

# XXVII

---

# Congresso Nazionale

## SOCIETÀ ITALIANA DI NEONATOLOGIA

e

**III CONGRESSO**  
**SOCIETÀ ITALIANA DI NEONATOLOGIA INFERMIERISTICA**

Presidente *Fabio Mosca*

---

***Il neonato al centro del futuro***

---

*Evento Residenziale* **6-9 OTTOBRE 2021** Rome Cavalieri, A Waldorf Astoria Hotel

*Evento Digitale* **6-9 OTTOBRE 2021** Piattaforma Digitale Health Polis

*Formazione a distanza* **12 OTTOBRE 2021-12 GENNAIO 2022** Piattaforma FAD



***Libro degli atti***

# COMITATO SCIENTIFICO e Organizzatore

## SCIENTIFIC AND ORGANIZING COMMITTEE

### III CONGRESSO SOCIETÀ ITALIANA DI NEONATOLOGIA INFERMIERISTICA

#### **PRESIDENTE DEL CONGRESSO**

Denis Pisano (*Cagliari*)

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

#### **REFERENTE REGIONALE SIN INF LAZIO**

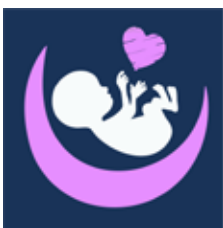
Maria Nicoleta Login (*Roma*)

#### **REFERENTI REGIONALI SIN INF**

Stefano Palombaro (*Abruzzo*)  
Michelina di Biase, Iolanda Fusco, Pamela Muoio (*Campania*)  
Maria Nicoleta Login (*Lazio*)  
Stefania Mondini, Pierpaolo Servi, Elena Signorini (*Lombardia*)  
Mattia Luciano (*Piemonte e V. d'Aosta*)  
Vita Antonia Borrelli (*Puglia*)  
Alessandra Loi (*Sardegna*)  
Elisabetta Lolli (*Veneto*)  
Angela Catalano (*Calabria*)  
Luca Marzola (*Emilia Romagna*)  
Sabrina Scolz (*Friuli Venezia Giulia*)  
Anna Elia (*Sicilia*)  
Leonardo Fioravanti (*Toscana*)  
Gessica Angelini (*Marche*)

#### **SEGRETERIA SIN INF**

Corso Venezia, 8  
20121 Milano  
+39 02 45487170  
info@sininf.it  
www.sininf.it



**Società  
Italiana  
Neonatologia  
Infermieristica**

# PRESENTAZIONE

---

Sono orgoglioso di presentare questo volume di atti congressuali che raccoglie i lavori scientifici del III Congresso Nazionale della Società Italiana di Neonatologia Infermieristica.

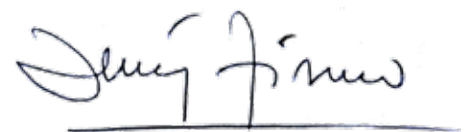
Il Congresso Nazionale è certamente l'espressione più tangibile delle attività annuali della nostra società scientifica e costituisce il momento divulgativo più importante per i nostri Soci. In questo secondo anno di emergenza da Covid-19, mi piace ricordare quanto sia grande lo sforzo di tutti gli infermieri delle neonatologie italiane a tutt'oggi ancora impegnati a garantire un ritorno alla "normalità" per i neonati e le loro famiglie; in tal senso, un plauso va ai Colleghi che con il loro contributo scientifico hanno reso possibile la realizzazione di questo volume e di un congresso nazionale così articolato.

Sono tanti gli elementi che hanno contribuito a rendere importante e speciale il nostro congresso. Certamente la qualità degli abstract pervenuti alla nostra attenzione, frutto anche della collaborazione tra il Consiglio Direttivo SIN INF, i Referenti Regionali ed i Soci; la stretta collaborazione tra la SIN INF ed il Consiglio Direttivo della SIN, presieduto dal Presidente Fabio Mosca, che ha permesso ad una giovane società come la nostra di avvalersi di una location prestigiosa come quella di Roma; ed infine, ma non meno importante, il supporto attento e puntuale della segreteria organizzativa iDea congress.

A tutti va il mio sincero ringraziamento.

Agli amici, ancor prima che colleghi, del Consiglio Direttivo della SIN INF voglio rinnovare la mia stima e ringraziarli per l'ottimo lavoro svolto.

Buona lettura!



Denis Pisano  
Presidente SIN INF  
Società Italiana di Neonatologia Infermieristica

# INDICE

---

- |  |                |
|--|----------------|
| » Relazioni del congresso                                      | <b>pag. 5</b>  |
| » Sessione On Demand   | <b>pag. 23</b> |
| » Collegio dei Coordinatori Infermieristici delle neonatologie | <b>pag. 57</b> |
| » ELENCO PRIMI AUTORI  | <b>pag. 63</b> |



## CURE PALLIATIVE: IL TEAM WORKING DALLA TIN AL TERRITORIO

A. Auriglietti

*Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano*

### BACKGROUND

Negli ultimi anni l'implementazione di percorsi specifici per le Cure Palliative Pediatriche (CPP) si è resa necessaria perché si sta osservando un aumento della prevalenza di bambini con malattia inguaribile e/o disabilità grave, dovuto in parte ad un progressivo miglioramento nel campo medico e tecnologico che ha ridotto la mortalità neonatale, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo. Se nell'ambito dell'adulto le Cure Palliative ha ormai una certa autorevolezza e anche precisi punti di riferimento in territorio nazionale, in campo pediatrico/neonatale invece non ci sono ancora percorsi ben organizzati in modo omogeneo, considerando l'aspetto unico delle malattie pediatriche e l'esiguo numero di pazienti.

**SCOPO.** Descrivere l'implementazione di un percorso per la formazione di un team work in TIN dedicato alle Cure Palliative Pediatriche/Perinatali e presentare il confronto tra due casi clinici gestiti in modi differenti all'interno dell'U.O.

**METODI E STRUMENTI.** Partendo dalla legittimazione al diritto alle CPP con la Legge n. 38 del 2010 e dalla Survey del 2018 della SIN in merito alle Cure Palliative Perinatali è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare per confrontarsi sui neonati/lattanti che possono intraprendere un percorso strutturato ad hoc di CPPN. Inizialmente si è partiti confrontando la letteratura disponibile e poi è iniziata una collaborazione con un esperto e una struttura che si occupano dell'assistenza ai bambini con malattie inguaribili. Il gruppo di CPPN ha poi iniziato una raccolta dati di tutti i bambini che hanno necessitato di questo percorso permettendoci di elaborare i due casi clinici che presentiamo.

**RISULTATI.** La collaborazione con un esperto e una struttura che assiste i bambini con malattie inguaribili ha portato alla realizzazione di un corso sulle CPP rivolto a tutti i componenti del Gruppo multidisciplinare e si è iniziato a pianificare un percorso per la successiva redazione di una procedura di U.O. Il confronto tra le due storie invece ha evidenziato caratteristiche e percorsi di per sé diversi, ma accumulati dalla stessa complessità clinica: nel primo caso vi è stata un'attivazione volta al supporto di una condizione di estrema gravità clinica che avrebbe portato inevitabilmente in tempi brevi ad un fine vita dopo un lungo percorso di malattia, mentre nel secondo caso vi è stata un'attivazione volta a supportare il percorso di accompagnamento alla domiciliazione in un paziente con una condizione clinica molto complessa.

**CONCLUSIONI.** L'inizio del percorso delle Cure Palliative Perinatali in una realtà come la Terapia Intensiva Neonatale non è stato di facile attuazione. Bisogna sicuramente continuare a lavorare sullo sviluppo di un percorso di CPP in TIN sensibilizzando il maggior numero di operatori sanitari del reparto con percorsi di formazione adeguati e garantendo la migliore qualità di vita possibile per questi piccoli pazienti complessi. La presentazione dei due casi clinici ha messo in evidenza che i percorsi da intraprendere non sono univoci per ogni bambino, ma dipendono dalla singola storia di malattia. Il confronto all'interno del team work per le CPP è risultato essere molto importante per cercare di individuare il miglior percorso possibile per ogni bambino ricoverato in base alle specifiche esigenze.

### BIBLIOGRAFIA

- 1) Cure palliative pediatriche in Italia: Stato dell'arte e criticità. Rapporti Istisan 17/6/2017 E. Alleva, F. Benini, A. De Santi, A. Geraci, M. Orzalesi.
- 2) Linee guida per la prevenzione e il trattamento del dolore del neonato. Lago P. Milano: Biomedica, 2016.
- 3) Rising national prevalence of life-limiting conditions in children in England. Fraser LK, Miller M, Hain R, Norman P, Aldridge J, McKinney PA, Parslow RC. *Pediatrics* 2012;129(4): e923-9.



## IL MODELLO DEL PRIMARY NURSING NEL PERCORSO DIMISSIONE DALLA TIN

C. Bevilacqua

AOU CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA TORINO – PO S.ANNA – TERAPIA INTENSIVA UNIVERSITA'

**INTRODUZIONE:** L'aumento della sopravvivenza dei neonati ricoverati in terapia intensiva, riconducibile ad uno sviluppo della tecnologia e della medicina, ha condotto ad un incremento del numero di bambini con bisogni speciali e ad alta complessità assistenziale. È fondamentale, quindi, cercare soluzioni adeguate a fornire risposte appropriate, soprattutto in ambito neonatale dove la dimissione rappresenta, spesso, uno dei momenti più critici da affrontare per garantire la giusta continuità tra ospedale, famiglia e territorio. (1)(2)

**OBIETTIVO:** Applicare all'interno della TIN un modello ispirato al Primary Nursing per fornire risposte appropriate ai bisogni di assistenza del neonato prematuro al momento della dimissione e garantire un'adeguata transizione verso l'assistenza territoriale.

**MATERIALI E METODI:** È stata effettuata un'analisi della letteratura sulle migliori strategie per garantire un'adeguata dimissione e presa in carico del neonato e della sua famiglia (transitional care) dopo il ricovero in TIN. Successivamente, è stato creato un gruppo multidisciplinare che collabora con tutti i professionisti sanitari della TIN e del Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure (NOCC) aziendale per effettuare un'attenta analisi delle criticità presenti e proporre soluzioni adeguate ai casi clinici più complessi. Abbiamo collaborato con studenti del Corso di Laurea in Infermieristica Pediatrica di Torino per la realizzazione uno strumento di valutazione delle competenze genitoriali, che supporti l'attività di sostegno alla genitorialità e faciliti la comunicazione tra operatori sanitari e tra genitori e operatori sanitari.

**RISULTATI:** La ricerca si è focalizzata su modelli di cura che mettessero al centro il neonato con la sua famiglia e che garantissero la migliore appropriatezza e qualità delle cure. Il modello del primary nursing è sicuramente quello più adeguato, in quanto orientato alla presa in carico globale del neonato e della famiglia, oltre a garantire una continuità dell'assistenza durante il periodo di degenza in TIN. A ciascun neonato, fin dalla nascita, viene assegnato un infermiere "Primario" o referente, che ha il compito di facilitare la disponibilità e la comunicazione delle informazioni necessarie per pianificare e gestire l'assistenza e il percorso di dimissione. Inoltre, per tracciare il percorso di dimissione e condividerlo con tutto il personale sanitario, sono stati creati documenti di accompagnamento alla dimissione che sono parte integrante della cartella clinica. **DISCUSSIONI:** L'infermiere primary/referente effettua incontri e colloqui informativi ed educativi personalizzati, collabora con gli altri infermieri e con le altre figure professionali coinvolte (fisioterapista, logopedista, mediatore culturale, assistente sociale, NOCC). (3) (4) L'utilizzo di questo modello permette al professionista di garantire un'assistenza personalizzata, focalizzata sui problemi reali e potenziali del neonato e della famiglia. Vengono valorizzate l'autonomia gestionale, decisionale ed assistenziale dei professionisti sanitari migliorando non solo la propria motivazione ma anche quella dell'intero gruppo assistenziale. Anche per la famiglia è importante avere un professionista sanitario come riferimento, essendo completamente coinvolta nel percorso di cura e condividendo con l'intera équipe la pianificazione assistenziale prima e la dimissione dopo. (5) In questo modo i genitori percepiscono una maggiore garanzia di continuità delle cure e sanno di rientrare in un percorso di dimissione protetta, che migliora lo stato di ansia e preoccupazione presente dopo un lungo periodo di degenza in TIN.

### BIBLIOGRAFIA

1. Shahsavari H, Zarei M, Aliheydari Mamaghani J. Transitional care: Concept analysis using Rodgers' evolutionary approach. Int J Nurs Stud [Internet]. 2019;99:103387. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103387>
2. Aagaard H, Uhrenfeldt L, Spliid M, Fegran. Esperienze di transizione dei genitori quando i loro bambini vengono dimessi dall'Unità di Terapia Intensiva Neonatale: un protocollo di revisione sistematica. L.JBI Database System Rev Implement Rep. 2015 ottobre; 13 (10): 123-32.
3. Manthey M. La pratica del Primary Nursing. L'erogazione dell'assistenza basata sulle relazioni e guidata dalle risorse. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2008
4. Deliberazione della Giunta Regionale 28 marzo 2012, n. 27-3628 Attuazione Piano di rientro - D.G.R. n. 44-1615 del 28.2.2011 e s.m.i. - La rete territoriale: criteri e modalità per il miglioramento dell'appropriatezza e presa in carico territoriale.
5. Giovanna Colombo, Silvia Bressan, Elisa Valli, Paola Coscia, Roberta Dotti. La misurazione delle competenze genitoriali. Agorà n.52 marzo 2013; 40-46



## LA PRESA IN CARICO MULTIDISCIPLINARE DALLA TIN AL DOMICILIO

P. Bevilacqua

*Ospedale dei Bambini - ASST Spedali Civili Brescia*

Negli ultimi anni, la tendenza del sistema sanità è sempre più orientata ai trattamenti verso la domiciliarizzazione e la precocità delle dimissioni dei bambini e delle loro famiglie, anche nei casi di bambini clinicamente stabili con bisogni assistenziali complessi, dovuti alla natura progressiva della malattia e alla complessità del regime terapeutico/riabilitativo, che necessitano di interventi e prestazioni a lungo termine. Tali interventi, quando erogati in ambiente ospedaliero, impattano sulla disponibilità di posti letto nell'ospedale per acuti ma, soprattutto, sono erogati in un ambiente che può essere dannoso per il benessere psicofisico del bambino e del nucleo familiare. L'assistenza domiciliare va considerata come un sistema integrato di interventi domiciliari di assistenza sanitaria e sociale continuativa che consente ai piccoli pazienti, con bisogni assistenziali complessi o nella fase terminale della malattia, di rimanere il più possibile nel proprio ambiente abituale di vita. Il progetto di continuità delle cure per minori con bisogni assistenziali complessi, quindi, nasce e cresce dall'esigenza di chi "in prima linea" desidera rispondere, nel modo migliore, al crescente orientamento a dimissioni precoci di bambini con malattia ad elevata complessità assistenziale e delle loro famiglie, garantendo la continuità assistenziale (Ospedale-Territorio), tramite un percorso d'interventi mirati a rispondere ai bisogni effettivi, coerentemente strutturato e articolato in diversi ambiti di competenze in un'ottica di lavoro multidisciplinare. L'organizzazione, quindi, deve considerare molti aspetti, dato che il minore portatore di una patologia complessa e/o cronica necessita di assistenza continua, non solo durante la degenza, ma anche a domicilio, luogo "ideale" dove far convergere tutte le professionalità che, inserite in un contesto di rete e in base alle necessità del caso, possano fornire il loro contributo, secondo una logica integrata e coordinata in un percorso di domiciliazione protetta. I pazienti in età pediatrica e neonatale richiedono un approccio di cura specifico e specialistico di cui sono ben consapevoli i professionisti coinvolti.

Il Presidio Ospedale dei Bambini, alla luce della normativa "Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche" del Ministero della Salute e nella DGR Regione Lombardia n. 8/11085 del 27.01.2010 "Determinazione in merito alla rete delle cure palliative pediatriche - Percorsi organizzativi", inizia nel 2010 il suo percorso implementando il progetto "Dimissioni Protette Pediatriche" con l'obiettivo di facilitare il raccordo tra Ospedale e Servizi Territoriali e, soprattutto, di migliorare la qualità di vita del piccolo paziente e della sua famiglia. Con l'emergenza pandemica da SARS-CoV, in un momento così critico e di forte preoccupazione, la collaborazione tra tutte le figure professionali è stata determinante nella pianificazione, organizzazione, formazione, direzione e controllo di tutte le attività intraprese in un Ospedale che cambiava impetuosamente per affrontare l'emergenza sanitaria ma che doveva anche saper rapportarsi con i pazienti e le famiglie seguite a domicilio. Si è provveduto anche a dedicare un percorso specifico per la gestione del neonato da mamma COVID positiva e la gestione del neonato con infezione sospetta o confermata per COVID-19 in U.O. TIN, proveniente dal domicilio prevedendo il ritorno del neonato a casa con un trasporto protetto per l'isolamento domiciliare della famiglia.

### BIBLIOGRAFIA

- Istituto Superiore di Sanità. COVID-19: gravidanza, parto e allattamento, 27.02.20, <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/gravidanza-parto-allattamento>
- Indicazioni ad interim della Società Italiana di Neonatologia. Allattamento e Infezione da SARS-CoV-2.
- DGR n. 8/10804 del 16 dicembre 2009 "Determinazioni in ordine alla gestione del sociosanitario regionale per l'esercizio 2010".
- DGR n.8/11085 del 27.01.2010 "Determinazione in merito alla rete delle cure palliative pediatriche - Percorsi organizzativi".



## COMPLICANZE DA CATETERISMO VENOSO: IL NOSTRO PROTOCOLLO INFERMIERISTICO

I. Chiesa, M. Chianese

*TIN – San Camillo- Forlanini*

L'impianto dei cateteri epicutaneo- cavali (epicutaneo-caval catheter, ECC) è una procedura molto utilizzata nella pratica clinica, sia a livello medico che infermieristico, le cui potenziali complicanze sono rare ma non del tutto irrilevanti. I dati affermano che il 62,2% dei neonati ospedalizzati presentano complicazioni tardive (post-impianto) dell'ECC. Obiettivo dello studio: portare alla luce l'aspetto infermieristico delle nuove conoscenze e nella gestione delle complicanze tardive relative all'ECC nel neonato e, di creare un progetto formativo rivolto al personale infermieristico attraverso la creazione di un protocollo attuabile presso il reparto di Terapia Intensiva Neonatale dell'ospedale San Camillo-Forlanini. Materiali e Metodi: la revisione della letteratura è stata eseguita da Settembre 2018 a Dicembre 2018, utilizzando i seguenti database scientifici: PubMed, Cinahl, Iltisi e Scopus.

I limiti posti sono stati: articoli negli ultimi 10 anni, free full text. Risultati: dalla revisione della letteratura è stata evidenziata l'importanza e l'efficacia del prevenire e trattare le complicanze del catetere in questione nella popolazione neonatale. Numerosi studi indicano la necessità di investimenti in programmi di formazione professionale per garantire la gestione sicura di questi dispositivi endovenosi e, garantire la qualità dell'assistenza infermieristica. In molteplici studi viene messo in rilievo questo aspetto, promuovendo l'utilizzo di sussidi ai professionisti infermieri per gli interventi necessari atti a risolvere e prevenire le complicanze del catetere in questione. Conclusioni: lo scopo dello studio è fornire un protocollo rivolto al personale infermieristico per la prevenzione e la gestione delle complicanze del catetere epicutaneo-cavale, al fine di illustrare le corrette procedure e richiamare l'attenzione sull'importanza di fornire corsi di qualificazione che supportano le buone pratiche di assistenza infermieristica.

### BIBLIOGRAFIA

- A Jain, P. D. (2013). Peripherally inserted central catheter tip position and risk of associated complications in neonates. ; Alessandra Tomazi Franceschi, M. L. (2010). Eventos adversos relacionados ao uso de cateteres venosos centrais em recém-nascidos hospitalizados. Revista Latino-Americana de Enfermagem. ; Cátia Aline Silva Swerts, A. O. (2013). Cuidados de enfermagem frente às complicações do cateter central de inserção periférica em neonatos. ; Edinéia Machado de Freitas, Z. B. (2009). O enfermeiro na práxis de cateter central de inserção periférica em neonato.





## LA SCALA NSRAS: STUDIO DI VALIDAZIONE ITALIANA E DATI PRELIMINARI

F. Curcio

*Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale - AOU Sassari*

Le lesioni da pressione sono sempre più riconosciute come una fonte di possibile danno iatrogeno, morbilità, sofferenza ed aumento dei costi. Diverse condizioni e fattori sono associati allo sviluppo di lesioni cutanee; fattori intrinseci, come ad esempio nutrizione, pressione arteriosa, perfusione e ossigenazione dei tessuti, e fattori estrinseci, come umidità, frizione e taglio, influenzano la tolleranza dei tessuti alla pressione (1). Fino a tempi relativamente recenti, si riteneva che le lesioni da pressione si sviluppassero solo negli adulti, in particolare negli anziani e che le lesioni cutanee nelle popolazioni pediatriche e neonatali fossero generalmente attribuite ad altre cause, confondendo i fattori di rischio con l'eziologia della patologia. È stato dimostrato che la condizione di dipendenza è più importante dell'età in relazione allo sviluppo di lesioni da pressione (2). In passato, vi è stata una scarsa ricerca epidemiologica sulle lesioni da pressione nei bambini ciononostante, da quando riportato in letteratura, sono state riscontrate alte frequenze nei neonati ricoverati, con un'incidenza che varia dal 16% al 43,1%. Le caratteristiche della pelle dei neonati e la loro particolare assistenza richiesta indicano la necessità di strumenti specifici per questa popolazione, distinti da quelli progettati per i bambini o pazienti anziani (1). Ad oggi, poche sono le scale di valutazione del rischio di lesioni cutanee utilizzate nelle popolazioni neonatali; inoltre, alcune di esse sono state sviluppate nei bambini e non nei neonati, altre sono adattate ed altre ancora non sono state convalidate. Diversi autori hanno affermato che le attuali scale neonatali presentano importanti limitazioni (3). Le scale neonatali includono: a) la Neonatal Skin Condition Scale, la quale non è specifica per la valutazione del rischio di lesioni cutanee, ma piuttosto valuta soltanto le condizioni della pelle e la prevalenza delle infezioni cutanee; b) la Seton Scale, che rimane in preparazione e non è completamente progettata e validata; c) la Neonatal/Infant Braden Q Scale, attualmente in fase di validazione; d) la Glamorgan Scale, progettata per i bambini dalla nascita fino ai 14 anni; e) la Neonatal Skin Risk Assessment Scale, basata sulla scala di Braden per gli adulti. La Neonatal Skin Risk Assessment Scale (NSRAS) risulta essere l'unica scala progettata esclusivamente per le popolazioni neonatali ed è la più ampiamente raccomandata per la valutazione del rischio di lesioni cutanee nei neonati, nonostante le sue limitazioni nella progettazione e validazione (4). La NSRAS è stata adattata culturalmente in diversi paesi, mostrando prove di validità e affidabilità nel valutare il rischio di lesioni cutanee nei neonati. La conoscenza e la pratica clinica sono progredite da quando è stato sviluppato il primo strumento di valutazione del rischio. Tuttavia, è imperativo che gli strumenti siano regolarmente rivisti rispetto all'attuale conoscenza dello sciluppo di lesioni e convalidati riportando affidabilità, sensibilità, specificità e valori predittivi (5).

Attualmente, in Italia non esistono scale validate per valutare, in modo specifico, il rischio di lesioni cutanee nei neonati. Per tanto, l'obiettivo dello studio è quello di adattare culturalmente la Neonatal Skin Risk Assessment Scale al contesto italiano. Una versione italiana della NSRAS appare molto rilevante, in quanto si traduce in un valido strumento di valutazione del rischio di lesioni per gli operatori sanitari che forniscono assistenza neonatale; inoltre, contribuisce allo sviluppo di strategie di prevenzione e gestione, riduzione dei costi di trattamento e miglioramento della qualità delle cure per le popolazioni neonatali.

### BIBLIOGRAFIA:

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Association (2004). Prevention and treatment of pressure ulcers: Clinical Practice Guideline (E. Haesler Ed.) Osborne Park, WA: Cambridge Media.
2. Garcia-Fernandez FP, Agreda JJ, Verdu j, Pancorbo-Hidalgo PL (2014). A ne theoretical model for the development of pressure ulcers and other dependence-related lesions. *Journal of Nursing Scholarship*.
3. Kottner J, Hauss A, Schluer AB, Dassen T (2013). Validation and clinic impact of pediatric pressure ulcer risk assessment scales: a systematic review. *Int J Nurs Stud*.
4. Pediatric Affinity Group Working (2010). How-to-guide: Pediatric supplement. Preventing pressure ulcers. Cambridge: Institute for Health Care Improvement.
5. Delmore B, Deppisch M, Sylvia C, Luna-Anderson C, Nie AM (2019). Pressure injuries in the pediatric population: a National Pressure Ulcer Advisory Panel White Paper. *Adv Skin Wound Care*.



## ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL NEONATO CHIRURGICO AFFETTO DA OCCLUSIONE INTESTINALE

A. D'errico

*AORN SANTOBONO; PATOLOGIA NEONATALE*

**KEYWORD:** neonato chirurgico – occlusione intestinale – addome acuto – continuità assistenziale – stomie

**INTRODUZIONE:** L'assistenza infermieristica prende in considerazione molteplici caratteristiche del neonato tra cui anche la fisiopatologia del tratto gastrointestinale. L'ambito chirurgico nel quale agisce l'infermiere abbraccia più patologie, le più comuni e che richiedono una competenza elevata sono quelle da deficit di canalizzazione. L'occlusione intestinale completa ha una frequenza di 1:1500 ma nelle forme parziali possono manifestarsi in tutta l'epoca pediatrica. Il neonato viene seguito in maniera scrupolosa per tutto il percorso, dalla fase di inquadramento diagnostico all'iter terapeutico di pertinenza chirurgica con particolare riguardo alla programmazione del follow-up clinico e strumentale durante la degenza e nel periodo post dimissione. Il presente elaborato è un contributo alla divulgazione di informazioni concernenti la patologia sunnominata che richiede cure cliniche e assistenza specifica. Sensibilizzare e responsabilizzare l'equipe infermieristica è il primo passo per migliorare l'assistenza di questi pazienti ed il coinvolgimento familiare attraverso un meccanismo di responsabilizzazione che può aiutare a prevenire le tante difficoltà a cui normalmente vanno incontro questi pazienti.

**OBIETTIVO:** L'obiettivo è quello di garantire una procedura uniforme a tutta l'equipe infermieristica valorizzando il loro ruolo nella presa in carico del neonato e della sua famiglia con attenzione alla qualità della vita della famiglia in toto.

**METODOLOGIA:** Per produrre il presente elaborato si sono consultati i protocolli di ospedali pediatrici di riferimento italiani, consultati siti, manuali per professionisti ed effettuate ricerche sui motori di ricerca scientifica. Sempre maggiore è il numero dei neonati che afferiscono alla nostra struttura di neonatologia in regime di 'trattamento chirurgico di elezione' con un quadro di addome acuto; abbiamo effettuato una raccolta dati sui neonati che sono stati sottoposti ad intervento chirurgico per occlusione intestinale e analizzato rispetto a quest'ultimo gli esiti a breve e lungo termine rispetto ad assistenza infermieristica da pianificare e ripresa della funzionalità d'organo coinvolgendo le famiglie in un programma di follow-up e di gestione della problematica a casa rispetto alla gestione della stomia confezionata dopo l'intervento.

**RISULTATI:** Al momento deficitari, qualsiasi intervento chirurgico non è privo di rischi; l'infermiere specializzato pianificherà l'assistenza da effettuare individuando rischi e benefici dell'intervento a cui il neonato è stato sottoposto con particolare attenzione all'educazione familiare nella gestione delle stomie anche a domicilio. Si riserva quindi di pianificare un'assistenza specializzata per mezzo della stesura di protocolli e linee guida.

**CONCLUSIONI:** Prendersi cura del paziente atomizzato vuol dire comprovare l'efficacia di una metodologia di presa in carico fondata sulla continuità assistenziale. La realizzazione di una procedura uniforme permetterà di gestire il paziente alle varie fasi del processo diagnostico-terapeutico, di monitorare le complicanze e di pianificare, laddove è necessario, un training per i genitori.

### BIBLIOGRAFIA:

- 1) Atresia congenita digiuno-ileale complessa: nuova possibilità di trattamento – Diego Falchetti, Lucia Corasanti, Ugo Cavallari, Maristella Pellegrino;
- 2) Manuale di Nursing Pediatrico – Pierluigi Badon, Simone Cesaro – Capitolo 18, pag. 395, Elementi generali per l'assistenza infermieristica al bambino sottoposto ad intervento chirurgico per patologie del tratto gastrointestinale; -
- 3) Decreased mortality but increased morbidity in neonates with jejunoileal atresia; a study of 114 cases over a 34-year period - Thamar H. Stollman, Alvoode Blaauw, Marc H. W. A. Wijnena, Frans H. J. M. van der Staaka, Paul N. M. A. Rieu, Jos M. Th. Draaisma, René M. H. Wijnena – J Pediatr Surg 44:217-221, 2009
- 4) Qualitative evaluation of courses intended for patients suffering from chronic diseases: New observation method for the continuous training of the health-care team - S. Jacquemet, A. Lacroix, M. Perrolini, A. Golay, J. Ph. Assal - Patient Education and Counseling - Volume 34, Issue 3, 1 July 1998, Pages 201-212
- 5) Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano – Clinica Mangiagalli – Unità Operativa di Terapia Intensiva Neonatale;



## ACCESSI VASCOLARI: DA UNA SURVEY ALLA CREAZIONE DI BUNDLE BASATO SULLE EVIDENZE

D. Dentico

*UTIN 'Di Venere' (Bari)*

L'argomento degli accessi vascolari riveste una importanza cruciale per realizzare una assistenza ottimale al paziente che necessita, a causa della sua situazione clinica, di un dispositivo vascolare per vicariare temporaneamente o permanentemente la via enterale e permettere la somministrazione di sostanze per via endovenosa (parenterale) come farmaci, liquidi, elettroliti, sangue e sostanze nutritive. In Italia vengono impiantati diversi milioni di cateteri/anno e di questi più di 1 milione sono cateteri centrali e tra i problemi più frequenti che si riscontrano quello infettivo è sicuramente rilevante, considerando che le infezioni batteriemiche, cioè stati settici legati alla presenza di un catetere venoso centrale si verificano nella misura di circa 8.500 l'anno con una mortalità molto alta intorno al 18%. Questa informazione ci permette di affermare che circa 1.500 persone ogni anno muoiono a causa di una infezione purtroppo e per fortuna prevenibile nella maggior parte dei casi, ossimoro con cui noi operatori sanitari ci confrontiamo tutti i giorni nel contesto delle cure al malato critico. Per quanto riguarda i decessi nel mondo, in epoca neonatale, legati a infezione si stima che siano oltre 1 milione e nelle TIN il tasso di infezioni ospedaliere è compreso tra il 7% e il 24% con importanti conseguenze in termini di morbilità e mortalità, oltre ad un consistente aumento della spesa sanitaria. Una categoria di neonati particolarmente a rischio è rappresentata dai neonati di peso estremamente basso, che per l'imaturità del sistema immunitario, la lunga durata del ricovero e la frequente necessità di procedure assistenziali invasive (cateteri centrali, ventilazione meccanica, nutrizione parenterale, terapie antibiotiche prolungate) sono più suscettibili e maggiormente a rischio di contrarre una infezione che, a volte, assume anche caratteristiche di notevole gravità. Questi elementi sono alla base, in questa specifica popolazione, dell'incremento del rischio infettivo, che può raggiungere tassi del 40% e le malattie infettive più frequenti si esprimono come sepsi, infezioni alle basse vie respiratorie, infezioni cutanee e tessuti molli e infezioni urinarie e meningiti. Considerando l'importanza che riveste questo aspetto, nell'Ottobre del 2019, noi infermieri della TIN dell'PO Di Venere (BA) ci siamo chiesti come poter migliorare l'assistenza nella gestione dei cateteri vascolari. Abbiamo pensato di costruire un questionario ad hoc da somministrare alle nove TIN pugliesi e fotografare la reale situazione in un determinato momento temporale e in un contesto più ampio quale quello regionale per poi eseguire un confronto valutativo. Dopo aver ottenuto i vari dati abbiamo valutato una media di risultati nella regione e confrontato il gap che ci separava dalla linea ideale tracciata dall'evidence-based. Successivamente abbiamo estrapolato le informazioni provenienti dalla nostra unità operativa tracciando la nostra linea corrispondente e da lì siamo partiti, prima, realizzando un bundle operativo e relativa check-list e, poi, promuovendo incontri formativi di aggiornamento. A distanza di due anni possiamo presentare, oggi, con soddisfazione i miglioramenti ottenuti specialmente per quanto riguarda l'utilizzo dell'antisettico adeguato, preparazione di un kit dedicato, allestimento di un carrello dedicato (aspetto sicuramente che aiuta a standardizzare la procedura e migliorare l'efficienza del tempo), uso della medicazione appropriata sia per il catetere centrale che periferico e sutureless devices, utilizzo di raccordi adeguati (Needle Free Connector-NFC, prolunghe a 2 o più vie, port protectors), utilizzo del lavaggio (flush) solo con fisiologica adottando il metodo pulsato, uso della colla istoacrilica sterile (per stabilizzare il catetere, creare una barriera antimicrobica e bloccare l'eventuale sanguinamento del sito di emergenza) e l'adozione di apposita scala valutativa visuale (Visual Exitsite Score) senza tralasciare la prevenzione e la valutazione del dolore. In conclusione, per migliorare le cure al pz portatore di un accesso vascolare, abbiamo riscontrato nel nostro studio, l'importanza fondamentale, in particolar modo, dei seguenti due aspetti: Adozione di un bundle operativo con relativa check-list, che è uno strumento snello, di maggior impatto pratico perché di facile e rapido utilizzo in quanto una guida rapida di un protocollo. La programmazione di corsi formativi teorico-pratico. Questi due aspetti considerati e applicati insieme ci hanno permesso di ottenere un evidente avvicinamento della nostra retta, di aderenza dei nostri comportamenti alle linee-guida, a quella ideale di riferimento.

### BIBLIOGRAFIA

CDC 2011 - EPIC 2014 - SHEA 2014 - INS 2016 - GAVECELT 2017 - SIAARTI 2018.



## SEDO-ANALGESIA IN CORSO DI IPOTERMIA TERAPEUTICA: TRA SICUREZZA ED EFFICACIA

M. Di Giuseppe

*TIN del Policlinico di Modena*

Studi su animali hanno dimostrato come il dolore e lo stress in soggetti non sedati in corso di ipotermia possano interferire con la neuroprotezione. Gli obiettivi dello studio sono quelli di ottenere dei dati di farmacocinetica nei neonati asfittici in trattamento ipotermico, valutare la sicurezza dell'analgo analgesia e se esiste una correlazione dei dati di farmacocinetica con gli score algometrici. La metodologia prevede la misurazione della concentrazione plasmatica del farmaco attraverso prelievi ematici da tallone e l'applicazione delle scale di misurazione del dolore validate per il neonato (EDIN ed NPASS)

### Bibliografia:

- 1) Head cooling with mild systemic hypothermia in anesthetized piglets is neuroprotective. James R Tooley 1, Saulius Satas, Helen Porter, Ian A Silver, Marianne Thoresen Twenty-four hours of mild hypothermia in unsedated newborn pigs starting after a severe global hypoxic-ischemic insult is not neuroprotective. M Thoresen 1, S Satas, E M Løberg, A Whitelaw, D Acolet, C Lindgren, J Penrice, N Robertson, E Haug, P A Steen
- 2) Therapeutic hypothermia and N-PASS; results from implementation in a level 3 NICU. Inger Louise Ünera, Tove Johansena, Julie Dahlea, Mette Perssona, Tom Stirisa,b, Jannicke Hanne Andresena
- 3) The Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale and the bedside nurse's assessment of neonates. BA Hillman1, MN Tabrizi1, EB Gauda1, KA Carson2 and SW Aucott1



## LA FREQUENZA CARDIACA: UN AIUTO NELLA DIAGNOSI PRECOCE DELLA SEPSI

J. Ruggiero, A. di Mare

*Terapia Intensiva Neonatale Ospedale Monaldi di Napoli*

Le infezioni neonatali sono un'importante causa di mortalità e morbilità. L'incidenza della sepsi neonatale varia, a seconda degli studi, fra 0,5-8,0/1000 nati vivi; la più elevata incidenza si ha nei neonati prematuri o di basso peso alla nascita (SGA), in quelli con depressioni respiratoria o nei neonati con fattori di rischio materno perinatale. Esse si manifestano nei primissimi giorni di vita (early-onset), o più frequentemente dopo le 72 ore di vita (late-onset). In questo secondo caso l'acquisizione è prevalentemente nosocomiale, con trasmissione orizzontale dell'agente infettivo. Al di là della elevatissima mortalità, le sepsi/infezioni neonatali sono la principale causa di morbilità del prematuro, con gravi implicazioni di tipo: medico (necessità di cure antibiotiche protratte, costose e potenzialmente tossiche); gestionale (ricoveri protratti; interruzione del rapporto genitori-neonato, difficoltà di iniziare e mantenere l'alimentazione al seno, etc.); di morbilità-correlata (le sepsi sono frequentemente associate alle temute complicanze della prematurità in neonati sopravvissuti, quali la enterocolite necrotizzante, la retinopatia del prematuro e la broncodisplasia del pretermine). La prevenzione delle sepsi neonatali in TIN è vitale, in quanto è dimostrato che le sequele neurocomportamentali che gravano su molti dei sopravvissuti ad una infezione in TIN sono scarsamente eludibili anche in presenza di un successo terapeutico durante l'episodio acuto. La diagnosi precoce di sepsi è difficile nel neonato, sia per la aspecificità dei segni clinici iniziali sia per l'insufficiente accuratezza diagnostica dei biomarkers comunemente utilizzati; bensì l'osservazione che alterazioni della frequenza cardiaca, in termini di ridotta variabilità e decelerazioni transitorie, possono essere presenti nelle ore che precedono la comparsa dei segni clinici di sepsi, ha portato a sviluppare un sistema di monitoraggio che, acquisendo in continuo dal monitor collegato al paziente i dati sulla frequenza cardiaca ed elaborandoli con algoritmi matematici, calcola in continuo un punteggio (HRC index score), che riflette la variabilità nella frequenza cardiaca e la presenza di decelerazioni. I pazienti affetti da un ritmo cardiaco irregolare alterato, accelerato o controllato con mezzi meccanici non sono idonei alla valutazione della HRV. È stato riportato da alcuni autori che il monitoraggio dell' HRC index score è utile nella diagnosi precoce di sepsi e può ridurre il tasso di mortalità nei VLBW.

Nella nostra studio abbiamo sintetizzato i risultati della sorveglianza delle infezioni della nostra unità di Terapia Intensiva Neonatale. Sono stati analizzati i singoli eventi infettivi e le sepsi sono state distinte secondo il criterio temporale di insorgenza. È stato osservato come un approccio meno invasivo basato essenzialmente sull'osservazione clinica attenta e ripetuta a orari standard di neonati asintomatici a termine o lievemente pretermine, indipendentemente dal loro grado di rischio sia utile a una diagnosi tempestiva riducendo così i tempi di ospedalizzazione. La sorveglianza, attiva e passiva nelle unità di TIN, risulta essere un elemento imprescindibile per il miglioramento continuo della qualità delle cure.

### BIBLIOGRAFIA

1) Heart Rate Characteristics Index Score: È Utile Nel Predire La Sepsis Neonatale? Pagni L, Ronchi A, Bizzarri B, Piestrasanta C, Araimo G, Ghirardi B, Casciati MC, Perniciaro S, Casartelli M, Mosca F. *J La Pediatria Medica e Chirurgica – Medical and Surgical Pediatrics*. (2015) 37(1):47-8.

2) Heart rate characteristic index monitoring for bloodstream infection in an NICU: a 3-year experience. Coggins SA1, Weitkamp JH2, Grunwald L2, Stark AR2, Reese J2, Walsh W2, Wynn JL3. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2016 Jul;101(4):F329-32. doi: 10.1136/archdischild-2015-309210. Epub 2015 Oct 30.

3) HEART RATE CHARACTERISTICS INDEX PREDICTS EXTUBATION FAILURE IN PRETERM INFANTS 1WE King, 2K Fairchild. 1HERO, Medical Predictive Science Corporation, Charlottesville, USA; 2Pediatrics, University of Virginia, Charlottesville, USA 10.1136/archdischild-2014-307384.678.

4) Mortality reduction by heart rate characteristic monitoring in very low birth weight neonates: a randomized trial; J. Randall Moorman, M.D., Waldemar A. Carlo, M.D., John Kattwinkel, M.D., Robert L. Schelonka, M.D.\*, Peter J. Porcelli, M.D., Christina T. Navarrete, M.D., Eduardo Bancalari, M.D., Judy L. Aschner, M.D., M. Whit Walker, M.D., Jose A. Perez, M.D., Charles Palmer, M.D., George J. Stukenborg, Ph.D., Douglas E. Lake, Ph.D., and T. Michael O'Shea, M.D. *J Pediatr*. 2011 December; 159(6): 900-906.e1. doi:10.1016/j.jpeds.2011.06.044.

5) Gaffuri, M., Biban, P., "SEPTIC SHOCK IN TERM AND PRETERM INFANTS". *Rivista Infettivologia Neonatale* 2008. 1-4.



## GEL PIASTRINICO CORDONALE E LESIONI DA PRESSIONE OCCIPITALI NEL NEONATO

S. Ferrario

*Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico Milano*

I neonati ospedalizzati sono a rischio di sviluppare lesioni da pressione, una delle aree più colpite in questi pazienti è l'occipite. La lesione da pressione è un evento grave per il neonato, provoca dolore, può portare infezioni e prolungare l'ospedalizzazione. Le procedure per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni da pressione nella popolazione neonatale non sono standardizzate e solo pochi prodotti possono essere utilizzati per il rischio di assorbimento e tossicità. Il gel piastrinico e in particolare quello ottenuto da sangue cordonale, ricco di fattori di crescita, si è mostrato efficace nel favorire la guarigione di lesioni cutanee di diverso genere sia nel paziente adulto che nel neonato. In particolar modo è stato utilizzato con successo per il trattamento di neonati affetti da epidermolisi bollosa e per il trattamento di una lesione da pressione. Verranno presentati due casi clinici in cui verrà descritto il processo di guarigione ottenuto grazie all'utilizzo di gel piastrinico da cordone ombelicale, in due neonati con lesione da pressione a livello occipitale dopo il fallimento del trattamento standard locale. Il gel piastrinico cordonale potrebbe diventare l'opzione terapeutica di scelta per il trattamento delle lesioni da pressione nel neonato in quanto riduce il tempo di guarigione e il rischio di infezione.

### Bibliografia:

- 1) García-Molina P, Alfaro-López A, García-Rodríguez SM, Brotons-Payá C, Rodríguez-Dolz MC, Balaguer-López E. Neonatal pressure ulcers: prevention and Treatment. Res Rep Neonatol. 2017 Sept;7 29-39
- 2) Visscher M, Taylor T. Pressure ulcers in the hospitalized neonate: rates and risk factors. Sci Rep. 2014 Dec 11;4:7429
- 3) Gelmetti A, Greppi N, Guez S, Grassi F, Rebullà P, Tadini G. Cord blood platelet gel for the treatment of inherited epidermolysis bullosa. Transfus Apher Sci. 2018 Jun;57(3):370-3
- 4) Perotti G, Stronati M, Figar T, Del Fante C, Scudeller L, Perotti C. Allogenic platelet leucocyte-gel to treat occipital decubitus ulcer in a neonate: a case report. Blood Transfus. 2012 Jul; 10(3):387-9
- 5) Rebullà P, Pupella S, Santodirosso M, Greppi N, Villanova I, Buzzi M, De Fazio N, Grazzini G, Italian Cord Blood Platelet Gel Study Group. Multicentre standardisation of a linical grade procedure for the preparation of allogenic platelet concentrates from umbilical cord blood. Blood Transfus. 2016 Jan;14(1):73-9



## CARICHI DI LAVORO IN TIN: STRUMENTI DI VALUTAZIONE

M. Milioni

*Ausl Bologna, Maternità, Ospedale Maggiore, Terapia Intensiva Neonatale*

Il carico di lavoro dell'infermiere, definito come "la quantità di prestazioni richieste per svolgere attività infermieristiche", e frequentemente misurato utilizzando metriche oggettive basate sulle risorse, come il rapporto neonato-infermiere, o i punteggi di acutezza del paziente, è stato correlato con gli esiti neonatali nelle UTIN, compreso il rischio di infezione acquisita in ospedale (ICA), eventi avversi, e mortalità intraospedaliera. Il carico di lavoro soggettivo è un aspetto emergente del carico di lavoro infermieristico che è ampiamente non garantito ma presenta nuove possibilità per interventi su misura del carico di lavoro. (Tubbs-Cooley, H., et Al., 2019) Sebbene non sia studiato frequentemente, è stato riscontrato che anche un ambiente di lavoro migliore è collegato a una migliore qualità dell'assistenza e alla sicurezza e ai risultati nei bambini, soprattutto quando i fattori organizzativi facilitano il modo in cui gli operatori sanitari lavorano insieme. In Italia, è stata riscontrata una variazione molto ampia nel numero di ricoveri di neonati VLBW tra le UTIN durante un anno solare, insieme a notevoli differenze geografiche nella mortalità tra le regioni settentrionali e meridionali. È stato riscontrato che variabili esplicative quantificabili come il volume di attività e l>NPR (n° pz/infermiere) spiegano solo una frazione molto piccola della variabilità tra le UTIN, anche quando sono state prese in considerazione le caratteristiche e l'acutezza dei pazienti. Alcune altre variabili qualitative relative alla composizione del personale e all'ambiente di lavoro all'interno delle unità neonatali, come le caratteristiche dei lavoratori, i fattori sul posto di lavoro e le influenze di gruppo, sono emerse come elementi importanti che possono influenzare la qualità dell'assistenza neonatale. A causa della loro natura intrinseca e dei rapporti stretti con le esperienze personali nell'ambiente di lavoro, queste caratteristiche possono essere meglio rappresentate da informazioni provenienti da giudizi soggettivi del personale di assistenza piuttosto che da una valutazione oggettiva formale con stima quantitativa. Si possono identificare due tipi ideali di organizzazione del lavoro: un modello burocratico o centrato sui compiti e un modello professionale o orientato agli obiettivi. A causa della natura complessa e in qualche modo imprevedibile del lavoro in una UTIN, il modello professionale è preferibile a quello burocratico. Altre componenti importanti delle stime del carico di lavoro sono i fattori organizzativi, che possono influenzare le prestazioni quando l'intensità è già elevata, e la misurazione della percezione degli infermieri del proprio carico di lavoro su base quotidiana. (Corchia, C., et al 2016) Uno degli strumenti di misurazione più utilizzati per valutare il carico di lavoro soggettivo di individui che operano in settori ad alto rischio e sensibili al fattore tempo è il National Aeronautics and Space Administration Task Load Index (NASA-TLX). La NASA-TLX è una scala multidimensionale a sei elementi contrassegnati su una scala di venti punti (basso = 1, alto = 20) che pretendono di misurare diversi aspetti del carico di lavoro: Domanda mentale (MD), e / o l'attività percettiva richiesta come pensare, calcolare, decidere; Domanda fisica (PD), o la quantità di attività fisica richiesta come spingere, tirare, girare, controllare; Temporal Demand (TD), o la quantità di pressione avvertita a causa della velocità con cui si sono verificati i compiti o gli elementi del compito stesso; Performance (PE), o successo percepito nel portare a termine il compito; Sforzo (EF), o quanto è stato difficile lavorare per raggiungere un certo livello di prestazioni; e Frustrazione (FR), ovvero quanto ci si sente scoraggiati rispetto al contenuto durante il completamento del compito. Il carico di lavoro complessivo (OW) viene calcolato prendendo un punteggio numerico sommato non ponderato (grezzo) degli elementi e varia da un minimo di 6 a un massimo di 120. Dividendo il carico di lavoro in sei sottocategorie si intende ridurre la variabilità tra i soggetti e mostrare l'origine del carico di lavoro. Esistono due diversi metodi per utilizzare lo strumento NASA-TLX. Il punteggio NASA-TLX ponderato è un processo in due fasi, in cui l'utente prima valuta tutte e sei le sottocategorie dopo aver completato un'attività specifica e quindi valuta il contributo di ciascun fattore in modo predefinito. Questo mira a comprendere ulteriormente quale fonte potenziale rappresenta principalmente il carico di lavoro percepito. D'altra parte, nel punteggio grezzo NASA-TLX, l'infermiere valuta tutte e sei le sottocategorie dopo aver completato



un'attività specifica, senza soppesarle. Il risultato è la media aritmetica di tutte le sottoscale. La ricerca ha dimostrato che la NASA-TLX grezza ha un'alta correlazione con quella ponderata, ma è più efficiente in termini di tempo e più semplice da applicare. (Said, S., et al., 2020). L'obiettivo di questa revisione narrativa della letteratura era comprendere quale fosse il panorama mondiale sulla corretta rilevazione del carico di lavoro infermieristico, se fosse più appropriato l'uso di sistemi oggettivi ad oggi utilizzati o, come dimostrato da diverse revisioni, l'uso di strumenti che valutino il vissuto soggettivo del professionista come driver motivazionale per una migliore compliance all'interno della Unit Operativa.

## BIBLIOGRAFIA

Tubbs-Cooley, H. L., Mara, C. A., Carle, A. C., Mark, B. A., & Pickler, R. H. (2019). Association of nurse workload with missed nursing care in the neonatal intensive care unit. *J AM pediatrics*, 173 (1), 44-51.

Corchia, C., Fanelli, S., Gagliardi, L., Bellù, R., Zangrandi, A., Persico, A., & Zanini, R. (2016). Work environment, volume of activity and staffing in neonatal intensive care units in Italy: results of the SONAR- nurse study. *Italian journal of pediatrics*, 42 (1), 1-8.

Said, S., Gozdzik, M., Roche, T. R., Braun, J., Rössler, J., Kaserer, A., ... & Tscholl, D. W. (2020). Validation of the Raw National Aeronautics and Space Administration Task Load Index (NASA-TLX) Questionnaire to Assess Perceived Workload in Patient Monitoring Tasks: Pooled Analysis Study Using Mixed Models. *Journal of medical Internet research*, 22 (9), e19472.

BIBLIOGRAFIA (Max 5 voci) Tubbs-Cooley, H. L., Mara, C. A., Carle, A. C., Mark, B. A., & Pickler, R. H. A

(2019). Association of nurse workload with missed nursing care in the neonatal intensive care unit. *J AM pediatrics* 173 (1), 44-51.

Corchia, C., Fanelli, S., Gagliardi, L., Bellù, R., Zangrandi, A., Persico, A., & Zanini, R. (2016). Work environment, volume of activity and staffing in neonatal intensive care units in Italy: results of the SONAR- nurse study. *Italian journal of pediatrics* 42 (1), 1-8.

Said, S., Gozdzik, M., Roche, T. R., Braun, J., Rössler, J., Kaserer, A., ... & Tscholl, D. W. (2020). Validation of the Raw National Aeronautics and Space Administration Task Load Index (NASA-TLX) Questionnaire to Assess Perceived Workload in Patient Monitoring Tasks: Pooled Analysis Study Using Mixed Models. *Journal of medical Internet research* 22 (9), e19472.





## ASPETTI INFERMIERISTICI NELLE CARDIOPATIE CONGENITE NEONATALI

M. Moccia

*A.O.R.N. Monaldi. Terapia Intensiva Neonatale*

Le cardiopatie congenite rappresentano le malformazioni congenite maggiormente frequenti nell'uomo. L'incidenza di esse è di 8 casi per 1000 nati vivi. Considerando quindi la natalità italiana, saranno attesi tra 4000 e 5000 nuovi casi/anno. Le cardiopatie congenite possono essere classificate in due grandi gruppi: Cardiopatie Cianogene e Cardiopatie non Cianogene. Al primo gruppo sono classicamente associate le condizioni malformative con dotto-dipendenza del circolo polmonare. Di esse la Coartazione Aortica, la Trasposizione dei Grandi Vasi a setto intatto e la Tetralogia di Fallot, rappresentano i classici esempi di cardiopatia con dotto dipendenza del circolo polmonare. Del secondo gruppo fanno parte tra le altre i difetti settali ed il Canale atrio-ventricolare. La nascita di un neonato portatore di cardiopatia, in particolare dotto-dipendente, necessita di programmazione dell'assistenza già al momento del parto. Infatti, anche l'eventuale fase rianimatoria presenta delle peculiarità come il parsimonioso utilizzo dell'ossigeno, volto ad evitare lo spasmo del Dotto Arterioso di Botallo e l'istituzione d'infusione di Prostaglandine già in sala parto. Tali pratiche assistenziali, dovranno essere proseguite in Terapia Intensiva Neonatale fino al momento dell'intervento chirurgico correttivo. Anche l'assistenza infermieristica del neonato cardiopatico richiede competenza peculiare da parte di personale adeguatamente formato. Oltre alla normale gestione del paziente in epoca neonatale, tra i primi provvedimenti da mettere in atto abbiamo: L'istituzione ed il mantenimento di accessi vascolari centrali che dovranno essere posizionati prontamente per consentire l'infusione, su una via esclusiva, delle prostaglandine, volta a garantire la pervietà del Dotto di Botallo. Il monitoraggio ordinario dei parametri vitali, sarà affiancato dalla costante valutazione della saturimetria pre e post-duttale, misurazione della PA ai 4 arti (CoA), monitoraggio delle alterazioni della temperatura corporea (tendenza all'ipertermia) conseguenti all'infusione continua di prostaglandine e dalla valutazione della percentuale di estrazione di ossigeno mediante NIRS (near-infrared reflectance spectroscopy) tramite elettrodo somatico e cerebrale. La preparazione e la somministrazione di farmaci Inotropi, che dovrà realizzarsi esclusivamente per mezzo di cateteri centralmente posizionati. In correlazione a tale somministrazione, è opportuno effettuare valutazioni costanti della frequenza cardiaca (FC), della pressione arteriosa (PA) e della funzionalità renale andando a quantizzare la diuresi. L'assistenza al neonato cardiopatico in ventilazione meccanica richiederà particolare cura nell'utilizzo di concentrazioni di ossigeno minime volte ad evitare la chiusura del PDA. Il neonato cardiopatico, di per se instabile dal punto di vista emodinamico, necessiterà di particolare attenzione nelle cure posturali: nido, holding, wrapping, dal momento che è frequente assistere a fasi di destabilizzazione cardio-respiratoria durante il semplice handling del paziente. Un altro cardine della Care del neonato cardiopatico è rappresentato dalla prevenzione del dolore procedurale tramite l'utilizzo sistematico del succhietto e del saccarosio. Tutto ciò dovrà essere pianificato in modo da uniformare l'intervento di ciascun membro dello staff infermieristico, allo scopo di evitare scostamenti dal programma assistenziale definito. Il miglioramento della conoscenza medica delle cardiopatie congenite e della loro gestione prima dell'intervento di correzione, ha determinato di conseguenza una migliore qualità dell'assistenza infermieristica con riduzione di mortalità e di morbidità nel lungo termine.

BIBLIOGRAFIA "Prospettive in pediatria. Luglio-settembre 2020. Vol. 50 N.199 P.181. Cardiologia pediatrica. Paolo Versacci. SIP". "Cardiopatie congenite, 5 cose da sapere Dottor Luigi Memo Consigliere Nazionale SIP". "Cardiologia per scienze motorie e scienze infermieristiche. Raffaele Calabrò, Antonello D'Andrea, Berardo Sarubbi 2006. Idelson - Gnocchi"



## LA SIDS E GLI INTERVENTI EDUCATIVI A FAVORE DI UNA DIMISSIONE SICURA

G.Ponte

AOU CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO – PO S. ANNA

**PREMESSA:** I comportamenti legati al sonno sicuro sono fondamentali per la prevenzione della Sindrome della Morte Improvvisa Infantile (Sudden Infant Death Syndrome-SIDS). (1) Essa comporta l'improvvisa morte del bambino al di sotto dell'anno di età ed è più frequente nei nati prematuri. (1) Sebbene l'eziologia della SIDS rimanga sconosciuta, la gestione in sicurezza del sonno del bambino rimane un aspetto che dovrebbe essere approfondito durante il ricovero in Terapia Intensiva Neonatale (T.I.N.). (2) (3)

**OBIETTIVO:** Valutare le conoscenze e i comportamenti dei genitori dei nati prematuri in tema di sonno sicuro. Costruire un intervento educativo semi-strutturato sulla base dei risultati ottenuti e delle evidenze scientifiche.

**MATERIALI E METODI:** Lo studio, di tipo crossover, prevede l'arruolamento di due coorti di genitori di nati prematuri ricoverati in T.I.N. e/o Terapia Minima dell'Ospedale Sant'Anna di Torino prossimi alla dimissione. Alla prima coorte di partecipanti è stato somministrato un questionario per indagare le loro conoscenze e comportamenti in tema di sonno sicuro. In base ai risultati ottenuti dalla letteratura, è stato costruito un video, che verrà erogato ad una seconda coorte di genitori.

**RISULTATI:** Il protocollo dello studio è stato approvato dal Comitato Bioetico dell'Università di Torino il 24.02.21. È attualmente in corso la fase di valutazione di efficacia dell'intervento mediante la somministrazione del medesimo questionario alla seconda coorte di partecipanti, i cui punteggi saranno confrontati con quelli ottenuti dai partecipanti che non avevano ricevuto l'intervento. La numerosità campionaria è stata stimata per ottenere un incremento medio del 30% nei risultati ottenuti attraverso il questionario, considerando così efficace l'intervento educativo semi-strutturato.

**CONCLUSIONI:** Migliorare le conoscenze e i comportamenti in termini di sicurezza del sonno dei genitori dei nati prematuri come priorità fondamentale per la tutela della salute pubblica. (4)

### BIBLIOGRAFIA

1. Moon RY, Darnall RA, Feldman-Winter L, Goodstein MH, Hauck FR. SIDS and other sleep-related infant deaths: Evidence base for 2016 updated recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*. 2016;138(5).
2. Grazel R, Phalen AG, Polomano RC. Implementation of the American Academy of Pediatrics recommendations to reduce sudden infant death syndrome risk in neonatal intensive care units: An evaluation of nursing knowledge and practice. *Adv Neonatal Care*. 2010;10(6):332–42.
3. Rohana J, Ishak S, Wan Nurulhuda WMZ. Sudden infant death syndrome: Knowledge and practise in parents of preterm infants. *Pediatr Int*. 2018;60(8):710–3.
4. Esposito L, Hegyi T, Ostfeld BM. Educating parents about the risk factors of sudden infant death syndrome: The role of neonatal intensive care unit and well baby nursery nurses. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2007;21(2):158–64.



## ANALISI DEI BISOGNI EMERGENTI NELLA FAMIGLIA IN UN ROOMING-IN

S. Scolz

*Area Terapia Intensiva Neonatale e Nido IRCCS Burlo Garofolo Trieste*

**BACKGROUND:** La variabilità di cornici esistenti pone notevoli difficoltà nel “pesare” le necessità assistenziali di una persona. Complessità clinica e complessità assistenziale non sempre coincidono: se la prima risulta misurabile, la seconda resta “un concetto sfuggente” che esplora non solo la patologia emergente ma la specificità dell’approccio infermieristico. Gravidanza, parto e puerperio sono, culturalmente e socialmente, eventi celebrati come gioiosi e fisiologici e, forse per questo motivo, ritenuti non meritevoli di valutazione della complessità. Ne consegue la scarsa bibliografia presente in merito alla presa in carico olistica della famiglia in ospedale, che non si focalizzi sulla patologia.

**METODI:** Il Rooming-in dell’IRCCS Burlo Garofolo di Trieste ha, storicamente, adottato una cartella infermieristica sulla base del modello prestazionale Cantarelli. Ci si è resi conto che la documentazione in essere non rispondeva in alcun modo alla rilevazione e descrizione dei bisogni assistenziali emergenti né alla pianificazione per il loro soddisfacimento. Per documentare questa criticità il personale ha proposto di utilizzare gli strumenti di base della medicina narrativa, supportando le donne nell’esprimere i loro vissuti. Le risonanze ed il riproporsi dei bisogni espressi sono stati annotati in un piccolo diario anonimo. Dopo tre mesi di rilevazioni è emerso che le donne (indipendentemente da status/cultura) vivono fragilità interiori e ansia rispetto al nuovo nato, molte volte ritenendosi inadeguate a far fronte ad eventuali difficoltà. Si è delineata, generalmente, la mancanza di un supporto di rete familiare e la difformità di notizie/aspettative strettamente legate all’utilizzo di social network. La necessità di una modifica della documentazione si è, quindi, dimostrata via obbligata ed il lavoro di revisione ha evidenziato l’assenza di uno strumento simile in letteratura o difformità di approccio per la presenza di figure professionali differenti (infermieri o ostetriche). L’analisi bibliografica ha permesso di identificare nei Modelli Funzionali di Marjory Gordon una schematicità più aderente al reale nella descrizione dei bisogni di madre e neonato, ma si è optato per alcune modifiche legate alla natura di autodeterminazione-non autodeterminazione cosciente dei due soggetti. Si è preferito un modello con punti da biffare con la possibilità di inserire limitate note a piè di pagina da parte dell’operatore, in modo da esplorare specificatamente ev. problematiche. Si prevede di utilizzare questo format per un periodo di 8 mesi, registrando su un apposito data base i bisogni espressi e gli interventi personalizzati messi in atto, identificando quali siano i prevalenti in entrambi gli ambiti. Terminata questa fase si procederà a costruire un modello di presa in carico adeguato dove bisogni ed interventi prevalenti e ridondanti abbiano un peso maggiore.

**RISULTATI:** la nuova cartella è stata introdotta a Gennaio 2021 in forma di prova. La parte di rilevazione dei bisogni e relativi interventi è racchiusa in 8 macroaree: le prime tre riguardano percezione/gestione della salute di madre e neonato, contenenti notizie anamnestiche, eventuali problematiche acute e transitorie insorte durante la degenza di entrambi, la parte di educazione sanitaria e di prime cure. La quarta scheda prende in esame l’aspetto nutrizionale, il supporto e l’empowerment all’allattamento. La quinta e sesta scheda esplorano il vissuto materno, la percezione del se, i valori e le convinzioni che sono parte integrante della vita familiare. Le ultime due schede si focalizzano sulla gestione della salute del neonato post dimissione ed eventuali sue criticità cliniche che necessitano di approfondimento. **Discussione:** Prima dell’introduzione del nuovo supporto, sono state effettuate due riunioni preparatorie. Nonostante questo è emersa, da subito, una certa difficoltà nella compilazione, legata soprattutto al cambio di approccio metodologico che necessita di un adeguato tempo di rodaggio. Deve essere tenuto presente che le degenze, in questa realtà, durano in media 36/48 ore. Analisi e soddisfacimento dei bisogni, si comprimono in pochissimo tempo e gli strumenti messi

# RELAZIONI **DEL** CONGRESSO



in campo per un'analisi esaustiva della cornice e del contenuto sono, spesso, non intuitivi. L'introduzione di nuova documentazione sanitaria crea difficoltà iniziali, entusiasmi e resistenze fisiologiche. E' fondamentale, tuttavia, tendere a sviluppare la misurazione della complessità come possibilità di soddisfare in toto i bisogni delle persone assistite, pianificando correttamente l'assistenza e mantenendone la continuità.

## BIBLIOGRAFIA

Festini F.: Misurazione e monitoraggio della Complessità assistenziale. Monitoraggio dei livelli ottimali di staffing. Strumenti disponibili e tendenze. Università degli Studi di Firenze. Dipartimento di Pediatria. Sezione di Scienze Infermieristiche e delle professioni sanitarie. <https://www.who.int/health-topics/breastfeeding>  
Gordon M. Manual of Nursing Diagnosis. 2016 et rev. Jones & Batlett Learning Temel M. et al.: Gordon's Model applied to nursing care of People with depression. Controlled Clinical Trial. Int. Nurs. Rev. 2015 Dec. 62(4):563- 72.



## STRESS LAVORO-CORRELATO NEI CONTESTI NEONATOLOGICI

G. Sorrentino

Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, UOC Neonatologia e TIN, Milano

Negli ultimi anni si sta studiando molto il clima organizzativo negli ambienti ospedalieri per valutare il livello di benessere che queste organizzazioni assicurano ai propri dipendenti. Questo benessere organizzativo è inteso come promozione e implementazione di strategie per migliorare sempre di più le condizioni di salute sia fisiche che psicologiche dei dipendenti e di conseguenza migliorare la qualità di vita e la soddisfazione sul proprio luogo di lavoro. Tutto ciò è anche ribadito dal DLgs n. 81 del 2008 "Testo Unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro". Fino ad ora però ci si è focalizzati prevalentemente sulla salute "fisica" del dipendente (infortuni, malattie professionalizzanti, ecc) e meno sulla sfera psicologica. L'attività lavorativa in ambito ospedaliero può causare alti livelli di stress dovuti a diversi fattori relativi all'organizzazione stessa e quindi incidere sulla sfera psicologica dei dipendenti. Inoltre, lo stress lavoro correlato può "danneggiare" la qualità di vita degli operatori sanitari e la loro soddisfazione nell'ambito del lavoro. Il "malessere" che possono avere gli operatori sanitari può arrivare anche a compromettere, in alcuni casi particolari, la sicurezza dei pazienti e la qualità dell'assistenza stessa. Revisionando la letteratura si trovano molti articoli che indagano la sfera del benessere psicologico degli infermieri che lavorano in Terapia Intensiva Neonatale (TIN). Per analizzare questa tematica vengono somministrati agli infermieri test validati che vanno ad indagare il benessere psicologico percepito e, in alcuni studi, questi test vengono associati ad un marker biologico, il cortisolo, che permette di evidenziare come l'individuo reagisce dal punto di vista biologico allo stress. Gli infermieri che lavorano in TIN sono esposti a molteplici stimoli stressanti che a lungo andare possono portare questi operatori a manifestare burnout. Questi fattori stressanti derivano dalla complessità dell'attività infermieristica relativa alla TIN e al coinvolgimento emotivo che gli infermieri possono avere in questo ambito. Particolarmente esposti a questi stimoli sono i neoassunti che hanno difficoltà a gestire queste situazioni rispetto ai colleghi con più esperienza. È però altresì vero che gli infermieri con più esperienza sono esposti a stimoli stressanti per più tempo e che a lungo andare possono andare incontro a stress cronico che a sua volta può contribuire ad alti livelli di turn-over. Uno solo studio in letteratura mette a confronto lo stress lavoro correlato degli infermieri che lavorano in TIN e quelli che lavorano al nido di un punto nascita di secondo livello. Da questo studio emerge che i due ambienti di lavoro generano differenti livelli di stress percepito. Queste differenze sono legate al fatto che i due ambienti di lavoro hanno attività assistenziali differenti ma ugualmente impegnative. Ciò che differenzia gli infermieri che lavorano in TIN rispetto a quelli che lavorano al nido è un andamento anomalo della produzione di cortisolo che però non è associato alla percezione di stress che dichiarano questi stessi operatori. È quindi opportuno che le aziende sanitarie inizino a implementare strategie di supporto per gli operatori che lavorano in ambienti stressanti in modo da migliorare la qualità della vita degli infermieri e l'ambiente lavorativo, prevenendo quindi lo stress lavoro correlato.

### BIBLIOGRAFIA:

- Ceciarini E, Zaghini F, Sili A. Salute organizzativa e formazione specialistica: indagine correlazione sugli infermieri di Area Critica. *Scenario* 2018; 35 (4): 34-38
- Braithwaite M. Nurse burnout and stress in the NICU. *Adv Neonatal Care*. 2008;8(6):343-347. doi:10.1097/01.ANC.0000342767.17606. d1.
- Fischer JE, Calame A, Dettling AC, Zeier H, Fanconi S. Experience and endocrine stress responses in neonatal and pediatric critical care nurses and physicians. *Crit Care Med*. 2000;28(9):3281-3288.
- Fujimaru C, Okamura H, Kawasaki M, Kakuma T, Yoshii C, Matsuishi T. Self-perceived work-related stress and its relation to salivary IgA, cortisol and 3-methoxy-4-hydroxyphenyl glycol levels among neonatal intensive care nurses. *Stress Health*. 2012;28(2):171-174. doi:10.1002/smi.1414.
- Fumagalli M, Provenzi L, Sorrentino G, Ciceri F, Fontana C, Passera S, Moncecchi M, Plevani L, Laquintana D, Borgatti R, Mosca F, Montirosso R. Self-report and biological indexes of work-related stress in neonatal healthcare professionals: a repeated-measures observational study. *Adv Neonatal Care*. 2021 Feb 2. doi: 10.1097/ANC.0000000000000848.



## LA BRONCOASPIRAZIONE NEL PAZIENTE CARDIOPATICO CON SHUNT SINISTRO-DESTRO

G. Trischitta

*UTIN Ospedale S. Vincenzo di Taormina*

Sebbene i tassi di sopravvivenza dei neonati affetti da cardiopatia congenita siano migliorati negli ultimi anni, questi rimangono pazienti molto delicati e critici, in particolare nel periodo immediatamente successivo agli interventi cui vengono sottoposti. Una delle ragioni principali di tale vulnerabilità potrebbe essere la relazione tra flusso sanguigno polmonare e sistemico, insieme a disfunzione miocardica postoperatoria e bassa gittata cardiaca.

L'aspirazione tracheale (ETS) è una procedura essenziale per qualsiasi bambino intubato per rimuovere le secrezioni e prevenire l'occlusione del tubo (2-4). È noto che l'ETS provoca potenzialmente instabilità emodinamica in questi bambini e pertanto è considerata una procedura ad alto rischio (5). Ad oggi, non è stato pubblicato alcun lavoro sull'impatto emodinamico dell'ETS in questo gruppo specifico di neonati ad alto rischio.

La nostra unità di Terapia Intensiva Neonatale, essendo di supporto al Centro di Cardiocirurgia Pediatrica, si occupa principalmente di questa tipologia di pazienti.

Abbiamo quindi deciso di redigere, sulla base della nostra esperienza, un protocollo operativo della procedura, standardizzando la metodologia.

Dopo l'implementazione del protocollo è stata effettuata una raccolta dati da cui si evince una maggiore stabilità dei piccoli pazienti, con riduzione degli episodi di ipossia e sanguinamento.

### BIBLIOGRAFIA

Morrow BM, Argent AC: A comprehensive review of pediatric endotracheal suctioning: Effects, indications, and clinical practice. *Pediatr Crit Care Med* 2008; 9:465-477.

Gardner DL, Shirland L: Evidence-based guideline for suctioning the intubated neonate and infant. *Neonatal Netw* 2009; 28:281-302

American Association for Respiratory Care: AARC Clinical Practice Guidelines. Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways 2010. *Respir Care* 2010; 55:758-764

Tume LN, Copnell B: Endotracheal suctioning of the critically ill child. *J Pediatr Intensive Care* 2015; 4:56-63



## LA COMUNICAZIONE CON I GENITORI STRANIERI: DAL TO CURE AL TO CARE

G. Angelini

INFERMIERA PEDIATRIA/NEONATOLOGIA, AREA VASTA 4- FERMO

Nell'ambito dell'accesso alle cure sanitarie, la salute materno-infantile risulta essere una delle aree più critiche e carenti, condizionata spesso dalle informazioni che gli stranieri ricevono e dalla qualità della relazioni con gli operatori sanitari.

L'Italia con circa 200 nazionalità è ormai un paese multietnico, dove il diverso può e deve rappresentare uno strumento di crescita e di opportunità volto al miglioramento dei servizi e ad uniformare la pratica clinica.

Il nostro obiettivo è rendere i servizi accessibili per tutti senza disparità di colore, razza o religione. La strategia comunicativa che tiene conto di questa diversità è la base fondamentale del processo di integrazione e della presa in cura di ogni paziente. Prendersi cura è un concetto di grande importanza che l'infermiere, secondo la sua mission, è chiamato ad espletare in ogni sua forma e modo.

L'istituzione di un pool di mediatori linguistici e culturali per ogni punto nascita sarebbe auspicabile, l'utilizzo della comunicazione video diretta e facilmente fruibile sulle app dei genitori stranieri potrebbe rappresentare un punto di inizio.

L'OMS definisce la salute come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale; si afferma sempre di più l'idea che la componente relazionale rivesta un ruolo fondamentale nella determinazione dello stato di salute dell'individuo. In altre parole, è necessario pensare alla persona, e perciò alla salute stessa, in senso olistico essendo lo stato di benessere determinato da un articolato intreccio di fattori che richiedono, indispensabilmente, una presa in carico complessiva del soggetto. La nuova identità dell'infermiere lo vede oggi come un professionista della salute che si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.

"Il Nursing è una combinazione unica di arte (prendersi cura) e scienza (conoscenza e processo scientifico) che si applica nel contesto delle relazioni interpersonali allo scopo di favorire il benessere, prevenire la malattia e ripristinare lo stato di salute nei singoli individui, nelle famiglie e nelle La Florence Nightingale, che noi definiamo come la 1° infermiera, in "Notes on Nursing" (1860), intendeva il ruolo dell'assistenza infermieristica come la "presa in carico della salute di qualcuno".

La teoria di Hildegard Peplau (1952) si focalizza sull'individuo, sull'infermiere e sul processo di interazione; il risultato è la relazione paziente infermiere.

Ciò che quindi sta alla base dell'assistenza infermieristica moderna è la qualità della relazione di cura che si riflette sia nel rapporto con il paziente e la sua famiglia, che all'interno dell'equipe di coloro che curano.

Questo meccanismo condiziona il livello di soddisfazione e di stress sia dei curati che dei curanti, portando ad una ricaduta senza dubbio positiva sui risultati, in termini di salute per entrambi. L'incontro di infermieri e medici con genitori di origine straniera, fin dalle sue fasi iniziali, presenta la necessità di creare relazioni positive, reciproca fiducia, le premesse per la condivisione delle responsabilità verso i più piccoli, tra persone dal background esperienziale differente, che hanno riferimenti culturali distanti tra loro, parlano lingue diverse, hanno differenti modi di guardarsi e interpretarsi l'un l'altra.

La vera evoluzione dell'infermiere sta proprio nella differenza che c'è tra un tecnico ed un professionista, ed è la capacità di "giocare" il proprio ruolo in termini relazionali, di "adattare" il proprio intervento alla persona che ha di fronte, di lasciarsi coinvolgere, nella giusta misura, in questa relazione con l'assistito, in modo che questi possa sentirsi veramente al centro della sua attenzione e del suo impegno professionale.

Il miglioramento della relazione terapeutica, grazie ad un'efficace comunicazione, migliora l'attività lavorativa dell'operatore, rendendola più in sintonia con gli ideali professionali, migliora la compliance del malato al trattamento, riduce il disagio emotivo e incrementa l'efficacia della cura.

Una relazione soddisfacente coinvolge sia l'ambito del care (prendersi cura) che quello del cure (curare la malattia).



Per Evelyn Adam la relazione d'aiuto e la "conditio sine qua non" dell'efficacia dell'assistenza infermieristica". Solitamente, quando ci si riferisce all'assistenza e al processo di cura in genere, si è soliti distinguere il "to care" dal "to cure". Non perché si voglia creare un netto divario fra il curare e il prendersi cura della persona, poliedrica nel suo essere, ma semplicemente perché due parole, con una radice pressoché simile, creano due consapevolezze completamente differenti. La barriera linguistica non può rappresentare un ostacolo per la promozione delle cure e influenzare a parità di accesso ai servizi sanitari ma al contrario può costituire un valore aggiunto.





## IL NUOVO NATO IN EPOCA COVID-19: CRITICITA' DEL SETTING ORGANIZZATIVO

G. Angelini

AREA VASTA 4- FERMO

L'epidemia da un nuovo coronavirus (SARS-CoV2), fra le problematiche cliniche e di salute pubblica, pone anche quelle sull'organizzazione della rete perinatale, la gestione dell'infezione in gravidanza, la possibile trasmissione materno-fetale dell'infezione prima, durante e dopo il parto, la sicurezza della gestione congiunta puerpera-neonato e l'allattamento materno. Nelle realtà neonatali dove accogliamo i nostri piccoli si è assistito ad una significativa riduzione del personale infermieristico (ricollocato a titolo emergenziale nei reparti con degenti con sintomatologia Covid\_19) e ad un conseguente accorpamento di reparti pediatrici e neonatali con reparti di ginecologia-ostetricia cercando di mantenere gli stessi standard operativi ed operare in sicurezza. Gli infermieri da sempre presenti al momento del parto e deputati alla presa in carico del neonato dopo due ore di skin to skin (L.G SIN) con la mamma, non sono più contemplati poiché troppo pochi in termini numerici e impegnati attivamente nell'assistenza in corsia: promozione dell'allattamento esclusivo al seno, tecniche di care, supporto della puerpera nelle pratiche neonatali, e screening/controlli definiti da protocolli nazionali e obbligatori per legge. L'ostetrica che assiste al parto si occuperà della gravida e del neonato, vi chiederete come?

Per questa serie di disposizioni aziendali, la mission dell'infermiere si perde di vista e il focus della competenza avanzata richiesta per assistere il neonato dal momento del parto al rooming-in, viene meno. È indispensabile, pianificare l'assistenza in ogni minimo dettaglio sin dalla fase precedente all'evento nascita attraverso un percorso ben definito che consideri diversi momenti iniziando dal counseling prenatale per proseguire con la riunione del gruppo (briefing) di rianimazione neonatale e l'identificazione del team leader ponendo come base una comunicazione efficace in modo che ognuno comprenda il proprio ruolo ed il compito che gli è stato assegnato. L'assetto organizzativo assistenziale ai neonati pretermine specie se di età gestazionale molto bassa (<32 settimane) ha subito negli ultimi 20 anni una vera e propria rivoluzione. L'isola neonatale si è trasformata in una Dricu (Delivery room intensive care unit) perché ottimizzare l'assistenza nelle prime fasi della vita di questi piccoli e fragili pazienti risulta fondamentale. Il primo minuto di vita rappresenta, con ogni probabilità, il momento più pericoloso che ogni essere umano deve affrontare durante la propria esistenza ed è definito "Golden Minute" proprio per sottolineare l'importanza di questa delicata fase durante la quale avvengono determinati processi fisiologici fondamentali che consentono il passaggio dalla vita fetale a quella post-natale. La rianimazione ha maggiori probabilità di avere successo se viene eseguita correttamente e nei tempi giusti, prima che il neonato diventi anossico e quindi asfittico, con depressione del miocardio e perdita della capacità di un respiro autonomo.

La criticità è rappresentata dall'assenza, per motivi già elencati, dell'equipe infermieristica qualificata e quindi dalla non tempestività della presa in carico del neonato, dalle informazioni non veritiere trascritte in scheda neonatale poiché personale ostetrico non formato come quello infermieristico altamente specializzato, mancanza di cooperazione tra i due team di lavoro obbligati a condividere gli stessi spazi, da una valutazione neonatale imprecisa, dalla non trasmissione di informazioni riguardanti madre e bimbo importanti ai fini di una corretta assistenza secondo il modello olistico, bio-psico-sociale. La centralità del neonato, nostro unico obiettivo, viene meno e sempre più diffuso è il malcontento espresso in burn-out da parte degli infermieri che si trovano a fronteggiare la pandemia in prima linea e totalmente disarmati. Partendo dalla considerazione che l'errore è una componente inevitabile della realtà umana, diventa fondamentale riconoscere che anche il sistema può sbagliare creando le circostanze per il verificarsi di un errore che restano latenti fino a quando un errore dell'operatore (active failure) non le rende manifeste. Se non si può eliminare completamente l'errore è auspicabile almeno favorire le condizioni lavorative ideali e porre in atto un insieme di azione che renda difficile per l'uomo sbagliare (Reason 1992). Esistono due possibilità per approcciarsi al problema degli eventi avversi: la prima si focalizza sul comportamento umano

# SESSIONE ON DEMAND

---



come fonte di errore, quindi il rimedio è costituito dallo sforzo di prevenzione dell'errore e sul miglioramento della conoscenza e della formazione individuale. La seconda possibilità si focalizza sulle condizioni nelle quali accade l'errore che è visto come il risultato di un fallimento del sistema, inteso come insieme di elementi umani, tecnologici e relazionali fortemente interconnessi, e finalizzati ad un obiettivo comune. Il rimedio è indirizzato verso i problemi nascosti e profondi ed ad una rimodellizzazione dei processi. Promuovere la cultura dell'imparare dall'errore e non nascondere è una strategia vincente e appagante, come dimostrano esperienze già maturate in altri contesti.



## IL NEONATO IN STATO DI SHOCK: THE IMPORTANCE OF TIMING

G. Angelini

AREA VASTA 4- FERMO

Negli ultimi anni la professione infermieristica è radicalmente cambiata, si è assistito ad un'evoluzione in ambito di formazione e quindi di competenze e responsabilità, in particolare con il DM 739/94 si delinea il profilo professionale dell'infermiere, si definisce l'assistenza infermieristica come di natura tecnica, relazionale ed educativa, mentre con la legge 42/99 si abolisce il mansionario (DPR 225/74) e la professione sanitaria infermieristica non è più ausiliaria.

Questa evoluzione ci porta all'ingresso nell'equipe sanitaria assistenziale che prende in carico e gestisce i pazienti che necessitano di cure; in particolare l'infermiere è chiamato a essere parte attiva all'interno di questo team, in quanto possiede conoscenze e competenze atte a identificare i bisogni della persona, pianificare gli interventi assistenziali, gestire gli stessi e valutare la loro efficacia.

Il paziente affetto da sepsi grave/shock settico richiede una pluralità e una complessità assistenziale, tali per cui è dovere del personale infermieristico che opera in area critica, conoscere gli aspetti assistenziali di monitoraggio, di gestione farmacologica ed emodinamica di tali pazienti.

E' importante capire quali sono le competenze infermieristiche richieste per trattare pazienti affetti da questa patologia e classificare i diversi livelli di sepsi, che sviluppare una ricerca infermieristica (indagine) che fotografi a livello nazionale quali sono le conoscenze e la gestione dei pazienti con shock settico. Le infezioni batteriche neonatali rappresentano la seconda causa di mortalità neonatale, in particolare nei neonati pretermine e/o di basso peso alla nascita.

Il ruolo chiave è costituito dal monitoraggio continuo osservazionale di segni e sintomi specifici di sepsi nelle prime 24-48 h di vita da parte dell'equipe che accoglie il neonato nella realtà assistenziale.

L'incidenza di sepsi nel nato a termine è dello 0,1% e nel pretermine può raggiungere il 2%.

Le infezioni possono manifestarsi a trasmissione verticale (dalla madre al feto/neonato) o a orizzontale (dall'ambiente al neonato).

Si definiscono precoci le sepsi che insorgono nelle prime 72 h di vita (Early onset sepsis) e tardive quelle che insorgono dopo le 72h di vita (Late onset sepsis). Fondamentale è riconoscere in tempo per agire in tempo.

Con il monitoraggio intensivo dei parametri vitali nel neonato e una stretta osservazione, valuteremo in maniera tempestiva segni e sintomi, a volte aspecifici, che possono celare un quadro iniziale di sepsi; tra questi: il colorito cutaneo e le eventuali alterazioni, la rilevazione costante della temperatura (ipertermia o ipotermia), ipotensione e ridotta reattività, vomito e/o diarrea, iperglicemia e sintomi neurologici (ipertono o ipotono).

La somministrazione di un'appropriata terapia antibiotica entro 60 minuti dall'identificazione della sepsi e dopo il prelievo di appropriate colture è essenziale per un efficace trattamento: ogni ora di ritardo si associa ad un significativo incremento della mortalità.

Risulta fondamentale la scelta dell'iniziale terapia antibiotica empirica, basata su criteri clinici, epidemiologici, ed adeguata nel dosaggio, da somministrarsi con tempestività a tutti i pazienti con sepsi-shock settico con l'obiettivo di raggiungere la massima efficacia possibile.

Nelle fasi successive la terapia dovrà essere rivalutata giornalmente con l'obiettivo di procedere ad una corretta de-escalation therapy nell'ottica di una attenta stewardship antibiotica, in accordo, laddove presenti, con le LG regionali.

Le emocolture rappresentano il gold standard nella diagnosi microbiologica di sepsi, si eseguono prelevando dei campioni ematici mediante tecnica sterile, i campioni vengono poi seminati su appositi terreni di coltura, con l'isolamento di batteri si identifica l'eziologia microbica e fornisce indicazioni utili per la terapia antibiotica mirata.

L'infezione presente all'ingresso o contratta durante la degenza, rappresenta un problema molto frequente nelle Tera-



pie Intensive e comporta, oltre alla già citata aumento di mortalità e morbilità, un aumento della durata di degenza e di conseguenza dei costi di ospedalizzazione.

La gestione di questi pazienti richiede un intervento multidisciplinare che interessa sia la terapia della causa principale tramite l'utilizzo di antibiotico terapie mirate con importanti ricadute sulla scelta e durata della terapia, sia la gestione e mantenimento di un adeguato equilibrio emodinamico che viene spesso gravemente compromesso nel corso di sepsi.

#### BIBLIOGRAFIA

Manual of Neonatal Care 4th Edition 1998:460-465 Lippincott-Raven

Percorsi Assistenziali Neonatologici Romagnoli C.

Polin RA and the Committee on Fetus and Newborn: Management of neonates with suspected or proven early-onset bacterial sepsis. Pediatrics 129:1006-1015, 2012.



## EFFICACIA DELLA “SATURAZIONE SENSORIALE” DURANTE L'ESECUZIONE DELLE PROCEDURE INVASIVE MINORI

G. Angelini

AREA VASTA 4- FERMO

### PREMESSA

Nell'assistenza al neonato vi è una carenza di attenzione all'analgesia specie nelle “procedure minori”. Queste ultime sono definite tali per il minore impegno e rischio della manovra e non per il distress e il dolore che causano nel neonato, data l'elevata frequenza con cui è necessario attuarle. Anche nel neonato a termine solitamente la manovra dolorosa non è preceduta da analgesia. Il dolore provoca: aumento della pressione del sangue e della pressione intracranica, ipossiemia, tachicardia, aumento di aminoacidi eccitatori che provocano un incremento di rischio di danno cerebrale. Tutto questo accade se la sensazione dolorosa trova via libera per arrivare al cervello; per impedire che accada ciò è necessario effettuare tali procedure con l'ausilio della “Saturazione Sensoriale”, la quale, si basa sul principio del “Gate control”, cioè, il neonato deve essere sottoposto a stimolazioni tattili, gustative, olfattive e uditive che giungendo contemporaneamente al cervello insieme allo stimolo doloroso, ne impediscono la percezione.

Una recente indagine conoscitiva segnala un diffuso utilizzo delle tecniche farmacologiche nel controllo del dolore nel neonato in tutti i paesi europei, ma la vera sfida odierna è la personalizzazione del trattamento, attraverso un'attenta e costante valutazione del sintomo dolore e una verifica dell'efficacia del trattamento, spesso ancora carenti [Carbajal 2015]. Scopo dello studio: Valutare la differente e significativa risposta antalgica, di un neonato a termine sano, ad un prelievo da tallone effettuato con o senza l'ausilio della “Saturazione Sensoriale”.

Materiali e metodi: Sono stati inclusi nello studio, Giugno 2019- Gennaio 2021, i neonati a termine sani sottoposti a prelievo ematico da tallone, eseguito utilizzando dispositivi a molla automatici. Durante la procedura sono stati monitorati i parametri della Scala comportamentale NIPS. Al gruppo di controllo, comparabile per variabili anagrafiche e outcome ospedaliero la manovra procedurale è stata effettuata senza l'ausilio della “Saturazione Sensoriale”. Si è evidenziato una differenza statisticamente significativa riguardo i valori della NIPS, tra i due gruppi, ( $1 \pm 1.6$  vs  $5 \pm 2.7$  con un  $p$ value  $< 0.001$ ). Conclusioni: Il nostro studio ha messo in evidenza una differenza statisticamente significativa ( $p$ value  $< 0.001$ ) tra i due gruppi, possiamo dire, quindi, che la saturazione sensoriale è uno strumento analgesico efficace. I nostri piccoli non richiedono solo un farmaco o una “procedura” durante un evento doloroso ma una presenza umana che li accompagni, li distrae e li conforta.

### BIBLIOGRAFIA

[www.sin-neonatologia.it/linee-guida-per-la-prevenzione-ed-il-“Trattamento del dolore nel neonato”](http://www.sin-neonatologia.it/linee-guida-per-la-prevenzione-ed-il-“Trattamento-del-dolore-nel-neonato”)

Lago P, Merazzi D, Garetti E, Ancora G, Pieragostini L, Bellieni CV, Pirelli A, Memo L, Pugliese M. Linee guida per la prevenzione ed il trattamento del dolore nel neonato. Cleup Ed 2008. Monografia. Lago P, Garetti E, Ancora G, Merazzi D, Pieragostini L, Piga S, Cuttini M, for the Pain Study Group of the Italian Society of Neonatology. Procedural pain in neonates: the state of the art in the implementation of national guidelines in Italy. *Pediatric Anesthesia* 2013;23(5):407-414.

Anand KJS, Hickey PR. Pain and its effects in the human neonates and fetus. *NEJM* 1987;21:1321- 1329. Legge N. 38 del 15 marzo 2010. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 65 del 19.03.2010.

Piano Nazionale per le Linee Guida, Manuale Metodologico. Istituto Superiore di Sanità (ISS) – Agenzia per i Servizi sanitari Regionali (ASSR). Maggio 2002, aggiornamento maggio 2004



## PSICOLOGIA IN UTIN DURANTE LA PANDEMIA

L.Arena, V.Zimone, L.Verdura, G.Fisichella, M.Vaccarella, M.Tosto, M.Sciacca, M.Familiari, L.Sciuto, C.Mattia, M.Caracciolo, M.Di Bartolo, P.Betta

*Unità di Terapia Intensiva Neonatale, Dipartimento Materno-Infantile, A.O.U. Policlinico-San Marco, Catania*

L'umanizzazione delle terapie è un processo iscritto nella "mission" del servizio sanitario, in cui il risultato atteso è il bene-essere della persona.

Dove per benessere, si intende non solo quello fisico, ma anche psichico e sociale, concetto che conduce a considerare la persona in una visione olistica e presuppone un approccio globale al paziente.

Questo obiettivo è stato sottoposto a gravissime pressioni circostanziali, durante l'emergenza sanitaria che ha caratterizzato l'anno 2019, con la diffusione del Covid-19, infatti tutti i reparti ospedalieri hanno subito notevoli trasformazioni organizzative, una delle più dolorose ha riguardato il reparto di UTIN.

Si è verificato un "life event" dentro l'altro, capace di determinare profondi cambiamenti, non solo alle neo-mamme e alle loro famiglie, ma a tutti noi, coinvolti nel sistema, che ci siamo riorganizzati in maniera creativa e resiliente e abbiamo fronteggiato l'emergenza.

La nascita di un bambino prematuro si verifica generalmente in un contesto di urgenza e dramma: priva la madre della preparazione del lavoro psicologico così importante alla fine della gravidanza, aggravato dalle barriere artificialmente imposte che hanno impedito, durante lockdown, anche l'incontro delle mamme con i loro bambini, dando luogo a maternità bianche.

Il processo mentale di diventare genitori, comporta una complessa evoluzione, percorso che parte dall'astrattezza, quasi onirica, fino all'esperienza pragmatica dell'abbraccio col proprio figlio, cosa che è mancata alle mamme che hanno partorito prematuramente durante la pandemia e che non hanno potuto espletare il compito più immediato col proprio figlio cioè quello di dirgli "eccomi".

La terapia intensiva neonatale in questione, che vive in maniera empatica il rapporto con le madri e i padri dei bambini prematuri, si è spesa per dare una risposta immediata alla richiesta disperata di poter vedere i propri piccoli, infatti la dottoressa Arena, in qualità di figura di supporto psicologico delle mamme premature, analizzando le interferenze negative, ha progettato un lavoro diverso in modo da costruire una realtà sostenibile capace di lavorare su più registri emotivi, ha organizzato gruppi, avvalendosi dei supporti tecnologici quali skype e videochiamate, costruiti ad hoc, in base alle possibilità delle puerpere, accompagnandole lungo questa straordinaria avventura. Attraverso immagini dei loro bambini scattate quotidianamente, in modo da mostrare loro i cambiamenti e miglioramenti dei cuccioli, stimolandole nell'atto del tiraggio del latte, mediante lunghe e dettagliate dissertazioni sull'importanza dell'allattamento materno, per incentivare alla produzione del latte, per mezzo dei presidi adatti, e spiegazioni su come fronteggiare le difficoltà pratiche dovute all'uso di questi, come ragadi o ingorghi mammari.

È stato un lavoro diverso dal solito, nel quale si è cercato di accompagnare ad una genitorialità speciale, creando un supporto che ancor di più ha cercato di preparare ad accogliere l'incognito.



## UMANIZZAZIONE DELLE TERAPIE IN EPOCA COVID: UNA REALTÀ IN UTIN

L.Arena, A.Lanza, V.Zimone, L.Verdura, G.Fisichella, M.Vaccarella, M.Tosto, M.Sciacca, M.Familiari, L.Sciuto, C.Mattia, M.Caracciolo, M.Di Bartolo, P.Betta

*Unità di Terapia Intensiva Neonatale, Dipartimento Materno-Infantile, A.O.U. Policlinico-San Marco, Catania*

L'umanizzazione delle terapie è un processo iscritto nella "mission" del servizio sanitario, in cui il risultato atteso è il benessere della persona.

Dove per benessere, si intende non solo quello fisico, ma anche psichico e sociale, concetto che conduce a considerare la persona in una visione olistica e presuppone un approccio globale al paziente.

Questo obiettivo è stato sottoposto a gravissime pressioni circostanziali, durante l'emergenza sanitaria che ha caratterizzato l'anno 2019, con la diffusione del Covid-19, infatti tutti i reparti ospedalieri hanno subito notevoli trasformazioni organizzative, sicuramente una delle realtà più dolorose ha riguardato il reparto di U.T.I.N.

Si è verificato un "life event" dentro l'altro, capace di determinare profondi cambiamenti, non solo alle neo-mamme e alle loro famiglie, ma a tutti noi, coinvolti nel sistema, che ci siamo riorganizzati in maniera creativa e resiliente e abbiamo fronteggiato l'emergenza. La nascita di un bambino prematuro si verifica generalmente in un contesto di urgenza e dramma: priva la madre, della preparazione del lavoro psicologico, così importante alla fine della gravidanza, aggravato dalle barriere artificialmente imposte che hanno impedito, durante lockdown, anche l'incontro delle mamme con i loro bambini, dando luogo a "maternità bianche". Il processo mentale di diventare genitori, comporta una complessa evoluzione, percorso che parte dall'astrattezza, quasi onirica, fino all'esperienza pragmatica dell'abbraccio col proprio figlio, cosa che è mancata alle mamme che hanno partorito prematuramente durante la pandemia e che non hanno potuto espletare il compito più immediato col proprio figlio cioè quello di dirgli "eccomi". La dottoressa Arena, in qualità di figura di sostegno ed esperta dell'allattamento materno, si è organizzata in modo da offrire assistenza alle puerpere, che appena partorito, si ritrovavano completamente sole, nel reparto di ginecologia, spesso dopo aver subito un taglio cesareo d'urgenza, in grado neanche di muoversi agevolmente, tra catetere urinario e drenaggi, ad affrontare ed elaborare sentimenti sconosciuti, così la dottoressa si è organizzata in modo da dare supporto sin dal principio di questa avventura, salendo nel reparto di ginecologia, fornendo loro tutti i presidi sterili, utili per tirare il colostro, così prezioso per i piccoli prematuri, ma anche per le neomamme, in quanto unico fattore, capace di mantenere un legame reale con i loro piccoli.

La dottoressa Arena si è spesa per dare una risposta immediata anche alla richiesta disperata di poter vedere i propri piccoli, infatti analizzando le interferenze negative, ha progettato un lavoro diverso in modo da costruire una realtà sostenibile capace di lavorare su più registri emotivi.

Ha organizzato gruppi, avvalendosi dei supporti tecnologici quali skype e videochiamate, costruiti ad hoc, in base alle possibilità delle puerpere, accompagnandole lungo questa straordinaria avventura.

Attraverso immagini dei loro bambini scattate quotidianamente, in modo da mostrare loro i cambiamenti e miglioramenti dei cuccioli, stimolandole nell'atto del tiraggio del latte, mediante lunghe e dettagliate dissertazioni sull'importanza dell'allattamento materno, per incentivare alla produzione del latte, per mezzo dei presidi adatti, e spiegazioni su come fronteggiare le difficoltà pratiche dovute all'uso di questi, come ragadi o ingorghi mammari.

Ha creato un collegamento diretto, attraverso un numero di telefono dedicato, capace di dare, in modo estemporaneo, il feedback positivo ai genitori, così pieni di dubbi e insicurezze, che ancora oggi funziona, come servizio in followup.

È stato un lavoro diverso dal solito, nel quale si è cercato di accompagnare ad una genitorialità speciale, creando un supporto che ancor di più ha cercato di preparare ad accogliere l'incognito.



## L'APPROCCIO DELL'INFERMIERE ALLE CURE PALLIATIVE NEONATALI

M.Battistelli, R.Langianese

*UO Neonatologia/UTIN Policlinico Casilino*

Sulla base di ampi riscontri clinici, è possibile osservare come in epoca neonatale i soggetti gravemente prematuri rappresentino circa il 50% dei decessi complessivi, e diversamente da quanto accade in alcuni paesi europei, attualmente in Italia è illegale decidere sull'interruzione della vita da parte del personale sanitario o dai genitori; infatti, medici e infermieri sono chiamati quotidianamente ad effettuare tutte le pratiche rianimatorie che si rendono di volta in volta necessarie.

Benché la prematurità costituisca una grave patologia del neonato, la sua capacità di sopravvivenza è comunque un elemento che non può essere sottovalutato. Tuttavia, è chiaro che si tratta di un evento connotato da un'intrinseca criticità, e che, nella quasi totalità dei casi, viene vissuto in modo traumatico dai genitori, specie se si tratta di neonati estremamente pretermine. Se si parla, poi, di grave prematuro si avrà sempre a che fare con decisioni eticamente ed emotivamente difficili, una tra queste quella di interrompere le cure intensive e fornire assistenza compassionevole ed accompagnamento al fine vita.

Aspetto fondamentale, dunque, è l'instaurazione di una comunicazione "trasparente" tra genitore e personale sanitario.

L'elaborato si prefigge la comprensione del livello di conoscenza e l'aspetto emotivo del personale infermieristico e dei genitori sul proprio ruolo in tale fase del processo di cura del neonato.





## **IL CARDIAC-SONOGRAPHER IN TIN, L'ESPERIENZA INFERMIERISTICA NELLE ATTIVITÀ DI ECOCARDIOGRAFIA PRESSO LA TIN E L'AMBULATORIO DI CARDIOLOGIA NEONATALE DI FONDAZIONE POLIAMBULANZA, BRESCIA**

F.Beschi, E.Garzoli, S.Semeria Mantelli, E.Pasta, S.Pisanelli, M.Zanzucchi, P.Villani

*Dipartimento Salute Mamma e Bambino, UOC Terapia Intensiva Neonatale e Neonatologia, Fondazione Poliambulanza, Brescia*

L'ecocardiografia in terapia intensiva neonatale ricopre un ruolo fondamentale. È un esame di facile accesso, non invasivo, ripetibile che permette di escludere, diagnosticare e monitorare eventuali cardiopatie congenite, soprattutto nei centri specializzati, e di fornire informazioni, in tempo reale, in merito al quadro emodinamico. Fondamentale, soprattutto nei piccoli pazienti instabili, la valutazione della gittata cardiaca, degli shunt, la valutazione della contrattilità che possono modificare e influenzare le strategie terapeutiche.

Precedentemente l'ecocardiogramma era eseguito solamente dal pediatra specialista in cardiologia, più recentemente, anche i neonatologi si sono interessati all'ecocardiografia soprattutto per la valutazione dell'instabilità emodinamica nei neonati. Eseguire un buon esame ecocardiografico richiede però una formazione specifica, un buon addestramento e personale tecnico qualificato, che, in molti Paesi, è rappresentato dal cardiac sonographer, figura presente anche in Italia, soprattutto negli ambulatori di cardiologia dell'adulto. Ruolo fondamentale del sonographer è eseguire un buon esame, acquisendo immagini di buona qualità, raccogliendo tutte le informazioni possibili in modo tale da rispondere in maniera esaustiva al quesito diagnostico ed eseguire tutte le misurazioni del caso, in modo tale da ottenere un referto completo e diagnostico.

Occorre una preparazione particolare perché l'esame risulta più complicato rispetto a quello dell'adulto a causa delle dimensioni del paziente e delle ridotte finestre acustiche specie nel prematuro. Il cardiac sonographer possiede una formazione specifica per quanto riguarda l'esecuzione dell'esame ecocardiografico, formazione che spesso i neonatologi non hanno, permettendo un valido supporto e un ottimo aiuto nella diagnosi e nel monitoraggio dell'assetto emodinamico dei neonati. Presso la UOC di Terapia intensiva Neonatale di Fondazione Poliambulanza di Brescia è presente un ambulatorio di Cardiologia Neonatale dove viene eseguito il follow-up cardiologico di tutti i pazienti nei primi 2 anni di vita, circa 500 pazienti/anno tra interni ed esterni, affetti da problemi cardiologici (follow-up dei prematuri, degli ex-ricoverati e dei neonati operati, pazienti affetti da cardiopatie congenite, bambini con soffi cardiaci).

Da gennaio 2021 abbiamo introdotto la figura della cardiac-sonographer, una Infermiera della TIN che ha completato il percorso formativo e che collabora nella gestione dell'ambulatorio e delle attività di diagnosi, controllo dei pazienti e alla formazione dei medici in TIN.



## AMBULATORIO INFERMIERISTICO NEONATALE: LA CARE DELLO SVILUPPO CONTINUA NEL FOLLOW UP

R. Bonaveri

*AUSL Bologna, Maternità Ospedale Maggiore*

L'evidenza scientifica dell'efficacia delle cure a sostegno dello sviluppo, individualizzate e centrate sulla famiglia, è crescente. Non soltanto il neonato, ma la triade genitori-figli dev'essere costantemente messa al centro degli interessi di medici, infermieri, fisioterapisti, psicologi. Il cambiamento può solo avvenire in un contesto di realtà, partendo cioè dalla reale situazione del proprio reparto (spazio a disposizione, numerosità dell'organico, disponibilità degli operatori). Appare funzionale ai programmi di implementazione su questi temi affrontare il percorso di cambiamento a "piccoli passi" scegliendo, per esempio, di modificare ed attuare piccoli accorgimenti uno per volta per migliorare il coinvolgimento dei genitori nell'assistenza diventando i principali caregivers del proprio bambino secondo i principi della Family Centred Care; è inoltre fondamentale fornire ai genitori gli strumenti per la corretta interpretazione dei segnali del bambino secondo i principi della Care dello Sviluppo. Il continuo arricchimento culturale e tecnologico ha permesso negli ultimi anni la sopravvivenza di neonati sempre più prematuri. La nascita di un bambino prematuro comporta un livello di stress altissimo nella coppia genitoriale. I genitori dei bambini prematuri soffrono forti sentimenti di inadeguatezza che vengono esacerbati dall'ambiente così particolare delle TIN. Uno dei principali compiti del personale medico e infermieristico è quello di prendersi cura della triade "mamma-papà-bambino" in modo da aumentare la self-confidence dei genitori e rendere meno doloroso il loro percorso. I prematuri sono bambini "fragili" sia dal punto di vista fisico che da quello neuro comportamentale. Come un corposo numero di studi dimostra, l'applicazione dei principi della Care dello Sviluppo facilita ampiamente il percorso di questi bambini e riduce gli esiti a distanza che la prematurità comporta. Il progetto ha lo scopo di: migliorare gli aspetti assistenziali relativi all'educazione e al coinvolgimento dei genitori nella cura del neonato uniformare le pratiche di accudimento dei neonati da parte del personale infermieristico (secondo i principi della Care dello Sviluppo) in modo da rendere coerenti le informazioni date ai genitori. incrementare le pratiche che facilitano il processo di attaccamento dei genitori (in particolare della madre) come l'allattamento e la Kangaroo Mother Care ed inoltre istituire un'ambulatorio infermieristico neonatale per prendere in carico le famiglie ed i neonati in dimissione per garantire durante tutto il follow up la continuità della care dello sviluppo.



## IL CATETERISMO OMBELICALE PUO' ESSERE UNA PROCEDURA INFERMIERISTICA? L'ESPERIENZA DELL'HEVI PAEDIATRIC TEACHING HOSPITAL DI DUHOK NEL KURDISTAN IRACHENO – IRAQ

F. Buzzi, S. Maiandi, F. Waisi Maseehi, E. Faysal Haji, V. Mohammad Hassan, N. Bakir Yahya  
 Associazione Italiana tra i Popoli (AISPO NGO)

**INTROUZIONE:** L'Organizzazione non Governativa AISPO (Associazione Italiana per la Solidarietà tra i Popoli) è attiva da 7 anni nella Regione Autonoma del Kurdistan Iracheno con progetti di cooperazione internazionale a sostegno delle istituzioni locali e del personale ospedaliero implementando le capacità di risposta ai bisogni assistenziali del personale sanitario attraverso percorsi specifici di formazione sul campo. All'interno dell'Hevi Teaching Hospital di Duhok la disponibilità di competenze specifiche neonatologiche del personale medico presente è assai limitata esponendo i neonati ad un rischio elevato di mortalità in assenza di manovre terapeutiche salvavita. La cateterizzazione dei vasi ombelicali (CVO), ad esempio, è la scelta vascolare primaria nei neonati critici che accedono alla Terapia Intensiva Neonatale e senza la presenza costante di un medico, il suo posizionamento non può essere garantito con continuità. È stato pertanto implementato un intervento formativo sul campo nel personale infermieristico per trasferire e consolidare le competenze necessarie all'inserimento del CVO.

**METODI:** È stato svolto un corso e un training on the job per l'inserimento del CVO nei prematuri e nei neonati presso l'Hevi Teaching Hospital per 20 infermieri della Terapia Intensiva Neonatale. È stato realizzato uno studio osservazionale senza alcuna randomizzazione: il CVO è stato inserito dal medico qualora presente nella struttura ospedaliera e dall'infermiere di Terapia Intensiva Neonatale in caso di assenza del medico. I dati sono stati raccolti da giugno 2018 a dicembre 2020.

**RISULTATI:** Durante lo studio sono stati ricoverati 922 neonati in Terapia Intensiva Neonatale e sono stati posizionati 355 CVO corrispondente al 38,5% dei neonati. Gli infermieri hanno posizionati 332 CVO (91,6%) e la procedura ha avuto successo in 315 casi (95%), nei restanti 17 neonati (5%) l'insuccesso è stato determinato dal mal posizionamento della punta del CVO, quindi nella Vena Porta, nelle Vene Epatiche o nel Forame Ovale. Nessun paziente ha manifestato complicazioni durante la procedura di inserimento del CVO. I CVO posizionati sono stati rimossi per: cause accidentali ( $n = 39$  [12%]), tempo di permanenza del catetere  $> 15$  giorni ( $n = 76$  [17%]), infezione cutanea ( $n = 2$  [0,5%]), dimissione ( $n = 147$  [42,5%]) e decessi per patologia ( $n = 91$  [29%]) ( $P = 0,001$ ). Discussione Gli infermieri hanno garantito elevati livelli di sicurezza nell'inserimento e nella gestione del CVO. Pur nella consapevolezza che la procedura resta nell'ambito della disciplina medica, la necessità di implementare tale programma di formazione trova ragione nella volontà di garantire la massima possibilità di sopravvivenza di ogni neonato.

**CONCLUSIONI:** La continua formazione degli infermieri ha contribuito ad aumentare i tassi di successo e ad eliminare le complicanze legate all'inserimento del CVO. La standardizzazione della procedura è stata di fondamentale importanza per acquisire consapevolezza e consente agli infermieri di inserire il catetere senza complicanze.

**PAROLE CHIAVE:** catetere ombelicale, training, nursing care, cooperazione internazionale, Iraq Kurdistan

### BIBLIOGRAFIA

1. Levit, O. L., Shabanova, V., & Bizzarro, M. J. (2020). Umbilical catheter-associated complications in a level IV neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatology*, 40(4), 573–580. <https://doi.org/10.1038/s41372-019-0579-3>
2. Mutlu, M., Aslan, Y., Kul, S., & Yilmaz, G. (2015). Umbilical venous catheter complications in newborns: a 6-year single-center experience. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 29(17), 2817–2822. <https://doi.org/10.3109/14767058.2015.1105952>
3. Shalabi, M., Adel, M., Yoon, E., Aziz, K., Lee, S., & Shah, P. S. (2015). Risk of Infection Using Peripherally Inserted Central and Umbilical Catheters in Preterm Neonates. *PEDIATRICS*, 136(6), 1073–1079. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2710>
4. Sheta, A., Kamaluddeen, M., & Soraisham, A. S. (2020). Umbilical venous catheter insertion depth estimation using birth weight versus surface measurement formula: a randomized controlled trial. *Journal of Perinatology*, 40(4), 567–572. <https://doi.org/10.1038/s41372-019>



## **SCREENING NEONATALE ALLARGATO AGGIORNAMENTI, CARE E COMUNICAZIONE CON I GENITORI**

R.Cangiano, G.Di stasio ,G.B.E.Matarese  
*Ospedale civile Marcianise*

lo studio che proponiamo tratta della medicina preventiva in età pediatrica. Lo scopo è quello di aggiornare sull'evoluzione che lo screening ha avuto negli ultimi anni,sull'aspetto assistenziale sia nelle tecniche di prelievo che nella gestione del dolore per le procedure minori nei neonati .ed in fine ma non di minore importanza la comunicazione con i genitori in special modo nei retesting richiesti dal centro regionale di riferimento(ceinge).



## IL PERCORSO NASCITA PER IL FIGLIO DI MADRE HIV POSITIVA: L'ESPERIENZA DEL CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE DELLA CAMPANIA

V.Caruso, R.Di Domenico, E.Cesa, E. Capone, S.Salomè, An.Umbaldo, F.Raimondi

*Dipartimento ad Attività Integrata Materno-Infantile, U.O.S.D. di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, Università "Federico II" di Napoli*

Ogni anno in Italia si verificano nuovi casi di positività per HIV e nel 2019 sono state rilevate 2531 nuove diagnosi. La percentuale dei nuovi casi a trasmissione verticale nel mondo è del 15%. In molti Paesi la diagnosi nella prima infanzia è cresciuta significativamente, mentre la copertura antiretrovirale resta bassa, soprattutto nei Paesi a basso e medio reddito. Ad oggi, nei Paesi industrializzati si registra un miglioramento della qualità di vita dei pazienti HIV positivi, dovuto sia ad una diagnosi precoce che ad una aderenza alla terapia farmacologica, il che ha permesso a molte donne di affrontare la maternità. In questi casi una adeguata terapia è fondamentale per ridurre il rischio di trasmissione verticale dal 13-25% a meno del 2%.

Il percorso nascita presso l'U.O.S.D. di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale del Policlinico Universitario Federico II di Napoli, centro di riferimento regionale HIV in epoca perinatale, è organizzato in modo da offrire tutela e assistenza a madre e neonato, attraverso interventi ante partum, intrapartum e postpartum

Nel 2020 presso la neonatologia del Policlinico Federico II sono nati 20 neonati a rischio di infezione a trasmissione verticale da HIV. L'età delle madri al parto era compresa tra 20 e 42 anni, 9 erano italiane, 5 dell'est Europa e 6 africane. Tutti i neonati erano a termine. Il peso medio era kg 2900, la circonferenza cranica 34 cm e la lunghezza 44 cm. La durata media del ricovero dei neonati è stata 9 giorni: 18 hanno praticato monoterapia antiretrovirale, mentre 2 sono stati sottoposti triplice terapia farmacologica, poiché le madri presentavano una carica virale positiva (entrambe facevano uso di sostanze stupefacenti e avevano infezione per HCV, CMV e TOXO). Dopo il periodo di profilassi farmacologica e follow-up, nessuno dei neonati è risultato positivo per infezione da HIV.

La neonatologia del Policlinico Federico II di Napoli presenta un percorso standardizzato ormai da decenni per la nascita del figlio di madre HIV positiva, che permette l'inizio della profilassi farmacologica - previa esecuzione di esami di laboratorio - entro poche ore dalla nascita. Il personale è formato per un'adeguata assistenza sia in sala parto che al Nido, per garantire la massima sicurezza sia del neonato sia degli operatori sanitari, attraverso l'utilizzo consapevole dei dispositivi di protezione individuale per prevenire il contatto accidentale con sangue e secrezioni infette.



## L'ITTIOSI: IL PUNTO DI VISTA DELL'INFERMIERE PEDIATRICO

A.Coppola, A.Monaco, F.Santonicola

*P.O. San Leonardo (Area Stabiese)- U.O.C. TIN-Neonatologia*

Obiettivo primario della relazione è quello di fornire un quadro generale circa un gruppo di “Genodermatosi”, meglio conosciute come Ittiosi, ponendo particolare attenzione alla gestione infermieristica ed istruzione del caregiver alle cure domiciliari. L'ittiosi rientra in un gruppo di disordini genetici con effetti cutanei, il cui comune aspetto è quello di far apparire la pelle come coperta di squame, secca, screpolata, arrossata o anormalmente ispessita. Generalmente la patologia è evidente sin dalla nascita o poco dopo e comunque quasi sempre entro il primo anno di vita. Il processo di desquamazione e sfaldamento cutaneo che ne consegue determina una condizione clinica che va da una lieve ma fastidiosa secchezza ad una grave sindrome deturpante. Una recente riclassificazione di questi disturbi li ha definiti come “Disordini della Cheratinizzazione”. Le ittiosi possono essere ripartite in categorie in base: Al quadro clinico che ne deriva; Alle caratteristiche strutturali delle cellule epidermiche sottoposte a biopsia; Alle strutture ed organi colpiti. Presso la nostra struttura, si sono susseguiti alcuni casi emblematici di Ittiosi nel corso dello scorso anno, divenuti oggetto di studio.

### BIBLIOGRAFIA

1. B. Craiglow, MDun. Ichthyosis in the Newborn. Semin Perinatol. Author manuscript; available in PMC 2014 Feb 1. doi: 10.1053/j.semperi.2012.11.001.
2. T Shwayder. Ichthyosis in a nutshell. Pediatr Rev . 1999 Jan;20(1):5-12. doi: 10.1542/pir.20-1-5.



## UN ANNO DI COVID IN TIN: LA GESTIONE DEL NEONATO E DELLA FAMIGLIA

N. Corsello

*UTIN, ospedale Maggiore-AUSL Bologna*

**INTRODUZIONE:** Il legame di attaccamento madre-bambino si instaura sin dalla nascita per l'azione congiunta di ormoni e neuro mediatori, si tratta dell'inizio del "bonding", che proprio nelle prime ore dopo la nascita mette le basi di un legame che continuerà poi per tutta la vita. Negli ultimi anni si è lavorato intensamente per umanizzare sempre più le cure e per attuare un'assistenza centrata sulla famiglia, aprendo h24 le terapie intensive neonatali e coinvolgendo sempre più i genitori nell'assistenza al neonato. La Pandemia Covid 19 ha però in alcune circostanze reso necessaria la separazione madre-figlio, o per le condizioni cliniche del neonato, o molto spesso, a causa del peggioramento delle condizioni cliniche della madre affetta da SARS CoV-2. Può venire così meno, il modello di cura centrato sulla famiglia, ossia, di quella modalità di pratica assistenziale che offre alla famiglia la possibilità di prendersi cura del piccolo ospedalizzato in maniera diretta sotto la supervisione dell'infermiere attraverso un processo di coinvolgimento, partecipazione e collaborazione. Inoltre la separazione postnatale interrompe l'instaurarsi di quel legame fisiologico/emotivo precoce tra genitore-bambino che può, a lungo termine, portare ad una successiva relazione inadeguata tra quest'ultimi.

**OBIETTIVI:** Nonostante la "separazione fisica" ridurre il distacco genitori- neonato, tenendo la famiglia aggiornata sui progressi del loro piccolo, non facendogli perdere dei momenti irripetibili e rendendoli partecipi delle piccole conquiste quotidiane del loro neonato. **METODI:** Sono state applicate una serie di strategie alternative per ridurre il distacco tra i genitori ed i piccoli ricoverati, grazie al prezioso aiuto della tecnologia, utilizzando tablet che hanno permesso video chiamate, condivisione di foto, video e messaggi vocali. In particolare, la videochiamata è un mezzo che permette ai genitori di vedere il loro neonato e di comunicare (e collaborare) in tempo reale con il personale della terapia intensiva neonatale. Anche gli aggiornamenti quotidiani e le discussioni sui principali cambiamenti delle cure sono avvenute virtualmente o per telefono.

**RISULTATI:** Nonostante tante difficoltà e limitazioni, attraverso una meticolosa e attenta organizzazione, genitori e figli hanno avuto dei contatti reciproci quotidiani. Il benessere del bambino è inestricabilmente legato al benessere della sua famiglia e malgrado la distanza fisica, il coinvolgimento "virtuale" dei genitori non può che accrescere lo stato di benessere riducendo il livello di stress ed ansia. Inoltre i genitori si sentono più competenti e preparati per ad accudire il neonato ed affrontare la dimissione e l'inizio della loro nuova vita insieme.

**CONCLUSIONI:** Le strategie di contenimento della pandemia COVID-19 ha, inevitabilmente, introdotto cambiamenti significativi nell'assistenza ai neonati e alle loro famiglie. Questi cambiamenti hanno portato alla necessità di identificare e implementare nuove strategie per supportare le famiglie e per fornire un'assistenza incentrate sulla famiglia. Quindi, malgrado, l'assistenza centrata sulla famiglia, sia in parte messa in discussione dalla pandemia COVID-19 (con le conseguenti restrizioni di visita e a volte l'inevitabile separazione), i suoi obiettivi, anche se adattati alla situazione/condizione attuale devono rimanere gli stessi, ossia focalizzati sul mantenimento dell'integrità familiare e sulla valorizzazione della famiglia attraverso un rapporto di fiducia, responsabilizzazione e sostegno.







## A PICCOLI PASSI VERSO CASA, IL PERCORSO CONDIVISO CON LE FAMIGLIE IN TIN

G.De Palma, L.Reghin, A.Coscia, C.Bovio, F.Data, E.Marcianò, C.Peila, M.Nicocia, M.Scrufari, C.Taberna, P. Strola, M.Pugliese, M.Mosca, I.Arenga, Genitori Senior  
*Terapia Intensiva Neonatale Clinica Universitaria S.Anna, Torino*

L'educazione terapeutica e la preparazione della famiglia alla dimissione sono un aspetto fondamentale del percorso in Terapia Intensiva Neonatale. I genitori dei neonati pretermine necessitano di supporto e formazione per sviluppare le adatte capacità di cura per il loro bambino. (1)

Il Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP), è un programma di intervento precoce basato sulla personalizzazione dell'assistenza proposta al neonato. Lo scopo del programma è di promuovere lo sviluppo neuro-evolutivo della nuova, piccola persona, considerando la sua interazione con l'ambiente circostante e prevedendo un ruolo attivo da parte della famiglia a cui appartiene, identificata come caregiver principale. (2)

L'idea è stata quella di creare uno strumento assistenziale che possa accompagnare la famiglia e il neonato dal principio del percorso in TIN sino all'approdo a casa. In particolare, si tratta di un diario intitolato "A piccoli passi verso casa", estremamente fruibile e comprensibile per la famiglia e gli operatori. Così si è cercato di costruire insieme, passo dopo passo, la strada delle famiglie verso casa. Il diario è stato suddiviso per settimane di gestazione con l'obiettivo di fornire le informazioni appropriate al momento appropriato, con queste accompagnare i caregivers nell'acquisizione di competenze in modo graduale ed differenziato, ed infine assicurare la partecipazione costante del genitore nel processo di cura, offrendogli uno spazio per esprimere le proprie perplessità, le sensazioni, ma anche le gratificazioni raggiunte.

L'obiettivo è quello di rendere la famiglia parte del caregiving in TIN dal primo giorno, maturando competenza e autonomia poco alla volta, con la sicurezza data anche dagli incontri con i professionisti, nel passaggio da una fase all'altra del percorso. (3)(4)

In questo modo, l'auspicio è quello che si riesca a ridurre il più possibile l'ansia del genitore, aumentando invece le sue competenze di accudimento e le sue conoscenze riguardo al proprio bambino, documentando l'intero percorso insieme all'equipe e potendo così possedere una traccia della strada percorsa per arrivare a casa.

### BIBLIOGRAFIA:

1. Casper C, Caeymaex L, Dicky O, Akrich M, Reynaud A, Bouvard C, et al. [Parental perception of their involvement in the care of their children in French neonatal units]. *Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr.* 2016 Sep;23(9):974–82.
2. Lee SK, O'Brien K. Parents as primary caregivers in the neonatal intensive care unit. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 2014 Aug 5;186(11):845–7.
3. Warren I. Family and Infant Neurodevelopmental Education: an innovative, educational pathway for neonatal healthcare professionals. *Infant.* 2017;13(5):200–3.
4. Cooper LG, Gooding JS, Gallagher J, Sternesky L, Ledsky R, Berns SD. Impact of a family-centered care initiative on NICU care, staff and families. *J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc.* 2007 Dec;27 Suppl 2:S32-37.



## **LE DIFFICOLTÀ ALIMENTARI NEL BAMBINO PRETERMINE E PATOLOGICO: DALLA PARTE DELL'OPERATORE UNO STRUMENTO DI VALUTAZIONE**

A. Elia, R. Mirone

*ARNAS GARIBALDI NESIMA – U.O.C. NEONATOLOGIA E U.T.I.N.*

Le scale di valutazione delle competenze alimentari (CA) del neonato prematuro o patologico consentono al professionista sanitario di identificare, monitorare e gestire eventuali problemi che si verificano durante la degenza in Tin ed inoltre permette di uniformare i comportamenti dei professionisti. Tale strumenti per i professionisti sanitari permettono l'integrazione del giudizio clinico e in una logica multidisciplinare, di realizzare un programma di sviluppo delle CA personalizzato. All'interno della terapia intensiva neonatale dell'Ospe. G.Nesima da un anno a questa parte è stato implementato un percorso congiunto tra logopedista e infermiere nell'approccio al neonato con delle difficoltà nell'alimentazione. Dopo una revisione della letteratura dei vari strumenti è stato ritenuto necessario adattare ad hoc una "Scheda di valutazione delle competenze alimentari" al fine di garantire una mappatura dell'andamento dell'alimentazione e un passaggio più oggettivo, schematico e con linguaggio univo tra i professionisti. In atto la scheda è in fase di sperimentazione e in associazione a tale progetto sono stati realizzati due corsi di formazione rispettivamente sulla nutrizione ed alimentazione e sulla valutazione delle CA con la presentazione dello strumento ai professionisti.



## STRATEGIE DI NEUROPROTEZIONE NEL NEONATO: PERCORSO ASSISTENZIALE PER IL NEONATO SOTTOPOSTO AD IPOTERMIA TERAPEUTICA

A. Fiore, G. Imperato

*Terapia Intensiva Neonatale e Neonatologia, Ospedale Evangelico Betania, Napoli*

**INTRODUZIONE:** Le lesioni cerebrali neonatali colpiscono ogni anno migliaia di neonati e possono esitare in danni fisici e neurologici permanenti. In particolare, gli eventi che occorrono durante il normale decorso del travaglio, possono causare una riduzione della quantità di ossigeno nel neonato con alterato scambio gassoso e possibile conseguente asfissia perinatale. Questi eventi includono: (1) Diminuzione del flusso sanguigno alla placenta a causa delle contrazioni uterine, della compressione cordonale, della disidratazione materna e dell'alcalosi materna dovuta ad iperventilazione; (2) Diminuzione del trasporto di ossigeno al feto per riduzione del flusso ematico placentare; (3) Aumento del consumo di ossigeno sia nella madre che nel feto. Il continuo interfacciarsi con neonati colpiti da insulto ipossico-ischemico alla nascita, ha reso necessaria la formazione e il continuo aggiornamento degli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza e la cura di questi pazienti. Questo può avvenire solo con l'utilizzo di uno strumento finalizzato all'implementazione delle linee guida e, in questo caso particolare, riferendosi alle "Raccomandazioni per l'assistenza al neonato con Encefalopatia ipossico-ischemica possibile candidato al trattamento ipotermico"; per consentire all'infermiere dedicato alle cure perinatali di saper agire durante il trattamento ipotermico per l'encefalopatia ipossico-ischemica, in modo adeguato e professionale. **OBIETTIVI:** Creare un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA), che abbia scopo formativo e informativo e che sia facilmente usufruibile per l'assistenza al neonato con EII sottoposto a trattamento ipotermico.

**METODI E MATERIALI:** (1) Ricerca bibliografica e sitografica (2) Timelines (3) Linee guida SIN.

**RISULTATI:** Dallo studio si evince che la più efficace strategia di neuroprotezione del neonato, attualmente, resta l'ipotermia terapeutica, se effettuata entro 6 ore di vita. Sono in corso diversi studi, tra cui lo studio ALBINO, atti a valutare se il trattamento con Allopurinolo associato all'ipotermia possa ridurre gli outcome sfavorevoli, anche se i dati attualmente disponibili restano ancora limitati. La modalità più importante di trattamento resta, al momento, la prevenzione, con l'identificazione precoce dei neonati sottoposti ad insulto, mediante il monitoraggio fetale e il riconoscimento di eventuali segni di stress perinatali. Questo evidenzia l'importanza del continuo aggiornamento e formazione sull'argomento dei professionisti sanitari che si occupano di cure perinatali.

**CONCLUSIONI:** Dallo studio è stata evidenziata l'importanza di stilare un percorso assistenziale per il neonato colpito da EII, sottoposto a trattamento ipotermico, in particolar modo nelle unità operative ad alta complessità assistenziale, ove si svolge questo tipo di trattamento specifico. Altro punto fondamentale è la presenza di personale preposto all'assistenza di questi pazienti; in particolare, si evince l'importanza dell'infermiere pediatrico di neonatologia, altamente specializzato e formato nelle cure perinatali di neonati sottoposti a tale trattamento. *Effect of allopurinol in addition to hypothermia treatment in neonates for hypoxic-ischemic brain injury on neurocognitive outcome (ALBINO): study protocol of a blinded randomized placebo-controlled parallel group multicenter trial for superiority (phase III)*

### BIBLIOGRAFIA

Maiwald CA, Annink KV, Rüdiger M, Benders MJNL, van Bel F, Allegaert K, Naulaers G, Bassler D, Klebermaß-Schrehof K, Vento M, Guimarães H, Stiris T, Cattarossi L, Metsäranta M, Vanhatalo S, Mazela J, Metsvaht T, Jacobs Y, Franz AR; ALBINO Study Group.; Nursing care in therapeutic hypothermia in neonates with hypoxic-ischaemic encephalopathy. Review of the literature. Solaz- García AJ, Sáenz-González P, Borrás Vañó MJ, Montejano-Lozoya R. *Enferm Intensiva*. 2020 Apr; 20:S1130-2399(20)30024-9. doi: 10.1016/j.enfi.2019.11.001.; Induced hypothermia for neonatal hypoxic-ischemic encephalopathy: pathophysiology, current treatment, and nursing considerations. Cooper DJ. *Neonatal Netw*. 2011 Jan-Feb; 30(1):29-35. doi: 10.1891/0730-0832.30.1.29.; The Six-Hour Window: How the Community Hospital Nursery Can Optimize Outcomes of the Infant with Suspected Hypoxic-Ischemic Encephalopathy. Ibrani D, Molacavage S. *Neonatal Netw*. 2018 May; 37(3):155-163. doi: 10.1891/0730-0832.37.3.155. PMID: 29789056; Hypoxic-ischemic encephalopathy: a review for the clinician. Douglas-Escobar M, Weiss MD. *JAMA Pediatr*. 2015 Apr; 169(4):397-403. doi: 10.1001/jamapediatrics.2014.3269.



## ALLATTAMENTO MATERNO IN UTIN DURANTE LA PANDEMIA: UNA SCELTA DI VITA

G. Fisichella, A.Lanza, V.Zimone, L.Verdura, M.Vaccarella, L.Arena, M.Tosto, M.Sciacca, M.Familiari, L.Sciuto, MC. Cosentino, L.Ciccìa, C.Mattia, M.Caracciolo, M.Di Bartolo, P.Betta

*Unità di Terapia Intensiva Neonatale, Dipartimento Materno-Infantile, A.O.U. Policlinico-San Marco, Catania*

Il latte materno è l'alimento ideale per i neonati, soprattutto per i più fragili, in quanto fornisce sostanze nutritive indispensabili per la crescita e per il sistema immunitario. Contiene, infatti, fattori antivirali, dimostrati in diverse infezioni, proprietà antinfiammatorie (lattoferrina, HMO) e dispone di centinaia di biofattori immunoregolatori. Diverse applicazioni pratiche per la prevenzione e la terapia di infezioni batteriche, virali e fungine da parte dei componenti del latte materno sono state già studiate e validate. Inoltre, nel corso delle epidemie precedenti è stato dimostrato come l'uso del latte materno rappresenti una delle prime misure cruciali da adottare nelle emergenze. Proprio l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda di alimentare i neonati esclusivamente al seno per i primi sei mesi e, per i neonati prematuri, di favorire l'alimentazione esclusiva con il latte umano fin dalle prime ore di nascita per lo straordinario effetto di protezione nei confronti degli agenti infettivi e della NEC.

Nel periodo della pandemia, da Marzo 2020 a Maggio 2020 presso l'UTIN dell'AOU Policlinico G. Rodolico - S. Marco di Catania, abbiamo dovuto applicare le direttive del Ministero e dell'Azienda, riducendo l'ingresso dei genitori e limitando gli orari di visite. I genitori hanno mostrato un'apparente accettazione della chiusura del reparto, ragionando in termini di protezione del loro bambino. Prima della pandemia nel nostro reparto, dotato di lattario, le mamme potevano tirare, in assoluta tranquillità il latte per i loro piccoli. Nel corso della pandemia, invece, per l'impossibilità di fornire latte materno direttamente in reparto e per continuare l'allattamento, indispensabile per i nostri prematuri, abbiamo ugualmente cercato di promuovere tale procedura. Le mamme tiravano il latte a domicilio con tutte le precauzioni igienico-sanitarie, lo congelavano e lo trasportavano in reparto, in appositi contenitori refrigerati per non perdere la catena del freddo. Una volta in reparto veniva conservato congelato fino al momento della somministrazione.

Quando successivamente le restrizioni sono venute meno, per i prematuri che, in condizioni di gravità, erano impossibilitati ad essere allattati al seno, abbiamo continuato a far portare alle mamme il loro latte estratto a domicilio e congelato, mentre per quelli in grado di essere allattati al seno, si è ritornati gradualmente alla normalità, ricreando il rapporto diretto mamma-figlio. Ovviamente anche in questo caso, ci sono stati dei cambiamenti per mantenere il più possibile il distanziamento: infatti, attualmente, le mamme entrano in reparto a poppate alterne e in box separati in modo da mantenere la distanza di sicurezza, tutte rispettivamente con mascherina e con gel igienizzante in ogni postazione.

**CONSIDERAZIONI:** La SIN è stata la prima a prendere una posizione chiara e inequivocabile mostrando che numerosi sono gli studi che documentano che la separazione precoce dal genitore produce uno stress tossico per il bambino con ripercussioni a breve e lungo termine. Sostenere la vicinanza dei genitori vuol dire promuoverne lo sviluppo, un elemento da salvaguardare anche "in epoca Covid". Anche noi, in accordo con la SIN, abbiamo continuato a promuovere l'allattamento ed il rapporto madre figlio anche se, come sappiamo, non siamo ancora fuori dall'emergenza pandemica e dobbiamo continuare a tenere alta la guardia.

### BIBLIOGRAFIA

McGuire MK, et al. Best Practices for Human Milk Collection for COVID-19 Research. *Breastfeed Med.* 2021 Jan;16(1):29-38.



## LA NUTRIZIONE DEI NEONATI PREMATURI: TEMPI E MODALITÀ DI TRANSIZIONE DALL'ALIMENTAZIONE PARENTERALE A QUELLA ENTERALE COMPLETA PER GAVAGE, AL BIBERON E AL SENO

C. Guerra, PA. Quitadamo, MA. Gentile, A. Villani

TIN, Fondazione "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo

**INTRODUZIONE:** L'alimentazione del neonato prematuro nell'ultimo decennio è diventato un aspetto prioritario nell'assistenza in TIN, perché è stato dimostrato che da esso dipende lo sviluppo con particolare riguardo all'outcome neurologico che ne risulta fortemente condizionato.

Il coordinamento tra suzione, deglutizione e respirazione compare durante la vita intrauterina tra la 32a e 34a settimana di gestazione e diventa efficiente dalla 36a settimana. I problemi clinici e assistenziali, possono ritardare i tempi per il passaggio alle varie modalità di nutrizione, che devono adattarsi alle specifiche acquisizioni ed abilità.

Uno dei compiti più frequenti degli infermieri in TIN è valutare se il neonato sia pronto ad iniziare o a proseguire ad alimentarsi per os. Spesso nella pratica ci si fa guidare dall'età gestazionale, dalle condizioni cliniche generali, dalla reattività e dallo stato di vigilanza di ogni singolo neonato e l'esperienza dell'operatore diventa importante per guidare i vari step dell'alimentazione dei nati prematuri.

Le scale di valutazione vengono utilizzate per identificare i problemi che il neonato può riscontrare nell'acquisizione delle competenze alimentari e quindi permette di pianificare un programma alimentare personalizzato per mantenere la funzione orale del bambino. Alcune sono atte a valutare le competenze del neonato prematuro allattato al seno (Scala Latch; Scala Pibbs), altre durante l'alimentazione al biberon (Scala Efs; Metodo Soffi), altre ancora durante l'alimentazione al seno e al biberon (Scala Nomias; Scala Piofras; Scala Infant-driven Feeding); di queste scale soltanto 3 possono essere utilizzate, oltre che dal personale sanitario, anche dai genitori, adeguatamente formati (Scala Latch; Scala Pibbs; Metodo Soffi).

**SCOPO DEL LAVORO:** Lo scopo del lavoro è quello di analizzare l'esperienza degli operatori infermieristici, sui criteri di sospensione dell'alimentazione orale, del passaggio dalla nutrizione con gavage a quello con biberon, sulla valutazione delle competenze del neonato prematuro ad alimentarsi per os e, infine, verificare la necessità di strumenti standardizzati oggettivi su cui fare riferimento, per omologare la gestione di tutti i sanitari in questo aspetto cruciale dell'assistenza.

**MATERIALI E METODI:** È stato somministrato un articolato questionario al personale infermieristico della TIN, con 19 domande che delineano il comportamento nella gestione della valutazione della tolleranza alimentare, di problematiche legate alla nutrizione, dell'acquisizione delle abilità necessarie per i diversi tipi di alimentazione dei neonati prematuri, dell'opportunità di inizio e di proseguimento dell'alimentazione orale, e sulla percezione della necessità di metodiche validate di valutazione che facilitino e ottimizzino i tempi e le modalità di alimentazione enterale. A ciascuna risposta è stato attribuito un punteggio relativo alla qualità della stessa.

Compendio dei risultati in tabella.

### ANALISI DEI RISULTATI:

#### Avvio dell'alimentazione

L'impostazione generale che viene suggerita a livello internazionale, sulla base di ricerche strutturate in letteratura e di una critica valutazione delle evidenze è che, per non accumulare ritardi di crescita, è necessario assicurare l'apporto di tutti i nutrienti sin dalla nascita. Questo è possibile con l'avvio precoce dell'alimentazione parenterale che il prima possibile, dovrà essere sostituita dall'alimentazione enterale completa, per ridurre i rischi legati all'uso dei cateteri venosi centrali, le sepsi, le complicanze della NPT, evitando tuttavia il digiuno enterale con l'inizio precoce della MEF, il tutto mantenendo una crescita e



una nutrizione ottimali ed evitando le conseguenze di avanzamenti troppo rapidi degli apporti enterali. Si tratta di un obiettivo ben chiaro ma raggiungerlo è più difficile di quanto sembri.

Le risposte al questionario evidenziano come anche nella TIN di CSS è una pratica consolidata quella dell'avvio della NPT subito dopo la nascita. Infatti il 100% delle infermiere intervistate ha identificato nella nutrizione parenterale il tipo di alimentazione che viene intrapresa per prima e di queste il 60% l'ha abbinata a quella enterale. E' suggestivo anche il feedback che identifica proprio nell'introduzione precoce dell'alimentazione parenterale uno dei 3 fattori più citati alla domanda "se ha notato modifiche nel tempo nella gestione dell'alimentazione". Questo dato conferma nella pratica che l'inizio nelle primissime ore dalla nascita dell'alimentazione parenterale è un dato acquisito e questo è molto importante per il futuro dei piccoli della TIN.

L'altro elemento rilevante di modifica è stata l'introduzione della MEF, la minimal enteral feeding citata nel 66% delle risposte. In passato si riteneva che l'avvio precoce della nutrizione enterale favorisse lo sviluppo della enterocolite necrotizzante (NEC). Al contrario, l'inizio precoce della MEF è fortemente raccomandata come supplemento alla nutrizione parenterale il prima possibile nei neonati prematuri meno stabili per i quali non si può invece avviare proprio la nutrizione enterale precoce.

### L'uso del latte umano in TIN

Lo staff della TIN è impegnata a promuovere l'espressione del latte da parte della propria madre, seguendo un protocollo ormai consolidato e l'uso standardizzato di questa pratica fa sì che la maggior parte dei neonati prematuri riceva entro poche ore il latte fresco della propria madre che è assolutamente l'alimento di scelta e, in alternativa, latte di banca prima che il LM diventi disponibile o, laddove non lo fosse.

### La tolleranza alimentare

Il 50% delle intervistate si avvale di più di 3 criteri per fornire al medico il proprio giudizio sul grado di tolleranza per la singola poppata, per più poppate o per l'intera giornata. I criteri più conosciuti e considerati sono risultati il vomito, il ristagno gastrico e le caratteristiche dell'addome.

A proposito del ristagno gastrico diversi sono i lavori che si interrogano sull'opportunità della valutazione routinaria dell'aspirazione gastrica prima di ogni poppata maln realtà il monitoraggio di routine del residuo gastrico negli alimentati con gavage è una pratica comune nelle TIN ma spesso i vari centri si adoperano per stilare protocolli che ne facilitino l'interpretazione, incrociando i vari criteri. Anche la TIN di CSS utilizza un protocollo che dà una valutazione quantitativa del ristagno gastrico alimentare rispetto alla quantità prescritta e, in base alle varie percentuali viene sospesa o meno per una o più poppate.

### Alimentazione al biberon e al seno

L'inizio dell'alimentazione orale al biberon o al seno dei neonati prematuri è diventato uno dei più complessi e importanti dell'assistenza neonatale, perché dal successo di questo tipo di alimentazione dipende il benessere del bambino e della famiglia, condizionandone la crescita e lo sviluppo. Quale sia il momento più appropriato è difficile da stabilire e soprattutto è poco standardizzato. I due metodi più utilizzati sono quello in base all'età gestazionale o a criteri comportamentali. L'alimentazione basata su indizi, nota come alimentazione guidata dal bambino, è quella che tiene conto dei segnali di prontezza del neonato piuttosto che di una età gestazionale prescritta e, sebbene non esiste una solida base di evidenza a supporto di tale indicazione, risulta quella prevalente nelle NICU rispetto all'approccio basato sul volume e viene spesso ritenuta come l'opzione migliore per i neonati prematuri.

**CONCLUSIONE:** I risultati rappresentano una fotografia completa della realtà della nutrizione in un centro di III livello attraverso l'esperienza del personale su questo importante aspetto dell'assistenza in TIN. Mentre il monitoraggio e la gestione della tolleranza alimentare è ben strutturata e dispone di diversi strumenti (protocolli, schede dedicate etc..) di cui si può mi-



giorare la conoscenza comune, attraverso una costante formazione, la valutazione delle abilità orali al biberon e al seno può giovare di criteri standardizzati in scale validate, peraltro risultate dal questionario, ben accettate, attraverso le quali gli infermieri, in collaborazione con i medici, possono eseguire interventi efficaci per garantire la migliore nutrizione, un prezioso investimento per lo sviluppo e la crescita ottimali di questa tipologia così fragile e sorprendente di neonati.

1	L'80% del campione ha più di 20 anni di attività lavorativa in TIN
2	Un terzo delle risposte ha raggiunto il punteggio massimo in esattezza e completezza
3	Più del 50% delle intervistate ha fornito un numero di criteri di valutazione della tolleranza alimentare e delle abilità alimentari $\geq 3$
4	Il vomito, il ristagno gastrico, il ristagno biliare e l'addome globoso sono risultati in ordine i criteri più citati per la valutazione dell'intolleranza alimentare
5	Il ristagno ematico e il sangue nelle feci, elementi di allarme, non sono stati sufficientemente considerati
6	La suzione valida e la coordinazione S/D sono risultati i criteri più elencati per le abilità nutritive al biberon
7	L'età gestazionale, la capacità di suzione, il peso e le condizioni cliniche sono stati i criteri più considerati per la nutrizione al seno
8	L'avvio precoce entro 12-24 ore dell'alimentazione orale minima è un dato acquisito
9	L'avvio precoce della suzione non nutritiva viene eseguito con regolarità (+50% delle risposte) ma dipende in parte (15 pareri) dalla valutazione della capacità di suzione
10	Il 47% circa delle infermiere ha indicato un'età gestazionale compresa fra 30 e 32 settimane per l'avvio dell'alimentazione al biberon
11	La quasi totalità del campione ha posizionato dopo le 32 settimane l'inizio possibile dell'attacco al seno con un 50% che ha indicato un'età tra 33 e 34 settimane e il 23% >35 settimane
12	La suzione non valida, la prematurità e il deficit della coordinazione S/D sono nell'ordine le indicazioni principali all'uso del gavage
13	Difficoltà legate all'esiguità del calibro delle prime vie respiratorie, alla tenuta del sondino e agli effetti sulla stabilità sono state annoverate come possibili problematiche legate alla pratica del gavage ma con percentuali di incidenza basse entro il valore del 20%.
14	Il 50% ritiene molto utile la kangaroo mother care per la promozione dell'allattamento e il 46,6% abbastanza
15	La totalità delle intervistate ha confermato il ruolo importante dell'infermiere nelle decisioni che attengono all'alimentazione, con un coinvolgimento >50% per il 90% del campione
16	Ottima è risultata la percezione della trasmissione intra e interdisciplinare delle notizie che riguardano l'alimentazione, sia oralmente che per iscritto attraverso documenti dedicati e standardizzati nella pratica medica e infermieristica
17	Il 100% delle infermiere ha notato modifiche nella gestione della nutrizione dei prematuri e riguardano: l'introduzione della NPT precoce, la MEF entro le prime ore di vita con LM o LB, l'abolizione del LF, l'uso esclusivo della metodica a bolo intermittente per 8/12 poppate e disuso dell'AEC
18	Il 70% circa si è mostrato favorevole all'eventuale introduzione di strumenti di valutazione delle abilità alimentari come scale validate



## ORGANIZZAZIONE DELLA PROFILASSI CON PALIVIZUMAB AI TEMPI DEL COVID

A. Lanza, V.Zimone, L.Verdura, G.Fisichella, M.Vaccarella, L. Arena, M.Tosto, M. Sciacca, M.Familiari, L.Sciuto, M.Pomella, C.Mattia, M.Caracciolo, M.Di Bartolo, P.Betta

*Unità di Terapia Intensiva Neonatale, Dipartimento Materno-Infantile, A.O.U. Policlinico-San Marco, Catania*

Il Synagis (Palivizumab) è un anticorpo monoclonale che si lega ad una proteina chiamata proteina di fusione A che si trova sulla superficie del virus respiratorio sinciziale (VRS). Quando il palivizumab si lega a questa proteina, il virus non è più in grado di penetrare nelle cellule dell'organismo, in particolare quelle polmonari. Questo permette di prevenire le affezioni gravi delle basse vie respiratorie provocate dal virus respiratorio sinciziale (VRS) che richiedono il ricovero in ospedale. È utilizzato nei seguenti gruppi di bambini, che sono ad alto rischio di contrarre la malattia: 1) bambini di età <6 mesi nati prematuramente con EG < 35 settimane; 2) bambini di età <2 anni che sono stati trattati per broncodisplasia alveolare negli ultimi sei mesi; 3) bambini di età <2 anni con cardiopatia trattata farmacologicamente.

Viene somministrato una volta al mese durante i periodi in cui si prevede un rischio di VRS nella comunità, vale a dire da novembre ad aprile e la prima dose dovrebbe essere somministrata prima dell'inizio della stagione critica. Pertanto, i bambini di norma ricevono per via intramuscolare un totale di cinque somministrazioni, una al mese.

Da quando è iniziato il periodo di pandemia, la nostra UTIN ha continuato a garantire il ciclo vaccinale e la profilassi per i nostri piccoli prematuri dimessi, sicuramente con nuove procedure per il contenimento della diffusione del COVID 19. Il personale infermieristico ha cercato di prendere tutte le precauzioni per evitare il contagio non solo per se stessi ma anche per i piccoli pazienti con i genitori che afferivano all'ambulatorio, munendosi, non solo di mascherine, visiere ma anche di camici e cuffiette.

Durante le fasi di maggiore intensità della pandemia, prima dell'accesso veniva eseguito un controllo della temperatura, il tampone naso-faringeo antigenico e veniva effettuata una Check list sulle condizioni di salute del bambino e del genitore accompagnatore. Inoltre il personale infermieristico comunicava le istruzioni necessarie da applicare in base alle vigenti disposizioni sul distanziamento sociale, fornendo soluzioni antisettiche per la detersione delle mani, consentendo l'accesso ad un solo genitore munito di mascherina e provvedendo alla sanificazione dell'ambiente.

Per evitare il sovraffollamento nelle sale d'attesa si è cercato di riorganizzare l'agenda degli appuntamenti, dedicando alla seduta vaccinale di ciascun bambino 30 minuti con successiva attesa post-vaccino di altrettanti 30 minuti in una sala dedicata.

In questo modo siamo riusciti a valutare precocemente un caso positivo, evitando il diffondersi dei contagi e cercando di contenere il panico.

A causa dell'attuale pandemia di COVID-19 e del blocco, i neonati e i loro genitori stanno affrontando molte difficoltà in termini di visita alle cliniche. Considerando che gli ospedali sovraccarichi durante una pandemia possono esporre i bambini anche all'infezione di VRS, complicata dallo stato di immunodeficienza di questi bambini ad alto rischio, sicuramente le linee guida ci impongono di non dimenticare questi piccoli prematuri e noi, grazie allo sforzo e all'umanità del nostro personale infermieristico, siamo riusciti a garantire l'assistenza necessaria.

### BIBLIOGRAFIA

Richard S Taylor Respiratory syncytial virus and palivizumab prophylaxis in the COVID-19 era. CMAJ 2021 Apr 12;193(15):E523

Adel S Alharbi et al. Saudi experts' recommendation for RSV prophylaxis in the era of COVID-19: Consensus from the Saudi Pediatric Pulmonology Association. Saudi Med J. 2021Apr;42(4):355-362





## SURVEY SUL COINVOLGIMENTO DEI GENITORI DURANTE LE MANOVRE DOLOROSE IN TIN

M.Luciano

*AOU Citta' della Salute e della Scienza di Torino*

**INTRODUZIONE:** La nascita prematura è un evento traumatico. Durante il ricovero in TIN il neonato viene sottoposto ad innumerevoli procedure dolorose (1) per le quali il genitore può essere una risorsa fondamentale ed in cui desidera essere coinvolto ed informato il più possibile (2). L'obiettivo di questo lavoro è quello di indagare la situazione nelle TIN italiane riguardo alle informazioni trasmesse alla famiglia sul dolore del neonato ed alla possibilità dei genitori di supportare il loro neonato anche durante le procedure dolorose.

**MATERIALI E METODI:** La popolazione è composta dai coordinatori infermieristici delle TIN italiane. È stato utilizzato un questionario costruito "ad hoc" in modalità online.

**RISULTATI:** Il totale delle risposte al questionario ricevute sono state 40. Il 67,5% delle TIN che hanno partecipato coinvolgono i genitori nel contenimento del dolore del proprio neonato durante l'attuazione di procedure dolorose (soprattutto durante il prelievo capillare). Il 100% delle TIN ritiene il genitore una risorsa fondamentale per il contenimento del dolore del proprio neonato. Nel 70% delle TIN non è presente del materiale informativo per i genitori, relativo alla cura e, in particolare, alla gestione non farmacologica del dolore nei neonati ricoverati da parte della famiglia.

**DISCUSSIONE:** I genitori sono una risorsa fondamentale per il contenimento del dolore del loro neonato se correttamente formati (3). L'infermiere riveste un ruolo importante nell'informazione e nell'affiancamento del genitore. Le informazioni dovrebbero essere trasmesse ai genitori sia verbalmente, sia per iscritto, attraverso materiale prodotto appositamente per aiutarli a conoscere e supportare il loro neonato. Dall'indagine è emersa a livello nazionale una carenza di materiale informativo sul coinvolgimento dei genitori durante le procedure dolorose.

**PAROLE CHIAVE:** premature infants, pain management, involved parents, NICU, Care.

### BIBLIOGRAFIA:

1. Hatfield LA, Murphy N, Karp K, Polomano RC. A Systematic Review of Behavioral and Environmental Interventions for Procedural Pain Management in Preterm Infants. *J Pediatr Nurs.* 2019
2. Vazquez V, Cong X, DeJong A. Maternal and paternal knowledge and perceptions regarding infant pain in the NICU. *Neonatal Netw.* 2015.
3. Smith J, Swallow V, Coyne I. Involving parents in managing their child's long-term condition-a concept synthesis of family-centered care and partnership-in-care. *J Pediatr Nurs.* 2015;30(1):143-59.
4. Verena Lindacher et al.. European Standards Of Care For Newborn Health – A project protocol. *Acta Paediatr.*2020



## **GESTIONE INFERMIERISTICA DELLE LDP NEL NEONATO A TERMINE E PREMATURO: DALLA REVISIONE DELLA LETTERATURA ALLA COSTRUZIONE DI UNO STRUMENTO SPECIFICO PER UNIFORMARE L'ASSISTENZA**

C. Magli, S.Cavrini

*TIN e Neonatologia IRCCS Policlinico di Sant'Orsola di Bologna*

**BACKGROUND:** le LdP rappresentano un problema rilevante nell'assistenza al neonato a termine e prematuro. Scopo: approfondire i concetti teorici per la prevenzione e il trattamento delle LdP nel neonato e creare uno strumento utile per uniformare i comportamenti nell'assistenza al neonato.

**MATERIALI E METODI:** revisione della letteratura sulle principali banche dati di letteratura scientifica. Risultati: integrando la revisione con l'esperienza clinica maturata, è stato creato uno strumento specifico per l'Unità Operativa sulla prevenzione e trattamento delle LdP nel neonato, con particolare attenzione sulle lesioni nasali durante assistenza ventilatoria.



## **TACHICARDIE SOPRA VENTRICOLARI NEONATALI: GESTIONE INFERMIERISTICA**

R.Regni, F.Faina

*S.C. Neonatologia e TIN - Perugia*

Monitoraggio emodinamico del paziente, diving reflex, utilizzo del defibrillatore e skill calculation farmaci specifici.

### **BIBLIOGRAFIA:**

Manuale di Rianimazione Neonatale – Manuale di rianimazione pediatrica - Linee Guida dell'American Heart Association (AHA)



## LA NASCITA PRETERMINE COME GENESI DI DUE SISTEMI COMPLESSI: MADRE E FIGLIO ALL'INTERNO DI UNA TERAPIA INTENSIVA NEONATALE E L'ORGANIZZAZIONE VOLTA A SODDISFARE UNA FITTA RETE DI BISOGNI

S.Ricci

*UO Neonatologia/UTIN Policlinico Casilino*

La nostra società negli ultimi quarant'anni ha subito processi di mutazione in ambito socio culturale molto accelerati, questo ha comportato cambiamenti anche nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale, è cresciuta l'informazione da parte degli utenti che si rivolgono alle strutture sanitarie esprimendo bisogni sempre più differenziati e complessi.

Mentre negli anni sessanta la società era caratterizzata da bisogni semplici, espressi come carenza, quelli degli anni settanta si è caratterizzata come società dei bisogni fondati oltre che sulla carenza anche sull'esigenza di benessere. Gli anni ottanta sono predominati da una società dove i bisogni diventano sofisticati e immateriali. Questa serie di cambiamenti ha comportato una trasformazione della nostra società che da semplice è diventata complessa, una società che richiede strutture dotate di un'organizzazione altrettanto complessa a cui potersi rivolgere per effettuare domande che non troverebbero risposte in fonti basate sul riduzionismo e sulla semplificazione. Il processo di complessificazione e modificazione dei bisogni, che ha investito il nostro paese, ha coinvolto quindi, in modo sempre più significativo e preponderante il tema della salute.

La risposta che viene fornita a chi si rivolge alle strutture sanitarie deriva esclusivamente dal modo in cui gli operatori sono in grado di gestire il complesso, ossia la relazione terapeutica la quale si basa sul rapporto tra operatore, paziente e organizzazione della struttura intesa non più come insieme di pratiche, procedure standardizzate e schematizzate, bensì come un'organizzazione vivente, quindi complesso, in grado di adeguarsi, modellarsi e riorganizzarsi ogni qualvolta si senta l'esigenza, ogni qual volta è necessario fornire risposte di tipo complesso al fine di soddisfare i bisogni del paziente.



## IL CORRETTO LAVAGGIO DELLE MANI DEI GENITORI IN TIN

C. Sollo

*TIN/TNE AORN S. Anna E S. Sebastiano Caserta*

L'igiene delle mani è il singolo strumento più importante di prevenzione delle infezioni. Tuttavia, finora, nessuno studio ha valutato l'influenza del caregiver sulla tecnica e sulla qualità dell'igiene quale causa di infezioni nei reparti di neonatologia. Per questo si è pensato di effettuare uno studio su base volontaria ai genitori che afferiscono al reparto di TIN e Assistenza Neonatale dell'AORN "S. Anna e S. Sebastiano" di Caserta e dimostrare in che percentuale il lavaggio delle mani viene fatto correttamente con l'ausilio dello SCANNER SEMMELWEIS che verifica la corretta esecuzione della procedura.

Pregnancy&Breastfeeding Information about Coronavirus Disease 2019. Page last reviewed: March 17, 2020 A. Lehotsky, L. Szilagy, et al. "The quantitative impact of direct, personal feedback on hand hygiene technique" J. Of Hospital Infection (IF:2:78) vol.91, issue 1, pp. 81-84, 2015



## **NUOVE FRONTIERE DELLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE INFERMIERISTICA**

C.Stabile

*Neonatologia – TIN AORN San Pio - Benevento*

In questi ultimi anni si sta assistendo ad un cambio radicale di interpretazione legato alla Responsabilità Professionale. I motivi sono da ascrivere ad un maggior livello culturale dei cittadini e alla maggior diffusione, attraverso i mass media, delle conoscenze mediche e sanitarie, il che comporta una crescente attenzione alle forme di tutela e di auto-tutela dell'assistito nei confronti degli operatori sanitari, nonché alla progressiva identificazione dell'obbligazione di mezzi con quella dei risultati. Attraverso un breve excursus dell'evoluzione normativa professionale infermieristica sarà evidenziato lo sviluppo dell'Autonomia professionale.



## LA KANGAROO MOTHER CARE IN UTIN DURANTE LA PANDEMIA

M. Vaccarella, A.Lanza, V.Zimone, L.Verdura, G. Fisichella, L.Arena, M.Tosto, M.Sciacca, M.Familiari, L.Sciuto, D. Caruso, C.Mattia, M.Caracciolo, M.Di Bartolo, P.Betta

*Unità di Terapia Intensiva Neonatale, Dipartimento Materno-Infantile, A.O.U. Policlinico-San Marco, Catania*

La Kangaroo Mother Care (KMC), spesso definita anche come contatto “pelle a pelle” tra una madre e il neonato, ha numerosi benefici. Alcuni dei più importanti sono rappresentati dal miglioramento della temperatura corporea, dalla riduzione della frequenza cardiaca e dall’aumento della saturazione periferica. Fornisce, inoltre, un ambiente utile per l’interazione bambino/genitore, supporta il successo dell’alimentazione al seno, determinando una riduzione significativa delle infezioni gastro-intestinali, diminuendo fortemente il ricorso ai farmaci e a ulteriori cure che esporrebbero comunque il neonato a dei rischi. Prolunga, anche, il periodo di sonno quieto, fattore importante per la crescita e lo sviluppo neurologico e in ultima analisi, riduce l’eventuale durata e i costi di ospedalizzazione, assicurando complessivamente una maggiore percentuale di sopravvivenza del neonato.

Nella KMC, il bambino nudo viene posto tra i seni della madre in posizione verticale, in modo che si crei il contatto “pelle-pelle” con il neonato all’interno di un marsupio costituito dalla copertina o dagli indumenti materni. In questa tecnica svolge un ruolo importante il personale infermieristico che supporta le donne nello svolgimento di questa pratica: l’intervento educativo svolto in ospedale da queste figure, infatti, fa acquisire alle mamme una migliore competenza nell’allattamento al seno e, di conseguenza, migliora la produzione di latte.

Il Covid 19 ha creato non poche difficoltà nell’organizzazione dei reparti. La nostra UTIN già dall’inizio della pandemia, ha cercato di supportare i genitori, con indicazioni volte a non rinunciare al contatto skin to skin, prescrivendo le nuove regole da seguire. Tra queste, ad esempio, l’ingresso di un solo genitore alla volta, l’utilizzo di mascherine, la corretta igiene delle mani, il triage con controllo della temperatura e check-list sulle condizioni di salute di genitori e suggerendo anche l’esecuzione del tampone naso-faringeo durante le fasi di maggiore intensità dell’epidemia.

La società italiana di neonatologia attraverso i gruppi di studio della care e della qualità delle cure ha promosso un’indagine, effettuata a febbraio - marzo 2021 alla quale hanno risposto 90 centri di terapia intensiva e subintensiva neonatale. Da questa si evince che, in corso di pandemia da covid- 19, nel 67.8% dei centri è stata praticata o incoraggiata la kmc, ridotta di durata o frequenza nel 31% dei centri, sospesa solo nell’1.1% dei centri. Nonostante le evidenti difficoltà, allattamento al seno, contatto pelle a pelle in sala parto e kangaroo mother care, nella nostra UTIN sono stati mantenuti e supportati in una alta percentuale di casi. Ciò grazie anche alle raccomandazioni della SIN, diventate standard di riferimento a livello nazionale ed internazionale.



cui è l'unico responsabile, in funzione di obiettivi precisi. Purtroppo, per motivi economici, ma anche culturali, risultano poco applicati. Quale modello assistenziale in Neonatologia?

In neonatologia è imperativo porre al centro dell'organizzazione il neonato e la sua famiglia, poiché sono sempre più numerosi gli studi che dimostrano che, un modello patient family centered care, può avere degli effetti positivi sull'esito delle cure. Questo modello trova la sua migliore applicazione laddove è fortemente sviluppato un sistema organizzativo che faccia riferimento a modelli che garantiscono una continuità nell'assistenza erogata. Il modello Primary Nursing, soddisfa appieno tali caratteristiche, in quanto garantisce la presenza di professionisti in grado di rilevare accuratamente i bisogni del neonato e sviluppare quindi un percorso di cura che tiene conto anche della famiglia. Questo modello, favorendo la presa in carico del neonato attraverso una visione olistica, consente anche la migliore applicazione del processo di nursing, ovvero il metodo clinico utilizzato dagli infermieri per erogare assistenza di qualità attraverso una serie di fasi organizzate. Queste fasi prevedono l'individuazione dei bisogni, la formulazione di diagnosi infermieristiche, la pianificazione e la valutazione dei risultati, garantendo quindi un'assistenza globale ed efficace, continuità nelle cure e autonomia d'azione. Necessita però di una forte condivisione e interazione in una equipe multidisciplinare, dove tutti i professionisti devono aver chiaro il proprio ruolo e devono saper accettare le decisioni del collega, il quale deve a sua volta avere una forte capacità progettuale, oltre ad avanzate capacità relazionali e comunicative. Gli altri modelli organizzativi che maggiormente si adattano alla presa in carico del neonato, consentendo anch'essi l'applicazione del processo di nursing, anche se con rilevanti limiti, sono rappresentati dal Team Nursing e il Modular Nursing. Più economici rispetto al precedente modello e di conseguenza più facilmente applicabili.

#### BIBLIOGRAFIA:

- Annalisa Pennini, Modelli organizzativi in ambito ospedaliero, McGraw-Hill 2015;
- B.Cavaliere, E.Manzoni, F.Piu, Innovazione e Governance delle Professioni Sanitarie Casa Editrice Ambrosiana; 2019
- C. Orlandi, Carlo Calamandrei, Manuale di management per le professioni sanitarie, 4/e McGraw-Hill, 2015
- Felice Marra, Le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie, I nuovi incarichi di funzione professionale e di funzione organizzativa, 2016





## LAVORO IN TEAM MULTIDISCIPLINARE: IMPLEMENTAZIONE E DIFFICOLTÀ

S. Muscolo

Sempre più si sente parlare di “Ospedali orientati al paziente” nei quali si identificano delle organizzazioni che definiscono dei processi diagnostici e terapeutici rivolti al soddisfacimento dei bisogni di assistenza del paziente in maniera olistica e con interventi personalizzati ed individualizzati. Un aspetto che è essenziale per la piena realizzazione di questo tipo di organizzazione, che dovrebbe essere alla base di ogni buona struttura sanitaria, è la presenza di una équipe professionale e multidisciplinare, la cui mission è il completo benessere del paziente e della sua famiglia, soprattutto in ambito neonatologico/pediatrico.

Al fine di garantire il lavoro di squadra diventa necessario far coesistere in un sano equilibrio approcci talvolta differenti per formazione, propensioni e mission professionale da parte di tutti gli attori dell’assistenza: le loro sfere di competenza devono essere necessariamente guidate da una regia ed intrecciarsi armonicamente al fine di rispondere ai bisogni dell’utenza.

Gli elementi favorevoli al lavorare in un team multidisciplinare sono certamente rappresentati da:

- creazione e adesione a percorsi assistenziali, dettagliati all’interno di procedure interne di reparto e/o procedure trasversali aziendali;
- favorire la cultura di una sana comunicazione multidisciplinare almeno quotidiana, rappresentata da momenti di briefing per singolo paziente;
- gestione di eventuali conflitti;
- documentazione clinica orientata all’integrazione tra professionisti.

La documentazione clinica rappresenta lo strumento dove i professionisti rendono visibili i processi che applicano e può essere determinante nel promuovere integrazione tra gli stessi. Diventa certamente necessario strutturare ed utilizzare uno strumento unico, meglio noto negli ultimi anni come cartella clinica integrata. In questo senso la cartella integrata rappresenta uno strumento che favorisce l’integrazione sia interprofessionale sia multidisciplinare e scaturisce dalla consapevolezza che non si possono erogare prestazioni adeguate ai bisogni dell’utente se non vi è un coordinamento dei processi clinici assistenziali ed una integrazione dei “saperi” e delle “abilità” di tutti gli operatori professionali.

Le peculiarità di una cartella integrata sono:

- una valutazione multidimensionale e multidisciplinare comune per codici e linguaggio condivisi
- la presenza di un diario multidisciplinare in cui viene descritto il decorso clinico del paziente secondo le varie sfere di competenza.

Uno dei principali indicatori di avvenuta integrazione è certamente dato dal possedere, da parte di tutti i professionisti, le conoscenze utili circa la situazione clinico/assistenziale del paziente.

L’acquisizione dovrebbe essere guidata da momenti interattivi istituzionalizzati in cui le conoscenze ed il rispetto reciproco sono alla base del processo comunicativo.

### Bibliografia

Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes

Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S, The Cochrane Library 2009, Issue 3.

Increased Nursing Participation in Multidisciplinary Rounds to Enhance Communication, Patient Safety, and Parent Satisfaction.

Dittman K, Hughes S. Crit Care Nurs Clin North Am. 2018 Dec;30(4):445-455.e4. doi: 10.1016/j.cnc.2018.07.002.PMID: 30447805 Review.

Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU.

Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, Cox CE, Wunsch H, Wickline MA, Nunnally ME, Netzer G, Kentish-Barnes N, Sprung CL, Hartog CS, Coombs M, Gerritsen RT, Hopkins RO, Franck LS, Skrobik Y, Kon AA, Scruth EA, Harvey MA, Lewis-Newby M, White DB, Swoboda SM, Cooke CR, Levy MM, Azoulay E, Curtis JR. Crit Care Med. 2017 Jan;45(1):103-128. doi: 10.1097/CCM.0000000000002169.PMID: 27984278 Review.



## LA VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI

M. Ravani

Il processo di aziendalizzazione delle nostre amministrazioni concretizzatosi nell'ultimo trentennio ha comportato l'introduzione di nuovi strumenti gestionali finalizzati alla produzione di efficaci servizi di risposta ai bisogni socio-sanitari e alla promozione di una corretta selezione e gestione del personale ad essi dedicato.

Uno di questi strumenti, il processo di valutazione, ha impattato fortemente sui dipendenti introducendo non poche dinamiche legate alle performance e alle relazioni. Di fatto le finalità della valutazione sono molteplici: la valorizzazione delle risorse, accompagnamento della crescita professionale, individuazione di punti di forza sui quali puntare, individuazione di eventuali lacune da colmare.

Valutazione, per la verità, è un termine utilizzato in senso lato per identificare diversi processi; in realtà i momenti valutativi che ricorrono nelle nostre organizzazioni aziendali sono più d'uno ed ognuno di essi necessita un diverso strumento. Di seguito una distinzione per caratteristiche e finalità:

- la VALUTAZIONE DEL NEOINSERITO/NEOASSUNTO, finalizzata alla conferma del rapporto di lavoro e/o ogniqualvolta si procede ad una riassegnazione a diversa unità operativa;
- la VALUTAZIONE PERIODICA, finalizzata a misurare l'impegno personale, i miglioramenti in capacità e autonomia, la compliance con il gruppo di lavoro e l'organizzazione aziendale e altro, in termini di evoluzione professionale; influisce sui sistemi di premialità aziendale e sulle progressioni verticali ed è criterio preso in esame nelle richieste di mobilità tra aziende;
- i RETRAINING FORMATIVI e/o ricertificazioni per la conferma e il consolidamento nel tempo di abilità e competenze. tipiche per la valutazione di attività dove sono elevate la componente pratica e la manualità (attività infatti facilmente misurabili) per le quali si utilizzano gli skilltest.

Mentre questi ultimi sono preferibilmente affidati agli specialisti, valutazione del Neoassunto e Valutazione Periodica impegnano il coordinatore in prima persona e richiedono, da parte dello stesso, sviluppo di competenza comunicativa e assunzione di responsabilità: il modello di comportamento atteso richiede obiettività ed imparzialità che devono essere governati con autorevolezza. Qualità certamente che non si acquisisce al corso di laurea, ma che si costruisce con l'esperienza, frutto di seria e costante applicazione senza trascurare la formazione continua in tema.

### VALUTAZIONE DEL NEOASSUNTO/NEOINSERITO

La valutazione del neoassunto viene utilizzata per misurare le conoscenze e le competenze del neoassunto solitamente durante i sei mesi del periodo di prova (due per i tempi determinati) ed ha lo scopo di confermare l'idoneità alla funzione rivestita ai fini della conferma in ruolo o del proseguimento del rapporto di lavoro. La stessa scheda viene utilizzata anche per il neoinserto; ogniqualvolta lo stesso viene assegnato in forze ad una diversa unità operativa/servizio, dove viene addestrato alle specifiche attività del settore ed "osservato" per valutare che conoscenze, abilità, ma anche inclinazioni personali siano conformi a quanto richiesto nella nuova assegnazione. La scheda dà evidenza della conoscenza dei protocolli Aziendali, con particolare riguardo a quelli per la sicurezza previsti dal D.lgs 81/2008, ed a di contenuti di carattere generale che rispecchiano conoscenza dell'articolazione aziendale e dei regolamenti/protocolli trasversali. Di seguito entra nello specifico per profilo, con item comuni e applicabili a tutte le unità operative/servizi. Infine l'ultima parte, ovviamente diversa in ogni unità operativa, riporta specifiche conoscenze ed abilità del settore. I valori di riferimento prevedono tre livelli di capacità: contenuto, adeguato o ampio; è strutturata per registrare la crescita durante il periodo temporale osservato. Al termine si convalida, o nega, l'idoneità alla conferma in ruolo e/o nel settore di assegnazione. Il responsabile del processo è sempre il coordinatore, ma un ruolo fondamentale nella compilazione della scheda ha il tutor, ovvero il collaboratore che ha il compito di affiancare e addestrare il neoinserto; in calce è infatti prevista anche la sua firma.



La tempistica di impiego di questa scheda è distribuita nei sei mesi del periodo di prova contrattualmente inteso, con valutazione intermedia a tre mesi; mentre si accorcia sensibilmente per l'assunzione a tempo determinato: due mesi con fase intermedia di solo un mese, con tutte le difficoltà e i rischi di errori valutativi che tempi tanto ristretti comportano.

## PUNTI DI FORZA

- Strumento **COMPLETO** di facile interpretazione e applicazione;
- **VERSATILE** e adattabile alle molteplici e diverse qualifiche, professionalità e specialità presenti in una azienda sanitaria
- prevede e compara **MULTIPLE VALUTAZIONI** effettuate nel periodo di prova

## PUNTI DI DEBOLEZZA

• **LIMITE TEMPO** - i periodi di prova limitati al massimo a sei mesi, non consentono di valutare l'inserimento completo; è tipico delle realtà ad elevata specializzazione che i tempi medi per l'addestramento del personale neoinserto siano di gran lunga superiori ai periodi di prova (tanto più se riferiti al tempo determinato), così che si procede alla conferma in ruolo con considerevole anticipo rispetto alla completa formazione sul campo. Questo, più che un limite da imputarsi allo strumento di valutazione è una caratteristica del sistema e non è superabile.

### • DISCONTINUITA' ADDESTRAMENTO

Sovente durante il periodo di prova il dipendente viene assegnato a diverse unità operative, questa difformità è davvero deleteria; purtroppo però forze di causa maggiore, talvolta a tutela dello stesso dipendente (in caso ad esempio di difficoltà di inserimento) oppure per rispondere ad emergenze assistenziali (in pandemia spessissimo) impongono rapidi cambi di assegnazioni. In questo caso lo strumento viene replicato per mano di diversi coordinatori ed è redatto dopo brevissimi tempi di osservazione con discapito, talvolta, della affidabilità.

Per la verità è più corretto parlare di debolezze del sistema, non tanto dello strumento in sé, infatti là dove si conducono processi di gestione del personale che rispettano le esigenze di inserimento graduale e di accompagnamento nello sviluppo delle competenze, trova perfetta applicabilità.

## VALUTAZIONE PERIODICA

La valutazione periodica ha dunque il compito di misurare la prestazione definibile come modalità dell'operatore di raggiungere gli obiettivi preposti e attesi; comportamenti che sono sostenuti da elementi quali la motivazione dell'operatore, il contesto, il ruolo rivestito, la cultura e le competenze, a loro volta espressione di conoscenze, esperienza, capacità cognitiva e fisica, attitudine. Le competenze si manifestano con comportamenti osservabili sui quali si basa appunto la valutazione.

Il processo di valutazione annuale prevede la somministrazione eseguita in tre step:

1 somministrazione degli obiettivi che possono essere individuali o di gruppo, sempre rigorosamente misurabili. La tempistica di questa fase è solitamente nei primi mesi dell'anno, subito dopo che i vertici aziendali hanno ufficializzato gli obiettivi annuali che verranno declinati a cascata.

2 monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi temporalmente si svolge a settembre/ottobre dopo le ferie estive: in questa fase si effettua una valutazione del livello di raggiungimento degli obiettivi ricevuti e, nel caso, è prevista la possibilità di riparametrare o modificare gli stessi in funzione di modificate condizioni organizzative.

3 valutazione finale obiettivi e competenze è questo il momento del colloquio finale, solitamente nel mese di dicembre, utile alla definitiva misurazione degli obiettivi assegnati ed al confronto rispetto alle competenze. Il processo prevede, in questa fase, l'autovalutazione del dipendente; ovvero l'auto-compilazione di una copia della valutazione che viene portata al colloquio dove, valutatore e valutato analizzano punto per punto gli item previsti nella scheda e discutono del rispettivo punteggio assegnato convenendo la valutazione definitiva. Naturalmente in caso di discordanza o disallineamento importante prevale il parere del valutatore.



Ricorso al garante Il processo prevede la possibilità di ricorrere al garante (autorità gerarchicamente immediatamente superiore al valutatore) qualora il valutato ritenga il giudizio penalizzante. Il garante istruisce un colloquio di rivalutazione dove, in base ai rimandi ricevuti, può modificare o confermare definitivamente il giudizio espresso.

## PUNTI DI FORZA

1. risponde alle esigenze aziendali di collocare tutto il personale in una graduatoria;
2. è versatile e adattabile alle molteplici ed eterogenee figure e professionalità presenti in una azienda sanitaria;
3. occasione di confronto e riflessione e di rilancio di progettualità.

## PUNTI DI DEBOLEZZA

1. TEMPISTICA assorbita dall'intero processo piuttosto elevata: l'impegno medio richiesto al coordinatore, ipotizzando circa 30 valutati, non meno di 45/50 ore nell'anno
2. ITEM GENERICI - non contempla item specifici ma utilizza indicatori generici per garantire la trasversalità di applicazione; il valutatore solo in fase di colloquio può contestualizzare gli item riferiti agli aspetti organizzativi e professionali, solo la parte riservata agli obbiettivi può scendere nello specifico operativo del settore;
3. SCARSA COMPLIANCE da parte dei valutati rispetto all'auto-valutazione; oltre alla difficoltà manifestata dai livelli B e BS, la generalità dei valutati dopo i primissimi anni di adesione hanno decisamente eluso il passaggio, manifestando discredito e/o superficialità di approccio; opportunità persa, purtroppo, rinuncia ad un approccio attivo a favore di un atteggiamento talvolta sottomesso, ma più spesso apatico o, peggio, reattivo.
4. REDAZIONE IMPEGNATIVA - ridondanza, nel modello cartaceo, di campi ripetitivi da compilare e stampare; sarebbe certamente preferibile l'ideazione di un modello informatico.

è davvero curioso che, in un mondo dove ormai la tecnologia è così avanzata, non si provveda ad una possibile informatizzazione della scheda, con accesso in consultazione da parte del valutato (e compilazione della sola sezione "autovalutazione"), firma elettronica ed accesso diretto ai risultati da parte dei garanti e, infine, dell'Ufficio Personale.

5. DIFFICOLTÀ DI CONTROLLO DELLA NATURALE TENDENZA AL GRADUALE INNALZAMENTO DELLE MEDIE CHE SI SBILANCIANO SEMPRE PIÙ VERSO L'ALTO - questo è un vero problema.

Fra le motivazioni che inducono questo fenomeno vi sono la tendenza del valutatore a condescendere il valutato al fine di evitare attriti; al costante aumento del punteggio medio è corrisposta una costante diminuzione della percentuale di ricorsi al garante. Fenomeno non meno importante è la tendenza del valutato ad esigere un punteggio sempre superiore all'anno precedente, a testimoniare e premiare una supposta propria crescita professionale. Certamente non è realistico pensare ad un percorso costantemente in crescita quanto piuttosto sono evidenti, nella storia professionale di ciascuno, oscillazioni determinate dal contesto personale e/o professionale che corrispondono all'espressione delle capacità, professionalità e dell'impegno profuso. E' purtroppo forte la convinzione di meritare, ad un certo punto della propria carriera, il massimo punteggio... ovvero il raggiungimento della perfezione! Peraltro è manifesto anche il timore del valutatore di determinare, utilizzando criteri valutativi restrittivi o semplicemente onestamente corretti, il collocamento del proprio gruppo di valutati in una fascia media inferiore ad altri gruppi valutati da colleghi, penalizzandolo così in massa nella graduatoria generale finalizzata agli istituti di premialità aziendale; prevenire è meglio che curare e così talvolta si percorre la strada più facile dell'innalzamento medio delle valutazioni a tutto il gruppo nella consapevolezza che ottenere il plauso (e la riconoscenza) dai propri collaboratori favorisce dinamiche di gruppo favorevoli nella quotidianità.

6. ESTREMA DIFFICOLTÀ DI OMOLOGAZIONE DEI CRITERI DI VALUTAZIONE ADOTTATI DAI VALUTATORI

Nonostante sia altamente plausibile che diversi soggetti valutatori possano adottare altrettanto diversi criteri nell'attribuzione dei punteggi, così come è universalmente nota la difficoltà di assumere un approccio assolutamente imparziale (caratteristiche personali od esperienze del soggetto valutante sono di per sé elementi che condizionano il giudizio), possiamo affermare che sono certamente deleterie le ricadute legate a questi fenomeni.

La mancata adozione di criteri univoci comporta esiti sbilanciati fra i diversi gruppi afferenti a diversi coordinatori; d'altra



parte abbiamo già toccato nel punto precedente quali e quanti meccanismi incidono a sfavore dell'equità auspicata. Probabilmente la speranza di controllare le deviazioni esclusivamente con un approccio persuasivo, peraltro percorso nell'esperienza pregressa, è destinata ad essere delusa. Trovo invece interessante l'idea, estrapolata da una tesi di laurea specialistica (\*), di affidare la soluzione ad un mero approccio matematico.

La proposta si concretizza nell'applicazione di un coefficiente di moltiplicazione, da applicare ad ogni singolo punteggio di valutazione, così calcolato:

Coeff. di moltiplicazione di U.O. = Media Aziendale/Media di U.O. esempio:  $169/157 = 1,07$

Punteggio del dipendente rideterminato come segue:

Punteggio dipendente (72) X Coeff. di Moltiplicazione

$72 \times 1,07 = 184,04$  nuovo punteggio allineato alla media aziendale

## CONCLUSIONI

La Valutazione delle Competenze è un tema quanto mai aperto nelle organizzazioni sanitarie; gli strumenti ideati allo scopo, per quanto ben costruiti e particolareggiati sono certamente perfettabili.

In verità la semplice idea di essere valutati non piace ai più; perlomeno è percepibile la sensazione che, accantonate le reminiscenze scolastiche, non ci eravamo più abituati, tant'è che non è propriamente stata accolta con entusiasmo dai singoli che, a difesa pregiudiziale, hanno tentato tattiche di "resistenza" rispetto alle svariate modalità valutative adottate e, contemporaneamente, hanno messo in campo "azioni difensive" a priori.

Gli strumenti di valutazione adottati non sono scevri da limiti legati alla soggettività del processo di valutazione, alle diversità dei contesti di applicazione, alla misurabilità degli item di valutazione ed alla comparabilità trasversale tra diversi professionisti e diversi ambiti aziendali. Un buon strumento di valutazione deve riuscire a minimizzare i bias ad essi legati. Per questo le aziende hanno necessità di individuare e perfezionare strumenti di valutazione idonei e poco "attaccabili"; non di meno devono perfezionare i processi. Appare inoltre fondamentale tenere conto dell'impatto emotivo della valutazione che ricade inevitabilmente sul clima organizzativo peggiorando il vissuto collettivo del gruppo di lavoro sul quale, pertanto, è importante agire preventivamente diffondendo la cultura della valutazione, sostenendo le competenze dei valutatori attraverso la formazione, oltre naturalmente a sostenere modelli che garantiscano equità.

Soluzioni impossibili?... Le certezze assolute non si trovano facilmente nel nostro quotidiano, certamente le soluzioni passano per strade tortuose, a volte in salita e magari ricche di tornanti... ma certamente strade percorribili, la sfida è aperta.

\*LA VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI E COMPETENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE: DIMENSIONE SOGGETTIVA ED OGGETTIVA

Tesi Di Laurea Specialistica Giampietro Morstabilini - Anno accademico 2011-2012 - Univ. Degli Studi di Pavia - Facoltà di Medicina e Chirurgia



## MODELLI ASSISTENZIALI EFFICACI IN NEONATOLOGIA

M. Zicchi

*Neonatologia e TIN, Azienda Ospedaliero Universitaria Sassari*

Prima ancora di parlare dei modelli organizzativi è necessario soffermarsi sul significato della parola organizzazione. Nel linguaggio comune viene definita una “attività intesa a organizzare, cioè a costituire in forma sistematica un complesso di organi o di elementi coordinandoli fra loro in rapporto di mutua dipendenza in vista di un fine determinato, più genericamente, predisposizione di tutto ciò che è necessario alla realizzazione di qualche cosa” (Treccani, vocabolario online). Stefano Zan, in una sua pubblicazione del 2003, la definisce “una forma di azione collettiva reiterata, basata su processi di differenziazione e di integrazione stabili e intenzionali, caratterizzata da legami di interdipendenza”. Un modello organizzativo dell’assistenza dunque, non è altro che uno schema teorico della modalità di azione dell’organizzazione, fornisce indicazioni su come distribuire e svolgere in modo organizzato il lavoro infermieristico e degli operatori di supporto. L’adozione di modelli assistenziali di riferimento è considerata determinante per creare o implementare una nuova “cultura” dell’assistenza, sempre più centrata sulla persona, sfruttando al massimo le risorse disponibili garantendo quindi sicurezza e qualità delle cure.

I modelli assistenziali più conosciuti sono: il modello “Functional Nursing”, il “Primary Nursing”, il “Team Nursing o piccola equipe”, il “Modular Nursing” e il “Case Management”. Dall’analisi della letteratura è emerso che, tra i modelli tradizionali dell’assistenza infermieristica, ancora oggi, il modello organizzativo più utilizzato è quello orientato all’esecuzione di compiti ossia il “Functional Nursing”. Nato negli anni ’30-’40 nell’industria, consiste in un sistema basato su precisi compiti specifici e ripetitivi, ovvero su attività routinarie che creano efficienza nel fare, ma in cui vi è una forte depersonalizzazione dell’assistenza. L’agire dell’infermiere è centrato unicamente sull’esecuzione delle attività piuttosto che sulla persona assistita. Il modello “Primary Nursing”, sviluppatosi alla fine degli anni ’60 negli Stati Uniti, raffigura invece un modello di assistenza personalizzata e rappresenta uno dei più attuali e moderni modelli organizzativi utilizzabili. Prevede l’attribuzione della responsabilità dell’erogazione delle cure infermieristiche ad un infermiere di riferimento, il quale prende in carico in modo olistico un gruppo di pazienti, per tutta la durata della degenza. Favorisce, attraverso una efficace presa in carico, l’individuazione dei bisogni dell’assistito, la formulazione di diagnosi infermieristiche, la circoscrizione degli obiettivi, la pianificazione, modello implementa l’autonomia del professionista infermiere, tuttavia, solo recentemente sta iniziando ad essere utilizzato in alcune realtà ospedaliere italiane. Il modello “Team Nursing o piccola equipe” rappresenta invece un modello organizzativo basato sulla pianificazione collettiva di obiettivi da parte di un team, che si impegna al raggiungimento degli stessi. E’ un modello organizzativo dove uno o più gruppi di infermieri, coadiuvati dal personale di supporto, garantiscono le pratiche assistenziali a un piccolo gruppo di persone assistite durante tutto il turno. Prevede la presenza di un responsabile, denominato “team leader” con funzioni di pianificazione, supervisione e valutazione dell’assistenza erogata. Nel modello “Modular Nursing” i pazienti vengono divisi in settori, la suddivisione viene effettuata in relazione a criteri prestabiliti, dove gli infermieri dirigono, e allo stesso tempo erogano, l’assistenza al gruppo di pazienti del settore specifico assegnatogli. Viene definito come una unione tra Primary Nursing e Team Nursing, utilizzato quando si hanno poche risorse a disposizione ma si mira comunque ad una personalizzazione dell’assistenza, con garanzia di continuità nelle cure. Infine nel “Case Management”, modello nato negli anni ’70 e definito anche, a causa di forti similitudini organizzative, “Primay Nursing di secondo livello”, troviamo differenze sostanzialmente legate all’attribuzione di responsabilità. Nel case management queste ultime possono essere affidate, oltre che a singoli professionisti, a gruppi di infermieri che prendono in carico il caso e lo gestiscono fino alla fine del percorso. In questo modello è presente un case manager che, creando un piano assistenziale dettagliato, assicura un’assistenza personalizzata riducendo di conseguenza la frammentazione delle cure, è indicato per coordinare, gestire ed agire in modo efficiente. Il case manager, insieme al Primary Nurse, raffigurano in toto ciò che, secondo il profilo professionale, dovrebbe rappresentare un’infermiere, ossia un professionista che, in autonomia, si applica per pianificare gestire e valutare l’assistenza generale, di

# ELENCO PRIMI AUTORI



Angelini Gessica - pag 23, 25,27, 29  
Arena Luci - pag 30, 31  
Auriglietti Alessia - pag 5  
Battistelli Martina - pag 32  
Beschi Francesca - pag 33  
Bevilacqua Cinzia - pag 6  
Bevilacqua Patrizia - pag 7  
Bonaveri Rita - pag 34  
Buzzi Federica - pag 35  
Cangiano Rosaria - pag 36  
Caruso Viviana - pag 37  
Chianese Marianna - pag 8  
Chiesa Isabella - pag 8  
Coppola A. - pag 38  
Corsello Natascia - pag 8  
Curcio Fedele - pag 9  
De Palma Giulia - pag 41  
Dentico Domenico - pag 11, 40  
D'errico Adele - pag 10  
di Mare Azzurra - pag 13  
Di Giuseppe Michela - pag 12  
Elia Anna - pag 42  
Ferrario Silvia - pag 14  
Fiore Annarita - pag 43  
Fisichella Giuliana - pag 44  
Guerra Chiara - pag 45  
Lanza Antonia - pag 48  
Langianese Rossana - pag 32  
Luciano Mattia - pag 49  
Magli Claudi - pag 50  
Miloni Marco - pag 15  
Moccia Martina - pag 17  
Monaco A - pag 38  
Muscolo Salvatore - pag 57  
Ponte Giulia - pag 18  
Ravani Monica - pag 58  
Regni Riccardo - pag 51  
Ricci Sara - pag 52  
Ruggiero Jessica - pag 13  
Santonicola F. - pag 38  
Scolz Sabrina - pag 19  
Sollo Carmela - pag 53  
Sorrentino Gabriel - pag 21  
Stabile Carmelina - pag 54  
Trischitta Giuseppe - pag 22  
Vaccarella Mariangela - pag 55  
Zicchi Maria - pag 62



**iDea**  
congress

**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA**

**SEDE ROMA:**

Piazza Giovanni Randaccio, 1 - 00195, Roma  
tel. 06 36381573 - fax. 06 36307682

**SEDE MILANO:**

Corso Venezia, 8 - 20121, Milano  
tel. 02 45487170

**[info@ideacpa.com](mailto:info@ideacpa.com) - [www.ideacpa.com](http://www.ideacpa.com)**

