disegno, come il gioco, dà la possibilità al bambino di esternare le proprie emozioni permettendogli di distrarsi dal contesto del ricovero. Sempre secondo l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, per gli adolescenti, invece, è necessario cercare di mantenere il contatto con le amicizie e gli svaghi. È molto importante, inoltre, assecondare l'autonomia del giovane e cercare di instaurare una relazione solida e di fiducia reciproca tra il ragazzo ed il personale sanitario, elemento essenziale per la buona riuscita delle cure. Bisogna, comunque, dare

protezione, sostegno e aiuto se il ragazzo ne esprime, verbalmente o non, la necessità. Per quanto riguarda i genitori, il modo migliore per aiutarli, è, come si può dedurre dal paragrafo precedente, renderli partecipi di tutto il processo terapeutico del loro bambino, aiutarli e supportarli nell'affrontare la situazione.

2.4 Il bambino, i suoi genitori, gli infermieri e la pet therapy

Come si è detto nel paragrafo precedente, un elemento essenziale per migliorare la condizione di ospedalizzazione dei piccoli pazienti è l'attuazione di attività finalizzate alla riduzione di ansia, tensione e paure. Ma se in ospedale venissero anche gli animali da compagnia per far sentire meglio i bambini? Il Centro Nazionale Pet-Therapy di Montecchio Precalcino dell'ULSS 7, che da alcuni anni lavora attraverso la TAA presso l'oncoematologia pediatrica dell'ospedale San Bortolo di Vicenza, ha raccolto importanti dati clinici che confermano la grande utilità di tale tipo di terapia in questo reparto; ma i professionisti affermano anche che l'animale è un grande attivatore emozionale e motivazionale ma non è l'artefice del processo terapeutico: questo lo lasciamo all'equipe che è formata da psicologi, educatori, coadiutore dell'animale con il proprio animale. Si può dunque affermare che l'animale non è né un terapeuta né una medicina ma è il setting di TAA ad essere terapeutico. Pergolini e Reginella (2009) affermano che il rapporto che si crea tra uomo e animale è un rapporto spontaneo, naturale e privo di barriere in quanto l'animale funge da tramite e "rompi - ghiaccio" tra il soggetto e l'equipe sanitaria, favorendo la comunicazione verbale e non. Nei bambini, l'incontro con l'animale offre una possibilità per staccare dalla realtà rifugiandosi in qualcosa di più bello e dona l'opportunità di creare un'amicizia spontanea vivendo sensazioni positive che vengono innescate dal contatto con l'animale stesso. Gli IAA migliorano il benessere generale e la qualità della vita nei pazienti oncologici pediatrici; vi sono, infatti, più studi presenti in letteratura che affermano e dimostrano che l'animale porta risultati positivi nei pazienti pediatrici sia da un punto di vista fisiologico, in quanto si abbassano gli ormoni dello stress, sia da un punto di vista psicologico poiché i bambini si sentono meno soli e si annoiano di meno, sono più rilassati e sicuri, hanno un umore migliore, mangiano di più, socializzano e collaborano maggiormente durante le cure e le procedure (l'animale distrae il bambino e lo aiuta a ridurre l'ansia, la paura e il dolore), sono meno doloranti, spaventati e angosciati (Urbanski &

Lazenby, 2012). A tal proposito, è stato verificato, grazie ad uno studio caso-controllo, che se un bambino esegue il prelievo venoso in compagnia del cane si sente meno a disagio (Vagnoli et al., 2015). Un altro studio che sostiene gli IAA con i pazienti pediatrici è quello condotto da Chubak et al. (2017) il quale ha valutato i benefici portati dalla pet therapy a dei pazienti oncologici pediatrici ricoverati in un ospedale di Seattle tra novembre 2015 e marzo 2016. Sono stati valutati, tramite scale e questionari strutturati, i comportamenti e le sensazioni in una popolazione costituita da nove femmine e dieci maschi pediatrici (età media = 12,9 anni) prima e dopo l'intervento con l'animale. I risultati supportano la fattibilità degli IAA in oncologia pediatrica in quanto hanno dimostrato che, a seguito della visita del cane, durata circa 20 minuti, i pazienti erano meno angosciati, preoccupati, stanchi, tristi e doloranti. Un'ulteriore ricerca che supporta gli IAA è lo studio qualitativo compiuto da Moreira et al. (2016) con lo scopo di comprendere la percezione degli infermieri e dei genitori riguardo la TAA per i bambini e gli adolescenti con il cancro in un ospedale nel nord-est del Brasile. Lo studio dimostra che la percezione dei partecipanti conferma i benefici che questa terapia può dare a pazienti e personale sanitario e che quindi può diventare un sistema efficace per promuovere la salute dei bambini e degli adolescenti con il cancro. Sono state svolte delle interviste dirette a genitori e operatori sanitari che avevano in carico dei pazienti oncologici pediatrici da ottobre 2014 a febbraio 2015 e, da tali interviste, sono emersi tutti i vantaggi che può portare la pet therapy. Alcuni genitori affermano che, prima degli incontri con il cane, il loro bambino era in difficoltà e un po' scoraggiato ma, dopo aver visto l'incontro tra il proprio figlio e l'animale, essi hanno notato che quest'ultimo aiuta a migliorare la vita dei bambini in quanto sono più allegri e sereni; una mamma ha affermato che la presenza del cane in ospedale motiva il proprio bambino a sottoporsi alle chemioterapie. I genitori hanno anche notato i cambiamenti che avvengono nell'equipe sanitaria dopo che quest'ultima ha avuto degli incontri con il cane; alcuni genitori affermano che si nota quando un medico o un infermiere ha visto un cane in quanto, dopo la visita, essi sono più tranquilli e riescono meglio nel prendersi cura dei bambini. Moreira et al. (2016) affermano che le professioni sanitarie devono mirare, per il paziente, alla riduzione del dolore, dell'ansia, all'aumento della socializzazione e della qualità di vita. Un aiuto a raggiungere il benessere totale

dell'individuo lo può fornire la pet therapy. Si è notato che l'animale migliora le relazioni sociali, favorisce la cura di sé e la comunicazione tra equipe sanitaria, famiglia e bambini e ragazzi. Gli autori, basandosi su altri studi, affermano che la TAA può essere utilizzata dagli infermieri per migliorare la condizione dei giovani pazienti in situazioni di stress, aumentare la mobilitazione (attraverso, ad esempio, l'accarezzare o lo spazzolare il cane) e incoraggiare la collaborazione del bambino all'interno del processo terapeutico in quanto si sente più sereno, più fiducioso e perché si rende conto che l'ospedale, nonostante sia un luogo estraneo e lontano dalla quotidianità, offre anche esperienze e momenti divertenti. Tutti gli studi fino ad ora citati affermano che, nonostante gli aspetti positivi rilevati dagli infermieri in merito agli IAA, v'è, da parte dei professionisti stessi, una mancanza di conoscenza circa l'attuazione di tale terapia. Essi avrebbero il desiderio di utilizzarla ma fanno poco della sua realizzazione e degli aspetti igienico-sanitari; probabilmente è proprio a causa di quest'ultimo argomento che tale pratica è poco utilizzata in quanto ciò che preoccupa di più il personale sanitario e le direzioni sanitarie degli ospedali sono le infezioni, le allergie e i morsi che potrebbero provocare gli animali. Per smentire tale preoccupazione ci vengono in aiuto le Linee Guida e ciò che afferma Parodi (2014), ovvero che "il Centers for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta, che si occupa del controllo ambientale delle infezioni nelle strutture sanitarie, fornisce raccomandazioni e linee guida necessarie per uno svolgimento della pet therapy in sicurezza" (p.19). Tenere a mente tali lacune e dubbi presenti nel personale infermieristico è importante in quanto si ha un punto di partenza per creare corsi di formazione e protocolli tali da favorire la realizzazione di questa pratica. Tra i pochi ospedali presenti in Italia che permettono agli animali di entrare a far visita ai piccoli pazienti troviamo l'Ospedale Ca' Foncello di Treviso e l'Ospedale San Bortolo di Vicenza. In quest'ultimo, da qualche anno, è partito un progetto, in collaborazione con il Centro Nazionale Pet-Therapy di Montecchio Precalcino, per valutare l'impatto che ha l'animale nel bambino sottoposto a procedure invasive come le medicazioni o il prelievo venoso.

CAPITOLO 3 - MATERIALI E METODI

3.1 Disegno dello studio

Lo studio condotto è di tipo descrittivo osservazionale ed il suo fine è quello di descrivere, attraverso l'opinione degli infermieri che lavorano nel reparto di pediatria e di DH pediatrico degli ospedali di San Bortolo e Ca' Foncello, il ruolo infermieristico all'interno dei progetti di pet therapy. Il lavoro di tesi ha come scopo anche quello di valutare se gli IAA sono efficaci nei bambini analizzando i dati raccolti dal Centro Nazionale Pet-Therapy di Montecchio Precalcino nell'ambito del progetto "Il posto delle favole" svolto proprio all'ospedale di Vicenza. Per svolgere questa ricerca, è stato necessario compilare delle autorizzazioni per la distribuzione dei questionari agli infermieri che sono state firmate e condivise dai distretti generali dell'ULSS 8 (Vicenza) e dell'ULSS 2 (Treviso). Per ottenere i dati del progetto del Centro Nazionale Pet-Therapy, la studentessa ha preso contatti con il personale del Centro stesso e ha compilato un'autorizzazione che è stata firmata e condivisa dal distretto generale dell'ULSS 7.

3.2 Campionamento

Il campione degli infermieri è composto da 41 professionisti (9 di Vicenza e 32 di Treviso). Per quanto riguarda i bambini, invece, il campione è composto da 109 soggetti di età compresa tra 1 e 10 anni che hanno avuto accesso al DH dell'ospedale di Vicenza dal 19/09/2017 al 15/06/2018; 71 bambini appartengono al gruppo sperimentale e hanno avuto l'occasione di poter eseguire la visita medica o il prelievo venoso in compagnia del cane il martedì e il venerdì; 38 bambini, invece, appartengono al gruppo di controllo e hanno eseguito le medesime prestazioni del gruppo sperimentale ma senza il cane il lunedì, il mercoledì e il giovedì.

Criteri di inclusione: sono stati ammessi allo studio gli infermieri che lavoravano o nel reparto di pediatria o nel reparto di DH pediatrico e che hanno avuto modo di vedere e/o partecipare a progetti di pet therapy. Per quanto riguarda i bambini, sia quelli del gruppo sperimentale sia quelli del gruppo di controllo, sono stati ammessi allo studio tutti coloro che avessero una diagnosi di tumore, che fossero stati dimessi dall'ospedale di Padova e che si recavano più di una volta alla settimana nel DH dell'ospedale di Vicenza.

Criteri di esclusione: non è stato ammesso allo studio il personale infermieristico che

lavorava in reparti diversi dalla pediatria o dal DH pediatrico e coloro che non hanno avuto modo di vedere e/o partecipare a progetti di pet therapy. Per quanto riguarda i bambini, invece, non sono stati ammessi allo studio coloro che non rispettavano i criteri di inclusione sopra citati.

3.3 Setting

L'indagine riguardante gli infermieri è stata condotta presso i reparti di pediatria e di DH pediatrico degli ospedali di San Bortolo e Ca' Foncello.

Il luogo dove si è svolto il progetto di pet therapy con i bambini è il DH dell'ospedale San Bortolo. Sono stati utilizzati tutti gli spazi del DH (sala d'attesa, due stanze di degenza per pazienti immunocompromessi, due ambulatori adibiti a visite mediche, prelievi e medicazioni) e del reparto di pediatria (14 stanze per un totale di 20 posti letto).

3.4 Strumenti

3.4.1 Questionario per infermieri

E' stato somministrato, agli infermieri, un questionario con 26 domande realizzato con la supervisione degli esperti del Centro Nazionale Pet-Therapy di Montecchio Precalcino e basato sulla revisione di letteratura alla base dell'indagine. (Allegato n. 4)

3.4.2 Progetto "Il posto delle favole"

Il Centro Nazionale Pet Therapy dell'ULSS 7 nasce nel 2008 e si occupa di IAA. Presenta un'equipe multidisciplinare costituita da veterinari, psicologi, educatori e coppie cani-coadiutori. "Il posto delle favole" è un progetto pilota di TAA ideato proprio da tale Centro e finanziato dalla Fondazione Sofia Luce Rebuffat Onlus e dall' Associazione Daniele Mariano Onlus, due associazioni che sostengono la ricerca scientifica sulle leucemie infantili, i bambini malati e le loro famiglie, con lo scopo di supportare e far divertire i bambini che vengono sottoposti a cure mediche nel DH pediatrico dell'ospedale San Bortolo. A tal proposito, il progetto mira a far conoscere il mondo ai bambini e ad elaborare la loro esperienza di malattia mediante la narrazione di favole e il disegno in compagnia del cane. Nella presentazione del progetto, il Centro Pet-Therapy afferma che il titolo del progetto "allude a un luogo riservato a un'esperienza di contatto del bambino ricoverato con il mondo delle favole, un luogo privilegiato nel quale è introdotto dal cane, straordinario mediatore in grado di contenere in sé il reale e l'immaginario" (p.4). Il progetto, oltre all'equipe

di pet therapy e al personale sanitario (infermieri e medici), vede interessati cani adulti di varie razze e meticci, adeguatamente preparati a svolgere le attività pianificate e che rispondono a specifici requisiti attitudinali e igienico-sanitari. Il Centro motiva la scelta di tali animali spiegando che le caratteristiche del cane “favoriscono sia nei bambini che nei genitori un’apertura affettiva che permetterà un veloce avvicinamento agli animali, per sentire la morbidezza del pelo e cominciare quelle attività di cura - carezze, offerta di cibo, spazzolatura, gioco – che, proprio perché passano attraverso il corpo possono aiutare i bambini affetti da patologie oncoematologiche a fare “pace” con il loro corpo ferito dalla malattia” (p.5). L’equipe del Centro Pet-Therapy si recava all’ospedale di Vicenza il martedì e il venerdì dalle ore 8.00 alle ore 12.00; i bambini che incontravano in quei giorni hanno costituito il gruppo sperimentale mentre i bambini presenti negli altri giorni della settimana hanno costituito il gruppo di controllo. I bambini del gruppo sperimentale hanno avuto modo di svolgere delle attività e/o entrare alle visite, fare il prelievo o la medicazione in compagnia degli animali mentre i bambini del gruppo di controllo non hanno mai avuto incontri con l’animale e potevano usufruire delle attività messe a disposizione dal DH. Per l’analisi del progetto pilota, sono state utilizzate due scale relative alla percezione del dolore sia nei bambini del gruppo sperimentale sia in quelli del gruppo di controllo. Per tutti i bambini è stata compilata, da parte degli operatori del Centro Pet-Therapy (il martedì e il venerdì) e da operatori esterni al progetto (il lunedì, il mercoledì e il giovedì), la “Children’s Hospital of Eastern Ontario Pain Scale” (CHEOPS). Ai bambini di età compresa tra i 2 e i 6 anni è stata somministrata, inoltre, la “Wong-Backer Faces Pain Rating Scale” che hanno compilato loro stessi.

3.4.2.1 Wong-Backer Faces Pain Rating Scale

La Wong-Baker FACES Foundation afferma che “questo strumento è stato originariamente creato...per i bambini per aiutarli a comunicare sul loro dolore. Ora la scala viene utilizzata in tutto il mondo con persone di età pari o superiore a 3 anni” (“home”). La scala è composta da sei smile con espressioni del volto differenti. La prima faccina è molto sorridente e ciò corrisponde all’assenza di dolore mentre l’ultima rappresenta un volto che piange, simbolo di un grande dolore. La scala viene somministrata al bambino chiedendogli di indicare la faccina che meglio corrisponde

al dolore che ha provato in un preciso momento. Ad ogni smile corrisponde un numero (da 0 a 10) che identifica l'intensità del dolore percepito (Allegato n. 5).

3.4.2.2 Children's Hospital Of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS)

Il Centre for Pediatric Pain Research, leader internazionale nella ricerca sul dolore infantile, afferma che la scala CHEOPS è uno strumento osservativo che ha lo scopo di misurare il livello dolore nel post-operatorio nei pazienti pediatrici di età compresa tra 1 e 7 anni. Il Centro sostiene che tale scala può essere utilizzata anche per misurare l'intensità di dolore associato a procedure mediche/infermieristiche e per valutare l'efficacia degli interventi attuati per ridurre il dolore e il disagio. La scala prende in considerazione sei aspetti comportamentali (pianto, espressione facciale, verbalità del bambino, busto, tatto e gambe) e, per ognuna di queste, si indagano altre caratteristiche che permettono di identificare al meglio il livello di dolore che il bambino prova. Ad ogni aspetto è attribuito un punteggio che va da 0 a 3 dove 0 corrisponde all'assenza di dolore e 3 identifica un forte dolore. La somma dei sei punteggi individua il livello di dolore percepito. Tale valore può variare da 4 (nessun dolore) a 13 (dolore grave) (Allegato n. 6).

3.5 Attività di raccolta dati

La studentessa si è recata nei reparti delle strutture ospedaliere per incontrare le coordinatrici infermieristiche e gli infermieri, spiegare loro lo studio chiarendo eventuali dubbi e consegnare i questionari. A Vicenza la studente ha consegnato i questionari il 29/06/2018 e li ha ritirati il 16/07/2018 e il 13/09/2018. A Treviso, invece, la studentessa ha portato i questionari il 24/07/2018 e li ha ritirati il 24/08/2018. Per quanto riguarda i dati relativi ai bambini, la studentessa ha preso contatti, nei mesi di luglio e agosto, con il Centro Pet-Therapy dell'ULSS 7 il quale, dopo aver firmato la richiesta di autorizzazione presentata nel mese di aprile 2018, ha fornito tutte le informazioni utili, i dati e le scale relative al dolore dei bambini.

3.6 Metodi statistici

I dati raccolti sono stati elaborati con l'aiuto di un docente dell'Università di Padova con competenze in statistica e grazie ad un foglio di lavoro Excel. Tali dati sono stati inseriti in tabelle le quali hanno permesso la creazione di grafici e calcolo delle percentuali per descrivere il fenomeno in modo semplice.

CAPITOLO 4 – RISULTATI E DISCUSSIONE

Dall'elaborazione dei dati relativi all'indagine infermieristica, si può notare che la maggior parte del personale intervistato è femmina (90%) (Allegato n. 7, Grafico I. Genere del personale intervistato.) e ha un'età compresa tra i 31 e i 50 anni (Allegato n. 7, Grafico II. Età del personale intervistato.). Gli infermieri sono tutti di cittadinanza italiana (Allegato n. 7, Grafico III. Cittadinanza del personale intervistato.) e 19 di loro hanno conseguito il diploma di infermiere professionale mentre 15 hanno ottenuto la laurea in Scienze Infermieristiche (13 triennale e 2 magistrale). Solamente due infermieri hanno il Master di 1° livello (uno in oncematologia pediatrica e l'altro non ha specificato). Cinque sono infermieri pediatrici e uno ha il diploma universitario di infermiere (Allegato n. 7, Grafico IV. Titolo di studio del personale intervistato.). Tredici infermieri hanno una carriera lavorativa compresa tra i 21 e i 30 anni, 11 tra uno e 10 anni e 9 tra 11 e 20. Solo 8 infermieri hanno una carriera lavorativa oltre i 30 anni (Allegato n. 7, Grafico V. Anni di carriera del personale intervistato.). Il 17% del personale intervistato lavora in DH mentre l'83% lavora in pediatria (Allegato n. 7, Grafico VI. Reparto attuale del personale intervistato.). Venti infermieri si trovano nel reparto attuale da 1 a 10 anni, 15 da 11 a 20 anni, 5 da 21 a 30 e solamente uno da 31 a 40 (Allegato n. 7, Grafico VII. Anni lavorativi all'interno del reparto attuale.). Precedentemente la maggior parte di loro ha lavorato in area medica (30,77%), seguita rispettivamente dall'area materno-infantile (28,85%), l'area chirurgica (21,15%), l'area critica (11,54%), l'area della rieducazione funzionale (3,85%) e l'area della salute mentale (1,92%). Un solo infermiere ha lavorato in un'altra area diversa da quelle elencate ma non ha specificato (Allegato n. 7, Grafico VIII. Reparto precedente del personale intervistato.). Gli infermieri affermano che la fascia d'età della maggior parte dei bambini in cura sia quella dai 2 ai 5 anni (37%) seguita rispettivamente da 6-10, 11-15, 0-1, 16-18 (Allegato n. 7, Grafico IX. Età della maggior parte dei bambini in cura.). Il tumore maggiormente presente è la leucemia (54%) seguito dai tumori del SNC, tumori a localizzazione addominale, linfomi e tumori della tiroide e tumore dei tessuti molli. Solamente un infermiere ha segnato in un'altra tipologia di neoplasia diversa da quelle elencate ma non ha specificato (Allegato n. 7, Grafico X. Forma

tumorale maggiormente presente nei bambini in carico.). Le patologie pediatriche più frequenti, secondo il parere degli infermieri, sono le infezioni delle vie respiratorie (43%) seguite da quelle gastro-intestinali, malattie metaboliche e cancro, malattie congenite ed esantematiche. Solamente un soggetto ha segnato in un'altra tipologia di patologia diversa da quelle elencate ma non ha specificato. Un infermiere afferma che sono presenti anche interventi chirurgici (Allegato n. 7, Grafico XI. Patologia maggiormente presente nei bambini in carico.). Quasi tutti gli infermieri ritengono che il bambino, quando si trova in ospedale, prova maggiormente le emozioni di paura (41%) e ansia (26%) (Allegato n. 7, Grafico XII. Emozioni che provano i bambini quando si trovano in ospedale.). Le conoscenze di base in merito agli IAA del personale infermieristico intervistato sono poche (41%). Il 24% ritiene di averne abbastanza e il 29% superficiali. Un solo infermiere ritiene di averne molte e uno solo nulle (Allegato n. 7, Grafico XIII. Conoscenze di base in merito alla pet therapy del personale intervistato.). Per quanto riguarda i momenti formativi in merito alla pet therapy, 5 soggetti hanno dichiarato di non aver mai partecipato a degli incontri perché non trovano necessario aggiornarsi mentre la maggior parte di loro ha avuto modo di informarsi. Tredici hanno partecipato o assistito a dimostrazioni di progetti di pet therapy solo come osservatore, 11 hanno avuto modo di ascoltare testimonianze di infermieri e/o pazienti che hanno partecipato a dei progetti di pet therapy, 4 hanno partecipato a dei corsi riguardanti il tema della relazione bambino-animale e solamente uno ha svolto corsi di formazione organizzati da esperti in pet therapy. Alcuni infermieri (11) affermano che non hanno avuto occasione o modo di partecipare a degli incontri formativi riguardo ai progetti di pet therapy in quanto nessuno li ha mai organizzati, mentre uno solo riferisce che come momento formativo ha partecipato alla presentazione di un progetto di pet therapy (Allegato n. 7, Grafico XIV. Percorso formativo in merito alla pet therapy del personale intervistato.). Quasi tutti gli infermieri riferiscono che l'animale utilizzato per i progetti di pet therapy è il cane. Uno solo ha assistito a dei progetti con l'aiuto del coniglio, un altro con l'ausilio del cavallo e due con il maiale (Allegato n. 7, Grafico XV. Animali utilizzati.). Il 100% personale ritiene che l'animale porti ai bambini serenità, piacere, umorismo, curiosità, intrattenimento e sorpresa. Nessuno ritiene che l'animale porti sovraccarico di lavoro, confusione e problemi di igiene e pulizia

(Allegato n. 7, Grafico XVI. Cosa porta l'arrivo degli animali in un reparto di pediatria.). Quasi tutti gli infermieri ritengono che la pet therapy sia utile per i bambini in quanto questi ultimi possono trascorrere un momento piacevole e distrarsi durante le attese o durante l'esecuzione di una procedura dolorosa (43%), può migliorare le cure e ridurre i sintomi (41%) e perché l'animale ricorda al bambino la sua casa e la sua quotidianità (14%) (Allegato n. 7, Grafico XVII. Utilità della pet therapy secondo il parere del personale intervistato.). La maggior parte del personale intervistato afferma di vedere i bambini, dopo il contatto con l'animale, meno stressati e irritati, sono più felici in quanto riescono a vedere il lato divertente e spensierato dell'ospedale (69%), hanno meno ansia e paura delle procedure dolorose (19%) e si sentono meno stanchi, hanno più voglia di giocare, dormono di più e hanno più appetito, sopportano meglio i trattamenti e i loro effetti collaterali (8%). Due soggetti hanno selezionato la categoria "altro"; uno senza dare alcuna spiegazione mentre l'altro affermando di aver visto poche volte gli animali in reparto (Allegato n. 7, Grafico XVIII. Come sembrano al personale intervistato i bambini durante e dopo il contatto con gli animali.). Trentatré soggetti ritengono che il miglioramento dell'umore del bambino dovuto all'incontro con il cane migliora anche lo stato d'animo dei genitori e dona loro la forza e il coraggio per far fronte alla malattia. Altri infermieri (16) affermano che la presenza dell'animale aiuti anche i genitori in quanto stimola quest'ultimi a relazionarsi e comunicare maggiormente sia con il bambino stesso sia con il personale sanitario. Solamente 4 infermieri ritengono che la pet therapy aiuti abbastanza i genitori (Allegato n. 7, Grafico XIX. Utilità della pet therapy per i genitori secondo il parere del personale intervistato.). Quasi tutto il personale intervistato afferma che i genitori vedono il loro bambino, durante e dopo l'incontro con l'animale, meno dolorante, più sereno, rilassato e felice (90%). Solamente uno afferma che i parenti non trovano alcuna differenza nello stato d'animo del bambino prima e dopo l'incontro con il cane in quanto lo stato psico-fisico del bambino è determinato dalla gravità o meno della malattia. Due soggetti hanno selezionato la categoria "altro" senza specificare (Allegato n. 7, Grafico XX. Come vedono i genitori il loro bambino dopo il contatto con l'animale secondo il personale intervistato.). La maggior parte degli infermieri affermano che la presenza degli animali in reparto influenza positivamente il modo di lavorare del personale; 27

ritengono che, lavorando in un reparto a volte molto doloroso e stressante dal punto di vista emotivo, il cane porta un sorriso e una distrazione dallo stress e dall'ansia anche al personale. Altri 10 ritengono che l'angoscia del bambino abbia un impatto negativo sull'emotività del professionista sanitario e quindi il fatto che l'animale renda più sereno il bambino rende, a sua volta, più facile il lavoro e l'infermiere si sente meglio. Solamente un soggetto riferisce che l'animale spesso velocizza il lavoro mentre 8 affermano che fa loro piacere vedere i pazienti più sereni ma non cambia nulla nel loro lavoro. Cinque infermieri hanno selezionato la categoria "altro"; un soggetto specifica che la pet therapy non velocizza il proprio lavoro ma lo rende più "leggero" dal punto di vista emotivo. Un altro afferma che ha paura che l'animale possa metterlo in difficoltà nello svolgere il proprio lavoro mentre gli altri 3 affermano che l'animale non ha nessuna influenza (Allegato n. 7, Grafico XXI. Influenze sulla propria persona e sulla propria attività lavorativa dovute all'incontro con l'animale.). Il 66% del personale intervistato afferma che la pet therapy è un valido aiuto nella pratica clinica in quanto l'animale fa da "ponte" e "rompighiaccio" tra il personale infermieristico e il bambino/famiglia rendendo più facile l'instaurarsi di una relazione, migliorando la comunicazione e l'umore di tutti e questi sono aspetti essenziali per l'adattamento al processo terapeutico e la buona riuscita delle cure. L'11% afferma che il legame tra il bambino e l'animale aiuta il professionista sanitario a centrare il proprio lavoro sulla persona e a considerare il paziente nella sua totalità (bisogni fisici, psichici e sociali). Un ulteriore 16% afferma che la presenza dell'animale aiuta l'infermiere nel suo lavoro in quanto il cane favorisce la distrazione del bambino e questo è molto utile quando è necessario svolgere sul paziente qualche procedura dolorosa a lui poco gradita. Solamente il 7% si ritiene dubbioso circa l'utilità della pet therapy nella pratica clinica in quanto hanno poca esperienza in merito (Allegato n. 7, Grafico XXII. Utilità dell'animale nella pratica clinica secondo il parere del personale intervistato.). Per quanto riguarda le scale di valutazione del dolore nei bambini, solo 4 infermieri affermano di non utilizzare alcuno strumento di misura, mentre tutti gli altri sì. La scala che viene utilizzata per la maggiore è la Wong-Baker Faces Pain Rating Scale seguita rispettivamente dalla scala FLACC, la scala numerica, la scala analogico-visiva e la scala CHEOPS (Allegato n. 7, Grafico XXIII. Scale di valutazione del dolore pediatrico utilizzate dal

personale sanitario.). Nessun infermiere afferma che la pet therapy in un reparto di pediatria debba essere eliminata. Otto infermieri ritengono che la presenza dell'animale in reparto sia gradita per una o due volte alla settimana per un paio d'ore mentre 32 infermieri ritengono che la pet therapy venga incrementata. Un infermiere ha selezionato la categoria "altro" senza dare alcuna spiegazione (Allegato n. 7, Grafico XXIV. Presenza dell'animale in reparto.). In merito alle preoccupazioni legate agli IAA, la maggior parte dei professionisti afferma di non avere alcuna preoccupazione perché i progetti sono stati organizzati seguendo le linee guida e secondo protocolli sicuri di prevenzione delle infezioni. Solamente un infermiere teme che il cane possa mordere i bambini, i genitori e il personale sanitario e che possa trasmettere malattie mentre un altro è preoccupato per le allergie che si potrebbero verificare. Due soggetti hanno selezionato la categoria "altro" senza specificare (Allegato n. 7, Grafico XXV. Preoccupazione del personale intervistato in merito agli Interventi Assistiti con gli Animali.). Per quanto riguarda l'ultima domanda aperta del questionario (Allegato n.4), la maggior parte del personale intervistato ritiene che il ruolo dell'infermiere all'interno dei progetti di pet therapy sia attivo. Molti infermieri sostengono che un elemento essenziale per la buona riuscita dei progetti di pet therapy e per il bene del paziente sia la collaborazione tra i membri del team di pet therapy e il personale sanitario che interagiscono insieme secondo i rispettivi ruoli e competenze. Collaborando insieme si ottimizzano le risorse, i tempi e l'organizzazione dei progetti e solo così, afferma un infermiere, "si riesce a dare il meglio delle cure sia dal punto di vista emotivo sia assistenziale al bambino". La necessità di collaborazione viene anche chiaramente espressa da Cairo (2013), la quale afferma che gli IAA richiedono al team di pet therapy di collaborare con "l'équipe che ha in carico l'utente attraverso un approccio multidisciplinare" (p.11). Secondo il personale intervistato, l'infermiere ha, innanzitutto, il compito di partecipare agli incontri con il team di pet therapy, prima dell'arrivo in reparto del cane, per conoscersi e stabilire, anche con l'aiuto del medico, quali bambini siano più indicati a partecipare agli incontri con l'animale in base alla patologia, alle allergie, alle risorse, agli stati d'animo, al carattere del bambino e le procedure dolorose a cui deve essere sottoposto in modo che l'infermiere possa avvalersi dell'aiuto del cane per eseguirle e progettare i propri

interventi. A tal proposito, Parodi (2014) afferma che “l’infermiere pediatrico ha il compito di saper utilizzare la giusta attività al giusto momento, saperne individuare la necessità proponendola e non imponendola, saper indicare le corrette modalità di esecuzione...L’animale, da parte sua, collabora e aiuta l’infermiere pediatrico, facilita e non ostacola le sue procedure assistenziali. Insieme hanno il compito di saper osservare saper ascoltare e individuare i bisogni del bambino/famiglia, saper valutare l’efficacia dell’attività, saper comunicare e scambiarsi consigli e opinioni, instaurare e mantenere un ponte comunicativo con il bambino/famiglia...È importante che l’infermiere pediatrico abbia degli obiettivi finali e intermedi che permettano di monitorare successi o fallimenti del programma” (p.21). In secondo luogo, l’infermiere ha il compito di favorire la socializzazione tra il team di pet therapy e bambino. Deve presentare il bambino che ha in carico al team evidenziando il suo carattere e i suoi bisogni in modo che l’equipe possa scegliere l’animale che più si adatta al paziente per evitare che vi siano momenti di tensione tra animale e paziente e per aiutare l’infermiere ad un approccio olistico al bambino in quanto, per il professionista sanitario, l’animale deve essere un aiuto per stimolare e/o confortare il piccolo paziente. L’infermiere deve controllare, sia durante la presenza del cane sia dopo, lo stato d’animo, d’ansia e di soddisfazione del bambino per verificare se l’incontro con l’animale ha portato a dei benefici. Il ruolo del personale infermieristico all’interno dei progetti di pet therapy è molto importante in quanto essi sono in grado di valutare lo stato fisico ed emotivo dei bambini prima e dopo l’incontro con il cane (Moreira et al., 2016). Un altro ruolo importante che ha il personale infermieristico all’interno dei progetti di pet therapy è quello di identificare i luoghi, le tempistiche e le modalità adatti per l’attuazione degli IAA in modo che il bambino, ma anche il professionista sanitario, possa vivere l’incontro con l’animale con sicurezza, calma e serenità. Secondo alcuni infermieri è importante lasciare spazio e tempo all’equipe di pet therapy di svolgere il loro lavoro con i piccoli pazienti e “approfittare” della loro presenza per sottoporre i bambini a procedure invasive e dolorose dopo l’incontro con loro. L’infermiere e il team devono incentivare il bambino a relazionarsi con l’animale presenziando agli incontri, ascoltando il bambino e rendendosi disponibili. Per molti infermieri è importante cercare di essere accoglienti e sensibili nei confronti di questa nuova esperienza,

anche con momenti di incontro e formazione con il team di pet therapy, tenendo presente l'obiettivo di ogni professionista sanitario: il bene del paziente. Un infermiere afferma che è necessario permettere che si instauri un rapporto tra l'animale e il bambino in quanto tale legame velocizza e facilita il processo di guarigione. Solo un infermiere ritiene che il personale sanitario non sia attivo nei progetti di pet therapy in quanto sostiene che quest'ultimo non è a conoscenza delle modalità di azione del team di pet therapy. In merito al progetto "Il posto delle favole", sono state eseguite due elaborazioni statistiche distinte ma analoghe; una per la scala CHEOPS e una per la Wong Baker Faces Pain Rating Scale. Sono stati realizzati tre tabelle e tre grafici per ciascuna delle due scale di valutazione. È stata calcolata e rappresentata graficamente anche la deviazione standard che ha dimostrato la validità statistica dei dati ottenuti. Una tabella e il relativo grafico prevedono il confronto tra il livello di dolore medio registrato nel totale dei bambini che hanno avuto modo di incontrare il cane (71) con il livello di dolore medio registrato nel totale dei bambini che non hanno avuto modo di passare del tempo con l'animale (38). Il livello di dolore medio è stato calcolato grazie alla media aritmetica andando a sommare i punteggi relativi al livello di dolore di ogni paziente e dividendo il risultato ottenuto per il numero di pazienti. Per quanto riguarda la scala CHEOPS (Allegato n. 8, Tabella I. Livello di dolore medio registrato nella scala CHEOPS sul totale dei bambini., Grafico I. Livello di dolore medio registrato nella scala CHEOPS sul totale dei bambini.), si può notare che il livello medio di dolore registrato nei bambini del gruppo di controllo (senza cane) è pari a 10,42/13 mentre quello del gruppo sperimentale (con cane) è di 5,38/13 (circa la metà). Analogamente per la Wong-Baker Faces Pain Rating Scale (Allegato n. 8, Tabella IV. Livello di dolore medio registrato nella Wong-Baker Faces Pain Rating Scale sul totale dei bambini, Grafico IV. Livello di dolore medio registrato nella Wong-Baker Faces Pain Rating Scale sul totale dei bambini.), il livello medio di dolore registrato nei bambini del gruppo di controllo è pari a 5,25/10 mentre quello del gruppo sperimentale è di 2/10 (meno della metà). Un'altra tabella e la corrispondente rappresentazione grafica illustrano il medesimo risultato descritto precedentemente ma, in questo caso, i bambini sono stati suddivisi sia in base al fatto che abbiano incontrato o meno l'animale sia in base al sesso. I maschi che hanno incontrato il

cane erano 33 mentre le femmine erano 38; i bambini che non lo hanno visto erano 25 mentre le bambine erano 13. La scala CHEOPS (Allegato n. 8, Tabella II. Livello di dolore medio registrato nella scala CHEOPS sul totale delle femmine e dei maschi., Grafico II. Livello di dolore medio registrato nella scala CHEOPS sul totale delle femmine e dei maschi.) dimostra che il livello medio di dolore registrato nei maschi del gruppo di controllo è pari a $10,44/13$ mentre quello delle femmine è $10,38/13$. Per il gruppo sperimentale, invece, i livelli medi di dolore registrati sono rispettivamente $5,24/13$ (maschi) e $5,5/13$ (femmine). Similmente per la Wong-Baker Faces Pain Rating Scale (Allegato n. 8, Tabella V. Livello di dolore medio registrato nella Wong-Baker Faces Pain Rating Scale sul totale delle femmine e dei maschi., Grafico V. Livello di dolore medio registrato nella Wong-Baker Faces Pain Rating Scale sul totale delle femmine e dei maschi.), il livello di dolore registrato nei maschi del gruppo di controllo è pari a $5/10$ mentre quello delle femmine è $6/10$. Per il gruppo sperimentale, invece, i livelli di dolore registrati sono rispettivamente $2,24/10$ (maschi) e $1,75/10$ (femmine). Dai dati ottenuti si può affermare che non vi è una differenza statisticamente significativa in merito alla percezione di dolore nei maschi e nelle femmine in quanto i risultati sono molto simili tra di loro. L'ultima tabella e l'ultimo grafico mostrano il livello medio di dolore percepito dai bambini con e senza il cane suddivisi per fascia d'età e il rapporto dolore senza cane/ dolore con il cane. Per quanto riguarda la scala CHEOPS (Allegato n. 8, Tabella III. Livello di dolore medio registrato nella scala CHEOPS sul totale dei bambini di 1, 2, 3, 4, 5 e 6 anni e rapporto (dolore senza cane/ dolore con cane)., Grafico III. Livello di dolore medio registrato nella scala CHEOPS sul totale dei bambini di 1, 2, 3, 4, 5 e 6 anni e rapporto (dolore senza cane/ dolore con cane).), sono state create 6 classi di età (da 1 a 6 anni). Dai dati ottenuti si può affermare come il dolore percepito scenda in presenza del cane in tutte le classi di età. È interessante notare, inoltre, come il livello di dolore cali in relazione all'aumentare dell'età, sia che esso sia percepito con la presenza del cane sia in assenza di esso (l'unica eccezione è rappresentata dal livello di dolore percepito a 3 anni senza il cane; il valore $(12,16/13)$, infatti, risulta leggermente più alto rispetto al valore $(11,6/13)$ ottenuto nella stessa condizione (senza cane), nei bambini di 2 anni). Il grafico del rapporto (Grafico III. Livello di dolore medio registrato nella scala CHEOPS sul totale dei bambini di 1, 2, 3, 4, 5 e 6

anni e rapporto (dolore senza cane/ dolore con cane.) illustra che non vi è una chiara dipendenza tra il livello di dolore percepito senza cane e con il cane (rapporto) a seconda dell'età. L'analogia situazione si ripete anche per la Wong-Baker Faces Pain Rating Scale (Allegato n. 8, Tabella VI. Livello di dolore medio registrato nella Wong-Baker Faces Pain Rating Scale sul totale dei bambini di 4, 5 e 6 anni e rapporto (dolore senza cane/ dolore con cane)., Grafico VI. Livello di dolore medio registrato nella Wong-Baker Faces Pain Rating Scale sul totale dei bambini di 4, 5 e 6 anni e rapporto (dolore senza cane/ dolore con cane).) ma, per tale scala, sono state create solamente 3 classi di età (dai 4 ai 6 anni) in quanto per le età più piccole vi era un' insufficiente disponibilità di dati. I risultati ottenuti confermano quanto detto precedentemente nei primi capitoli di questo elaborato; gli IAA hanno migliorato la qualità di vita dei bambini rendendoli più tranquilli durante le visite e i prelievi. Hanno creato un supporto alle cure mediche standard andando a focalizzarsi sulla totalità dei bisogni di una persona, bisogni che non comprendono solo la sfera fisica ma anche quella emotiva, il bisogno di affetto e sicurezza. In uno studio sono stati presi in esame 57 bambini di età compresa tra i 3 e i 17 anni ricoverati al St. Cloud Hospital Institutional Review Board per studiare i livelli di dolore percepiti dai piccoli pazienti. Hanno messo a confronto un gruppo sperimentale, composto da 18 bambini, che partecipava ad un incontro con un cane per 15- 20 minuti e un gruppo di controllo, composto da 39, che restava seduto e senza parlare per lo stesso arco temporale. Utilizzando la scala Wong-Baker Faces Pain Rating Scale, prima e dopo l'esecuzione di una visita medica, hanno rilevato il livello di dolore percepito dai bambini. Anche i genitori, furono invitati ad indicare il livello di dolore del proprio figlio senza sapere la risposta che aveva dato il loro bambino. Dall'analisi dei risultati si è evidenziato un abbassamento del livello di dolore in entrambi i gruppi ma il gruppo sperimentale ha ottenuto un punteggio statisticamente più significativo rispetto ai bambini che non avevano incontrato il cane. Pure i genitori dei bambini del gruppo sperimentale hanno riferito un livello di dolore inferiore percepito dal loro bimbo rispetto ai genitori del gruppo di controllo (Braun, Stangler, Narveson & Pettingell, 2009). Un altro studio condotto da Vagnoli et al. (2015) aveva lo scopo di valutare l'efficacia degli IAA come fonte di distrazione per ridurre il dolore e il disagio nei bambini sottoposti alla procedura del prelievo venoso. Sono stati

considerati 50 bambini, di età compresa tra i 4 e 11 anni, ripartiti in modo casuale o nel gruppo sperimentale (25 bambini) o nel gruppo di controllo (25 bambini). I piccoli pazienti del gruppo sperimentale hanno effettuato la procedura in presenza di un cane mentre quelli del gruppo di controllo l'hanno eseguita senza animale. Utilizzando la Wong-Baker Faces Pain Rating Scale, i ricercatori hanno rilevato il livello di dolore percepito dai bambini e hanno anche analizzato i loro livelli di cortisolo (indicatore di stress e disagio) nel sangue. Dai risultati ottenuti da tale studio è emerso che i bambini assegnati al gruppo sperimentale hanno reagito con minor disagio alla procedura (i livelli di cortisolo nel sangue erano più bassi nel gruppo sperimentale rispetto a quello di controllo), ma non vi sono state differenze significative nei due gruppi in termini di livello di dolore percepito. Tra le considerazioni e i limiti dello studio rientrano, innanzitutto, la revisione di letteratura (la quale ha preso in considerazione solamente bambini ammalati di cancro e, come animale, il cane) e il fatto di non aver potuto partecipare personalmente al progetto "Il posto delle favole" a causa del mio percorso formativo. In secondo luogo vi è il ridotto campione di infermieri che hanno partecipato a programmi di IAA e la disomogeneità tra i due gruppi di professionisti (9 a Vicenza e 32 a Treviso). A tal proposito, infatti, non è stato ritenuto opportuno eseguire un confronto tra la percezione in merito agli IAA degli infermieri di Vicenza e quelli di Treviso. Ad ogni modo, non sono state osservate differenze significative rispetto alle risposte date alle domande del questionario nei due gruppi. Un'ulteriore considerazione effettuata è il fatto che, nonostante la pet therapy venga applicata maggiormente in DH, non vi sono state discrepanze nelle risposte date dagli infermieri che lavorano in pediatria e quelli che lavorano in DH. Un'altra osservazione sull'indagine condotta è che non è stato possibile realizzare un confronto tra l'esperienza dolorosa dei bambini in pediatria e quelli in DH in quanto il Centro Pet-Therapy di Montecchio Precalcino ha realizzato degli IAA anche in pediatria ma ha raccolto dei dati oggettivi solamente nei pazienti del DH. Gli ultimi limiti che possiede questo studio sono l'applicazione della Scala CHEOPS anche in bambini con età superiore ai 7 anni, l'applicazione della scala Wong-Baker Faces Pain Rating Scale anche in quelli con età inferiore ai 3 e la mancanza di equità tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo dei bambini in quanto il primo risulta essere più numeroso del secondo.

CAPITOLO 5 – CONCLUSIONE

Dallo studio condotto emerge che, nonostante le scarse conoscenze possedute dal personale sanitario in merito agli IAA, la maggior parte degli infermieri che ha visto utilizzare la pet therapy ritiene che la presenza degli animali andrebbe incrementata nei reparti (in termini di numero di accessi e/o di ore alla settimana) in quanto sono consapevoli dei molti benefici che l'amico a quattro zampe porta al paziente. A tal proposito, il personale infermieristico si dimostra disponibile ad accogliere gli animali da compagnia nei reparti pediatrici per migliorare sempre di più il benessere del paziente, della sua famiglia e anche del personale sanitario perché, da come si è potuto notare nei risultati, gli infermieri affermano che l'animale porta serenità e tranquillità anche a chi lavora. Nel già menzionato articolo di Parodi (2014), infatti, si afferma che anche il professionista sanitario trae beneficio dalla compagnia dell'animale in quanto quest'ultimo "allevia per qualche ora stress e routine lasciando il posto a carezze e sorrisi che solo un amico a quattro zampe può portare" (p.21). L'indagine evidenzia la necessità di formazione degli operatori in modo che essi possano utilizzare questa tecnica non farmacologica al meglio, imparando a collaborare con l'equipe di pet therapy e interagendo con l'animale. La preparazione degli infermieri sarebbe molto utile anche per rimuovere loro le preoccupazioni in merito agli IAA; dall'indagine, infatti, è emerso che c'è ancora qualche soggetto (solamente uno in questo studio) che ritiene che i progetti con gli animali possano portare a degli spiacevoli inconvenienti. Si ricorda, però, come accennato del secondo capitolo, che sono state elaborate delle Linee Guida e delle raccomandazioni del Centers for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta per far sì che la pet therapy possa essere applicata senza alcun tipo problema organizzativo e di rischio igienico-sanitario (Parodi, 2014). Un ulteriore punto emerso dallo studio è l'importanza che ha l'infermiere all'interno dei progetti di pet therapy; il professionista sanitario ha un ruolo attivo e fondamentale in quanto è colui che conosce il bambino, la sua famiglia e i suoi bisogni, conosce l'ambiente, le tempistiche e le procedure a cui deve essere sottoposto il paziente. È a contatto per molto tempo con il bambino ed è in grado di accorgersi dei cambiamenti fisici ed emotivi che l'animale porta nel paziente e nella sua famiglia. L'infermiere ha come

obiettivo il benessere psico-fisico del paziente; con l'aiuto del cane e dell'equipe di pet therapy il professionista sanitario può permettersi di raggiungere tale obiettivo in quanto la squadra infermiere-animale-equipe riesce a soddisfare sia i bisogni fisici del bambino sia quelli psicologici. Per quanto riguarda il progetto pilota "Il posto delle favole" svolto con i bambini, si può affermare che, con la presenza del cane, i bambini erano visibilmente più tranquilli e rilassati e sono riusciti anche a provare meno dolore durante la visita medica, la medicazione o il prelievo venoso. L'animale ha portato gioia e serenità in un luogo triste come l'ospedale, ha aiutato i bambini a distrarsi dalla paura e dall'ansia delle procedure mediche e ha dato loro il coraggio di affrontarle serenamente. Grazie a questo progetto e all'aiuto dell'animale, l'infermiere ha potuto raggiungere il suo obiettivo prioritario, ovvero il benessere del paziente; si è preso cura della sfera fisica svolgendo le procedure di cui aveva bisogno ma ha anche provveduto a garantire, collaborando assieme al fido amico e instaurando una relazione infermiere-animale-paziente pediatrico, il bisogno di affetto e sicurezza che tutti i bambini hanno. "Nella relazione con il pet emerge uno spazio affettivo ed emotivo nuovo, si viene a creare un legame così potente da essere indissolubile: è la nascita di un sentimento profondo e coinvolgente, una relazione affettiva che ha origine nel concetto del "to care", del prendersi cura del paziente e dei suoi familiari, del loro benessere e non del curare la malattia. Pet Therapy è una cura "dolce" che ristabilisce la perduta armonia tra la natura e l'uomo, restituisce a quest'ultimo dignità e ne rispetta le esigenze emotive. È un approccio terapeutico ancora nuovo ed è bene che gli operatori sanitari comincino a conoscerlo perché in un futuro,..., potrebbero esserne coinvolti. Pet Therapy è prendersi cura del paziente" (Parodi, 2014).

BIBLIOGRAFIA

- Abrahamson, K., Cai, Y., Richards, E., Cline, K., & O’Haire, M.E. (2016). Perceptions of a hospital-based animal assisted intervention program: An exploratory study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 25, 150-154. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.10.003>
- Agenzia Zadig. (26/07/2017). Tumori pediatrici. Disponibile da <https://www.airc.it/pediatrici> [20 luglio 2018]
- Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro. (ultimo agg. 03/05/2018). Cancro: la cura. Disponibile da <https://www.airc.it/cancro/affronta-la-malattia/guida-alle-terapie/cancro-la-cura> [20 luglio 2018]
- Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro. (ultimo agg. 22/04/2015). Come nasce un tumore. Disponibile da <https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/cose-il-cancro/come-nasce-un-tumore> [20 luglio 2018]
- Associazione per il bambino in ospedale Italia, & Società Italiana di Pediatria. (2008). Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale.
- Bouchard, F., Landry, M., Belles-Isles, M., & Gagnon, J. (2004). A magical dream: A pilot project in animal-assisted therapy in pediatric oncology. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 14(1), 14-17. doi: 10,5737 / 1181912x1411417
- Braun, C., Stangler, T., Narveson, J., & Pettingell, S. (2009). Animal-assisted therapy as a pain relief intervention for children. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15(2), 105-109. doi: 10.1016 / j.ctcp.2009.02.008
- Cairo, M. (2013). Interventi Educativi e Riabilitativi Assistiti con gli Animali (IAA). *A e R - Abilitazione e Riabilitazione*, 2, 7-22.
- CentroPetTherapy ULSS 4 “Alto Vicentino”, Fondazione Sofia Luce Rebuffat Onlus, & Associazione Daniele Mariano Onlus (2016). Il posto delle favole. Percorso di narrazione, scrittura creativa, disegno e pet therapy. Disponibile da

http://www.fondazioneofialucerebuffatonlus.org/Fondazione/Attivita2016_files/ProgettoVicenza.pdf

- Chubak, J., & Hawkes, R. (2016). Animal-assisted activities: Results from a survey of top-ranked pediatric oncology hospitals. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 33(4), 289-296. doi: 10.1177/1043454215614961
- Chubak, J., Hawkes, R., Dudzik, C., Foose-Foster, J.M., Eaton, L., Johnson, R.H., & Macpherson, C.F. (2017). Pilot Study of Therapy Dog Visits for Inpatient Youth With Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 34(5), 331–341. doi: 10,1177 /1043454217712983
- Festini, F., & Biagini, I. (2009). L'assistenza centrata sulla famiglia. Disponibile da http://www.sisip.it/index.php?option=com_content&view=article&id=35&Itemid=36
- Gagnon, J., Bouchard, F., Landry, M., BellesIsles, M., Fortier, M., & Fillion, L. (2004). Implementing a hospital-based animal therapy program for children with cancer: A descriptive study. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 14(4), 217-222. doi: 10,5737 / 1181912x144217222
- Goddard, A.T., & Jo Gilmer, M. (2015). The Role and Impact of Animals with Pediatric Patients. *Pediatric Nursing*, 41(2), 65-71.
- Jankovic, M., & Vitellino, S. (2018). *NE VALE SEMPRE LA PENA. IL DOTTOR SORRISO, I SUOI PAZIENTI E IL VERO VALORE DELLA VITA*. Milano, Italia: Baldini+Castoldi.
- Linee guida nazionali 25 marzo 2015 dell'Accordo Stato, regioni e Province autonome recante “Linee Guida Nazionali per gli Interventi Assistiti con gli Animali (IAA)”
- McCullough, A., Ruehrdanz, A., Jenkins, M.A., Gilmer, M.J., Olson, J., Pawar, A.,...O'Haire, M.E. (2018). Measuring the Effects of an Animal-Assisted Intervention for Pediatric Oncology Patients and Their Parents: A

Multisite Randomized Controlled Trial. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 35(3), 159-177. doi: 10.1177/1043454217748586

- McLeon, T.W., & Wofford, M.M. (2011). Oncologia. In Marcdante, K.J., Kliegman, R.M., Jenson, H.B., & Behrman, R.E., *Nelson Manuale di Pediatria* (E. Benetti et al., trad) (6. ed.) (pp. 581-582). Milano, Italia: Elsevier.
- Ministero della Salute. (pubb. 04/05/2010, ultimo agg. 13/02/2015). Tumori pediatrici. Disponibile da http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1703&area=tumori&menu=percorso [20 luglio 2018]
- Moreira, R.L., Gubert, F.D., Sabino, L.M., Benevides, J.L., Tomè, M.A., Martins, M.C., & Di Assisi Brito, M. (2016). Terapia assistida com cães em pediatria oncológica: percepção de pais e enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1188-1194.
- Odetto, L. (2015). LA PET THERAPY COME GESTO DI CURA. Disponibile da <http://opi.torino.it/download/File/Allegati%20newsletter/2015-03-25/1%20rev%20LA%20PET%20THERAPY%20COME%20GESTO%20DI%20CURA.pdf>
- Ospedale Pediatrico Bambino Gesù. (n.d.). Ricovero in ospedale. Disponibile da <http://www.ospedalebambinogesu.it/ricovero-in-ospedale#.W6tL4mgzbIV> [24 luglio 2018]
- Parodi, R. (2014). L'infermiere pediatrico e la Pet Therapy: un possibile scenario all'interno dell'Istituto Gaslini. *progetto INFERMIERE*, 1, 22-25.
- Parodi, R. (2014). PET THERAPY: come un animale può divenire co-terapeuta nell'assistenza infermieristica. *progetto INFERMIERE*, 1, 18-21.
- Pergolini, L., & Reginella, R. (cur.). (2009). *Educazione e riabilitazione con la pet therapy*. Gardolo, Italia: Erickson.

- Pisani, P., Parodi, S., & Magnani, C. (2013). Causes and risk factors for childhood cancer. *EPIDEMIOLOGIA & PREVENZIONE*, 37(1), 234-254.
- Randall, D., Brook, G., & Stammers, P. (2008). How to make good children's nurses: children's view. *Pediatric Nursing*, 20(5), 22-25.
- ULSS 7 “Pedemontana” (ultimo agg. 12/04/2018). Centro Pet Therapy. Disponibile da http://www.ulss4.veneto.it/web/ulss4/HOME_PAGE/pet_therapy [26 luglio 2018]
- Urbanski, B. L., & Lazenby, M. (2012). Distress among hospitalized pediatric cancer patients modified by pet-therapy intervention to improve quality of life. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 29(5), 272-282. doi: 10.1177 / 1043454212455697
- Vagnoli, L., Caprilli, S., Vernucci, C., Zagni, S., Mugnai, F., & Messeri A. (2015). Can Presence of a Dog Reduce Pain and Distress in Children during Venipuncture?. *Pain Management Nursing*, 16(2), 89-95. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.04.004>

SITOGRAFIA

- <http://www.danielemariano.org/>
- <http://www.fondazioneofialucerebuffatonlus.org/Fondazione/Home.html>
- <http://pediatric-pain.ca/resources/our-measures/>
- [http://www.quadroititoli.it/titoloprofessionale.aspx?grp=183&1tit=258&ID
L=](http://www.quadroititoli.it/titoloprofessionale.aspx?grp=183&1tit=258&ID_L=)
- [http://www.sapere.it/sapere/medicina-e-salute/il-medico-risponde/le-malattie-
dell-uomo/malattie-pediatriche.html](http://www.sapere.it/sapere/medicina-e-salute/il-medico-risponde/le-malattie-dell-uomo/malattie-pediatriche.html)
- [http://www.ulss4.veneto.it/web/ulss4/Azienda/amministrazione_trasparente/b
ilancio_sociale2014/bilancio_sociale2014.pdf](http://www.ulss4.veneto.it/web/ulss4/Azienda/amministrazione_trasparente/bilancio_sociale2014/bilancio_sociale2014.pdf)
- <http://wongbakerfaces.org/>
- <https://www.zadig.it>

ALLEGATI

ALLEGATO 1 - Tabella di revisione della letteratura

BANCA DATI CONSULT.	DATA CONSULT.	PAROLE CHIAVE	DOC. REPER.	DOC. CONSULT.	DOCUMENTI SELEZIONATI	
					N°	ARTICOLI
PUBMED https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	16/02/2018	"Animal assisted activities" AND "Animal assisted interventions"	9	9	1	Abrahamson K, Cai Y, Richards E, et al. "Perceptions of a hospital-based animal assisted intervention program: An exploratory study". Complementary Therapies in Clinical Practice. 2016
PUBMED https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	15/03/2018	"Animal Assisted Therapy" AND "Child" AND "Neoplasms"	5	4	3	Chubak J, Hawkes R, Dudzik C, et al. "Pilot Study of Therapy Dog Visits for Inpatient Youth With Cancer". Journal of Pediatric Oncology Nursing. 2017 Moreira R.L., Gubert F.D., Sabino L.M., et al. "Terapia assistida com cães em pediatria oncológica: percepção de pais e enfermeiros". Revista Brasileira de Enfermagem. 2016 Urbanski B. L., & Lazenby M. "Distress among hospitalized pediatric cancer patients modified by pet-therapy intervention to improve quality of life". Journal of Pediatric Oncology Nursing. 2012
GOOGLE SCHOLAR https://scholar.google.it	21/02/2018	"pediatric oncology" AND "quality of life" AND "parent" AND "animal-assisted"	16	6	1	McCullough A, Ruehrdanz A, Jenkins, M.A., et al. "Measuring the Effects of an Animal-Assisted Intervention for Pediatric Oncology Patients and Their Parents: A Multisite Randomized Controlled Trial". Journal of Pediatric

		intervention"AND "2008-2018" NOT ("includi brevetti"AND"includi citazioni")				Oncology Nursing. 2018
GOOGLE SCHOLAR https://scholar.google.it	25/02/2018	"animal assisted therapy" AND "pain" AND "child"	2520	19	6	<p>Bouchard F, Landry M, Belles-Isles M, et al. "A magical dream: A pilot project in animal-assisted therapy in pediatric oncology". Canadian Oncology Nursing Journal. 2004</p> <p>Braun C, Stangler T, Narveson J, et al. "Animal-assisted therapy as a pain relief intervention for children". Complementary Therapies in Clinical Practice. 2009</p> <p>Chubak J, & Hawkes R. (2016). "Animal-assisted activities: Results from a survey of top-ranked pediatric oncology hospitals". Journal of Pediatric Oncology Nursing. 2016</p> <p>Gagnon J, Bouchard F, Landry M, et al. "Implementing a hospital-based animal therapy program for children with cancer: A descriptive study". Canadian Oncology Nursing Journal. 2004</p> <p>Vagnoli L, Caprilli S, Vernucci C, et al. "Can Presence of a Dog Reduce Pain and Distress in Children during</p>

ALLEGATO 2 - Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale



CARTA DEI DIRITTI DEI BAMBINI E DEGLI ADOLESCENTI IN OSPEDALE

1. I bambini e gli adolescenti hanno diritto ad avere sempre la migliore qualità delle cure. Possibilmente a domicilio o in ambulatorio e, qualora non esistessero alternative valide, in ospedale. A tale fine deve essere garantita loro una assistenza globale attraverso la costruzione di una rete organizzativa che integri ospedale e servizi territoriali, con il coinvolgimento dei pediatri di famiglia.
2. I bambini e gli adolescenti hanno il diritto di avere accanto a loro in ogni momento (giorno, notte, esecuzione di esami, anestesia, risveglio, terapia intensiva) i genitori o un loro sostituto adeguato al compito e a loro gradito (nonni, fratelli, persona amica, volontari...), senza alcuna limitazione di tempo o di orario.
3. L'ospedale deve offrire facilitazioni (letto, bagno, spazio per effetti personali, pasti a prezzo convenzionato) ai genitori dei bambini e adolescenti ricoverati e deve aiutarli e incoraggiarli – se ciò è compatibile con le loro esigenze familiari – a restare in ospedale. Inoltre, perché possano adeguatamente prendersi cura del loro figlio, i genitori devono essere informati sulla diagnosi, sull'organizzazione del reparto e sui percorsi terapeutici in atto.
4. I bambini e gli adolescenti hanno diritto ad essere ricoverati in reparti pediatrici – e mai in reparti per adulti – possibilmente aggregati per fasce d'età omogenee affinché si possano tenere in debita considerazione le differenti esigenze di un bambino o di un adolescente. Non deve essere posto un limite all'età dei visitatori, compatibilmente con il rispetto delle esigenze degli altri bambini e adolescenti ricoverati e alle necessità assistenziali del bambino o adolescente stesso.
5. Ai bambini e agli adolescenti deve essere assicurata la continuità dell'assistenza pediatrica da parte dell'equipe multidisciplinare ospedaliera 24 ore su 24 sia nei reparti di degenza sia in pronto soccorso.

Fondazione ABIO Italia Onlus

Via Don Gervasini, 33 20153 Milano – Tel.02.45497494 – www.abio.org – info@abio.org
Settore Comunicazione Fondazione ABIO Italia: comunicazione@abio.org.

Società Italiana di Pediatria

Via Libero Temolo, 4 20126 Milano – Tel.02.45498282- www.sip.it – segreteria@sip.it
Ufficio Comunicazione e rapporti con la stampa: Cinthia Caruso - 06 4454912 - 333 7902660 - ufficiostampasip@gmail.com

6. I bambini e gli adolescenti hanno diritto ad avere a loro disposizione figure specializzate (pediatri, infermieri pediatrici, psicologi, mediatori culturali, assistenti sociali, volontari) in grado di creare una rete assistenziale che risponda alle necessità fisiche, emotive e psichiche loro e della loro famiglia.
7. I bambini e gli adolescenti devono avere quotidianamente possibilità di gioco, ricreazione e studio – adatte alla loro età, sesso, cultura e condizioni di salute – in ambiente adeguatamente strutturato ed arredato e devono essere assistiti da personale specificatamente formato per accoglierli e prendersi cura di loro.
8. I bambini e gli adolescenti devono essere trattati con tatto e comprensione e la loro intimità deve essere rispettata in ogni momento. A bambini e adolescenti devono essere garantiti il diritto alla privacy e la protezione dall'esposizione fisica e da situazioni umilianti, in relazione all'età, alla cultura e al credo religioso loro e della loro famiglia.
9. I bambini e gli adolescenti – e i loro genitori – hanno diritto ad essere informati riguardo la diagnosi e adeguatamente coinvolti nelle decisioni relative alle terapie. Le informazioni ai bambini e agli adolescenti, specie quando riguardano indagini diagnostiche invasive, devono essere date quando possibile in presenza di un genitore e in modo adeguato alla loro età, capacità di comprensione e sensibilità manifestata.
10. Nell'attività diagnostica e terapeutica che si rende necessaria, devono essere sempre adottate tutte le pratiche finalizzate a minimizzare il dolore e lo stress psicofisico dei bambini e degli adolescenti e la sofferenza della loro famiglia.

*Approvata dal CdA di Fondazione ABIO Italia il 2 agosto 2007;
Approvata dal Consiglio Direttivo SIP il 27 luglio 2007.*

Fondazione ABIO Italia Onlus

Via Don Gervasini, 33 20153 Milano – Tel.02.45497494 – www.abio.org – info@abio.org
Settore Comunicazione Fondazione ABIO Italia: comunicazione@abio.org.

Società Italiana di Pediatria

Via Libero Temolo, 4 20126 Milano – Tel.02.45498282- www.sip.it – segreteria@sip.it
Ufficio Comunicazione e rapporti con la stampa: Cinthia Caruso - 06 4454912 - 333 7902660 - ufficiostampasip@gmail.com

ALLEGATO 3 - Lettera di accompagnamento al questionario per gli infermieri

Gentile infermiere/a,

sono Brazzale Sofia, una studentessa del terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica a Padova (Sede di Montecchio Precalcino) e sto svolgendo per la mia tesi un'indagine epidemiologica allo scopo di descrivere il parere degli infermieri di pediatria e di oncologia pediatrica riguardo agli interventi assistiti con gli animali e il ruolo infermieristico all'interno dei progetti di pet-therapy.

Per poter svolgere questa ricerca avrei bisogno della Sua gentile e preziosa collaborazione, ringraziandoLa fin d'ora per l'attenzione e il tempo che ha voluto dedicare nella compilazione di questo questionario.

Il questionario è composto da alcune domande a risposta multipla e alcune (in numero minore) a risposta aperta ma breve che vanno ad indagare la percezione e l'esperienza personale degli infermieri nell'ambito degli interventi assistiti dagli animali. Vi sono delle domande a cui si può dare una sola risposta e altre in cui è possibile sceglierne una o più. **Se non si sente certo della risposta effettui comunque la scelta che Le sembra migliore.**

La compilazione dei questionari è anonima e i dati ricavati saranno utilizzati allo scopo di illustrare quanto prefissato negli obiettivi iniziali del lavoro di tesi e per eventuali pubblicazioni e/o convegni.

Per ulteriori informazioni può contattare direttamente la sottoscritta ai seguenti recapiti:

- Indirizzo e-mail: sofia.brazzale@studenti.unipd.it
- Cellulare: 346/8653531
- Fiduciosa nella Sua collaborazione, partecipazione e disponibilità, Le porgo i miei più cordiali saluti.

ALLEGATO 4 - Questionario per infermieri

Barrare una risposta per ogni domanda e scrivere sinteticamente nelle domande aperte. In alcune domande può scegliere più di una risposta (*)

- Maschio
- Femmina

Età:

- 20-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60
- Più di 60

Cittadinanza:

- Italiana
- Straniera
(specificare:.....)

Titolo di studio:

- Diploma di infermiere professionale
- Diploma universitario di infermiere
- Laurea triennale in Scienze Infermieristiche
- Laurea magistrale/specialistica in Scienze Infermieristiche
- Infermiere pediatrico

- Dottorato di ricerca
(specificare:.....)
- Master di 1° livello
(specificare:.....)
- Master di 2° livello
(specificare:.....)
- Altro

Anni di carriera:

- Meno di 1
- 1-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- Più di 40

In che area ha lavorato precedentemente?

- Area Critica
- Area Chirurgica
- Area Medica
- Area Materno Infantile
- Area Rieducazione Funzionale
- Area Salute Mentale
- Altro

Reparto attuale:

- Pediatria
- Day Hospital pediatrico

Da quanto tempo è in questo reparto:

- 1-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- Più di 40

A che fascia d'età appartengono la maggior parte dei bambini che avete in carico?

- 0-1
- 2-5
- 6-10
- 11-15
- 16-18

Nei vostri bambini qual è la forma tumorale maggiormente presente? (*)

- Leucemia
- Tumori del SNC
- Linfoma
- Sarcoma delle ossa e dei tessuti molli
- Tumori a localizzazione addominale (neuroblastoma, tumori del rene, eccetera),

- Tumori della tiroide
- Altro.....

Se lavora in pediatria, quali sono le patologie maggiormente presenti? (*)

- Malattie infettive delle vie respiratorie
- Malattie esantematiche
- Malattie e infezioni gastro-intestinali
- Malattie metaboliche
- Malattie congenite
- Cancro
- Altro.....

Quali sono, secondo Lei, le sensazioni/emozioni che provano maggiormente i bambini quando si trovano in ospedale e/o a contatto con il personale sanitario: (*)

- Indifferenza
- Paura
- Ansia
- Dolore
- Stress
- Frustrazione
- Eventuali osservazioni.....

In merito alla pet-therapy, ritiene che le Sue conoscenze di base (cos'è, a chi viene applicata, dove...) siano:

- Molte

- Abbastanza
- Superficiali
- Poche
- Nulle
- Altro

Ha partecipato a dei momenti formativi riguardo agli interventi assistiti con gli animali prima di svolgere/aver svolto la Sua personale esperienza

- No perché non trovo necessario aggiornarmi
 - Si (specificare cosa: (*))
1. Corsi di formazione organizzati da esperti in pet-therapy (per diventare coadiutore, referente d'intervento...)
 2. Corsi riguardanti il tema della relazione bambino-animale
 3. Dimostrazione pratica/partecipazione a progetti di pet-therapy solo come osservatore
 4. Ascolto di testimonianze di infermieri e/o pazienti che hanno partecipato a dei progetti di pet-therapy
 5. Altro

Quali animali utilizzate nei vostri progetti? (*)

- Cane
- Coniglio
- Gatto
- Asino
- Cavallo

- Altro.....

Secondo lei cosa determina/rappresenta l'arrivo degli animali in un reparto di pediatria/oncologia pediatrica/Day Hospital Pediatrico? (*)

- Serenità, piacere e umorismo
- Curiosità, intrattenimento e sorpresa
- Confusione
- Tristezza per non poter essere a casa con il proprio animale
- Problemi di pulizia ed igiene
- Nulla di nuovo e di rilevante
- Sovraccarico di lavoro
- Altro

Secondo lei, la pet-therapy è utile per i bambini? (*)

- Sì, per trascorrere un momento piacevole e potersi distrarre durante le attese o durante l'esecuzione di una procedura dolorosa
- Sì, per migliorare le cure e ridurre i sintomi (esempio: dolore, ansia...)
- Sì, in quanto l'animale ricorda al bambino la sua casa e la sua quotidianità
- Per nulla
- Altro

Come vi sembrano i bambini durante e dopo il contatto con gli animali? (*)

- I bambini, grazie all'animale, sono meno stressati e irritati, sono più felici in quanto riescono a vedere il lato divertente e spensierato dell'ospedale
- I bambini hanno meno ansia e paura delle procedure dolorose (medicazione, prelievo venoso...)

- I bambini si sentono meno stanchi, hanno più voglia di giocare, dormono di più e hanno più appetito, sopportano meglio i trattamenti e i loro effetti collaterali
- Impauriti, spaventati, piangono
- Indifferenti
- Altro

Secondo Lei la presenza dell'animale aiuta anche i genitori dei bambini? (*)

- Sì, il fatto che il bimbo sia più rilassato e felice migliora il tono dell'umore anche ai genitori e dona loro la forza e il coraggio per far fronte alla malattia
- Sì, in quanto il miglior benessere del bambino stimola i genitori a relazionarsi e comunicare maggiormente sia con il bambino stesso sia con il personale sanitario
- Abbastanza
- No, i genitori sono spaventati e impauriti dagli animali in quanto pensano che il loro bambino (già malato) possa contrarre infezioni e/o malattie o che l'animale possa mordere
- Altro

Secondo Lei i genitori come vedono il loro bambino durante e dopo l'incontro con l'animale? (*)

- Meno dolorante, più sereno, rilassato e felice
- Impaurito, spaventato, preoccupato
- Triste
- Indifferente
- Infastidito

- Altro

Secondo Lei, la presenza degli animali in reparto ha influenza nella Sua persona, nelle Sue emozioni e nel Suo modo di lavorare? (*)

- Molto; l'angoscia del bambino ha un impatto negativo sulla mia personalità e quindi il fatto che l'animale renda più sereno il bambino rende, a sua volta, più facile il mio lavoro e io mi sento meglio
- Molto, in quanto lavorare in un reparto a volte molto doloroso e stressante dal punto di vista emotivo, il cane porta un sorriso e una distrazione dallo stress e dall'ansia anche al personale infermieristico
- Molto, spesso velocizza il mio lavoro
- Molto, vedere i pazienti più sereni mi fa piacere ma non cambia nulla nel mio lavoro
- No, la ritengo dannosa per pazienti e personale sanitario
- Per nulla, ritengo che la presenza dell'animale mi rallenti e mi ostacoli, mi dà lavoro extra ed occupa troppo spazio
- Altro.....

Ritiene che l'animale possa essere un valido aiuto per la pratica clinica? (*)

- Sì in quanto l'animale fa da "ponte" e "rompighiaccio" tra il personale infermieristico e il bambino/famiglia rendendo più facile l'instaurarsi di una relazione, migliorando la comunicazione e l'umore di tutti e questi sono aspetti essenziali per l'adattamento al processo terapeutico e la buona riuscita delle cure
- Sì in quanto il legame tra il bambino e l'animale mi aiuta a centrare il mio lavoro sulla persona e a considerare il paziente nella sua totalità (bisogni fisici, psichici e sociali)

- Sì in quanto il cane aiuta il bambino a distrarsi e questo mi è molto utile quando devo svolgere sul paziente qualche procedura dolorosa a lui poco gradita
- E' irrilevante, che l'animale ci sia o non ci sia non cambia assolutamente nulla; in qualche modo devo comunque relazionarmi con il bambino e la sua famiglia e fare il mio lavoro
- No in quanto il cane crea disordine e confusione e mi ostacola nel mio lavoro
- Altro

Utilizzate delle scale di valutazione per misurare il livello di dolore e ansia del bambino quando viene sottoposto a procedure invasive?

- No
- Si (specificare cosa: (*))
 1. Wong-Baker Faces Pain Rating Scale
 2. Scala Flacc
 3. Scala CHEOPS
 4. Scala analogico-visiva
 5. Scala numerica

Altro

Secondo Lei, la presenza degli animali in un reparto di pediatria/oncologia pediatrica/Day Hospital Pediatrico deve essere:

- Eliminata
- Incrementata
- 1o2 volte alla settimana per 2 ore va bene

- Altro.....

C'è qualcosa che La preoccupa in merito agli interventi assistiti con gli animali in ospedale? (*)

- No, abbiamo scelto di svolgere questa attività seguendo le linee guida e secondo protocolli sicuri di prevenzione delle infezioni e di incidenti e quindi non vi sono rischi
- Temo che il cane possa mordere i bambini, i genitori e il personale sanitario
- Malattie trasmesse dall'animale
- Allergie
- Infezioni
- Altro

Per eseguire un intervento assistito con l'animale in un bambino ospedalizzato è necessaria la collaborazione tra l'equipe sanitaria che ha in carico il paziente e il team di pet-therapy. Secondo Lei, e nella sua personale esperienza, in che modo si mette in pratica tale collaborazione? Quali sono i compiti/ruoli dell'infermiere e quali quelli dei vari membri del team di pet-therapy?

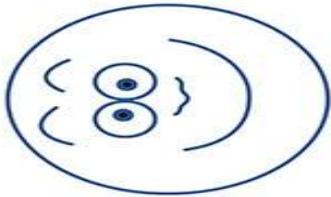
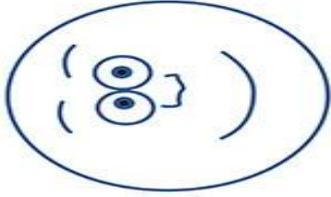
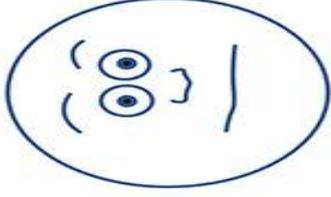
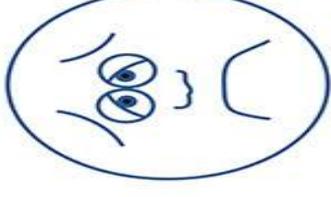
.....

Grazie per la Sua gentile collaborazione,

Brazzale Sofia

ALLEGATO 5 - Wong-Baker Faces Pain Rating Scale

Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale

	0	No Hurt
	2	Hurts Little Bit
	4	Hurts Little More
	6	Hurts Even More
	8	Hurts Whole Lot
	10	Hurts Worst

ALLEGATO 6 - Children's Hospital Of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS)

Children's Hospital Of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS) in Bambini Piccoli

Generale: La CHEOPS è una scala comportamentale per valutare il dolore post-operatorio in bambini piccoli. Può essere utilizzata per monitorare l'efficacia degli interventi per la riduzione del dolore e del disagio.

Pazienti:

- Lo studio iniziale è stato fatto con bambini da 1 a 5 anni d'età.
- È stato usato in studi con gli adolescenti, ma potrebbe non essere uno strumento adeguato per quella fascia d'età.
- In accordo con Mitchell (1999) è intesa per l'età 0-4 anni.

PARAMETRO	RILEVAZIONE	PUNTEGGIO
Pianto	Non piange	1
	Si lamenta	2
	Piange	2
	Urla	3
Espressione facciale	Sorride	0
	Calma/Composta	1
	Fa smorfie	2
Verbalità del bambino	Positiva	0
	Nessuna	1
	Si lamenta, ma non per il dolore	1
	Si lamenta per il dolore	2
	Si lamenta sia per il dolore che per altro	2

Busto	Neutrale	1
	In movimento	2
	Teso	2
	Tremante	2
	Eretto	2
	Bloccato	2
Tatto	Non tocca	1
	Raggiunge	2
	Tocca	2
	Afferra	2
	Bloccato	2
Gambe	Neutrali	1
	Calcia divincolandosi	2
	Delineano tensione	2
	Sta in piedi	2
	Bloccate	2

ALLEGATO 7 - Grafici relativi all'indagine infermieristica

Grafico I. Genere del personale intervistato.

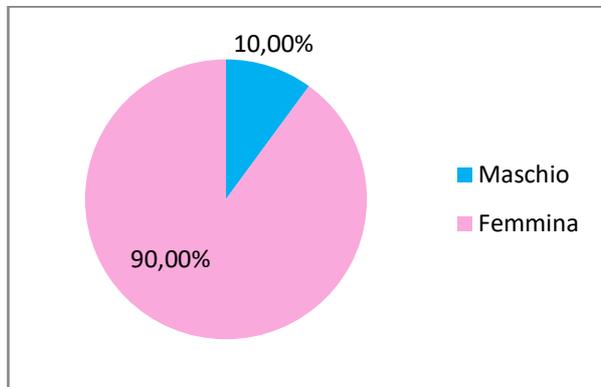


Grafico II. Età del personale intervistato.

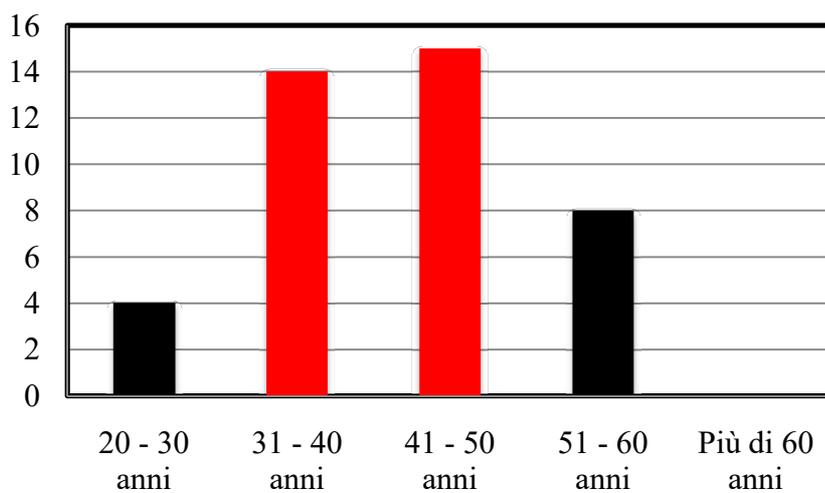


Grafico III. Cittadinanza del personale intervistato.

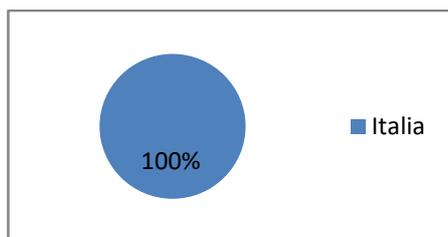


Grafico IV. Titolo di studio del personale intervistato.

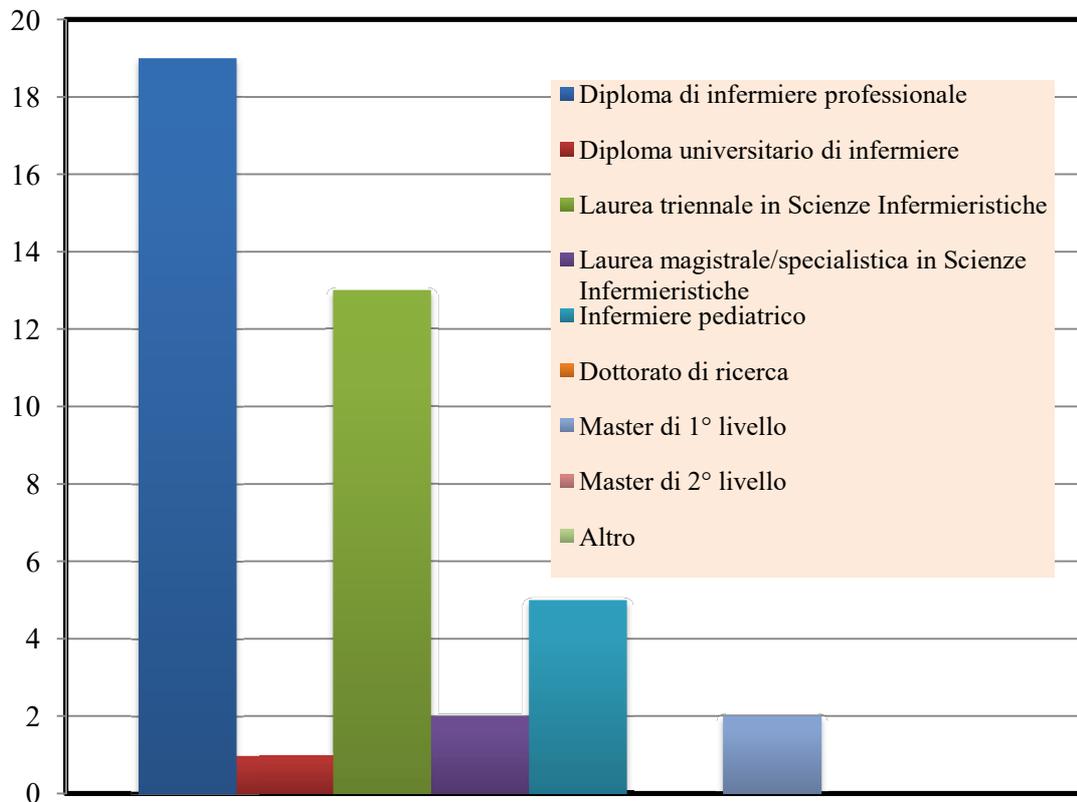


Grafico V. Anni di carriera del personale intervistato.

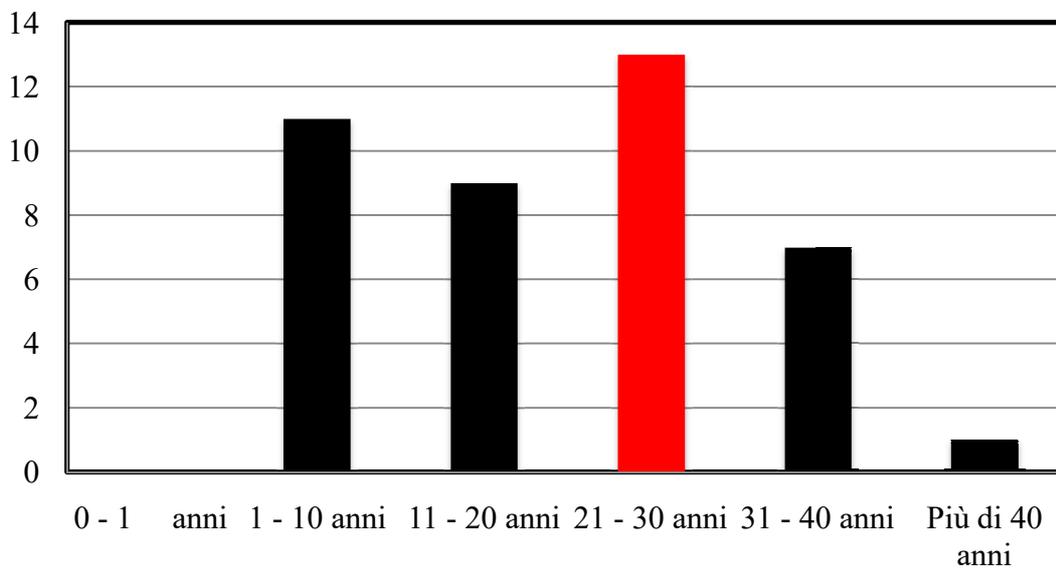


Grafico VI. Reparto attuale del personale intervistato.

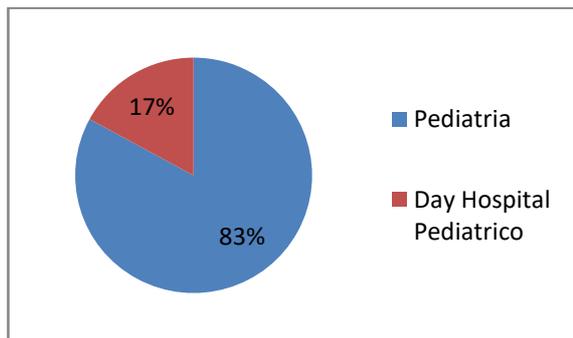


Grafico VII. Anni lavorativi all'interno del reparto attuale.

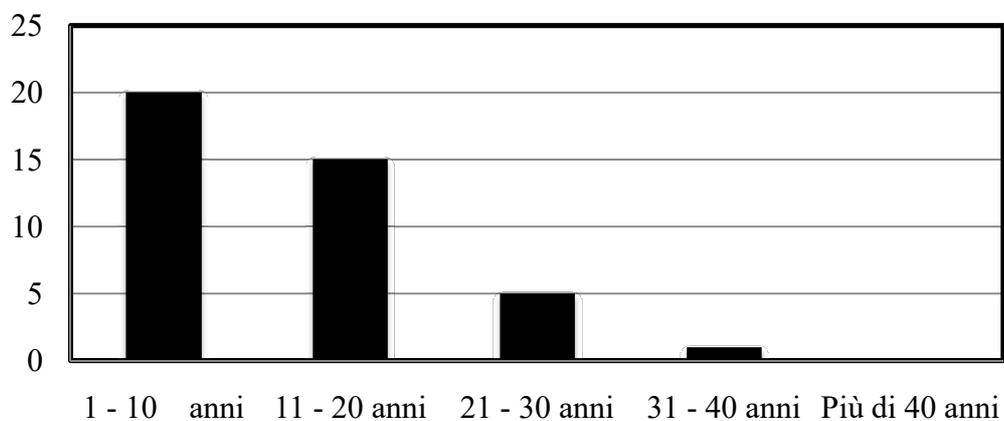


Grafico VIII. Reparto precedente del personale intervistato.

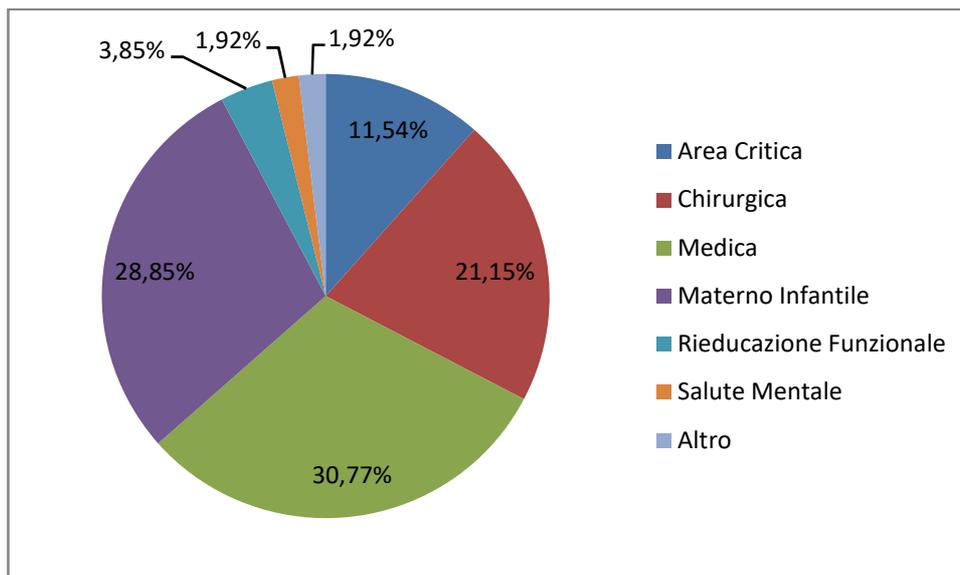


Grafico IX. Età della maggior parte dei bambini in cura.

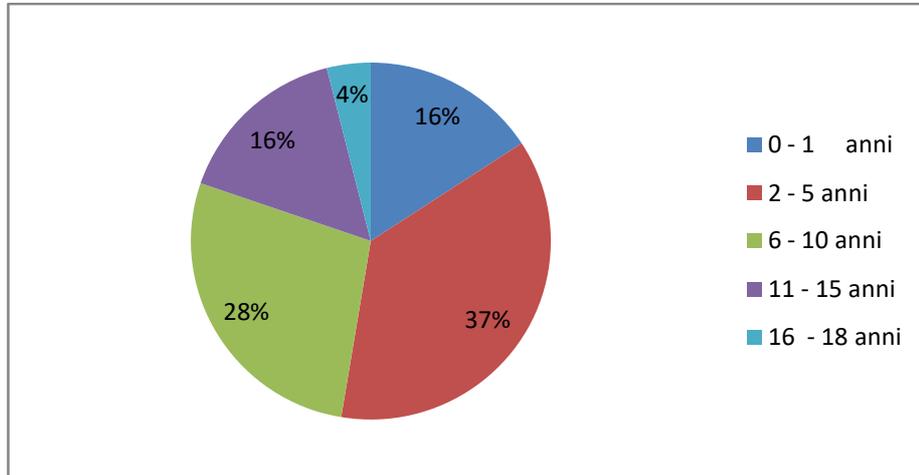


Grafico X. Forma tumorale maggiormente presente nei bambini in carico.

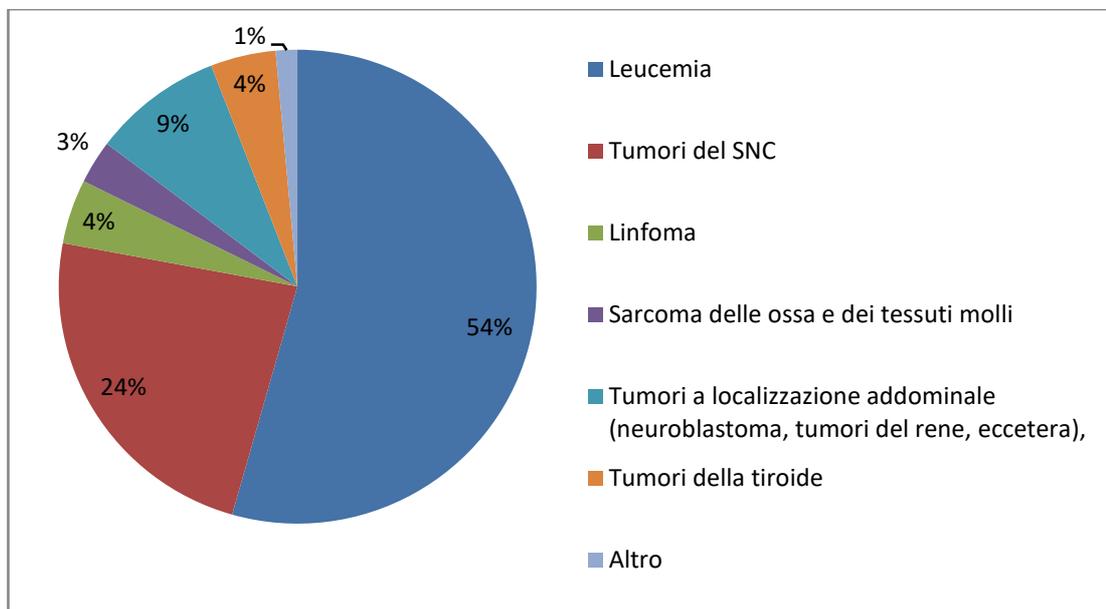


Grafico XI. Patologia maggiormente presente nei bambini in carico.

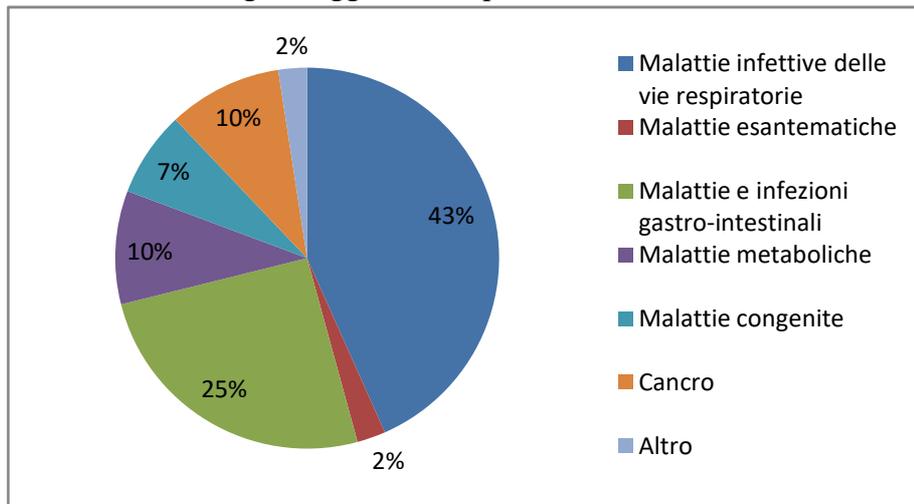


Grafico XII. Emozioni che provano i bambini quando si trovano in ospedale.

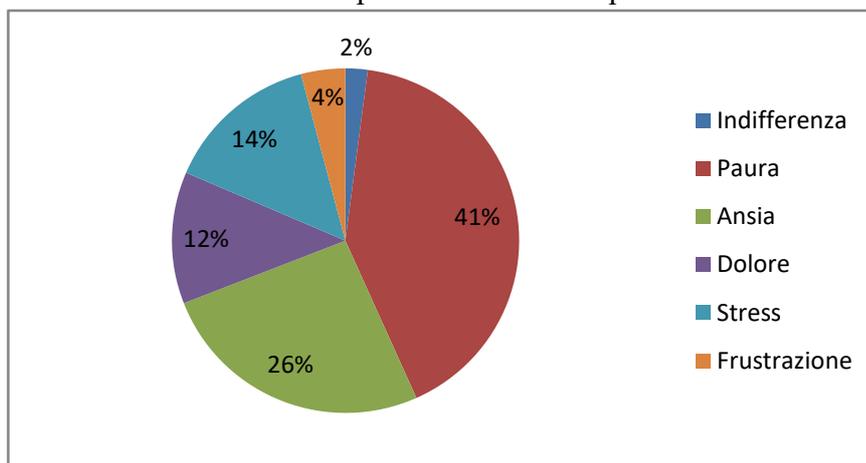


Grafico XIII. Conoscenze di base in merito alla pet therapy del personale intervistato.

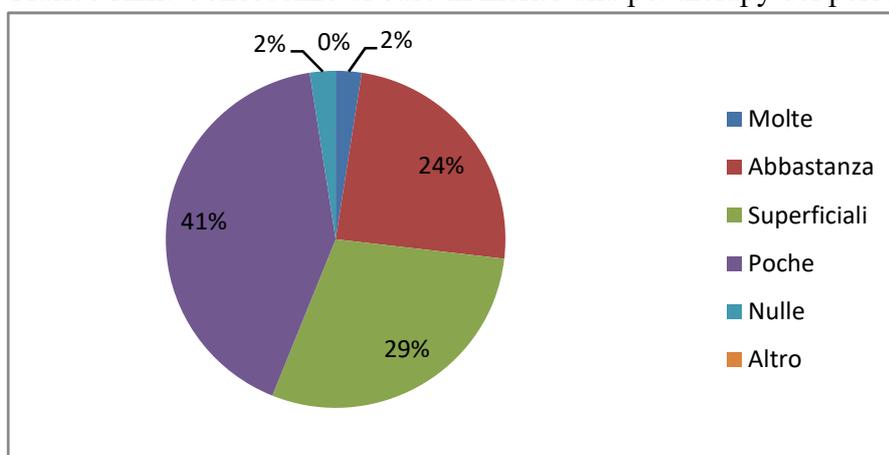


Grafico XIV. Percorso formativo in merito alla pet therapy del personale intervistato.

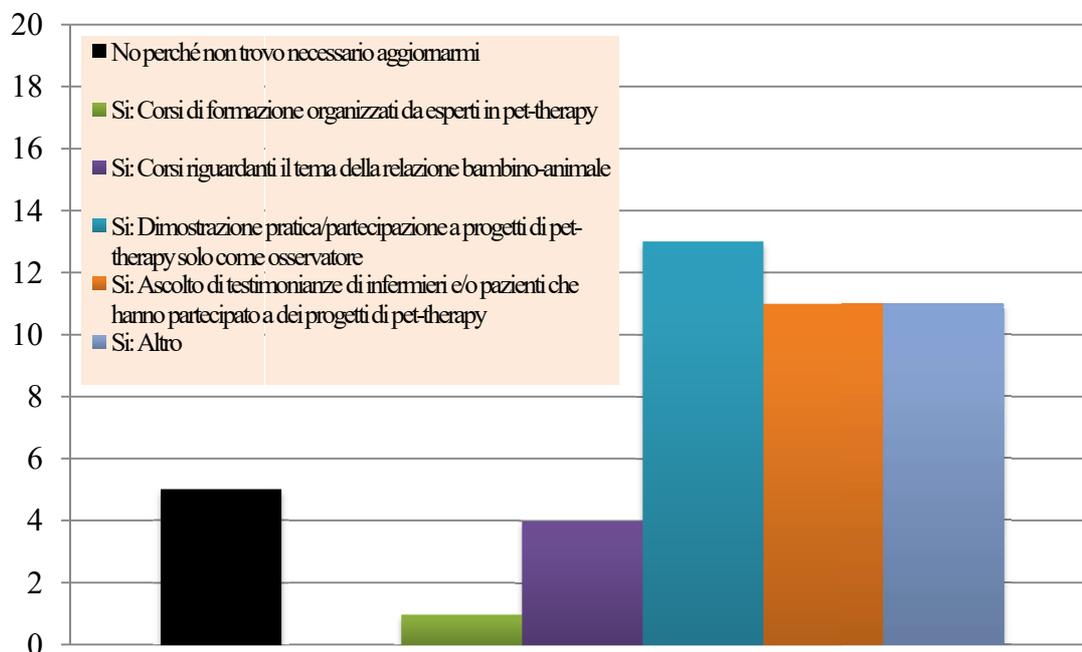


Grafico XV. Animali utilizzati.

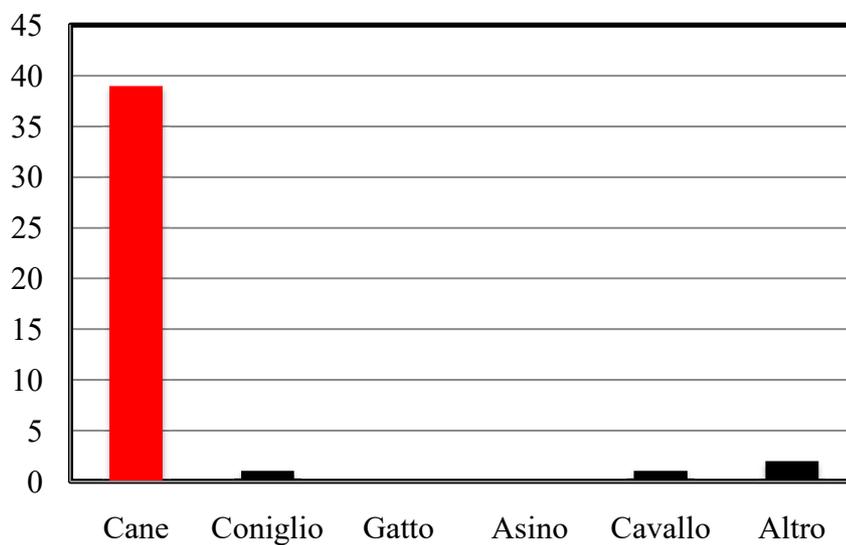


Grafico XVI. Cosa porta l'arrivo degli animali in un reparto di pediatria.

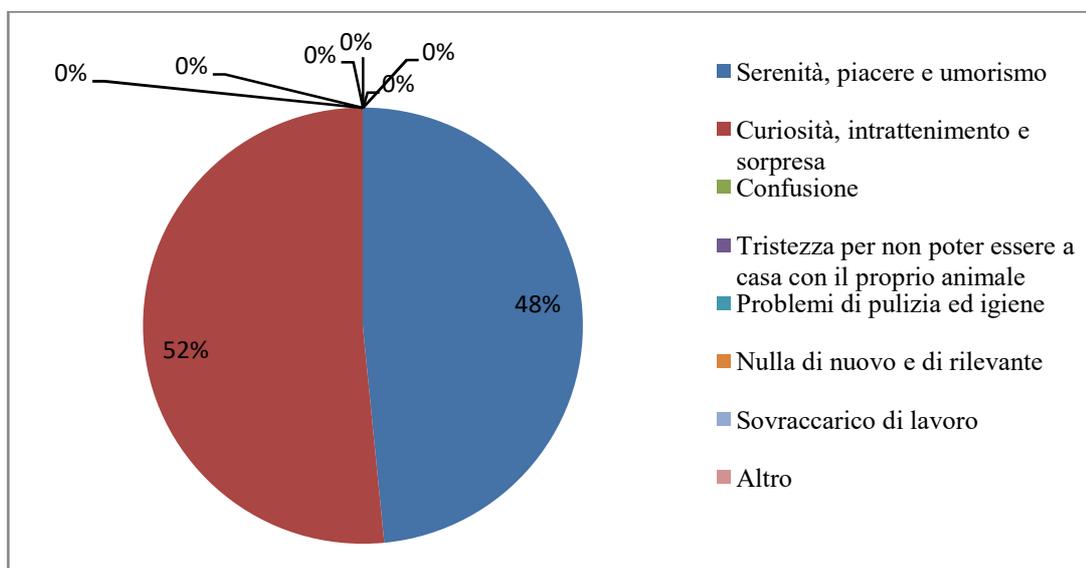


Grafico XVII. Utilità della pet therapy secondo il parere del personale intervistato.

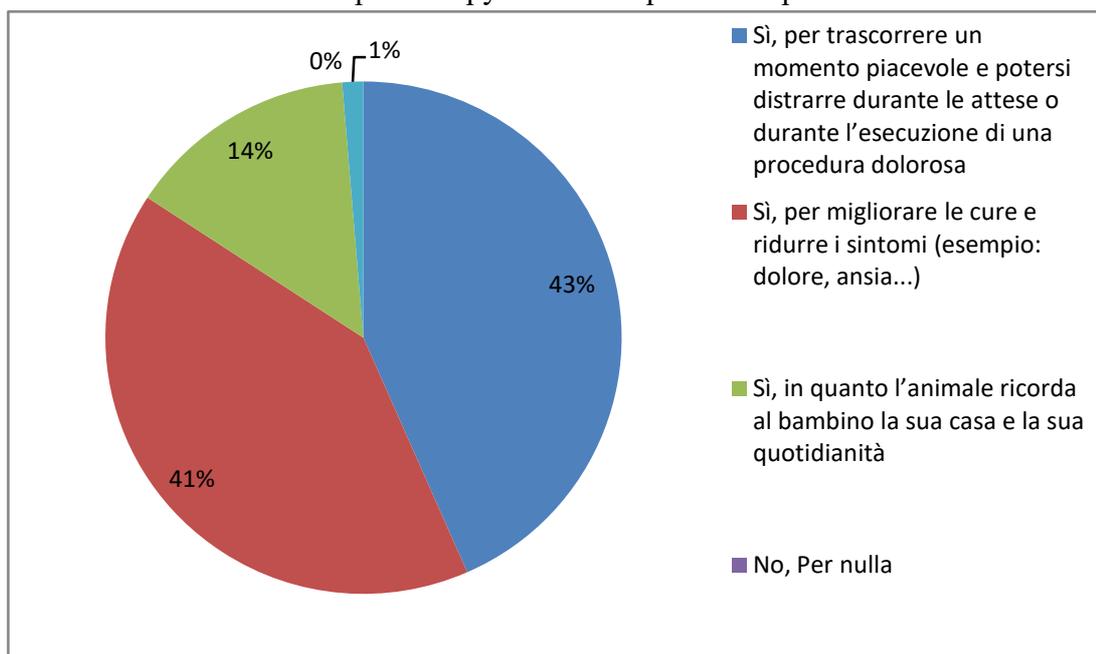


Grafico XVIII. Come sembrano al personale intervistato i bambini durante e dopo il contatto con gli animali.

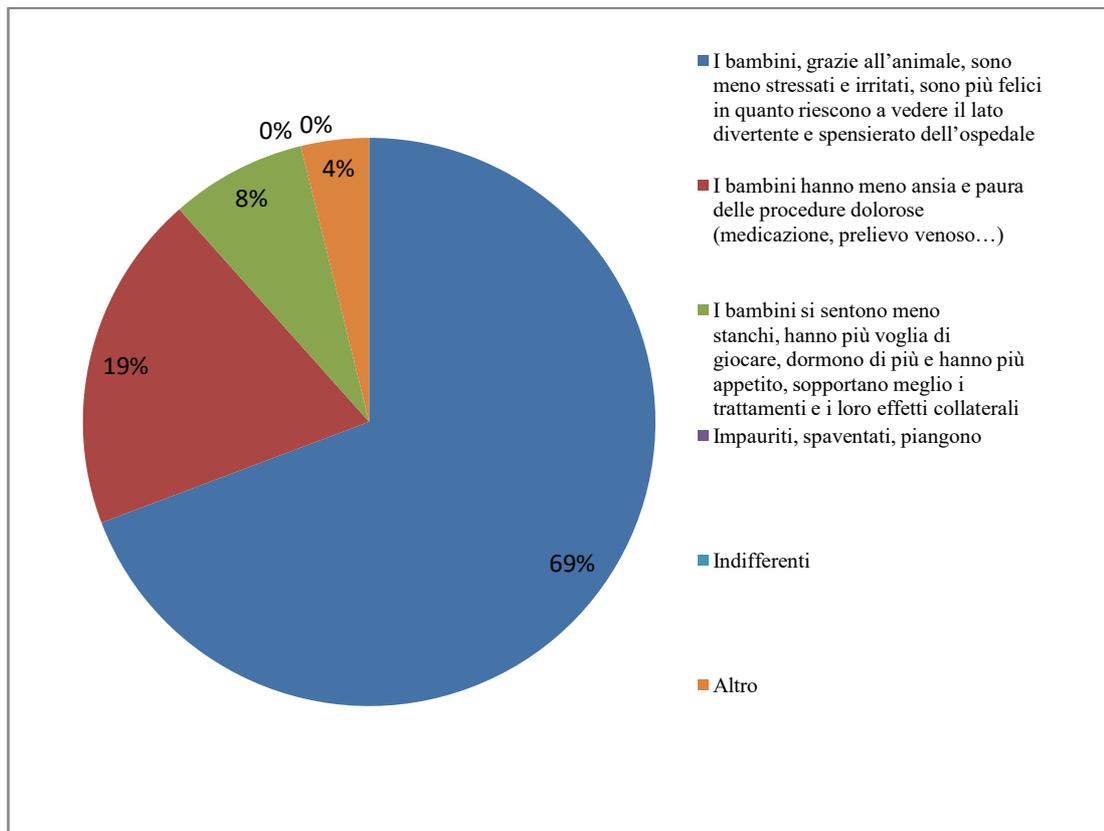


Grafico XIX. Utilità della pet therapy per i genitori secondo il parere del personale intervistato.

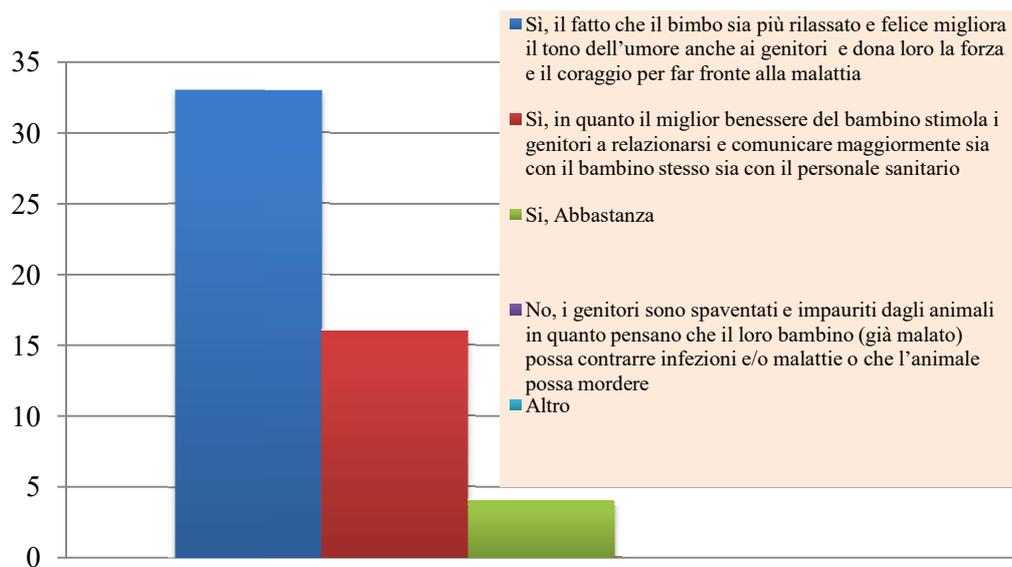


Grafico XX. Come vedono i genitori il loro bambino dopo il contatto con l'animale secondo il personale intervistato.

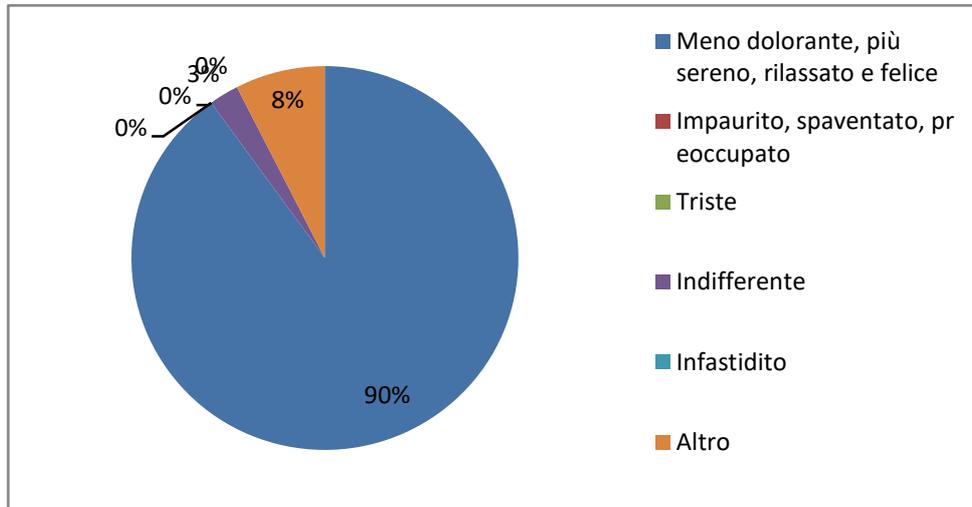


Grafico XXI. Influenze sulla propria persona e sulla propria attività lavorativa dovute all'incontro con l'animale.

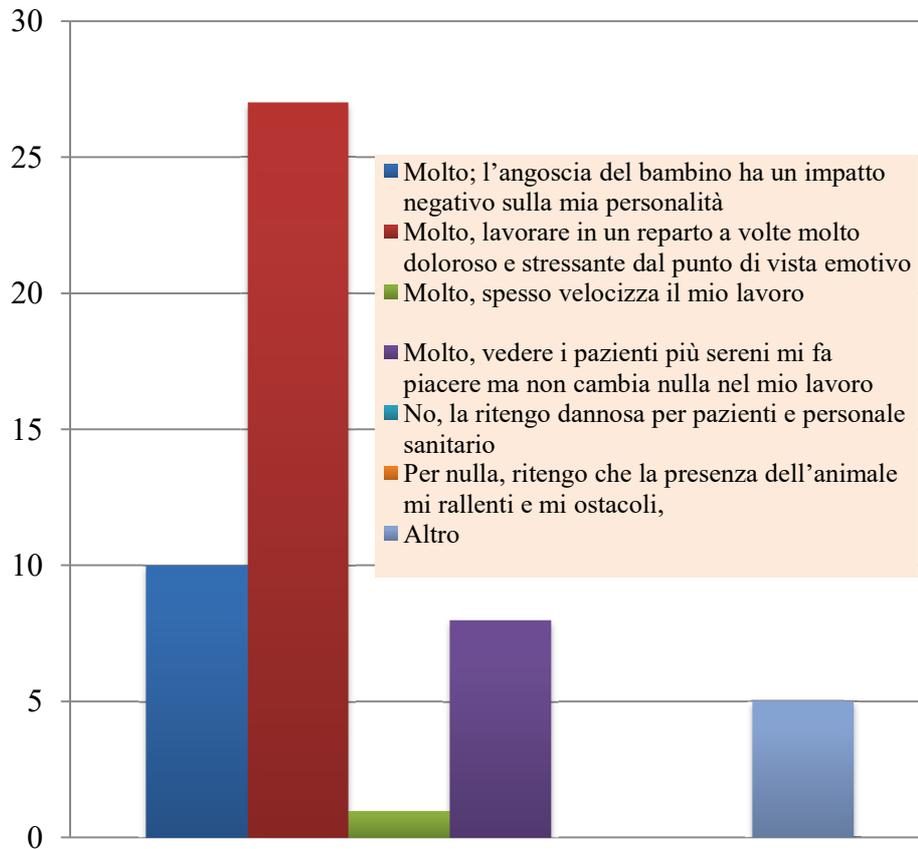


Grafico XXII. Utilità dell'animale nella pratica clinica secondo il parere del personale intervistato.

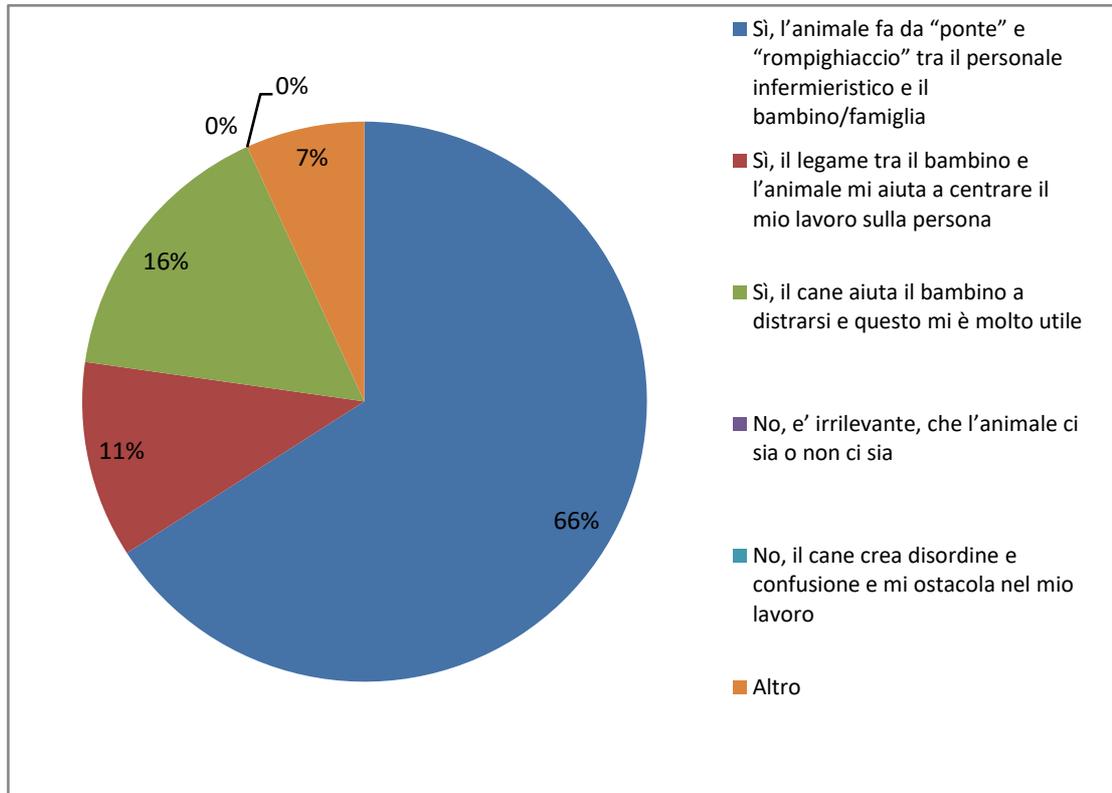


Grafico XXIII. Scale di valutazione del dolore pediatrico utilizzate dal personale sanitario.

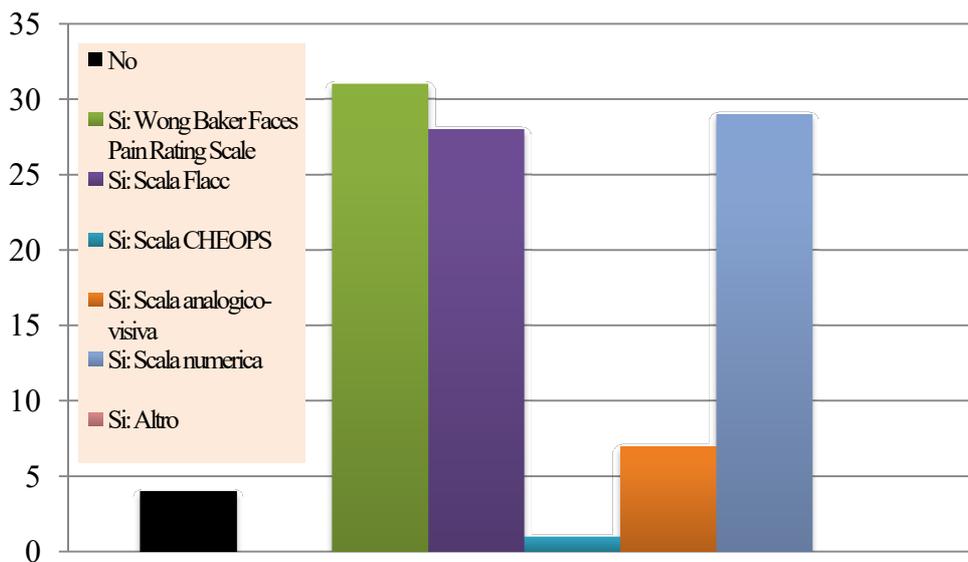


Grafico XXIV. Presenza dell'animale in reparto.

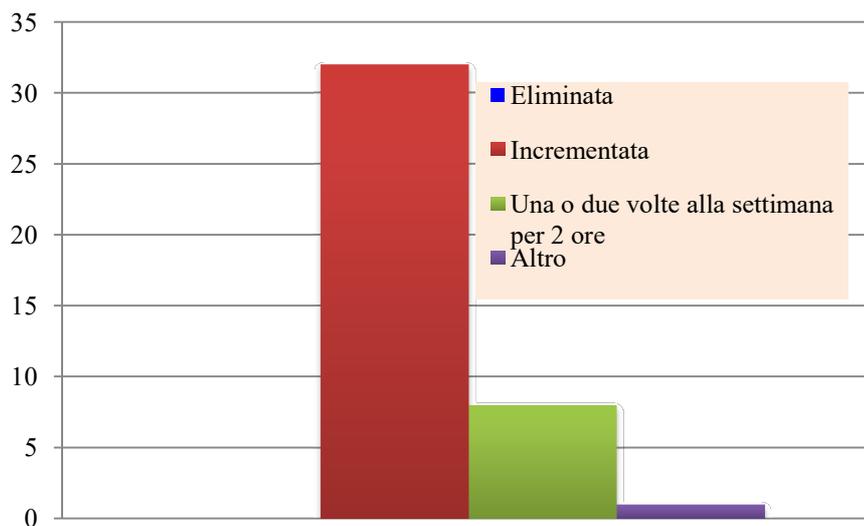
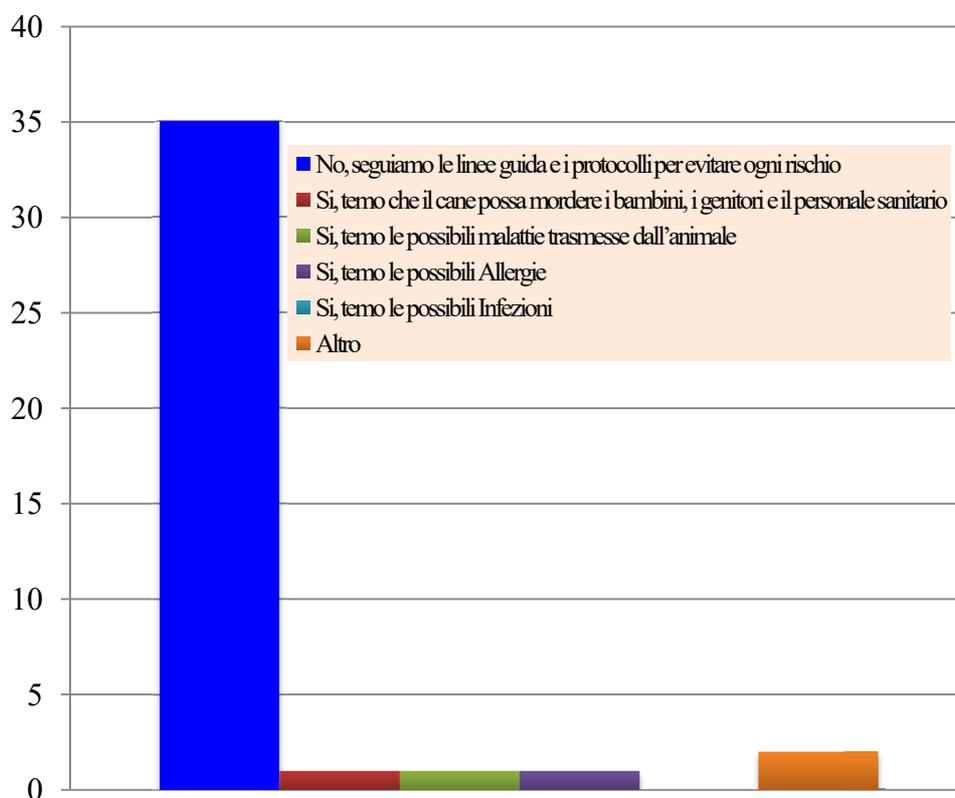


Grafico XXV. Preoccupazione del personale intervistato in merito agli Interventi Assistiti con gli Animali.



ALLEGATO 8 - Grafici e tabelle relativi al progetto pilota “Il posto delle favole”

Tabella I. Livello di dolore medio registrato nella scala CHEOPS sul totale dei bambini.

Senza cane	Con cane
10,42	5,38

Grafico I. Livello di dolore medio registrato nella scala CHEOPS sul totale dei bambini.

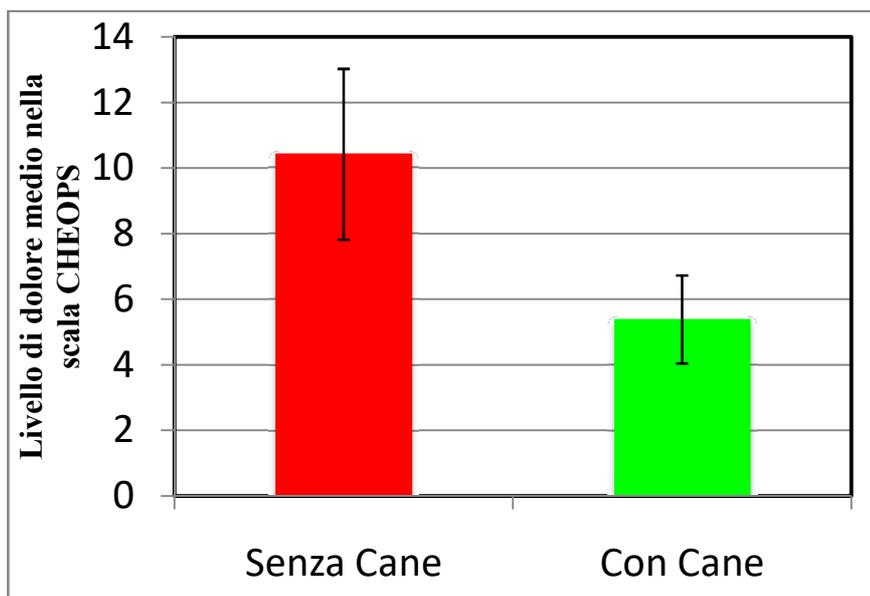


Tabella II. Livello di dolore medio registrato nella scala CHEOPS sul totale delle femmine e dei maschi.

	Senza cane	Con cane
Femmine	10,38	5,5
Maschi	10,44	5,24

Grafico II. Livello di dolore medio registrato nella scala CHEOPS sul totale delle femmine e dei maschi.

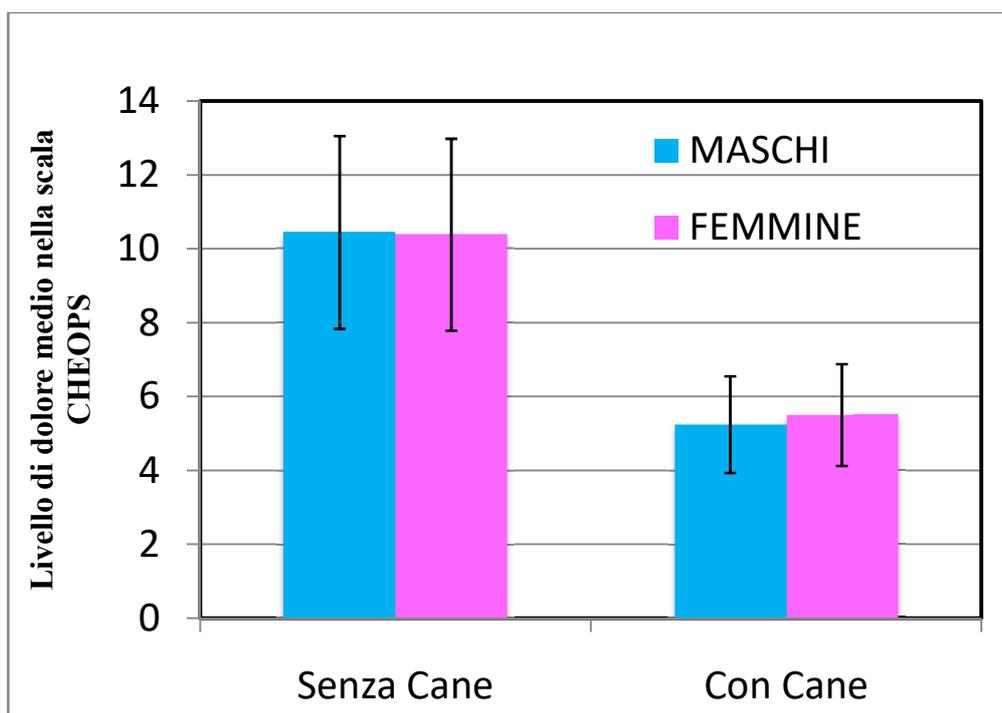


Tabella III. Livello di dolore medio registrato nella scala CHEOPS sul totale dei bambini di 1, 2, 3, 4, 5 e 6 anni e rapporto (dolore senza cane/ dolore con cane).

	Senza cane	Con cane	Rapporto (dolore senza cane/ dolore con cane)
1 anni	12	7,67	0,64
2 anni	11,6	6,33	0,55
3 anni	12,16	5,67	0,47
4 anni	10,2	5,55	0,54
5 anni	8,28	5	0,6
6 anni	8,25	4,4	0,53

Grafico III. Livello di dolore medio registrato nella scala CHEOPS sul totale dei bambini di 1, 2, 3, 4, 5 e 6 anni e rapporto (dolore senza cane/ dolore con cane).

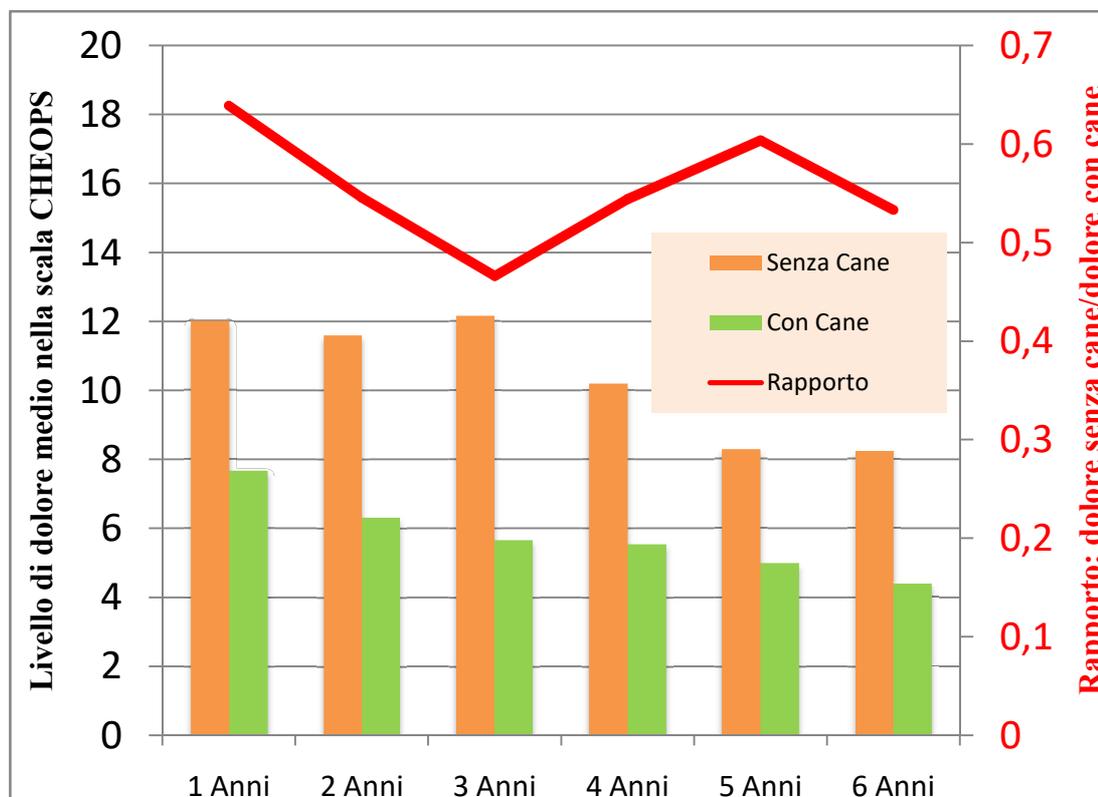


Tabella IV. Livello di dolore medio registrato nella Wong-Baker Faces Pain Rating Scale sul totale dei bambini.

Senza cane	Con cane
5,25	2

Grafico IV. Livello di dolore medio registrato nella Wong-Baker Faces Pain Rating Scale sul totale dei bambini.

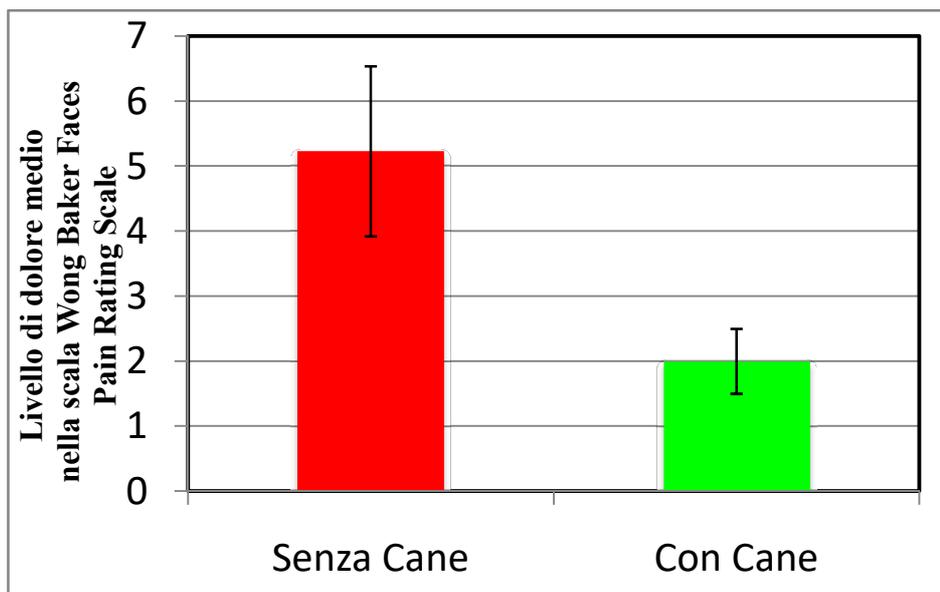


Tabella V. Livello di dolore medio registrato nella Wong-Baker Faces Pain Rating Scale sul totale delle femmine e dei maschi.

	Senza cane	Con cane
Femmine	6	1,75
Maschi	5	2,24

Grafico V. Livello di dolore medio registrato nella Wong-Baker Faces Pain Rating Scale sul totale delle femmine e dei maschi.

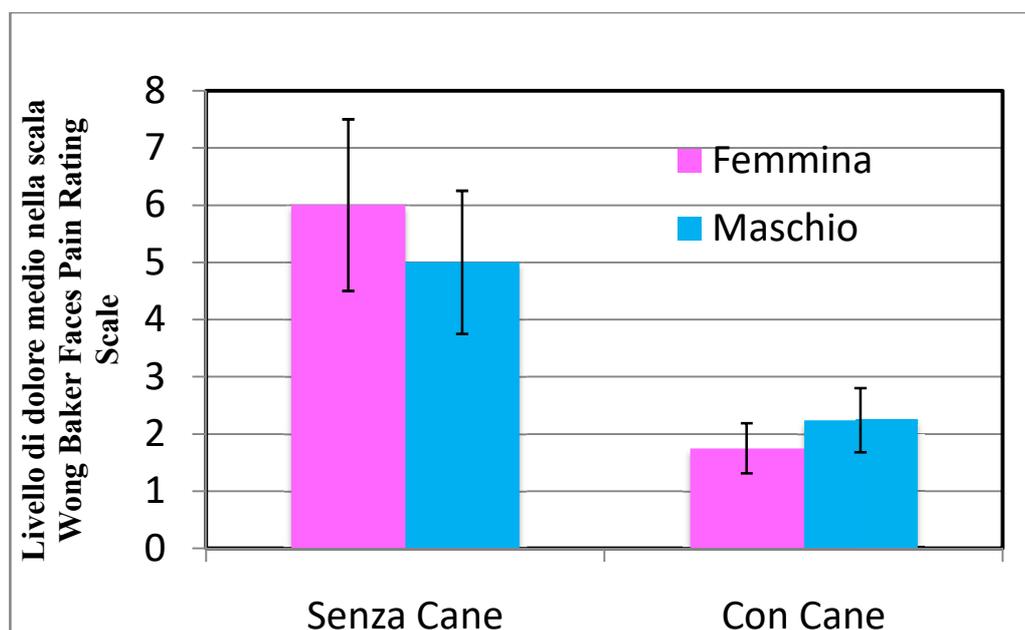


Tabella VI. Livello di dolore medio registrato nella Wong-Baker Faces Pain Rating Scale sul totale dei bambini di 4, 5 e 6 anni e rapporto (dolore senza cane/ dolore con cane).

	Senza cane	Con cane	Rapporto (dolore senza cane/ dolore con cane)
4 anni	4,83	2,34	0,48
5 anni	4,5	1,79	0,39
6 anni	5,2	2	0,38

Grafico VI. Livello di dolore medio registrato nella Wong-Baker Faces Pain Rating Scale sul totale dei bambini di 4, 5 e 6 anni e rapporto (dolore senza cane/ dolore con cane)

