

XXVI

Congresso Nazionale

SOCIETÀ ITALIANA DI NEONATOLOGIA

e

II CONGRESSO

SOCIETÀ ITALIANA DI NEONATOLOGIA INFERMIERISTICA

Presidente *Fabio Mosca*

Il neonato al centro del futuro

Evento Residenziale 7-10 OTTOBRE 2020 Venezia, Palazzo del Casinò

Sedi diffuse 8-9 OTTOBRE 2020

<i>Torino:</i>	<i>Sala Congressi della Fabbrica delle E</i>
<i>Milano:</i>	<i>Sheraton Milan San Siro</i>
<i>Firenze (Impruneta):</i>	<i>Aula Chiesa di Villa Castiglione</i>
<i>Roma:</i>	<i>Aula Folchi dell'Ospedale San Giovanni</i>
<i>Avellino:</i>	<i>Aula Magna dell'Ospedale Moscati</i>
<i>Palermo:</i>	<i>Aula Maurizio Ascoli dell'Ospedale Policlinico</i>

Evento Digitale 7-25 OTTOBRE 2020 Piattaforma Digitale Health Polis

CONSIGLIO **Direttivo**

BOARD OF DIRECTORS

CONSIGLIO DIRETTIVO SOCIETÀ ITALIANA DI NEONATOLOGIA INFERMIERISTICA
Scientific and Organizing Committee of the Italian Society of Neonatology Nursing

PRESIDENTE

Denis Pisano (*Cagliari*)

Elena Bernabei (*Aversa*)
Giovanna Cuomo (*Modena*)
Elisabetta Dioni (*Brescia*)
Roberta Guardione (*Torino*)



**Società
Italiana
Neonatologia
Infermieristica**

PRESENTAZIONE

Siamo lieti di offrire a tutti i Soci questo volume degli atti del II° Congresso Nazionale della Società Italiana di Neonatologia Infermieristica che si è svolto a Venezia Lido dal 7 al 10 ottobre in concomitanza del XXVI° Congresso Nazionale della SIN.

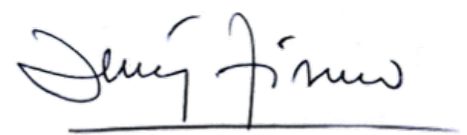
Come tutti sanno, il 2020 è stato un anno molto difficile per coloro che si sono occupati della salute pubblica. La pandemia che ha travolto il mondo ha messo a dura prova le nostre sicurezze e i nostri luoghi di lavoro e ancora oggi viviamo in un clima di preoccupazione e attesa. Ecco perché riuscire a realizzare il nostro secondo congresso nazionale, in un periodo storico come questo, è stato il più bel segnale che una comunità scientifica potesse offrire per dare un aiuto fattivo alla salute dei nostri piccoli pazienti e per tentare di ripristinare la normalità del confronto scientifico.

L'evento è stato il risultato dello sforzo logistico e organizzativo della Società Italiana di neonatologia (SIN), di iDea Congress e della SIN INF che hanno proposto un congresso "sicuro" e rispettoso dei criteri imposti dall'emergenza covid-19: una formula che si è dimostrata attuabile con la sola presenza a Venezia della faculty e il pubblico collegato in remoto da tutta Italia in grado di interagire direttamente nelle discussioni.

L'assenza di pubblico nelle aule congressuali è un motivo in più per offrire un resoconto dell'evento ai colleghi infermieri che non potevano essere presenti a Venezia.

Oggi, a congresso appena concluso, ci piace guardare al futuro con grande ottimismo e fiducia e siamo già al lavoro per realizzare i prossimi eventi, magari immaginandoli nella modalità che ci è più congeniale, quella fatta di sorrisi e strette di mano.

Buona lettura!



Denis Pisano
Presidente e Consiglio Direttivo
Società Italiana di Neonatologia Infermieristica

INDICE

» Relazioni del congresso

pag. 5

» Abstract comunicazioni orali

pag. 35

AUTO PROGRAMMAZIONE DEI TURNI DEGLI INFERMIERI IN TIN

M. Luciano

INTRODUZIONE

La gestione dei turni è lo strumento di pianificazione della distribuzione del personale utilizzato nelle aziende, progettato per garantire che un numero adeguato di dipendenti, con le giuste qualifiche, sia distribuito nel posto giusto al momento opportuno. La programmazione dei turni richiede buone doti organizzative e gestionali, ottime doti relazionali e capacità di gestire gli imprevisti.

Il piano dei turni, nella fase di programmazione, deve tener conto di specifiche necessità dettate dal ruolo dei professionisti, dalla normativa nazionale e dai contratti di lavoro vigenti e deve rispettare alcuni requisiti formali e legali. (1) Nelle strutture sanitarie l'organizzazione dei turni è, generalmente, affidata ai coordinatori (infermieristici o tecnici) delle singole strutture operative o dei dipartimenti, oppure è gestita direttamente a livello aziendale, da personale sanitario oppure amministrativo.

La programmazione e la gestione delle giornate di lavoro richiede molta attenzione, in quanto, il lavoro a turni e nelle ore notturne, è causa di numerosi effetti negativi sulla salute e sul benessere psico-sociale della persona a livello biologico (ridotta efficienza con conseguenti errori e infortuni), sanitario (patologie digestive, neuro-psichiatriche, tumorali e cardio-vascolari) e sociale (conflitti casa/lavoro). (2, 3) Infatti, desincronizza i lavoratori rispetto ai ritmi generali di vita quotidiana, coinvolgendo i ritmi biologici del corpo, nonché i ritmi sociali della famiglia e della società. Il lavoratore turnista cerca di mantenere rapporti sociali e familiari soddisfacenti organizzando la propria vita quotidiana con modalità stressanti e poco salutari, quali non dormire abbastanza a lungo o interrompere il sonno per condividere momenti di vita quotidiana con la famiglia, portando gli individui ad avere difficoltà a trovare un buon equilibrio tra lavoro e vita privata. (4) Le patologie derivanti dai rischi psico-sociali connessi all'organizzazione del lavoro, in Europa, sono percepite, dai lavoratori stessi, come il secondo problema di salute legato all'attività lavorativa dopo i disturbi muscolo-scheletrici (5). Inoltre, nelle strutture sanitarie, le patologie derivanti da rischi psico-sociali assumono una dimensione particolarmente complessa, poiché il personale è esposto a pericoli per la salute che comprendono non solo agenti chimici, fisici e biologici, ma anche lo stress secondario sia alla tensione, per la natura stessa della professione di cura, che all'organizzazione dell'orario di lavoro, in particolare all'articolazione del lavoro in turni. (2) Le conseguenze dello stress lavoro-correlato non impattano solo sull'individuo ma si ripercuotono anche sull'organizzazione in termini di assenteismo, turn-over, richieste di spostamento, abbandono del lavoro, richieste di inabilità alle funzioni, problemi disciplinari, contenziosi e aumentata frequenza degli infortuni (3, 6).

Dai risultati della sesta indagine Europea sulle condizioni di lavoro emerge che per la maggior parte dei lavoratori sono i datori che decidono gli orari e i due terzi dei dipendenti (64%) non può modificare il proprio orario, mentre solo il 10% può scegliere tra diversi orari stabiliti dall'azienda. (7)

Negli ultimi anni, però, è stata presa in crescente considerazione la dimensione del benessere organizzativo, nella consapevolezza che il miglioramento della performance di un'organizzazione è strettamente collegato ad una più attenta gestione e motivazione delle risorse umane.

Offrire un controllo autoprogrammato al personale sanitario (cioè la possibilità di decidere le ore/giornate di lavoro) è un intervento fattibile ed evidenziato come soluzione, che permette di aumentare la soddisfazione dei dipendenti. (8, 9) Gli studi che si sono occupati di auto programmazione dei turni di lavoro del personale sanitario, concordano con i suoi benefici ed evidenziano (10):

- incremento della responsabilizzazione del personale (con aumento del controllo per bilanciare la propria vita personale e professionale);

INFERMIERI

- aumento della prevedibilità e della flessibilità nella programmazione del personale sanitario;
- miglioramento della comunicazione e dell'interazione nell'ambiente di lavoro stimolando la costruzione di comunità cooperative.

Inoltre, incoraggiare la partecipazione volontaria e attiva degli operatori sanitari alla programmazione delle giornate di lavoro o l'adozione di un programma variabile e flessibile del lavoro su turni, in sintonia con le esigenze individuali, può contribuire ad alleviare lo stress lavoro correlato, (11) migliorare la soddisfazione lavorativa ed aumentare le ore di lavoro effettuate. Più i dipendenti sono incerti sul loro orario di lavoro, maggiore è il rischio di assenteismo. (18)

Anche uno studio condotto in Europa, che ha valutato gli effetti del cambiamento forzato dei turni di lavoro precedentemente programmati rispetto alla capacità lavorativa e alla salute degli infermieri, ha evidenziato che (13):

- un cambiamento del programma di turni può aiutare a mantenere la capacità lavorativa e la salute se si verifica in linea con il desiderio degli infermieri;
- imporre un programma di turni contro le proprie preferenze (cambiamento forzato o rifiuto del cambiamento richiesto) può ulteriormente ridurre le già basse capacità lavorative e di salute.

Come affermato nel rapporto ISTISAN 10/21, è fondamentale offrire un approccio di riferimento e specifici strumenti operativi per un'efficace gestione del personale, mirato alla valorizzazione del capitale umano, al miglioramento delle condizioni di lavoro e della motivazione, nonché alla riduzione e prevenzione dei rischi organizzativi, quali lo stress lavoro correlato. (14)

In molte aziende sanitarie, però, si ricorre, per la programmazione dei turni, a strumenti basilari e manuali come fogli di calcolo o semplici fogli di carta, strategia che, però, non permette di variare con prontezza gli impegni pianificati, informare adeguatamente tutte le persone coinvolte, con il rischio di esporsi ad una non

copertura del servizio. Inoltre, non essendo concepiti per sopperire a compiti organizzativi, non permettono di tracciare le variazioni effettuate nel tempo e di gestire gli accessi secondo autorizzazioni per livelli di privacy. I software per la gestione degli orari di lavoro consentono di superare i limiti che ostacolano l'efficienza delle elaborazioni di base, dimostrandosi: flessibili, capaci di agevolare l'operatore nello sperimentare diverse combinazioni di turni, ricettivi alle variazioni a seconda delle esigenze, abilitati ad estrapolare informazioni e a rendere più sicuro, e tracciabile, il lavoro di chi si occupa della programmazione e della gestione.

Essendo le risorse umane uno degli asset di maggior rilievo negli enti sanitari, è fondamentale agire sulla pianificazione delle giornate di lavoro al fine di aumentare la soddisfazione del personale ed incidere considerevolmente sull'efficienza dell'assistenza erogata.

OBIETTIVO

Progettare, costruire ed implementare un'applicazione (app) per la programmazione e la gestione dei turni di lavoro, orientata all'auto programmazione, del personale sanitario.

MATERIALI E METODI

Per la realizzazione della app è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare formato da:

- ricercatori ingegneri e tecnici informatici appartenenti alla LINKS, Fondazione presente sul territorio torinese che si occupa sia di ricerca e formazione orientate all'innovazione e alla crescita socio-economica dalla logistica alla sicurezza del territorio sia di ricerca applicata nel campo delle Information and Communications Technology (ICT);
- una rappresentanza delle professioni sanitarie dell'area Ostetrica-Neonatale-Ginecologica dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino.

Nella fase iniziale il gruppo di professionisti sanitari del team ha fornito agli ingegneri/tecnici informatici indicazioni sui

INFERMIERI

vincoli di natura normativa, contrattuale e aziendale, da dover considerare per la progettazione della app. Ciò ha permesso di poter scegliere quale tipo di applicazione potesse essere più funzionale e progettare un software in grado di controllare l'auto programmazione, la gestione dei turni e risolvere le criticità emerse con l'utilizzo dell'applicazione "Fogli" di Google Drive® in uso nel reparto di TIN-U.

Dopo la fase di realizzazione il team multidisciplinare ha effettuato la validazione del software in laboratorio. Sono state poi progettate le fasi di implementazione e di sperimentazione, con l'obiettivo di effettuare il software testing e il deployment dello strumento al fine di:

- individuare eventuali errori di funzionamento e/o programmazione della app, da sottoporre a correzione;
- verificare l'accettabilità e l'utilizzabilità dell'app;
- valutare il livello di soddisfazione e gradimento del personale sanitario;
- verificare l'applicabilità dello strumento nella realtà operativa;
- valutare l'influenza della app sul grado di miglioramento del benessere lavorativo del personale sanitario e sul grado di miglioramento dell'accettazione del lavoro per turni.

Come unità operativa pilota per l'implementazione e la sperimentazione della app è stato scelto il reparto di Terapia Intensiva Neonatale Università (TIN-U) dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino in quanto è presente un numero elevato di professionisti sanitari che lavorano su turni, presentano conoscenze

sufficienti per un uso autonomo di smartphone, tablet, personal computer (pc) e applicazioni e, soprattutto, utilizzano già uno strumento elettronico e informatico di programmazione dei turni, l'applicazione per pc, smartphone e tablet "Fogli" di Google Drive®. Gli operatori sanitari inseriti nel campione dovranno utilizzare dispositivi dotati di un sistema operativo tra iOS®, Android® e Windows®, con versione aggiornata a quella più recente presente sul mercato. Sarà possibile utilizzare sia dispositivi personali che aziendali dotati di una connettività Internet. La numerosità del campione selezionato è pari a circa 37 operatori sanitari, di cui 33 collaboratori sanitari infermieri / inf. pediatrici (INFERMIERI), 4 operatori socio sanitari (OSS). Prima dell'inizio della sperimentazione, i partecipanti saranno invitati ad un incontro informativo (che sarà ripetuto in almeno tre edizioni per dare la possibilità a tutti di partecipare), in cui l'infermiere pediatrico e la coordinatrice infermieristica del reparto TIN-U, coinvolti nel team multidisciplinare, presenteranno gli obiettivi del progetto, le fasi di sviluppo e le principali funzionalità della app. L'adesione degli operatori alla fase di sperimentazione è stata interpretata come consenso alla partecipazione.

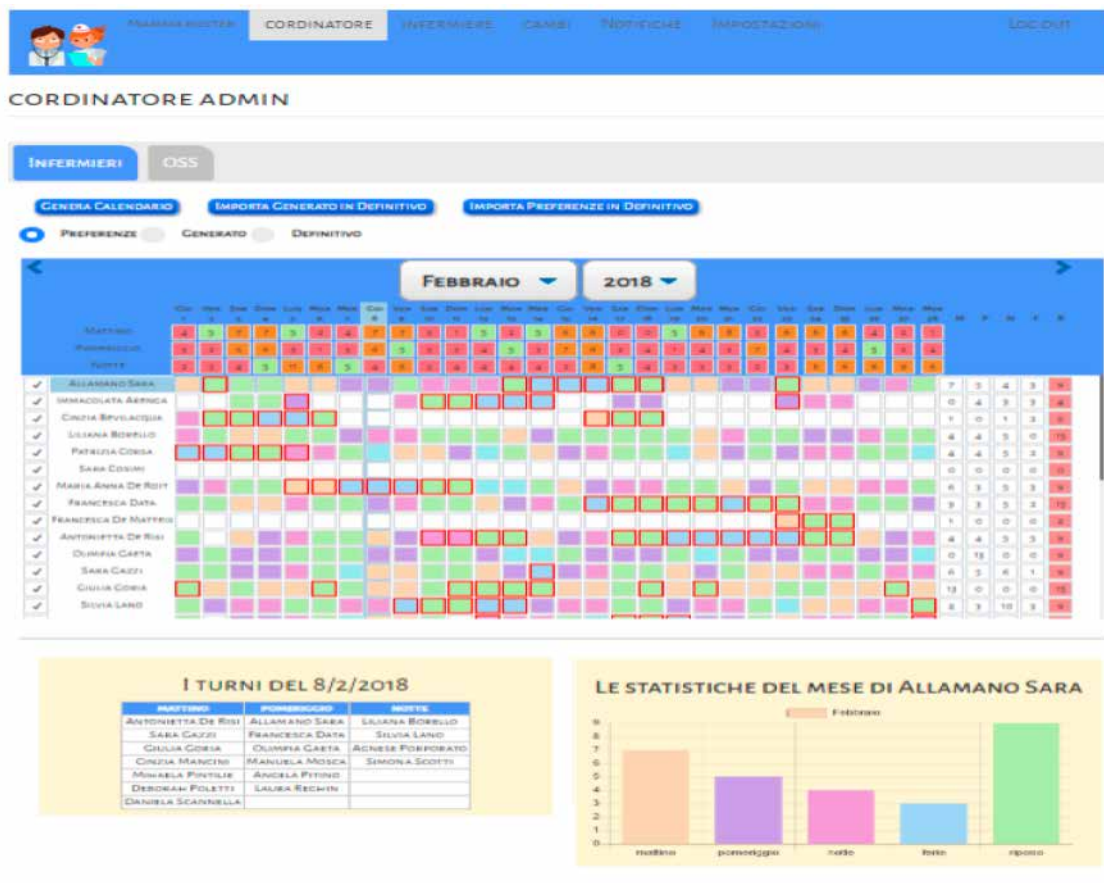
RISULTATI

Lo strumento progettato e sviluppato dagli ingegneri/tecnici informatici è un'applicazione web denominata "Mamma Roster" (MR). Si tratta di uno strumento informatico accessibile e fruibile attraverso Internet o attraverso Intranet (rete privata) utilizzando un browser web su qualsiasi dispositivo sia fisso che mobile e con qualsiasi sistema operativo. L'architettura di questo strumento è la cosiddetta client-server, il dispositivo da cui si accede al servizio è il client, quello su cui il servizio risiede è il server.

Ciascun utilizzatore della app, attraverso un sistema di identificazione tramite username e password, può avere uno o più ruoli, con diversi privilegi e funzionalità. I ruoli individuati in questa fase prototipale sono:

- INFERMIERI e OSS (successivamente utenti) possono creare esclusivamente il proprio turno desiderato e possono richiedere cambi turni rispettivamente ai propri colleghi;
- COORDINATORE INFERMIERISTICO (successivamente amministratore) può accedere alla griglia completa con i turni desiderati degli utenti, avviare la generazione automatica mensile del turno di lavoro (planning), gestire il turno di tutti gli utenti e inserire nuovi utenti.

Figura 1. Schermata amministratore app MR



Nella fase successiva alla sperimentazione sarà inserito anche il ruolo del DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE che potrà visualizzare i planning di tutti i reparti di cui è referente e abilitare i coordinatori dei reparti e dei dipartimenti a poter accedere come amministratori per il gruppo di operatori sanitari di cui sono responsabili.

Affinché il sistema funzioni, e sia ben accettato tra gli operatori sanitari, è stato necessario individuare e condividere delle regole. Con il termine “regole” si intendono tutti i vincoli (contrattuali, personali e di reparto) che guidano l’utente nell’immissione delle proprie preferenze. Le regole sono gestite dal server, sono salvate nel database e potranno essere impostate dal coordinatore tramite una pagina di impostazioni su ogni singolo utente. Tali regole verranno automaticamente applicate in fase di scelta delle preferenze da parte degli utenti, infatti, per le regole più restrittive saranno vincolati a scelte che non le violino, mentre per quelle meno restrittive riceveranno degli alert. Sono stati individuati tre gruppi principali di regole:

VINCOLI CONTRATTUALI

- orario di lavoro (ordinario e straordinario)
- ore/giornate di riposo (giornaliero e settimanale)
- permessi retribuiti
- maternità e periodo di allattamento
- giornate di malattia
- ferie

INFERMIERI

VINCOLI PERSONALI

- esigenze personali autorizzate dalla direzione aziendale
- esigenze personali certificate dal medico di medicina del lavoro

VINCOLI DI REPARTO

- numero di operatori presenti in servizio
- non più di 5 giornate lavorative per i full time e 4 giornate per i part time
- non più di 3 notti consecutive
- numero equo di weekend lavorativi
- numero equo di mattini, pomeriggi, notti
- pubblicazione dei turni del mese successivo entro il giorno 20 del mese in corso.

Gli utenti avranno la possibilità di inserire le proprie preferenze di giornate lavorative (mattino, pomeriggio, notte), riposi, ferie e permessi.

E' stato deciso di strutturare la richiesta delle preferenze stabilendo un grado di priorità per non rendere il sistema vincolante e, soprattutto, per non generare mal contento tra gli utenti. Le priorità, utilizzate anche in fase di generazione automatica, sono state così graduate:

1° LIVELLO: vincoli inflessibili (legati ai vincoli contrattuali e personali autorizzati dalla direzione)

2° LIVELLO: vincoli flessibili-restrittivi (preferenze "importante" richieste dagli operatori sanitari massimo 6 giornate al mese/operatore)

3° LIVELLO: vincoli flessibili-non restrittivi (preferenze "non importanti" richieste dagli operatori)

4° LIVELLO: giornate lavorative flessibile.

Inoltre, le azioni permesse sono regolate da tempistiche automatiche precise, in parte gestibili dall'amministratore:

Dal 25 del mese precedente al 5 del mese corrente

Gli utenti possono inserire le preferenze per il mese successivo. L'applicazione segnalerà (con alert) eventuale violazioni delle buone norme (ad esempio più di 5 persone nello stesso turno, sbilanciamento di mattini, pomeriggi e notti) mentre non permetterà l'inserimento di turni che violano vincoli legislativi (ad esempio il non rispetto delle 11 ore di riposo ogni 24 ore).

Dal 5 al 20 del mese corrente

L'amministratore dovrà gestire il planning del mese successivo. L'applicativo genererà un planning in automatico a partire dalle regole inserite e dalle esigenze espresse. L'amministratore, se necessario, potrà modificare la pianificazione generata in automatico nel rispetto delle regole imposte dal sistema. Alla fine della programmazione il planning potrà essere salvato e/o stampato.

Dall'1 del mese corrente

Gli utenti non potranno più modificare il calendario del mese precedente, per evitare che vengano inseriti modifiche nello storico.

INFERMIERI

Durante tutto il mese corrente

Possono essere richiesti cambi da parte degli utenti sempre nel rispetto delle regole (devono essere prima accettati dagli utenti coinvolti e poi essere approvati dall'amministratore) e possono essere apportate modifiche dall'amministratore per coprire assenze non programmate.

L' amministratore (coordinatore) grazie a questo strumento potrà generare in automatico il planning inviando semplicemente una richiesta al server che attraverso un complesso linguaggio di programmazione determinerà una soluzione. La prima iterazione prenderà in considerazione tutti i vincoli, se nessuna soluzione è stata trovata saranno tolti un po' di vincoli flessibili e si continua con la seconda iterazione e si va avanti finché non saranno stati eliminati tutti i vincoli flessibili. In particolare saranno tolte, inizialmente, a poco a poco le preferenze non restrittive, calcolando quali sono i giorni e le persone con le preferenze più sbilanciate e si toglieranno le preferenze solo di quei giorni e per quegli utenti.

Nella fase di simulazione in laboratorio sono stati importati (dal griglia di "Fogli" di Google Drive® alla app MR) i dati delle preferenze espresse dal personale sanitario del reparto TIN-U nei mesi di Dicembre 2017 e 2018 e nei mesi di Gennaio, Febbraio e Marzo 2018 e 2019. Successivamente, per i mesi considerati, è stato effettuato un confronto tra il turno generato dalla app MR e quello programmato manualmente dal coordinatore infermieristico. Il generatore del planning in meno di una decina di secondi (in media 4 secondi) riesce a trovare una soluzione, che riesce a rispettare mediamente l'89% delle preferenze, contro il 67% delle preferenze rispettate dal coordinatore in modo manuale. Va considerato che la percentuale, di preferenze rispettate, potrebbe essere più alta quando la app verrà utilizzata realmente, perché in questo confronto effettuato le preferenze inserite dagli operatori nel database "Fogli" di Google Drive® prevedeva un controllo minore rispetto a quello che viene fatto dalla app MR. Ciò vuol dire che il generatore automatico del planning ha dovuto non rispettare le preferenze in quanto alcune di esse violavano le regole e i vincoli stabiliti.

Quando lo strumento verrà utilizzato realmente, il controllo a priori sulle preferenze da immettere farà sì che le preferenze immesse saranno soddisfatte più facilmente nella loro quasi totalità.

Infatti, molte delle preferenze immesse manualmente non violano le regole direttamente, ma indirettamente, e questo è più difficile rilevarlo senza l'ausilio di un algoritmo specifico (ad esempio un equo numero di mattini, pomeriggi e notti). Con l'utilizzo della app MR il loro rilevamento darà la possibilità agli utenti di sapere che le preferenze che vogliono e possono inserire non violano le regole, direttamente o indirettamente, con la conseguenza che la probabilità che vengano accettate aumenti.

DISCUSSIONE

Il problema dell'organizzazione dei turni di lavoro ha delle ricadute estremamente importanti, non solo per il personale sanitario turnista, ma anche per chi si occupa di programmazione. In informatica creare un planning per i turni dei professionisti sanitari è un tipico problema decisionale che appartiene alla classe NP-hard, problemi che non hanno una soluzione deterministica e che sono, spesso, impossibili da risolvere in modo efficiente.

Proprio a causa della difficoltà di risoluzione è un problema che viene studiato dagli anni settanta. Un'indagine esplorativa condotta nel 2007 ha esaminato i modelli di pianificazione del personale che la ricerca ha prodotto e i modelli che le strutture sanitarie hanno effettivamente utilizzato, evidenziando l'esistenza di numerose soluzioni che spaziano da semplici algoritmi a complessi sistemi di intelligenza artificiale e di supporto alle decisioni. Ciò che non è chiaro è se e come, queste soluzioni vengono utilizzate nella pratica. Infatti, sono state valutate le differenze esistenti tra ricerca e applicazione pratica dei modelli di programmazione dei turni studiate a livello accademico e solo il 30% dei modelli di programmazione dei turni di lavoro

INFERMIERI

presenti in letteratura viene implementato e utilizzato all'interno di una struttura sanitaria mostrando, quindi, un profondo divario. (15)

La letteratura evidenzia che in ambito sanitario il modello dell'auto programmazione viene, in parte, utilizzato, ma in modo manuale. Infatti, il personale sanitario spesso programma su una griglia in bianco i turni desiderati che successivamente il coordinatore trasferisce su un foglio di calcolo elettronico, o altra applicazione, con elevato rischio di errore e scarsa flessibilità, sia nella fase di programmazione che di successiva gestione. (16)

Infatti, la programmazione poco flessibile dei turni di lavoro e la discrepanza esistente tra le esigenze richieste dal personale sanitario e il turno effettivamente svolto, è uno dei principali motivi che influenzano la decisione da parte del personale sanitario, soprattutto infermieristico, di cercare soluzioni lavorative solo diurne (ad esempio servizi ambulatoriali o day hospital) o, addirittura, di voler abbandonare la professione (17).

Chi si occupa di organizzazione e gestione dei turni di lavoro, dovrebbe considerare attentamente le preferenze dei lavoratori e cercare di trovare soluzioni appropriate per soddisfare, così, sia le esigenze di servizio che quelle dei dipendenti, al fine di sostenere le loro capacità lavorative e di salute, e prevenire, di conseguenza, un elevato turnover o l'abbandono della professione. (13)

E' necessario, però, che il singolo dipendente tenga sempre in considerazione, sia le proprie esigenze, sia quelle dell'unità operativa; quella che è stata definita "una duplice agenda" deve essere tenuta costantemente in primo piano. (18) Nello studio di Bailyn L at al. i bisogni dell'unità operativa sono stati ignorati dal personale infermieristico che ha considerato le proprie esigenze prioritarie e come un diritto, e non come parte di un accordo per migliorare sia le loro esigenze di vita personale sia l'attività dell'unità operativa coinvolta. Queste difficoltà hanno portato, alla fine, a sospendere l'implementazione dell'auto programmazione dei turni di lavoro. (10) Come suggerisce Miller, il personale sanitario deve partecipare a ciascun aspetto del cambiamento per autoregolarsi e per rendere il cambiamento efficace. E' indispensabile tenere presente che un processo di implementazione per la gestione dei turni non deve essere affrettato. Il processo è lungo e complesso, e possono svilupparsi, come già visto, reclami tra operatori, favoritismi e indisponibilità del personale. (19)

CONCLUSIONE

Il problema dell'organizzazione dei turni ha delle ricadute estremamente importanti, non solo per il personale turnista, ma anche per chi si occupa di programmazione. E' importante porre l'accento su come siano ormai lontani i tempi di una programmazione empirica dei turni di lavoro fatta utilizzando carta e penna, e successivamente trascritta con sistemi informatici di uso comune come Microsoft Excel®, con la necessità di allargare gli orizzonti utilizzando software che tengano conto degli aspetti normativi in materia di orario di lavoro e della flessibilità che ciascuna azienda concede ai singoli dipendenti. Pianificare e gestire i turni in modalità on line, oggi, potrebbe essere più facile che mai, grazie alla nuova generazione di software che stanno letteralmente cambiando il modo di organizzare il lavoro. Per questo è stata studiata una modalità di generazione automatica del turno di lavoro del personale sanitario come "Mamma Roster", con l'obiettivo di coniugare le esigenze inserite dal personale sanitario e quelle del sistema organizzativo con la possibilità di avere un turno sempre aggiornato consultabile in qualsiasi momento. Inoltre, non bisogna trascurare che il generatore del planning della app MR in meno di una decina di secondi (in media 4 secondi) trova una soluzione, che riesce a rispettare mediamente l'89% delle preferenze. Questo è un aspetto importante che permette di:

INFERMIERI

- utilizzare il tempo recuperato nella fase di programmazione in altre attività;
- aumentare nel gruppo il grado di soddisfazione;
- ridurre gli errori umani nella fase di pianificazione e gestione.

Da non sottovalutare che l'auto programmazione delle giornate di lavoro in ambito sanitario, attraverso sistemi informatizzati, migliora la comunicazione tra il personale coinvolto, perché tutti i membri del gruppo devono imparare a negoziare tra loro e sviluppare una maggiore comprensione dei bisogni reciproci, portando ad essere più propensi ai cambi di turno per soddisfare tali bisogni. Riuscire a gestire al meglio i propri impegni con le giornate di lavoro porta ad una diminuzione dei tassi di turnover e assenteismo ed una maggiore gratificazione dei dipendenti con importanti ricadute sia sul benessere psico-fisico dei professionisti sanitari che sulla qualità dell'assistenza. Quindi, è giusto promuovere e implementare nuovi software per l'auto programmazione e la gestione dei turni di lavoro.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Sun Q, Ji X, Zhou W, Liu J. Sleep problems in shift nurses: A brief review and recommendations at both individual and institutional levels. *J Nurs Manag.* 2019 Jan;27(1):10-18.
- 2) Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro. Rischi nuovi ed emergenti per la sicurezza e la salute sul lavoro. Outlook 2009; 1. Reperibile all'indirizzo http://www.bollettinoadapt.it/old/files/document/5640EU_OSHA_17_12_20.pdf (ultima consultazione Luglio 2020)
- 3) Balducci C, Fraccaroli F. Stress e rischi psicosociali nelle organizzazioni. Bologna: Il Mulino, 2011.
- 4) Simon M, Kümmerling A, Hasselhorn HM: Work-home conflict in the European Nursing Profession. *Int J Occup Environ Health* 2004, 10(4):384-391.
- 5) ISTAT-INAIL. Salute e sicurezza sul lavoro, rapporto annuale. Analisi dell'andamento infortunistico 2008. Bollettino Speciale 2009; 16. Reperibile all'indirizzo http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1398_allegato.pdf (ultima consultazione Luglio 2020)
- 6) Tabolli S, Ianni A, Renzi C et al. Soddisfazione lavorativa, burnout e stress del personale infermieristico: indagine in due ospedali di Roma. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro e Ergonomia.* 2006; 28 (1): 49-52.
- 7) Sesta indagine europea sulle condizioni di lavoro: 2015. Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro. Eurofound. Novembre 2015.
- 8) Hung R. A note on nurse self-scheduling. *Nursing Econom.* 2002; 20(1) 37-38.
- 9) Robb EA, Determan AC, Lampat LR, Scherbring MJ, Slifka RM, Smith NA. Self-scheduling: Satisfaction guaranteed. *Nursing Management.* 2003; 34(7) 16-18.
- 10) Bailyn L, Collins R, Song Y. Self-scheduling for hospital nurses: an attempt and its difficulties. *Journal of Nursing Management.* 2007, 15, 72-77.
- 11) Peters VP, de Rijk AE & Boumans NP. Nurses' satisfaction with shiftwork and association with work, home and health characteristics: a survey in the Netherlands. *Journal of Advanced Nursing.* 2009; 65, 2689-2700.
- 12) Elovainio M, van den Bos K, Linna A, Kivimäki M, Ala-Mursula L, Pentti J, Vahtera J.. Combined effects of uncertainty and organizational justice on employee health: testing the uncertainty management model of fairness judgments among Finnish public sector employees. *Soc Sci Med.* 2005, 61(12):2501-2512.
- 13) Galatsch M, Li J, Derycke H, Müller BH and Hasselhorn HM. Effects of requested, forced and denied shift schedule change on work ability and health of nurses in Europe - Results from the European NEXT-Study. *BMC Public Health.* 2013; 13: 1137.
- 14) Rapporto ISTISAN 10/21 - Corso. Gestione del personale, qualità della vita di lavoro e stress lavoro-correlato. (2010) A cura di Silvana Cacioli. Marzo 2019. Reperibile all'indirizzo <http://old.iss.it/publ/?lang=1&id=2415&tipo=5> (ultima consultazione Luglio 2020)
- 15) Kellogg D.L., Walczak S. Nurse Scheduling: From Academia to Implementation or Not? *Interfaces.* July-August 2007; Vol. 37, No. 4, , pp. 355-369.
- 16) Burke, E. K., P. De Causmaecker, G. V. Berghe, H. Van Landeghem. The state of the art of nurse rostering. *J. Scheduling.* 2004b; 7(6) 441-499.
- 17) Oginska H, Camerino D, Estry-Behar M, Pokorski J: Work schedules of nurses in Europe. In *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe.* Edited by Hasselhorn H-M, Tackenberg P, Müller BH. Stockholm: National Institute for Working Life and authors; 2003; 82-87.
- 18) Rapoport R., Bailyn L., Fletcher J.K. & Pruitt B.H. Beyond Work-Family Balance: Advancing Gender Equity and Workplace Performance. 2002; Jossey-Bass, San Francisco, CA.
- 19) Miller M.L. Implementing self-scheduling. *Journal of Nursing Administration.* 1984; 14 (3), 33-36.

CATERISMO TORACICO IN SICUREZZA MEDIANTE “PIG-TAIL” NEL NEONATO”

M.G. Romitti

Introduzione: Il catetere toracico “Pig-tail” è utilizzato in Terapia Intensiva Neonatale (TIN) per il drenaggio dello pneumotorace iperteso e del chilo torace. Nella nostra U.O.C. abbiamo approntato una procedura innovativa che prevede: A) l’inserimento del device non più solamente sulla base di punti di reperi anatomici, ma sotto guida ecografica B) abbattimento del rischio di dislocamento/fuoriuscita del catetere tramite l’introduzione di una metodica innovativa di fissaggio SAS (subcutaneously sutureless system) C) prevenzione delle occlusioni del sistema drenante, adottando un circuito a “doppio 3 vie”.

Obiettivi: rendere la procedura più sicura, precisa, efficace e meno traumatica. Evitare la dislocazione del catetere e l’eventuale riposizionamento possibile causa di gravi complicanze, dolore e stress al paziente. Evitare il rischio infettivo semplificando e rendendo più agevole la medicazione del punto d’inserzione. Prevenire ed evitare le ostruzioni rispettando l’asepsi di tutto il circuito. Avere un dispositivo che sia correttamente posizionato e funzionante per tutta la durata necessaria.

Metodi: mediante l’osservazione delle problematiche emerse nella gestione di questi pazienti, abbiamo cercato soluzioni alternative. La ricerca effettuata nelle banche dati non è stata di supporto; quindi abbiamo provato ad applicare metodiche, universalmente riconosciute valide ed efficaci per i cateteri venosi (eco guida, sistema SAS), anche a questo tipo di catetere.

Conclusioni:

l’innovativa procedura adottata nella nostra TIN si è rivelata molto valida. L’eco guida permette un posizionamento del Pig Tail mirato e preciso evitando possibili complicanze da “blind insertion” (emorragie, pnx iatrogeno, emotorace). La direzione dell’introduttore è di fatto sempre valutabile e controllata in eco durante la procedura. Il fissaggio del catetere con SAS (Securacath®) si è rivelato altamente confortevole, efficace e sicuro abbattendo di fatto il rischio di dislocamento/fuoriuscita del catetere. Il sistema di fissaggio SAS (Securacath®) è ben tollerato dal paziente, permette di avere il punto d’inserzione sempre visibile, accessibile e facilmente disinfettabile, prevenendo di fatto il rischio di contaminazione. Il circuito drenante con il sistema a doppio tre vie permette il costante monitoraggio della pervietà ed efficacia dell’aspirazione; consente di intervenire se necessario accedendo al circuito senza aprirlo, prevenendo/risolvendo in tal modo, eventuali ostruzioni ed il rischio infettivo.

Neonato portatore di catetere toracico “Pig-Tail” fissato con sistema SAS Securacath®



BIBLIOGRAFIA

- 1) Rodriguez C, Romitti MG, Pezzotti E et al “Subcutaneously anchored sutureless device for securement of Chest Tubes in neonates with pleural effusion: three case reports” Case report in Pediatrics 2020
- 2) De Witt E, Michalczyk M “Congenital Chylothorax: common and uncommon findings in an infant with chylous effusion” Neonatal network 2019 38(6) 357:64
- 3) Pittiruti M, Celentano D “Our experience with subcutaneously anchored sutureless device in pediatric patients” J Vasc Access 2016 21:255

IL DOLORE COME QUINTO PARAMETRO VITALE NEL NEONATO: LA PERCEZIONE DEGLI INFERMIERI

F. Curcio

L'incidenza di procedure dolorose e/o stressanti eseguite nei neonati che richiedono il ricovero in neonatologia è molto elevata, si registrano in media 7,5 - 17,3 procedure dolorose per neonato/giorno, atteso che il neonato pretermine è il più esposto [1]. Numerosi studi hanno riportato che il dolore ripetuto e prolungato in questa popolazione particolarmente vulnerabile ha conseguenze dannose sia a breve che a lungo termine, in quanto contribuiscono allo sviluppo alterato del sistema sensoriale del dolore, della funzione cognitiva e motoria, del comportamento e della personalità durante l'intero arco della vita [2]. Sulla base di queste conseguenze negative del dolore nei neonati, le linee guida internazionali e diverse società ed organizzazioni professionali dei paesi occidentali (American Academy of Pediatrics e Canadian Pediatric Society, 2006; Anand, 2001) affermano che gli operatori sanitari hanno la responsabilità della prevenzione, valutazione e gestione del dolore in tutti i neonati [3]. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) nel 2001 ha riconosciuto il dolore come quinto parametro vitale. Sebbene, ad oggi, sono riconosciute diverse scale validate, la valutazione del dolore nei neonati prematuri e a termine rimane particolarmente difficile in quanto non può essere confermato verbalmente da questa popolazione di pazienti. Pertanto, il ruolo degli infermieri è fondamentale nella valutazione del dolore in quanto si basa sulla loro capacità di riconoscere i segni del dolore, inclusi i cambiamenti comportamentali e fisici, e le espressioni facciali quando il neonato avverte dolore.

Lo scopo di questa revisione è quello di analizzare la letteratura esistente in merito alla percezione degli infermieri sul dolore neonatale, al fine di identificare i fattori che influenzano la valutazione e la gestione del dolore nelle TIN.

Sarà condotta una ricerca bibliografica consultando le principali banche dati di interesse infermieristico e sanitario (MEDLINE, COCHRANE e CINAHAL).

BIBLIOGRAFIA

- 1) Cruz MD, Fernandes AM, Oliveira CR. Epidemiology of pain-full procedures performed in neonates: A systematic review of observational studies. *Eur J Pain*. 2016;20:489---98.
- 2) Grunau RE. Neonatal pain in very preterm infants: Long-term effects on brain, neurodevelopment and pain reactivity. *Ram-bam Maimonides Med* 2013;4:e0025.5
- 3) Anand KJS, the International Evidence- Based Group for Neonatal Pain. Consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn. *Arc Pediatr Adolesc Med* 2001; 155: 173-80.

INFERMIERI

SORVEGLIANZA INFERMIERISTICA DEL NEONATO CON PATOLOGIA NEUROLOGICA

J. Ruggiero

Questo lavoro tratta della sorveglianza infermieristica del neonato con patologia neurologica, dove la Sorveglianza infermieristica viene definita come un processo attraverso il quale gli infermieri monitorano, valutano e agiscono sugli indicatori emergenti di un cambiamento nelle condizioni dei pazienti. I componenti di questo processo includono: l'osservazione e l'accertamento continui, il riconoscimento, l'interpretazione dei dati clinici e il processo di assunzione di decisioni. Il processo di Sorveglianza, enunciato in questi termini, racchiude, in sintesi, molti degli elementi che contraddistinguono la specificità della Professione Infermieristica.

Come riconoscere, dunque, il rischio neurologico in un neonato?

L'iter diagnostico va differenziato in relazione al tipo ed alla gravità dell'anomalia ed all'eventuale sintomatologia clinica. In linea generale, bisogna ricorrere a:

- Anamnesi finalizzata ad eventi pre e perinatali (asfissia, sofferenza fetale, emorragia, PROM), storia materna e familiare (terapia farmacologica materna, abuso di sostanze stupefacenti, disordini neurologici, TORCH).
- Esame obiettivo neurologico, con particolare attenzione a tratti dismorfici, ai riflessi neonatali e ai General Movements.
- Indagini diagnostiche strumentali come l'EEG ad ampiezza integrata (aEEG) o Cerebral Function Monitoring (CFM), la tecnica "spettroscopia nel vicino infrarosso (Near Infrared Spectroscopy, NIRS), associati alla esecuzione di un'ecografia cerebrale.

Nel corso dello sviluppo il neonato passa da una motilità spontanea caotica, caratterizzata da riflessi automatici, a una motilità più finalizzata, motivata e volontaria. Per il raggiungimento della motricità volontaria sarà quindi necessaria la scomparsa dei riflessi automatici arcaici (riflesso di Moro, grasp palmare, riflesso tonico asimmetrico, riflesso di marcia automatica). L'esame neurologico deve essere globale (motorio, sensitivo, relazione con l'ambiente) e per cogliere le normalità potrà essere necessario effettuare più osservazioni nel tempo.

I General Movements consistono in una serie di movimenti di ampiezza e velocità variabili che coinvolgono tutte le parti del corpo, ma senza una sequenza caratteristica; sono tra i primi movimenti che il feto sviluppa e si manifestano prima dei movimenti isolati degli arti. In genere, i neonati presentano General Movements definiti normali-subottimali, sufficientemente variabili e complessi, ma poco fluenti. Solo il 10%-20% dei neonati a 3 mesi presentano General Movements normali-ottimali, abbondantemente variabili, complessi e fluenti. I General Movements anormali sono caratterizzati da movimenti stereotipati, da un repertorio motorio limitato a movimenti crampiformi-sincroni. I neonati con una persistenza di General Movements anormali presentano un rischio elevato (70%-80%) di sviluppare una paralisi cerebrale. Studi recenti indicano che i neonati con General Movements anormali possono sviluppare altri problemi, come disordini neurologici minori, deficit attentivi, iperattività, comportamenti aggressivi o problemi cognitivi.

In caso di malattia neurologica, un'accurata valutazione dei segni e sintomi presentati permette di riconoscere la sede del danno e quindi indirizza gli accertamenti diagnostici.

Perché il CFM?

L'elettroencefalografia ad ampiezza integrata, permette di registrare l'attività elettrica cerebrale in continuo. L'aEEG è una semplificazione dell'elettroencefalografia tradizionale ma, a differenza di questa, ha il vantaggio di permettere un monitoraggio continuo, di essere di più semplice interpretazione e quindi di poter essere valutata dal personale medico-infermieristico della Neonatologia.

Perché la NIRS?

La NIRS è un sistema di monitoraggio non invasivo, che fornisce informazioni sullo stato di ossigenazione cerebrale e quindi dà informazioni indirette sul rifornimento di sangue (perfusione) al tessuto cerebrale.

INFERMIERI

IL BONDING E LA SUA IMPORTANZA NEI RAPPORTI MADRE-FIGLIO

A. Coppola

Il bonding neonatale è un legame per la vita, attraverso il quale la madre riesce a percepire, riconoscere e soddisfare le esigenze del piccolo prendendosi cura di lui. Si compone di diversi elementi che interagiscono tra loro, tra i più importanti troviamo il contatto pelle a pelle (skin to skin), l'allattamento precoce ed esclusivo al seno, il contatto visivo, il rooming-in.

Prendendo spunto da studi condotti in passato, abbiamo eseguito uno studio della valutazione del bonding nelle donne che hanno subito un parto spontaneo ed in quelle sottoposte a taglio cesareo, attraverso la somministrazione di un questionario di valutazione. Sebbene non si tratti di un questionario validato, le domande sono state scelte in base alle esigenze richieste dallo studio. Gli elementi che lo compongono si riferiscono principalmente al periodo relativo al ricovero, alla modalità di parto ed alla durata della degenza, ma fanno riferimento anche alla sfera emotiva e sensoriale relativa al rapporto madre-figlio creatosi in ambiente ospedaliero e rafforzatosi successivamente a casa.

Il campione di riferimento include 224 donne, di cui 180 sottoposte a parto spontaneo, 32 a parto cesareo d'elezione e 12 a parto cesareo d'urgenza, nel periodo compreso tra Settembre 2019 e Febbraio 2020.

Questo lavoro ha mostrato nel campione oggetto di studio, alcune evidenze dell'efficacia della pratica del bonding. In modo particolare la correlazione tra la pratica del bonding e l'assenza di variazioni glicemiche nei neonati nati da parto spontaneo rispetto a quelli nati da taglio cesareo, per i quali il bonding non viene eseguito. Non sono state riscontrate, con un intervallo di confidenza del 95%, differenze fra le due tipologie di parto, sia per quanto riguarda l'allattamento al seno sia per il fabbisogno nutrizionale di ciascun neonato.

KEYWORDS: bonding, parto spontaneo, parto cesareo, allattamento al seno, skin to skin, contatto, madre-figlio, roaming-in.

1. INTRODUZIONE

Il bonding neonatale è quel particolare legame fisico, ormonale, emozionale e relazionale tra madre e neonato che inizia nell'utero materno e si consolida alla nascita subito dopo il parto. Esso rappresenta un'importante pratica, che ha una significativa influenza sulla componente psicologica del neonato. Infatti, svolge un ruolo essenziale nel supportare le interazioni sociali neonatali precoci, che possono influenzare gli esiti neuro-comportamentali della tarda infanzia. Il bonding si compone di diversi elementi che interagiscono tra loro. Tra i più importanti troviamo il contatto pelle a pelle (skin to skin), l'allattamento precoce ed esclusivo al seno, il contatto visivo e il rooming-in. La pelle è l'organo più esteso del corpo ed il tatto è il primo senso che si sviluppa in utero. Si definisce contatto pelle a pelle il posizionamento di un neonato nudo, occasionalmente con un pannolino o un cappellino, sulla pelle nuda della madre, con la parte del corpo esposta coperta da coperte o asciugamani (UNICEF 2011). Questo momento unico sia per la madre che per il bambino offre vantaggi vitali per la salute ed il legame a breve e a lungo termine. Durante questo contatto con la madre, il neonato mette in atto una serie di comportamenti innati che prevedono il pianto, una breve fase di assopimento, il risveglio, l'apertura degli occhi e diverse fasi di attività caratterizzate dalla ricerca del seno materno. Durante questa fase, il neonato riconosce la madre attraverso l'odore, perché il colostro ha un odore simile al liquido amniotico, riconosce inoltre la voce della mamma e sentirla lo tranquillizza. A supporto di questo legame ci sono tre importanti esiti, evidenziati da Widstom et al. (2019):

- Sviluppo di un legame intimo e profondo di attaccamento madre-neonato.
- Miglioramento della transizione alla vita extrauterina, stabilizzando l'attività cardio-respiratoria, regolando la temperatura corporea, favorendo il mantenimento della glicemia nel range di normalità, modulando lo stato comportamentale e motorio.
- Promozione dell'allattamento al seno anche con l'incremento della produzione del latte materno.

Inoltre, Vittner et al. (2018) hanno evidenziato quelle che sono le risposte bio-comportamentali al bonding.

In particolare, si pone attenzione su ormoni che favoriscono benefici sia neonatali che materni. Il contatto ininterrotto con la

INFERMIERI

madre produce l'ossitocina che è importante

- per lo sviluppo cerebrale,
- per la risposta alle emozioni e allo stress legati al parto,
- per il legame indissolubile che si crea con la mamma (è l'ormone dell'amore, daltronde).

I benefici materni derivano, invece, oltre che dall'ossitocina importante per l'involuzione uterina e la prevenzione all'emorragia postpartum, anche dalla prolattina indispensabile per la produzione del latte materno. Infatti, un legame precoce garantisce successo e benefici dell'allattamento a lungo termine. All'esperienza positiva di contatto "skin to skin" in sala parto si aggiunge un'esperienza un po' meno positiva nelle donne che partoriscono mediante parto cesareo, generando ricordi negativi del parto. Nel corso degli anni, sono stati eseguiti numerosi studi (e.g. Zanardo et al, 2016; Chalmers et al 2010) di valutazione del bonding nelle donne che hanno subito un parto spontaneo (PS) ed in quelle sottoposte a taglio cesareo (TC). Sembrerebbe scontato considerare che praticare il bonding nel parto spontaneo sia più semplice piuttosto che nel parto cesareo (Volpe et al. 2016). Il parto cesareo si differenzia in parto cesareo d'elezione (TCE), in questo caso l'intervento è programmato per cui le donne sono pronte ad affrontarlo, e parto cesareo d'urgenza (TCU). Si ricorre a quest'ultimo caso qualora ci siano difficoltà materne o fetali e la donna in quanto impreparata all'intervento vive una condizione di stress maggiore. Questa situazione può suscitare in molte donne un senso di fallimento, provando inadeguatezza per non essere riuscite a mettere al mondo il proprio figlio in maniera naturale. Questo potrebbe influire negativamente sul futuro rapporto con il figlio e con il partner. Nonostante i presupposti, non è ancora completamente chiaro se ci siano realmente delle differenze nel rapporto madre-figlio nel parto spontaneo e in quello cesareo.

2. MATERIALI E METODI

Questo studio, di tipo prospettico-osservazionale, è stato condotto presso il reparto di maternità e neonatologia del Presidio Ospedaliero S. Leonardo, Asl Na 3 Sud, con sede a Castellammare di Stabia, che conta circa 1000 nascite all'anno con una forte prevalenza di parti spontanei rispetto a quelli cesarei, nel periodo compreso tra Settembre 2019 e Febbraio 2020. È stato preso in considerazione un gruppo di donne sottoposte a parto spontaneo o cesareo, e sulla base delle loro emozioni e sensazioni è stato

valutato l'effetto della modalità di parto sul futuro rapporto madre-figlio. Il gruppo di studio consiste in 224 puerpere, di cui 180, pari all'80,36%, hanno subito un parto spontaneo, 32, pari al 14,29%, taglio cesareo d'elezione e 12, pari al 5,35%, taglio cesareo d'urgenza. Comprende esclusivamente madri di neonati sani e a termine. Il campione presenta una età media di 31 anni con un range che va dai 16 ai 47 anni (Tab. 1 e Fig. 2).

Tabella 1 – Numero di Parti Spontanei e Cesarei per età materna.

\
Età Materna
al Parto

Numero
Parti

Parto Spontaneo
Numero (%)

Parto Cesareo

INFERMIERI

Numero (%)

16-19 5 5 (100%) 0 (0%)
 20-24 22 22 (100%) 0 (0%)
 25-29 35 31 (88,6%) 4 (11,4%)
 30-35 43 32 (74,4%) 11 (25,6%)
 36-39 49 44 (89,8%) 5 (10,2%)
 40-43 17 16 (94,1%) 1 (5,9%)
 44-47 9 6 (66,7%) 3 (33,3%)

Figura 1 – Distribuzione percentuale dei tre tipi di parto, spontaneo, cesareo d'elezione e cesareo urgente.

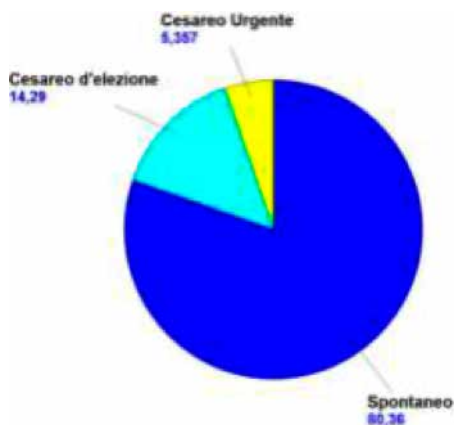
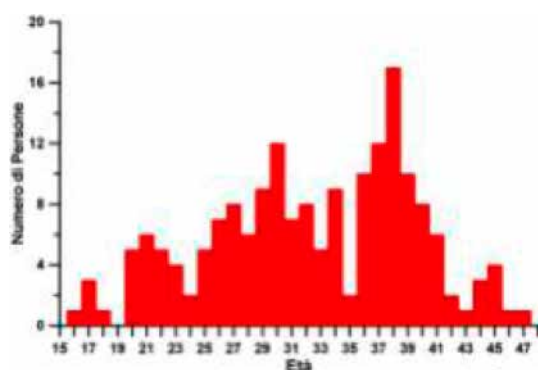


Figura 2 – Distribuzione dell'età delle donne costituenti il campione.



A ciascuna donna è stato somministrato un questionario di valutazione del bonding, il quale comprendeva domande relative allo stato di benessere del neonato ed alle sensazioni provate dalle puerpere in seguito al parto e durante il successivo rooming-in, con particolare riferimento all'allattamento al seno. Le donne che hanno partorito nel mese di Febbraio hanno terminato il questionario durante il periodo di degenza, per tutte le altre si è proceduto a somministrazione del questionario a mezzo telefono. I dati categorici sono stati analizzati statisticamente con il test χ^2 . Per quanto concerne la significatività statistica è stato scelto l'intervallo di confidenza pari al 95%.

3. RISULTATI E DISCUSSIONE

Il campione oggetto di studio è caratterizzato dall'enorme differenza del numero di parti spontanei rispetto a quelli cesarei, definendo il parto spontaneo la modalità privilegiata. L'analisi statistica mostra come l'insorgenza di variazioni glicemiche a favore dell'ipoglicemia sia maggiore nei neonati sani e a termine nati da TC, costituendone il 25,7% dei casi. Diversa e nettamente inferiore è la percentuale dei neonati nati da PS, le cui variazioni glicemiche costituiscono solo il 4,6 % dei casi. Per quanto riguarda la pratica dell'allattamento al seno, che come ben sappiamo costituisce quasi sempre l'obiettivo primario di ciascuna neomamma, abbiamo studiato come il bonding possa influire sulla sua realizzazione. Nelle donne sottoposte a PS, la possibilità di attaccare subito il bambino al seno e di soddisfare il suo fabbisogno nutrizionale è sicuramente maggiore rispetto alle donne sottoposte a TC, le quali sono vincolate dal fatto di trovarsi in un ambiente che non garantisce la realizzazione immediata del bonding. Il test 2 mostra che nell'intervallo di confidenza del 95% non c'è differenza tra il gruppo di persone che ha partorito in modalità cesareo o spontaneo. Però i dati rivelano che il 34,1 % dei TC ha mostrato una difficoltà nell'allattamento al seno, mentre la percentuale dei PS costituisce soltanto il 25,5% dei casi. Per rendere più robusta l'interpretazione è necessario lo studio di un campione molto più numeroso. Per quanto concerne, invece, il fabbisogno nutrizionale di ciascun neonato, il test 2 (sempre con intervallo di confidenza del 95%) non mostra differenza tra il gruppo di donne che hanno partorito in modalità cesareo o spontaneo. In particolare, i neonati che hanno richiesto il supplemento di latte artificiale è uguale al 25% nei nati da TC e al 31,7% nei nati da PS. Anche in questo caso, per rendere più robusta la dimostrazione occorrerebbe un campione più numeroso e la conoscenza di ulteriori parametri antropometrici quali la scolarizzazione e la classificazione della donna in nullipara o pluripara, dati che non sono risultati disponibili al momento dello studio.

4 CONCLUSIONI

Questo lavoro ha mostrato, almeno per il campione oggetto di tale studio, alcune evidenze dell'efficacia della pratica del bonding. In modo particolare la correlazione tra la pratica del bonding e l'assenza di variazioni glicemiche nei neonati nati da PS rispetto a quelli nati da TC, per i quali il bonding non viene eseguito. Non sono state riscontrate, con un intervallo di confidenza del 95%, differenze fra le due tipologie di parto, sia per quanto riguarda l'allattamento al seno sia per il fabbisogno nutrizionale di ciascun neonato. Infatti, entrambe le tipologie di parto hanno mostrato risultati pressoché sovrapponibili. In particolare, nel primo caso e quindi per quanto riguarda la difficoltà nell'attaccamento al seno abbiamo rilevato una difficoltà nel 34,1 % dei neonati nati da TC a fronte del 25,5 % dei neonati nati da PS. Nel secondo caso, quindi per quanto concerne il fabbisogno nutrizionale abbiamo riscontrato una richiesta di aggiunta al latte materno nel 25% dei nati da TC e nel 31,7% dei nati da PS. C'è da dire però che la bassa numerosità del campione di parti cesarei potrebbe aver condizionato il risultato. Per il futuro la disponibilità di un campione più numeroso potrà sicuramente fornirci uno spunto maggiore per sostenere la nostra ipotesi secondo la quale il bonding influisce in maniera positiva sul decorso clinico di ciascun neonato. Inoltre, è necessaria anche la raccolta di ulteriori dati antropometrici, come la scolarizzazione e il grado di parità delle donne studiate. Sarebbe anche opportuno realizzare una linea guida per la corretta esecuzione del bonding in sala parto, che preveda innanzitutto l'informazione da garantire a tutte le neomamme, presentando l'intera procedura e i benefici ad essa connessi. In sala operatoria, data ormai la frequente pratica dell'anestesia epidurale, che permette alla donna di poter rimanere vigile durante l'estrazione del proprio bambino, si potrebbe garantire un ambiente sicuro e tranquillo per permettere la realizzazione del bonding fin da subito. Anche se questo ovviamente richiede l'istruzione di un personale esperto e dedicato all'esecuzione di tale procedura.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Volpe F., L. Giliberti, G.Soldera, A. Giustardi, R. Maione, G. Straface, V. Zanardo (2016). Influenza del taglio cesareo su bonding ed emozioni materne. Rivista Italiana online "La Care", vol 4, no 1.
- 2) Vittner D., J. McGrath, J. Robinson, G. Lawhon, R.Cusson, L. Eisenfeld, S. Walsh, E. Young and Xiaomei (2018). Increase in Oxytocin From Skin-to-Skin Contact Enhances Development of Parent–Infant Relationship. Vol. 20 (1):54-62. doi: 10.1177/1099800417735633
- 3) Widstrom A. M., K.Brimdyr, K. Svensso, K. Cadwell, E. Nissen, Karolinska (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. Jul; 108(7): 1192-1204. ISSN 0803-5253. doi: 10.1111/apa.14754.
- 4) UNICEF (2011) How to Implement Baby Friendly Standards – A Guide for Maternity Settings.
- 5) Chalmers Beverley, Janusz Kaczorowski, Elizabeth Darling, Maureen Heaman, Deshayne B. Fell, Beverley O'Brien, and Lily Lee (2010). Cesarean and Vaginal Birth in Canadian Women: A Comparison of Experiences. Birth 37.1
- 6) Zanardo V., Soldera G., Volpe F., Giliberti L., Parotto M., Giustardi A., Straface G. (2016). Influence of elective and emergency cesarean delivery on mother emotions and bonding. Early Human Development, 99. <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2016.05.006>.

INFERMIERI

Nei neonati che necessitano di un ulteriore approfondimento del quadro neurologico si ricorre alla risonanza magnetica. La gestione di un neonato neurologico richiede l'esperienza di un TEAM MULTIDISCIPLINARE, costituito da:

- Neonatologo
- Infermiere pediatrico
- Logopedista
- Fisioterapista
- Neurologo
- Psicologo

Obiettivo dell'infermiere sarà quello di promuovere la stabilizzazione del sistema nervoso autonomo e motorio con: nido, cura posturale, riduzione al minimo di qualsiasi stress (minime manipolazioni e assistenza coccolata).

Il neonato neurologico presenta uno scarso controllo posturale. Egli spesso è obbligato a rimanere per lunghi periodi su di un piano rigido che gli provoca uno schiacciamento del capo e del torace. Si rende così necessario variare continuamente la postura tenendo presente la patologia che il piccolo ha in atto. Il nido, posizionato intorno al neonato, crea un confine all'interno del quale la postura è stabile e i movimenti appaiono più controllati ed eleganti. Si cerca di raggruppare gli interventi in modo da favorire il più possibile lo stato di sonno e di quiete di cui il neonato ha bisogno. La marsupioterapia è un metodo che consiste nel porre il bambino in posizione verticale a contatto pelle a pelle con il seno materno e consente al piccolo di imparare a conoscere sua madre dall'odore, dalla voce e dal contatto delle sue mani. Si è osservato nel bambino, durante la marsupioterapia, una maggiore tranquillità e stabilità dei parametri vitali.

L'Infant massage consiste in una stimolazione cutanea e generalmente questo compito è assegnato alla fisioterapista. Il ruolo dell'infermiere è solo quello di incoraggiare le mamme nell'approccio al proprio figlio e osservare le reazioni del neonato a questi nuovi stimoli. I disturbi neurologici possono causare difficoltà nell'alimentazione. I neonati neurologici possono presentare: suzione debole, riflessi di deglutizione e di vomito, mancanza di un idoneo livello di prontezza ed energia necessario per l'alimentazione, disfagia, soprattutto in neonati con paralisi cerebrale, malattie respiratorie che rendono più difficoltose la respirazione e la deglutizione, lento aumento di peso.

Non sempre è necessario interrompere l'allattamento al seno, in alcuni casi basta sostenere i movimenti del mento, di guance e mandibola per incrementare la suzione, oppure cambiare la posizione e l'attaccamento del bambino, posizioni diverse possono rivelarsi utili. Se l'allattamento è parziale, la mamma dovrà tirare il latte e usare dispositivi di alimentazione alternativi. Nei casi più estremi si ricorre all'alimentazione mediante sonda enterale. Per il neonato neurologico è previsto un ricovero prolungato nell'unità di terapia intensiva neonatale, questo provoca nei genitori una crisi esistenziale, con ripercussioni difficilmente prevedibili della relazione genitori-bambino. Nei reparti di cura neonatale tradizionalmente è sempre stato limitato il contatto tra genitori e bambini, nella convinzione che il contatto aumentasse il rischio di infezione. Alla fine del 1970 si è iniziato a parlare di Family Centered Care o Assistenza incentrata sulla famiglia e si è constatato che il contatto è benefico per entrambi. Il miglioramento dei protocolli della care per i bambini con rischio neurologico ha permesso negli ultimi anni la loro sopravvivenza. Le modalità, gli strumenti, le strategie e i supporti adottati sono frutto di esperienze, di letture, e di confronti con altre realtà.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Volpe J.J., Neurological examination: normal and abnormal features. In: Volpe J.J., Neurology of the Newborn, 4 ed., W.B. Saunders, Filadelfia, 2000, pp.103-133
- 2) HADDERS-ALERA M., General movements: a window for early identification of children at high risk for developmental disorders. J Pediatr 2004; 145: 512-5
- 3) Mirlashari J, Brown H, Fomani FK, de Salaberry J, Zadeh TK, Khoshkhou F, The Challenges of Implementing Family-Centered Care in NICU from the Perspectives of Physicians and Nurses., J Pediatr Nurs. 2020 Jan - Feb; 50: e 91-e98.

INFERMIERI

LE CURE PALLIATIVE NEONATALI IN LOMBARDIA: NECESSITÀ FORMATIVE DEGLI INFERMIERI DELLE TERAPIE INTENSIVE NEONATALI

S.G. Di Ubaldo

Background

Le Cure Palliative (CP) per neonati, bambini e giovani persone con condizioni vita limitanti sono una strategia di cura pro-attiva e olistica, che si avvia dal momento della diagnosi o riconoscimento della patologia, attraverso la vita dei bambini, la morte e tutto ciò che ne deriva successivamente. Esse abbracciano elementi fisici, emotivi, sociali e spirituali e si focalizzano sul perseguimento della miglior qualità di vita possibile e sul supporto per le famiglie. Esse includono la gestione dei sintomi di distress fisico e psicologico e a fornire cure nell'accompagnamento di fine vita e nella gestione del lutto. In Italia il Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" del 2019, mette in luce che nonostante la presenza di una legge che promuove la creazione e lo sviluppo delle CP, nello specifico le cure palliative pediatriche (CPP) e neonatali (CPN), non vi è stata una risposta efficiente che possa rispondere alle necessità degli oltre 30mila bambini arruolabili per un percorso di tipo palliativo. Inoltre nel nostro paese a causa di retaggio socio-culturale e una formazione carente circa tale argomento rimane di difficile comprensione e accettazione l'idea di malattia e morte del neonato/bambino e adolescente. Nel seguente elaborato abbiamo cercato di analizzare le necessità degli infermieri delle Terapie Intensive Neonatali (TIN) nell'erogazione delle CPN.

Obiettivi

L'obiettivo di questo lavoro sarebbe quello di fornire un'istantanea della situazione delle Terapie Intensive Neonatali (TIN) lombarde per quanto concerne la percezione dell'adeguatezza delle cure palliative neonatali erogate ai bambini e alle famiglie e del bisogno formativo che gli infermieri hanno in tale ambito, il tutto attraverso una revisione di letteratura degli ultimi 10 anni e la somministrazione di un questionario erogato attraverso una piattaforma online e compilato in forma anonima.

Materiali e metodi

Partendo da una revisione della letteratura sulle CPN che ha preso in analisi articoli degli ultimi 10 anni reperiti sulla banca dati di PubMed con le seguenti parole chiave NICU (neonatal intensive care unit), neonatal palliative care, end of life, nurse e educational needs combinate attraverso gli operatori booleani AND, OR, NOT. E' stato successivamente creato un questionario online tramite Survio di 30 domande e somministrato agli infermieri delle TIN Lombarde, 72 infermieri da diversi 5 centri hanno risposto al suddetto questionario: Pavia, Milano, Brescia, Como e Lecco.

Risultati

Risulta evidente dai 72 questionari compilati e analizzati che la necessità di erogare cure palliative in ambito neonatale sia una realtà contingente alla quale la categoria infermieristica non riesce a rispondere in modo adeguato a causa di scarse conoscenze, scarse attenzioni da parte dell'ente per lo stress che genera negli operatori la gestione di queste situazioni e la mancanza di linee guida e protocolli per l'arruolamento ai percorsi di CP e per la gestione dei percorsi di fine vita. Il 63,9% degli infermieri intervistati non si sente sufficientemente formato, il 34,7% dichiara di non avere alcuna formazione circa le CPN. Solo il 5,6% degli operatori si dichiarano soddisfatti delle Linee Guida (LG) e protocolli in uso nelle loro Unità Operative. Il 98,6% concorda sul fatto che beneficerebbero da una formazione specifica per le CPN.

Conclusione

Facendo leva sulla già esistente legislazione in materia di formazione per le professioni sanitarie nelle CPP riconosciamo la

INFERMIERI

necessità di introdurre percorsi formativi nelle lauree triennali per le lauree in Infermieristica e Infermieristica Pediatrica. Consci della costante necessità di aggiornamento che richiede la professione infermieristica poniamo attenzione anche ai percorsi di formazione post base nel quale possono essere introdotti corsi specifici per le CPP/CPN. Non sarà necessaria solo una corretta e completa formazione dell'equipe infermieristico bensì tale percorso dovrebbe riguardare tutto il gruppo di lavoro: ginecologo, ostetrico, neonatologo e altre figure che vi partecipano come gli psicologi, se presenti. L'utilizzo di strumenti standardizzati come protocolli e linee guida potrebbero sicuramente agevolare la comunicazione tra i professionisti e fornire una "guida" sui percorsi terapeutici da mettere in atto, come per esempio il "Percorso assistenziale: Cure Palliative Perinatali", redatto da un gruppo di lavoro dell'Azienda Ospedaliera di Padova. A seguito di questo lavoro di ricerca, si propone alla SIN INF nazionale di estendere la somministrazione del questionario su tutto il territorio delle TIN italiane, al fine di aumentarne la forza e la validità, per poter proseguire, in futuro, con l'implementazione della gestione del fine vita all'interno delle realtà delle TIN

BIBLIOGRAFIA

- 1) Alleva E, Benini F, De Santi A, Geraci A, Orzalesi M (Ed.). Cure palliative pediatriche in Italia: stato dell'arte e criticità. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2017. (Rapporti ISTISAN 17/6)
- 2) Haug S, Farooqi S, Wilson CG, Hopper A, Oei G, Carter B., 2018, "Survey on Neonatal End-of-Life Comfort Care Guidelines Across America", *Journal of Pain Symptoms Management*, vol 55(3); pag 979-984
- 3) Peng N-H, Chen C-H, Huang L-C, Liu H-L, Lee M-C, Sheng C-C., 2013, "The educational needs of neonatal nurses regarding neonatal palliative care", *Nurse Education Today*, dicembre vol 33(12); pag: 1506-1510.

PROTOCOLLO DI RICERCA PER LA PRESENZA DEI GENITORI DURANTE MANOVRE RIANIMATORIE IN TERAPIA INTENSIVA: L'ESPERIENZA DEI PROFESSIONISTI SANITARI DELL'A.O.U.

F. Di Pietro

INTRODUZIONE:

nonostante in letteratura siano stati effettuati studi a sostegno della presenza dei genitori durante le manovre rianimatorie dei figli, nella pratica clinica sono ancora poche le realtà, in Italia, che consentono tale approccio. Le cause, seppur diversificate ed eterogenee, hanno spesso come matrice comune l'opinione contraria dei professionisti sanitari.

SCOPO:

l'obiettivo dello studio è indagare il vissuto esperienziale dei professionisti sanitari durante le manovre rianimatorie in presenza dei familiari in Terapia Intensiva Neonatale e Rianimazione Pediatrica dell'A.O.U. Meyer.

MATERIALI E METODI:

tra Novembre 2019 e Gennaio 2020, è stato condotto uno studio qualitativo monocentrico cui hanno partecipato 44 operatori sanitari dei suddetti reparti: 30 infermieri e 14 medici. La prima fase dello studio ha previsto la compilazione di un questionario socio-demografico, allo scopo di stratificare il campione, analizzato poi con SPSS. Successivamente, è stata condotta un'intervista semi-strutturata, composta da 6 quesiti formulati dopo un'attenta revisione della letteratura, al fine di adattarli al setting di area critica pediatrica; le trascrizioni dei file audio sono state, poi, elaborate con Nvivo.

RISULTATI:

dall'analisi qualitativa delle interviste è stato possibile evidenziare 5 tematiche ricorrenti: benefici e criticità della presenza dei genitori, influenza sulla performance dei sanitari, modifiche della comunicazione e del comportamento, necessità di una figura di supporto per la famiglia, ripercussioni legali. Nel complesso, gli operatori sono equamente divisi tra l'opinione favorevole e quella contraria rispetto alla presenza dei genitori durante le manovre rianimatorie; tuttavia, gli infermieri si sono dichiarati maggiormente in accordo con tale approccio, rispetto ai medici. In molti, comunque concordano sulla possibilità che tale pratica possa influenzare negativamente la performance dei professionisti e la comunicazione del team rianimatorio, pur constatando i benefici che i genitori trarrebbero.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONE:

dallo studio risulta evidente che il dibattito alla base della possibile presenza della famiglia durante la rianimazione rimane tutt'oggi un argomento controverso, non solo per i genitori dei pazienti, ma anche tra gli operatori sanitari che lavorano in ambito pediatrico. Certamente, definire procedure scritte specifiche e prevedere la presenza di figure preposte alla presa in carico delle famiglie durante queste evenienze potrebbe servire a ridurre le incertezze degli operatori, incrementando contestualmente la percentuale di professionisti favorevoli, rassicurati da linee guida efficaci e minori rischi di inficiare l'esito della rianimazione.

BIBLIOGRAFIA

Board, R; Pedersen, J. T; Cologna, M

INFERMIERI

LA COMUNICAZIONE IN TIN: IL RUOLO DEL SETTING AMBIENTALE

N. Simeone

Introduzione

Il concetto di umanizzazione in Terapia Intensiva Neonatale (TIN) trova i suoi fondamenti nel processo evolutivo che da un modello di cura basato sulla malattia porta ad un modello multidimensionale che ha spostato l'attenzione dalla malattia all'individuo nella sua totalità, introducendo il concetto di "centralità del paziente". In questo nuovo contesto culturale il bambino viene inteso non solo come portatore di patologia ma come persona con esigenze fisiche, funzionali, psico-emotive e relazionali in cui lui stesso e i suoi genitori vivono e percepiscono l'esperienza della malattia. I nostri reparti diventano il luogo in cui avvengono due nascite, quella di un bambino malato e quella di una famiglia, entrambi in condizioni avverse. Vi è quindi la necessità di un modello di cura, basato sulla relazione con la famiglia (Family Centered Care), orientato al miglior sviluppo del bambino e associato a maggiore benessere psicologico nei genitori con riduzione dello stress parentale.

La comunicazione in TIN

Quando pensiamo alla relazione, in una nascita prematura o a rischio, dobbiamo pensare alla comunicazione intesa come "accoglienza del neonato e della sua famiglia", tenendo conto della dimensione biologica e personale del bambino e dei suoi genitori, ma anche della dimensione relazionale con l'ambiente e con le persone che ne fanno parte. È per questo motivo che dobbiamo pensare a 5 attori:

1. Il neonato che, anche se fortemente immaturo, è in grado di mettersi in relazione con l'ambiente che lo circonda. L'ambiente più idoneo con cui comunicare è quello genitoriale che gli permette di ridurre lo stress e di poter rivivere nell'ambiente "extrauterino" della TIN i suoni, gli odori, i sapori che ascoltava e sentiva all'interno dell'utero. È attraverso questa buona relazione che il bambino cresce e si sviluppa correttamente. La comunicazione tra genitore e neonato va quindi garantita H24 attraverso la relazione dei sensi (tatto, olfatto, udito, vista).
2. Il caregiver, prima l'operatore e poi il genitore, che deve poter riconoscere e interpretare i segnali comportamentali del bambino con cui comunica il suo disagio o il suo benessere. Riconoscendoli sarà in grado di rispondere e comunicare correttamente alle richieste del bambino per mettere in atto con lui un miglior dialogo e una migliore co-regolazione.
3. L'equipe multidisciplinare, nel percorso diagnostico e terapeutico della nascita pretermine, che deve garantire "spazi" da dedicare alla comunicazione per fornire ai genitori informazioni corrette sul percorso di cura e sui possibili esiti neonatali, e per educare il genitore nell'acquisire le competenze necessarie nel conoscere e prendersi cura del proprio bambino. Questo tipo di comunicazione/relazione favorisce migliori tassi di soddisfazione lavorativa.
4. La famiglia (nonni, zii, fratellini), componente fondamentale con cui i genitori si relazionano ogni giorno e con cui spesso si trovano a comunicare il disagio della nascita prematura. Famiglia che spesso si ritrova anche lei a vivere una condizione di stress.
5. Le figure a supporto dei genitori (associazioni di volontariato-peer to peer support) che diventano fondamentali nel comunicare con loro la vicinanza e la condivisione della nascita prematura e della malattia già vissuta in precedenza.

Il setting ambientale in relazione alla comunicazione

Un ambiente adeguato alla comunicazione, sia dal punto di vista strutturale che organizzativo, rende possibile e dà il giusto significato alla relazione che avviene tra, i 5 attori principali (operatore/bambino, genitore/bambino, operatore/genitore, operatore/operatore, genitore/familiare, genitore/peer to peer support) diventando parte del "processo terapeutico". Ecco perché, quando pensiamo alla costruzione/ristrutturazione di un nuovo reparto o alle azioni di miglioramento da attuare in un reparto già esistente, dobbiamo valutare le varie opzioni ambientali che garantiscono una corretta comunicazione.

INFERMIERI

Comunicazione tra operatore/bambino e genitore/bambino

All'inizio della degenza la migliore comunicazione avviene nelle Single Room ove è possibile accogliere genitori e bambino, curare al meglio l'ambiente seguendo le fasi di sviluppo del bambino (luci modulabili, suoni bassi, attività calma), rispettare la privacy del bambino e dei genitori, creare spazi idonei per il contatto pelle a pelle, l'allattamento materno (poltrone comode e reclinabili, mastosuttori vicino al posto letto) e la relazione tramite contatto con tocco dolce, voce (lettura/biblioteca, musica/mp3 dedicat) e contatto visivo. Vicino alla postazione del bambino è utile predisporre un diario su cui i genitori e gli operatori possano narrare quello che avviene con il bambino (medicina narrativa). In caso di degenza in stanze con più bambini, utilizzare divisori o paraventi per fornire la privacy ad ogni nucleo familiare. In una seconda fase in cui il bambino e i genitori si stanno avvicinando alla dimissione può essere gradita e favorita l'interazione della triade con altre famiglie, passando dalla Single Room ad un ambiente più condiviso.

Comunicazione tra operatore/genitore:

a. Dedicare una stanza ai colloqui (counseling pre-natali, supporto psicologico, colloqui durante e dopo la degenza). Se ciò non fosse possibile prediligere uno spazio in cui si possa chiudere la porta segnalando che c'è un colloquio in corso, per evitare il disturbo da parte di persone che entrano ed escono, predisponendo spazi a sedere per tutte le persone presenti (personale sanitario, genitori e familiari coinvolti) e fogli su cui poter scrivere ciò che viene detto dagli operatori, domande e riflessioni dei genitori. Per evitare di venire interrotti togliere la suoneria a cellulari o telefoni.

b. Coinvolgere i genitori all'interno della stanza di degenza per educarli alle varie attività assistenziali. Mantenere un'attività tranquilla e un ambiente adatto per attuare una comunicazione adeguata e nel rispetto del bambino. Possono essere previsti ambienti dedicati alla formazione dove utilizzare bambolotti per la simulazione delle varie attività assistenziali. Sia nel primo che nel secondo caso la comunicazione si avvale anche di materiale formativo/informativo (schede di educazione, video, libricini dedicati).

Comunicazione tra operatore/operatore

Per una corretta comunicazione tra i componenti dell'equipe multidisciplinare dedicare spazi adeguati, con livelli sonori e luminosi adattabili che ottimizzino la concentrazione e la comunicazione sia durante l'attività assistenziale sia durante i briefing e le riunioni di reparto oltre al benessere e il relax.

Comunicazione tra genitore/familiare

a. Individuare un'area soggiorno possibilmente con un arredamento simile all'ambiente casalingo che permetta ai genitori e ai fratellini di potersi rilassare allontanandosi dall'area del neonato e vivere le normali attività di vita quotidiana come ad es.: leggere, alimentarsi, ascoltare musica, controllare la posta elettronica, guardare la TV, giocare o fare i compiti.

b. Individuare una stanza da dedicare alla Family Transition Room, stanza riservata alle famiglie i cui neonati siano stati ricoverati a lungo, praticamente cresciuti in TIN. In questa stanza, attrezzata con angolo cucina, bagno, letto e divano letto, tutta la famiglia può permanere qualche giorno per fare le "prove di dimissione", rivolgendosi, in caso di bisogno, allo staff della TIN. Lo spazio all'interno della stanza deve essere sufficiente per permettere anche la visita di altre persone di riferimento per la famiglia (es. amici, mediatori culturali, figura religiosa ecc...) con cui il tono della comunicazione diventa vicino a quello della vita quotidiana.

Comunicazione tra genitore/peer to peer support

Predisporre una stanza in cui i genitori dei bambini ricoverati possono incontrare i genitori "senior", insieme ad un componente dell'equipe. L'ambiente fisico deve poter favorire un luogo in cui i genitori possono rilassarsi e permettersi di allontanarsi

INFERMIERI

dai propri bambini per comunicare e condividere le esperienze tra pari. Per rendere l'ambiente più rilassante predisporre bevande e qualcosa da mangiare.

Conclusioni

Il design della TIN assume quindi un impatto fondamentale sullo sviluppo del neonato e sulla relazione neonato-genitore-familiare contribuendo a favorire il benessere degli operatori, che a sua volta promuove un atteggiamento di maggiore ascolto e di empatia nei confronti del neonato e delle famiglie, con ricadute positive sull'efficacia della cura. In questo modo la comunicazione nella relazione stessa diventano il farmaco della cura e del trattamento standard, attraverso il rispetto di requisiti logistici in supporto alla cultura del luogo di assistenza e alle famiglie.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Als H. A synactive model of neonatal behavioral organization: framework for the assessment and support of the neurobehavioral development of the premature infant and his parents in the environment of the neonatal intensive care unit. *Phys Occup Ther Pediatr.* 1986;6:3-53.
- 2) M M Orzlesi, L Alte, Communication with parents in Neonatal Intensive Care.
- 3) European Standards of Care for Newborns Health, EFCNI 09/2019. First edition

IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI TRASMISSIBILI CON IL LATTE MATERNO DONATO. L'ESPERIENZA

K. P. Biermann

Cenni storici

La Banca del Latte Umano Donato (BLUD) all'Azienda ospedaliero universitaria Meyer è stata istituita nel 1971, è la prima in Italia e dal 2010 è capofila della Rete regionale toscana delle Banche del Latte Umano Donato (ReBLUD). Destinatari principali, ma non unici, del latte donato sono i bambini ospedalizzati di tutta la Toscana (e anche oltre) che non sono nutriti dalla propria madre e che, a causa di particolari condizioni cliniche, presentano una ridotta tolleranza per altri tipi di alimento. In caso di problemi persistenti è previsto che venga recapitato a domicilio anche dopo le loro dimissioni. Dall'istituzione ad oggi la Banca del latte Umano Donato del Meyer ha processato più di 80.000 litri di latte, donato da oltre 12.000 mamme, e fornito a oltre 16.500 bambini. Le banche del latte umano, correlate funzionalmente a reparti pediatrici, raccolgono trattano, conservano e distribuiscono, su indicazione medica, il latte delle donatrici. Operatività La donna che sceglie di donare una quota del proprio latte, accetta di sottoporsi a un semplice ma necessario controllo, simile a quello effettuato presso i centri emotrasfusionali per i donatori di sangue. Questa prassi ha lo scopo di evidenziare eventuali condizioni cliniche o comportamenti della nutrice che possano essere dannosi per i bambini che ricevono il latte donato.

La donazione potrà avvenire se:

nella storia clinica non sono presenti fattori o comportamenti a rischio; gli screening infettivologici effettuati per HIV, HBV, HCV, LUE sono negativi; non nuoce alla salute della donatrice e del proprio bambino.

L'attività della Banca è così articolata:

raccolta, trattamento, conservazione del latte delle madri dei bambini ricoverati presso l'ospedale, i quali, temporaneamente, non possono essere nutriti direttamente al seno; raccolta, controllo, trattamento, conservazione di latte umano donato al di fuori dall'ospedale; distribuzione gratuita ai pazienti critici per i quali venga fatta motivata richiesta medica.

La BLUD segue le raccomandazioni di associazioni scientifiche internazionali e le direttive della Unione Europea sull'igiene degli alimenti (HACCP) in modo da fornire un prodotto che possieda i maggiori requisiti di sicurezza e di integrità possibili delle componenti biologicamente attive. La qualità del prodotto è garantita dalla accurata esecuzione di procedure consolidate, relative allo screening delle donatrici, alle modalità di raccolta e conservazione del latte, ai controlli fisici e batteriologici, alla pastorizzazione, alla documentazione degli atti medico-amministrativi. Il latte donato (circa 2.000 litri all'anno) è destinato principalmente ai bambini ricoverati presso l'AOU Meyer (in media 300 pazienti all'anno). Una quota consistente (20-25% del totale) è richiesta da altre aziende sanitarie, da altri ospedali e da privati. Per donare il latte la donna deve contattare la banca della rete competente per area di residenza; il personale dedicato fornisce tutte le informazioni necessarie per la donazione e consigli utili per l'allattamento. La madre che decide di donare riceve gli strumenti necessari (biberon, tiralatte ecc.) e le istruzioni per estrarre e conservare il latte correttamente. La maggior parte delle banche effettua la raccolta programmata del latte a domicilio. Il latte umano donato, nonostante che i necessari trattamenti di conservazione e sanificazione attenuino le qualità biologiche tipiche del latte fresco, rispetto al latte artificiale, è più sicuro e offre evidenti vantaggi: è molto più tollerato, promuove lo sviluppo fisiologico e riduce il rischio di importanti malattie neonatali, come, ad esempio, l'enterocolite necrotizzante.

INFERMIERI

La Rete (ReBLUD) ha lo scopo di:

uniformare le procedure in uso nelle varie banche appartenenti alla rete garantire l'efficienza delle attività delle singole banche ottimizzare l'uso clinico del latte umano donato (destinato essenzialmente a pazienti critici ospedalizzati) assicurare su tutto il territorio la distribuzione di un prodotto standardizzato che presenta elevati livelli di sicurezza e qualità. Nel percorso che ha portato alla realizzazione della Rete regionale (ReBLUD), visto che esistono molte analogie tra la donazione del latte e quella del sangue, è stata indispensabile la collaborazione con il Sistema trasfusionale toscano che ha permesso di approfittare dall'esperienza fatta nell'integrazione funzionale delle strutture presenti sul territorio ottenuta mediante informatizzazione e un efficace coordinamento. La ReBLUD nasce all'interno di questo Sistema informatizzato e fruisce dei servizi dei Centri trasfusionali per lo screening infettivologico delle donatrici (esecuzione dei test sierologici e tipo NAT) mantenendo la sua autonomia organizzativa e gestionale.

Controllo delle infezioni trasmissibili

Il latte umano non è da considerare sterile, neanche quando è ancora all'interno della ghiandola mammaria. Inoltre esiste la possibilità che durante e/o dopo l'estrazione possa essere contaminato. Normalmente ospita un numero variabile di microrganismi, generalmente non patogeni, molti dei quali, giunti alla mammella con il "sistema enteromammario" o i dotti galattofori, contribuiscono alla costituzione della fisiologica e preziosa flora batterica intestinale (microbiota) del neonato. Tuttavia, anche quando vi si ritrovino microrganismi potenzialmente patogeni (più spesso risaliti attraverso i dotti galattofori), il latte materno fresco raramente è causa di infezioni, grazie a numerosi fattori umorali e cellulari con azione antibatterica ed antivirale in esso presenti. È interessante notare come proprio per la presenza di queste sostanze le contaminazioni dovute alla manipolazione del latte crudo dopo la sua raccolta, sono meno rischiose rispetto a quelle del latte pastorizzato (che possiede minori difese antimicrobiche) e ancor più del latte artificiale. Precauzioni nell'uso del latte materno fresco Infezioni neonatali legate all'ingestione del latte materno fresco sono state a volte associate a sintomi della madre dovuti a infezioni batteriche (es mastiti) o virali. Nel caso di somministrazione

di latte materno fresco, cioè non trattato, il monitoraggio della salute materna è particolarmente raccomandato nel caso di neonati pretermine di età gestazionale e peso molto bassi e/o con comorbidità, per la loro maggior suscettibilità alle infezioni rispetto ai lattanti sani. Colture del latte materno risultano indicate solo se, in caso di infezione gastrointestinale o di sepsi di un neonato, si sospetta che la fonte dell'infezione sia l'alimento fresco. Le donne che hanno contratto un'infezione da Citomegalovirus (CMV) prima della gravidanza, nella quasi totalità dei casi elimineranno CMV nel latte nelle prime settimane dopo il parto (con

cariche più elevate dalla 4a alla 8a settimana). L'infezione da CMV può essere trasmessa al neonato con il latte materno fresco. Le controindicazioni temporanee all'uso di latte fresco di madre sieropositiva per CMV sono: nati < 32 settimane (compite) di EG e/o neonati immunodeficienti (deficit cellule T).

Precauzioni nell'uso del latte materno donato. La contaminazione del latte umano da parte di microrganismo patogeni può avvenire durante le fasi di raccolta, trasporto, movimentazione e stoccaggio. La raccolta del latte materno eseguita nel rispetto delle norme igieniche è fondamentale per ottenere latte con bassa carica batterica; ciò ha un impatto sia sulla sicurezza dei neonati che sulla durata della conservazione. La raccolta del latte in Ospedale riduce significativamente il rischio di contaminazione rispetto alla raccolta domestica. Il latte estratto a domicilio e destinato a neonati critici ricoverati è necessariamente sottoposto al processo di pastorizzazione prima dell'uso.

Nel caso del latte "di banca", una buona anamnesi clinica delle donatrici è il primo passo da compiere per tutelare la salute dei bambini da un punto di vista infettivologico e tossicologico. Le Linee di indirizzo nazionale per l'organizzazione e la gestione delle banche del latte umano donato consigliano di effettuare accertamenti batteriologici alla prima donazione e successivamente quando la donatrice non sembra offrire garanzie igieniche appropriate o, comunque, periodicamente in modo randomizzato. La positività per HIV, HBV, HCV, l'uso di droghe, l'etilismo sono condizioni che controindicano in modo permanente l'impiego del latte materno. Per patologie come la sifilide e la tubercolosi è sufficiente escludere le donne con

INFERMIERI

infezione in atto.

I criteri per definire l'accettabilità del latte in seguito all'analisi batteriologica effettuata sono i seguenti:

- prima della pastorizzazione il latte viene scartato se contiene batteri vitali totali > 105 unità formanti colonie/ml (CFU/ml) o Coliformi > 104 CFU/ml o *Staphylococcus aureus* > 104 CFU/ml

- dopo la pastorizzazione il latte deve essere scartato in caso di qualsiasi tipo di crescita batterica.

È opportuno che l'estrazione avvenga in ambienti che offrono adeguate garanzie igieniche:

a) presso il reparto di degenza, vicino al letto/isolette del bambino, compatibilmente con la situazione operativa del reparto (ciò vale specialmente per l'area critica: Terapia Intensiva Neonatale – Rianimazione Pediatrica).

b) presso un locale appositamente dedicato adiacente alla Terapia Intensiva Neonatale (accessibile 24 ore su 24 soltanto per le mamme dei bambini ricoverati in area critica).

c) in un locale dedicato che si trova presso il Lactarium stesso.

La raccolta del latte può essere effettuata con varie modalità.

La pratica comporta un rischio di contaminazione, che risulta decrescente nel seguente ordine:

Raccolta del latte che fuoriesce a gocce (sconsigliata)

Estrazione con tiralatte manuale

Estrazione con spremitura manuale

Estrazione con tiralatte elettrico (in ospedale meno rischiosa che a domicilio).

In conclusione, il controllo delle infezioni trasmissibili con il latte materno donato costituisce ormai una prassi consolidata e ben regolamentata da Linee Guida evidence-based. La rigorosa applicazione delle azioni raccomandate garantiscono un uso sicuro del latte umano di banca, considerati i innumerevoli vantaggi che derivano proprio dal suo utilizzo.

BIBLIOGRAFIA

1) Azienda ospedaliero universitaria Meyer. Procedura Operativa Standard AZI094. Manuale per la corretta prassi igienica nella gestione del latte materno/umano ad uso proprio o donato. Modalità di gestione della banca del latte e piano di autocontrollo. 2019.

2) Profeti C, Belli FF, Magi L, Martini C, Matera M, Novelli S, Merusi I, Manfredi A, Domenici R, Tognetti S, Giampaoli B, Gasparre O, Pacini F, Avelardi N. La Rete regionale delle Banche del Latte Umano Donato (ReBLUD). Solidarietà e altruismo alimentano la vita dei bambini più vulnerabili. *We People* (2017) 4, 27-31.

3) Puglia M, Berti E, Bosi C, Ana Ingargiola A, Magi L, Martelli E, Pratesi S, Sigali E, Tomasini B, Gagliardi L, Rusconi F e il Gruppo TIN Toscane on-line. Uso del latte materno e del latte umano donato nei neonati gravi pretermine in Toscana: archivio terapie intensive neonatali (TIN) Toscana On-line. <https://www.epicentro.iss.it/ben/2017/luglio-agosto/1> (consultato il 10/06/2020)

4) Ministero della Salute. Comitato Nazionale Multisetoriale per l'allattamento materno. Linee di indirizzo nazionale per l'organizzazione e la gestione delle banche del latte umano donato nell'ambito della protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno. Conferenza Stato-Regioni Accordo 5 dicembre 2013, ai sensi dell'art. 4 del Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 GU n. 32, 8 febbraio 2014

5) Società Italiana di Neonatologia. Linee Guida per la costituzione ed organizzazione di una Banca del latte Umano Donato. Trento: 2007.

6) De Marchis A, Israel-Ballard K, Amundson Mansen K, Engmann C. Establishing an integrated human milk banking approach to strengthen newborn care. *J Perinatol.* (2017) 37, 469–474

RAPPORTO COSTO-EFFICACIA DELLE STRATEGIE PER PREVENIRE L'INFEZIONE DA SARS-COV-2 IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT.

E. Lollo

SARS-CoV-2 è un microorganismo facente parte della grande famiglia dei Coronavirus, un nuovo ceppo mai identificato nell'uomo, prima di essere isolato a Wuhan in Cina a fine Dicembre 2019. Dal 21 febbraio 2020 in Italia questo virus si è propagato velocemente, la situazione attuale è di circa 19mila decessi. Il contagio avviene attraverso il contatto stretto con una persona malata o asintomatica positiva. La via primaria sono le goccioline del respiro delle persone infette, tramite la saliva, tossendo e starnutando o contatti diretti personali tramite contatto ravvicinato. La maggior fonte di contagio sono gli individui positivi asintomatici, che sono stimati essere il 50-60% della popolazione. La prevenzione è la principale strategia per contenere la diffusione del virus, pertanto gli ospedali hanno dovuto affrontare una completa riorganizzazione per garantire la sicurezza ai lavoratori ed evitare il contagio tra i pazienti. Le terapie intensive sono i reparti più colpiti da questa pandemia, e le Terapie Intensive Neonati (TIN) sono ad alto rischio. E' noto infatti che i neonati prematuri sono una popolazione vulnerabile ad alto rischio infettivo logico dato il loro sistema immunitario immaturo e per le patologie polmonari. Infatti, è noto che la popolazione più a rischio è quella anziana e gli adulti con patologie croniche, ma il virus può diffondersi anche tra i bambini e i neonati. I prematuri sono una popolazione ad alto rischio infettivologico dato il loro immaturo sistema immunitario e per patologie polmonari. La gestione dei consumi ospedalieri è un problema sempre attuale, principalmente nelle unità sanitarie specializzate come le terapie intensive. Lo scopo del presente studio è di analizzare i costi sostenuti per evitare il propagarsi del virus in un centro di terzo livello (Padova) nella Regione del Veneto. Abbiamo analizzato retrospettivamente i dati relativi al periodo di pandemia (21 febbraio - 21 aprile 2020) confrontandolo con lo stesso periodo del 2019. Abbiamo analizzato i dati relativi alle caratteristiche dei pazienti ricoverati ed ai costi sostenuti dalla TIN nei due periodi. I dati sono stati raccolti elaborando i consumi dell'unità operativa. Durante i due periodi in oggetto, abbiamo ricoverato lo stesso numero di pazienti con analoghe caratteristiche. L'organizzazione della TIN nel pre e durante il periodo pandemico sono state descritte ed analizzate. Durante la pandemia, i dispositivi di protezione individuale (DPI) hanno avuto un impatto maggiore sul budget predefinito sia per quantità che per importo monetario, in particolare è aumentato il consumo di mascherine (103%), dei tamponi (350%), delle cuffie copricapo (100%), del gel disinfettante (75%) e dei camici monouso (47%). Nella nostra TIN, non si sono registrate infezioni secondarie tra i neonati, lo 0.6% (4 su 91) degli operatori e il 2% dei genitori è risultato positivo ai tamponi per SARS-CoV-2 e sono stati posti in isolamento. Non abbiamo avuto una diminuzione del numero di posti letto né una contrazione dell'attività lavorativa. In conclusione, durante il periodo epidemico abbiamo documentato un notevole aumento dell'utilizzo e costi dei DPI. Non abbiamo documentato infezioni da SARS-CoV-2 nei neonati ricoverati. Riteniamo che l'immediata attivazione della sorveglianza e l'individuazione precoce dei carriers asintomatici abbia prevenuto la diffusione del virus all'interno della TIN.

LETTERA DAL FRONTE DI UN'INFERMIERA DELLA NEONATOLOGIA

C. Amico

Lettera di un'infermiera.

“Sento sempre il solito suono, come un sottofondo alle tante voci che mi circondano. Riconosco quella di Sonia, calma e tranquilla, quella di Romina, giovane e squillante. Mi lascio cullare dalle dolci note di Andrea, che quasi sempre riesce a tranquillizzarmi e addirittura a farmi addormentare. Riconosco le mani di Erika, il loro tocco caldo e morbido, capisco subito invece quando arriva Luisa, perché le sue mani sono sempre fredde, ma le sue carezze dolci e piacevoli. Riconosco tutte le loro voci, tutte le loro mani, ma la Sua voce, le Sue mani, quelle non le riesco a trovare, non le riesco a percepire. Sembra quasi che quel viso e quei singhiozzi mischiati a vibranti risate siano solo stati un lontano, ma bellissimo sogno, durato forse una manciata di minuti. Ricordo che Lei mi ha chiamato, mentre mi stringeva forte una mano, come se non me la volesse più lasciare. Paolo! Io però allora, non avevo la forza di risponderle, ero troppo impegnato a far sì che i miei piccoli polmoncini lavorassero come quelli dei grandi. Mi stavo impegnando a sopravvivere, per Lei. Sono passati giorni, così tanti che ormai non riuscivo più quasi a contarli. Incontravo sempre tante persone nuove che si prendevano cura di me, conoscevo tutti i loro nomi. Non mi lasciavano mai solo: mi coccolavano, mi aiutavano a mangiare, a pulirmi e vestirmi. Mi davano medicine a volte non tanto buone e io a dir la verità facevo di tutto per sputarne un po' sulla bavaglia mentre la zia si girava, ma erano davvero sempre troppo attente!

All'inizio usavano guanti di plastica per toccarmi, come se avessi potuto fargli del male! Poi dopo qualche tempo li hanno tolti, insieme a brutti camici e a grossi occhiali. Forse avevano finalmente capito che io non gli avrei mai fatto nulla di brutto. Un giorno infine avvenne una cosa meravigliosa, la più bella che mi sia mai capitata in quel misterioso posto pieno di vestiti bianchi e grosse teche trasparenti: riconobbi la sua voce e poi le sue mani, il loro tocco pieno d'amore. Questa volta però volevo urlarle quanto ero contento di rivederla, quanto avevo desiderato quel momento! Lei mi accarezzava e mi cullava tenendomi stretto sul suo petto, così vicino al suo cuore che lo sentivo esplodere “pupumpupum”. Mi disse di essere la mia mamma, ma già quello lo sapevo. Mi raccontò del perché non era venuta prima da me. Parlò di un mostro senza forma che portava via le persone, senza lasciare il tempo di salutarle per l'ultima volta. Aveva rapito anche il nonno pochi giorni prima che io nascessi e per nulla al mondo lei avrebbe permesso che questo accadesse anche a me. Le sue lacrime ogni tanto cadevano sul mio visino, ma a me non importava. Ora sapevo che la mia mamma in realtà non mi aveva abbandonato. La mia mamma voleva solo proteggermi. Mi misi a piangere insieme a lei, piano, senza disturbare le zie che in silenzio ci osservavano. Chissà se anche a loro il mostro aveva portato via un nonno, una mamma, un fratello. Le guardai mentre mi addormentavo abbracciato alla mia mamma e poco prima di chiudere gli occhi le ringraziai con tutto il cuore“. Oggi, mi trovo a casa a riflettere, dopo un turno di lavoro finalmente definibile “normale” o quanto meno conforme ai turni di lavoro pre-pandemia. È proprio di questo che oggi desidero parlarvi, della nostra storia vissuta con le mie colleghe, della mia storia vissuta in prima persona, di una di quelle storie che lasciano il segno e non di una trama fittizia di un film, per quanto a tratti possa sembrarlo, data la surrealtà della vicenda. Era il 23 febbraio, una domenica pomeriggio in cui stavo svolgendo il mio turno di lavoro pomeridiano. Da qualche giorno circolava la notizia di alcuni soggetti affetti da Covid-19 nel pavese e nel lodigiano, ascoltando la notizia al telegiornale rimasi impietrita ma non quanto quel pomeriggio, quando circa alle 15.00 il medico di guardia disse: “ragazze, Alzano chiude il pronto soccorso, c'è un paziente positivo”. All'improvviso mi assalì un'esplosione di stati d'animo, paura, ansia e intorno a me solo sguardi smarriti. La mia testa fu attraversata da un turbine di pensieri. Il primo minuto, riuscii a dire ai miei colleghi che dovevamo mantenere la calma, ma dentro di me sentivo un vuoto e un senso di inadeguatezza a quanto stava per accadere. Quello che sembrava un nemico ancora molto lontano era venuto a bussare alla nostra porta. Presto pensai ad un modo per fronteggiare, per quanto possibile, l'ingresso dei genitori. Condivisi il “piano” con una mia collega.

INFERMIERI

Decidemmo di disinfettare tutte le sedie e le postazioni dei pazienti ogni qual volta qualcuno le toccasse o semplicemente le sfiorasse. Disinfettammo tutto e incessantemente. (CONFUSIONE).

Bastarono due ore perché la notizia facesse il giro del web. Presto i genitori arrivarono preoccupati in ospedale. Ci chiedevano informazioni, ci riempivano di domande a cui noi purtroppo non sapevamo dare risposte ma solo parole di conforto. Poco dopo i genitori andarono via, corsero a fare la spesa e si chiusero in casa. Sembrava davvero tutto così surreale, al di fuori di ogni controllo esercitato dalla ragione, una situazione che pareva davvero superare la dimensione della realtà sensibile. Quella domenica pomeriggio sembrò infinita, avevamo paura di non potere tornare a casa dai nostri cari. (ANGOSCIA). In pochi giorni la situazione prese una piega inaspettata. Divenne necessario attuare delle misure restrittive. Si decise che i nonni non potessero più far visita ai nipotini in reparto, successivamente l'accesso venne consentito a uno solo dei due genitori, infine furono chiusi completamente gli accessi in reparto. Non fu per nulla semplice, anzi, fu faticoso attuare tali misure. Questo chiaramente perché la patologia neonatale è quel posto in cui medici e infermieri lavorano non solo con i neonati prematuri e con neonati affetti da patologie gravi, ma anche con i genitori. Per noi è fondamentale pensare ai nostri piccoli pazienti come una Triade: mamma, papà e bambino. Dal momento in cui i bambini arrivano nel nostro reparto è nostra responsabilità informare i genitori di tutto quello che succede, passo dopo passo, ma soprattutto cerchiamo di rendere i genitori partecipi e attivi sull'assistenza del proprio bambino. Molte mamme di bambini prematuri si sentono impotenti e "poco" mamme perché si ritengono responsabili di quanto accaduto o perché non possono fare stare bene il loro bambino. Un infermiere della patologia neonatale non è solo un infermiere di terapia intensiva che riesce a destreggiarsi tra pazienti intubati, ventilazioni invasive e terapie farmacologiche ma anche un infermiere che sa ascoltare le paure dei genitori. Saper ascoltare nel nostro lavoro è fondamentale, l'atto di ascoltare è sinonimo di sensibilità, è capacità di prestare attenzione a quanto gli altri hanno da dirci. Dare loro retta e cercare di comprenderli, mettersi nei loro panni, per quanto possibile, spesso, è più importante e significativo di qualsiasi parola pronunciabile; accogliere le preoccupazioni, le ansie, le paure dei genitori è importante per capire il giusto approccio per ognuno di loro. Spesso l'ascolto è accompagnato da un rispettoso silenzio da parte di noi infermieri, perché ci sono momenti, in terapia intensiva neonatale, dove il silenzio e la sola nostra presenza fisica sono il miglior modo per farci sentire vicini. Bene, adesso provate ad immaginare come all'improvviso, con lo scoppio della pandemia, tutto questo sia diventato difficile. Tutto quello appena raccontato: l'ascolto, il silenzio, la vicinanza, gli sguardi con i genitori, non potevano più concretizzarsi fisicamente. Abbiamo dovuto riprogettare questi preziosi momenti di scambio e vicinanza tra genitori e infermieri e adattarli alla situazione del momento. I genitori purtroppo non potevano più stare al fianco dei loro bambini, non potevano vederli da vicino e abbracciarli. La preoccupazione dei genitori cresceva, così pensammo di rendere possibile i momenti di incontro "genitore-figlio" virtualmente. Attraverso la mail aziendale mandavamo quotidianamente ai genitori le foto dei loro figli. Al mattino era il medico a chiamare i genitori, dando loro tutte le notizie da un punto di vista clinico, aggiornandoli su esami ematici, rx di controllo, e tipo di ventilazione. Al pomeriggio eravamo noi infermieri a chiamare raccontando loro come era stata la giornata per i loro neonati, dando informazioni di ogni tipo, dal peso del giorno al vestitino indossato, dal prelievo alla carezza data. I giorni passavano, e questa nuova routine ci faceva sentire sempre più vicini ai neonati e alle loro famiglie. ... ogni giorno i ricordi di quel periodo riaffioranoc'era un piccolo paziente, Luca, il più vecchiotto come data anagrafica, nato a gennaio in un altro ospedale e per delle complicità venuto da noi i primi di marzo, proprio nel periodo in cui avevamo iniziato a vietare l'accesso ai genitori. Luca cresceva nella sua incubatrice lontano dagli sguardi, dalle carezze e dalla voce della sua dolce mamma. E poi la mamma Patrizia, che dopo più di un mese e mezzo, il 22 aprile, rincontrava il suo bimbo e lo prendeva tra le sue braccia. Fu un momento fatto di sguardi e di lacrime agli occhi, fu per quella mamma come averlo visto di nuovo per la prima volta. E anche Mattia, nato da mamma Covid positiva, la quale stava peggiorando da un punto di vista respiratorio. Non si poteva non avere stima per quella donna che in quelle condizioni di salute precarie, e con ossigeno terapia, aveva dato alla luce il proprio bambino, per la quale traspariva ammirazione durante le nostre consegne...

I nostri piccoli ogni giorno manifestavano sintomi diversi, chi migliorava, chi peggiorava e ad ogni loro variazione ci sentivamo disorientati, poiché tutto o niente poteva essere colpa di questo virus a cui nessuno sapeva trovare una cura. Cercavamo di

INFERMIERI

trattarli al meglio delle nostre possibilità e conoscenze mediche e infermieristiche con la consapevolezza che forse questo non sarebbe bastato, che forse quel virus non l'avremmo mai sconfitto. (PAURA).

E poi c'eravamo sempre noi, l'equipe medico-infermieristica della patologia neonatale, spaventate, impaurite, confuse con sensazioni altalenanti quali paura, angoscia, dolore, gioia che dovevamo in qualche modo mascherare in quanto professioniste... noi che siamo state catapultate in una nuova realtà dove non vi era più nulla di certo. Pazienti positivi, pazienti negativi, colleghi, procedure, protocolli, riorganizzazione, ogni giorno in continuo cambiamento, comunicazioni continue. Il nuovo assetto che stava prendendo l'ospedale, la riorganizzazione del nostro e degli altri reparti, i briefing giornalieri ogni volta che si arrivava in turno, le mascherine, la tecnica di vestizione e di svestizione per proteggersi, i corsi di aggiornamento per seguire anche i pazienti adulti...quante cose....e poi le nostre colleghe chiamate a lavorare in altri reparti dove c'era più bisogno, nei loro occhi non passava inosservata l'angoscia e la paura della morte e a noi non restava che far trasparire nei nostri, speranza così da esprimergli tutta la nostra vicinanza, perché sì, le avremmo pensate tutti i giorni. Vedere arrivare i militari, entrare e percorrere i corridoi vuoti del nostro ospedale, senza parenti, senza visitatori, senza volontari ci rendeva increduli, ci trasportava in una realtà lontana come quella

della guerra e bastava incontrare lo sguardo di un collega che lavorava nei reparti e nelle terapie intensive degli adulti per percepire l'odore della sofferenza, della separazione, della morte. Il nostro primo paziente è arrivato il 2 marzo era a casa da pochi giorni, che paura all'inizio non si sapeva nulla di come avrebbe reagito, dei problemi che avrebbe avuto... I primi giorni rimanevamo in un box da sole in completo isolamento, il tempo in quelle piccole stanze a pressione negativa sembrava rallentare, rimanevi tu con i tuoi pensieri, le tue paure e le tue preoccupazioni che sentivi rimbombare e ingigantirsi in quel piccolo spazio. C'era un silenzio assordante. Da dietro il vetro vedevi la vita del reparto scorrere normale, le voci arrivavano attutite, cercavi di capire dalle facce dei colleghi cosa stava succedendo, se qualche bimbo stava male o se invece era tutto tranquillo, come un film muto... "per un attimo mi illudevo che bastasse riattivare l'audio per tornare alla vita di sempre e che uscita dalla stanza l'incubo finisse". Ogni cosa dava fastidio, la mascherina, il camice e tanta paura di fare qualche movimento sbagliato tale da poter trasmettere o portare a casa questo virus sconosciuto. I piccoli pazienti contagiati dopo i primi giorni sono aumentati e i nostri 2 Box non sono stati sufficienti... per cui è stata aperta una stanza di Sub intensiva con 8 posti letto adibita a corte Covid. Per noi è stato come tirare un respiro di sollievo, perché ci permetteva di poter entrare in due infermieri. Avevamo così, una spalla non solo capace, ma anche in grado di sdrammatizzare e distrarti dal disagio di un lavoro non semplice con i DPI, e perché no, riuscire ancora a ridere insieme. Dentro la nostra sub intensiva, le distanze potevamo addirittura azzerarle e persino stare vicini, toccarci e abbracciarci, un sogno ai tempi. Finalmente non eravamo più sole... e anche le testimonianze fuori dell'ospedale ci aiutavano ad andare avanti, infatti all'entrata del parcheggio comparivano striscioni con frasi che ci facevano sentire fiere, stimate. Anche i genitori ci sostenevano come potevano, le parole di una mamma di due gemelle premature, giunteci attraverso una lettera pubblicata poi nel giornale locale, ci hanno confermato che i nostri sforzi non erano vani: << non vedo le mie figlie ormai da più di un mese, non le posso toccare, non posso fare la marsupio terapia, non posso dare loro il biberon... è faticoso per una madre accettare la lontananza, ma credetemi quando vi dico che i medici e le infermiere di questo reparto hanno avuto e hanno tuttora la capacità di gestire questa situazione con una sensibilità rara, con piccole accortezze come telefonate quotidiane e fotografie delle nostre bambine, accortezze che per noi hanno fatto la differenza. Giusto ora mentre vi scrivo ho ricevuto una mail con un'immagine delle mie piccole e mi scende una lacrima di gioia nel vederle. Per questo volevo ringraziarli, perché infondono sempre fiducia e serenità, mentre fuori dilaga una pandemia mondiale>>. Tutto questo, la nostra equipe, i colleghi degli altri reparti, la gente comune, i genitori, ci trasmetteva una sensazione di unione che chiunque faccia parte di una vera squadra conosce bene, che nella sconfitta o nella vittoria, nel bene o nel male si è tutti insieme. (CONDIVISIONE).

Io oggi, vorrei che restasse solo il ricordo... il ricordo di turni interminabili sotto i camici e le visiere, con la mascherina FFP2 e i guanti come fossero la nostra seconda pelle, scrivendovi questa lettera dal fronte di un'infermiera della neonatologia. Cara Bergamo, sei vuota e silenziosa, spaventata ed incredula di fronte a questo Male. Immersa nel dolore e bagnata dalle lacrime per chi non c'è più, triste per non poter abbracciare la tua gente, muta guardi le tue strade ormai deserte, animate soltanto

INFERMIERI

dal suono delle ambulanze. Nei quotidiani in prima pagina c'è sempre il tuo ospedale, la tua grande battaglia si sta svolgendo proprio tra quelle corsie, le stesse che qualche anno fa mi hanno accolta. Ci chiamano "eroi", eppure siamo le stesse persone che qualche mese fa erano nel mirino di critiche e accuse. Stiamo continuando a fare il nostro lavoro, ieri come oggi e come continueremo a farlo domani. Non siamo eroi, ma siamo esseri umani, esattamente con le stesse paure e gli stessi timori. I miei colleghi sono ormai la mia famiglia: c'è chi mi chiede se ho bisogno di qualcosa, c'è chi riesce a strapparmi un sorriso nei momenti di pausa e chi comprende il mio stato d'animo solo guardandomi negli occhi. Sai, solo quelli si vedono dallo schermo facciale; siamo bardati dalla testa ai piedi e facciamo fatica a riconoscerci a volte. Il tempo sembra fermarsi lì dentro, ma non il Male che ti ha reso così taciturna. Come un uragano ha invaso le nostre case, portandosi via le persone care, e senza alcuna esitazione ha interrotto bruscamente l'abbraccio di una famiglia appena nata. Così ci troviamo tutti i giorni e più volte nell'arco della giornata, a telefonare quella mamma e quel papà lontani dal loro piccolo appena nato, ricoverato nel nostro reparto. Il telefono squilla e risponde la mamma del piccolo Roberto. Mentre la aggiornerò delle condizioni del piccolo, mi sembra di sentire ogni suo singolo sospiro e di vedere il suo sorriso quando le dico che sta andando tutto bene. In seguito la chiamata si interrompe con un suo timido ma sincero "Grazie di tutto!". Cara Bergamo, forse oggi è il momento giusto per dire quel "Grazie" anche a Te. Grazie per avermi insegnato che i chilometri sono solo numeri e le distanze non esistono per l'amore. Grazie per i momenti difficili che, paragonati a questa Tempesta, sembrano completamente svanire. Grazie per avermi dato l'opportunità di lavorare e di crescere tra le mura del tuo ospedale, con professionisti meticolosi nel loro lavoro, ma con il cuore profondo di umiltà. Non so quale sarà il mio posto nel mondo, ma adesso sono qui con Te.

PRIMARY NURSING: CONCRETIZZAZIONE DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO CHE PONE AL CENTRO DELL'ASSISTENZA IL NEONATO

B. Angelo

TERAPIA INTENSIVA NEONATALE – Azienda Ospedaliera dei Colli – Monaldi

Il contesto giuridico attuale completamente innovativo descrive l'infermiere come il professionista responsabile dell'assistenza che agisce identificando e gestendo i problemi di salute, valutando poi l'intervento in termini di efficienza ed efficacia. Se per competenza si intende il prodotto della combinazione di conoscenze, comportamenti e capacità ovvero il sapere, il saper essere e il saper fare, è evidente che il professionista sceglie in autonomia e si assume la responsabilità delle sue scelte con un livello di competenze elevato. La competenza professionale che viene riconosciuta come un sapere in azione deve essere costruita dal singolo professionista e dalle sue relative conoscenze e esperienze, ma deve anche rispondere a standard di qualità, a garanzia della qualità stessa, sia nella scelta e nell'attuazione della performance assistenziale. In termini di qualità di cure, gioca un ruolo importante il modello organizzativo adottato nell'assistenza ai pazienti, soprattutto in area critica, dove gli interventi infermieristici sono spesso molto complessi e devono essere eseguiti in maniera attenta e spesso in tempi rapidi. È in questo contesto che nasce il Primary Nursing, un paradigma assistenziale innovativo che pone al centro del processo di cura il paziente, i familiari e i loro bisogni. Il modello del Primary Nursing prevede che un singolo infermiere sia responsabile dell'erogazione, qualità e appropriatezza dell'assistenza per tutta la durata della degenza di un paziente. Con tale organizzazione si pone il neonato al centro dell'assistenza infermieristica e si garantisce continuità e individualizzazione delle cure. L'obiettivo della revisione è quello di verificare se l'implementazione del modello organizzativo del "Primary Nursing" può migliorare il contesto di lavoro in terapia intensiva neonatale e ridefinire il concetto di qualità dell'assistenza infermieristica.

BIBLIOGRAFIA

- 1) The primary nursing implementation in late preterm – Italian Journal Of Pediatrics 2014 (Suppl 2): A48
- 2) The significance of primary nursing – Journal of Advanced Nursing, 1994, 14, 13-

INFERMIERI

LA BANCA DEL LATTE UMANO DONATO DELLA CLINICA MANGIAGALLI DI MILANO: UN MODELLO ORGANIZZATIVO AL SERVIZIO DEL NEONATO PRETERMINE

E. N. Bezze

Banca del Latte Umano Donato Mangiagalli - Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

La Banca del Latte Umano Donato (BLUD) è un servizio che si propone di selezionare, raccogliere, controllare, processare, stoccare e distribuire il Latte Umano Donato da madri, che ne producono in eccesso rispetto alle esigenze del proprio figlio, a soggetti che ne necessitano su indicazione medica. Nel 2019 le banche del latte presenti sul territorio nazionale sono 39. Il Latte Umano Donato è necessario principalmente per soddisfare le esigenze dei neonati prematuri ma si rende utile anche in altre situazioni, infatti diverse sono le categorie di neonati che lo ricevono. La donazione di latte umano è consentita nell'arco temporale compreso tra 15 giorni e 12 mesi dal parto. Presso la Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano è stata aperta nell'aprile del 2016 una BLUD e da allora sono state arruolate 517 donatrici per un volume di latte donato pari a 2647.5 litri. Diverse sono anche le caratteristiche delle donatrici e la media dei giorni di donazione è pari a 129. La Banca del Latte dall'apertura si avvale anche di un Servizio di collaborazione gratuito che fornisce il ritiro del latte donato al domicilio, tramite un'ostetrica, utilizzato da circa il 90% del totale delle donatrici. L'intera tracciabilità del latte umano donato è garantita attraverso un software di gestione della BLUD. Le pastorizzazioni si eseguono su pool di latte di singole donatrici, si eseguono le analisi microbiologiche, anche per identificare eventuale contaminazione del latte donato. La manipolazione del latte post pastorizzazione per la preparazione delle singole diete dei neonati prevede la miscelazione di pools post pastorizzazione di differenti donatrici che tengono conto delle diverse composizioni in macronutrienti, la cui analisi permette di effettuare la fortificazione personalizzata del latte per i neonati degenti, garantendo degli apporti nutrizionali ottimali per la crescita. I neonati che hanno ricevuto il Latte Umano Donato dall'apertura della Banca sono 672, con caratteristiche basali differenti che hanno mediamente utilizzato il latte per 17.2 giorni. Dall'apertura della BLUD è stato osservato un introito di latte donato che eccedeva il fabbisogno interno al reparto, quota che potrebbe aprire la possibilità di donazione del Latte Umano Donato ad altre Terapie intensive.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Recommendations for the Establishment and Operation of Human Milk Banks in Europe: A Consensus Statement From the European Milk Bank Association (EMBA). 2019
- 2) Riccardo Davanzo, Costantino Romagnoli, Giovanni Corsello "Position Statement on Breastfeeding From the Italian Pediatric Societies" Ital J Pediatr. 2015; 41: 80., pubblicato il 24 ottobre 2015
- 3) Piemontese P, Mallardi D, Liotto N, Tabasso C, Menis C, Perrone M, Roggero P, Mosca F. "Macronutrient content of pooled donor human milk before and after Holder pasteurization". BMC Pediatr (pagine doi: 10.1186/s12887-019-1427-5.) pubblicata il 12/02/2019.

INFERMIERI

RUOLO E PERSONA: L'IMPORTANZA DELL'ORGANIZZAZIONE LAVORATIVA, DEL CONFRONTO CON I COLLEGHI E DELLA VERBALIZZAZIONE DELLE EMOZIONI PER LA TUTELA DEL BENESSERE PSICO-EMOTIVO DELL'INFERMIERE

C. Cocca

Asl Pescara Santo Spirito – Terapia Intensiva Neonatale

Premessa

Il ricovero di un neonato prematuro in Terapia Intensiva Neonatale costituisce per i genitori grande motivo di stress fisico e psicologico. Essi devono abituarsi ad un ambiente tutto nuovo e molto particolare e allo stesso tempo confrontarsi con la sofferenza di vedere il proprio bambino stare male. La letteratura analizzata riconosce all'infermiere il ruolo importante che consiste nel guidare i genitori in questa nuova esperienza, attraverso un atteggiamento empatico, l'ascolto attivo, il sostegno e la disponibilità ad informarli. Non si dovrebbe dimenticare che lo scopo dell'empatia è comprendere il genitore per poterlo sostenere e questo non è possibile se si rimane psicologicamente distante ma anche se si perde il controllo del proprio coinvolgimento: rischio che aumenta sia per caratteristiche di personalità dell'infermiere che per altre variabili riconducibili all'organizzazione lavorativa, alle caratteristiche proprie delle terapie intensive, all'utenza della TIN. Il rischio di stress da lavoro-correlato e di burnout aumenta all'aumentare di variabili quali l'assenza di supporto da parte dei colleghi, alta imprevedibilità del lavoro ed impatto della stessa nell'organizzazione lavorativa, disturbi della sfera emotiva. Le reazioni psicologiche riguardano l'incidenza che le cause esterne dello stress hanno sull'umore del soggetto che le subisce: si tratta di reazioni emotive eccessive, o perché di intensità aumentata rispetto alle normali reazioni provocate dal confronto con le difficoltà quotidiane, o perché di durata superiore alla media. Il soggetto, anziché sfruttare la particolare attivazione provocata dallo stress per affrontare gli eventi, reagisce in modo esplosivo o, al contrario, rimane inibito e "implode" su sé stesso, risultando in ogni caso sconvolto. L'irritazione si trasforma in un atteggiamento di abituale ostilità e rancore; mentre l'inibizione da luogo a frustrazione, ad ansia cronica e anche a forme gravi di depressione. I segni iniziali dello stress patologico sono irritabilità e affaticabilità, senso di inefficacia, perdita di motivazione, difficoltà a concentrarsi, diminuzione della memoria e della creatività, aumento del numero degli errori commessi. Il burnout è una sindrome che colpisce gli operatori delle professioni di aiuto, quindi anche i medici e gli infermieri. Tra questi, gli operatori più a rischio sono quelli dell'emergenza/urgenza. Il rischio di sviluppare la sindrome del Burnout è maggiore tra gli infermieri impegnati nei contesti intensivi perché devono affrontare situazioni stressanti e complesse. Il rischio è proporzionale al tipo di coinvolgimento che si ha con la persona che si sta assistendo ed è tipico delle professioni d'aiuto. Se non gestito può produrre sequele psicologiche di forte disagio in grado di interferire non solo sulla sfera personale ma anche su quella professionale; ciò può incidere drasticamente sulla qualità dell'assistenza erogata. Gli infermieri vivono a più stretto contatto con il paziente, sia in termini di tempo, sia in termini di emotività, soprattutto i professionisti delle Terapie Intensive, ragion per cui sono fra quelli operatori sanitari che rischiano maggiormente il Burnout. La presente ricerca ha lo scopo di analizzare stress e burnout in Terapia Intensiva Neonatale attraverso una comparazione dei punteggi ottenuti al test HPSCS in due gruppi di infermieri: un primo gruppo composto da 9 infermieri con un'esperienza specifica in Terapia intensiva Neonatale <10 anni ed un secondo gruppo, con la stessa esperienza clinica ma un'attività >10 anni. Si è scelto di effettuare un'indagine esplorativa con l'ausilio di test ed intervista semi-strutturata, volta a rilevare i livelli di stress e burnout del personale infermieristico ed il significato dei punteggi.

Partecipanti

Hanno partecipato allo studio 18 infermieri, arruolati in funzione dell'esperienza maturata all'interno dei Servizi di Terapia Intensiva Neonatale. I partecipanti sono stati suddivisi, ai fini dello studio, in due gruppi: nel primo gruppo sono stati inseriti infermieri con un'esperienza maturata, nella TIN, <10 anni; in un secondo gruppo sono stati inseriti infermieri con un'esperienza maturata in TIN, >10 anni.

INFERMIERI

Strumento

1) HPSCS

L'HPSCS è un questionario self-report, specifico per le professioni sanitarie, che propone una serie di situazioni lavorative potenzialmente stressanti, rispetto alle quali misura il livello di stress percepito e quattro possibili meccanismi di coping utilizzati per fronteggiarlo.

Le caratteristiche chiave dello strumento sono:

- Cinque scale per la valutazione dello stress percepito.
- Versioni per medici e infermieri.
- Scale di valutazione delle strategie di coping per ciascuna area stressante. La versione per infermieri permette di indagare le aree di stress e le aree relative alle strategie di coping. Si riportano di seguito:
- Emergenza clinica per peggioramento della condizione clinica o effettiva morte del paziente.
- Relazioni problematiche con pazienti e familiari.
- Attacco personale da parte di colleghi, superiori o familiari dei pazienti.
- Svalutazione personale (le proprie richieste, suggerimenti e necessità di formazione non vengono ascoltati).
- Imprevisti organizzativi che compromettono l'espletamento delle proprie mansioni o interferiscono con la propria vita privata. Per ciascuna delle situazioni proposte, al professionista sanitario viene chiesto, in prima istanza, di indicare il livello di stress a essa associato, su una scala Likert a quattro punti (0, Per nulla; 1, Poco; 2, Abbastanza; 3, Molto); In secondo luogo è richiesto di indicare, utilizzando la medesima scala di risposta, la frequenza con cui utilizza ciascuna delle quattro strategie di coping proposte.
- Strategie di coping: Centrato sulla soluzione del problema: si cercano le soluzioni più adeguate e si fa ampio ricorso a risorse ed esperienze personali. Sono esempi di risposta relativi a questa strategia di coping: cerco di trovare soluzioni efficaci e opero con i mezzi che ho a disposizione;
- Strategie di coping: Centrato sulla richiesta di supporto sociale: si ricerca il consiglio e l'aiuto di altre persone. Sono esempi di risposta relativi a questa strategia di coping: Cerco l'aiuto dei colleghi e Mi consiglio con un collega che stimo;
- Strategie di coping: Centrato sul disagio emotivo: si reagisce a livello emotivo e si è incapaci a gestire e controllare adeguatamente le proprie emozioni. Sono esempi di risposta relativi a questa strategia di coping: Ho difficoltà a controllare le mie emozioni e Entro in uno stato di forte agitazione;
- Strategie di coping: Centrato sull'evitamento del problema: si tenta di evitare la situazione problematica a livello cognitivo o comportamentale. Sono esempi di risposta relativi a questa strategia di coping: evito di pensarci e delego la soluzione del problema a un mio diretto superiore.

La scelta dello strumento HPSCS è maturata perché lo strumento consente di valutare sia a livello individuale che di reparto, le situazioni in cui l'efficienza lavorativa è minacciata e si profila il rischio di burnout, consentendo di pianificare strategie preventive e d'intervento focalizzate. Inoltre lo strumento consente di addestrare alla relazione con il paziente, per rilevare le esperienze percepite come maggiormente stressanti e le strategie che l'operatore adotta per farvi fronte.

2) intervista semistrutturata l'intervista è uno scambio verbale tra due o più persone nel quale una o più esperti (intervistatore) cercano, ponendo delle domande più o meno rigidamente strutturate, di raccogliere informazioni su dati personali, comportamenti, opinioni ed atteggiamenti di uno o più soggetti (gli intervistati) su un particolare tema.

L'intervista è stata utilizzata per:

- indagare i vissuti che hanno accompagnato il percorso lavorativo, la motivazione alla base della scelta di lavorare in una terapia intensiva neonatale, motivazione al cambiamento ed accettazione di nuove tecniche e modalità di lavoro;
- raccogliere informazioni rispetto al vissuto emotivo dinanzi ad eventi emotivamente impattanti (morte neonato, dimissione con grave compromissione neurologica, diagnosi genetiche);
- rilevare informazioni su fenomeni passati ma ancora contenuti nella memoria delle persone intervistate;

L'intervista è stata condotta in modalità non direttiva, accompagnano l'intervistato con punti "focus" ed argomenti specifici,

INFERMIERI

lasciando comunque la persona libera di parlare

Caratteristiche del campione Gruppo A: Il campione è composto da nove infermieri con un'esperienza lavorativa in Terapia Intensiva Neonatale >a 10 anni di servizio, tutte di sesso femminile. Le infermiere di questo gruppo lavorano a regime di turno che prevede la modalità del turno regolare, mattino, pomeriggio, notte. L'età del campione è compresa tra i 45 e i 62 anni; ed il 22,2% ha un diploma universitario, mentre il restante 77,8% è in possesso del diploma di scuola superiore.

Gruppo B Il campione è composto da 9 infermieri con un'anzianità di servizio in Terapia Intensiva Neonatale <10 anni. Di cui 4 uomini e 6 donne. L'età del gruppo è compresa tra 33 e 55 anni. La scolarità del totale degli infermieri risulta così suddivisa: il 100 % possiede il diploma di scuola superiore. Il 100% è in possesso della Laurea.

Discussione

Il lavoro infermieristico in una Terapia intensiva neonatale necessita dei requisiti tecnici-professionali di indubbia importanza, al contempo però il fattore umano rappresenta un elemento primario nei servizi sanitari ed è in grado di influenzarne il risultato. La possibilità di poter gestire e valorizzare la componente relazionale ed emotiva sia interna all'equipe che verso il neonato/famiglia, assume, inevitabilmente, una valenza strategica per le organizzazioni sanitarie ed è fonte di tutela del "benessere dell'operatore". I punteggi ottenuti dall'analisi statistica del test HPSCS possono essere così riassunti: variabile stress totale:

- il 77,8% del gruppo infermieri con un'esperienza maggiore in Terapia Intensiva Neonatale ha ottenuto un punteggio medio-basso per quanto riguarda lo stress; il 22,8% un punteggio clinicamente significativo.

- Nello specifico è possibile osservare che le aree relative allo stress che impattano nella vita degli operatori che hanno partecipato allo studio è relativo per il 33,3% all'area dell'emergenza clinica, per il 44% all'area degli imprevisti organizzativi. Il 22% presenta un'area di rischio poiché tali vissuti impattano anche sulla svalutazione personale. Tali dati trovano significato nell'ambito dello specifico lavoro dell'infermiere della Terapia Intensiva Neonatale che richiede elevate competenze professionali, ed un'efficiente organizzazione lavorativa. Nello specifico, l'area relativa all'organizzazione lavorativa è stata indagata nel corso dell'intervista semi-strutturata e le risposte che hanno portato ad un punteggio statisticamente significativo è stato attribuito alla tensione che il personale ha avvertito durante la fase di emergenza covid: in questo periodo, all'arrivo dei primi casi di positività materna, la tensione emotiva è stata elevata ed accompagnata dal timore che le misure organizzative potessero essere non pienamente adeguate perché il virus Sars-Cov-2 non era ancora ben noto alla comunità scientifica. In tal senso ha svolto una funzione rassicurante, così come riportato dal 66% degli operatori del gruppo 1, l'attivazione di audit clinici con la supervisione di colleghi dell'Unità Operativa Infettivi, U.O. di Rianimazione, Direzione Sanitaria e personale della Terapia Intensiva Neonatale. Pertanto, approfondito tale aspetto, l'elevato punteggio, ottenuto dal 44% degli infermieri del primo gruppo, non è attribuibile alle caratteristiche dell'organizzazione interna al Reparto, ma alle variabili introdotte dalla Pandemia da Covid-19. Indubbiamente di grande significato è quanto emerso nell'area delle relazioni con i familiari, poiché il 33% del personale con un'esperienza maggiore a 10 anni di servizio in Terapia Intensiva Neonatale riferisce di avvertire delle criticità in tali relazioni. Indagato, tramite l'intervista semi-strutturata tale area, è emerso che la tensione data dalla relazione con i genitori impatta significativamente sul piano emotivo nelle situazioni in cui vi è un elevato rischio di morte del neonato e pertanto il personale vive un profondo senso d'impotenza dinanzi al dolore dei genitori. Tale punteggio è espressione della stretta relazione tra ruolo professionale e persona: il coinvolgimento e la difficoltà nel gestire la tensione vissuta in particolari momenti, per quanto, professionalmente preparati, impatta sul piano emotivo, chiamando in causa la persona. Occorre in tal senso sottolineare che l'infermiere è colui che si occupa dell'assistenza al neonato, ma nel caso di una Terapia Intensiva non è solo il piccolo paziente a dover essere assistito, ma, l'intero nucleo familiare. Non basta stabilire una semplice empatia, si ha bisogno di trovare un percorso di dialogo, una relazione che permetta all'infermiere di raccogliere la fiducia dei genitori. Non è da sottovalutare il coinvolgimento emozionale che spesso viene arginato cercando di mantenere, per quanto possibile, un certo equilibrio della situazione.

Rispetto al secondo gruppo coinvolto nella ricerca, l'analisi dei punteggi ha permesso di rilevare che:

- il 55,5% del personale infermieristico con un'esperienza di Terapia Intensiva Neonatale < a 10 anni, ha riferito di vivere uno

INFERMIERI

stress elevato in funzione dell'area dell'emergenza clinica e del timore che l'organizzazione strutturata nel corso dell'emergenza da covid-19 potesse essere fallibile perché a livello scientifico non erano ancora presenti delle certezze. Approfondito tale punteggio, rispetto allo stress relativo all'emergenza clinica, con l'intervista semi-strutturata sono emersi dati significativi e riferibili all'anzianità di servizio poiché per una parte del campione, l'esperienza è inferiore ai 3 anni di servizio. - Il 66,6% del campione riferisce di aver vissuto sentimenti di stress relativi alla relazione con i familiari nei momenti di complicità cliniche che avrebbero potuto comportare la morte del neonato.

Partendo dal significato e dall'importanza della valorizzazione della risorsa umana e professionale, sono state approfondite si è osservato non semplicemente il fattore relativo allo stress, ma si è rivolta l'attenzione anche ad un nuovo costrutto, quello "coping". Il termine coping, definito come l'insieme delle risposte comportamentali e cognitive mirate alla gestione delle situazioni stressanti, è un costrutto di indubbio significato per poter affrontare le situazioni che accompagnano la vita lavorativa. La risposta di coping deriva innanzitutto dalla percezione soggettiva dell'evento ritenuto più o meno stressante in funzione delle risorse personali e sociali a disposizione; ne consegue che di fronte ad uno stesso evento l'individuo può attivare in successione meccanismi di coping diversi in funzione della loro efficacia percepita. Dall'analisi dei punteggi relativi alle strategie di coping dei due gruppi, emergono dati di grande significatività, rispetto ai fattori di protezione:

- L'100% del personale con un'esperienza in Terapia Intensiva Neonatale > a 10 anni di servizio, riferisce di avvertire il supporto dei colleghi e di far riferimento al gruppo per aspetti sia tecnico-professionali che per condividere le emozioni che vivono in relazione alla vita lavorativa; occorre però considerare che vi è una correlazione inversamente proporzionale tra lo stress avvertito nell'emergenza clinica e la strategia di coping relativa al sostegno nel gruppo: pertanto laddove aumenta la richiesta di collaborazione e sostegno del gruppo di lavoro, si riduce il punteggio relativo allo stress percepito nell'emergenza clinica e nella relazione con i familiari
- Il personale con un'esperienza lavorativa < 10 anni di servizio riporta l'utilizzo di strategie di coping perfettamente corrispondenti a quelle del gruppo con un'esperienza pluridecennale: l'88,9% considera estremamente importante la condivisione dell'esperienza lavorativa nel gruppo di lavoro e la condivisione emotiva con i colleghi, mentre l'11,1 dei partecipanti ritiene mediamente importante tale sostegno sociale.

Il coping include, oltre alle risposte soggette al controllo individuale, anche risposte automatiche che si attivano quando l'autonomia, la competenza e la capacità di valutare i rapporti tra gli eventi sono minacciati. La valutazione dei meccanismi di coping è dunque essenziale per poter comprendere la capacità di adattamento e di reazione individuale alle situazioni stressanti ed in tal senso emerge che il fattore protettivo maggiore per entrambi i gruppi di infermieri è dato dalla possibilità di condividere con il gruppo infermieristico il vissuto emotivo e collaborare in termini di crescita professionale.

Conclusioni

La prevenzione del Burnout presuppone molteplici livelli di intervento ed è necessario agire nell'ottica non del singolo professionista ma dell'intera équipe professionale. È importante evidenziare anche che la complessità delle situazioni che si verificano nelle Unità di Terapia Intensiva Neonatale, richiede preventivamente una maggiore sensibilità da parte delle organizzazioni nel promuovere momenti di supervisione e di supporto da parte di specialisti psicoterapeuti, modalità di condivisione all'interno dell'équipe o gruppi di mutuo aiuto. Il dato interessante emerso dalla nostra ricerca è che sia auspicabile l'attivazione di un'attività di supervisione per i vissuti emotivi degli operatori, soprattutto rispetto allo stress relativo all'emergenza clinica ed ai rapporti con i familiari nei momenti in cui il neonato ha un elevato rischio di vita. Al contempo però i dati pongono in risalto il valore protettivo del gruppo di lavoro. Il nostro gruppo di lavoro è costituito da persone, con competenze e personalità personali e peculiari, le cui prestazioni, interazioni e relazioni convergono verso il raggiungimento di un obiettivo ben preciso, comune e condiviso. Ciascuno di noi, entra in gioco, oltre che con la propria professionalità, con le proprie variabili personali,

INFERMIERI

con le proprie emozioni, con i propri sentimenti. I dati emersi nella nostra ricerca evidenziano che l'area dell'emergenza clinica è un indubbio fattore di stress che determina sofferenza sul piano umano, rende più complesse le relazioni con i genitori e scuote emotivamente il gruppo di lavoro, ma al contempo pone in evidenza che la ricchezza, la risorsa che consente di superare le difficoltà è data dalla rete relazionale interna e dalla possibilità di condivisione con l'equipe.

Rispetto a ciò che concerne l'area degli imprevisti dell'organizzazione lavorativa, occorrerà ripetere una valutazione in un periodo storico non interessato dalla pandemia, poiché tale punteggio è derivato dalla variabile "nuove misure" di contenimento della pandemia e rischio di contagio.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Anchisi R., Barca S., Ferro F., Gambotto Dessy M.: Stress e burnout negli operatori sanitari in ambito pediatrico. *Sanità Pubblica e Privata* 2005 nov-dic, 6, P.: 3-15.
Anchisi R., Barca S., Ferro F., Gambotto
- 2) Dessy M.: Stress e burnout negli operatori sanitari in ambito pediatrico. *Sanità Pubblica e Privata* 2005 nov-dic, 6, P.: 3-15.

INFERMIERI

TERAPIA INTENSIVA NEONATALE ED EPIDEMIA DA SARS-COV-2: STRESS PSICOFISICO E STRATEGIE DI COPING DEL PERSONALE INFERMIERISTICO

C. Comignani

Asl Pescara Santo Spirito – Terapia Intensiva Neonatale

Premessa

L'emergenza da COVID-19 ha visto i professionisti sanitari impegnati in prima linea a fronteggiare l'epidemia nei vari contesti ed ambiti del servizio sanitario, esposti al rischio di infezione e a un sovraccarico emotivo. La situazione è ben fotografata dall'articolo dei medici dell'ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, pubblicato il 21 marzo 2020 dal NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery e dalla lettera della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO) pubblicata dal BMJ il 26 marzo 2020.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ricorda che il primo passo per tutelare la salute del personale sanitario durante un'epidemia è l'attuazione di tutte le misure necessarie a proteggerne la sicurezza occupazionale. Va tuttavia considerato che nel corso di un'epidemia, le misure preventive e protettive adottate nella Terapia Intensiva Neonatale di Pescara, sono adeguate; ciò nonostante il personale sanitario è stato comunque esposto a un alto livello di stress psicologico oltre che fisico: timore di contrarre l'infezione e di trasmetterla ai propri familiari, separazione spesso prolungata dalla famiglia, cambiamenti nelle pratiche e procedure di lavoro, necessità di fornire un maggiore supporto emotivo alle famiglie dei neonati, fatica fisica legata all'utilizzo dei dispositivi di protezione.

Da alcuni studi si rileva che, rispetto ad altre situazioni di emergenza sanitaria come per esempio le catastrofi naturali, i fattori di rischio che possono contribuire ad accrescere lo stress psicofisico degli operatori durante un'epidemia sono proprio l'isolamento sociale, dovuto alle misure di distanziamento e quarantena o in alcuni casi alla discriminazione, e l'assenza del sostegno familiare a causa del pericolo di contagio. La paura e la preoccupazione di contagio per sé e per i propri familiari, ancor più in presenza di figli piccoli, possono condurre l'operatore sanitario a un vero e proprio auto-isolamento. Il carico di lavoro aumentato riduce anche il confronto con i colleghi e il rapporto con i pazienti cambia radicalmente. È frequente che emergano emozioni di rabbia, ostilità, frustrazione, senso di impotenza e che si manifestino sintomi depressivi e stati d'ansia con somatizzazioni, insonnia, aumento del consumo di caffeina e di tabacco. Studi sui rischi psicosociali dello stress tra il personale sanitario durante le epidemie di SARS ed Ebola, durante la pandemia influenzale A/H1N1 e durante la gestione dell'epidemia COVID-19 in Cina hanno rilevato la comparsa di sintomi associabili a stress post traumatico. Uno studio trasversale condotto in Cina su 1257 operatori sanitari impegnati nei presidi coinvolti nella gestione di pazienti con COVID-19, ha valutato la presenza di sintomi depressivi e ansiosi evidenziando che le donne, il personale infermieristico e coloro che lavorano nelle zone con maggiore concentrazione di casi (che sono più direttamente coinvolti nell'emergenza) hanno dei sintomi più intensi e possono pertanto necessitare di supporto o di interventi psicologici.

Strumento

1) HPSCS

L'HPSCS è un questionario self-report, specifico per le professioni sanitarie, che propone una serie di situazioni lavorative potenzialmente stressanti, rispetto alle quali misura il livello di stress percepito e quattro possibili meccanismi di coping utilizzati per fronteggiarlo.

Le caratteristiche chiave dello strumento sono:

- Cinque scale per la valutazione dello stress percepito.
- Scale di valutazione delle strategie di coping per ciascuna area stressante

La versione per infermieri permette di indagare le aree di stress e le aree relative alle strategie di coping.

Per ciascuna delle situazioni proposte, al professionista sanitario viene chiesto, in prima istanza, di indicare il livello di

INFERMIERI

stress a essa associato, su una scala Likert a quattro punti (0, Per nulla; 1, Poco; 2, Abbastanza; 3, Molto); In secondo luogo è richiesto di indicare, utilizzando la medesima scala di risposta, la frequenza con cui utilizza ciascuna delle quattro strategie di coping proposte.

La scelta dello strumento HPSCS è maturata perché lo strumento consente di valutare sia a livello individuale che di reparto, le situazioni in cui lo stress ed il rischio di burnout, dovute all'epidemia da SARS-Cov-19: Il punteggio totale relativo allo stress è stato poi indagato ulteriormente con un'intervista semistrutturata.

2) intervista semistrutturata

l'intervista è uno scambio verbale tra due o più persone nel quale una o più esperti (intervistatore) cercano, ponendo delle domande più o meno rigidamente strutturate, di raccogliere informazioni su dati personali, comportamenti, opinioni ed atteggiamenti di uno o più soggetti (gli intervistati) su un particolare tema.

L'intervista è stata utilizzata per:

- indagare i vissuti emotivi emersi durante l'emergenza da Covid-19;
- raccogliere informazioni rispetto alle caratteristiche dell'organizzazione lavorativa che hanno svolto un ruolo di protezione dell'insorgenza di stati problematici dovuti allo stress;
- rilevare informazioni su fenomeni passati ma ancora contenuti nella memoria delle persone intervistate;

L'intervista è stata condotta in modalità non direttiva, accompagnano l'intervistato con punti "focus" ed argomenti specifici, lasciando comunque la persona libera di parlare,

Caratteristiche del campione

Il campione è composto da 18 infermieri, 15 donne e 4 uomini, con un'esperienza lavorativa in Terapia Intensiva Neonatale durante l'emergenza da Covid-19. L'età è compresa tra 32 e 62 anni con un'esperienza compresa tra i 3 ed i 28 anni.

Discussione

Nella fase iniziale della Pandemia, abbiamo frequentemente condiviso nel gruppo di lavoro le preoccupazioni inerenti il timore di poter contrarre il covid e contagiare i familiari. Solo successivamente, abbiamo compreso la forza della condivisione e della supervisione intragruppo quale fattore con azione di prevenzione rispetto allo stress emotivo relativo situazione di emergenza da COVID-19.

I dati ottenuti dalla lettura del test self-report HPSCS, somministrato nel periodo post lockdown, indicano che:

- il 28,6% degli infermieri che hanno partecipato allo studio hanno sperimentato sentimenti di difficoltà e stress di grado elevato
- Il 77,7% attribuisce tale stress ai fattori imprevedibili organizzativi quali: sicurezza delle misure anti-covid a tutela degli operatori. Il timore prevalente era che i presidi individuati potessero non essere sufficienti poiché il settore scientifico era ancora impegnato nello studio sulla diffusione del virus;
- Il 68,4% ha provato difficoltà significative nelle relazioni con i familiari poiché inizialmente il timore generalizzato rispetto al covid ha spesso incrementato la struttura difensiva dei genitori. Rispetto a tali sentimenti, il gruppo infermieristico ha svolto un importante lavoro per stabilire e mantenere nel quotidiano un rapporto di fiducia con i genitori

Dalle interviste effettuate, è stato possibile individuare 8 fattori protettivi:

1) All'interno dell'azienda, il comitato tecnico-scientifico e l'autoaggiornamento di noi infermieri ha permesso di rendere circolare la comunicazione permettendo la divulgazione a tutto il personale di aggiornamenti precisi e accurati su ciò che stava accadendo. Anche se la preoccupazione ha sempre accompagnato il nostro operato, la base scientifica derivante dall'aggiornamento ha contribuito a limitare le preoccupazioni.

2) Aspetti organizzativi: l'equipe infermieristica della Terapia Intensiva Neonatale di Pescara è sempre stata promotrice di interventi volti a migliorare gli aspetti lavorativi relativi all'organizzazione, quali il rispetto dei turni di riposo, la suddivisione dei compiti, la pianificazione delle attività di routine. Durante la fase acuta dell'emergenza è stato fondamentale, partendo dall'esperienza maturata in tal senso, rivedere l'organizzazione lavorativa al fine di non gravare

INFERMIERI

sul benessere psicoemotivo degli operatori;

3) Organizzazione di un percorso dedicato per gli operatori ed i genitori afferenti alla Terapia Intensiva Neonatale

4) Audit clinici interdivisionali per la gestione dei neonati nati da madri covid-positivo

5) Condivisione delle strategie individuali di gestione delle difficoltà rivelatesi efficaci in altre esperienze lavorative

6) L'azienda ha attivato un servizio di Supporto psicologico per gli operatori, al fine di facilitare la verbalizzazione di un significativo vissuto ed avviare pertanto un processo di elaborazione.

7) Supervisione intragruppo ed interdivisionale sull'utilizzo dei dpi e delle misure di svestizione

8) Incoraggiamento e riconoscimento da parte del Direttore, del Coordinatore, della Direzione sanitaria e soprattutto dei genitori che hanno sempre valorizzato il profuso impegno dell'equipe infermieristica

In tal senso, i dati indicano che in fase pandemica:

- Il 47,7% degli operatori si è affidata al gruppo con misura elevata, mentre il restante 52,3 si è affidata in misura moderata

- Il 61,1 ha ritenuto di rilevanza elevata gli audit clinici, mentre il 38,9% ha attribuito una rilevanza medio-alta

- Il 15,8% ha attivato una strategia di "evitamento".

Dall'intervista semistrutturata, sono emersi degli elementi di significato rispetto alle aree di malessere:

- Insorgenza di stati di tensione, del timore, della paura legate all'incertezza di poter essere contagiati;

- Difficoltà nel mantenere il rapporto con la rete amicale, non a causa del lockdown, ma a causa del timore di mostrare una fragilità che gli altri non avevano possibilità di prendere in carico perché già provati dallo stress della situazione socio-sanitaria italiana;

- Timore di frequentare, nella fase 2, anche la rete familiare più estesa, per non rischiare di essere veicolo di contagio

Conclusione

La pressione, lo stress e i sentimenti associati, possono far emergere sensazioni di impotenza e inadeguatezza verso il proprio lavoro. È importante, quindi, riconoscere ciò che si è effettivamente in grado di fare per aiutare gli altri, valorizzando anche i piccoli risultati positivi; riflettere su ciò che è andato bene e accettare ciò che non è andato secondo le aspettative, riconoscendo i limiti legati alle circostanze. È anche importante stare in contatto con gli stati d'animo personali, essere consapevoli del carico emotivo, imparando a riconoscere sintomi fisici e psicologici secondari allo stress. Prendersi cura di sé e incoraggiare i colleghi a farlo è il modo migliore per continuare a essere disponibili con i pazienti. Rimanere in contatto con gli amici, la famiglia o altre persone di cui ci si fida per parlare e ricevere sostegno, anche a distanza. Dall'intervista è chiaramente emersa la forza del gruppo infermieristico rispetto all'attenzione posta verso il paziente ed i familiari; dopo i primi momenti di disorientamento, dati anche dalla non sempre linearità delle informazioni che giungevano dal settore scientifico internazionale, l'equipe della Terapia Intensiva Neonatale di Pescara è tornata ad attivare le misure che donano umanità e colorano la realtà nella quale lavoriamo: come la presenza della madre e la Kangaroo mother. Il ritorno, seppur non completo all'apertura del Reparto, alle attività di relazione madre-bambino, hanno donato luce, oltre che ai genitori, anche a noi operatori: le nostre paure, le nostre preoccupazioni, dinanzi alla commozione dei genitori, improvvisamente svanivano. Naturalmente non svanivano nel nulla, ma quantomeno si accompagnavano e ridavano significato al nostro lavoro. Certamente il rammarico ed il dispiacere di non aver avuto la possibilità di accogliere sin da subito i papà, resta; così come permane la consapevolezza di aver tentato di accorciare le distanze con l'ausilio della tecnologia.

Indubbiamente lo stress derivato dal rischio di contagio, dal timore di poter essere fonte di malattia anche per i propri cari ha impattato significativamente sulle nostre vite, ma l'amarezza di non aver potuto offrire, per tutta la fase del lockdown, ai nostri piccoli pazienti la presenza dei papà, è sempre presente; così come sono impressi nella nostra memoria il loro sguardo, il loro desiderio di poter "esser padre", lo smarrimento delle madri che avvertivano il senso di colpa di poter essere le sole a "conoscere" i propri figli. A ciò si aggiunge l'impotenza provata dinanzi alla solitudine delle neo-mamme dinanzi all'incubatrice. Nel corso dell'epidemia abbiamo attivato numerose risorse, le abbiamo attinte dalla nostra professionalità, dalla nostra umanità; nonostante le enormi paure abbiamo mantenuto lo sguardo sul paziente e sulla famiglia, non solo garantendo la

INFERMIERI

presenza, ma anche svolgendo un'azione educativa rispetto all'importanza dell'utilizzo dei dpi per la riduzione del contagio; abbiamo incoraggiato e sostenuto le madri ad avvicinare i neonati, aiutandole ad affrontare la loro paura di esser fonte di contagio per i piccoli; abbiamo fornito loro dpi all'ingresso in Reparto, abbiamo ascoltato i loro vissuti. E' possibile concludere affermando che, anche durante l'epidemia da Covid-19, gli infermieri della Terapia Intensiva Neonatale hanno conservato la loro predisposizione a "mettere al centro del percorso di cura" i piccoli pazienti ed familiari. Per alcuni aspetti, la conservazione di questa modalità di lavoro, frutto della professionalità e dell'umanità del gruppo, ha svolto una funzione protettiva rispetto al rischio di sviluppare sintomatologie di stress ed esaurimento emotivo. Pertanto le capacità empatiche e le strategie di coping adottate dal personale della Terapia Intensiva Neonatale della Asl di Pescara possono essere identificate come competenze infermieristiche cardine che hanno permesso fronteggiare efficacemente la fase dell'epidemia da Sars-Cov 2 e svolto un ruolo preventivo di uno stress tossico.

BIBLIOGRAFIA

- 1) l'articolo "At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation" pubblicato il 21 marzo 2020 dai medici dell'ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo su NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery.
- 2) il documento OMS "Coronavirus Disease (COVID-19) Outbreak: Rights, Roles and Responsibilities of Health Workers, Including Key Considerations for Occupational Safety and Health"

INFERMIERI

RACCOMANDAZIONI PER LA GESTIONE DEGLI ACCESSI VENOSI CENTRALI IN RELAZIONE ALLE INFEZIONI CATETERE CORRELATE

P. Coscia

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

I Cateteri Venosi Centrali (CVC) sono dispositivi medici che garantiscono un accesso venoso stabile e sicuro per poter infondere liquidi e farmaci al neonato che ne necessita. In ambito neonatale i principali dispositivi utilizzati sono i Cateteri Venosi Ombelicali (CVO) e i cateteri centrali ad inserzione periferica (Peripherally Inserted Central Catheter o PICC). L'utilizzo di questi presidi, nonostante la loro necessità per garantire la sopravvivenza dei piccoli pazienti, non è esente da rischi. Le infezioni catetere correlate (Catheter-related bloodstream infection o CRBSI) sono tra le principali tipologie di infezioni che possono comparire in TIN e più in generale appartengono a quella categoria di infezioni che viene definita Healthcare Associated infections (HAIs). La loro incidenza, a seconda del setting di riferimento, può variare da 4 a 21 per 1000 CVC/giorni, con un rischio aumentato giornaliero di contrarre CRBSI che varia dal 2% al 14%. In termini di percentuale, gli Stafilococchi coagulasi negativi (CONS) sono i principali batteri responsabili, a causa della loro capacità di colonizzare il catetere sia in termini di aderenza sia nella capacità di stabilizzare il proprio biofilm sulla superficie dell'accesso venoso. La comparsa di infezione catetere correlata è associata ad un aumento dell'ospedalizzazione e all'aumento dei costi per la gestione del ricovero del neonato. La prevenzione delle CRBSI si fonda su alcune norme e manovre che hanno lo scopo di ridurre la carica batterica presente sul sito di inserzione e di diminuire le possibili contaminazioni esterne, eliminando vie di accesso a potenziali agenti patogeni e limitando al minimo le manipolazioni della linea infusiva. L'utilizzo di misure di barriera per ridurre la possibile contaminazione del sito di inserzione o dei dispositivi utilizzati per l'inserzione del CVC, risulta essere fondamentale per ridurre le infezioni catetere correlate.

BIBLIOGRAFIA

- 1) European Recommendation, Optimising skin antisepsis for an enhanced prevention of healthcare associated infections in the EU, 2018
- 2) O'Grady N.P., Alexander M., Burns L.A., et al., 2017, "Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, Update", Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)
- 3) Lepainteur M., Desroches M., Bourrel A.S., et al., 2013, "Role of the Central Venous Catheter in Bloodstream Infections Caused by Coagulase-negative Staphylococci in Very Preterm Neonates", The Pediatric Infectious Disease Journal, Vol 32 (6); pag: 622 – 628

INFERMIERI

LA PRESA IN CARICO DEL BAMBINO CON BISOGNI ASSISTENZIALI COMPLESSI E DELLA FAMIGLIA IN UNA RETE TERRITORIALE APPROPRIATA

G. D'Angelo

A.O. Universitaria di Parma

Background: Recentemente, i progressi medici e tecnologici nelle terapie intensive neonatali hanno permesso una migliore sopravvivenza e qualità di vita a neonati e bambini fragili portatori di malattie fortemente invalidanti, senza, purtroppo, consentirne sempre la guarigione. L'aumento della prevalenza di neonati/bambini con bisogni speciali ad alta complessità assistenziale rappresenta una sfida quotidiana per i pediatri e per l'assistenza infermieristica. Nonostante il tema della cronicità infantile interessi un campione ristretto della popolazione, esso interpella una molteplicità di attori quali il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), le associazioni di volontariato e le famiglie. **Obiettivo:** Ricercare in letteratura le evidenze più aggiornate sull'efficacia dei modelli e servizi di assistenza infermieristica domiciliare pediatrica per i bimbi con bisogni assistenziali speciali e patologie complesse.

Metodo: Si è condotta una revisione della letteratura. Sono state consultate le seguenti banche dati Medline (Pubmed), Cochrane Database of Systematic Re-view, e Cinhal nell'arco temporale degli ultimi 10 anni. Inoltre, sono state considerate le Linee Guida Internazionali "CAPHC" (Guideline for the Management of Medically Complex Children and Youth Through the Continuum of Care) e Pediatric Complex Care Association.

Risultati: Dalla ricerca della letteratura primaria e secondaria sono stati selezionati 17 articoli scientifici che hanno risposto ai criteri di inclusione stabiliti. Gli studi Europei e Internazionali, qualitativi e quantitativi, hanno contribuito ad identificare i punti di forza di diversi servizi assistenziali pediatrici domiciliari. Gli aspetti innovativi riguardano l'efficacia di tali modelli e l'importanza del contesto familiare. Inoltre, dagli studi emerge l'intervento assistenziale di una figura infermieristica specializzata in ambito pediatrico.

Discussioni: Le realtà gestionali ed organizzative Nazionali sono molto diverse perché ognuna deve interfacciarsi con un'articolazione territoriale e strutturale sui generis, difficilmente standardizzabile. Alcune Regioni Italiane manifestano maggior interesse nella ricerca e nello sviluppo di modelli di assistenza appropriati per questi bambini per poter facilitare uno sviluppo armonioso in un contesto familiare supportato da una rete assistenziale appropriata. A livello locale, il territorio parmigiano dispone del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) dove il minore viene seguito da un'equipe infermieristica, senza un'opportuna formazione in ambito neonatale/pediatrico.

Conclusioni: Da un punto di vista organizzativo, si rende necessaria la creazione di una solida rete tra i servizi ospedalieri e territoriali per poter garantire una presa in carico globale della famiglia, in particolare del neonato/ bambino. Da un punto di vista professionale, è fondamentale formare ed informare i genitori alla gestione del bambino gradualmente, sulla base di appositi strumenti quale la scheda delle competenze genitoriali, così da agevolare la dimissione a domicilio.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) Maynard R et al. Home Health Care Availability and discharge delays in children with medical complexity. *Pediatrics*. 2019;143(1): e20181951;
- 2) Looman WS et al. Health-related quality of life outcomes of a telehealth care coordination intervention for children with medical complexity: a randomized controlled trial. *J Pediatr Health Care*. 2018 Jan-Feb;32(1):63-75.
- 3) Ward C et al. Care in the home for seriously ill children with complex needs: a narrative literature review. *Journal of Child Health Care*. 2015; 19(4):524-31.

INFERMIERI

ASSISTENZA NEONATALE: L'EFFICACIA DEL TOCCO

A. Elia

U.O.C. TIN – Neonatologia - ARNAS Garibaldi Catania

Introduzione

Il “tocco affettivo” promosso dalla nostra TIN (Terapia Intensiva Neonatale), in collaborazione con ABC ONLUS (Associazione Bambini in crescita) nasce come progetto a sostegno dell’empowerment del ruolo genitoriale in neonatologia e a supporto dell’integrazione delle cure tra operatori sanitari ed utenti (genitori/pazienti/ neonati). La peculiarità di tale progetto, oltre ai fini dichiarati, sta nell’unione di forze e risorse tra una realtà ospedaliera e un’associazione di volontariato. Secondo le evidenze il tocco è quell’interazione tattile, tale da stimolare le fibre nervose C-tattili ed attivare aree cerebrali. I benefici riconosciuti sono il miglioramento dello stato di salute. Attraverso la stimolazione tattile i neonati mostrano un miglioramento dello sviluppo motorio, cognitivo e sociale. L’attuazione di tale progetto necessita di un adeguato percorso di formazione che utilizza le competenze trasversali, cioè le caratteristiche personali di ogni individuo. L’utilizzo di tali caratteristiche sono essenziali, all’interno di una TIN per trasformare una conoscenza in comportamento del singolo volontario che si deve adattare ad un ambiente organizzativo molto complesso con dinamiche e contesti molto diversi. Tale strategia formativa a supporto di una migliore relazione – comunicazione tra i diversi attori

Metodi:

E’ stato strutturato un piano di formazione e addestramento secondo il ciclo di Deming. Fase di PLAN – descrizione a tutto il personale del progetto; fase di DO – realizzazione del progetto con il coinvolgimento attivo di tutti i volontari, con incontri settimanali di lezioni frontali (su argomenti specifici e dedicati) e tramite piattaforma online nel periodo di lockdown (al fine di individuare tempestivamente eventuali difficoltà “in itinere”, rettificare gli interventi in rapporto alla frequenza dei corsi e al livello di gradimento, interesse e motivazione dei volontari). Fase di CHECK – Monitoraggio del progetto. Fase di ACT – Riesame e miglioramento a conclusione, per le azioni di revisione. I volontari sono stati reclutati tra persone con pregresse esperienze nel settore e principi di solidarietà sociale.

Risultati:

E’ stato realizzato un colloquio di rilevazione delle “competenze trasversali” e di soddisfazione del percorso fatto. Gli operatori sanitari della TIN confermano l’importanza di stimolare atteggiamenti positivi di relazione e di migliore utilizzo del tempo dei genitori in TIN ed evitare atteggiamenti passivi nei confronti dei propri figli, in sintesi aiutare la famiglia a sentirsi parte importante della terapia, coinvolgendo, nella modifica comportamentale, anche tutti gli operatori. I volontari, mostrano appagamento del percorso svolto. È stato ritenuto opportuno, al fine di standardizzare i comportamenti, la stesura di un protocollo redatto ad hoc sul “tocco affettivo” con relativa rilevazione dei parametri vitali e posturali.

Conclusioni

Secondo la nostra esperienza, il percepito è che l’addestramento e la formazione, per competenze trasversali, è la base su cui si dovrebbe fondare ogni attività lavorativa: ci permette di superare la visione frammentaria di cui è portatrice la singola attività, facendo rete anche con i volontari adeguatamente formati per competenze. La nostra esperienza formativa, inoltre, ha messo in evidenza l’idea di un volontario che si senta “esploratore delle relazioni” prima ancora che “esecutore di un protocollo”. Il patto sociale con i volontari può rappresentare una strategia di salute. Tale strategia ci induce a pensare e rimodulare un percorso educativo che non si esaurisca con la sola informazione tecnica ma, con la consapevolezza di tutto il personale che a vario titolo opera in TIN, del tocco come valore terapeutico ancorché affettivo. Allo stato attuale il progetto è in itinere e si procederà in una seconda fase ad una raccolta dati.

INFERMIERI

Bibliografia:

- 1) De Negri M. – Manuale di Neuropsichiatria infantile;
- 2) Linda A., Hatfield – Surg. Neurol int. 2014; 5(Suppl 13): S479–S489.
- 3) Slater, M.; Asmeron, Y. and ... Procedural pain and oxidative stress in premature neonates. 2012 Jun;13(6):590-7. doi: 10.1016/j.jpain.2012.03.010. Epub 2012 Apr 28.
- 4) G. Biggio¹, M.C. Mostallino²: Stress, cortisolo, plasticità neuronale e patologia depressiva ¹ Dipartimento di Scienze della Vita e dell'Ambiente, Università di Cagliari; ² Istituto di Neuroscienze, CNR, sede di Cagliari
- 5) BRAZELTON
- 6) Meltzoff
- 7) Gitau R, Modi N, Giannakouloupolos X, Bond C, Glover V, Stevenson J. Acute effects of maternal skin to skin contact and massage on salivary cortisol in preterm babies.
- 8) Feldman R (1), Eidelman AI. Author information: (1) Department of Psychology, Bar-Ilan University, Ramat Gan, Israel. feldman@mail.biu.ac.il The effects of mother-infant skin-to-skin contact
- 9) A feasibility and efficacy randomised controlled trial of swaddling for controlling procedural pain in preterm infants
- 10) Lai Ping Ho RN Simone SM Ho PhD, RN Doris YP Leung PhD Winnie KW So PhD, RN Carmen WH Chan PhD, RN
- 11) A feasibility and efficacy randomised controlled trial of swaddling for controlling procedural pain in preterm infants
- 12) Lai Ping Ho RN Simone SM Ho PhD, RN Doris YP Leung PhD Winnie KW So PhD, RN Carmen WH Chan PhD, RN
- 13) A feasibility and efficacy randomised controlled trial of swaddling for controlling procedural pain in preterm infants
- 14) Lai Ping Ho RN Simone SM Ho PhD, RN Doris YP Leung PhD Winnie KW So PhD, RN Carmen WH Chan PhD, RN
- 15) Francis McGlone 1, Ake B Vallbo, Hakan Olausson, Line Loken, Johan Wessberg Discriminative touch and emotional touch. Can J Exp Psychol 2007 Sep;61(3):173-83.
- 16) U. Galimberti, psicologia 2003: 441-444
- 17) J. Piaget, psicologia sperimentale, 1974.

INFERMIERI

AMBULATORIO INFERMIERISTICO PER IL LATE PRETERM ESPERIENZA IN CAMPANIA

R. Ferraro

U.O.C. Neonatologia e TIN Fondazione Evangelica Betania, Napoli

I nati LATE PRETERM (L-P) o Near Term sono neonati di età gestazionale compresa tra la 34^o+ 0 e la 36^o+ 6 settimana. Rappresentano una categoria di neonati con proprie peculiarità, in particolare risultano avere un rischio superiore, rispetto ai nati a termine, di sviluppare problematiche post natali come:

1) Instabilità nella termoregolazione.

Nel neonato late preterm si osserva

- Ridotta quantità e immaturità del t adiposo bruno
- Ridotta concentrazione di ormoni correlati al suo metabolismo (PRL, leptina, norepinefrina, T3, cortisolo) che raggiungono il picco al termine della gravidanza
- Ridotta quantità di tessuto adiposo bianco
- Ridotte dimensioni e maggior rapporto tra superficie corporea e peso.

COLD STRESS

la perdita rapida di calore è nota come cold stress, ovvero stress da raffreddamento e determina:

- riduzione della produzione di surfactante
- aumento del consumo di O₂
- aumento dell'acidosi metabolica
- aumento del rischio di ipoglicemia
- aumento del rischio di ittero
- rallentamento della crescita aumento della mortalità e della morbilità l'assistenza infermieristica deve quindi essere rivolta ad assicurare un microclima tale da consentire una normale temperatura corporea con una termogenesi e una termolisi ridotta al minimo

TRATTAMENTO

E' necessario quindi

- Porre alla nascita il neonato su un'isoletta neonatale (infant warmer) preventivamente riscaldata, dotata di lampada radiante e di materassino non conduttore
- Asciugare il neonato con telini caldi
- Coprirlo con un a pellicola di polietilene in grado di creare un microclima umido
- Utilizzare cappellino e calzini (la testa va coperta perché rappresenta la più ampia superficie di dispersione termica)
- Dopo avere stabilizzato il pz si provvede a porlo in un, incubatrice, precedentemente riscaldata a 36°
- A questo punto la termoculla viene impostata sul sistema servocontrollato. Tale sistema fa in modo che l'incubatrice si riscaldi automaticamente non appena la temperatura corporea risulta inferiore al valore preimpostato.

SKIN TO SKIN

Per ridurre il rischio di ipotermia è raccomandato in sala parto il contatto skin to skin tra madre e neonato, in quanto questo comportamento consente di mantenere normale la temperatura corporea anche in caso di iniziale instabilità; inoltre il contatto skin to skin promuove il bonding cioè il legame madre neonato e l'addio dell'avvio dell'allattamento al seno. [Check list per la supervisione del neonato nelle prime due ore di vita]

IPOGLICEMIA

- Scarse riserve di glicogeno
- Immaturità della lipolisi

INFERMIERI

- Disregolazione ormonale

Poiché l'ipoglicemia neonatale può determinare un danno neurologico essa deve essere prevenuta o prontamente trattata. Devono essere sottoposti ad un'alimentazione precoce con latte materno o in formula. Bisogna monitorare la glicemia. Il neonato che sviluppa ipoglicemia sintomatica o la cui glicemia non aumenta rapidamente dopo nutrizione enterale (< 40 mg/dl), deve essere trattato immediatamente con infusione EV di soluzione glucosata al 10%.

DISTRESS RESPIRATORIO

Il neonato late preterm dopo la nascita presenta ancora una struttura polmonare di tipo fetale ed una capacità funzionale immatura con

- ritardo nel riassorbimento del fluido intra-polmonare
- insufficienza relativa del surfattante
- scambi gassosi inefficienti

L'assistenza respiratoria necessaria a risolvere tale immaturità è di grado differente, dall'ossigenoterapia, all'assistenza respiratoria non invasiva, alla ventilazione meccanica associata a somministrazione endotracheale di surfattante. Proprio per minimizzare il rischio di patologia respiratoria, è indispensabile che questi neonati vengano sottoposti a monitoraggio multiparametrico della frequenza cardiaca e respiratoria, della pressione arteriosa e della saturazione periferica, nonché ad una valutazione attenta della meccanica e dell'autonomia ventilatoria.

IPERBILIRUBINEMIA

L'iperbilirubinemia è più frequente e più prolungata rispetto al neonato a termine.

E' causata da:

- Immaturità funzionale alla degradazione della bilirubina

E sono più esposti a

- Maggior suscettibilità al danno neurologico (KERNICTERUS) da iperbilirubinemia

I neonati vanno trattati:

- Esame obiettivo della colorazione cutanea
- Dosaggio BT a 24 ore solo in caso di rischi materni
- Supportare alimentazione precoce

DIFFICOLTA' NELL'ALIMENTAZIONE

Presentano:

- immaturità gastrointestinale
- ridotta maturazione neuronale
- incoordinazione tra suzione respirazione e deglutizione
- immaturità della peristalsi e della funzione sfinteriale gastro-intestinali
- ridotta frequenza delle evacuazioni

E' necessario garantire un'adeguata nutrizione

PROBLEMI NEUROLOGICI

Presentano maggior rischio di:

- paralisi cerebrale
- disordini del linguaggio
- handicap neurologici
- problemi comportamentali e nelle specifiche competenze (scolastiche, sociali e globali)

E' necessario porre profonda attenzione ad ottimizzare il rapporto madre-neonato, incrementando le capacità genitoriali e favorendo l'allattamento al seno. La presenza dei genitori vicino alla culla del neonato, la possibilità di toccare il neonato, di avvicinarlo attraverso la marsupio terapia, di alimentarlo al seno o con il biberon, di averne personalmente cura, consentono

INFERMIERI

alla mamma di sviluppare rapidamente un profondo legame con il proprio bambino evitando tutte le conseguenze psicologicamente negative che un parto pretermine può creare in lei

2015 NASCITA DELL'AMBULATORIO

ANALIZZANDO TUTTE QUESTE PROBLEMATICHE ED EFFETTUANDO UN'ANALISI RETROSPETTIVA DELLE NASCITE LATE PRETERM AVVENUTE NELLA NOSTRA STRUTTURA TRA IL 2012 E 2013 DOVE SI EVIDENZIA UN NOTEVOLE INCREMENTO DI QUESTI PARTI È NATA L'ESIGENZA DI ISTITUIRE UN AMBULATORIO INFERMIERISTICO CHE CI HA PERMESSO DI

- Effettuare una dimissione precoce
- Garantire la prosecuzione dell'assistenza e delle cure dopo la dimissione.
- Informare e formare i genitori al fine di favorire l'autonomia di gestione del LP
- Ridurre le problematiche relative all'allattamento al seno, alla care neonatale e alla somministrazione di eventuale terapia
- Monitorare l'andamento dello sviluppo e della crescita del neonato
- Riconoscere tempestivamente l'insorgenza di problematiche di tipo pediatrico e auxologico, sequele neurosensoriali o comportamentali a breve e/o a lungo termine
- Programmare il completamento diagnostico post-dimissione ed eventuali controlli clinici, coinvolgendo i genitori nel passaggio di presa in carico del pediatra di libera scelta NURSING
- Il personale infermieristico afferente all'ambulatorio si occupa di
- orientare
- sostenere
- sviluppare le potenzialità dei genitori
- fornire alla dimissione e durante il periodo di degenza, materiale informativo relativo alla cura del lattante, alimentazione (latte e divezzamento), crescita, vaccinazioni ed educazione a specifiche problematiche mediche.

ATTIVITA' SVOLTA DAL 06/02/15 AL 31/12/15

Dai dati emersi dopo un anno di attività ambulatoriale si evince che le nascite late preterm sono comunque in netto aumento e che l'ambulatorio si è dimostrato un valido strumento per dare sostegno ai genitori.

Questionario di gradimento

Inoltre per avere un riscontro sull'efficacia di questo servizio abbiamo sottoposto a tutti i genitori afferenti all'ambulatorio un questionario di gradimento che ci sottolinea quanto questo servizio è stato apprezzato dai genitori

OBIETTIVI FUTURI

- Sarebbe auspicabile organizzare, prima della dimissione, per i genitori di neonati prematuri e/o con problematiche cardiache o respiratorie, una lezione di basic life support con prova pratica.
- Estendere la possibilità di accesso all'ambulatorio infermieristico anche ai neonati nati a termine sani

NEL NOSTRO REPARTO:

- su 2072 nati in un anno (luglio 2012 –luglio 2013), i LP sono stati 98, pari al 17% di tutti i ricoverati.
- La media dei giorni di ricovero per questa classe di neonati è stata di 8,5 giorni (min 3 - max 33 giorni).
-

ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL NEONATO “LATE PRETERM”: INTERVENTI INDIVIDUALIZZATI SULLA BASE DELLO SVILUPPO DELLE COMPETENZE ORALI IN ASSOCIAZIONE ALLE CONDIZIONI CARDIO- RESPIRATORIE E/O ALTRE COMORBIDITÀ.

L. Franzosi

Terapia Intensiva Neonatale Mangiagalli - Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Si definiscono “Late Preterm” (LP) i nati tra le 34+0 e le 36+6 settimane di età gestazionale (EG). Questa categoria di neonati rappresenta circa il 75% dei neonati pretermine¹ e si presenta apparentemente con parametri auxologici simili a quelli dei neonati a termine. Tuttavia la nascita prima del termine definisce una significativa correlazione ad un maggior rischio di morbilità e mortalità, associata ad un maggior tasso di riospedalizzazione rispetto ai neonati a termine. I neonati LP possono, infatti, presentare diverse complicanze: difficoltà respiratorie, difficoltà di termoregolazione, ipoglicemia, ittero, difficoltà alimentari, maggior rischio infettivo, difficoltà neuro-comportamentali². Molti studi evidenziano, inoltre, tassi più bassi di allattamento al seno ed una minore durata dell’allattamento rispetto ai neonati a termine³ probabilmente legati ad un’alterata coordinazione di suzione, deglutizione e respirazione e ad un minor tono muscolare anche a livello orale, associati ad una minore regolazione degli stati comportamentali. Per tale ragione si rende necessaria una presa in carico strutturata con valutazioni ed interventi infermieristici individualizzati alla luce dei gap e delle caratteristiche del singolo neonato LP: la nascita tra la

34+0 e la 36+6 di età gestazionale presenta, infatti, espressioni più o meno gravi e complesse della prematurità. Diventa necessario individuare le criticità, prevenire le comorbidity e mettere in atto un piano assistenziale che porti il neonato LP al raggiungimento precoce delle competenze alimentari e alla risoluzione di eventuali problematiche, il più possibile evitando il distacco dalla famiglia⁴.

BIBLIOGRAFIA

1. Muelbert M., Harding J.E., Bloomfield F.H. Nutritional policies for late preterm and early term infants- can we do better? *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* 24 (2019), 43-47
2. Darcy A.E. Complication of the Late Preterm Infant. *J Perinat Neonat Nurs.* 23 (2009), 78-86
3. Jonsdottir R.B., Jonsdottir H., Skuladottir A., Thorkelsson T., Flacking R. Breastfeeding progression in late preterm infants from birth to one month. *Matern Child Nutr.* 2020; 16: e12893
4. Nyqvist K.H., Haggkvist A-P., Hansen M.N., Kylberg E., Frandsen A.L., Maastrup R., Ezeonedo A., Hannula L., Haiek L. Expansion of the Baby- Friendly Hospital Initiative Ten Steps to Successful Breastfeeding into Neonatal Intensive Care: Expert Group Recommendations. *Journal of Human Lactation* 2013, 29(3); 300-309

INFERMIERI

LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI LESIONI DA PRESSIONE NEL NEONATO SECONDO LA SCALA NSRAS: IMPLEMENTAZIONE DI UN ITEM PER LA STADIAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO CORRELATA ALLA PRESENZA DI DEVICES

B. Nicolosi

TERAPIA INTENSIVA NEONATALE- AOU A. MEYER

INTRODUZIONE. Per definire uno strumento puntuale e completo per la valutazione del rischio di lesioni da pressione nel neonato, un gruppo di studio infermieristico della Regione Toscana, ha analizzato la NSRAS e ha implementato un item, relativo alla valutazione del rischio di lesioni nel neonato correlato alla presenza di devices. Il presente studio, all'interno del progetto regionale, fornisce il substrato scientifico che giustifica e supporta l'introduzione dello specifico item. L'analisi condotta, analizza i limiti della NSRAS, ma soprattutto definisce la stadiazione dei principali fattori di rischio, rappresentati dai diversi devices, che giocano un ruolo determinante per l'insorgenza di lesioni e quindi la salute del neonato.

MATERIALI E METODI. Per ottenere un quadro riassuntivo dell'argomento è stata condotta una revisione della letteratura. La ricerca prevede: definizione chiara della domanda di ricerca; revisione della letteratura per individuare gli studi; determinazione degli studi che rispondono al quesito di ricerca; sintesi degli studi e valutazione critica dell'eterogeneità in termini di risultati.

RISULTATI. Sono stati individuati dodici strumenti di valutazione del rischio di lesione da pressione in ambito pediatrico, anche se solo le scale Braden Q, Glamorgan e Neonatal Skill Risk Assessment Scale (NSRAS) hanno un'elevata sensibilità e specificità nel contesto. Nella popolazione neonatale vengono impiegate poche scale, di queste alcune sono state sviluppate a partire dai bambini non neonati, alcune sono state adattate al contesto neonatale e altre non sono state nemmeno validate. Diversi autori affermano che queste scale utilizzate per il neonato presentano importanti limiti. La NSRAS è l'unica scala progettata esclusivamente per la popolazione neonatale, infatti è quella più ampiamente raccomandata per la valutazione del rischio di lesioni nel neonato. La presente analisi ha messo in evidenza che la scala NSRAS soddisfa i criteri per l'applicazione in una popolazione neonatale: alta sensibilità, elevata specificità, buoni valori predittivi, alta efficacia e semplicità d'uso, impiegando definizioni chiare e applicabili in diverse impostazioni. Uno dei principali limiti della NSRAS è rappresentato dal campione ristretto impiegato dagli autori per la validazione. Pertanto, si può osservare che, ad esempio, non presenta un item che valorizzi la presenza di dispositivi clinici, una delle principali cause di lesioni da pressione nei neonati.

CONCLUSIONE. Le evidenze di letteratura giustificano e rendono indispensabile l'introduzione di un item specifico, che consenta di valutare il rischio di lesioni nel neonato correlato alla presenza di devices. Questa modifica, ovvero la stadiazione del rischio in alto, medio e basso, rende completa la NSRAS, in quanto consente di valutare il neonato secondo fattori di rischio intrinseci ed estrinseci. Tale completezza deriva proprio dalla sua composizione, che prevede items relativi a fattori determinanti per la salute del neonato.

EFFICACIA DEGLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE NEL RISCHIO DI LESIONI DA PRESSIONE IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE: REVISIONE DELLA LETTERATURA.

INTRODUZIONE. La prevalenza di lesioni nel bambino e nel neonato è molto alta, in particolar modo nelle Terapie Intensive Neonatali (TIN), nelle quali sono stati segnalati tassi di incidenza che variano dal 3,7% al 19%. La valutazione del rischio è uno dei maggiori interventi infermieristici, per questo, gli infermieri necessitano di strumenti validi e affidabili. Nonostante questo, in letteratura si rileva una notevole mancanza di studi che stabiliscano l'efficacia di scale per la valutazione del rischio di lesioni da pressione in ambito neonatale. L'obiettivo dello studio è quello di valutare l'efficacia degli strumenti di valutazione ad oggi utilizzati nella pratica assistenziale in Terapia Intensiva Neonatale.

MATERIALI E METODI. È stata effettuata una revisione della letteratura, consultando le banche dati internazionali, limitando la ricerca agli articoli prodotti negli ultimi 5 anni.

INFERMIERI

RISULTATI. I risultati dello studio evidenziano lo scarso potere “discriminatorio” della scala Glamorgan. Il rischio di lesioni da pressione non è ben rappresentato nei punteggi della scala investigata, perché gli items considerano aspetti poco rilevanti per lo sviluppo di lesioni da pressione nel neonato. La scala Glamorgan ha probabilmente una buona validità nelle aree di terapia intensiva pediatrica e per le lesioni da pressione più gravi. Inoltre, è riportato che la Glamorgan sovrastimi il rischio, individuando dei falsi positivi. La Braden Q è uno strumento adattato alla popolazione pediatrica, partendo da una scala riferita a soggetti adulti. Pertanto si osserva una moderata validità predittiva, sensibilità media e bassa specificità per il rischio di lesioni in ambito pediatrico. Tale scala è stata validata in pazienti di età compresa tra 21 giorni e 8 anni, escludendo di fatto la popolazione neonatale. La scala NSRAS soddisfa i criteri per l'applicazione in una popolazione neonatale: alta sensibilità (91.18%), elevata specificità (76.50%), buoni valori predittivi (Valore Predittivo Positivo 36.05%; Valore Predittivo Negativo 98.35%), alta efficacia (0.78%) e semplicità d'uso. L'applicazione di una scala con queste caratteristiche fornisce un criterio obiettivo per identificare i bambini che non sono a rischio di lesioni da pressione e quindi consente di gestire e pianificare il piano di assistenza preventiva necessario.

CONCLUSIONI. In letteratura diversi autori rimandano alla necessità di condurre studi di validazione per strumenti idonei ad identificare i neonati a rischio di lesioni da pressione. Per tale motivo emerge la necessità di uno strumento specifico pensato e validato per la prevenzione e il riconoscimento precoce dei neonati a rischio di sviluppare lesioni da pressione. Questa revisione evidenzia diverse lacune presenti negli strumenti ad oggi maggiormente utilizzati. Infatti, anche la Neonatal Risk Assessment Scale, che è risultata la più affidabile in ambito neonatale, presenta un importante limite, ovvero la mancanza di un item che valuti il rischio di insorgenza di lesioni correlato alla presenza di devices. Per questo, si consiglia di effettuare studi che abbiano lo scopo di ottimizzare lo strumento.

BIBLIOGRAFIA

Garcia-Molina P., Willock J. De Lima E.

APPROCCIO LOGOPEDICO AL NEONATO CRITICO CON DISORDINI DELLA SFERA ORO ALIMENTARE: PRESENTAZIONE DI UN CASO CLINICO

S. Panizzolo

AO dei Colli-AO Monaldi, Napoli

L'American Academy of Pediatrics nella Position Statement (2008-2011) sottolinea che uno dei principali criteri di dimissione del neonato prematuro e/o critico dalla TIN sia l'aver raggiunto una alimentazione orale efficace, completa, sicura ed indipendente, e tale difficoltà rappresenta ancora oggi una delle cause più frequenti di dimissione posticipata, con aumento dei costi sanitari per il SSN e dei costi emotivi per la madre e per l'intera famiglia. Il logopedista, in stretta collaborazione con l'équipe multidisciplinare medica e infermieristica, è il professionista sanitario, in possesso di elevate e specifiche competenze tali da realizzare una presa in carico abilitativa precoce per quei neonati che mostrano segni di disfagia neonatale e disordini oro-motori e quindi difficoltà nel passaggio da una alimentazione enterale ad una alimentazione orale. Viene illustrato un case report.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ASHA (2004): Roles of Speech-Language Pathologist in the Neonatal Intensive Care Unit: Position Statement
- 2) Green Z et al. (2016): Oral Stimulation for promoting oral feeding in preterm infants. Cochrane database of Systematic Reviews

PANDEMIA DA SARS-COV-2: LA TRASFORMAZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE E DELL'ASSISTENZA IN NEONATOLOGIA

L. Plevani

Terapia Intensiva Neonatale - Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

L'epidemia da nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2) che ha investito la nostra nazione e in modo particolare la Lombardia, ha avuto un forte impatto anche nell'ambito materno-neonatale sollevando urgentemente molte problematiche. In ambito clinico si sono dovute affrontare tematiche come la gestione dell'infezione in gravidanza o la possibile trasmissione del virus prima, durante e dopo il parto. Sono sorte problematiche nel campo delle dinamiche relazionali tra mamma e neonato, della possibile separazione della diade e della tutela dell'allattamento al seno. Altre problematiche sono sorte per quanto riguarda la gestione dei genitori che accedono alle TIN nella tutela dei neonati e degli operatori. Tutto ciò ha avuto un forte impatto sull'organizzazione e sull'assistenza infermieristica, determinando una vera e propria trasformazione di strutture e percorsi, introducendo l'impellente necessità di protezione dei professionisti coinvolti e determinando la necessità di riorganizzazione dei processi assistenziali, tenendo conto delle conoscenze attualmente disponibili in letteratura. Condividiamo quindi l'esperienza condotta nella Neonatologia della Clinica Mangiagalli di Milano definito dalla Regione Lombardia come Centro HUB perle donne gravide e per i neonati Covid+ e i lattanti di peso < 5kg. Dall'apertura della BLUD è stato osservato un introito di latte donato che eccedeva il fabbisogno interno al reparto, quota che potrebbe aprire la possibilità di donazione del Latte Umano Donato ad altre Terapie intensive.

BIBLIOGRAFIA (Max 3 voci)

- Davanzo R., Romagnoli C, Corsello G. Position Statement on Breastfeeding from the Italian Pediatric Societies. Italian Journal of pediatrics 2015 (41) 80: 1-3
- Emergency response plan for the neonatal intensive care unit during epidemic of 2019 novel coronavirus. Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi. 2020 Feb;22(2):91-95.
- <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/inpatient-obstetric-healthcare-guidance.html>

PROCEDURE DI CURA IN NEONATOLOGIA E GENITORI IN TIN: NUOVI TRAGUARDI

L. Reghin

AOU Città della Salute e della Scienza di Torino – PO S.Anna

INTRODUZIONE. La partecipazione attiva del genitore all'assistenza del proprio figlio accolto in Terapia Intensiva Neonatale (TIN) è ormai, fortemente incoraggiata, in quanto, oltre a promuovere la competenza genitoriale in previsione della dimissione del neonato, ne sostiene lo sviluppo cerebrale. L'inclusione dei genitori trova più spazio nelle TIN in cui è stato implementato il programma NIDCAP e abbracciano i contenuti della family centered care. Inoltre, è stato evidenziato che l'inclusione del genitore trova più spazio nelle TIN in cui sono presenti gruppi di lavoro dedicati alla care e le procedure assistenziali sono presenti in forma scritta e condivise con tutti i professionisti sanitari. L'obiettivo di questo lavoro è stato quello di revisionare le procedure assistenziali neonatologiche della Neonatologia Università dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino includendo il ruolo della figura genitoriale come caregiver nel programma di cura del neonato.

MATERIALI E METODI. E' stata effettuata una ricerca bibliografica attraverso le principali banche dati scientifiche per valutare quali fossero le migliori evidenze presenti in letteratura. Successivamente sono state analizzate le procedure assistenziali neonatologiche autorizzate dal Servizio di Qualità e Sicurezza delle Cure dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, per valutare il grado di coinvolgimento del caregiver nelle procedure assistenziali durante la degenza del proprio bambino in TIN.

RISULTATI. Sono state revisionate 10 procedure assistenziali in neonatologia presenti in azienda, nessuna delle quali prevedeva, nella sua descrizione, il coinvolgimento attivo del genitore nel ruolo di caregiver durante la degenza del proprio neonato in TIN. Le procedure selezionate sono state aggiornate inserendo la presenza della figura genitoriale/caregiver e sono stati creati dei supporti multimediali per facilitarne la consultazione e la diffusione. Inoltre, sia il supporto cartaceo che multimediale sono stati sviluppati in altre lingue per aiutare i genitori che non parlano la lingua italiana.

DISCUSSIONE. La letteratura documenta gli innumerevoli benefici che la partecipazione del genitore alle procedure quotidiane di assistenza può apportare sia al neonato prematuro, in merito allo sviluppo neuro-cognitivo e comportamentale a breve e lungo termine, sia al genitore stesso, che è orientato a creare e nutrire il legame con il proprio neonato in modo più consapevole e competente in previsione delle dimissioni ospedaliere. E' fondamentale, quindi, prevedere l'inserimento della figura genitoriale nel ruolo di caregiver attivo durante la degenza in TIN del neonato prematuro, attraverso l'implementazione di procedure assistenziali aggiornate.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Kalbér A, Kühn T, Oude-Reimer M, Frauenfelder O, Camba F, Ceccatelli M, Hanks-Drielsma I, Jørgensen E, Silva E. European Standards of Care for Newborn Health: Weighing. EFCNI 2018.
- 2) Patriksson K, Nilsson S, Wigert H. Immigrant parents' experiences of communicating with healthcare professionals at the neonatal unit: An interview study. Journal of Neonatal Nursing 2019; 25 (4): 194-199.
- 3) Altimier L, Boyle B. The role of families in providing neuroprotection for infants in the NICU. Journal of Neonatal Nursing 2019; 25 (4): 155-159.

TERAPIA INTENSIVA NEONATALE E CURE PALLIATIVE: L'ESPERIENZA DEL PERCORSO DI MIGLIORAMENTO INTRAPRESO IN MANGIAGALLI

G. Santini

Terapia Intensiva neonatale Mangiagalli -Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

E' ormai da diversi anni che si è iniziato ad affrontare la necessità di introdurre dei percorsi di cure palliative anche nelle pediatrie e nelle TIN italiane. La definizione che l'OMS dà delle cure palliative pediatriche è che essa consiste nell'attiva presa in carico globale del corpo, della mente e dello spirito del bambino e che comprende il supporto attivo alla famiglia". In un documento del 2007 il Ministero della Salute sottolinea che "Il minore con patologia cronica severa senza possibilità di guarigione e/o con disabilità rilevante e/o terminale è un paziente elettivo per le cure palliative (...). Il progresso medico e tecnologico ha permesso una sopravvivenza a neonati (...) senza tuttavia consentirne sempre la guarigione". Nonostante il nostro reparto sia una realtà nella quale molti piccoli pazienti nascono in condizioni al limite della sopravvivenza, accettare che possano "non sopravvivere" o che questo avvenga con importanti sequele fisiche e/o neurologiche è spesso molto difficile, in particolar modo se sono state investite molte risorse, non solo tecnologiche ma soprattutto fisiche e psicologiche, per sostenere sia le funzioni vitali del piccolo paziente che i genitori nel difficile percorso del ricovero in TIN. Per portare avanti questo percorso di cure palliative ci siamo resi conto di aver bisogno di un confronto interno in un modo nuovo, per capire cosa fosse il meglio per i nostri pazienti, ma anche di un aiuto esterno, di qualcuno con un'esperienza già acquisita in ambito di cure palliative che ci permettesse di ampliare il nostro punto di vista, ci facesse leggere le singole storie dei nostri piccoli pazienti con maggior obiettività e che, quando possibile, ci offrisse il sostegno per ricomporre il nucleo familiare per i pazienti più fragili difficilmente dimissibili al domicilio senza un percorso intermedio di "riappropriazione" del bambino da parte della famiglia.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Cure palliative rivolte al neonato, bambino e adolescente. Ministero della salute ,2007
- 2) Cancer pain relief and palliative care in children. WHO IASP, 1998
- 3) Cure palliative pediatriche in Italia: stato dell'arte e criticità. A cura di E. Alleva, F. Benini, A. De Santi, A. Geraci, M.Orzalesi

INFERMIERI

DALL'OSPEDALE A CASA: L'ATTIVITÀ EDUCATIVA PER IL TRASPORTO IN AUTO IN SICUREZZA DEI BAMBINI NATI PREMATURI O DIMESSI CON PRESIDI.

A. V. Soldi

Terapia Intensiva neonatale Mangiagalli - Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Il corretto posizionamento dei dispositivi di sicurezza per il trasporto in auto e la corretta postura del neonato durante gli spostamenti in automobile permette allo stesso di mantenere stabili i propri parametri vitali, l'allineamento posturale e facilita la digestione evitando il rischio di apnee, desaturazioni e/o bradicardie. Al fine di fornire una corretta educazione ai genitori dei bambini dimessi riguardo a questi aspetti, è stata allestita in patologia neonatale un'area educativa dotata di seggiolino auto e cartelli informativi riportanti il codice della strada e le modalità di fissaggio in auto che vengono illustrati prima della dimissione per mostrare le corrette modalità di utilizzo. Alcune categorie di neonati, nati prematuri e/o dimessi con necessità di utilizzare presidi respiratori, hanno un rischio maggiore di incorrere in desaturazioni, apnee e/o bradicardie soprattutto se in posizione semiseduta e ciò implica che deve essere effettuato un periodo di osservazione nel seggiolino prima della dimissione per almeno 90/120 minuti o per il tempo necessario per arrivare a casa, qualora il viaggio fosse più lungo.

L'osservazione deve essere effettuata posizionando il bambino nel seggiolino in modo corretto e con la stessa angolazione approvata dall'uso sul veicolo, eventualmente utilizzando dei supporti di rinforzo (telini laterali alle spalle) per stabilizzare la postura del bambino

Nella nostra UO il test di tolleranza viene eseguito per le seguenti categorie di bambini:

- Nati prima di 34 EG
- Dimessi con peso < 2000 g
- Dimessi con presidi respiratori

nei giorni precedenti la dimissione esclusivamente in presenza dei genitori i quali, dopo opportuna educazione, gestiscono il bambino posizionandolo nel seggiolino e monitorizzandolo durante la fase post-prandiale e il sonno, sotto la supervisione dell'infermiere di sala. Responsabilità dell'infermiere è fornire indicazioni per il mantenimento della corretta postura, valutare la tolleranza del bambino alla posizione semi-seduta monitorando la frequenza cardiaca, la saturazione di ossigeno e la respirazione. L'attuazione della procedura e l'esito del test vengono riportati su apposito modulo che successivamente viene firmato dal medico dimettente e posto in cartella. In caso di superamento del test, il medico potrà dimettere il bambino consentendo il trasporto con seggiolino auto, in caso contrario indicherà sulla lettera di dimissione l'uso della navicella omologata dotata di cinture di sicurezza.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Davis, N. L., Zenchenko, Y., Lever, A. & Rhein, L. Car seat safety for preterm neonates: Implementation and testing parameters of the Infant Car Seat Challenge. *Acad. Pediatr.* 13, 272–277 (2013).
- 2) Committee on Injury, Violence, and P. P. & Durbin, D. R. Policy Statement—Child Passenger Safety. *Pediatrics* 127, 788–93 (2011).
- 3) Decreto legislativo n 150 del 13 marzo 2006- Attuazione della Direttiva 2003/20/CE che modifica la Direttiva 91/671/CEE aggiornate al 01/2017

INFERMIERI

MISSED NURSING CARE E STAFFING: DUE VARIABILI CHE INCIDONO SULLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

G. Sorrentino

Terapia Intensiva Neonatale - Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

La figura dell'infermiere pediatrico/infermiere sta diventando sempre più un punto chiave nella governance e nella gestione del rischio clinico delle aziende sanitarie; ciò è dovuto anche ad una crescente responsabilizzazione nel proprio agire professionale. In quest'ottica la composizione dell'organico o "staffing" viene presa in considerazione non solo da un punto di vista quantitativo (numero di infermieri), ma valutandone anche le conoscenze e competenze, come definito dalla legge n. 43/2006. Pertanto, l'assistenza infermieristica può essere considerata come un sistema complesso, composto da diversi fattori, in cui il fine ultimo è la qualità delle prestazioni erogate in modo da garantire la sicurezza del paziente. Infatti, si è osservato che le attività infermieristiche hanno un impatto considerevole sugli outcome dei pazienti. Le attività infermieristiche possono essere influenzate da diverse variabili come la carenza di personale, la complessità dei pazienti, le competenze degli operatori. Queste variabili possono portare ad instaurare un processo di prioritizzazione delle prestazioni assistenziali da erogare in cui l'attività infermieristica viene parzialmente eseguita o tralasciata, quindi non eseguita. La mancata erogazione di una prestazione infermieristica viene definita in letteratura "Missed Nursing Care" (MNC). Questo fenomeno è stato studiato per la prima volta nel 2006 dall'autrice Kalisch che ha elaborato un modello per poter analizzare queste cure tralasciate. Questo modello si basa sulla teoria di Donebadian sugli indicatori: struttura, processo ed esito. Con questo modello l'autrice evidenzia come gli indicatori di struttura (risorse umane e non) e di processo (pianificazione, abitudini, ecc.) incidono sulle MNC e di conseguenza sul paziente e sullo staff infermieristico. Infatti, le cure mancanti possono condizionare le tre dimensioni della qualità dell'assistenza:

- organizzazione, aumentando i costi dovuti agli esiti negativi e intaccando l'immagine dell'azienda;
- professionista, esponendolo al burnout e moral distress;
- paziente, diminuendo la sicurezza e quindi aumentando gli outcome negativi.

La correlazione tra esiti, e quindi MNC, e staffing è stata ampiamente esplorata in letteratura mediante la somministrazione e l'analisi di self-report e la loro successiva correlazione con la composizione dell'organico. In ambito neonatale, seppure siano presenti alcuni studi su questo argomento, è necessario condurre ulteriori studi per poter approfondire meglio questa correlazione

BIBLIOGRAFIA

- 1) Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 2014
- 2) Cimiotti JP, Haas J, Saiman L, Larson EL. Impact of staffing on bloodstream infections in the neonatal intensive care unit. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160(8):832-836. doi: 10.1001/archpedi.160.8.832
- 3) Lake ET, de Cordova PB, Barton S, et al. Missed Nursing Care in Pediatrics. *Hosp Pediatr.* 2017;7(7):378-384. doi: 10.1542/hpeds.2016-0141

INFERMIERI

MATERNITÀ DURANTE IL COVID 19: RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA NELLA PREVENZIONE DELLA DEPRESSIONE POST PARTUM.

D. Staiano

Asl Pescara Santo Spirito – Terapia intensiva neonatale

Premessa

La maternità è un periodo significativo nella vita di una donna; un momento che per quanto individuale, assume una valenza sociale poiché si inserisce nel ciclo vitale della famiglia. La coppia, nel passaggio dal ruolo coniugale a quello genitoriale, trova frequentemente sostegno nella famiglia d'origine. La nascita fisica di un bambino corrisponde alla nascita psicologica della madre, da origine al "senso di essere madre". La nuova identità, che emerge nella donna è un'esperienza intima e profonda che non ha luogo in un momento specifico ma emerge gradualmente nei mesi precedenti la nascita e si consolida con la nascita del bambino. L'assetto materno può sembrare un dato di "semplice buonsenso", mentre è un'esperienza che assume e assumerà per il futuro un grande significato ed è accompagnato da momenti di fragilità. Occorre infatti considerare che il periodo della gravidanza e del post partum sono momenti in cui la donna è molto vulnerabile e pertanto può aumentare il rischio di insorgenza di vissuti depressivi lievi (maternity blues) o gravi (DPP). La letteratura riporta che il 70% delle donne, nei giorni immediatamente successivi al parto, manifesta sintomi di depressione quali tristezza, disturbi del sonno, pianto, irritabilità, sentimenti d'impotenza, pensieri negativi. I fattori che possono contribuire nel favorire l'insorgenza di tali vissuti sono: storia pregressa di depressione, aver sofferto nelle precedenti gravidanze di maternity blues, difficoltà di rapporto con il partner, mancanza di supporto sociale percepito, esperienza di vissuti stressanti recenti. Il fattore protettivo principale rispetto all'insorgenza di tali vissuti è dato dal riconoscimento precoce dei campanelli d'allarme; in tal senso, nel corso degli anni, anche se con ridotta continuità, è stato somministrato il test di Edimburgo nella Sezione Nido ed in Terapia Intensiva neonatale per il monitoraggio dei fattori di rischio di insorgenza della depressione post partum nelle donne con neonati ricoverati in T.I.N. Il precedente studio condotto nella Terapia Intensiva Neonatale e nella sezione Nido della Asl di Pescara, ha rappresentato un momento di crescita per tutto il personale dell'UOC (unità operativa complessa), tanto da favorire momenti di riflessione e gruppi di lavoro su temi quali la care, orari di apertura dell'Unità Operativa e comunicazione con i genitori. Le competenze maturate e la consapevolezza dell'importanza che la promozione degli interventi di care e della presenza dei genitori nell'UOC, hanno permesso l'attuazione di interventi a favore della relazione genitore-bambino tali da registrare una riduzione delle difficoltà emotive dei genitori, in particolar modo della madre. L'attuale progetto di ricerca è maturato nel team infermieristico durante il lockdown poiché il personale infermieristico della sezione Nido ha riscontrato un aumento delle richieste di aiuto, nella gestione del bambino, da parte delle mamme, un aumento dell'insicurezza e del timore di non essere una "madre sufficientemente buona". In considerazione di quanto osservato è stato strutturato un progetto di ricerca che ha permesso di effettuare un confronto tra il punteggio ottenuto nel test di Edimburgo da tre campioni di neo-mamme: donne con neonati in TIN, neo-mamme in fase-1 e neo-mamme dopo gli interventi psico-educazionali. L'obiettivo dello studio è stato duplice: conoscere le difficoltà emotive della madre in un momento storico caratterizzato dalla pandemia da covid-19 ed individuare possibili strategie d'intervento a sostegno della maternità.

Partendo dal presupposto che la gravidanza e la nascita di un bambino implicano un profondo processo che si esplica a livello fisico (trasformazioni del corpo della donna), psichico (passaggio dall'esser donna al ruolo di madre), sociale (cambiamento di ruolo nella società) e familiare (da figlia a madre; da moglie a moglie-madre), il personale infermieristico ha rivolto le sue attenzioni alla donna, con la consapevolezza che oltre a tali fattori, l'isolamento del lockdown avrebbe potuto influire sul benessere emotivo della madre. Pertanto in una fase iniziale ha osservato, registrato e discusso i cambiamenti nel comportamento delle neo mamme riscontrato un aumento delle richieste in termini di accudimento del bambino. Il primo dato emerso è

INFERMIERI

stato relativo ad un aumento della richiesta delle donne di esser sostenute rispetto all'allattamento, alla gestione del bambino con la verbalizzazione di sentimenti di inadeguatezza e necessità di rassicurazioni rispetto alle proprie competenze materne. L'equipe medico-infermieristico, coadiuvata dallo psicologo, ha optato per la somministrazione del test di Edimburgo e per dei colloqui clinici con le neo-mamme al fine di poter strutturare degli interventi in termini di prevenzione ed intervento.

Partecipanti

Lo studio ha coinvolto 90 donne, 30 donne con neonati ricoverati in Terapia Intensiva Neonatale, 60 donne con figlio in abs che hanno partorito durante il lockdown suddivise in due gruppi: un primo gruppo valutato nella fase iniziale del lockdown ed un secondo gruppo valutato dopo la rimodulazione degli interventi infermieristici volti a promuovere la relazione madre-bambino e favorire l'empowerment della donna rispetto alla competenza genitoriale.

Strumenti

Lo strumento utilizzato è la Scala di Edimburgo (COX e Holliden,2003): questionario di autosomministrazione che si compone di 10 item su scala likert a 4 punti e volto a valutare l'insorgenza di fenomeni di depressione post partum. la sua applicazione può rivolgersi a popolazioni di origini etniche diverse. Il test non di per sé una diagnosi di dpp, ma può essere un punto su cui partire. La somministrazione del test di Edimburgo è stata sostenuta da un colloquio con le neo mamme da parte dello psicologo. Il colloquio clinico è un dialogo tra un paziente e lo psicologo che ha lo scopo di aiutare la raccolta di informazioni e dati per fare una diagnosi e programmare un intervento di ascolto rispetto ad un'esperienza spesso destinata a restar chiusa dentro di sé.

Discussione

Il campione di donne interessate dalla ricerca è di 90 neo-mamme: tutte hanno accettato, senza resistenze, di compilare il test. I dati sono clinicamente interessanti: il 33,3 % delle donne che hanno avuto un bambino durante il lockdown hanno avuto un punteggio >9 (cut-off), mentre nello stesso periodo il 43,3 % delle donne con neonati ricoverati in Terapia Intensiva Neonatale ha ottenuto un punteggio clinicamente significativo nel test di Edimburgo. Ponendo invece un confronto con le neo-mamme, la percentuale delle donne con un punteggio clinicamente significativo in seguito alla rimodulazione dell'assistenza infermieristica nella sezione nido, scende al 23,3%. La lettura dei punteggi e le informazioni raccolte durante i colloqui clinici hanno importanti spunti di riflessione per l'equipe infermieristica poiché hanno rinforzato l'importanza del lavoro infermieristico rispetto alla prevenzione dell'insorgenza di difficoltà emotive nel post-partum. I dati ottenuti hanno posto in risalto la rilevanza dell'intervento preventivo pensato e strutturato dal personale infermieristico agli albori dell'emergenza covid-19: favorire la relazione madre-bambino individuando tempi e modalità che non fossero incompatibili con le misure di contenimento della pandemia. L'assistenza infermieristica, ricevuta dai neonati ricoverati in terapia intensiva neonatale durante il periodo di lockdown, è stata pensata con il supporto della competenza tecnico-professionale ed al contempo è stata strutturata pensando alla componente relazionale. Il personale infermieristico di una Terapia Intensiva neonatale è chiamato a svolgere un lavoro nel quale è richiesta un'elevata professionalità (necessaria per l'assistenza e la cura del neonato ad alto rischio), l'attenzione al vissuto emotivo del genitore, l'impegno educativo nei confronti dei neo-genitori che si ritrovano a gestire una genitorialità diversa da quella immaginata. Partendo da tali presupposti l'assistenza è stata strutturata e svolta mantenendo i più alti standard possibili al fine di garantire i diritti dei bimbi e delle loro madri, rispettando, nei limiti imposti dall'azienda e della situazione epidemiologica in atto, le disposizioni riportate nella carta dei diritti dei bambini e delle bambine in ospedale in cui viene dichiarato che "ogni bambino o bambina ricoverato in ospedale avrà diritto alla vicinanza dei propri genitori o di altre persone amiche in ogni momento della giornata", e che "Bambini o bambine saranno seguiti da uno staff adeguatamente preparato in grado di affrontare i bisogni fisici, emotivi, e di crescita dell'intero nucleo familiare" (art 2 e 8 della Carta Di Ledha, EACH - European Association for Children in Hospital www.each-for-sick-children.or) nella T.I.N. di Pescara sono state attivate numerosi interventi volti a sostenere la donna durante la degenza del bambino e favorire il rapporto madre-bambino, ribadendo la centralità del modello family-centered care. In seguito al parere del comitato tecnico regionale, la TIN ha dovuto rivedere gli orari d'ingresso dei genitori: prima del lockdown l'unità di Terapia Intensiva Neonatale della Asl di Pescara prevedeva la possibilità d'ingresso per entrambi i genitori per l'intero arco

INFERMIERI

della giornata (h 24) e ciò consentiva il loro coinvolgimento attivo nell'accudimento dei neonati. Il presupposto dell'apertura h24 fondava le sue radici sul considerare i genitori come parte integrante della terapia e purtroppo, le direttive aziendali hanno determinato una limitazione degli accessi e la durata degli stessi. L'assistenza infermieristica si è dovuta rimodulare con interventi di controllo dello stress (dovuto sia allo stato di salute del neonato che al timore di poter essere veicolo di contagio) e del dolore della separazione; sono state pertanto implementate nuove tecnologie atte a superare le distanze fisiche: l'utilizzo di un tablet per le videochiamate, il potenziamento del mami voice e interventi educativi. Nella seconda fase è stata intensificata l'educazione della mamma per eseguire la Kangaroo Mother Care e l'allattamento al seno senza nessun rischio per il bambino. L'attività infermieristica strutturata tempestivamente nella Terapia Intensiva neonatale si è caratterizzata per azioni di sostegno alla maternità:

- Intervento educativo sull'importanza dei presidi per la non diffusione del virus
- Sostenuto la madre nel contatto del neonato (inizialmente molte madri temevano di poter essere veicolo di trasmissione del covid-19)
- Utilizzo di strumenti di comunicazione (tablet) per favorire la comunicazione tra il personale infermieristico ed i genitori; soprattutto in situazioni del tutto nuove che si sono venute a creare in cui i genitori risultati positivi ai tamponi Covid-19 erano costretti all'isolamento domiciliare ed impossibilitati a stare vicino al loro piccolo che necessitava di cure intensive.
- Disponibilità ad accettare telefonate dei genitori in tutte le ore (h24): tale disponibilità è stata verbalizzata ai genitori proprio per attenuare la preoccupazione data dalla distanza.
- Coinvolgimento del papà attraverso le video-chiamate
- favorito la comunicazione e l'interazione tra le madri dei piccoli pazienti che erano ricoverati nello stesso periodo per favorire un senso di gruppo e supporto reciproco, in modo da favorire, attraverso il dialogo e la collaborazione, una rotazione degli ingressi di visita durante la giornata, evitando assembramenti nelle stanze di degenza ed evitando di far attendere inutilmente le madri nelle sale di attesa.
- Incontri con il comitato tecnico-scientifico dell'azienda per favorire l'apertura della Terapia Intensiva Neonatale alla presenza delle madri in linea con le direttive della sin scongiurandone un eventuale esclusione
- Fornito, al momento d'ingresso i dpi ai genitori. In un primo momento, i dispositivi erano di difficile reperimento sia all'interno dell'azienda che nelle farmacie; offrire i dispositivi alle mamme, al momento d'ingresso ha permesso di rassicurarle rispetto al timore che potessero essere veicolo di trasmissione del covid-19)
- Mantenimento Canguro terapia e informazione alla madre sulla possibilità di effettuarla senza rischio di contagio per il bambino.
- Sistema mami voice per tutti i neonati ricoverati in Terapia Intensiva Neonatale. I dispositivi, da poco introdotti nell'UOC, sono stati utilizzati favorendo la rotazione programmata.

Pertanto le neo mamme di neonati ricoverati presso la Sezione di Terapia Intensiva hanno ricevuto, sin dall'immediato lockdown, sostegno da parte del personale sanitario volto a favorire l'empowerment della donna; tale elemento ha rappresentato un fattore protettivo preventivo per le neo-mamme con bambini ricoverati in terapia intensiva neonatale.

Nella sezione Nido dell'UOC di Neonatologia e Terapia Intensiva neonatale della Asl di Pescara inizialmente non sono stati pensati interventi strutturati di sostegno alla maternità, oltre la normale prassi di assistenza infermieristica; ma il personale ha registrato fin da subito un aumento dello stato d'ansia e preoccupazioni a carico delle neo-madri. Pertanto la somministrazione del test di Edimburgo ed i colloqui hanno avuto un significato profondo perché accompagnati dal desiderio di capire cosa, in termini infermieristici, potesse essere di aiuto per intervenire. In seguito alla somministrazione dell'Edimburgo, è stata rivista l'assistenza infermieristica della sezione nido, al fine di sostenere la donna rispetto all'isolamento percepito ed al timore di contagio.

Gli interventi psico-educazionali promossi per le neo mamme della sezione Nido sono stati volti a:

- Rassicurare, ascoltare la neo-mamma
- Fornire maggiori informazioni sull'accudimento del neonato e sui segni e segnali da comunicare al pediatra

INFERMIERI

- Sostenere con interventi educativi individuali le madri rispetto all'accudimento del bambino
- Promuovere la relazione madre-bambino attraverso un maggior sostegno all'allattamento al seno. Il personale infermieristico ha sostenuto e seguito le donne con maggior cura e tempo al fine di favorire la percezione di competenza materna rispetto all'allattamento.
- Offrire supporto morale
- Incrementare l'empowerment della neo-mamma
- Informare sulla possibilità di rivolgersi al servizio psicologico ospedaliero e/o consultoriale.

Nella sezione Nido è stata effettuata una seconda somministrazione della Scala di Edimburgo, alle neo-mamme, dopo l'introduzione degli interventi prima elencati.

Conclusione

La ricerca ha preso le mosse dalla registrazione di un effetto del lockdown e delle misure di isolamento sociale sul benessere emotivo della madre. In particolare hanno giocato un ruolo significativo la mancanza di una presenza fisica della rete familiare ed amicale che sappiamo essere un fattore protettivo per il rischio di depressione post-partum.

Al fine di contenere il rischio di insorgenza di vissuti depressivi, il personale infermieristico della Sezione Nido ha incrementato i momenti di psico-educazione rivolti alla donna durante la degenza: intervenendo con misure di sostegno per l'allattamento, sostenendo le donne nella cura del bambino con la presenza e la guida del personale, offrendo una maggiore presenza rispetto al periodo di degenza. Tali misure hanno permesso di sostenere la donna nel post parto. Le nuove misure adottate hanno permesso di accompagnare la donna nel passaggio dall'esser figlia ad esser madre in un momento storico in cui a causa del lockdown, non potevano contare sull'aiuto della famiglia

d'origine. In un momento di passaggio significativo per l'identità della donna, la rimodulazione dell'attività infermieristica, attraverso l'attivazione di interventi psico-educativi relativi all'accudimento del bambino ha permesso un accoglimento dei vissuti di profonda trasformazione, nonché dei vissuti emozionali altalenanti tra la gioia e la tristezza. L'intervento strutturato e pensato per sostenere le madri, da parte dell'infermiere della sezione Nido, ha permesso di affrontare il tema della responsabilità genitoriale in termini di accudimento del bambino, che, in lockdown, è stato assolto unicamente dalla diade genitoriale: una responsabilità assoluta che ha determinato l'insorgenza di vissuti di paura, sconcerto, timore di non adeguatezza e che, grazie all'azione di sostegno e supporto, è stata contenuta. L'impegno emotivo, relazionale del personale infermieristico, supportato indubbiamente da una professionalità tecnica ha permesso di strutturare un percorso di accoglienza in cui il covid, l'ospedale e l'ospedalizzazione di un neonato non hanno depersonalizzato la relazione madre-bambino; indubbiamente ciò è stato possibile grazie ad un patto tacito, tra personale infermieristico e genitori, che si basa sulla fiducia...condizione preliminare indispensabile per un incontro aperto e pienamente umano". E' possibile concludere affermando che la tempestività degli interventi attuati in Terapia Intensiva Neonatale ha costituito un fattore protettivo rispetto all'insorgenza di sintomatologie della sfera emotiva più significative, mentre gli interventi attivati nella Sezione Nido hanno permesso una presa in carico, in termini preventivi della vulnerabilità materna e di coppia al momento della nascita del bambino, in un momento storico in cui la rete familiare non poteva svolgere la naturale funzione di sostegno. Il nuovo contesto di accoglienza ha favorito la verbalizzazione della solitudine emotiva provata dalle donne nel divenire madri senza il sostegno ed il supporto della propria famiglia d'origine ed al contempo, le azioni promosse, hanno rappresentato un fattore protettivo per lo strutturarsi di sentimenti di tristezza più significativi. La ricerca condotta ha attivato ulteriori spunti di riflessione e impegnato l'equipe nella valutazione delle misure di sostegno della figura paterna sia durante la degenza della donna nel punto nascita che nel caso di ricovero del bambino in Terapia Intensiva Neonatale. Nello specifico sono stati attivati dei gruppi di lavoro sulla possibilità di favorire, attraverso specifiche azioni di prevenzione, la presenza della coppia genitoriale in terapia intensiva, anche nel caso di persistenza della pandemia.

BIBLIOGRAFIA

- 1) COX J., HOLDEN J., Maternità e psicopatologia, guida all'uso dell'Edinburgh Postnatal Depression Scale, a cura di Grusso P. e Quattraro R.M., Centro Studi Erikson, 2008.
- 2) Carta Di Ledha, EACH - European Association for Children in Hospital '88.

- Amico Cristiana (Bergamo) - pag. 30
Angelo Beatrice (Napoli) - pag. 34
Bezze Elena Nicoletta (Milano) - pag. 35
Biermann Klaus Peter (Firenze) - pag. 26
Cocca Carolina (Pescara) - pag. 36
Comignani Clelia (Pescara) - pag. 41
Coppola Assunta (Napoli) - pag. 15
Coscia Paola (Milano) - pag. 45
Curcio Felice (Sassari) - pag. 13
D'Angelo Gloria (Parma) - pag. 46
Di Pietro Flaminia (Firenze) - pag. 22
Di Ubaldo Silvia Gabriela (Pavia) - pag. 20
Elia Anna (Catania) - pag. 47
Ferraro Romilda (Napoli) - pag. 49
Franzosi Laura (Milano) - pag. 52
Lolli Elisabetta (Padova) - pag. 29
Mattia Luciano (Torino) - pag. 4
Nicolosi Biagio (Firenze) - pag. 53
Panizzolo Sara (Napoli) - pag. 55
Plevani Laura (Milano) - pag. 56
Reghin Laura (Torino) - pag. 57
Romitti Maria Grazia (Brescia) - pag. 12
Ruggiero Jessica (Napoli) - pag. 14
Santini Germana (Milano) - pag. 58
Simeone Natascia (Rimini) - pag. 23
Soldi Andrea Valeria (Milano) - pag. 59
Sorrentino Gabriele (Milano) - pag. 60
Staiano Daniel (Pescara) - pag. 61



iDea
congress

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

iDea congress

P.zza Giovanni Randaccio, 1

00195 Roma

Tel. 06 36381573 - Fax 06 36307682

E-mail: info@ideacpa.com - www.ideacpa.com

