PROGETTO PIPER

Best Practices

SEDO-ANALGESIA PER RACHICENTESI NEL PAZIENTE PEDIATRICO IN PRONTO SOCCORSO

Revisione 2026: Castagno E, Corsini I, De Bortoli M

INTRODUZIONE

La rachicentesi è una procedura dolorosa eseguita con relativa frequenza sul paziente pediatrico in Pronto Soccorso (PS) a scopo diagnostico e di rado terapeutico.
Il dolore da rachicentesi o puntura lombare (PL) viene riferito come moderato-forte, è presente durante la procedura ma si può verificare anche dopo la stessa (ematoma, cefalea post-PL). Pertanto, per una corretta esecuzione di rachicentesi, è necessaria una sedo-analgesia adeguata e un trattamento del dolore post-procedura se presente.
La sedo-analgesia permette il controllo di ansia e dolore durante PL, è sicura ed efficace, abolisce la memorizzazione di tale esperienza in termini di effetti negativi a breve e lungo termine e ha un ruolo importante nel migliorare la compliance a successive procedure. La sedo-analgesia inoltre, permettendo all'operatore di lavorare su un paziente fermo e sedato, riduce l'incidenza di procedure fallite e limita i rischi legati alla PL (danno della dura madre, formazione di un ematoma, trauma delle terminazioni nervose…)

1. OBIETTIVO

Questo documento ha l'obiettivo di fornire indicazioni pratiche ed una flow-chart per un corretto approccio alla sedo-analgesia in corso di rachicentesi nel bambino in Pronto Soccorso.
Obiettivi specifici sono:

- Garantire un adeguato controllo del dolore procedurale
- Ridurre l'incidenza di procedure fallite e i rischi ad esse connessi

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La rachicentesi permette il prelievo di liquido cefalorachidiano a scopo diagnostico e/o terapeutico. Prevede l'introduzione di un ago subaracnoideo all'interspazio tra L3-L4 o L4-L5 per il bambino e L4-L5, L5-S1 per il neonato/lattante.

3. MODALITA' DI GESTIONE

La preparazione ed esecuzione della rachicentesi in sedo-analgesia, prevede fasi diverse ed un approccio multifattoriale, che comprende

- Raccolta dell'Anamnesi ed Esame obiettivo del paziente per escludere controindicazioni alla procedura (ipertensione endocranica, coagulopatie, infezioni locali, ascesso epidurale) o alla sedo-analgesia

- Preparazione del setting (ambiente, materiale, farmaci, materiale per l'emergenza)
- Accoglimento e comunicazione al bambino e alla famiglia
- Metodi non farmacologici di prevenzione e trattamento del dolore e dell'ansia da procedura
- Applicazione di strumenti di monitoraggio (sempre monitoraggio saturazione periferica di ossigeno-SatO2 e frequenza cardiaca-FC)
- Metodi farmacologici (analgesia topica e sedo-analgesia)
- Posizionamento del paziente (*Fig. 1*) ed esecuzione della procedura secondo best practices (*Tab. 1*). *Una corretta esecuzione della procedura è parte integrante dell'adeguato controllo di ansia e del dolore da rachicentesi*
- Monitoraggio clinico dopo procedura, monitoraggio del dolore-ansia e della gratificazione.

Fig.1: *Posizionamento del paziente pediatrico in rapporto a situazione ed età per esecuzione rachicentesi (A : neonato/lattante; B: bambino)*



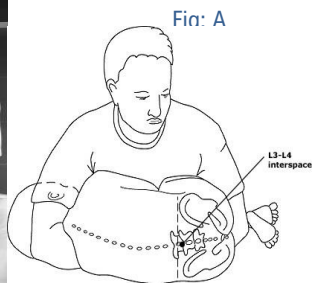


Fig: A Fig.

della rachicentesi

Tab. 1: ***Esecuzione della procedura secondo best practices***

- Posizionamento del paziente (rotazione con disallineamento spalle - bacino; flessione della colonna in modo da aprire gli spazi intervertebrali)
- Identificazione dello spazio inter-vertebrale sede di posizionamento dell'ago (interspazio tra L3-L4 o L4-L5 per il bambino e L4-L5, L5-S1 per il neonato /lattante)
- Introduzione dell'ago scelto in base alle dimensioni e situazione clinica del paziente) perpendicolarmente al piano della cute, mantenendo il becco di flauto orizzontale (verso l'alto) se paziente in decubito laterale, verticale (90° lateralmente verso destra o verso sinistra) se seduto (seguendo la direzione delle fibre della dura madre si riduce il leakage del liquor e quindi la cefalea post-procedura (*Fig. 2*)
- Estrazione del mandrino dopo il passaggio del legamento giallo (riduzione di resistenza) e raccolta del liquor
- Reintroduzione del mandrino a raccolta ultimata, rimozione dell'ago e medicazione con cerotto sterile
- Mantenimento del paziente in posizione distesa

Fig.2: ***Posizione corretta del becco di flauto dell'ago a seconda della posizione del paziente. Fig.A: Paziente seduto; Fig.B Paziente disteso.***



Fig: A Fig. B

4. VALUTAZIONE

- Valutazione clinica globale del paziente per la scelta del programma di sedo-analgesia
- Valutazione del dolore pre-procedura secondo scala adeguata per età e situazione (*All. 1*)
- Valutazione dell'ansia del bambino
- Monitoraggio parametri fisiologici durante la procedura
- Valutazione del dolore e dell'ansia al termine della procedura

5. SEDO-ANALGESIA

La sedo-analgesia in corso di rachicentesi si giova di un approccio multimodale che prevede l'utilizzo di:

- ✓ Tecniche non farmacologiche *(Tab.2)*
- ✓ Anestesia topica
- ✓ Farmaci per ansiolisi/sedazione

L'utilizzo delle diverse tecniche si declina in maniera diversa nelle diverse età pediatriche. Fondamentale, però, per tutte le età è *favorire la presenza del genitore/caregiver durante la procedura.*

Tab. 2: *Tecniche antalgiche non farmacologiche*

	TIPOLOGIA	ESEMPIO	APPLICAZIONE
SUPPORTO E RELAZIONE	Informazione Comunicazione	Spiegazione con termini adeguati a bambino e genitori	Sempre
	Coinvolgimento diretta nella valutazione/ gestione del dolore	Responsabilizzazione	Sempre
	Setting Adeguato	Logistica, accoglienza, tempi, adeguati alla spiegazione	Sempre
	Organizzazione Medico-Infermieristica coerente con le esigenze di Bambino/Genitori		
	Distrazione	Giochi di sapone, suoni, narrazione, cartoni animati, videogiochi	A partire dall'età neonatale
	Distrazione con coinvolgimento		A partire da 7 anni

METODI COGNITIVO-COMPORTAMENTALI	multisensoriale		
	Rilassamento	Guida a "rilasciare" la muscolatura	A partire da 2 anni
	Respirazione lenta e controllata	Respirazione guidata	A partire da 2 anni
	Visualizzazione	Viaggio in un luogo magico	A partire da 4 anni
	Desensibilizzazione	Guanto magico Tecnica dell'interruttore	2 -6 anni >6 anni

NEL NEONATO E NEL LATTANTE < 3 MESI

✓ **Tecniche non farmacologiche specifiche**

- Saturazione sensoriale
- Allattamento materno
- Glucosata 30-33% (*0.1-1ml da somministrare 1-2 minuti prima della procedura*)
- Saccarosio 24-50% (0.5mL/kg max 2mL *da somministrare 1-2 minuti prima della procedura*)

✓ **Tecniche farmacologiche** *(tabella 3)*

- EMLA (Crema lidocaina 25% prilocaina 25%) UN'ORA PRIMA della procedura nel neonato > 37 settimane di età gestazionale e nel lattante
- ASENSIL (Lidocaina 4%) 30 MINUTI PRIMA se > 1 mese

Tab. 3: *Tecniche farmacologiche*

ANESTETICI TOPICI				
FARMACO	**ETA'**	**DOSE**	**INIZIO AZIONE**	**Controindicazioni e precauzioni**
EMLA	0 - 3 mesi	fino a 1 g / 10 cm² (con bendaggio occlusivo)	1 ora	- allergia nota al farmaco - controindicata in neonati/lattanti già in trattamento con agenti che inducono la metaemoglobina - NON approvata per EG < 37 settimane - se dermatite atopica tempo di azione minore - monitoraggio ECG in pz in terapia con antiaritmici di classe III
	3 - 12 mesi	fino a 2 g / 20 cm² (con bendaggio occlusivo)		
	1-6 anni	fino a 10 g / 100 cm² (con bendaggio occlusivo)		
	>7 anni	fino a 20 g / 200 cm² (con bendaggio occlusivo)		
ASENSIL	1 - 6 mesi	fino a 1 g / 6 cm² (con bendaggio occlusivo)	almeno 15 min	- allergia nota al farmaco - allergia a soia o arachidi - cautela nei pazienti in tp con antiaritmici di classe I o III

Se le tecniche proposte non sono efficaci o se sono ritenute insufficienti, è possibile associare tecniche di sedo-analgesia sistemica mediante l'utilizzo di farmaci sistemici analgesici, sedativi e/o dissociativi di seconda linea ***(Tabella 4)*** quali **fentanyl, midazolam, ketamina o propofol.**

NB: *L'utilizzo di questi farmaci RICHIEDE monitoraggio multiparametrico continuo e la presenza di personale Medico/Infermieristico adeguatamente formato alla rianimazione neonatale avanzata e alla gestione avanzata delle vie aeree; in particolare la prescrizione di fentanyl e.v. e di propofol e.v. è riservata all'Anestesista*.

Tab. 4: *Farmaci sedo-analgesici sistemici nel Neonato-Lattante< 3 mesi*

NEL LATTANTE > 3 MESI-BAMBINO

✓ Tecniche non farmacologiche *(Tab.2)*

FARMACI SISTEMICI NEL NEONATO-LATTANTE < 3 MESI					
FARMACO	**SOMMINISTRAZIONE**	**DOSE**	**TEMPO DI SOMMINISTRAZIONE**	**INIZIO AZIONE**	**Controindicazioni e precauzioni**
FENTANYL	ev	0.5-3 mcg/kg	a bolo lento in 3-5 min	2-3 min (effetto max 5-15 min)	- allergia nota al farmaco; - rischio di rigidita della gabbia toracica se infuso troppo rapidamente; - necessita di monitoraggio cardiorespiratorio continuo; - controllare eventuale distensione addominale da ileo paralitico e/o da ritenzione urinaria; - monitorare funzione cardiorespiratoria e diuresi anche a distanza di ore dalla somministrazione per rischio di apnea e bradicardia tardiva
KETAMINA	ev	0.5-2 mg/kg	a bolo lento in 1 min	30 sec (effetto max 5-10 min)	- allergia nota al farmaco; - analgesia limitata per dolore viscerale profondo; - aumenta salivazione e secrezioni vie aeree; - possibile stridor laringeo (raccomandata associazione con atropina)
	intramuscolare	1-2 mg/kg		3-4 min(effetto max 5-10 min)	
PROPOFOL (associato a farmaci con proprietà analgesiche)	ev	1-3 mg/kg	Almeno 20 sec	15-30 sec (durata d'azione 5-10 min)	- allergia nota al farmaco - rischio di ipotensione ed instabilità emodinamica - privo di effetto analgesico intrinseco, da utilizzare associato ad altri farmaci con proprietà analgesiche -rischio di depressione respiratoria ed apnea - autorizzato da AIFA nei pazienti > 1 mese - rischio di propofol-infusion syndrome
MIDAZOLAM (associato a farmaci con proprietà analgesiche)	ev	0,05-0,15 mg/kg	a bolo lento 5-10 min	1-3 min	- allergia nota al farmaco - rischio di depressione respiratoria ed apnea (specialmente se associato ad oppioidi) - privo di effetto analgesico intrinseco, da utilizzare associato ad altri farmaci con proprietà analgesiche - utilizzare con molto cautela nel neonato pretermine
	intramuscolare	0,05-0,15 mg/kg	Solo in emergenza e mancanza di accesso ev	5-10 min	

- Saturazione sensoriale (<6 mesi)
- da adeguare all'età, situazione e desideri del bambino

✓ Tecniche farmacologiche

- Crema lidocaina 25% prilocaina 25% UN'ORA PRIMA oppure (*Tab. 3*)
- Cerotto medicato lidocaina 70 mg/tetracaina 70 mg 30 MINUTI PRIMA (> 2 anni)
- Midazolam os, nasale o ev *(Tab.5)*
- Miscela ossigeno 50% e protossido di azoto 50% (*BP Protossido - PIPER*)

Tab.5: ***Dosaggio Midazolam nel lattante > 3 mesi-bambino***

MIDAZOLAM	Orale/Rettale	**0,5-0,7 mg/Kg** in singola dose (massima: 10-15 mg)
	Intranasale	**0,3-0,5mg/Kg** singola dose (massima: 10 mg
	Endovenosa	**0,1-0,2 mg/Kg** singola dose (massima: 10 mg)

Se le tecniche proposte non sono efficaci o se sono ritenute insufficienti, è possibile associare tecniche di sedo-analgesia sistemica mediante l'utilizzo di farmaci sistemici analgesici, sedativi e/o dissociativi di seconda linea ***(Tabella 6)*** quali **fentanyl, midazolam, ketamina o propofol.**

NB: ***L'utilizzo di questi farmaci RICHIEDE monitoraggio multiparametrico continuo e la presenza di personale Medico/Infermieristico adeguatamente formato alla rianimazione neonatale avanzata e alla gestione avanzata delle vie aeree; in particolare la prescrizione di fentanyl e.v. e di propofol e.v. è riservata all'Anestesista.***

Tab. 6: ***Farmaci sedo-analgesici sistemici nel Lattante >3 mesi-bambino***

NEL PAZIENTE ONCOLOGICO:

- Tecniche non farmacologiche *(Tab.2)*
  - ✓ da adeguare all'età, situazione e desideri del bambino

- Tecniche farmacologiche
  - ✓ Crema lidocaina 25% prilocaina 25% UN'ORA PRIMA oppure
  - ✓ Cerotto medicato lidocaina 70 mg/tetracaina 70 mg 30 MINUTI PRIMA (> 2 anni)

FARMACI SISTEMICI NEL LATTANTE > 3 MESI - BAMBINO					
FARMACO	**SOMMINISTRAZIONE**	**DOSE**	**TEMPO DI SOMMINISTRAZIONE**	**INIZIO AZIONE**	**Controindicazioni e precauzioni**
FENTANYL	ev	0.5-1 mcg/kg	a bolo lento in 3-5 min	1-2 min (effetto max 5-15 min)	- allergia nota al farmaco - rischio di rigidità della gabbia toracica se infuso troppo rapidamente - necessità di monitoraggio cardiorespiratorio continuo per il rischio di apnea e bradicardia
	intranasale	1-2 mcg /kg		2 - 5 min	
KETAMINA	ev	1-2 mg/kg (più eventuali dosi addizionali di 0,5-1 mg/kg ogni 5-15 minuti)	a bolo lento in 1 min	1 min	- allergia nota al farmaco - analgesia limitata per il dolore viscerale profondo - aumenta la salivazione e le secrezioni nelle alte vie aeree e può causare stridor laringeo - controindicazioni relative: stenosi tracheale e laringomalacia, scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa non controllata, porfirie, tireopatie, glaucoma, traumi oculari, occlusione intestinale, disturbi del comportamento
PROPOFOL (associato a farmaci con proprietà analgesiche)	ev	1-2 mg/kg (max 40 mg)	a bolo lento in 1 min	< 1 min	- allergia nota al farmaco - rischio di ipotensione ed instabilità emodinamica - privo di effetto analgesico intrinseco, da utilizzare associato ad altri farmaci con proprietà analgesiche -rischio di depressione respiratoria ed apnea
MIDAZOLAM (associato a farmaci con proprietà analgesiche)	ev	0,1-0,2 mg/kg (max 10 mg)	a bolo lento	1-3 min	- allergia nota al farmaco - rischio di depressione respiratoria ed apnea (specialmente se associato ad oppioidi) - privo di effetto analgesico intrinseco, da utilizzare associato ad altri farmaci con proprietà analgesiche
	intranasale	0,3-0,5 mg/kg (max 10 mg)		5-10 min	
	orale	0,5-0,7 mg/kg (max 15 mg)		15-30 min	

  - ✓ Midazolam os, nasale o ev (*Tab.5)*
  - ✓ Ketamina, propofol, fentanyl (*Tab. 6*)

✓ Miscela ossigeno 50% e protossido di azoto 50% (*BP Protossido - PIPER*)

Il vissuto del paziente oncologico caratterizza la percezione da parte del paziente e della famiglia della procedura. Infatti, l'aumentato livello d'ansia legato a numerosi accessi ospedalieri, a precedenti manovre diagnostiche, alle punture lombari ripetute, si associa anche a una maggiore percezione del dolore.

Diventa importante, quindi, stabilire un approccio calmo e rassicurante, spiegando chiaramente il percorso diagnostico anche adeguando la comunicazione alla comprensione del paziente. L'utilizzo da subito di tecniche non farmacologiche, permetterà un iniziale trattamento dell'ansia del paziente e dei familiari in sinergia con i farmaci sedativi.

Spesso, i farmaci sedativi vengono utilizzati a dosaggi maggiori rispetto al paziente pediatrico non oncologico, e l'associazione di farmaci è più comunemente impiegata.

6. SI SBAGLIA PERCHÈ

- Si banalizza il dolore provocato dalla rachicentesi
- Si pensa che l'attuazione della sedo-analgesia dilazioni i tempi dell'esecuzione della procedura ritardando la diagnosi ed il trattamento
- Si commettono errori nella scelta dei presidi, nella profondità nell'inserimento dell'ago e nel suo posizionamento
- Non si attuano le tecniche non farmacologiche
- Scelta errata della sede di posizionamento di analgesia topica e mancato rispetto dei tempi d'azione
- Posizionamento non adeguato del paziente, mancata scelta dello spazio intervertebrale più adeguato
- Mancata profilassi dolore post procedurale

7. TAKE-HOME MESSAGE

✓ La gestione del dolore procedurale è parte integrante dell'esecuzione della rachicentesi
✓ La sedo-analgesia moderata favorisce il successo della procedura
✓ Accorgimenti tecnici nell'esecuzione favoriscono la riduzione del dolore e la riuscita della procedura
✓ Durante l'esecuzione della rachicentesi vanno previsti il monitoraggio del paziente e la pronta disponibilità del materiale e del personale per gestire un'eventuale emergenza.

BIBLIOGRAFIA

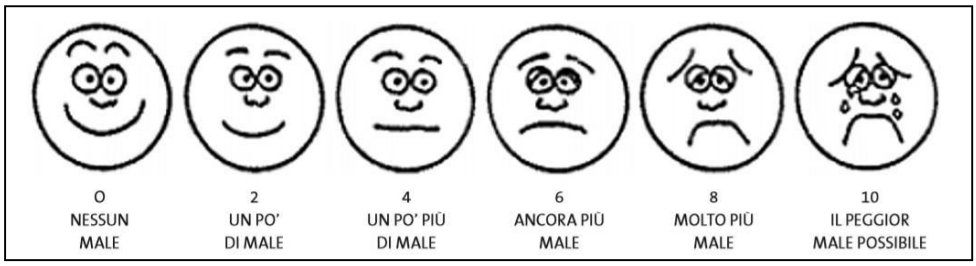
1. *Hsiao HJ, Chen SH, Jaing TH, Yang CP, Chang TY, Li MY, Chiu CH, Huang JL. Psychosocial interventions for reduction of distress in children with leukemia during bone marrow aspiration and lumbar puncture. Pediatr Neonatol. 2018 Jul 21. pii: S1875-9572(17)30653-8. doi: 10.1016/j.pedneo.2018.07.004.*
2. *Heinrich M, Menzel C, Hoffmann F, Berger M, Schweinitz Dv. Self-administered procedural analgesia using nitrous oxide/oxygen (50:50) in the pediatric surgery emergency room: effectiveness and limitations. Eur J Pediatr Surg. 2015 Jun;25(3):250-6. doi: 10.1055/s-0034-1371716. Epub 2014 May 12.*
3. *Krieser D, Kochar A. Paediatric procedural sedation within the emergency department. J Paediatr Child Health. 2016 Feb;52(2):197-203. doi: 10.1111/jpc.13081.*
4. *J. Pediatric lumbar puncture and cerebrospinal fluid analysis Emerg Med. 2014 Jan;46(1):141-50. doi: 10.1016/j.jemermed.2013.08.056. Epub 2013 Nov 1.*
5. *Schulga P, Grattan R, Napier C, Babiker MO. How to use… lumbar puncture in children. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2015 Oct;100(5):264-71. doi: 10.1136/archdischild-2014-307600. Epub 2015 Jun 23.*
6. *Nath S, Koziarz A, Badhiwala JH et al. Atraumatic versus conventional lumbar puncture needles: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2018 Mar 24;391(10126):1197-1204. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32451-0. Epub 2017 Dec 7.*
7. *Hoyle JD Jr, Rogers AJ, Reischman DE, Powell EC, Borgialli DA, Mahajan PV, Trytko JA, Stanley RM. Pain intervention for infant lumbar puncture in the emergency department: physician practice and beliefs. Acad Emerg Med. 2011 Feb;18(2):140-4. doi: 10.1111/j.1553-2712.2010.00970.x.*
8. *Pessano S, Romantsik O, Olsson E, Hedayati E, Bruschettini M. Pharmacological interventions for the management of pain and discomfort during lumbar puncture in newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2023 Sep 28;9(9):CD015594. doi: 10.1002/14651858.C*
9. *Cavallaro G, Garrido F, Decembrino N, Bullejos Garcia EE, Raffaeli G. Pharmacological therapy of neonatal analgosedation: current status, dilemmas, and perspectives. Front Pediatr. 2026 Mar 25;14:1757704. doi: 10.3389/fped.2026.1757704. PMID: 41960035; PM.*
10. *Coté CJ, Wilson S. Guidelines for Monitoring and Management of Pediatric Patients Before, During, and After Sedation for Diagnostic and Therapeutic Procedures. Pediatr Dent. 2025 Nov 15;47(6):100E-128E. PMID: 41555191.*
11. *Società Italiana di Neonatologia (SIN). Fentanil. In: NeoFarm SIN [Applicazione mobile]. Ultima revisione: 2025 Ago 5.*
12. *Società Italiana di Neonatologia (SIN). Ketamina. In: NeoFarm SIN [Applicazione mobile]. Ultima revisione: 2023 Set 10*
13. *Società Italiana di Neonatologia (SIN). Midazolam. In: NeoFarm SIN [Applicazione mobile]. Ultima revisione: 2021 Dic 2.*
14. *Società Italiana di Neonatologia (SIN). Propofol. In: NeoFarm SIN [Applicazione mobile]. Ultima revisione: 2023 Set 10.*
15. *Tobias J.D. et al Procedural sedation for infants, children and adolescents, Textbook AAP 2016.*
16. *Green SM, et al. Unscheduled procedural sedation: a multidisciplinary consensus practice guideline. Ann Emerg Med 2019;73:e-51-e55.*
17. *Zielinska M, et al. Safe pediatric procedural sedation and analgesia by anesthesiologists for elective procedures: A clinical practice statement from the European Society for Paediatric* Anaesthesiology. Pediatr Anesthes 2019;29:583-90

Allegato 1: *Scale di misurazione del dolore nel paziente pediatrico*

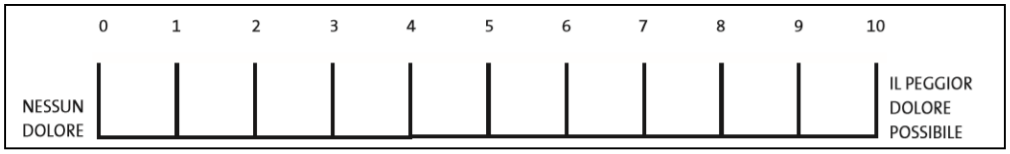
SCALA FLACC (Bambini di età 0-3 anni)

Categoria	Punteggio		
	0	1	2
Volto	Espressione neutra o sorriso	Smorfie occasionali o sopracciglia corrugate, espressione distaccata, disinteressata	Da frequente a costante aggrottamento delle sopracciglia, bocca serrata, tremore del mento
Gambe	Posizione normale o rilassata	Si agita, è irrequieto, teso	Scalcia, o raddrizza le gambe
Attività	Posizione quieta, normale, si muove in modo naturale	Si contorce, si dondola avanti e indietro, teso	Inarcato, rigido o si muove a scatti
Pianto	Assenza di pianto (durante la veglia o durante il sonno)	Geme o piagnucola, lamenti occasionali	Piange in modo continuo, urla o singhiozza, lamenti frequenti
Consolabilità	Soddisfatto, rilassato	È rassicurato dal contatto occasionale, dall'abbraccio o dal tono della voce, è distraibile	Difficile da consolare o confortare

SCALA DI WONG-BAKER (bambini di età 4-8 anni)



SCALA NUMERICA (NRS) e VISUO-ANALOGICA (VAS) (bambini di età >8 anni)



SCALA FLACC-R (bambini con problemi neuro-cognitivi)

Categoria	0	1	2
Viso	Nessuna particolare espressione o sorriso	Occasionale smorfia / aggrottamento di ciglia; introverso o disinteressato; appare triste o preoccupato	Costante smorfia o aggrottamento di ciglia, frequente / costante tremolio del mento, mascella serrata: appare provato; espressione di paura o panico
Gambe	Posizione normale o rilassata; arti che presentano solito tono muscolare e movimento	Inquieto, agitato, teso; tremori occasionali	Scalcia o ha le gambe retratte; marcato aumento della spasticità, tremori costanti o scatti
Attività	Paziente tranquillo, posizione normale, facilità di movimento; atti respiratori ritmici, regolari	Si contorce, si dondola avanti e indietro, movimenti tesi o di difesa; moderatamente agitato (p. es. muove la testa avanti e indietro, è aggressivo); atti respiratori superficiali, limitati, sospiri intermittenti	Inarcato, rigido o con movimenti a scatti; agitazione severa; sbatte la testa; brividi (non causati dal freddo); trattiene il respiro, respiro ansimante, iperventilazione, limitazione severa degli atti respiratori
Pianto	Nessun pianto / espressione verbale	Geme o piange, sommessamente; lamento occasionale; occasionale sfogo verbale o grugnito	Piange continuamente, urla o singhiozza, lamenti frequenti; ripetuti sfoghi, grugnito costante
Consolabilità	Contento e rilassato	Rassicurato dal tocco occasionale, dall'abbraccio o dalle parole. Facilmente distraibile	Difficile da consolare o confortare; spinge via il caregiver, si oppone all'assistenza o agli atti finalizzati ad alleviare la sua condizione