



SIN
SOCIETÀ ITALIANA DI
NEONATOLOGIA



XVIII

**Congresso Nazionale
della Società Italiana
di Neonatologia**
per Medici ed Infermieri

ROMA
3 - 5 Ottobre 2012

Rome Marriott Park Hotel

Segreteria Organizzativa



Biomedica srl
Via L. Temolo 4 - 20126 Milano
www.biomedica.net
www.congresso.neonatologia.it

Atti
Sessione Infermieristica



con il patrocinio di



XVIII

Congresso Nazionale della Società Italiana di Neonatologia *per Medici ed Infermieri*

ROMA 3 - 5 Ottobre 2012
ROME MARRIOTT PARK HOTEL

Atti
Sessione Infermieristica

Nota dell'Editore:
i riassunti sono stati riprodotti senza alcuna revisione editoriale dal materiale direttamente
fornito dagli autori.

Salone Tiziano 1

9.00	Apertura dei lavori <i>Paolo Giliberti</i>
09.15	Saluto Autorità <i>IPASVI</i> <i>Gennaro Rocco</i>
	ETICA, BIOETICA E UMANIZZAZIONE DELLE CURE IN NEONATOLOGIA <i>Moderatori: Giovanna Cuomo (Modena), Denis Pisano (Cagliari)</i>
09.30	Lettura magistrale: "Problematiche di fine vita" <i>Grazia Colombo (Milano)</i>
10.00	Grandi Prematuri: aspetti etici e legali <i>Luisa Passatore (Cuneo)</i>
10.25	Il Distress Morale in neonatologia <i>Roberta Guardione (Torino)</i>
10.50	La comunicazione infermiere - genitore <i>Anna Serra (Torino)</i>
11.15	Discussione
11.30	Indagine sul supporto ai genitori in TIN <i>Remo Galaverna (Cuneo)</i>
11.55	Medical humanities e medicina narrativa <i>Monica Zara (Cagliari)</i>
12.20	Family Centered Care in neonatologia <i>Simona Calza (Genova)</i>
12.45	Discussione

ORGANIZZAZIONE E QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

Moderatori: Annamaria Battan (Monza), Elena Nicoletta Bezze (Milano)

14.00	Nursing Competence Scale <i>Filippo Festini (Firenze)</i>
14.25	Infezioni ospedaliere associate a dispositivi intravascolari <i>Silvia Traina (Milano)</i>
14.50	Profilassi VRS nei neonati immigrati: difficoltà e problem solving <i>Elena Bernabei (Aversa)</i>
15.15	Discussione
15.30	La cultura della sicurezza nelle terapie intensive neonatali italiane <i>Roberta Negri (Mantova)</i>
15.50	Procedure, protocolli e linee guida: ciak si gira!!! <i>Elisa Romani (Mantova)</i>
16.15	T.A.N.T.O; una rete per il neonato a rischio <i>Carmelina De Lucia (Torino)</i>
16.40	La pianificazione della turnistica degli infermieri in TIN <i>Laura Coia (Roma)</i>
16.55	Discussione
	SPAZIO COMUNICAZIONI <i>Moderatori: Assunta Fabi (Roma), Laure Morganti (Ascoli Piceno)</i>
17.00	Nurse Led: l'ambulatorio delle stomie <i>Simona Pizzi (Milano)</i>
17.20	"Positive Practice". Cari colleghi facciamo care? <i>Jessica Centorbi (Seriante)</i>
17.40	Skin Care in Preterm Infant <i>Fedora Del Prato (Napoli)</i>
18.00	Prevenzione della Retinopatia del Prematuro (ROP) <i>Elena Aldrigo (Milano)</i>
18.20	La valutazione della poppata nel prematuro: un obiettivo possibile? <i>Paola Bressi (Legnano)</i>
18.40	Discussione
18.45	Chiusura dei lavori

I GRANDI PREMATURI: ASPETTI ETICI E LEGALI

L. Passatore

Infermiera pediatrica, S.C. Terapia Intensiva Neonatale, A.O. S. Croce e Carle Cuneo

Esistono settori della medicina in cui l'evoluzione della tecnologia e delle competenze ha cambiato totalmente lo scenario clinico e le prospettive di sopravvivenza, con il raggiungimento di obiettivi impensabili fino a pochi anni fa. La neonatologia moderna ne è un esempio con implicazioni etiche, legali, economiche e sociali che dividono il mondo scientifico internazionale. Negli anni '90 i neonati di peso inferiore ai mille grammi sopravvivevano raramente e la legislazione corrente aveva posto dei limiti temporali per la definizione del termine "feto" adeguati alle conoscenze e alle competenze tecniche di quel tempo. La stessa Legge 194 del '78 è stata un esempio internazionale di "buona legislazione" ed è stata adeguata per moltissimi anni. Qualunque prodotto del concepimento di età inferiore ai 180 giorni (25 settimane +5 giorni) era infatti definito aborto e questo corrispondeva effettivamente al vero, cioè rarissimamente feti di quell'età sopravvivevano ai primi giorni di vita. La legge 194 peraltro sottolineava come fosse possibile ricorrere all'interruzione terapeutica di gravidanza qualora "esistesse possibilità di vita autonoma del feto", solo se c'erano rischi vita per la madre. I tempi però sono cambiati e oggi sopravvivono bambini che per legge sarebbero definiti aborti.

Un tempo suscitava emozione parlare di neonati di basso peso alla nascita e ci si riferiva a bambini di peso compreso tra i 1500 e i 2500 g. (Low Birth Weight).

Ci siamo abituati all'esistenza di neonati di peso molto basso (Very LBW), cioè al di sotto dei 1500 g. e poi ancora a neonati Extremely LWB, cioè al di sotto dei 1000 g.

Negli ultimi anni siamo giunti a neonati di peso "ridicolmente basso" cioè al di sotto di 500 g. Accanto al problema della sopravvivenza percentuale più o meno alta, esiste il problema della qualità della sopravvivenza essendo questa categoria di bambini frequentemente afflitta da deficit motori più o meno gravi, da deficit cognitivi e da scarsa riserva di funzione polmonare. Il dibattito si è fatto molto acceso anche per i costi sociali che la crescita di questi bambini impone: accanto infatti ad elevate spese per le cure intensive nei primi mesi, è prevedibile un elevato budget da impiegare nei frequenti ricoveri, nelle cure di riabilitazione, nella special education a scuola.

La comunità scientifica discute da tempo sui limiti temporali da indicare in merito a chi deve essere rianimato e chi no.

Il Comitato di Bioetica si è espresso a tal proposito con un documento approvato il 29 febbraio 2008, nel quale si afferma che è "eticamente inaccettabile, oltre che scientificamente opinabile, la pretesa di individuare una soglia temporale a partire dalla quale rifiutare, a priori, ogni tentativo di rianimazione". Il Comitato ricorda che alla nascita il neonato acquista lo statuto giuridico di persona e cita l'art. 3 della Costituzione Italiana: "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali."

Anche il Comitato Superiore di Sanità, nel marzo del 2008, ha ribadito di "rianimare sempre i neonati prematuri per poi valutare le possibilità di sopravvivenza evitando cure intensive inutili qualora queste si dimostrassero inefficaci per non cadere nell'accanimento terapeutico", cercando una soluzione condivisa con i genitori ma tenendo sempre in maggior considerazione la tutela della vita e della salute del feto e del neonato

La "Carta del bambino nato prematuro"

Il 22 Settembre 2010 il Segretario Generale delle Nazioni Unite Ban Ki-moon ha presentato all'Assemblea Generale dell'ONU la Strategia Globale per la Salute delle Donne e dei Bambini. La Strategia richiedeva uno sforzo congiunto da parte di tutti i Paesi per il miglioramento della salute delle donne e dei bambini di tutto il mondo.

L'Italia ha prontamente risposto e, con il contributo di Comunità Scientifica, Associazioni di genitori, Impresa privata, è nata la "Carta del bambino nato prematuro" che si pone come obiettivo di far riconoscere alle Istituzioni il diritto prioritario dei nati prematuri di ottenere adeguata assistenza nell'immediato ma anche una continuità delle cure post-ricovero, con il coinvolgimento di adeguate strutture territoriali che si facciano carico di questi bambini e dei loro nuclei famigliari.

La Carta consta di 10 articoli che toccano tutti i punti salienti del percorso di un bambino prematuro, rivelandone le criticità più frequenti.

Ribadito il concetto che il neonato prematuro deve essere considerato una persona, come stabiliscono i Principi Fondamentali della Costituzione, si pone l'accento sul diritto ad avere un'adeguata assistenza pre e post-natale. Ciò comporta la presenza di una rete assistenziale che monitorizzi le gravidanze a rischio, centri di III livello nei quali collaborino competenze ostetriche e neonatologiche, Terapie Intensive neonatali con attrezzature adeguate e personale medico ed infermieristico qualificato: il tutto per garantire "sicurezza e benessere".

Il neonato, nel corso della degenza è sottoposto a manovre più o meno invasive che possono procurare dolore, per cui è fondamentale mettere in pratica tutti gli accorgimenti necessari per dare sollievo.

Se gli sforzi congiunti dovessero portare comunque ad un esito infausto è indispensabile dare sostegno ai genitori che hanno diritto di essere presenti anche nella fase terminale.

Quando possibile, il primo contatto tra il neonato e la madre deve avvenire già in sala parto; anche il padre va coinvolto immediatamente poiché farà da collegamento, almeno nelle prime ore, tra i sanitari e la mamma. Un coinvolgimento attivo di entrambi i genitori permetterà una comunicazione più efficace e renderà il ricovero in T.I.N. meno traumatico.

La realtà della T.I.N. è inaspettata e sconosciuta; i genitori sperimentano emozioni contrastanti come impotenza, rabbia, timore. Le notizie esaustive sulle condizioni del loro piccolo e l'appoggio costante del personale porteranno sicuramente ad una riappropriazione della genitorialità più precoce.

I genitori vanno adeguatamente istruiti su tutte le misure di "care" in modo da riconoscere e poter ridurre le sorgenti di stress per garantire un adeguato sviluppo neuro-motorio e relazionale del loro bambino. Tra queste il metodo marsupio che stabilisce un contatto diretto e permette l'avvio dell'allattamento al seno che va, dove possibile, sempre sostenuto.

Il momento della dimissione è sempre delicato e ricco di dubbi ed ansie. Un appropriato follow-up multidisciplinare portato avanti nel tempo dalle stesse persone che hanno preso in carico il bambino alla nascita è estremamente rassicurante per i neo genitori.

Qualora ci fossero esiti di disabilità di qualsiasi genere e grado è un diritto del neonato ricevere cure riabilitative adeguate ed è un diritto dei genitori ottenere sostegno di tipo sociale, psicologico ed economico.

Conclusioni

E' auspicabile che il lavoro fin qui svolto da coloro che hanno fortemente voluto questo Documento non rimanga solo sulla carta ma sia di merito per il raggiungimento di un'uniformità delle condizioni socio-sanitarie su tutto il territorio nazionale.

Si spera che l'esempio italiano venga seguito anche da altri Paesi in modo che l'azione congiunta porti al più presto al conseguimento degli obiettivi comuni: migliorare la vita dei bambini prematuri e delle loro famiglie.

Bibliografia

1. Fanaroff A., et Al. Trends in neonatal morbidity and mortality for very low birth weight infants. AmJ Obstet Gynecol 2007; 196: 147. e1-8
2. Costeloe K, Hennessy E, Gibson AT, et Al. The EPICURE study: Outcomes to discharge from hospital for infants born at the threshold of viability. Pediatrics 2000; 106: 659-71
3. Vermont Oxford Network: <https://nighingale.vtoxford.org/reports>
4. Legge 22 Maggio 1978 n.194, Gazzetta Ufficiale n.140, 22/5/1978
5. Pignotti MS, Scarselli G, Barberi I, et Al. Perinatal care at an extremely low gestational age (22-25 weeks). An Italian approach: the "Carta di Firenze". Arch. Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2007; 92: F 515-6
6. Comitato Bioetica: <http://www.governo.it/bioetica/testi/prematuro.pdf>
7. Consiglio Superiore di Sanità, Sessione XLVI, Seduta del 4 marzo 2008, Assemblea Generale: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_publicazioni_765_allegato.pdf
8. www. Salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_1483_allegato.pdf
9. www. neonatologia.it
10. Born Too Soon. The Global action Report on Preterm Birth. 2012

LA COMUNICAZIONE INFERMIERE-GENITORE

A. Serra, S.Rovei

La nuova etica infermieristica prevede il passaggio da etica del dovere a etica della responsabilità; gli operatori sanitari che si trovano a operare oggi possono trovare spunti di riflessione e di cambiamento per dare un nuovo significato al proprio approccio assistenziale.

Dal 1997, dopo la stesura della Convenzione di Oviedo, ci troviamo di fronte all'umanizzazione dell'assistenza sanitaria, non solo più intesa come cura rivolta alla guarigione dalla malattia, ma come presa in carico dell'essere umano che si ha di fronte in tutta la sua complessità.

Con l'approvazione nel 2009 del nuovo Codice deontologico dell'infermiere, si è spostata l'attenzione dal sistema di regole all'esperienza, facendo emergere l'importanza della sensibilità umana e della competenza professionale.

Quando si sposta l'attenzione dal sistema di regole all'esperienza, ciò che diventa importante è il complesso di attitudini personali, di sensibilità umana e di competenza professionale che sostanziano la cura infermieristica. Se c'è motivazione e un senso nell'agire, nel professionista ci sarà una gratificazione che deriva dalla relazione con la persona assistita.

Aver cura del paziente sarà allora un atto in cui l'intelligenza, non meno del cuore, avrà la sua parte e il suo posto.

Art. 6. *Il neonato prematuro ricoverato ha il diritto di avere genitori correttamente informati in modo comprensibile, esaustivo e continuativo sull'evolvere delle sue condizioni e sulle scelte terapeutiche.*

Prendendo spunto da questo articolo del Manifesto dei Diritti del Bambino Nato Prematuro apriamo sulla comunicazione infermiere-genitore che avviene nelle nostre TIN.

Sicuramente la presenza dei genitori è un enorme carico per l'operatore, e ciò è vero soprattutto all'inizio: il genitore si trova spaesato e deve gestire un dolore tale che per riuscire a ritrovare un equilibrio si trova a richiedere la presenza continua dell'operatore per sé, ponendo domande continue, chiedendo rassicurazioni che non si possono dare e tutto viene ripetuto all'infinito; quante volte ci diciamo "non capiscono, eppure sono stato chiaro!"

L'evento della nascita è fisiologicamente accompagnato da notevoli aspettative da parte dei genitori, da fantasie idilliache, da immagini positive.

Quando però qualcosa non va, come nel caso di una nascita molto pretermine, il brusco cambiamento di prospettiva fa calare per così dire un velo "grigio" sull'immagine idilliaca che i genitori si erano fatti. Questo "velo" rende difficile scorgere anche parzialmente delle vie d'uscita.

Esistono esigenze precise da parte dei genitori, prima fra tutte quella di capire che cosa stia succedendo, ma anche la necessità di avere informazioni (e quindi individuare la persona giusta a cui chiedere qualcosa di più e scegliere le domande da fare). Ai genitori inoltre è richiesta una grande prova, quella cioè di riuscire a tollerare le attese (di esami, di accertamenti, di risposte...) e quindi di sopportare l'incertezza, pur conservando la speranza.

In ogni comunicazione, in ambito sanitario o meno, gli elementi costitutivi sono sempre gli stessi: degli "attori", cioè i protagonisti della comunicazione, attraverso i quali passano dei messaggi verbali e non verbali, tali che fra essi si instaura una relazione, le cose sono rese più complesse dal contesto in cui si muovono gli attori e dalle influenze esterne.

La comunicazione, quindi, è, in realtà, qualcosa di piuttosto complicato. Tra l'infermiere e il genitore si possono costruire a livello comunicativo molti scenari, in questo contesto metteremo in evidenza i due più significativi:

- il "muro" fatto di diversità di convinzioni, abitudini, informazioni, pregiudizi, timori, ricordi, progetti, che rendono difficile il passaggio di conoscenze, dati, informazioni, nonché il passaggio di consigli, indicazioni e prescrizioni;
- la costruzione di un legame di tipo "familiare" che non permette di mantenere una buona relazione tra genitore e infermiere, abbattendo la giusta distanza che una corretta relazione richiede, ponendo il professionista al rischio di ritrovarsi eccessivamente coinvolto a livello emotivo nella relazione stessa.

I mezzi per impedire l'instaurazione di questi scenari sono l'acquisizione di competenze comunicative che vanno acquisite mediante una formazione adeguata da parte del professionista perché non bastano solo il buon senso e la buona volontà per impedire gli incidenti comunicativi.

Il professionista che userà una comunicazione efficace, la quale non richiede tempo in più, si troverà così a:

- formulare obiettivi specifici;
- usare le parole giuste per quell'individuo o quella famiglia;
- usare un linguaggio privo di inutili tecnicismi, pur senza perdere autorevolezza;
- completare le informazioni, anche quando siano state fornite da altri;
- cogliere se i genitori hanno compreso le istruzioni e le indicazioni o se sia necessario aggiungere qualcosa;
- informare senza sconvolgere;
- non illudere, ma neanche togliere le speranze;

creando così uno standard comunicativo che sarà fondamentale per la relazione di cura.

La fase di formazione è necessariamente lunga, perché richiede l'apprendimento di vere e proprie tecniche (abilità di Counselling) atte ad acquisire uno stile comunicativo comune.

Nella nostra TIN la formazione è stata rivolta a tutto il personale medico-infermieristico e si è svolta in 6 giornate complete, circa 1 volta al mese.

Che cosa abbiamo imparato?

Concetto-chiave della comunicazione professionale è che essa ha due caratteristiche fondamentali:

- 1) la presenza di obiettivi specifici, da parte del professionista;
- 2) la presenza, in questo tipo di comunicazione, a differenza di una comunicazione per esempio fra amici, di disuguaglianze: il professionista e il paziente (nel nostro caso) presentano disuguaglianze di categoria, di ruolo e quindi di potere, ma anche di contesto e di conoscenze sul contesto stesso e quindi possono ritrovarsi ad avere anche obiettivi diversi.

Ciò impone al professionista la pressoché totale responsabilità nell'assicurare il buon andamento della comunicazione.

Quale dovrebbe essere lo stile comunicativo in ambito professionale?

- lavorare per obiettivi specifici;
- cercare di essere assertivi, quindi né passivi né aggressivi: il professionista esplicita quali sono i suoi ambiti e i suoi obiettivi senza giustificare (semplicemente esplicitando) e senza aggredire;
- cercare di aumentare i messaggi in entrata, per capire un po' di più del mondo di chi abbiamo di fronte, attraverso l'ascolto attivo e la formulazione di domande;
- le domande hanno come scopi quelli di capire qualcosa dell'universo dell'altro, selezionare le informazioni utili e soprattutto mantenere una relazione valida;
- la selezione delle informazioni utili è fondamentale, perché fornire troppe informazioni significa travolgere chi abbiamo di fronte e quindi sostanzialmente non fornire alcuna informazione.

La comunicazione non è un intervento spontaneo, ma professionale, che non richiede tempo in più, ma va collocato all'interno degli abituali interventi del professionista.

La nostra non è ovviamente una realtà "perfetta", è anzi costituita da un gruppo di professionisti "imperfetti", ma che si propone di apprendere e cercare nuove soluzioni per i neonati e le loro famiglie, che cerca di far bagaglio di un risultato non perfetto, ma che prova e tenta ogni buon progetto per il bene di chi cura.

L'etica professionale ci pone in continua oscillazione tra i diritti del nostro assistito e il dovere che ci viene imposto come infermieri. Dobbiamo tenere sempre a mente ciò che differenzia la nostra professione dalle altre: la relazione umana e di cura che intraprendiamo con ogni nostro utente. Inoltre, visto tutto il carico emotivo che la relazione di cura richiede, dobbiamo anche pretendere che le Istituzioni di cui facciamo parte rispettino i nostri diritti, rendendo effettivi i loro doveri verso le nostre professioni.

INDAGINE SUL SUPPORTO INFERMIERISTICO FORNITO AI GENITORI IN TIN

R. Galaverna

Terapia Intensiva Neonatale, A.O. S. Croce e Carle di Cuneo

Premessa

In ambito assistenziale la misurazione della qualità dei servizi è diventata una funzione ormai fondamentale e strategica per le unità operative, poiché consente di verificare il livello di efficienza ed efficacia di un servizio percepito dagli utenti, in un'ottica di riprogettazione e di miglioramento delle performance infermieristiche. Per una Terapia Intensiva Neonatale la rilevazione della customer/citizen satisfaction (CS) può rispondere alle seguenti finalità:

- Rilevare il grado di soddisfazione dei genitori rispetto ai servizi offerti;
- Favorire l'emersione di bisogni latenti e l'ascolto di genitori "deboli" o più scarsamente valutati nella erogazione generale di servizi;
- Raccogliere idee e suggerimenti e promuovere la partecipazione alle attività di cura;
- Rafforzare il livello di comunicazione, di dialogo e di fiducia dei genitori rispetto all'assistenza erogata verso il loro piccolo

Obiettivi dell'indagine

- 1) Indagare sull'assistenza infermieristica ricevuta dai genitori durante la permanenza del loro piccolo presso la Terapia Intensiva Neonatale di Cuneo.
- 2) Approfondire come l'équipe infermieristica assiste e sostiene la mamma dopo la nascita di un bimbo prematuro per osservare i punti forza ed eventuali punti di miglioramento.

Metodi e strumenti

Per la particolarità della ricerca si è scelto di impostare il questionario con domande aperte e domande chiuse. Per le domande chiuse a risposta univoca, le percentuali di risposta sono state calcolate sul totale dei questionari distribuiti, dato per scontato che la percentuale di non risposta rientra pienamente nella quota fisiologica stabilita dalla letteratura sull'argomento. Per quanto riguarda invece le domande a risposta multipla, le percentuali sono state calcolate sul totale dei questionari restituiti. I quesiti a risposta aperta sono stati trattati a parte e presentati negli allegati. I suggerimenti, le osservazioni, le riflessioni e le professioni dichiarate dai genitori sono state riportate così come registrate; per i titoli di studio, si è proceduto alla loro riagggregazione per livelli di istruzione. Per la strutturazione del questionario, oltre alle generalità degli intervistati, sono state individuate cinque macro aree: Accoglienza alla mamma in Terapia Intensiva Neonatale – Relazione, contatto fra mamma e bimbo – Sostegno ai genitori – Coinvolgimento della mamma nell'assistenza al suo bimbo – La dimissione.

Il periodo di analisi è stato da gennaio a dicembre 2010, sono stati distribuiti 200 questionari.

Risultati e discussione

Sono stati raccolti 176 questionari, l'età media dei padri è stata di 35 anni mentre quella delle madri di 32 anni, entrambi con una nazionalità prevalentemente italiana. L'osservazione sull'ingresso della madre in Terapia Intensiva Neonatale ha rilevato che nel 96,43% è stato un infermiere ad accoglierla anche se nel 76,11% si è limitato ad illustrarle le norme igieniche da rispettare per entrare in reparto, mentre la seconda informazione fornita in ordine di frequenza è stata la comunicazione sulle condizioni di salute del piccolo, la sua sistemazione in incubatrice o culla, la presenza/assenza di supporto ventilatorio. Il 99% delle madri intervistate ha rilevato che l'infermiere è stato loro vicino durante l'ingresso in reparto e quest'accompagnamento è stato molto apprezzato. Si è poi indagato come la madre veniva in contatto per la prima volta con il suo piccolo e come percepiva questa situazione. I dati riportano che l'infermiere nell'88,50% dei casi ha spiegato l'importanza di un contatto precoce mamma-bimbo ed ha illustrato come farlo. Le madri erano molto emozionate la prima volta che facevano la kangaroo mother care (34,5%) e circa il 38,94% hanno riferito che era un metodo utile per stare vicino al loro piccolo. Il 63,64% delle mamme pensava inoltre che fosse garantita la privacy sia da parte degli infermieri sia da parte di altri genitori durante la kangaroo care. L'87,76% dei genitori riteneva di essere stato seguito e sostenuto dagli infermieri rispetto alle paure ed alle angosce nei momenti di sconforto. Molto positivamente è stata accettata la proposta sulla

possibilità di poter incontrare alcuni genitori che in passato hanno vissuto la stessa esperienza (77,78%). Il 48,45% ritiene comunque che sia necessario un luogo esclusivamente dedicato ai genitori. Le madri hanno apprezzato molto il loro coinvolgimento nell'assistenza al piccolo (96,08%) e ritengono che il tempo dedicato sia sufficiente e che non necessiti di ulteriori incrementi (68,09%). Le procedure di dimissione sono state concordate per la maggior parte con il personale infermieristico (84,96%) e nel 73,83% dei casi gli stessi infermieri si sono resi disponibili per chiarire eventuali dubbi. Il 97% delle madri che hanno potuto effettuare il maternage lo hanno ritenuto molto utile. Analizzando i risultati di questa indagine abbiamo riscontrato una buona percezione parentale del nostro lavoro di assistenza anche se come sempre i momenti di condivisione più intima delle difficoltà e delle paure hanno rilevato la necessità di spazi più intimi e di tempi più dilatati per sostenere ed ascoltare i genitori in modo ottimale.

Bibliografia

- A. Tanese, G. Negro, A. Gramigna La customer satisfaction nelle amministrazioni pubbliche - Valutare la qualità percepita dai cittadini Rubbettino editore (Cantieri DFP) 2003
- EUPAN (European Public Administration Network) European Primer on Customer Satisfaction Management 2008
- A. Gramigna (a cura di) Amministrazioni in ascolto - Esperienze di customer satisfaction nelle amministrazioni pubbliche Edizioni Scientifiche Italiane - Cantieri DFP Roma 2005
- A. Gramigna, P. Lugli (a cura di) Ascolto dell'utenza e valutazione dei bisogni URP degli URP - collana strumenti Roma 2001
- G. Capano, S. Vassallo (a cura di) Customer satisfaction: a che punto siamo Rubbettino - DFP 2007
- Bailey Kenneth D. Metodi della ricerca sociale Il Mulino Bologna 1982
- P. Watzlawich, J.H. Beavitt, D.D. Jackson Pragmatica della Comunicazione Umana Casa Editrice Astrolabio Roma 1971
- P. Corbetta, Metodologia e tecniche della ricerca sociale Il Mulino, Bologna 1999

MEDICAL HUMANITIES E MEDICINA NARRATIVA

M. Zara

Il libro da me analizzato è medical humanities e medicina narrativa. L'autrice di questo testo è Lucia Zannini una pedagoga che insegna pedagogia presso la facoltà di medicina e chirurgia all'università di Milano. Si occupa di formazione dei professionisti che operano in contesti sanitari e degli aspetti educativi della relazione terapeutica. Ha scritto questo libro a partire dalla sua esperienza di formatore. La prospettiva dalla quale osserva i temi in gioco è quella pedagogica, la quale però non può considerarsi esaustiva per la complessa tematica della medicina narrativa. Questo studio prende le mosse dalla sua riflessione su quanto andava conoscendo e sperimentando rispetto all'uso del testo autobiografico o letterario, filmico, nella formazione degli operatori sanitari, soprattutto grazie ai percorsi di clinica della formazione che dal 2000 aveva attuato con vari professionisti della cura sia in ambito universitario che nella formazione permanente. Man mano che approfondiva la letteratura internazionale l'autrice si rendeva conto che molti interventi si concentravano su problemi concreti ed operativi. In altre parole non si limitava a segnalare l'importanza di reintrodurre nella formazione degli operatori sanitari le materie umanistiche e i loro prodotti, ma indicava concretamente come farlo, spiegando come usare il romanzo piuttosto che il film o l'opera pittorica nella formazione, o come attivare l'opera autobiografica. Nel secondo capitolo ha cercato di esplicitare il significato della medicina narrativa a partire dall'analisi del contesto storico-culturale nel quale si sviluppa per poi calarla nella pratica clinica. Sostanzialmente ha cercato di compiere due operazioni: illustrare attraverso esempi concreti come si svolge una raccolta della storia della malattia con un approccio narrative-based e di conseguenza costruire come si formula un progetto terapeutico. In questo modo il progetto terapeutico viene a configurarsi come una serie di immagini, di eventi futuri desiderabili che danno un significato alle specifiche azioni che il paziente è chiamato a compiere implementando la sua motivazione e quindi l'efficacia terapeutica. Nella seconda parte del capitolo ha invece affrontato la questione delle pratiche autobiografiche dei malati. Tuttavia la pratica autobiografica nei contesti sanitari raramente si declina come la scrittura per intero dell'esperienza di malattia (concretizzandosi quindi come vera autobiografia), più frequentemente la pratica autobiografica si realizza nella scrittura di Bolton):

ricordi specifici soprattutto legati all'esperienza di malattia (l'irruzione della sintomatologia, la comunicazione della diagnosi ecc.);

- idee e pensieri su quanto accade è accaduto (per esempio scrivere su quelle che si pensa siano le cause della propria malattia);
- emozioni in relazione all'esperienza di malattia;
- sogni che possano aiutare a svelare aspetti dell'esperienza di malattia che sono rimasti taciuti;
- diari nei quali confluiscono sia aspetti pratici del disagio che aspetti esistenziali;
- etere (alla propria malattia, a persone care, agli operatori) che permettano di prendere contatto con dimensioni della propria esperienza che si sono messe a tacere o che fatica non ad esprimersi.

Si tratta di un utilizzo della scrittura autobiografica che potremmo definire per temi prefissati. Proporre ai pazienti dei temi predefiniti ha tuttavia il vantaggio di dare una chiara cornice di riferimento e di attribuire loro un compito che facilita enormemente la scrittura. A volte si possono utilizzare in rapporto alla persona che abbiamo di fronte linguaggi alternativi alla scrittura come quando si ha a che fare con bambini. Anche i pazienti possono proficuamente ricorrere a disegni, collage, maschere, burattini, semplici sculture per raccontare la propria esperienza di malattia. Queste pratiche autobiografiche per linguaggi alternativi possono rientrare nella ricognizione autobiografica per temi. E' utile cercare di comprendere la pratica di scrittura della malattia per temi prefissati facendo riferimento a un quadro teorico un po' più ampio e soprattutto delineato in un'ottica processuale ossia in un'ottica che indica con che temi/strumenti è auspicabile aprire l'esplorazione autobiografica dell'esperienza di malattia e quindi ricomporla. Così facendo, la scrittura dei singoli aspetti della propria esperienza di malattia viene affrontata in maniera più organica e soprattutto finalizzata alla reinterpretazione di tale esperienza, la quale può avere effetti sia trasformativi che educativi. Ho voluto focalizzare l'introduzione della scrittura autobiografica nell'esperienza della nascita in quanto ricalca la mia vita lavorativa lavorando presso un punto nascita che accoglie



mediamente seicento parti all'anno. Premetto che in questo nido si vive l'esperienza de rooming-in. Si parla spesso di come per esempio la depressione post parto sia legata al periodo seguente la nascita del bambino, ma ancora poca attenzione viene data al delicato periodo dell'allattamento che sembra a volte essere coinvolto con lo sviluppo del disagio psicologico di certe madri. Tuttavia molti studi sembrano aderire a due differenti scuole di pensiero: da una parte c'è l'ipotesi che sia lo stesso allattamento al seno, le concentrazioni di prolattina e progesterone a generare disturbi come l'ansia, disturbi dell'umore, dall'altra invece appare evidente come l'esperienza dell'allattamento generi uno stato di benessere e miglioramento delle condizioni della madre. Vero è che molte donne che presentano già forme ansiose con problemi contestuali concomitanti (salute del bambino, problemi familiari, ecc.), possono vivere con difficoltà un allattamento sereno e spesso possono presentare ipogalattia (scarsa produzione di latte). E' importante quindi che le donne che possono essere soggette a forma di depressione post parto, siano sostenute ed aiutate ad allattare in modo naturale, in quanto è possibile così promuovere in loro una maggiore autostima come madri, acquisite maggiore sicurezza in se stesse per poter comunicare con il proprio bambino attraverso la modalità più immediata della scrittura autobiografica, spiegando così tutte le sensazioni provate: paura, gioia, ecc. La lettera seguente ci aiuta a chiarire meglio le sensazioni provate da una donna dopo il parto:

<<E' nata Emma ...dopo tanta attesa e qualche spavento finalmente la mia polpettina è venuta al mondo! Certo descrivere le infinite sensazioni di quello che ho provato, e che tutt'ora ogni istante della sua vita sto provando è veramente impossibile Da che ho saputo o meglio capito che ero rimasta in attesa al momento in cui ci siamo guardate dritte negli occhi per la prima volta martedì notte ci sono state tutte: sorpresa.... Meraviglia...paura... panico...gioia....felicità pura e vera...L'ho desiderata così tanto...e l'ho voluta con tutte le mie forze ...L'ho persa una volta con tutto il mio dolore ...e ora è qui addormentata sul mio petto con la sua guancia tutta rosa sul mio seno dolorante...ed è mia ..tutta mia con tutte le mie speranze.! Dico che tutte le mie sofferenze vengono spazzate via da un sorriso ... le mie paure di non riuscire a farle da mamma svaniscono ogni volta che lei riconoscendo la mia voce spalanca gli occhioni e mi guarda meravigliata... la tenerezza quando il suo "babbino" si è reso conto che la strana creatura che deformava la pancia della sua mamma esisteva veramente ed è identica a lui in tutti i suoi perfetti lineamenti ! L'orgoglio di poter dire "vieni con mamma"... un desiderio che penso sia cresciuto dentro di me anno dopo anno con la paura che non si sarebbe mai avverato... quello di essere mamma! lo stupore di qualche amico che vedendomi con lei mi dice "sei nata per essere mamma!". Forse è vero ma è vero che in tutte le donne ci sia il senso materno ... forse in qualcuna è più evidente però è proprio vero che ogni donna dovrebbe avere i l diritto e il piacere di esserlo. Sono passate quasi quarantottore dal suo arrivo a l mondo ed è già tutto diverso... so che non sarà tutto rosa e fiori ..ma tutto questo verrà dopo.. ora c'è solo lei ! La guardo e ancora sembra impossibile che sia veromi guardo la pancia e penso che si mi mancherà la sensazione di lei dentro di me solo per me e di nessuno potersi intromettere ...però ora che è qui io e lei siamo diventate Emma babbo e mamma e sinceramente è tutto quello che in questo istante per me racchiude la parola felicità ...Benvenuta Emma... da mamma Luisa e papà Fabrizio.>>

Questa descrizione della nascita data da una mamma nel mio reparto mette in evidenza i sentimenti di stupore, gioia felicità legati fortemente al desiderio di diventare mamma e al fatto di esserlo diventato.(L'ho desiderata tanto.. l'ho voluta con tutte le mie forze... l'ho persa una volta con tutto il mio dolore...). Una madre che ha paura di cosa il futuro possa riservarle ma anche di non essere all'altezza di affrontare le nuove situazioni come quella della nascita. Ma è una mamma che dimostra anche molto coraggio: la felicità è così grande della nascita di questa bambina... so che non sarà tutto rosa e fiori ma tutto questo verrà dopo... ora c'è solo lei! Se vogliamo la descrizione narrativa della nascita della figlia da parte di questa mamma denota una forte forma artistica che assomiglia alla poesia infatti attraverso di essa è riuscita ad esprimere in modo così efficace la sua esperienza più intima, i pensieri, i suoi sentimenti. D'altro canto come dice Bolton, scrivere un testo con note poetiche significa "ascoltare le voci che vengono da dentro" ed esprimere il dialogo con il proprio io, alla ricerca dell'integrazione. E come abbiamo visto per la scrittura autobiografica in generale, il mettere in forma scritta in questo caso la nascita ma può essere fatto anche inseguito ad una esperienza di malattia produce un'integrazione del sé e quindi del benessere. In questo caso la poesia può avere una funzione terapeutica oltre che di approfondimento della conoscenza di sé e del mondo. E' interessante notare le note in forma poetica scritte da un papà per la propria figlia ricoverata presso un'unità di terapia intensiva in contrapposizione se vogliamo al sentimento della nascita evidenziato nell'esempio precedente. La medicina narrativa ha la capacità di essere una conoscenza liberatrice dell'animo soprattutto quando i sentimenti sono quelli di angoscia, rabbia, dolore.

*“Il tempo sarà lento intorno a te Costanza!
Prima la pioggia poi tersi tramonti ti aspettano fuori,
oltre l’universo tecnico di questa fredda stanza
tutto quello che vorresti non è qui. Il turgore del seno, il calore della pelle,
della voce la serena risonanza.
Qui ti tiene in vita un soffio sibilante,
continuo come un vento autunnale
che spazza le foglie dei marciapiedi.
Qui si tengono fili tesi come altalene,
tra le tue membra fragili
e sa trovare nel poco persino l’abbondanza
a un sonno protettore
socchiudendo dolcemente
l’ovale finestrella che ancora ci divide
e lascio dentro al caldo, insieme a una carezza,
anche la mia speranza.”*

Bibliografia

1. Wulff, Pedersen, Rosenberg, Filosofia della medicina, R. Cortina Editore, Milano
2. Lucia zanini medical humanities e medicina narrativa
3. Manuale di sgreccia bioetica
4. Manuale di bioetica manuale di bioetica specialistica
5. Asmselle, J.L., Logiche Meticce. Antropologia dell’identità in Africa e altrove. Torino: Bollati Boringhieri.
6. Bibeau, Gilles, A System approach to Ngbamdi medicine.
7. Herskovits, M.J., African Gods and Catholic Saints in New World Religions Belief.
8. Codice deontologico dell’Infermiere, 2009
9. Carta dei diritti del Fanciullo
10. Bilodeau, D., Le susto, faiblesse ou maladie de l’âme?

FAMILY-CENTRED-CARE IN NEONATOLOGIA

S. Calza

Coordinatore infermieristico, IRCCS G. Gaslini, Genova

Introduzione

La Family-Centred-Care (FCC) è un approccio che riconosce la centralità della famiglia nella vita del bambino con problemi di salute e che prevede un’attiva partecipazione e un coinvolgimento della famiglia nel piano assistenziale. La ad oggi non possiede una definizione univoca. Mikkelsen e Frederksen la intendono come: “ il supporto professionale fornito al bambino e alla famiglia, attraverso un processo di coinvolgimento e partecipazione, sostenuto da empowerment e negoziazione (...) è caratterizzata dalla relazione tra operatori sanitari e famiglia, all’interno della quale, entrambe le parti si impegnano a condividere la responsabilità per la cura del paziente”.

Obiettivo

L’obiettivo della presentazione è identificare le implicazioni che la “Family-Centred Care” (FCC) ricopre in un settore di neonatologia e di cure intensive neonatali.

Metodologia

Revisione narrativa della letteratura utilizzando le maggiori banche dati online e parole chiave quali quelle di seguito elencate: parents education, newborn, preterm, neonatal intensive care, family centered care. Criterio di inclusione: pubblicati negli ultimi 5 anni su riviste impattate, in lingua inglese, studi qualitativi e revisioni sistematiche.

Risultati

La revisione è ad oggi in corso ma si ritiene che in particolare una decina di articoli possano essere in particolare interessanti per raggiungere gli obiettivi proposti dalla relazione.

Conclusione

Quello che ad oggi appare chiaro dalla letteratura identificata è che la FCC applicata alla neonatologia :

- comporterebbe maggiore soddisfazione per il genitore e l’operatore,
- avrebbe notevoli benefici sia per il neonato/genitore che per l’organizzazione,
- richiede una formazione dell’operatore
- necessita di una vision aziendale condivisa per essere applicata con successo,
- a fronte di costi iniziale, si assiste a una diminuzione di costi

Ad oggi la comunità scientifica internazionale sta considerando l’approccio della FCC come uno strumento di partnership per raggiungere la soddisfazione e l’empowerment del genitore.

Un ruolo importante è comunque rivestito dall’operatore che deve fronteggiare un cambiamento nel proprio agire quotidiano supportato da formazione mirata alle “communication skills” e alla FCC.

Il genitore è quindi un “partner in care” all’interno di servizi di neonatologia e di cure intensive neonatali.

Bibliografia

1. Poehlmann J, Miller Schwichtenberg AJ, Bolt DM, Hane A, Burnson C, Winters J. Infant physiological regulation and maternal risks as predictors of dyadic interaction trajectories in families with a preterm infant. Dev Psychol 2011;47: 91–105.
2. Korja R, Latva R, Lehtonen L. The effects of preterm birth on mother–infant interaction and attachment during the infant’s first two years. Acta Obstet Gynecol Scand 2012; 91:164–73.
3. Broedsgaard A, Wagner L. How to facilitate parents and their premature infant for the transition home. Int Nurs Rev 2005;52:196-203.
4. American Academy of Pediatrics Committee of Fetus and Newborn. Hospital discharge of the high-risk neonate. Pediatrics 2008;122: 1119-26.
5. Mills MM, Sims DC, Jacob J. Implementation and case-study results of potentially better practices to improve the discharge process in the Neonatal Intensive Care Unit. Pediatrics 2006;118: S124-33.
6. Committee on Hospital Care. Family-Centered Care and the pediatrician’s role. Pediatrics 2003;112:691-7.
7. Mikkelsen G, Frederiksen K. Family-centred care of children in hospital - a concept analysis. J Adv Nurs 2011; 67:1152–62.
8. Power N, Franck L. Parent participation in the care of hospitalized children: a systematic review. J Adv Nurs 2008;62: 622-41
9. Corlett J, Twycross A. Negotiation of parental roles within family-centred care: a review of the research. J Clin Nurs 2006;15:1308–16.
10. Paliadelis P, Cruickshank M, Wainohu D, Winskill E, Steven H. Implementing family-centred care: an exploration of the beliefs and practices of paediatric nurses. Aust J Adv Nurs 2005;1: 31-6
11. Petersen MF, Cohen J, Parsons V. Family-Centered Care: do we practice what we preach? JOGNN 2004;4: 421-7.
12. The Joint Commission. Advancing effective communication, cultural competence, and Patient- and Family-Centered Care: a roadmap for hospitals. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2010.
13. Allen Merritt T, Pillers DA, Prows SL. Early NICU discharge of very low birth weight infants: a critical review and analysis, Semin Neonat, 2003;8: 95–115

INFEZIONI OSPEDALIERE ASSOCIATE A DISPOSITIVI INTRAVASCOLARI: ESPERIENZA IN UNA TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

S. Traina, L. Pugni, S. Buzzelli, L. Plevani

NICU, Department of Clinical Sciences and Community Health, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Università degli Studi di Milano

Introduzione

Le Terapie Intensive Neonatali (TIN) sono uno dei reparti più a rischio di infezioni ospedaliere per la tipologia dei pazienti ricoverati, neonati prematuri e/o affetti da gravi patologie (1,3). I dispositivi intravascolari sono uno dei principali fattori di rischio di infezione neonatale ospedaliera. Sicuramente indispensabili nella cura del neonato critico, si associano però a complicanze più o meno gravi come infezioni locali o sistemiche, stravasamento, trombosi, tromboembolia, rottura o malfunzionamento del presidio stesso (2-7). Sicuramente l'esistenza in una TIN di un programma di controllo delle infezioni favorisce una corretta gestione dei dispositivi intravascolari e di conseguenza la prevenzione delle infezioni catetere-correlate (8-10).

Obiettivi dello studio

Con questo studio ci siamo proposti di valutare, a seguito di un programma di formazione del personale sulle infezioni:

- 1) l'incidenza di infezioni catetere-correlate (CRI) in TIN
- 2) la compliance del personale alla procedura di UO sulla gestione dei dispositivi intravascolari
- 3) i possibili fattori di rischio delle CRI

Metodi

Studio: osservazionale

Setting: area di TIN dell'UO di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

Popolazione: tutti i neonati ricoverati in TIN durante il periodo dello studio

Periodo dello studio: Giugno 2010-Settembre 2010

Modalità: compilazione per ogni neonato ricoverato di una "Scheda raccolta dati" predisposta; i dati sono stati raccolti con l'aiuto della cartella clinica informatizzata di reparto. Osservazione del personale da parte di verificatori interni per verificare la corretta applicazione della procedura di UO sulla prevenzione delle CRI; compilazione da parte dei verificatori di moduli predisposti con attribuzione di un punteggio per la valutazione del rispetto della procedura di UO.

Trattamento dei dati: inserimento dei dati raccolti in un database e loro analisi statistica

Risultati

Sono stati complessivamente studiati 229 neonati. L'incidenza di CRI è stata del 3% sul totale della popolazione, l'incidenza di sepsi catetere-correlata (CRBSI) è stata dell'1.7% sul totale della popolazione. Al 34.5% (80/229) dei neonati studiati è stato posizionato nel corso della degenza almeno un catetere venoso centrale posizionato per via percutanea (PICC), al 79.5% (183/229) almeno un catetere venoso periferico (CVP). L'incidenza di CRBSI è stata del 2.5% nei neonati portatori di PICC, decisamente più elevata, pari al 4.2%, nella categoria dei neonati VLBW. L'incidenza di CRBSI è stata dell' 1.1% nei neonati portatori di CVP, anche in questo caso decisamente più alta, pari al 2%, nei neonati VLBW. L'incidenza delle flebiti è stata del 3.7% nei neonati con PICC e del 2.2% nei neonati con CVP. Nessun neonato è deceduto per sepsi catetere-correlata. Esprimendo il numero di sepsi catetere-correlate nei neonati VLBW per 1000 giorni catetere, è stato registrato un numero di sepsi pari a 1.34/1000 giorni catetere.

Il basso peso alla nascita si è rivelato essere un fattore di rischio significativo per CRI: il 71% dei neonati con CRI aveva un peso alla nascita <1500g e il 42.8% erano ELBW, mentre la maggior parte dei neonati senza CRI (80%) aveva un peso alla nascita >1500g ($p < 0.001$). Per quanto riguarda il sesso, quello maschile è risultato significativamente associato a CRI, il 71% dei neonati con CRI è infatti risultato di sesso maschile versus il 47% dei neonati senza CRI ($p < 0.01$). Anche la ventilazione assistita si associava significativamente a CRI, il 71% dei neonati con CRI erano sottoposti a ventilazione, mentre solo il 48.2% dei neonati senza CRI erano sottoposti a ventilazione ($p < 0.01$). La durata della cateterizzazione si associava ad una più elevata incidenza di CRI; la differenza risultava statisticamente significativa per i CVP [n° giorni di CVP (media) = 22.7 nel gruppo con CRI versus 8.3 nel gruppo senza CRI, $p < 0.01$]. La compliance degli operatori è stata buona, attorno al 90%.

Conclusioni

L'analisi dei dati ci permette di dire che l'incidenza di CRBSI nella popolazione studiata è risultata bassa (2.5% nei neonati con PICC e 1.1% nei neonati con CVP). L'incidenza di CRBSI nei neonati VLBW è stata bassa (1.34/1000 giorni catetere), inferiore a quella riportata in letteratura (il National Nosocomial Infection Surveillance System statunitense riporta un'incidenza variabile da 3 a 11 sepsi per 1000 giorni catetere). In accordo con i dati della letteratura, il basso peso alla nascita, la bassa età gestazionale, il sesso maschile e la ventilazione assistita si sono rivelati essere fattori di rischio di CRI (3-5). Nel nostro studio la durata della cateterizzazione si associava ad una più elevata incidenza di CRI.

L'esistenza di un programma di controllo delle infezioni e l'attività di verifica svolta da verificatori interni ha verosimilmente contribuito a favorire l'applicazione delle procedure di UO sul controllo delle infezioni, contribuendo a mantenere bassa l'incidenza di infezioni catetere-correlate.

Bibliografia

1. Palazzi DB, Klein JO, Baker CJ. Bacterial sepsis and meningitis. In: Remington JS, Klein JO, Wilson CB, Baker CJ, eds. Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2006:247-95
2. Fanaroff AA, Korones SB, Wright LL, Verter J, Poland RL, Bauer Cr, et al. Incidence, presenting features, risk factors and significance of late onset septicemia in very low birth weight infants. The National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. *Pediatr Infect Dis J* 1998;17:593-8
3. Stoll BJ, Hansen N, Fanaroff AA, Wright LL, Carlo WA, Ehrenkranz RA, et al. Late-onset sepsis in very low birth weight neonates: the experience of the National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Neonatal Research Network. *Pediatrics* 2002;110:285-91
4. Grahman PL 3rd, Begg MD, Larson E, Della Latta P, Allen A, Saiman L. Risk factors for late-onset gram-negative sepsis in low birth weight infants hospitalized in the neonatal intensive care unit. *Pediatr Infect Dis J* 2006;25:113-7
5. Garland JS, Alex CP, Sevallius JM, Murphy DM, Good MJ, Volberding AM, et al. Cohort study of the pathogenesis and molecular epidemiology of catheter-related bloodstream infection in neonates with peripherally inserted central venous catheters. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008; 29:243-9
6. O'Grady NP, Alexander M, Dellinger EP, Gerberding JL, Heard SO, Maki DG, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Am J Infect Control* 2002;30:476-89
7. Garland JS, Henrickson K, Maki DG. The 2002 Hospital Infection Control Practices Advisory Committee Centers for Disease Control and Prevention guideline for prevention of intravascular device-related infection. *Pediatrics* 2002;110:1009-13
8. Mermel LA. Prevention of intravascular catheter-related infections. *Ann Intern Med* 2000; 132: 391-402
9. Southworth SL, Henman LJ, Kinder LA, Sell JL. The journey to zero central catheter-associated bloodstream infections: culture change in an intensive care unit. *Crit Care Nurse* 2012; 32: 49-54
10. Semelsberger CF. Educational interventions to reduce the rate of central catheter-related bloodstream infections in the NICU: a review of the research literature. *Neonatal Netw* 2009; 28: 391-5

PROFILASSI VRS NEI NEONATI IMMIGRATI: DIFFICOLTÀ E PROBLEM SOLVING

E. Bernabei

Inf. Pediatrica presso neonatologia P.O. "S.G.Moscati" Aversa, CE

La profilassi VRS è ormai una costante nel follow up del neonato pretermine, i centri referenti registrano un numero sempre maggiore di pazienti arruolati, sebbene si cerchi ormai di ridurre il range di EG al di sotto delle 33 ws salvo in casi particolari. L'aumentato numero dei parti pretermine, è dovuto come sappiamo, all'aumento delle gravidanze indotte e all'innalzamento dell'età materna alla prima gravidanza, ma anche all'aumentata presenza, nel nostro territorio di donne immigrate. Le gravidanze di tali donne di per se a rischio, si rivelano realmente tali in una buona percentuale di nascite pretermine. Queste famiglie, quasi sempre con notevoli difficoltà di adattamento nella società ospitante, manifestano tali difficoltà anche nella cura dei propri bambini. Tali difficoltà derivano da diversi aspetti: culturali, linguistici e di integrazione. Se il ricovero in una terapia intensiva è più facile da accettare per i genitori, causa il pericolo imminente di vita per il loro bambino, discorso completamente diverso è invece l'inserimento in un programma di follow up. La totale assenza di cultura alla medicina preventiva è il principale ostacolo, le loro priorità sono il lavoro e la famiglia nel paese di origine. Se la terapia risulta troppo lunga ed impegnativa, il rischio di perdere il lavoro e quindi il permesso di soggiorno, diventa alto e abbandonano il percorso terapeutico. Le loro attenzioni sono concentrate sulla sopravvivenza immediata. Nel nostro paese solo da alcuni anni si comincia ad affrontare la problematica dei flussi degli stranieri nelle sue varie sfaccettature ivi compresa quella della salute. Gli immigrati di seconda generazione, bambini e adolescenti, richiedono da parte di medici e specialisti un approccio particolare. Le profonde modifiche dovute all'integrazione, che determina nel migliore dei casi fenomeni di adattamento senza che di fatto siano abbandonate le abitudini alimentari, di cura e di relazioni tipiche di paesi di origine è un aspetto non secondario, ai fini di una medicina che vede sempre più allargarsi il suo campo di indagine fino a comprendere problemi medici, culturali e psicologici legati allo sviluppo e al disagio adolescenziale, in una terra straniera.

I cittadini stranieri residenti in Italia al 1° gennaio 2009 sono 3.891.295, pari al 6,5% del totale dei residenti. Rispetto al 1° gennaio 2008 sono aumentati di 458.644 unità (+13,4%); si tratta di un incremento ancora molto elevato, sebbene inferiore a quello dell'anno precedente (+16,8%)¹. Nel 2008 l'incremento è dovuto principalmente agli immigrati dai paesi Ue di nuova adesione (in particolare la Romania) cresciuti complessivamente di 190.403 unità (+24,5%), agli immigrati dai paesi dell'Est europeo non facenti parte dell'Unione, aumentati di 100.797 unità (+12%), agli immigrati dal Marocco (+37.684 unità, +10,3%) e da paesi asiatici quali Cina, India e Bangladesh. In particolare, per questi ultimi due paesi l'incremento è del 18,6%; al pari dei paesi Ue di nuova adesione essi mostrano quindi ritmi di crescita sensibilmente superiori alla media nazionale. Sul totale dei residenti di cittadinanza straniera quasi 519 mila sono nati in Italia (72.472 nel solo anno 2008). Gli stranieri nati nel nostro Paese sono un segmento di popolazione in costante crescita: nel 2001, in occasione del Censimento, erano circa 160 mila. Essi costituiscono il 13,3% del totale degli stranieri residenti e, non essendo immigrati, rappresentano una "seconda generazione" in quanto la cittadinanza straniera è dovuta unicamente al fatto di essere figli di genitori stranieri. Complessivamente, i minorenni stranieri sono circa 862 mila. La maggior parte di essi è nata in Italia (di fatto i 519 mila individui) (...) mentre la restante parte è giunta nel nostro Paese al seguito dei genitori¹.

Il pediatra ed il medico di famiglia nelle loro diverse funzioni di pediatra di libera scelta, di specialista del poliambulatorio o del reparto ospedaliero; si trovano sempre più frequentemente di fronte a questo tipo di bambini, alla loro famiglia, alla loro domanda di salute e alla richiesta di un intervento diagnostico-terapeutico. Spesso si tratta di pazienti con cui è difficile comunicare e di cui il più delle volte è arduo comprendere le storie migratorie, complicate ed emotivamente coinvolgenti. D'altra parte, la cura e l'intervento preventivo costituiscono le attività preminenti di ogni azione socio-sanitaria ed occorre essere in grado di gestire, o quanto meno di mediare, ogni situazione che esuli dalla routine e raccogliere tutte le informazioni necessarie, in modo che ogni decisione sia mediata e consapevole.

Nella mia esperienza lavorativa, dove quasi il 10% dei neonati arruolati fa parte della comunità di immigrati, tale lavoro risulta spesso faticoso.

La difficoltà più immediata e quella della lingua comune, anche se questa difficoltà va riducendosi nel tempo, ma è ovvio che se non si parla una lingua comune non si possono certo fare miracoli. A tale proposito gli immigrati che ancora non parlano la nostra lingua, si fanno aiutare da interpreti per lo più occasionali. Questi sono senza dubbio una risorsa, ma al tempo stesso, comportano anche una serie di rischi di cui

¹Popolazione straniera presente in Italia 08/10/2009 testo integrale 2009 dell'Istat

essere consapevoli. Infatti, in questo caso, il rischio di distorsioni è particolarmente elevato. In tal senso, laddove esiste la possibilità di affidarsi ai mediatori culturali, l'iter comunicativo risulta notevolmente più agevolato.

Questo ovviamente rende difficoltoso il reclutamento, ma in ogni caso, non è superandolo che si risolve il problema. Assicurare la continuità della profilassi per tutto il periodo epidemico, la puntualità nella somministrazione delle dosi, la presentazione della documentazione richiesta sono tra i primi ostacoli.

In merito al diritto alla salute, la normativa nazionale (legge 286/1998)² e regionale (legge 5/2004)³ si articolano principalmente sulla distinzione giuridica tra stranieri regolarmente presenti sul territorio e stranieri non regolarmente presenti (anche se a tutti gli stranieri presenti sul nostro territorio sono garantiti i ricoveri urgenti):

- alle persone regolarmente presenti vengono garantite le cure con modalità diverse a seconda del permesso di soggiorno: i lavoratori dipendenti o autonomi sono assistiti a parità di trattamento con i cittadini italiani;
- alle persone non in regola con le norme di ingresso e di soggiorno, prive di risorse economiche sufficienti sono assicurate le cure urgenti e/o essenziali, continuative a livello ambulatoriale o di ricovero.

Tali prestazioni sono registrate con un codice STP ("straniero temporaneamente presente"), rilasciato dallo sportello unico Distrettuale, sulla base di indicazioni analitiche elaborate da un gruppo aziendale.

In ogni caso, sono garantite tutte quelle prestazioni che riguardano la tutela della gravidanza e della maternità, quelle a tutela della salute del minore, la vaccinazioni, secondo la normativa e nell'ambito delle campagne di prevenzione collettiva autorizzate dalle regioni, gli interventi di profilassi internazionale, la profilassi, la cura e la diagnosi di malattie infettive.

E' possibile attestare lo stato di indigenza e la relativa impossibilità ad adempiere al pagamento delle prestazioni fornite dal S.S.N. attraverso una apposita auto-dichiarazione, da presentare alla struttura sanitaria che poi eroga la prestazione.

Spesso la presa in carico di questi lattanti diventa più complessa. Inizia un complicato intreccio di contatti tra il centro di riferimento e la TIN provenienza, l'ufficio vaccinazioni, il pediatra di base, i centri specialistici deputati a controlli specifici e, assurdo dirlo, anche con i datori di lavoro di questi genitori. Occorrerebbe quindi, se non una via preferenziale per tali neonati, quanto meno un occhio più attento ai bisogni del neonato e della sua famiglia. L'assenza della cultura alla prevenzione, aumenta la difficoltà di far comprendere ai genitori l'importanza delle terapie preventive e comporta spesso lunghe ospedalizzazioni durante il periodo epidemico, probabile conseguenza di mancate somministrazioni di dosi unite all'incauta esposizione a fattori di rischio, spesso coatta.

Al momento, per quel che concerne la mia esperienza, ci affidiamo alla conoscenza reciproca tra i vari centri referenti e le TIN, ma c'è un vuoto da riempire, ed è quello che riguarda i pediatri di famiglia e le varie di asl di competenza.

Nell'ultima stagione epidemica (2011-2012) il nostro centro referente ha arruolato 72 neonati, di questi 72, 9 erano figli di extracomunitari, con un E.G compresa tra 28 e 30 ws. E' stato impossibile reperire due pazienti (gemelli) per un errore nella registrazione del numero telefonico al ricovero in TIN. Il dubbio sull'errore resta, in quanto spesso queste persone cambiano i numeri telefonici (cellulari), per evitare di essere rintracciati, altre volte, volontariamente comunicano numeri sbagliati, sempre per lo stesso timore, ovviamente si tratta di persone senza permesso di soggiorno. L'unico modo di rintracciare questi bambini è con l'anagrafe comunale e/o con quella degli uffici vaccinali che, si presume, hanno un contatto con le famiglie già dal secondo mese di vita. Un altro neonato è afferrito al nostro centro per le prime due dosi (sempre con notevole ritardo sugli appuntamenti in quanto la madre, sola, arrivava in autobus da Castelvoturno), la terza dose è stata fatta con notevole ritardo, dopo ripetuti solleciti fatti alla famiglia, la quarta dose è invece andata persa. Un quarto paziente è riuscito a completare la terapia, ma non eravamo mai in grado di programmare appuntamenti con largo anticipo per problemi lavorativi del padre che doveva di volta in volta, non solo chiedere la giornata di permesso al datore di lavoro (contattato precedentemente per informarlo sulla necessità della terapia), ma trovare anche qualche volontario che lo accompagnasse in ospedale. Per un altro neonato invece il problema era burocratico, i genitori non avevano documenti (furto) e siamo riusciti a completare la profilassi grazie all'aiuto della Caritas che ospitava questi genitori e i medici senza frontiere che danno assistenza agli ospiti della caritas. Ho voluto descrivere queste esperienze per dimostrare l'effettiva difficoltà a gestire questo tipo di pazienti e l'impegno impiegato per cercare di terminare la terapia.

²D.lgs 286/1998 n.286, recante "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.191 del 1998.

³Testo della L. Regionale, n. 5/2004, recante "Norme per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati." pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione Emilia-Romagna n. 40 del 25 marzo 2004.

Per interfacciarsi con queste persone, occorre avere conoscenza, non solo della loro cultura, ma anche delle loro condizioni sociali, non dare mai nulla per scontato, perché quello che per noi è un diritto (permessi dal lavoro), quello che per noi è normale (mezzi di locomozione), non lo è per loro.

A tal fine, la creazione di una rete di comunicazione tra gli operatori sanitari e le strutture preposte, renderebbe molto più facile la gestione di questi pazienti, fermo restando che la comunicazione, l'informazione sull'importanza della terapia è prioritaria. E' chiaro che la stessa sarebbe a disposizione per tutti e non solo per gli stranieri. La rete ad organizzazione regionale dovrebbe coinvolgere tutti gli attori in maniera attiva con possibilità di feedback per tutte le attività che coinvolgono il paziente, che comunque resta il perno principale, intorno al quale girano i servizi ad esso collegati.

La costruzione di un sito all'interno del quale sono registrati: punti nascita, TIN, centri referenti, pediatri di base, centri specialistici e centri vaccinali. L'ingresso effettuato solo dagli operatori interessati, previa registrazione autorizzata dal gestore del sito, permetterebbe agli stessi di contattare chi di competenza per la gestione del paziente, lo stesso avrebbe la possibilità di controllare man mano il percorso del paziente, le dosi effettuate, le visite specialistiche programmate, vaccinazioni e, coinvolgendo anche i reparti di pediatria, eventuali ricoveri. Così facendo, si creerebbe un importante Database, dal quale attingere informazioni, statistiche e varie. La presa in carico apparentemente complicata, risulterebbe al contrario molto più fluida e fruibile.

Questa idea, forse anche un po' banale, in un'epoca dove le piattaforme sociali hanno invaso il web e modificato il nostro stile di vita, cerca di superare un problema comune, aiutandoci nella gestione quotidiana dei piccoli pazienti.

"Non giudicare il tuo vicino finché non avrai camminato per due lune nelle sue scarpe"
Proverbio indiano

Bibliografia

- Testo integrale dell'istat 2009 - Popolazione straniera presente in Italia 08/10/2009
- Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.191 del 1998
- Testo della L.Regionale, n. 5/2004, recante "Norme per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati." pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione Emilia-Romagna n. 40 del 25 marzo 2004.
- L.Aletto - L.Di Leo "Nursing nella società multiculturale" Carocci Faber 2003
- S.Bombardi "Progettare la formazione dell'infermiere, la cultura al centro della professione infermieristica" F.Angeli
- P.Ceri, L.Gallino e altri "Manuale di sociologia" UTET 1997
- M.Leininger "Infermieristica Transculturale concetti, teorie, ricerca e pratica" Casa Editrice Ambrosiana 2005
- D.F.Manara "Infermieristica interculturale" Carocci Faber 2004
- M.Mazzetti "Il dialogo transculturale" Carocci Faber 2003
- U.Moscardino - G.Axia "Psicologia, cultura e sviluppo umano" Carocci 2001

LA CULTURA DELLA SICUREZZA NELLE TERAPIE INTENSIVE NEONATALI ITALIANE

R. Negri, A. Zenere, M. Franzoni, A. De Martino, S. Tardivo

SC TIN e Neonatologia - A.O. "C. Poma", Mantova

Introduzione

L'importanza di un'ampia diffusione della cultura della sicurezza è particolarmente cruciale nei reparti di neonatologia e terapia intensiva neonatale (TIN) dove il rischio di eventi avversi è particolarmente elevato, come evidenziato in ampia letteratura. Ad esempio in tema di errori terapeutici si stima che un bambino sia esposto tre volte più di un adulto ad errori terapeutici potenzialmente dannosi ed un neonato in TIN lo sia fino ad otto volte in più. Il rischio di eventi avversi è accentuato da una scarsa formazione specifica in neonatologia durante i corsi universitari di medicina, infermieristica e farmacologia. Oltre oceano già da alcuni anni è iniziato un processo di indagine per cercare di colmare le lacune nel percorso formativo e ottenere un programma educativo specifico per chi opera in neonatologia.

Il Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) è uno degli strumenti più utilizzati per la valutazione del clima della sicurezza per la sua comprovata efficacia e per le sue proprietà psicometriche.

Permette, inoltre, di effettuare un benchmarking sia interno che esterno, ed utilizzato in reparti di terapia intensiva per adulti ha mostrato anche associazioni con l'outcome dei pazienti.

Il presente studio si propone di indagare la cultura della sicurezza e la percezione che gli operatori sanitari hanno della propria realtà lavorativa in sei TIN del Nord Italia. Inoltre, l'obiettivo del lavoro è valutare il clima della sicurezza e correlarlo al malessere organizzativo, all'outcome dei pazienti e al verificarsi di errori ed incidenti sanitari che possono mettere a rischio la salute e la vita del piccolo paziente.

Materiali e metodi

Sono state visionate e confrontate tutte le versioni del questionario SAQ fornite dal Center for Healthcare Quality & Safety (UTHealth - University of Texas, disponibili al sito <https://med.uth.edu/chqs/products/safety-attitudes-and-safety-climate-questionnaire/>).

Si è scelto di utilizzare la versione del questionario SAQ per terapie intensive per adulti che è stata tradotta dall'inglese e revisionata per adattarla al contesto delle TIN e neonatologie italiane.

Sono stati successivamente realizzati dei focus-group con il personale medico e infermieristico di alcune TIN che hanno portato alla formulazione di 14 item specifici per questa tipologia assistenziale.

Il questionario SAQ così ottenuto consta complessivamente di 80 item, valutati con scala Likert con punteggi da 1 (fortemente in disaccordo) a 5 (molto d'accordo). Sono state inserite domande con significato negativo alle quali è stato applicato il punteggio inverso. Il punteggio ottenuto è stato trasformato in una scala da 0 a 100 tramite l'equazione: $(\text{media}-1) \times 25$.

Il questionario è stato somministrato ai professionisti operanti in TIN di III° livello appartenenti a sei strutture del Nord Italia, suddivise in tre regioni (due strutture per ogni regione).

La compilazione è stata su base volontaria e anonima.

I dati raccolti sono stati inseriti in un supporto informatico per l'elaborazione statistica.

Risultati

L'adesione alla compilazione del questionario è stata mediamente del 56% (range 28-96%). Complessivamente hanno risposto 193 soggetti, di cui 172 femmine (rapporto F/M =8,6:1), l'età media complessiva è pari a 36,8 anni (dev. Std. = 8,9, min =23, max = 60).

Le figure professionali che hanno compilato il questionario sono state: infermieri (n=143), medici (n=26), personale di supporto (n=14), altro (n=7).

E' stato calcolato sia il punteggio complessivo, sia quello di gruppi di item che corrispondono ai seguenti sei domini di indagine: 1) clima percepito e capacità di team work, 2) cultura della sicurezza, 3) soddisfazione lavorativa, 4) percezione del management, 5) stress e fatica percepita, 6) condizioni lavorative.

Il punteggio medio dei questionari varia nelle diverse TIN da 53 a 74. (Figura 1).

Confrontando le sei TIN, sono state rilevate differenze più marcate nei punteggi medi dei domini riguardanti la cultura della sicurezza, il clima percepito e la capacità di lavorare in team e le condizioni lavorative.

Infatti, in questi domini sono stati osservati valori medi variabili rispettivamente da 58,8 a 78,8, da 49,5 a 85 e da 41,9 a 78,2. Importanti differenze si sono evidenziate anche valutando singolarmente alcuni item. Ad esempio, si evidenziano come critici alcuni item relativi allo stress e alla fatica percepita, mentre ottengono mediamente punteggi elevati alcuni item relativi alla soddisfazione lavorativa. Inoltre emergono criticità dall'analisi di alcuni item riguardanti la comunicazione tra il personale.

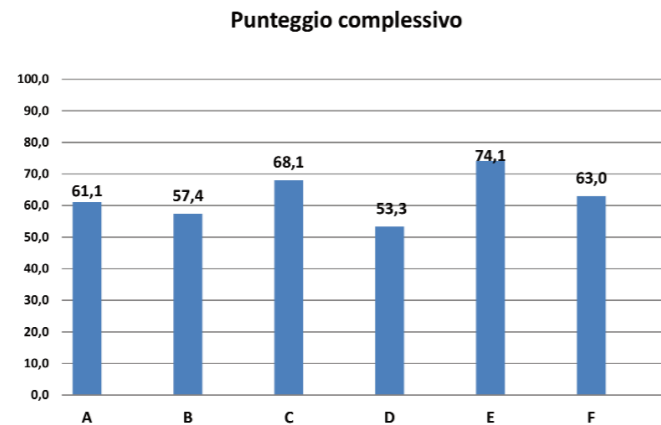


Figura 1: Punteggi medi ottenuti nelle sei TIN coinvolte nello studio (A-F).

Conclusioni

Dall'analisi effettuata si evidenzia una variazione dei punteggi ottenuti sia all'interno della stessa TIN sia in base alla sede della TIN di appartenenza.

Si evidenziano, inoltre, possibilità di miglioramento della cultura della sicurezza nella maggior parte dei domini nei reparti coinvolti nel presente studio.

Il campione esaminato non consente allo stato attuale di valutare eventuali correlazioni tra i punteggi ottenuti nel SAQ e outcome clinico.

La valutazione della cultura della sicurezza nelle TIN e l'analisi della variabilità dei risultati sia interna ad uno stesso reparto che tra Aziende diverse è il primo passo per attuare modifiche nei comportamenti e nell'organizzazione per una migliore sicurezza del paziente.

Questa è una grande sfida, ma può e deve essere un punto di partenza per unire in maniera sinergica le forze e le potenzialità di chi opera giornalmente con passione per questi piccoli pazienti.

Bibliografia

- Kohn et al., Institute of Medicine, *To err is human: building a safer health system*, Washington DC, National Academy Press, 2000
- Snijders C, Lingen RA, Molendijk A, Fetter WPF.: Incident and error in neonatal intensive care: a review of the literature. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 2007; 92: 391-398
- Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, et al.: The safety attitude questionnaire: Psychometric properties benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Service Research* 2006; 6:44
- Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB.: Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Safety Health Care* 2005; 14:364-366
- Sexton JB, Berenholtz SM, Provonost PJ, et al.: Assessing and improving safety climate in a large cohort of intensive care units. *Crit Care Med* 2011; vol.39: n.
- Sexton JB et al.: Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. *Critical Care Medicine* 2007; 35:1
- Profit J, Etchegaray J, Petersen LA, et al.: Neonatal intensive care unit safety culture varies widely. *BMJ* 2011
- Gray JE, Goldman DA.: Medication error in the neonatal intensive care unit: special patients, unique issues. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 2004; 89 F472-3
- Simpson JH, Lynch R, Grant J, Alroomi L.: Reducing medication error in the neonatal intensive care unit. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 2004; 89: F480-482
- Raju TNK, Suresh G, Higgins RD.: Patient Safety in the Context of Neonatal Intensive Care: Research and Educational Opportunities. *Pediatric Research July* 2011; 70: 109-115
- Profit J, Etchegaray J, Petersen LA, et al.: The Safety Attitude Questionnaire as tool for benchmarking safety culture in the NICU. *BMJ* 2011
- Cathpole KR, DE Level MR, McEwan A, et al.: Patient handover from surgery to intensive care: using Formula 1 pit-stop and aviation models to improve and quality. *Pediatric Anesthesia* 2007; 17: 470-478
- Sexton JB, Thomas EJ, Provonost P.: The context of care and the patient care team: the Safety Attitude Questionnaire. *National Academy of Sciences* 2005
- Sexton JB, Helmreich RL, Thomas EJ: Translating teamwork behaviours from aviation to healthcare: development of behavioural makers for neonatal resuscitation. *Qual Saf Health Care* 2004; 13 (suppl. 1)
- Handyside J, Suresh G.: Human factors and Quality Improvement. *Clin Perinatol.* 2010 Mar; 37(1):123-40
- Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, et al.: The safety attitude questionnaire: Psychometric properties benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Service Research* 2006; 6:44
- Deilkas ET, Hofoss D.: Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitude Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006). *BMC Health Service Research* 2008; 8: 191-201

Sitografia

<https://med.uth.edu/chqs/products/safety-attitudes-and-safety-climate-questionnaire/>
<http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/>
<http://www.vtoxford.org/quality/quality.aspx>

PROTOCOLLI E LINEE GUIDA: CIAK SI GIRA!!!

E. Romani, M. Perdomini, D. Milano, R. Lucchini, S. Lombardo, M. Scava, F. Pasquali, P.E. Villani

"Noi siamo, senza possibili eccezioni di sorta, a prova di errore e incapaci di sbagliare". 2001 Odissea Nello spazio, S.Kubrick

All'interno della nostra Unità Operativa (UO) l'esigenza di rendere le procedure sempre più performanti, ha reso evidente la necessità di trovare un sistema adeguato a tale scopo.

Uniformare il modo di lavorare del gruppo, cercando di ridurre gli errori di procedura e/o spreco di materiale, è avvertito in maniera sempre più pressante, anche alla luce dell'elevato turnover e della costante presenza di personale neo-inserito.

Dato l'utilizzo sempre maggiore della tecnologia multimediale nella gestione clinico-assistenziale, l'inserimento di video tutoriali potrebbe essere un ulteriore passo avanti.

Questi i principali obiettivi del nostro progetto.

Alla scelta dei contenuti video si è giunti attraverso la creazione di un primo questionario somministrato al gruppo infermieristico.

Il questionario è di tipo misto in quanto comprende alcune domande chiuse e alcune domande aperte in cui si richiede all'intervistato di specificare determinate variabili in esame.

Per garantire il più possibile l'attendibilità delle risposte il questionario è in forma anonima.

Consapevoli che i protocolli sono il punto di riferimento principale per il corretto svolgimento della nostra professione, lo scopo di questa indagine a tempo zero è quello di poter indagare quanto questi ultimi siano di facile accesso e reperibilità, nella nostra realtà di reparto.

Per poterlo fare abbiamo focalizzato la nostra attenzione sulle eventuali "lacune" presenti, sia per quanto riguarda lo svolgimento delle procedure in regime di urgenza, sia per quanto riguarda lo stress emotivo percepito dal personale competente.

Dal questionario è emerso che le manovre praticate in urgenza possono creare uno "stato di tensione" nei professionisti chiamati ad eseguirle, così come le procedure poco utilizzate (con il relativo montaggio di apparecchiature usate più raramente) possono creare delle difficoltà. Ulteriore preoccupazione del gruppo infermieristico è risultata essere uniformare il modo di lavorare e ridurre il più possibile il rischio di errori procedurali e/o di calcolo. Da qui la volontà di rendere più semplice e veloce la consultazione di protocolli e procedure.

Come primo passo abbiamo ricercato nei principali motori di ricerca internazionali come PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed) la presenza di articoli scientifici che potessero suffragare la tesi esposta nel nostro lavoro. I limiti scelti sono stati una datazione inferiore ai 5 anni di pubblicazione e stringhe di ricerca selezionate tra cui "simulation" AND "procedures" e "simulation" AND "video tutoriali". La ricerca si è rivelata ricca di esperienze simili alla nostra.

Il personale di reparto è stato suddiviso in piccoli gruppi di lavoro ai quali è stato affidato un protocollo da schematizzare ed in seguito concretizzare in video, secondo le linee guida presenti nella nostra struttura. I protocolli selezionati per essere trasformati in video sono: inserimento catetere venoso ombelicale e gestione del medesimo, montaggio circuiti respiratori, terapia con ossido nitrico, ipotermia e preparazione circuito pneumotorace e relativa manutenzione.

Una volta completata la realizzazione dei video tutoriali, si sono svolti degli incontri durante i quali sono stati visionati i filmati. Il gruppo ha così potuto esprimere eventuali perplessità e/o suggerimenti. Successivamente i medesimi video sono stati lasciati a disposizione del personale in una apposita cartella di facile accesso sui computer presenti in reparto.

La finestra temporale durante la quale i video sono stati a disposizione è stata di circa sei mesi, al termine dei quali è stato somministrato un secondo e differente questionario per verificare l'efficacia del progetto. Il secondo questionario è per lo più di tipo strutturato, in quanto comprende otto domande chiuse, in cui i soggetti sono stati portati a scegliere tra quattro opzioni di risposta prestabilite, ed una sola domanda aperta. I risultati di questa seconda indagine si sono dimostrati rassicuranti ai fini del progetto. Dall'elaborazione dei dati, si è appurato che per l'86,9% della popolazione presa in esame, la visione dei video tutoriali è stato uno strumento didattico e formativo utile per la corretta applicazione del corrispettivo protocollo cartaceo.

Palese è inoltre, in questa U.O., l'efficacia dei mezzi multimediali nel semplificare e velocizzare l'approccio del personale competente alle manovre svolte con minore frequenza. L'impiego di tali mezzi trova la maggioranza del personale abbastanza d'accordo nell'affermare che vi è una riduzione dello stato di tensione

durante le procedure eseguite in urgenza, con il conseguente calo del margine di errore. La prevalenza numerica della popolazione indagata riscontra un aumento dell'omogeneità procedurale e un miglioramento della sinergia medico-infermiere. L'utilizzo dei video è da ritenersi, per i più, uno strumento utile anche nella formazione del personale neo-inserito. Le ultime due domande, poste volutamente al termine del questionario, di cui una aperta, trascendono dall'indagine strettamente analizzata e sono tese ad evidenziare l'eventuale utilità dei suddetti video per l'affiancamento alle puerpere, che spesso, per variabili differenti, si trovano in difficoltà nella gestione del neonato e/o nell'utilizzo del tirallatte.

Alla luce dei risultati ottenuti e dei suggerimenti emersi, è nostra intenzione realizzare dei video che non riguardino solamente protocolli infermieristici ma anche attività inerenti la cura quotidiana del neonato. In questo caso il nostro obiettivo è dare un ulteriore supporto al genitore nella gestione del proprio bambino, facilitare l'attività del personale ottimizzando e migliorando il tempo dedicato all'educazione materna, riducendo i ritorni impropri.

Il nostro reparto collabora attivamente, presso l'ospedale di San Camillo che si trova a Ouagadougou in Burkina Faso, ad un progetto per lo sviluppo del reparto di Neonatologia. Sarebbe di estremo interesse ed utilità la traduzione dei video tutoriali in francese ed il loro utilizzo durante la formazione del personale locale.

Bibliografia

- D Bergamini, et al - Simulazione neonatale: il gruppo "Nina", nuovo modello di formazione permanente - 2011
- CP Hawkes et al – Using smart phone technology to teach neonatal endotracheal intubation (Neo Tube): application development uptake - Acta paediatrica 2012 Mar; 101(3): 134-6
- AM Gallo - Beyond the classroom: using technology to meet the educational needs of multigenerational perinatal nurses - J Perinatal Nurs. 2011 Apr-Jun; 25(2): 195-9
- LW Dersh et al – Comparison of a computer tutorial with other methods for teaching well-newborn care - Am J Dis Child. 1991 Nov; 145(1):1255-8
- C Ricks et al – Evaluating computer-assisted learning for common pediatric emergency procedures
- S Laschinger et al – Effectiveness of simulation on health professional students' knowledge, skills, confidence and satisfaction – Int J Evid Based Healthc. 2008 Sep; 6(3): 278-302
- J Salud et al – Modification of commercially available simulators to elicit decision making behavior – Stud Health Technol Inform 2012; 173: 418-20
- S Maloney et al – Investigating the efficacy of practical skill teaching: a pilot study comparing three educational methods – Adv Health Sci Educ Theory Pract 2012 Feb 22
- CP Hawkes – Smartphone technology enhances newborn intubation knowledge and performance amongst paediatric trainees – Resuscitation 2012 Jul 11
- LM Desender – Training with simulation versus operative room attendance – J Cardiovasc Surg (Torino) 2011 Feb; 52 (1): 17-37
- A Tooten et al – the effectiveness of video interaction guidance in parents of premature infants: A multicenter randomised controlled trial – BMC Pediatr. 2012 Jun 18;12(1): 76
- JT Samosky et al – BodyWindows: enhancing a mannequin with projective augmented reality for exploring anatomy, physiology and medical procedures – Stud Health Technol Inform 2012; 173: 433-9
- SE Fleming, E Susan – Lights...Camera...Action! A Guide for Creating a DVD/Video – Nurse Educator 2009 May/June; 34(3):118-21
- NM Bradburn – Asking questions: the definitive guide to questionnaire design- for market research, political polls, and social and health questionnaires – 2004 John Wiley and sons
- F Maggino – Il questionario. Aspetti metodologici, informatici e statistici – 1995 Centro editoriale toscano
- Istat: linee guida metodologiche per le rilevazioni statistiche (www.istat.it/strumenti/metodi/lineeguida)

T.A.N.T.O. , UNA RETE PER IL NEONATO CRITICO

C. De Lucia, M. Buronzo, S. Bonino, G. Manchovas, E. Edel, C. Anselmo

S.C.TIN e Neonatologia Sant'Anna A.z.O Città della salute e della scienza di Torino
Direttore Dott. D. Farina

Introduzione

Il servizio di Trasporto Neonatale è uno degli elementi su cui si basa l'organizzazione dell'assistenza perinatale; la precoce identificazione e il rapido trasferimento presso un Centro TIN riducono significativamente la mortalità e la morbilità neonatale. In Piemonte è stato avviato un progetto mirato per il trasporto dei neonati patologici denominato T.A.N.T.O. Unisce in RETE oltre le due TIN interne all' Sant'Anna A.z.O Città della salute e della scienza di Torino (a cui è stato affidato il coordinamento) anche la TIN dell'Ospedale di Moncalieri (Asl TO5), la TIN dell'Ospedale Maria Vittoria (Asl TO2) in stretta collaborazione con il Servizio di Emergenza Territoriale 118 (Azienda ospedaliera CTO – Maria Adelaide). L'obiettivo è quello di garantire la migliore assistenza al neonato da trasferire in base agli standard strutturali e funzionali più adeguati alle necessità assistenziali. Dall'aprile 2010 il servizio di Trasporto Avanzato Neonatale per Torino e provincia (TANTO) è pienamente operativo.

Materiali e metodi

Il modello seguito è quello "on demand". Il metodo di lavoro si basa sui protocolli condivisi che forniscono a tutti i soggetti coinvolti regole omogenee ed idonee alla corretta applicazione delle procedure basate sull'EBN.

Gestione delle risorse umane: si basa sulla turnazione del personale delle 4 TIN.

Formazione/Informazione: il personale operativo del TANTO è stato sottoposto ad un programma di formazione teorico-pratica prima della attivazione del servizio; attualmente vengono formati nuovi operatori che si vanno ad aggiungere al personale già attivo e sono in programmazione corsi di "refresh".

Le attrezzature in uso sono un connubio di tecnologie avanzate e di esperienza sul campo.

Incubatrici: viene utilizzato un "sistema" incubatrice sviluppato in "verticale" per ridurre l'ingombro in lunghezza e consentire il trasporto del neonato perpendicolarmente al senso di marcia ed il carico di 2 incubatrici (utili in caso di parto gemellare che rappresenta il 2/4% dei neonati trasportati). Ambulanza: è un mezzo sperimentale con caratteristiche idonee alle peculiarità del trasporto neonatale. Le chiamate telefoniche per trasporto sono centralizzate alla base operativa 118. Dopo la chiamata, mezzo ed équipe sanitaria raggiungono la base operativa e attivano il trasporto. La base operativa ha sede presso la Neonatologia ospedaliera del Sant'Anna, ove convergono gli operatori TANTO di turno per prendere in carico le incubatrici e le attrezzature per l'emergenza neonatale. Sito web: Tutti i dati relativi all'attività del TANTO sono stati resi disponibili sul sito web interattivo dell'AO OIRM S. Anna <http://www.oirmsantanna.piemonte.it/site/tanto.html>

Risultati

Nel periodo compreso tra il 1 Aprile 2010 e il 30 settembre 2012 sono stati trasportati 150 neonati e le richieste avanzate sono state evase nella totalità dei casi, non sono state contestate chiamate per trasporto non appropriato e il posto letto è stato reperito in prima istanza (presso una delle TIN provinciali) nel 98.6 % dei casi. Le procedure attuate secondo i protocolli condivisi hanno consentito all'equipè di effettuare gli interventi con una buona performance.

Discussione

L'attività TAN si basa su due elementi fondanti: **1)** l'uniformità delle procedure operative e delle tecnologie impiegate da parte degli operatori; **2)** L'organizzazione della B.O. a cui compete la piena responsabilità sia del materiale, ordinato per codice-colore che delle attrezzature. La verifica dei requisiti di completezza del materiale e della sicurezza e del funzionamento delle attrezzature è basata su controlli effettuati in base alle checklist firmate. Questi controlli avvengono prima e dopo ogni trasporto, con una procedura codificata "a quattro mani" tra operatori TAN e B.O. in base alla checklist. Il ripristino del materiale di consumo nella borsa zaino è a carico degli infermieri della B.O. e ad essa viene posto un sigillo firmato e datato. La registrazione del trasporto avviene in forma cartacea con una documentazione integrata medico/infermieristica. L'equipè della B.O. inoltre fornisce consulenza, in caso di necessità, agli operatori TAN attraverso una linea telefonica mobile dedicata. Questa tipologia di organizzazione della B.O. è stata adottata sin dall'inizio dell'avvio del progetto con la scelta di utilizzare il codice colore in scala dal rosso

(materiale indispensabile) al nero, (materiale facilmente reperibile anche in centro chiamante) per la sicurezza delle procedure.

Le criticità emerse sul piano organizzativo riguardano la non ancora raggiunta uniformità di gestione del personale da parte delle 4 Aziende e nella non completa aderenza del materiale in dotazione in base alla checklist (solo in 3 casi ma relativi a codici non critici).

Conclusioni

Il punto di forza di questo progetto è la RETE operativa che unisce le competenze medico-infermieristiche a livello sovraziendale consentendo l'uniformità degli interventi. Stimando per la provincia di Torino, un numero di 100 trasporti/anno, si può ipotizzare una sensibile riduzione di mortalità e morbilità legata al miglioramento della gestione, in questa fase cruciale, di questa tipologia di paziente.

Bibliografia

1. American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care. Guidelines for air and ground transportation of pediatric patients. Pediatrics, 1986;78:943
2. Zanini R, Del Prete A, Agosti M, Bossi A, Compagnoni G, Mosca F: Experience in neonatal transport of three Neonatal Intensive Care Units of Northern Italy in 1995. Abstracts of the XV European Congress of Perinatal Medicine. Glasgow 1996
3. Pedrotti D: Trasporto di emergenza neonatale in provincia di Trento. Bollettino SIN-Infoma 1996;4:1-2
4. Ferrarese P, Pettenazzo A, Trevisanuto D, Verlatto G, Biban P, Benini F et al.: Il trasporto del neonato e del bambino critico. Ped Med Chir 1996;18:253-8
5. Corciulo P, Bonacci W, Serravalle P, Arioni C, Morchio A, Puleo G, et al.: Trasporto regionale d'emergenza neonatale in Liguria: un anno di esperienza. Riv It Ped 1995;21(83):176
6. Requisiti e raccomandazioni per l'assistenza perinatale. A cura di SIMP, SIGO, SIN, SEE, Firenze 1999
7. Lungarotti S., Mazzetti D. Raccomandazioni per la stabilizzazione ed il trasporto neonatale.
8. Orzalesi M., Guadagni A. Atti del II Corso teorico-pratico residenziale T. E. Neonatale per medici ed infermieri. Roma 4-5 dicembre 2003
9. Serra A., Bonacci W. Atti del Corso di Stabilizzazione del neonato critico. Genova 29-30 gennaio 1999.
10. Trevisanuto D. Stabilizzazione e trasporto del neonato affetto da Insufficienza respiratoria. Atti del 8° Corso di aggiornamento in Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale. 14-15 Ottobre 2002 Firenze.

Ringraziamenti: Il Gruppo Giovani Imprenditori che, ha voluto donare al servizio due mezzi attrezzati, "Ambulanze". Il maestro Ugo Nespole per la realizzazione del logo dell'ambulanza che raffigura un leone (ribattezzato Ambuleo) che trasporta un leoncino. La Regione Piemonte. Il responsabile del servizio Dott. M. VIVALDA.

LA PIANIFICAZIONE DELLA TURNISTICA IN TIN

L. Coia, A. Mancini, A. Luiso, R. Agostino

UOC di Pediatria, Neonatologia e TIN, Osp. S. Giovanni Calibita, Fatebenefratelli, Roma

Introduzione

In quasi tutti gli ospedali dei paesi del Nord Europa il concetto di turnistica degli infermieri non è legato a stereotipi severi, ma si applicano turnistiche funzionali ad esigenze specifiche sia della struttura che del personale.

In Italia l'attività infermieristica è caratterizzata da un'articolazione dell'orario di lavoro per turni, la cui modalità di progettazione e gestione possono avere ripercussioni di carattere giuridico, sociale ed economico; infatti, già nel 1923 veniva regolamentato l'orario di lavoro, ma solo negli anni '90 le disposizioni normative hanno assunto le connotazioni e le caratteristiche oggi generalmente conosciute.

I D.Lgs 66/2003 e 213/2004 indicano i parametri fondamentali della turnazione infermieristica, definendo le modalità di effettuazione e stabilendo le sanzioni associate ad ogni infrazione commessa.

L'importanza di trattare oggi questo argomento, è determinato dalla mancanza ormai cronica di personale infermieristico su tutto il territorio nazionale, carenza che costringe le amministrazioni a sottoporre il personale a gravosi straordinari. L'organizzazione del turno è quindi un problema primario.

Obiettivo

Ridurre i disagi del personale causati dall'eccessiva richiesta di straordinari, dall'impossibilità di usufruire di adeguati giorni di ferie ordinarie, recuperi e congedi straordinari applicando un diverso approccio organizzativo alla turnistica.

Materiale e metodo

Dal 1° gennaio 2006, nel nostro reparto è stata adottata una turnistica articolata su 12 ore. Il turno si sviluppa su cinque giorni: uno di guardia diurna, uno di guardia notturna e tre giorni di riposo. Per garantire le ore mensili contrattuali, una volta al mese ogni turnante fa un rientro di 12 ore, programmato sul secondo o terzo riposo secondo le esigenze personali e/o del servizio.

Inoltre, per coprire le assenze improvvise sul turno notturno, ognuno dei turnanti è tenuto a dare la sua disponibilità sul secondo riposo una volta al mese.

E' stato effettuato un confronto tra i turni del biennio 2004/2005, anni a turnistica classica, e il biennio 2006/2007 considerando 8 variabili:

- ore annue complessive
- ore annue straordinarie
- giorni di riposo
- giorni di malattia
- giorni di ferie
- giorni di recupero
- giorni di congedo straordinario
- giorni di aspettativa.

Risultati

Fra le variabili considerate c'è sempre una differenza statisticamente significativa tra il biennio 2004/2005 e il biennio 2006/2007.

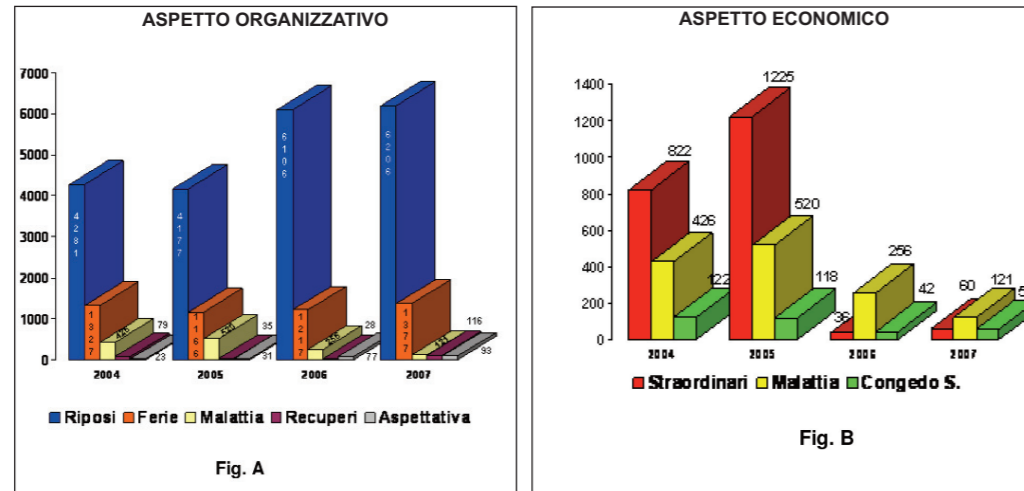
In particolare i grafici documentano:

- un aumento del numero di personale a disposizione (Fig. A)
- un aumento dei riposi e ferie, nonostante siano aumentate le assenze per aspettativa (Fig. A)
- una drastica diminuzione delle ore di straordinario e dell'assenteismo per malattie brevi (Fig. B)
- un risparmio economico per l'Ente (Fig. B)

Conclusioni

E' noto che i turni incidono negativamente sulla salute, e sulla vita familiare di ogni lavoratore, questa nostra esperienza ha dimostrato una correlazione positiva tra maggiore soddisfazione da un lato e riduzione dello stress, dell'assenteismo e del turnover dall'altro.

I risultati ottenuti sono stati largamente superiori alle nostre aspettative e questa modalità di gestione della turnistica ha significato un cambiamento culturale e un aumento di responsabilità da parte dei lavoratori.



Bibliografia

- Copertaro A, Bracci M, Barbares M. Valutazione dell'omocisteina nei lavoratori turnisti. *Monadi Arch Chest Dis* 2008;70:24-28.
- Stress, ansia e Burn out sono in agguato. *Il sole 24 ore sanità Anno IX* – N.5 7-13 febbraio 2006:2.
- Giroto G, Giroto E, Marangon L, Zattarin A. Il turnover degli infermieri. *Assistenza Infermieristica e Ricerca* 2006; 3:4-5
- Calamandrei C. La soddisfazione degli infermieri in relazione alla soddisfazione dei pazienti. *Management infermieristico* 2000; 3
- Selmin R, Altinier S, Plebani M. La soddisfazione delle risorse umane come elemento essenziale nei programmi di miglioramento della qualità. *QA*, settembre 1999; 163-172
- D.Lgs 66/2003 e 213/2004 Gli istituti di regolamentazione dell'orario di lavoro.
- Ghiandoni E. Modelli di turnistica a confronto: indagine conoscitiva sugli infermieri di due ospedali Milanesi. *Management infermieristico* 2006; 2
- Valutazione dell'omocisteina nei lavoratori turnisti. Copertaro A, Bracci M, Barbares M. *Monadi Arch Chest Dis* 2008;70:24-28.
- Il turnover degli infermieri. Giroto G, Giroto E, Marangon L, Zattarin A.
- La soddisfazione degli infermieri in relazione alla soddisfazione dei pazienti. Calamandrei C. *Management infermieristico* 2000; 3
- Gli istituti di regolamentazione dell'orario di lavoro. D.Lgs 66/2003 e 213/2004
- Modelli di turnistica a confronto: indagine conoscitiva sugli infermieri di due ospedali Milanesi. Ghiandoni E. *Management infermieristico* 2006; 2

POSITIVE PRACTICE”: CARI COLLEGGI FACCIAMO CARE?

Jessica Centorbi

Serie

Il processo di umanizzazione delle cure nella nostra unità operativa è cominciato da alcuni anni ed è un processo ancora in itinere.

La capacità di vedere il neonato nella sua globalità, di rispettare i suoi ritmi, favorire al meglio il suo sviluppo neurosensoriale e di coinvolgere i genitori fin dai primi momenti di vita, ha comportato per tutto il personale una grossa sfida.

In questo processo, siamo state supportate da diverse figure professionali presenti nella nostra unità operativa, quali psicologa e neuropsicomotricista.

Siamo partite così da un'osservazione sul nostro operato, su ciò che facevamo, non facevamo o facevamo erroneamente.

Unitamente alle figure professionali competenti, abbiamo stilato un questionario, avvalendoci di una ricerca bibliografica sull'efficacia della care, che è stato sottoposto a tutta l'equipe medico-infermieristica, al fine di fotografare la sensibilità e le conoscenze nei confronti di tale metodica.

I dati emersi dal questionario, sono stati integrati con i dati emersi dall'osservazione da parte delle due figure professionali e da questo lavoro sono emersi sia i nostri punti di forza che le criticità.

Tutto questo lavoro preliminare è stato presentato a tutta l'equipe durante un incontro informativo.

E' stato costituito un gruppo care identificando un membro di riferimento su ogni turno lavorativo, in quanto ci siamo resi conto che dovevamo dedicare più attenzione ai segnali di stress che il neonato ci inviava attraverso il suo comportamento.

Ci siamo posti una serie di obiettivi partendo da quelli più semplici e facili da realizzare per giungere a quelli più impegnativi.

Le maggiori sfide nel nostro percorso, peraltro ancora in itinere, sono state: superare un'iniziale e forte "diffidenza-resistenza" al cambiamento da parte di noi infermieri e dei medici nei confronti della care, e migliorare la comunicazione tra le varie figure professionali coinvolte nell'assistenza.

A tale scopo si è svolto un percorso interno, rivolto a tutto il personale, riguardo ai vari stili di comunicazione, tenuto dalla nostra psicologa.

Il nostro impegno e sforzo sono stati anche quelli di sollecitare e facilitare in ogni modo un precoce coinvolgimento di entrambe i genitore, attraverso un processo educativo di accompagnamento, di accettazione-conoscenza e successiva azione attiva verso i loro figli, agevolando il più possibile la loro presenza all'interno del reparto.

Si è posta una particolare attenzione all'ambiente e all'allestimento degli ausili di contenimento in culla e/o lettino del paziente, con attenta scelta dei materiali da utilizzare, delle loro caratteristiche qualitative, dimensioni e composizione e soprattutto di sicurezza per il neonato nel rispetto delle normative europee. In questo abbiamo coinvolto il servizio di Prevenzione e Protezione aziendale che ci ha informato sui requisiti tecnici che tali dispositivi dovevano possedere.

Il nido contenitivo da porre in incubatrice è stato realizzato in materiale soffice e delicato che permette di creare un ambiente e un piano d'appoggio confortevole per il neonato nonché rispondere alle caratteristiche di impermeabilità, traspirazione, resistenza a batteri, funghi e acari, possibilità di lavaggio, disinfezione e sterilizzazione, antistaticità e reazione al fuoco.

Per la realizzazione di questi ausili ci siamo avvalsi della collaborazione attiva di gruppi di volontariato, in parte già presenti nella nostra unità operativa ed in parte contattati specificatamente per questo scopo.

Nonostante le difficoltà incontrate, siamo fermamente convinti che ciò che stiamo cercando di attuare è il meglio per i nostri piccoli pazienti e siamo sulla strada giusta.

Bibliografia

- Als H. NIDCAP: testing the effectiveness of a relationship-based comprehensive intervention. *Pediatrics*. 2009 Oct;124(4):1208-10. Epub 2009 Sep 28.
- Beal, Judy A. DNSc, Evidence for Best Practices in the Neonatal Period *MCN, American Journal of Maternal Child Nursing*, November/December 2005 - Volume 30 - Issue 6 - pp 397-403.
- Byers JF. Components of developmental care and the evidence for their use in the NICU. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2003 May-Jun;28(3):174-80.
- Colombo G, Siliprandi N, La "care" dei genitori in Terapia Intensiva Neonatale. *Neonatalogia* 1998; 3:173-7.
- Colombo G. , Con ragione e sentimento, Le cure neonatali a sostegno dello sviluppo, Raccomandazioni per gli operatori della Terapia Intensiva Neonatale. Gruppo di Studio sulla Care in Neonatologia della Società Italiana di Neonatologia (SIN) 2011.
- Conde-Agudelo A, Belizán JM, Diaz-Rossello J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 3. Art. No.: CD002771. DOI: 10.1002/14651858.CD002771.pub2.

- Ferrari F, Bosi MP, Roversi MF, Barban MT, Gargano GC, Capritotti T. La care del prematuro: strategie d'intervento sul neonato. *Neonatologica* ; 2: 83-89, 1995.
- Hendricks-Muñoz KD, Prendergast CC, Barriers to provision of developmental care in the neonatal intensive care unit: neonatal nursing perceptions. *Am J Perinatol*. 2007 Feb;24(2):71-7. Epub 2007 Jan 29.
- Lawn JE, Mwansa-Kambafwile J, Horta BL, Barros FC, Cousens S. 'Kangaroo mother care' to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. *Int J Epidemiol*. 2010 Apr;39 Suppl 1:i144-54.
- Legendre V, Burtner PA, Martinez KL, Crowe TK. 2011
The evolving practice of developmental care in the neonatal unit: a systematic review. *Phys Occup Ther Pediatr*. 2011 Aug;31(3):315-38. Epub 2011 Mar 11.
- Liaw JJ, Yang L, Katherine Wang KW, Chen CM, Chang YC, Yin T, Non-nutritive sucking and facilitated tucking relieve preterm infant pain during heel-stick procedures: a prospective, randomised controlled crossover trial. *Int J Nurs Stud*. 2012 Mar;49(3):300-9. Epub 2011 Oct 14.
- Ludington-Hoe SM. Thirty years of Kangaroo Care science and practice *Neonatal Netw*. 2011 Sep-Oct;30(5):357-62.
- Peng NH, Bachman J, Jenkins R, Chen CH, Chang YC, Chang YS, Wang TM Relationships between environmental stressors and stress biobehavioral responses of preterm infants in NICU. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2009 Oct-Dec;23(4):363-71.
- Solhaug M, Bjørk IT, Sandrø HP. Childrens Department Rikshospitalet University Hospital, Oslo, Norway. Staff perception one year after implementation of the the newborn individualized developmentalcare and assessment program (NIDCAP), *J Pediatr Nurs*. 2010 Apr;25(2):89-97.
- Swedish Council On Technology Assesment. Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program – NIDCAP, 2007.
- Symington AJ, Pinelli J. Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. Art. No.: CD001814.
- Turrill S. A focus of care for neonatal nursing: the relationship between neonatal nursing practice and outcomes. *Paediatr Nurs*. 2003 May;15(4):13-7.
- Vandenberg KA. Individualized developmental care for high risk newborns in the NICU: a practice guideline. *Early Hum Dev*. 2007 Jul;83(7):433-42. Epub 2007 Apr 30. Review.
- Wallin L, Eriksson M. Newborn Individual Development Care and Assessment Program (NIDCAP): a systematic review of the literature Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Division of Nursing, Karolinska Institute and Clinical Research Utilization (CRU), Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden
Worldviews Evid Based Nurs. 2009;6(2):54-69. Epub 2009 Apr 29.

SKIN CARE IN PRETERM INFANTS: UTILIZZO DELLA SOLUZIONE ACQUOSA DI CLOREXIDINA ALLO 0,25% PER LA PREVENZIONE DELLA COLONIZZAZIONE CUTANEA DA STAFILOCOCCO AUREO

F. Del Prato, R. Ferraro, C. Pellecchia, I. Como, C. Loffredo, M. Sellitto, F. Messina

Neonatologia e TIN, Fondazione Evangelica Betania, Napoli

Introduzione

Negli ultimi anni è aumentato l'interesse verso la fisiopatologia della cute del neonato prematuro in considerazione dell'aumentato rischio infettivo legato alla prolungata permanenza nei reparti di Terapia Intensiva Neonatale (TIN). Le infezioni rappresentano fino al 71% delle cause di morte nei neonati ricoverati in TIN ed il rischio di infezioni risulta inversamente proporzionale alla loro età gestazionale. La maggior parte delle infezioni neonatali avvengono nelle prime due settimane di vita, quando la barriera epidermica è particolarmente immatura e la colonizzazione batterica cutanea risulta alterata per le condizioni ambientali e per le manipolazioni a cui il neonato è sottoposto. Nei neonati prematuri infatti, vi è la possibilità che oltre allo *Stafilococco epidermidis*, alcuni Gram negativi come *Enterobacteriaceae*, *Escherichia coli*, *Klebsiella* e altre specie di *Stafilococchi coagulasi negativi* colonizzino la cute con un incrementato rischio di sepsi dovuto alle procedure invasive. Di qui nasce l'esigenza di una nuovo approccio alla "care" della cute del nato pretermine.

La clorexidina (CLX) rappresenta uno degli antisettici più utilizzati nei neonati. Esiste evidenza che l'uso delle soluzioni a base di CLX per il lavaggio vaginale durante il travaglio ed il parto, la pulizia del neonato e/o del cordone ombelicale riduca la colonizzazione batterica, le infezioni e la mortalità. Nel nostro studio è stata utilizzata una concentrazione allo 0,25% che non altera il film idrolipidico ed il pH cutaneo. Sebbene sia evidente l'efficacia dell'uso di detergenti a base di CLX nel ridurre le infezioni nei neonati, non è stata mai valutata l'utilità della formulazione allo 0.25% come soluzione detergente nella popolazione dei neonati tra 28 e 36,6 wks nella prevenzione della colonizzazione cutanea da stafilococco aureo e il suo effetto sulla cute del neonato prematuro.

Obiettivo

L'obiettivo del nostro studio è stato l'identificazione del tipo di detergente più valido nella prevenzione della colonizzazione cutanea da stafilococco aureo per la cute dei neonati pretermine.

Materiali e metodi

Sono stati arruolati alla nascita tutti i neonati di età compresa tra 28 e 36,6 wks randomizzati in due gruppi (gruppo controllo: detergente neutro; gruppo intervento: CLX in soluzione acquosa allo 0,25%). Sono stati praticati tamponi cutanei della zona ascellare alla nascita, a 24 e a 72 ore di vita. A 24, 48 e 72 ore di vita è stato praticato uno "Skin condition score" (valutazione clinica delle condizioni cutanee secondo la scala di Darmstadt DL, 2004). A 72 ore di vita sono stati effettuati gli esami di laboratorio di routine e il sepsis score. Sono stati esclusi pazienti con malformazioni congenite maggiori, gravi patologie che impedivano la normale skin care del neonato, patologie cutanee congenite o iatrogene.

Risultati

39 neonati sono stati trattati con detergente neutro e 36 con CLX allo 0.25%. I due gruppi in studio erano omogenei per classi di età gestazionale e tipo di parto e non presentavano differenza statisticamente significativa nel numero di colonie batteriche alla nascita. Lo "Skin condition score" era sovrapponibile nei due gruppi alle tre valutazioni alla nascita, 48 e 72 ore di vita. Nella valutazione del numero di colonie, a 24 ore di vita nessuna differenza statisticamente significativa era rilevabile, mentre a 72 ore di vita solo 9 neonati del gruppo che era stato trattato con CLX rispetto ai 25 del gruppo di controllo mostrava tamponi ascellari positivi per stafilococco, p 0.001 (Fig. 1). Nessuna correlazione era presente tra la positività dei tamponi ascellari, il sepsis score e la PCR.

Conclusioni

La detersione ha lo scopo di lavare la cute, asportando sia le sostanze depositate che derivano dall'ambiente esterno, sia i detriti tissutali interni, come le cellule cornee desquamate o le secrezioni organiche. La pulizia della pelle comporta necessariamente anche la rimozione di parte del film idrolipidico, con alterazione della barriera cutanea di protezione e possibili effetti collaterali, specie se la detersione è aggressiva o troppo frequente. Dai risultati preliminari del nostro studio la CLX sembrerebbe in grado di ridurre la colonizzazione batterica da stafilococco aureo nei neonati pretermine senza compromettere l'integrità cutanea.

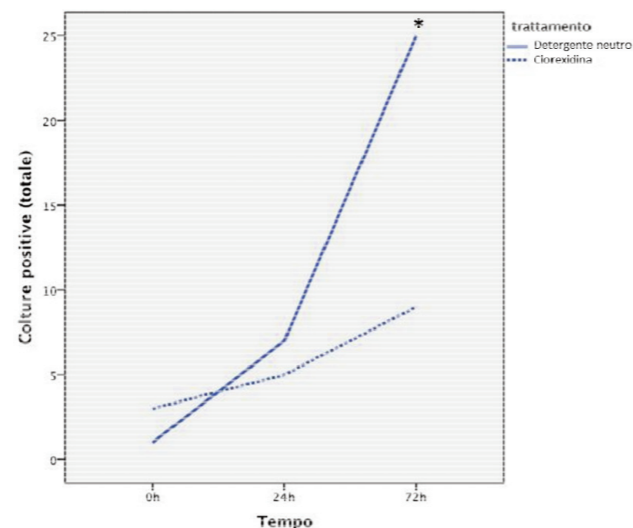


Figura 1

Bibliografia

- Carey AJ, Saiman L, Polin RA. Hospital-acquired infections in the NICU: epidemiology for the new millennium. Clin Perinatol 2008; 35: 223-249.
- Choi Y, Saha SK, Ahmed AS, Law PA, Chowdhury MA, Islam M et al. Routine skin cultures in predicting sepsis pathogens among hospitalized preterm neonates in Bangladesh. Neonatology 2008; 94: 123-131.
- Darmstadt GL, Badrawi N, Law PA, Ahmed S, Bashir M, Iskander I, Al Said D, El Kholy A, Husein MH, Alam A, Winch PJ, Gipson R, Santosham M. Topically applied sunflower seed oil prevents invasive bacterial infections in preterm infants in Egypt: a randomized, controlled clinical trial. Pediatr Infect Dis J. 2004 Aug;23(8):719-25.
- Darmstadt GL, Dinulos JG. Neonatal skin care. Pediatr Clin North Am. 2000;47:757-782.
- Denton GW. Chlorhexidine. In: Block SS, ed. Disinfection, Sterilization, and Preservation. 5th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2001:321-326.
- Garland JS, Alex CP, Mueller CD, et al. A randomized trial comparing povidone-iodine to a chlorhexidine gluconate-impregnated dressing for prevention of central venous catheter infections in neonates. Pediatrics. 2001;107:1431-1436.
- Krautheim AB, Jermann TH, Bircher AJ. Chlorhexidine anaphylaxis: case report and review of the literature. Contact Dermatitis. 2004;50: 113-116.
- Sankar MJ, Paul VK, Kapil A, Kalaivani M, Agarwal R, Darmstadt GL, Deorari AK. Does skin cleansing with chlorhexidine affect skin condition, temperature and colonization in hospitalized preterm low birth weight infants?: a randomized clinical trial. J Perinatol. 2009 Dec;29(12):795-801.
- Taha TE, Biggar RJ, Broadhead RL, Mtimavalye LA, Justesen AB, Liomba GN, Chipangwi JD, Miotti PG. Effect of cleansing the birth canal with antiseptic solution on maternal and newborn morbidity and mortality in Malawi: clinical trial. BMJ. 1997 Jul 26;315(7102):216-9.

PREVENZIONE DELLA RETINOPATIA DEL PREMATURO

E. Aldrigo, F. Poggi, L. Pugni, G. Araimo, E. Bezze, L. Plevani, F. Mosca

NICU, Department of Clinical Sciences and Community Health, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Università degli Studi di Milano

Introduzione

La retinopatia del prematuro (ROP) è una patologia che colpisce esclusivamente i neonati pretermine, in particolare i neonati con età gestazionale inferiore a 32 settimane, la cui retina non è completamente vascolarizzata alla nascita. Si tratta di una retinopatia vasoproliferativa che può portare ad un ampio spettro di esiti, dalla visione normale fino alla cecità (1,2). Nei neonati di peso molto basso alla nascita l'incidenza di ROP severa (stadio > 2), che frequentemente porta a esiti, è intorno all'8-10%. L'incidenza è tanto più elevata quanto più bassi sono l'età gestazionale e il peso alla nascita. Sono stati identificati diversi fattori che aumentano il rischio di ROP: la bassa età gestazionale, il basso peso alla nascita, il ritardo di crescita intrauterino, la ventilazione prolungata, l'instabilità emodinamica, la sepsi, le trasfusioni di emoderivati e l'ossigenoterapia. Negli ultimi anni diversi lavori hanno studiato la possibile correlazione tra apporto di ossigeno e sviluppo di ROP. Alcuni studi hanno dimostrato che l'incidenza di ROP nei neonati a rischio si riduce in modo significativo mantenendo bassi livelli di saturazione arteriosa di ossigeno, anche se gli studi fino ad oggi condotti non hanno consentito di definire quali sono i valori ottimali da mantenere (3-10).

Obiettivi dello studio

Con questo studio ci siamo proposti i seguenti obiettivi:

- valutare se l'adozione di livelli di saturazione arteriosa di ossigeno (SatO2) inferiori a quanto stabilito dalla procedura di UO in uso comporta una riduzione dell'incidenza di ROP severa nei neonati più a rischio (≤ 28 sett.)
- valutare se la compliance del personale di assistenza alla nuova procedura introdotta migliora a seguito di un programma educativo.

Metodi

Modifica della procedura di UO sull'impostazione dei limiti di allarme della SatO2 nei neonati prematuri sottoposti ad ossigenoterapia.

Sulla base dei dati della letteratura, è stato deciso di modificare la procedura di UO in vigore apportando le seguenti modifiche per i neonati di E.G. compresa fra 23 e 31+6 settimane: questi neonati devono mantenere una SatO2 nel range 86-93% fino al raggiungimento di una età postconcezionale (PMA) ≥ 32 settimane. I limiti di allarme devono essere impostati fra 85% e 94% nei neonati sottoposti ad ossigenoterapia. Dopo la 31+6 settimana di PMA gli stessi neonati, se sottoposti ad ossigenoterapia, devono mantenere una SatO2 all'interno del range 86-95% e i limiti di allarme devono essere impostati sulla base di tali valori, pertanto tra 85% e 96%.

Registrazione in continuo dei livelli di SatO2 (dal momento dell'introduzione dei nuovi limiti di allarme di SatO2).

I livelli di SatO2 sono registrati in continuo 24 ore/24 in tutti i neonati ricoverati in TIN con PMA inferiore a 31+6 settimane, grazie ad un software collegato al monitor della postazione e alla cartella informatizzata di reparto NeoCare. Sono definiti eventi "high" ed eventi "low" quegli eventi in cui la SatO2 risulta rispettivamente superiore o inferiore al limite stabilito dalla nuova procedura. Per ognuno di tali pazienti sono registrati il numero e la durata degli eventi "high" e "low" che si verificano ogni giorno, il valore medio di SatO2 degli eventi "high" e "low" di ogni giorno e i valori minimo e massimo di SatO2 raggiunti durante gli eventi. Nel caso in cui il paziente è sottoposto a ventilazione, la FIO2 erogata in concomitanza con ogni evento "high" e "low" viene rilevata in automatico.

Programma educativo (da completare entro 6 mesi dall'introduzione dei nuovi limiti di allarme di SatO2): Al fine di favorire l'adesione da parte del personale medico-infermieristico alla nuova procedura sono stati previsti:

- istituzione di un gruppo di lavoro, composto da medici e infermieri
- divulgazione al personale della nuova procedura
- organizzazione di un Corso di Formazione, articolato in più moduli, al fine di consentire la

partecipazione di tutto il personale sanitario afferente all'UO

Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo 1.

L'efficacia nel prevenire la ROP dell'utilizzo di livelli di SatO₂ inferiori a quelli precedentemente in uso sarà valutata confrontando i dati relativi alle ROP severe insorte nei neonati più a rischio (≤ 28 sett.) ricoverati durante i 24 mesi successivi all'introduzione della nuova procedura con quelli relativi alle ROP severe verificatesi nella stessa categoria di neonati ricoverati durante i 24 mesi precedenti l'introduzione della nuova procedura. Le informazioni saranno ricavate dalla cartella informatizzata di reparto.

Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo 2.

Il miglioramento della compliance del personale di assistenza alla procedura introdotta a seguito del programma educativo sarà valutata:

1. confrontando, per i neonati con PMA $\leq 31+6$ sett. in ossigenoterapia, le registrazioni dei livelli di SatO₂ effettuate durante un periodo di osservazione di 6 mesi precedente il Corso di Formazione con un periodo di 12 mesi successivo al Corso di Formazione
2. confrontando, per la stessa categoria di neonati e per gli stessi periodi, i livelli di allarme di SatO₂ impostati al monitor e la concomitante concentrazione di ossigeno erogata rilevati con apposito modulo, una volta per turno, dal personale infermieristico e medico.

Risultati attesi

Ci si attende un aumento della compliance degli operatori alla nuova procedura a seguito del programma educativo e una riduzione dell'incidenza di ROP severa nei neonati più a rischio, verosimilmente questa valutabile solo a distanza di 24 mesi dall'introduzione dei nuovi livelli di SatO₂.

Riferimenti bibliografici

1. Smith LE. IGF-1 and retinopathy of prematurity in the preterm infant. *Biol Neonate* 2005;88: 237-44
2. Penn JS, Madan A, Caldwell RB, Bartoli M, Caldwell RW, Hartnett ME. Vascular endothelial growth factor in eye disease. *Prog Retin Eye Res* 2008;27:331-71
3. Tin W, Milligan DWA, Pennefather P, Hey E. Pulse oximetry, severe retinopathy, and outcome at one year in babies of less than 28 weeks gestation. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2001; 84:F106-10
4. Chow LC, Wright KW, Sola A. Can Changes in Clinical Practice Decrease the Incidence of Severe Retinopathy of Prematurity in Very Low Birth Weight Infants? *Pediatrics* 2003;111:339-45
5. Wright KW, Sami D, Thompson L, Ramanathan R, Joseph R, Farzavandi S. A physiologic reduced oxygen protocol decreases the incidence of threshold retinopathy of prematurity. *Trans Am Ophthalmol Soc* 2006;104:78-84
6. VanderVeen DK, Mansfield TA, Eichenwald EC. Lower Oxygen Saturation Alarm Limits Decrease the Severity of Retinopathy of Prematurity. *Journal of AAPOS* 2006;10:445-48
7. Hagadorn JI, Furey AM, Nghiem TH, Schmid CH, Phelps DL, Pillers DM, Cole CH. Achieved Versus Intended Pulse Oximeter Saturation in Infants Born Less Than 28 Weeks' Gestation: The AVIOx Study. *Pediatrics* 2006;118:1574-82
8. Chen ML, Guo L, Smith LE, Dammann CE, Dammann O. High or Low Oxygen Saturation and Severe Retinopathy of Prematurity: A Meta-analysis. *Pediatrics* 2010;125:e1483-92
9. Saugstad OD, Aune D. In Search of the Optimal Oxygen Saturation for Extremely Low Birth Weight Infants: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neonatology* 2011;100:1-8
10. Bancalari E, Claire N. Too much or too little: how to handle oxygen saturation in the neonatal intensive care unit. *Early Hum Dev* 2012;88:78:80

VALUTAZIONE DELLA POPPATA DEL NEONATO PRETERMINE: UN OBIETTIVO POSSIBILE PER DONARE, MIGLIORARE E CRESCERE OSSERVANDO

P. Bressi, P. Elli, A. Avanzini, L. Parola, F. Bareggi

A.O. "Ospedale Civile di Legnano"

U.O. di Pediatria e Neonatologia - Patologia Neonatale, Ospedale di Magenta

Numerosi fattori ostacolano l'allattamento al seno nel neonato pretermine. Occorre quindi intervenire con strategie appropriate. Le tecniche di dimostrata efficacia sono le seguenti: contatto pelle a pelle (Kangaroo-care), spremitura simultanea e precoce del seno, NIDCAP, formazione multidisciplinare dello staff in conformità a quanto previsto dal progetto "Ospedale Amico dei Bambini" (6).

Negli ultimi anni, con l'aumento dell'allattamento al seno nel pretermine, abbiamo sentito l'esigenza di approfondire le nostre conoscenze in merito alla valutazione della suzione nel neonato, poiché essa riflette il grado di organizzazione comportamentale, con un'evoluzione maturativa ben documentata, anche se difficile da misurare in maniera oggettiva.

Alla nascita i neonati pretermine hanno già avuto esperienze di suzione e deglutizione in utero: a 20 settimane i movimenti della mandibola e la deglutizione sono presenti al ritmo di 1-2/sec.

Gli studi sulla fisiologia della suzione del prematuro sono stati fatti principalmente osservando la suzione dal biberon: inizialmente si notano brevi sequenze di suzione (1-5/ min), seguite da lunghe pause; successivamente il ritmo di suzione aumenta (11-15/min) e le pause si accorciano; alla fine raggiungono una ritmica sequenza suzione deglutizione (30/min). Al seno si è notata una maggiore apertura della bocca, con suzioni brevi, pause più lunghe, ma una durata maggiore del pasto (11).

In letteratura sono state proposte numerose griglie di valutazione che presentano gradi diversi di affidabilità e validità e che possono essere utilizzate come test di screening per la rapida identificazione dei neonati in difficoltà: IBFAT (1988)(2), SAIB(1990)(8), MBA(1992)(3), LATCH(1994)(1) o come test diagnostico per identificare il problema: PIBBS(1996)(4) NOMAS (1998)(5) EFS(2005)(9).

In un recente studio comparativo(10) la PIBBS sembra rispondere ai requisiti di affidabilità, validità e adattabilità richiesti mettendo in evidenza le potenzialità del neonato e la possibilità di addestrare le mamme nella valutazione della poppata come risorsa per l'implementazione dell'allattamento al seno.

Per l'utilizzo in reparto, tuttavia, si è deciso di avvalersi di una versione modificata, in cui la valutazione viene incorporata in un documento nutrizionale più completo: PREMIE (7) Allegato 1.

Nel filmato che presentiamo vediamo cosa occorre osservare per compilare la scheda di valutazione della poppata.

La nostra esperienza è ancora all'inizio, ma ci sembra positiva per le possibili ricadute per gli operatori, per la madre, per il neonato.

Allegato 1

ALIMENTAZIONE ORALE RECENTE

N. tentativi alimentazione orale ultime 24 ore:

0 1 3-5 8

Tipo di alimentazione: al seno (n.) _____ al biberon (n.) _____

Se al biberon: prescrizione ml _____ assunti ml _____

Se al seno: complimentato con _____ ml _____ biberon gavage

CONDIZIONI DEI CAPEZZOLI

Piatti

Invertiti

Prominenti

Altro _____

VALUTAZIONE POPPATA (PREMIE)

Predominant infant behavior (Stato predominante del neonato)	veglia quieta/attiva dormiveglia sonno profondo/pianto
---	--

Rooting (Riflesso di ricerca)	valido/minimo stimolo ipovalido/ stimolo importante assente
----------------------------------	---

Effective latch-on (Attacco efficace)	mantenuto intermittente assente
--	---------------------------------------

Milk ejection (Eiezione di latte)	si incerta assente
--------------------------------------	--------------------------

Infant suck (Suzione del neonato)	ritmica aritmica assente
--------------------------------------	--------------------------------

Evident swallowing (Deglutizione)	si con fatica assente
--------------------------------------	-----------------------------

Paracapezzolo:	si no
----------------	------------

Bibliografia

1. Jensen et al. .LATCH : a breastfeeding charting system and documentation tool. Journal of Obstetric,Gynecologic and Neonatal nursing. 1994, 23, 27 -32
2. Matthews. MK . Developing an instrument to assess infant breastfeeding behaviour in the early neonatal period. Midwifery 1988, 4, 154-65
3. Mulford C. The mother-baby assessment (MBA): an APGAR score for breastfeeding. Journal of Human Lactation 1992,8(2),79-82
4. Nyquist et al., The development of preterm infants'breastfeeding behaviour scale(PIBBS), Early Human Development 55 (1999) 247-264
5. Palmer et al. Neonatal Oral Motor Assessment scale: a reliability study. J Perinatol 1993 Jan-Feb;13(1):28-35
6. Renfrew MJ et al. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units:a systematic Review. Child:care , health and development, 2009, 36,2, 165-178
7. Riordan Jan. Breastfeeding and Human Lactation, 3rd ed 2005, Boston: Jones and Bartlett
8. Shrago L& Bocar D, The infant contribution to breastfeeding. Journal of Obstetric,Gynecologic and Neonatal nursing 1990,19,209-215
9. Thoyre SM et al. The early feeding skills assessmentfor preterm infant. Neonatal Network 2005, 24(3),7-16
10. Tsu-Hsin Howe, Ken-Chung Lin, Chung-Pei Fu, Chia-Ting Su, Ching-Lin Hsieh. A Review of Psychometric Properties of Feeding Assessment Tools used in Neonates. JOGNN, 37 (2008) 338-349
11. Watson Genna, Supporting Sucking Skills in breastfeeding infants Jones and Bartlett ed. 2008