



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di medicina

Corso di laurea in infermieristica

TESI DI LAUREA

**GENITORI DI NEONATI PREMATURI: L'IMPORTANZA
DEL RUOLO DELL'INFERMIERE IN TERAPIA
INTENSIVA NEONATALE**

Relatore: Prof.ssa De Masi Margherita

Laureanda: Basso Sofia
Matricola: 1025598

Anno Accademico 2014/2015

INDICE

ABSTRACT

CAPITOLO PRIMO: Quadro teorico	1
1.1 Problema indagato e sua rilevanza per la professione.....	1
1.2 Classificazione della prematurità.....	2
1.2.1 <i>Le cause del parto pretermine</i>	3
1.2.2 <i>Incidenza delle nascite pretermine</i>	4
1.2.3 <i>Gli aspetti medico-assistenziali della prematurità</i>	5
1.3 Genitori prematuri – gli aspetti psicologici.....	7
CAPITOLO SECONDO: Materiali e metodi	13
2.1 Criteri di selezione e parole chiave.....	13
2.2 Fonti dei dati e stringhe di ricerca.....	14
CAPITOLO TERZO: Risultati della ricerca	15
3.1 L'informazione e il supporto infermieristico ai genitori.....	15
3.2 L'infermiere come facilitatore dell'attaccamento tra neonato e genitori.....	18
3.3 L'infermiere come supporto ai genitori di bambini estremamente pretermine.....	23
3.4 L'assistenza infermieristica in caso di morte del neonato pretermine.....	25
3.5 Interventi di sostegno e formazione per gli infermieri.....	27
CAPITOLO QUARTO: Discussione e conclusioni	31
4.1 Valutazione critica della letteratura analizzata.....	31
4.2 Confronto della ricerca con l'esperienza di tirocinio.....	33
4.3 Punti di forza e di debolezza della ricerca.....	34
4.4 Implicazioni per la pratica infermieristica.....	35

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATO 1

ABSTRACT

Problema. Quando viene al mondo una nuova vita, attesa e desiderata per nove mesi, per i genitori, ed in particolare per la madre, il periodo *post-partum* rappresenta un momento di gioia e di voglia di “preoccuparsi” e di amare nel presente e nella realtà il figlio rispondendo ai suoi bisogni. Ma cosa succede invece se quel bambino tanto atteso e desiderato viene separato dalla madre subito dopo il parto e ricoverato nell’unità di Terapia Intensiva Neonatale? Quando il bimbo è gravemente pretermine o affetto da una condizione di alto rischio per la sopravvivenza viene a crearsi uno sconvolgimento emotivo che colpisce i genitori; la degenza in terapia intensiva è un percorso estremamente tortuoso e difficile per il neonato, che lotta per la propria sopravvivenza al di fuori della protezione dell’utero materno e per il genitore che non può svolgere il suo naturale ruolo di cura nei confronti del figlio appena nato.

Obiettivo. Questa tesi si propone di indagare come l’assistenza infermieristica abbia un ruolo importante per i genitori che devono affrontare questo difficile e lungo percorso all’interno del reparto di Terapia Intensiva Neonatale. Verrà dunque spiegato il disagio che investe il genitore in tale circostanza, verrà evidenziata l’importanza che riveste l’infermiere nel suo sostegno in ogni situazione della degenza del figlio e verranno evidenziate le problematiche e i bisogni che gli infermieri stessi necessitano in tale ambito; infine quanto riscontrato in letteratura verrà confrontato con il tirocinio condotto nel reparto di Terapia Intensiva Neonatale dell’azienda ULSS 15 di Camposampiero.

Materiali e Metodi. Gli obiettivi preposti sono stati raggiunti tramite una revisione della letteratura. Per la ricerca sono stati utilizzati i database elettronici Pubmed, CINAHL ed il motore di ricerca Google Scholar e sono stati utilizzati 37 articoli; sono inoltre stati utilizzati libri di testo e linee guida inerenti all’argomento.

Risultati. Sono stati evidenziati quattro ambiti entro i quali l’infermiere può sostenere i genitori ed i rispettivi interventi da effettuare; è stata poi costituita un’ultima parte dedicata al bisogno di sostegno e di formazione degli infermieri di Terapia Intensiva Neonatale. Negli ambiti entro il quale l’infermiere può agire si sottolineano: l’assistenza durante l’accesso al reparto, le tecniche per favorire l’attaccamento tra neonato e genitori, il sostegno nelle decisioni da prendere per genitori con un neonato estremamente pretermine, l’assistenza in caso di morte del neonato pretermine.

CAPITOLO PRIMO

Quadro teorico

1.1 Problema indagato e sua rilevanza per la professione

La nascita pretermine e il conseguente ricovero in Terapia Intensiva Neonatale del proprio figlio fa scontrare i genitori con una realtà stressante a cui non sono preparati. Quando infatti un bambino nasce prima della 37^a settimana gestazionale risulta essere molto fragile e, in base alle settimane gestazionali raggiunte, potrà presentare più o meno organi fisicamente immaturi. I genitori che per mesi hanno atteso un bambino in salute, bello e perfetto, rimangono doppiamente scioccati nel vederlo così piccolo e sofferente e, allo stesso tempo, circondato da luci, suoni, macchinari, tubi ed altri dispositivi all'interno dell'unità neonatologica (Beheshtipour, 2014).

I genitori in questa nuova circostanza si sentono impotenti e sentono che il loro ruolo genitoriale è stato compromesso con la conseguenza importante di vedere interrotto il processo naturale di attaccamento che dovrebbe instaurarsi durante le prime settimane di vita del piccolo. In questo contesto di ansia e preoccupazione i genitori hanno bisogno di essere supportati e guidati attraverso il nuovo ambiente e l'infermiere gioca un ruolo fondamentale in tal senso. Egli infatti è la figura professionale che ha il compito di aiutare neonato e genitori ad abituarsi al nuovo ambiente con l'obiettivo di salvaguardare la salute di entrambe le figure (Mefford, 2010).

L'infermiera è l'operatore sanitario che si trova, per tempo e ruolo professionale, più a contatto con il neonato e la sua famiglia e per questo motivo è vista dai genitori come figura identificatoria e sostitutiva per tutte le cure che padre e madre avrebbero voluto offrire al proprio bimbo, ma che per necessità di cose non hanno potuto dare; ecco allora che l'infermiera oltre alle cure fisiche per il bambino, deve fornire rassicurazione e sostegno ai genitori (Fava Vizziello & Tagliani, 2014).

Di seguito verranno trattate le caratteristiche della prematurità e verrà spiegato cosa essa comporta dal punto di vista psicologico dei genitori.

1.2 Classificazione della prematurità

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce pretermine un neonato che nasce prima delle 37 settimane di gestazione, ovvero prima del 259° giorno di gravidanza, a partire dalla comparsa dell'ultimo ciclo mestruale (WHO, 2012).

La definizione di prematurità è stata stabilita dall'OMS attraverso due criteri: l'età gestazionale (EG), corrispondente alla settimana compiuta al momento del parto, e il peso alla nascita (PN). Considerando l'età gestazionale un neonato può essere definito (WHO, 2012):

- *A termine* → se nato tra 37 e 42 settimane gestazionali
- *Pretermine (Late preterm)* → se nato tra 37 e 32 settimane gestazionali
- *Molto pretermine (Very preterm)* → se nato tra 32 e 28 settimane gestazionali
- *Estremamente pretermine (Extremely Preterm)* → se nato prima delle 28 settimane gestazionali.

Considerando invece il peso alla nascita si parla di:

- *Low Birth Weight (LBW)* → i neonati il cui PN è compreso 1501 e 2500 grammi
- *Very Low Birth Weight (VLBW)* → se il PN è compreso tra 1001 e 1500 grammi
- *Extremely Low Birth Weight (ELBW)* → se il PN è inferiore a 1000 grammi

Sebbene tutte le nascite che si verificano prima di 37 settimane di gestazione siano definite pretermine, la maggior parte dei danni e dei decessi si ha nei neonati partoriti prima della 34 settimana di gestazione (Marlow et al., 2005). Inoltre la mortalità e l'incidenza di patologie sono inversamente correlate all'età gestazionale e un peso alla nascita basso.

Nella valutazione del grado di prematurità l'età gestazionale costituisce un indicatore più preciso rispetto al peso neonatale poiché il peso alla nascita risulta influenzato dall'accrescimento endouterino e ci sono neonati che, a parità di età gestazionale, presentano un difettoso peso neonatale per insufficienza placentare o per altre cause che alterano il normale sviluppo parenchimale (cosiddetti neonati ipodistrofici) (Fava Vizziello et al., 1992).

La valutazione del nato prematuro sulla base del PN va quindi considerata in relazione all'EG. Su tale base i neonati prematuri vengono distinti nelle seguenti categorie:

- *Neonati Appropriate for Gestational Age (AGA)*, il cui peso è adeguato all'EG compreso tra il 10° e il 90° percentile;

- *Neonati Small for Gestational Age (SGA)* il cui peso è inferiore all'età e inferiore al 10° percentile;
- *Neonati Large for Gestational Age (LGA)* con peso >90° percentile.

Quest'ultima distinzione è importante perché il neonato può non avere le possibilità fisiche per fare quelle esperienze sensoriali o motorie che la maturità neuronale gli consentirebbe. Inoltre, il neonato SGA è stato un feto il cui ambiente di crescita non era ottimale a favorire il suo sviluppo e sarà quello che presenterà una maggiore incidenza di patologie, sindromi respiratorie da inalazione di meconio e asfissia neonatale da sofferenza fetale (Benini et al., 1992).

1.2.1 Le cause del parto pretermine

Il parto pretermine è una condizione che si verifica per diverse cause che possono essere spontanee o iatrogene. Le cause spontanee sono così definite poiché sono in grado di provocare lo stesso processo che avverrebbe se il parto fosse a termine, ovvero l'aumento della contrattilità dell'utero, la dilatazione della cervice e la rottura delle membrane amniotiche (Romero et al., 2014) . Si può dunque andare incontro a parto pretermine spontaneo nei casi in cui:

- La madre presenti gravi malattie generali o patologia d'organo che persistano in gravidanza oppure nel caso in cui si verificano patologie proprie della gravidanza: gestosi, placenta previa, distacco di placenta, rottura prematura precoce delle membrane amniotiche;
- Si riscontrino cause fetali come la rallentata crescita intrauterina, gemellarità, patologie funicolari, malformazioni;
- La madre abbia avuto precedenti gravidanze con esito in decesso fetale o neonatale, in parto pretermine, in complicanze ostetriche;
- Ci siano situazioni di rischio sociale come povertà, denutrizione o condizioni igieniche precarie;
- Età adolescenziale (<17 anni) o età avanzata (>40 anni);
- La madre contragga infezioni batteriche o virali vaginali in corso di gravidanza; esse infatti causano fino al 30% dei parti pretermine poiché aumentano il rischio di infezione intra-amniotica e parto spontaneo (Romero et al., 2014).

Le cause iatrogene, invece, sono associate alla compromissione del benessere del feto o della madre e in questi casi per preservare la salute o addirittura la possibilità di sopravvivenza della madre e del feto, si decide di far nascere il bambino molto prima del termine di gravidanza. Il parto viene dunque indotto attivamente nei casi in cui (Fabris et al., 2010):

- Ci sia una grave malattia della madre come severa ipertensione, diabete gravemente scompensato, gestosi pre-eclamptica, aritmia fetale da patologia materna autoimmune, traumatismo grave, ecc;
- Si presenti sofferenza fetale con grave ritardo dell'accrescimento fetale, sofferenza ipossica acuta o sub-acuta, ecc;
- Ci sia la presenza di complicanze utero-placentari come la rottura dell'utero o il distacco placentare.

1.2.2 Incidenza delle nascite pretermine

Dai dati forniti dall'OMS, nel 2005 sono state registrate 12.9 milioni di nascite premature, corrispondenti al 9.6% di tutte le nascite (Beck et al., 2010), aumentate nel 2010 a 14.1 milioni, corrispondenti al 11.1% (Blencowe et al., 2012). La prematurità è un fenomeno che riguarda 1 bambino su 10 e si configura come uno dei principali problemi di salute mentale nel mondo, in termini di mortalità infantile, mortalità precoce e di costi per i servizi di cura.

A livello mondiale, è stato stimato che le complicazioni alla nascita pretermine siano responsabili fino al 35% dei decessi annuali neonatali, rappresentando, dopo la polmonite, la seconda causa più comune di morte nei bambini sotto i 5 anni (Blencowe et al., 2012).

Si può stimare che (Beck et al., 2010) :

- l'85% delle nascite pretermine avviene in Asia e in Africa con circa 10,9 milioni di bambini pretermine;
- 0,9 milioni in America Latina e nei Caraibi;
- circa 0,5 milioni di bambini in Europa e Nord America .

In Italia l'ultimo rapporto del Ministero della Salute sui certificati di assistenza al parto (CeDAP) pubblicato nel 2011 riporta i dati raccolti nel 2008 in base ai quali l'Italia si colloca nei valori medi europei. La percentuale di nati prima della 37^a e prima della 32^a

settimana di gestazione è rispettivamente 6.8% e 0.9% del totale. La percentuale di nati di peso inferiore ai 2500 e ai 1500 g è pari al 6.8% e all'1% del totale (Ronconi et al., 2011). Nel corso degli anni vi è stato un progressivo avanzamento tecnologico che ha permesso di curare forme morbose neonatali sempre più complesse permettendo così un abbassamento del tasso di mortalità; tuttavia se la mortalità dei bambini molto prematuri è andata calando, resta comunque alto il rischio di sviluppare effetti avversi per la salute e problemi di sviluppo rispetto ai neonati a termine.

1.2.4 Gli aspetti medico-assistenziali della prematurità

Ciò che caratterizza i neonati prematuri è il fatto di non trascorrere l'ultimo trimestre di gravidanza nell'ambiente protettivo dell'utero materno e, di conseguenza, di non riuscire a sviluppare completamente tutti gli organi ed apparati. I problemi medico-assistenziali correlati alla prematurità risultano dunque complessi poiché devono offrire e garantire al neonato in ogni momento le cure indispensabili di cui ha bisogno. Questi bambini per giunta necessitano di periodi protratti di ricovero in ospedale, in Unità di Terapia Intensiva Neonatale, affinché vengano messi in atto tutti i più moderni sistemi di supporto delle funzioni vitali indispensabili per assicurare la sopravvivenza di neonati che possono arrivare a pesare meno di 500 grammi. I principali problemi medici a cui un neonato pretermine può andare incontro sono legati allo stato di immaturità del bambino e sono (Arpi et al., 2013):

- ***Attività respiratoria:*** una delle più frequenti patologie del neonato pretermine è la sindrome da distress respiratorio (RDS) o Malattia della Membrana Ialina. Questa patologia polmonare interessa circa il 15% di tutti i piccoli di peso inferiore ai 2500 grammi e oltre il 70% dei prematuri nati tra la 25^a - 30^a settimana. L'alta incidenza tra i neonati pretermine di questa problematica respiratoria è dovuta essenzialmente all'immaturità anatomica e funzionale del polmone; esso infatti non è ancora in grado di produrre una proteina detta *surfattante*, fondamentale per garantire un'adeguata attività respiratoria. La sindrome da distress respiratorio rappresenta la principale causa di mortalità e morbidità acuta dei bambini nati pretermine e può provocare complicanze respiratorie e neurologiche che perdurano nel tempo. Il trattamento di questa patologia prevede, oltre alla somministrazione di farmaci specifici(es. Poractant alfa=Curosurf), prolungati periodi di ventilazione meccanica.

Al problema del distress respiratorio si aggiunge quello delle *Apnee*, ovvero di pause respiratorie che durano più di 20 secondi. Esse sono causate dall'immaturità dei centri cerebrali di controllo del respiro. In seguito alle apnee possono verificarsi episodi di desaturazione e bradicardia.

- **Termoregolazione:** il sistema di termoregolazione del neonato pretermine non è ancora sviluppato e per questo motivo vengono posti in culla termica (o incubatrice), un ambiente in cui è possibile regolare la temperatura, l'umidità e l'ossigenazione.
- **Rischi infettivi:** l'immaturità ed inesperienza del sistema immunitario del nato pretermine aumentano il rischio di contrarre infezioni. Il neonato infatti non è in grado, a questo momento dello sviluppo, di dare una risposta sia dell'immunità mediata da anticorpi, che di quella aspecifica (chemiotassi, fagocitosi, etc.) (Zaramella & Zorzi, 1992). L'aumento della frequenza delle infezioni è dovuta alla necessità di utilizzare linee invasive quali cateteri intravascolari e tubi endotracheali.
- **Alimentazione:** essendo inadeguata la coordinazione dei riflessi di suzione e deglutizione prima della 34 settimana di gestazione è necessario alimentare il neonato prematuro attraverso infusioni endovenose (Nutrizione Parenterale Totale personalizzata per ogni neonato in base alle sue caratteristiche fisiche). Appena le caratteristiche cliniche del neonato lo consentono, si inizia l'alimentazione con il latte introdotto attraverso sondino oro-gastrico (gavage). Il neonato dovrà comunque raggiungere le 34 settimane di gestazione prima di potersi alimentare esclusivamente con il biberon o al seno. I problemi legati all'immaturità del tratto gastro-intestinale possono portare alla presenza di uno svuotamento gastrico incompleto, di rigurgiti e di stasi piloro-duodenale che nei casi peggiori possono essere segnali d'allarme per una malattia ben più grave: l'enterocolite necrotizzante, patologia che nel 30% dei casi può provocare la morte del bambino oltre che esiti invalidanti di ampie resezioni intestinali e cicatrici stenose (circa il 25%).
- **Emorragia cerebrale:** circa il 40% dei neonati di bassissimo peso alla nascita presentano un quadro di emorragia peri-ventricolare. Tuttavia la prognosi a distanza dipende dall'entità dello spandimento emorragico. L'ecografia cerebrale

eseguita dal neonatologo permette di tenere sotto controllo la situazione e di cogliere le lesioni cerebrali ischemiche.

- **Retinopatia:** l'imaturità dell'occhio, in particolare della retina, può provocare l'insorgenza della retinopatia del prematuro (ROP), una patologia causata dalla crescita anomala dei vasi sanguigni della retina che può provocare deficit visivo e cecità. In alcuni casi la ROP migliora spontaneamente, ma nei casi più severi viene trattata con laser terapia e crioterapia. La ROP interessa per lo più i neonati di basso peso ed età gestazionale, sotto i 1000g e le 28 settimane, grazie al miglioramento avvenuto nel monitoraggio dell'ossigeno terapia da un lato e la migliorata sopravvivenza dei neonati di peso molto basso dall'altra.
- **Iperbilirubinemia o ittero neonatale:** alla nascita il fegato non ha ancora pienamente sviluppato il corredo enzimatico per metabolizzare la bilirubina attraverso i meccanismi di captazione, coniugazione ed escrezione e pertanto il neonato prematuro può presentare iperbilirubinemia. Per far fronte a ciò si espone il neonato alla luce di particolari lampade (fototerapia) per sfruttare la capacità che la luce ha di contrastare l'ittero.

1.3 Genitori prematuri – gli aspetti psicologici

La nascita pretermine si configura generalmente come un evento che interrompe in modo brusco e inaspettato l'attività preparatoria dei futuri genitori, sia a livello pratico che psicologico. Il neonato prematuro è infatti un neonato a rischio e la sua nascita, in alcuni casi molto prima del tempo, rappresenta per i genitori un evento altamente stressante che può configurarsi come una vera e propria esperienza traumatica (Ardito et al., 2014) Il bimbo è costretto ad abbandonare il calore e il silenzio dell'utero materno per essere proiettato bruscamente in un luogo ricco di fastidiosi stimoli a cui egli non è ancora preparato; l'unica cosa di cui necessita è un ambiente il più possibile simile a quello che ha prematuramente lasciato, un ambiente tranquillo e stabile che gli permetta di finire il suo sviluppo fetale e di aprirsi al mondo pian piano (Caccia, 2007). Se il neonato allora ha bisogno di essere confortato dalle braccia materne, anche *“la madre e il padre hanno bisogno di essere rassicurati vedendo il loro piccolo, toccandolo e sapendo che è in buone mani”* (Simioni & Allegro, 1992).

Durante la gravidanza i genitori, ma soprattutto la madre, vivono una trasformazione emotiva profonda. Infatti in questo periodo la partoriente si trova a confrontarsi con vissuti psichici intensi, che riemergono dall'inconscio con più facilità e che riguardano il rapporto con la propria madre, in un passaggio di ruoli che va dall'essere solamente figlia all'essere anche mamma. Inoltre nei primi sei mesi di gravidanza il genitore si costruisce un'immagine ideale del proprio figlio dando vita a quello che viene definito "*bambino fantasmatico*" che investe speranze e aspettative dei genitori. Nel momento in cui il parto avviene inaspettatamente e viene al mondo il figlio prematuro le qualità attese svaniscono per lasciare spazio ad un corpo piccolo e fragile che non realizza gli investimenti inconsci destinati al bambino del sogno e, allo stesso tempo, questa presenza non può diventare oggetto di investimenti equivalenti. La situazione reale del bambino non è mai facile da accettare per i genitori e il confronto con i sogni e i desideri della gravidanza è sempre deludente e frustrante in quanto il bambino appare piccolo, brutto e malato. Forti sono dunque le angosce e le paure che i genitori dimostrano nei confronti di quel bimbo che, oltre ad arrivare prima del tempo, si presenta in circostanze di sofferenza fisica dovute alla presenza molto spesso di gravi patologie (Latmiral & Lombardo, 2007).

A livello inconscio viene ad innescarsi nella mente dei genitori un meccanismo che porta l'Io a difendersi dal momento in cui questo si trova in una condizione di impotenza; esso infatti mette in atto una serie di meccanismi difensivi, i quali hanno caratteristiche ed intensità diverse a seconda della gravità della condizione in cui si trova il bambino. Tra le manifestazioni difensive più comuni si ha la *negazione*: essa si riscontra nelle fasi subito successive al parto ed ha come fine inconsapevole quello di salvaguardare la sopravvivenza dell'apparato psichico del genitore che a volte mette in atto veri e propri vissuti di indifferenza nei confronti della situazione del figlio. In altre circostanze può innescarsi il meccanismo dell'*isolamento dell'affetto*, ovvero un meccanismo di difesa mediante il quale l'Io separa l'idea di un impulso inconscio dall'affetto ad essa pertinente, permettendo l'ingresso alla coscienza dell'idea, ma non dell'emozione sottostante (Colombo, 2008): ecco allora che i genitori, investiti da vissuti emotivi così angosciosi da sopportare, vanno incontro ad un disinvestimento emozionale che impedisce loro di sperimentare l'affettonei confronti del bimbo nato prematuro. Questi elementi contribuiscono ad aumentare lo stress dato dal fatto di non poter esercitare il tanto atteso e desiderato ruolo di genitori facendo scaturire sentimenti di frustrazione e delusione e allo

stesso tempo angoscia ed impotenza per non essere riusciti a proteggere il ruolo genitoriale (Turkan et al., 2008).

Questo scenario di paura e incertezza crea nei genitori l'esperienza di sensazioni di perdita di controllo degli eventi, in particolar modo quelli riguardanti la sopravvivenza del bambino: l'evento della nascita di un neonato gravemente pretermine o ad alto rischio comporta nella coppia parentale l'insorgere di angosce di morte, generate dal vissuto di morte imminente che riguarda la loro parte genitoriale e la loro parte bambina inizialmente non distinta dal neonato in pericolo di vita (Negri, 2012). È in particolare nella madre che il senso di morte si fa forte poiché essa, ricoverata per riprendersi dal trauma del parto, non può vedere subito il bimbo che ha messo al mondo; di conseguenza nella sua mente si creano immagini di un bambino lontano dalla normalità che caratterizza tutti gli altri bambini (Latmiral & Lombardo, 2007) e prova angoscia per quella creatura che sta lottando tra la morte e la vita. Si osserva dunque come le *“angosce di morte, la brutta morte, proiettate nel bambino si presentino ai genitori attraverso la sensazione sgradevole e dolorosa di vederlo piccolissimo e bruttissimo e di sentirsi per questo preoccupati e delusi”* (Negri, 2012).

La mamma di un neonato pretermine ha molto spesso quello che viene definito un *“lutto anticipatorio”*, cioè dà il figlio per morto. È una situazione conflittuale perché da una parte vi è il desiderio che sopravviva e dall'altra la madre si prepara al fatto che il bambino muoia.

All'angoscia di morte del bimbo si va ad aggiungere il *senso di colpa* che i genitori, ed in particolare la madre, provano per non aver saputo portare a termine la gravidanza e non aver potuto *“proteggere”* il proprio bambino. I genitori spesso si assumono la colpa per non aver messo al mondo un bambino sano e tendono a mortificare loro stessi e le loro capacità genitoriali proiettando i loro sentimenti di rancore e rabbia nei confronti del figlio che è visto per loro come una ferita narcisistica (Renzi, 2014).

La situazione è infatti difficile da affrontare: per il senso di fallimento come donna, come madre e per il senso di colpa, perché molto spesso queste donne si sentono la responsabilità per quello che è accaduto. Qualche volta questo senso di colpa della mamma del bambino pretermine, che è comune a tutte, è ulteriormente accentuato da certe storie cliniche frequenti in questi casi: la donna che ha avuto aborti precedenti, che ha perso altri neonati e che quindi pensa: *“Sono proprio io che non funziono”*. Se poi supera queste fasi di

profondo scoraggiamento si riorganizza, riconosce il proprio bambino con le sue necessità, si coinvolge ed è in grado di normalizzare il proprio comportamento e di accudirlo (Orzalesi, 2001).

Tutti questi sentimenti portano ad *“un problema più generale che riguarda il significato di ciò che viene solitamente denominato “ferita narcisistica” e definisce ciò che provano i genitori quando danno alla luce un figlio menomato; si tratta di una ferita inferta al narcisismo della coppia che non ha generato una creatura bellissima e corrispondente al loro ideale di bambino”* (Negri, 2012). Se dunque quel bambino che doveva rappresentare i desideri dei genitori nasce prima del tempo e diverso da come lo si aspettava, risulta facile pensare alla difficoltà di relazionarsi con esso portando i genitori a manifestare un comportamento affettivo conflittuale: da un lato eccessiva ansietà e preoccupazione, senso di frustrazione e di colpa per non aver generato un figlio sano e normale; dall’altro rifiuto ed ostilità nei confronti del figlio che ha disatteso le aspettative (Simioni & Allegro, 1992). In genere il primo a dover affrontare la situazione nel senso di ricevere notizie dai medici, vedere il bambino, fare da filtro tra il mondo della Terapia Intensiva Neonatale e la madre, è il padre. Le mamme infatti nei primi giorni dopo il parto ricevono notizie dei propri figli solo attraverso i racconti del papà e quest’ultimo è posto davanti ad un ruolo imprevisto: *“tocca a lui “riconoscere” il neonato, non tramite il contatto corporeo, ma guardandolo attraverso i vetri dell’incubatrice e ascoltando le parole dei medici e degli infermieri”* (Latmiral & Lombardo, 2007). Egli è improvvisamente obbligato ad assumersi grandi responsabilità in un momento di estrema preoccupazione e di lacerante scissione interna tra il desiderio di stare accanto alla partner, assistendola in un momento anche fisicamente difficile e proteggendola dalla delusione, e il desiderio di stare accanto al figlio e ai suoi curanti per cercare di avere rassicurazioni spesso impossibili durante la prima settimana (Fava Vizziello et al., 1992). La situazione è resa ancora più difficile dal fatto che sulle sue spalle gravano le aspettative e le richieste dei componenti del nucleo familiare i quali si rivolgono a lui per avere delle rassicurazioni e delle risposte che quasi mai potrà soddisfare. Uno studio (Tzu-Ying et al., 2012) ha sottolineato che le maggiori fonti di stress per il padre sono date dall’ambiente stesso della Terapia Intensiva Neonatale, dal comportamento e dall’aspetto del bambino, dall’alterazione del ruolo genitoriale e dalla difficile comunicazione con l’èquipe curante; inoltre i padri si sentono sopraffatti ed angosciati nel vedere i vari tubi e fili nel corpo del bambino assieme alle procedure

invasive che deve subire. Per questi motivi molti padri a volte mostrano di preoccuparsi maggiormente di capire il monitor che suona piuttosto che stabilire un'interazione ed un attaccamento con il proprio bambino (Johnson, 2008). Il padre in questa nuova e particolare situazione, oltre che far visita al bambino in Terapia intensiva, deve saper gestire il proprio stress in modo tale da poter prendere le migliori decisioni per il bambino in questa situazione di urgenza e allo stesso tempo supportare ed incoraggiare la madre che non può ancora vedere il proprio figlio (Lee et al., 2009).

In questo contesto il contatto, la reciprocità, l'intenso coinvolgimento fisico ed emotivo che Winnicott (1956) ha efficacemente definito "*preoccupazione materna primaria*", lascia il posto ad un grande senso di vuoto e ad un'intensa sofferenza mentale che rende difficile ai genitori investire affettivamente il loro bambino e viene perciò compromesso l'attaccamento madre-bambino fondamentale nei primi giorni di vita (Hunt, 2008). Per una madre infatti vedere il proprio bambino star male e dover affrontare l'ambiente della Terapia Intensiva non è per niente facile e ciò determina una restrizione nel normale processo di attaccamento (Kearvell, 2008).

CAPITOLO SECONDO

Materiali e metodi

2.1 Criteri di selezione e parole chiave

Per la ricerca sono stati utilizzati i seguenti criteri di inclusione:

- Articoli online, provvisti di titolo inerente all'argomento trattato o ai quesiti di ricerca, provvisti di full text e reperibili attraverso i motori di ricerca della Biblioteca Medica Pinali dell'università di Padova;
- Lingua di pubblicazione: Inglese ed Italiano;
- Limiti considerati: articoli risalenti agli ultimi 10 anni (2005-2015) e provvisti di full text; si è fatta comunque eccezione per alcuni articoli che presentano una data precedente al 2005 poiché ritenuti importanti ed interessanti;
- Gli articoli dovevano avere come luogo di studio la Terapia Intensiva Neonatale e sottolineare gli aspetti positivi e negativi dell'assistenza infermieristica rispetto ai quesiti di ricerca.

Le parole chiave individuate, dopo aver delineato gli obiettivi e i quesiti di ricerca, sono riassunte nella tabella 1:

Tab.1: Keywords (parole chiave)

Keywords	Parole Chiave
Neonatal Intensive Care Unit	Terapia Intensiva Neonatale
Nurse	Infermiere
Nursing	Infermieristica
Nurse Distress	Stress dell'infermiere
Role of Nurse	Ruolo dell'Infermiere
Parent Support	Supporto dei genitori
Kangaroo Care	Canguro Terapia

Le diverse combinazioni delle suddette parole chiave, collegate tra loro con gli operatori booleani (AND, OR, NOT), hanno permesso di costruire le stringhe di ricerca utilizzate per il lavoro di revisione bibliografica.

2.2 Fonti dei dati e stringhe di ricerca

Le fonti utilizzate per la ricerca di letteratura sono state rilevate tra giugno e settembre 2015 consultando i seguenti motori di ricerca:

- Pubmed, disponibile al sito <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>;
- CINAHL, disponibile al sito <http://web.b.ebscohost.com>

Alcuni articoli sono inoltre stati reperiti tramite il motore di ricerca Google Scholar.

Sono stati utilizzati per condurre la ricerca bibliografica anche libri di testo e linee guida inerenti all'argomento trattato.

Nella tabella sottostante si schematizzano le stringhe di ricerca utilizzate, con i rispettivi risultati e motori di ricerca utilizzati:

Tab.2: Stringhe di ricerca e selezione articoli

Stringa di ricerca	Banca dati	Risultati	Selezionati
Nurse AND Neonatal Intensive Care Unit	CINAHL	32 articoli	17 articoli
Nurse distress AND Neonatal Intensive Care Unit	Pubmed	4 articoli	2 articoli
Role of nurse AND parent support AND Neonatal Intensive Care Unit	Pubmed	9 articoli	7 articoli
Neonatal Intensive Care Unit AND Kangaroo Care AND Nursing	Pubmed	14 articoli	11 articoli

Applicando i criteri di inclusione sono stati trovati e analizzati 37 articoli, tutti disponibili in free full text nelle rispettive banche dati. Si è deciso di scartare alcuni articoli poiché non inerenti ai quesiti di ricerca o già trovati in altre stringhe.

In **Allegato 1** è presentata una sintesi della rassegna bibliografica.

CAPITOLO TERZO

Risultati della ricerca

3.1 L'informazione e il supporto infermieristico ai genitori

Come anticipato nel primo capitolo, il ricovero di un neonato prematuro in Terapia Intensiva Neonatale costituisce per i genitori grande motivo di stress fisico e psicologico. Essi devono abituarsi ad un ambiente tutto nuovo e molto particolare e allo stesso tempo confrontarsi con la sofferenza di vedere il proprio bambino stare male. La letteratura analizzata riconosce all'infermiere il ruolo importante che consiste nel guidare i genitori in questa nuova esperienza.

Il padre solitamente è la prima persona che fa visita al neonato in Terapia Intensiva e Lee et al. (2013) hanno condotto uno studio per valutare come gli interventi infermieristici possano far diminuire lo stress e l'ansia durante i primi contatti con il bambino. Il supporto infermieristico è infatti molto importante, ma le infermiere devono tener conto della differenza tra lo stress provato dalle madri e quello provato dai padri e il loro comportamento di coping (D'Souza et al., 2009): i padri tendono ad utilizzare meno il supporto sociale ed emotivo e ad impegnarsi meno nelle cure del bambino durante la visita in Terapia Intensiva rispetto alle madri (Jackson et al., 2003). Per questi motivi gli infermieri devono essere consapevoli dei bisogni dei padri nel panorama clinico e includerli nelle cure del proprio bambino; con il supporto e l'aiuto delle infermiere infatti, i padri possono essere rafforzati nell'avere una migliore abilità nel prendersi cura del neonato (Lindberg et al., 2008). Risulta dunque opportuno progettare un intervento che includa *comunicazione di supporto ed informazioni continue, supporto emotivo, supporto tecnico e di autostima* dei padri al fine di rinforzare i sentimenti di questi durante i primi giorni di ammissione al reparto del piccolo (Lee et al., 2013). Secondo lo studio di Lee et al. (2013) il semplice fatto di fornire ai padri un *libretto* che riporti informazioni e spiegazioni riguardo il bambino prematuro e l'ambiente della Terapia Intensiva, in termini semplici e comprensibili, può prepararli ad affrontare la nuova situazione con un po' più di tranquillità; l'infermiere poi dovrà incoraggiare i padri a mettere in pratica ciò che viene descritto nel libretto e ascoltare le loro preoccupazioni focalizzandosi sull'importanza di star vicino al proprio piccolo.

Fegran et al. (2008) hanno indagato lo sviluppo della relazione che intercorre tra infermiere e genitori durante il periodo di degenza del proprio neonato in Terapia Intensiva. Secondo gli autori la relazione si suddivide in tre fasi: la fase acuta e critica, la fase di stabilizzazione e la fase di dimissione. Nella prima fase i genitori si vedono spettatori delle cure del proprio bambino e lasciano che l'infermiera si occupi di tutto; in questa fase è fondamentale perciò *costruire una relazione di fiducia* affinché i genitori si fidino della competenza dell'infermiera ed essa stessa del proprio ruolo professionale. Nella seconda fase i genitori cominciano ad adattarsi all'ambiente della Terapia Intensiva e al loro ruolo essenziale; l'infermiere in questa fase si impegna ad affidare gradualmente più responsabilità nei confronti del loro bambino al fine di aiutarli a familiarizzare ed interagire con esso. L'infermiera ha bisogno di fidarsi dei genitori quando mette tra le loro braccia il bambino e i genitori di approvazione dall'infermiera circa le loro abilità di prendersi cura del neonato. Nella terza fase i genitori si preparano alla dimissione: questa fase è caratterizzata da un mix di gioia e terrore; gioia per il ritorno a casa e terrore per dover abbandonare l'aiuto delle infermiere. Tuttavia le infermiere si impegnano a supportare i genitori e a prepararli a questo grande passo e, nonostante le insicurezze, sperimentano questa fase come un'esperienza positiva.

Secondo Turan et al. (2008) e Mefford et al. (2011) la maggior fonte di stress e disagio che affligge i genitori è di non poter esercitare il loro tanto atteso e desiderato ruolo genitoriale e ciò fa loro provare sentimenti di delusione e frustrazione; a tale proposito, sottolineano gli autori, la comunicazione con l'infermiere è vitale per i genitori affinché questi possano adattarsi al nuovo ambiente, al nuovo linguaggio e terminologia medica, in modo da formare con essi una relazione di fiducia che possa far aumentare la loro autostima e la loro confidenza con il nuovo ambiente. Lo studio ha dimostrato che lo stress dei genitori può essere diminuito se l'infermiere attua i seguenti interventi:

- fornire appositi documenti che introducano l'ambiente della Terapia Intensiva;
- essere presenti durante il primo accesso al reparto e al primo incontro con il bambino;
- dare informazioni circa le condizioni di salute del bambino;
- rispondere alle loro domande;
- dar loro fiducia supportandoli emotivamente;
- incoraggiarli a venire in reparto a far visita al proprio bambino;

- spiegar loro come prender parte alle cure del figlio;
- informarli riguardo i trattamenti e le procedure attuate al bimbo;
- spiegare come mai vengono utilizzati i dispositivi medici e semplificare la terminologia.

Anche Brett et al. (2011) e Sikorova Kucova (2012) hanno evidenziato gli interventi che gli infermieri dovrebbero attuare al fine di ridurre lo stress dei genitori. Brett et al. (2011) sottolineano l'importanza di *incoraggiare e coinvolgere i genitori nelle cure del proprio bambino prematuro* in modo da migliorare la loro capacità di affrontare la situazione e la loro fiducia oltre che portare ad un miglioramento della salute del bambino e alla riduzione della durata del soggiorno presso l'unità neonatale. Altri punti che questo studio sottolinea sono:

- favorire modalità di interazione genitori-bambino come l'allattamento al seno e la *Kangaroo Care* (Canguro Terapia);
- invitare i genitori a partecipare a forum di supporto;
- attuare interventi per alleviare lo stress dei genitori;
- preparare i genitori alle varie fasi che dovranno affrontare durante il ricovero, come ad esempio vedere il loro bambino per la prima volta e prepararsi per tornare a casa.

Un altro aspetto che lo studio sottolinea è quello di *coinvolgere i genitori nello scambio di informazioni con e tra i professionisti della salute*, con varie modalità, per esempio: conoscere il reparto girandolo con gli infermieri, discussioni intorno ad argomenti che riguardino i neonati prematuri, siti web ed informazioni cartacee.

Secondo Sikorova & Kucova (2012) il compito dei reparti neonatali è quello di creare condizioni appropriate non solo per i bambini ma anche per i loro genitori poiché la loro partecipazione nella cura del bambino è indispensabile. Secondo i risultati dello studio i genitori ritengono di vitale importanza il sostegno da parte del personale infermieristico e ciò che è stato evidenziato in ordine di bisogni è:

- supporto emotivo;
- responsabilizzazione nel processo decisionale;
- un ambiente piacevole con una filosofia di sostegno e l'educazione delle madri attraverso la loro partecipazione alla cura del bambino.

Lo studio inoltre evidenzia l'importanza da parte delle infermiere di *ripetere ai genitori le informazioni necessarie anche più volte* dato che alla prima visita del bambino i sentimenti di shock e paura sono elevati e spesso non le ricordano. Il personale infermieristico dovrebbe essere in grado di identificare le aree in cui i genitori hanno bisogno di maggiori informazioni; è utile a questo proposito richiedere ai genitori un feedback per verificare la loro comprensione delle informazioni fornite ed incoraggiarli a porre domande al fine di instaurare un'efficace comunicazione reciproca. Si è visto infatti che attuando questi semplici interventi si può ridurre l'insorgenza di fattori di stress per i genitori con un bambino prematuro ospedalizzato.

Beheshtipour et al. (2014) e Wielenga et al. (2006) sottolineano l'importanza di attuare interventi di educazione e supporto da parte di infermieri ai genitori per ridurre lo stress poiché usando un programma di supporto i genitori utilizzeranno le loro energie nel supporto delle cure del bambino invece che per affrontare lo stress e le sue conseguenze. Una delle conseguenze che può portare questo stato emotivo è l'interruzione della produzione di latte materno. Lo stress infatti è un agente biologico necessario per inizializzare l'allattamento al seno, ma se esso sarà troppo porterà ad effetti contrari: lo stress riduce la produzione di latte attraverso diminuzione dell'appetito, la riduzione dell'ormone ossitocina e la soppressione della secrezione di prolattina nel corpo della madre attraverso meccanismi adrenergici fino al blocco totale della produzione di latte (Dewey, 2001). Ciò porterà di conseguenza ad una rottura nel processo di attaccamento madre-bambino e ad una diminuzione del peso del neonato con conseguenti complicanze e aumento del periodo di ospedalizzazione (Morey et al., 2012).

3.2 L'infermiere come facilitatore dell'attaccamento tra neonato e genitori

L'ospedalizzazione di un neonato prematuro interrompe il naturale processo di attaccamento che dovrebbe instaurarsi con i genitori ed in particolare con la madre. Ciò può dunque provocare grande stress ed intaccare la relazione madre-bambino e la loro capacità di legarsi reciprocamente. Kearvell e Grant (2010) hanno condotto uno studio volto ad esplorare il ruolo che le infermiere hanno in Terapia Intensiva Neonatale nel supporto alla diade madre-bambino; in particolare le autrici sottolineano che l'infermiera è specializzata nella cura del neonato, ma che allo stesso tempo essa ha un ruolo fondamentale nel garantire l'attaccamento tra le due figure. Di conseguenza ciò che

L'infermiere deve assicurare nell'ambiente delle cure intensive è un'assistenza attorno alla diade madre-bambino, con responsabilità che comprendono la relazione *madre-bambino* da una parte e *madre-infermiera* dall'altra, al fine di supportare il processo di attaccamento (Kearvell & Grant, 2010).

In che modo allora l'infermiera può garantire il supporto e l'interazione genitori-bambino? Tra le tecniche e le azioni pratiche nelle quali i genitori possono essere coinvolti, affinché il processo di riappropriazione possa essere facilitato, la letteratura analizzata evidenzia la *Kangaroo Care (KC)*, Canguro Terapia, come miglior metodo per ristabilire il contatto tra madre e neonato.

La *Kangaroo Care* è stata pensata e sviluppata in Colombia nel 1978 per fronteggiare i problemi posti dalle nascite premature in strutture sanitarie carenti di incubatrici e sovraffollate; essa consiste in un contatto *skin-to-skin*, pelle a pelle, in cui il neonato è posto nudo o seminudo nel petto della madre (posizione canguro) (Heidarzadeh et al., 2013). Questa tecnica ha effetti positivi sia sulla mamma che sul bambino; per quanto concerne il bimbo studi (Heidarzadeh et al., 2013; Kymre, 2014) hanno dimostrato che:

- aiuta nella regolazione termica;
- migliora il battito cardiaco;
- migliora il ritmo e la qualità del sonno;
- stabilizza i livelli di ossigenazione e respiro;
- diminuisce il pianto del bambino;
- aumenta le sensazioni del bambino in quanto egli sente i battiti del cuore della madre, il suo tocco e il suo odore.

Per la madre invece la *Kangaroo Care* può:

- aumentare la produzione di latte grazie al contatto pelle a pelle;
- aiutare ad iniziare l'allattamento al seno e ad aumentarne la durata;
- ridurre i sintomi di depressione postpartum;
- ridurre lo stress psicologico nelle prime settimane dopo il parto;
- aumentare la sensibilità dei genitori riguardo i segnali che invia il bambino.

Chia e Sellick (2005) riportano che la maggior parte delle infermiere concordano pienamente nel fatto che la *Kangaroo Care* promuova l'attaccamento madre-bambino, il sentimento materno di vicinanza, aumenta il grado di confidenza della mamma e migliora lo stato psicologico e di comportamento del neonato.

Kymre e Bondas (2013b) hanno studiato l'importanza che le infermiere ricoprono nella Canguro Terapia; le autrici riportano ciò che le infermiere vivono quotidianamente e ciò che emerge è che l'approccio al contatto pelle a pelle è determinato da come le infermiere percepiscono i segnali che i genitori mandano al primo incontro con il loro bambino. Lo stress e l'ansia nei genitori è visibile guardandoli in faccia e di conseguenza ciò li porta a tenere le distanze dal bambino e a sostenere che egli è più sicuro all'interno dell'incubatrice: ma *“se io aiuto i genitori a rilassarsi e a prendere confidenza con il contatto pelle a pelle i presupposti saranno corretti, se invece non lo faccio la situazione sarà stressante per tutti, incluso il bambino”*, dice un'infermiera (Kymre & Bondas, 2013b). Questa, dunque, deve incoraggiare i genitori fornendo loro informazioni riguardo la procedura e spiegando che lei è responsabile della sicurezza e della salute del bambino, perciò presente per monitorarne le condizioni e vicino ai genitori per supportarli.

Un altro studio (Hendricks-Munoz et al., 2013) ha sottolineato che l'infermiera neonatale è di vitale importanza per l'attuazione e l'utilizzo della *Kangaroo Care*; essa si impegna nell'educare i genitori e nel fornire una guida medica, sostegno e convinzioni personali che informano i genitori sulla cultura delle cure in Terapia Intensiva Neonatale e sull'importanza della *Kangaroo Care* come tecnica per la cura del bambino. Come educatrice dei genitori l'infermiera neonatale valuta la comprensione materna e la disponibilità per l'attuazione della *Kangaroo Care* e supporta l'integrazione della stessa all'interno del piano di assistenza del neonato in terapia intensiva.

Secondo Silva et al. (2015) l'adozione della *Kangaroo Care* ha essenzialmente il compito di cambiare gli atteggiamenti verso la *care*, la gestione del bambino e il coinvolgimento dei genitori. L'infermiera gioca un ruolo fondamentale nella gestione dell'accoglimento, del comfort e delle stimolazioni ambientali nel promuovere il contatto pelle a pelle, lo sviluppo del bambino e il rafforzamento dei legami con i genitori. Per praticare la posizione Canguro le infermiere devono tener conto dei criteri clinici del bambino e degli aspetti soggettivi dei genitori; l'accoglienza, la comunicazione, la promozione dei legami affettivi, la stimolazione della partecipazione e della sicurezza materna e la minimizzazione delle sofferenze/stress di genitori e bambino sono state evidenziate come attività dell'infermiera nel metodo della *Kangaroo Care*. Più in particolare l'infermiera, nei confronti dei genitori, dovrebbe tener conto dei seguenti accorgimenti (Colombo, 2011):

- illustrare i vari aspetti della *Kangaroo Care*, spiegando i vantaggi e gli effetti che tale tecnica porta per loro e per il bimbo;
- spiegare che l'adozione della *Kangaroo Care* dovrebbe essere il risultato di una scelta consapevole e non vissuta come un obbligo;
- consigliare ai genitori un abbigliamento comodo con vestiti sufficientemente larghi o che si aprono sul davanti;
- curare la comodità della seduta del genitore con una sedia reclinabile, sufficientemente morbida e confortevole;
- rendere l'ambiente il più possibile in penombra, tranquillo e rassicurante.

La relazione tra genitori ed infermiera dunque gioca un ruolo importante nel supporto alla madre e al padre nel stabilire una connessione con il figlio: le infermiere sensibili e solidali verso i bisogni dei genitori possono contribuire a guidare e rafforzare le loro risposte verso il neonato e i genitori che hanno sperimentato tale supporto da parte delle infermiere sono più propensi a costruire una relazione positiva con il loro bambino (Kearvell & Grant, 2010).

Holdich-Davis et al. (2013) hanno studiato la soddisfazione materna nei confronti degli interventi effettuati dalle infermiere in Terapia Intensiva Neonatale. Quanto è emerso è che le madri sono soddisfatte degli interventi dell'infermiera se questi sono focalizzati nella cura del bambino e nell'educazione della madre alla *Kangaroo Care*; in particolare gli interventi che mettono la madre al centro dell'attenzione nelle cure del proprio bambino sono i più apprezzati. A questo proposito un importante fattore di soddisfazione è dato dal supporto dell'infermiera alla madre e dall'aiuto che le fornisce nell'attuare interventi per il neonato; per questi motivi le madri sostengono l'importanza di non avvertire l'infermiera che segue il neonato come troppo impegnata e non attenta alle richieste e ai bisogni dei genitori.

Il personale infermieristico dunque incoraggia i genitori ad attuare la Canguro Terapia poiché importante sia per il bambino che per loro stessi; esistono però dei fattori che limitano il normale svolgimento di questa pratica.

Come sottolineano alcuni studi (Holditch-Davis et al., 2013; Silva et al., 2015; Kearvell & Grant, 2010; Kymre, 2014) non è sempre facile attuare la *Kangaroo Care* a causa di alcune barriere; esse possono essere: la condizione clinica del bambino (instabilità delle funzioni vitali, fase critica di una malattia acuta, presenza di drenaggi pleurici, ipertensione

polmonare, terapie con agenti vasopressori) e il fatto che la madre non è sempre pronta per tale tecnica. Più in particolare gli studi evidenziano la mancanza di spazio nelle stanze di Terapia Intensiva, il rumore dato dai macchinari, la mancanza di tempo da parte delle infermiere dato dall'intensa routine quotidiana e molto spesso anche dalla demotivazione professionale nell'attuare tale tecnica. Le maggiori fonti di demotivazione derivano dal fatto che ci sono pareri contrastanti riguardo il valore delle cure del bambino, c'è una concezione distorta riguardo la *Kangaroo Care* tra colleghi che credono e non credono nel metodo e c'è molto spesso una mancata corrispondenza tra lavoro ed obiettivi da raggiungere (Silva et al., 2015).

Un'altra tecnica utilizzata per favorire l'attaccamento madre-bambino è *l'allattamento al seno* (Flacking et al., 2006; Heidarzadeh et al., 2013; Husebye et al., 2014). Flacking et al. (2006) sostengono che l'allattamento al seno sia un aspetto critico per la madre nel creare un attaccamento con il bambino; le madri descrivono la vicinanza fisica dell'allattamento come un qualcosa che dà loro importanza e normalità nei riguardi della vitalità del bambino. Per le madri *“l'allattamento non è considerato come un vero e proprio alimentare, ma più come un modo per stare assieme dove l'obiettivo principale è il piacere reciproco”*(Flacking et al., 2006). L'infermiera è la figura professionale responsabile dell'educazione della madre riguardo l'allattamento ed ha il compito di supportare la madre, assisterla, garantirle la privacy e incoraggiarla in questa nuova esperienza (Kearvell & Grant, 2010). Inoltre essa ha il compito di evidenziare e trasmettere alla madre le chiavi per interpretare i segnali del bambino, con la consapevolezza che solo così il momento del pasto, spesso difficile e fonte di ansia, potrà diventare un'occasione di dialogo tra la mamma e il figlio ed un momento di piacere e di benessere anche per il neonato. A questo proposito l'infermiera, per facilitare l'allattamento al seno, dovrebbe (Colombo, 2011):

- garantire alla madre una posizione comoda tramite utilizzo di poltrone e cuscini;
- creare un angolo di quiete (attenuazione voci, luce, privacy);
- posizionare il bambino in semiflessione, contenuto, con il viso verso il capezzolo;
- spiegare alla madre l'importanza di evitare le stimolazioni multisensoriali (mentre il bambino succhia non parlare a voce alta, non cambiare posizione e non dondolarsi);
- aiutare la madre ad interpretare i segnali di affaticamento e stress del figlio.

Altro aspetto fondamentale per l'interazione genitori-bambino, come sottolineano Kearvell e Grant (2010), è dato dalla *partecipazione alle cure quotidiane di routine*. Si è visto infatti che se l'infermiera incoraggia i genitori a svolgere azioni come parlare, toccare, confortare, nutrire, cambiare il pannolino del bambino e cantare, ciò aiuterà il loro attaccamento e la loro interazione (Johnson, 2007). Sin dall'inizio infatti si cerca di coinvolgere i genitori nelle cure del proprio bambino spiegando loro anticipatamente le condizioni del figlio e durante questi momenti le infermiere possono assistere con discrezione i genitori, intervenendo se hanno difficoltà o se chiedono spiegazioni (Fava Vizziello et al., 1992). Durante questo momento di cura del bambino si invitano i genitori ad attuare una stimolazione cutanea attraverso il massaggio che, oltre a possedere un'influenza benefica ed un effetto stimolante a livello della circolazione, del metabolismo e dell'apparato respiratorio, rappresenta anche un momento di scambio affettivo (Fava Vizziello et al., 1992).

3.3 L'infermiere come supporto ai genitori di bambini estremamente pretermine

La nascita di un bambino estremamente prematuro (< 28 settimane gestazionali) porta i suoi genitori a dover prendere delle decisioni molto difficili circa i trattamenti da attuare: il supporto artificiale per permettere al bimbo di poter sopravvivere o la decisione di porre fine alla vita del bimbo nel caso in cui il suo stato di salute sia molto grave (Botton, 2009). Gallagher et al. (2012) sostengono che, nonostante l'infermiere sia il professionista sanitario che lavora più a stretto contatto con il bambino e la sua famiglia, poco si sa della sua influenza potenziale nel guidare i genitori a prendere decisioni sulle cure del loro bambino. Lo studio di tali autori ha evidenziato come per i genitori sia difficile trascorrere del tempo in Terapia Intensiva quando il loro bambino sta così male e di come il rapporto con chi si prende cura di lui sia centrale nella loro esperienza. Infatti molte difficoltà emergono in questo clima stressante, soprattutto se gli infermieri hanno approcci di cura e pensieri diversi riguardo le decisioni importanti da prendere; emerge perciò che *l'importanza di comunicare* è essenziale e che per i genitori l'importanza di esprimere i propri sentimenti è fondamentale.

Kavanaugh et al. (2010) hanno condotto 203 interviste a genitori con bimbi estremamente prematuri ed hanno indagato la forma di assistenza che le infermiere hanno avuto nei

confronti di tali genitori. Ciò che è emerso è che ci sono diversi modi di assistere i genitori nella loro presa di decisione:

- *fornendo supporto emotivo*: i genitori in questo studio spiegano che gli infermieri forniscono loro supporto emotivo prendendosi del tempo per ascoltarli e capire ciò che stanno passando, facendo domande sul loro stato emotivo e fisico;
- *dando informazioni*: aiutare i genitori a capire le informazioni che il medico ha dato loro, rispondere alle loro domande e spiegare le cure che il bimbo sta ricevendo;
- *riconoscendo i bisogni fisici di madre, padre e bambino*: riconoscere le preoccupazioni e le richieste di cura.

Dal canto loro le infermiere si descrivono come interpreti tra medico e genitori sottolineando che esse offrono un'opinione differente rispetto a quella del medico, basata sullo stato di salute del bambino (Gallagher et al., 2012) e sottolineano l'importanza di far capire ai genitori la situazione.

Webb et al. (2014) hanno descritto i doveri etici e morali che l'infermiere di terapia intensiva deve affrontare quando assiste un bambino estremamente prematuro e la sua famiglia. L'analisi tematica finale ha individuato quattro doveri etici di cui l'infermiere deve tener conto:

- il dolore del neonato e il disagio;
- decisioni cruciali da prendere ;
- la comunicazione con i genitori;
- il fatto di dover lasciare andare il bambino.

Diversi infermieri sostengono che i medici non siano abbastanza schietti come dovrebbero essere e sostengono che ci debba essere più verità riguardo le condizioni severe del bambino e più sincerità quando si parla delle possibili condizioni future dello stesso. Gli infermieri in questo studio concordano anche sul fatto che se i genitori venissero informati prima della nascita del bimbo estremamente pretermine riguardo le decisioni che sarà necessario prendere, questi potrebbero essere meglio preparati nel farlo.

Uno studio condotto da Monterosso et al. (2005) ha dimostrato che gli infermieri si sentono coinvolti nel processo decisionale etico principalmente come appoggio ai genitori al fine di fare i migliori interessi per bambino e famiglia, usando per questo conoscenze cliniche ed esperienza. Gli infermieri dunque considerano l'esperienza, la conoscenza, la

comunicazione, l'empatia e la confidenza come componenti chiave del loro ruolo di sostegno del neonato e dei suoi genitori.

3.4 L'assistenza infermieristica in caso di morte del neonato pretermine

La morte di un bambino in Terapia Intensiva Neonatale è un evento drammatico e tuttavia ricorrente che pone ad ogni operatore la necessità di affrontare un percorso che si può ritenere comune ed usuale per l'iter burocratico, ma differente per il coinvolgimento emotivo legato ad ogni personalità; la realtà degli infermieri, che spesso vivono la morte del neonato come un fallimento professionale, si intreccia con la realtà dei genitori per i quali la perdita del figlio è e rimarrà un momento di grande sofferenza (Colombo, 2011). A tale proposito risulta evidente la necessità di fornire ai genitori del bimbo *un supporto* durante questo periodo difficile e stressante. Diversi studi (Kavanaugh, 2010; Kymre & Bondas, 2013a; Gingell Epstein, 2010; Truog et al., 2008; Carlet et al., 2004) evidenziano l'importanza che ricopre l'infermiere nel sostenere i genitori prima, durante e dopo la morte del bambino: egli infatti è visto dai genitori come *“una figura confortante per le sue azioni e le sue parole, in grado di sostenere nei momenti critici e che tratta i genitori come una madre tratterebbe i propri figli”* (Kavanaugh et al., 2010).

Negri (2012) afferma che con la morte del bambino diviene più complesso, ma anche più profondo, il rapporto tra lo staff infermieristico e i genitori; è infatti fondamentale che il personale si trovi in grado di stare vicino e comprendere i genitori quando si verifica l'avvenimento e che anche per il personale è necessario del tempo per affrontare ed elaborare il lutto per la morte del bambino. Sempre Negri (2012) suggerisce che i genitori di un bambino che sta morendo trovano nel personale infermieristico non solamente un supporto psicologico, ma anche delle figure attente a garantire un ambiente idoneo in cui poter affrontare compiutamente l'evento. È infatti importante che i genitori possano fruire nel reparto di un loro spazio privato, dove possano stare da soli con il loro bambino, possano farlo battezzare, se lo desiderano, possano rivestire il suo corpicino e stare con lui quanto lo desiderano, vegliarlo.

Anche Orzalesi (2001) sottolinea che, stando a quello che dicono le mamme, il maggior supporto è fornito dalle persone che semplicemente hanno dato una presenza empatica o che hanno pianto con loro. Generalmente è l'infermiera, più che il medico, che riesce a dare questa consolazione e questa partecipazione è recepita con facilità dalle mamme.

Alcuni studi (Truog et al, 2008; Carlet et al., 2004) hanno identificato gli ambiti entro i quali l'assistenza infermieristica dovrebbe agire:

- gestione dei sintomi del bambino
- condivisione delle decisioni da prendere ed effettiva comunicazione con i genitori
- continuità dell'assistenza e supporto alla famiglia.

Più in particolare uno studio (Gingell Epstein, 2010) ha analizzato gli obblighi di infermieri e medici nel fornire assistenza ad un bambino che sta morendo ed ha sottolineato il fatto che essi vivono questo momento in modo differente: per il medico si tratta di prendere decisioni effettive riguardo i trattamenti del bambino, per l'infermiere invece la sfera di interesse è la fine della vita stessa. Anche se medico ed infermiere hanno aree di interesse differenti, l'obbligo centrale di entrambi è quello di creare la miglior esperienza possibile per bambino e genitori; questo perché per i genitori i ricordi legati al periodo della perdita del loro bambino rimarranno chiari ed indelebili, scolpiti dalla sofferenza e dal timore di non riuscire a superare questo shock (Colombo, 2011). Se invece questa fase difficile è stata resa più semplice dagli operatori, i genitori potrebbero avere con più probabilità ricordi positivi e il bimbo una morte più serena (Gingell Epstein, 2010). Secondo lo studio condotto da Gingell Epstein (2010) l'infermiere in questa fase difficile ha cinque obblighi verso i genitori e uno verso il bambino. Nei confronti del bimbo l'infermiere deve saper garantire comfort, ovvero controllo del dolore, ma anche calore e amore (nel senso di sostenere, coccolare); nei confronti dei genitori invece l'infermiere deve:

- fornire informazioni;
- prepararli a quello che dovranno affrontare;
- stare, esserci;
- creare un ambiente tranquillo;
- sostenerli.

Un altro studio (Kavanaugh et al., 2010) afferma l'importanza dell'infermiere nell'aiutare i genitori a *creare ricordi del proprio bambino* facendogli ad esempio il bagnetto e mettendogli dei vestitini scelti da loro piuttosto che fargli delle fotografie e calcare l'impronta del piedino e della manina. Fava Vizziello & Tagliani (2014) scrivono che *“dare un volto e un corpo al proprio piccolo consente al genitore di poter elaborare il lutto per la sua morte. Non poter portare a casa una foto, un vestitino o una copertina*

incrementa la sensazione di vuoto e di inutilità provata dai genitori. È molto importante che i genitori possano stare da soli in un ambiente protetto e riservato con il proprio bambino per vederlo e sentirlo vicino. Il genitore deve sentire che gli infermieri si prenderanno cura di lui/lei e che non verrà messo da parte ed accantonato". Sempre Fava Vizziello & Tagliani (2014) sostengono che l'infermiera abbia un ruolo chiave come punto di riferimento per i genitori; questo perché essa è vista come figura identificatoria e sostitutiva per tutte quelle cure che la madre avrebbe voluto poter rivolgere al suo piccolo e, proprio per questo, fondamentale per fornire rassicurazione rispetto al fatto che il bambino ed il suo corpo verranno trattati con rispetto. Anche Colombo (2011) sottolinea l'importanza di "formare" il più presto possibile un'identità del bambino, usando con i genitori il suo nome proprio, favorendo il contatto fisico come accarezzare la mano e la testa e valutare la possibilità che il bimbo sia tenuto in braccio, senza forzare il genitore in tale direzione, ma cercando di capire la sua sensibilità e le sue capacità di sopportare o meno l'approccio fisico con il bambino morente. A tale proposito uno studio (Kymre & Bondas, 2013a) ha analizzato l'importanza che secondo gli infermieri riveste la *Kangaroo Care* per un bambino che sta per morire ed i propri genitori. Le infermiere sostengono che *"un neonato prematuro dovrebbe avere l'opportunità di stare con i propri genitori prima di andarsene"* oppure che *"il contatto pelle a pelle aiuterà il bambino a non sentirsi spaventato e solo quando si sentirà mancare l'aria"*. Quanto emerge dunque è che quando ci si rende conto che il neonato sta per morire, o si decide di interrompere le cure, non c'è alcun dubbio tra le infermiere che la cosa migliore da fare sia quella di trasferire il neonato vicino al corpo della madre, con il contatto pelle a pelle.

3.5 Interventi di sostegno e formazione per gli infermieri

Il lavoro in un Centro di Terapia Intensiva Neonatale è molto delicato; esso infatti comporta un'intensa sollecitazione emozionale dovuta sia all'essere quotidianamente in contatto con la morte, sia alle caratteristiche dei piccoli pazienti ricoverati. I neonati suscitano in chi li accudisce emozioni fortissime che non è sempre facile contenere ed elaborare. La difficoltà che caratterizza il lavorare in questo reparto non è legata soltanto a fattori emotivi, ma spesso dipende anche da aspetti reali: le manovre ripetitive e spesso

cruento, i turni molto pesanti e i rapporti che si devono sostenere ed instaurare con medici e genitori. Ecco che la fatica e le tensioni che gli infermieri e il resto dell'èquipe si trovano a sostenere possono facilmente esitare nel fenomeno del "burn-out" (De Carlo et al., 1986) e ciò è comprensibile se si pensa ad un reparto che accoglie bambini all'inizio della vita, ma dove aleggia la morte; pertanto, se l'operatore non è in grado o non è aiutato a comprendere la grande sollecitazione emotiva in lui prodotta, tende a sperimentare del suo lavoro soprattutto la fatica che può appunto esitare in *burn-out* (Negri, 2012). La fatica è legata agli aspetti routinari e ripetitivi che occupano i turni di lavoro: si tratta di procedure che devono essere fatte più volte nella giornata (ad esempio il cambio e la pesata del pannolino, la somministrazione di nutritivi e farmaci, la rilevazione dei parametri vitali, ecc) e che, essendo spesso cruento e traumatiche (bronco aspirazione, prelievi, perfusioni, ecc), implicano sofferenza in chi le riceve e richiedono attenzione partecipe in chi le esegue.

Da un lavoro effettuato da Negri (2012), che prevedeva l'incontro settimanale del personale infermieristico in un gruppo di discussioni a tema libero, è emerso che ogni infermiera vive *"delle esperienze conflittuali e che ciò che traspare all'esterno non sempre corrisponde all'entità del problema interiore"*. Le infermiere cioè si rendono conto che i loro comportamenti e le loro emozioni non sono solo in relazione ai vissuti dei genitori e alle situazioni dei bambini, ma sono condizionate anche dalle loro problematiche personali. L'infermiera viene investita da parte dei genitori di molte responsabilità, in quanto percepita come la più vicina al bambino, *"colei che veramente lo tocca e sa come nutrirlo, cambiarlo ed accudirlo"* (Vizziello et al., 1992). Se dunque agli infermieri non viene richiesta dai propri pazienti una risposta e un coinvolgimento verbale, questa richiesta di partecipazione emerge in tutta la sua complessità nel rapporto con i genitori dei bambini i quali richiedono ascolto, chiarezza, disponibilità, verità e solidarietà. La presenza dei genitori in reparto segnala dunque con forza ed evidenza la presenza degli aspetti emotivi e rende quasi impossibile la scissione e la negazione degli stessi; ecco allora che *"diventa difficile considerare Paolo un bambino di 27 settimane gestazionali, intubato, con la parenterale, ecc. solo come il numero 3 se i suoi genitori sono accanto a lui e soffrono con lui"* (Latmiral & Lombardo, 2007). Affrontare queste situazioni diventa dunque per gli infermieri un continuo mettersi in gioco e in discussione reagendo molte volte, in situazioni di particolare sofferenza, con rabbia ed aggressività.

A questo proposito Broedsgaard & Wagner (2005) hanno evidenziato che per i genitori è fondamentale che l'infermiere sappia confortarli in questi momenti particolari e come questi si sentano frustrati e ansiosi se la figura professionale è a sua volta agitata e non sa gestire la situazione. Il personale infermieristico, infatti, ha bisogno di essere aiutato a riconoscere, analizzare ed identificare le cause di questa ansia, angoscia o rabbia poiché ciò permetterebbe di evitare quei meccanismi di difesa che si provano talvolta: la proiezione di rabbia o conflittualità può portare ad una paralisi e ad una impotenza rendendo ancora più difficile il lavoro da svolgere (Latmiral S & Lombardo, 2007); l'isolamento può portare a provare eccessiva attenzione alle macchine piuttosto che ai bambini e ai loro genitori (Fava Vizziello et al., 1992). A causa infatti dell'alto grado di specializzazione che gli infermieri devono avere quando lavorano in questo settore, essi possono sperimentare alti livelli di stress fisico e psicologico (Webb et al., 2014).

È importante dunque che gli infermieri abbia uno spazio, un tempo ed un'organizzazione che permetta una conoscenza più profonda delle proprie azioni di fronte alle complesse situazioni che l'ambiente della Terapia Intensiva pone innanzi, in un continuo confronto con tutto il gruppo di lavoro; sarebbe infatti indispensabile che chi opera in una struttura neonatologica avesse l'opportunità di avere tempi e luoghi per elaborare in gruppo i vissuti e le emozioni per poter essere in grado di interagire sempre più positivamente con i colleghi e per comprendere meglio neonati e genitori (Fava Vizziello et al., 1992).

Anche secondo Gallagher et al. (2012) le difficili situazioni etiche che l'infermiere spesso deve affrontare sottolineano l'importanza di sviluppare percorsi clinici e programmi di educazione al fine di fornire agli infermieri percorsi più definiti per discutere delle situazioni difficili.

Secondo Orzalesi (2001) uno dei modi per "attrezzare" l'équipe assistenziale ad affrontare queste problematiche è quello di preparare l'équipe attraverso opportune modalità di formazione, come gruppi, spesso condotti da psichiatri e psicologi, che abbiano consuetudine con questi problemi nel campo dell'assistenza neonatale. Sempre Orzalesi (2001) sostiene che nel momento in cui i genitori si trovano a dover fare i conti con la morte del bambino, essi abbiano la necessità di essere supportati e il modo migliore per garantire ciò è addestrare il personale affinché abbia una maggiore consuetudine con questo tipo di eventi al fine di essere egli stesso sostenuto ed accompagnato nell'elaborazione del lutto.

D'altro canto la difficoltà e il forte impatto emotivo che comporta il prendersi cura di neonati così piccoli e dei rispettivi genitori non esclude la gioia e la soddisfazione che si provano nel vedere, giorno dopo giorno, queste piccole creature crescere e i loro genitori rassicurati. Per gli infermieri della Terapia Intensiva Neonatale un bambino prematuro è in grado di *“esprimere la sua personalità mentre ti stai prendendo cura di lui, anche se si tratta di quelli più piccoli; ovviamente loro hanno un modo inusuale di esprimersi, ma tu impari che ognuno ha la sua personalità, il suo temperamento”*(Einarsdottir, 2012). Al tempo stesso lavorare con i genitori è importante anche se con alcuni non sarà facile rapportarsi inizialmente; i genitori infatti stanno male per la situazione del figlio, ma solitamente si calmano quando vedono che le cose stanno andando meglio e in quel momento *“loro ti saranno grati per ogni cosa”*(Einarsdottir, 2012).

CAPITOLO QUARTO

Discussione e Conclusioni

4.1 Valutazione critica della letteratura analizzata

Dalla letteratura analizzata emerge l'importanza che ricopre l'infermiere nel sostenere e guidare i genitori di neonati prematuri durante la permanenza nel reparto di Terapia Intensiva Neonatale. Gli studi infatti sottolineano come per i genitori la figura dell'infermiere sia fondamentale e come essa aiuti loro nel superare questa grande prova.

Come ha sottolineato la letteratura i genitori che accedono al reparto, solitamente nei primi giorni il padre e successivamente la madre, sono disorientati, spaventati e preoccupati e per questi motivi si vedono spettatori delle cure del proprio bambino, lasciato nelle mani esperte dell'infermiera. La perdita del ruolo genitoriale, la frustrazione, il linguaggio medico e la complessità del nuovo ambiente richiedono una comunicazione con una figura rassicurante che guidi questa nuova esperienza. È importante dunque che l'infermiera attui degli interventi volti a diminuire l'ansia dei genitori e ad aiutarli a familiarizzare con il proprio bambino, l'ambiente della terapia intensiva e che sia allo stesso tempo in grado di identificare le aree in cui i genitori hanno maggior bisogno di informazioni e sostegno. Gli interventi che l'infermiere dovrebbe attuare in questo contesto sono molteplici, ma quelli sottolineati da più autori si possono ricondurre a quattro gruppi principali.

In primo luogo si riconosce l'importanza dell'infermiere nel *dare informazioni e nel supportare i genitori che accedono al reparto ed incontrano il loro bambino.*

Fondamentale risulta, infatti, che i genitori trovino una figura pronta ad accoglierli e a spiegare loro le dinamiche del reparto e che li prepari a ciò che dovranno affrontare durante il ricovero. È importante che l'infermiere *incoraggi i genitori spiegando loro il significato delle cure che il bimbo sta subendo, risponda in modo più esauriente possibile alle loro domande e dubbi, fornisca informazioni anche attraverso libretti ed opuscoli, sostenga emotivamente, semplifichi la terminologia medica e sappia identificare le aree dove il genitore ha più bisogno di essere supportato.*

In secondo luogo la letteratura sottolinea l'importanza che l'infermiere ricopre nel *favorire modalità di interazione genitore-bambino.* Egli infatti ha un ruolo centrale in tal senso poiché responsabile dell'*educazione dei genitori* nelle varie tecniche utilizzate: nella

Kangaroo Care l'infermiere illustra ai genitori i vari aspetti di tale tecnica e si impegna nell'offrire loro il miglior ambiente possibile, tranquillo e rassicurante, ed il massimo comfort; allo stesso tempo educa e valuta la disponibilità di genitori e bambino nell'attuare la *Kangaroo Care*. Lo stesso vale per *l'allattamento al seno* e la *partecipazione alle cure di routine* dove l'infermiera gioca un ruolo fondamentale nell'educare i genitori a familiarizzare con tali tecniche e a garantire anche qui la massima quiete e privacy, aiutando anche a riconoscere i segni di affaticamento e stress del figlio.

Un altro punto sottolineato dalla letteratura riguarda il *supporto infermieristico ai genitori di bambini estremamente pretermine*. L'infermiere dovrebbe *coinvolgere e sostenere* i genitori nelle decisioni difficili da prendere circa la salute del loro bimbo estremamente pretermine e *sostenerli emotivamente* prendendosi del tempo per *ascoltarli e capire* ciò che stanno passando *facendo domande sul loro stato emotivo e fisico*. Esperienza, conoscenza, comunicazione, empatia, confidenza e sincerità sono le caratteristiche che gli studi hanno sottolineato come componenti chiave del sostegno da parte degli infermieri ai genitori.

L'infermiere infine dovrebbe *assistere e sostenere i genitori in caso di morte del neonato pretermine*. Nei casi in cui il bimbo non sopravviva l'infermiere dovrebbe *preparare i genitori* a ciò che dovranno affrontare *sostenendoli, creando dei ricordi* del piccolo e *favorendone il contatto fisico, garantendo un ambiente tranquillo e il fatto che il bimbo ed il suo corpo saranno trattati con rispetto*.

Alla luce di ciò è evidente come il lavoro in un reparto di Terapia Intensiva Neonatale richieda agli infermieri importanti e delicate abilità tecniche ed un'intensa sollecitazione emozionale data dal dover rapportarsi con i neonati stessi, ma in particolare con i loro genitori; quest'ultimi infatti richiedono una grande partecipazione data da ascolto, chiarezza, disponibilità, verità e solidarietà. A questo proposito la letteratura analizzata sottolinea l'importanza di formare il personale infermieristico ad affrontare queste grandi sollecitazioni che vengono richieste e per fare ciò consiglia gruppi condotti da psichiatri e psicologi affinché il personale abbia una maggior consuetudine con questo tipo di interventi. Inoltre la letteratura sottolinea l'importanza di ritagliare per gli infermieri uno spazio ed un tempo che permettano di elaborare i vissuti e le emozioni con cui il loro lavoro porta a scontrarsi in modo da poter interagire sempre più positivamente con i colleghi e comprendere al meglio neonati e genitori.

4.2 Confronto della risultati con l'esperienza di tirocinio

Il periodo di tirocinio di nove settimane svolto presso il reparto di Terapia Intensiva Neonatale dell'azienda ULSS 15 di Camposampiero ha permesso di confrontare quanto riscontrato in letteratura con la pratica clinica. Ciò che emerge è che effettivamente le infermiere sono il sostegno insostituibile dei genitori: quando un nuovo nato accede al reparto le infermiere si occupano di tutto ciò che riguarda accoglienza, informazioni, sostegno emotivo e ascolto delle preoccupazioni e domande dei genitori. Il neonatologo infatti è presente, ma incontra i genitori per pochi minuti e fornisce loro le informazioni circa la salute del bambino per poi lasciarli nelle mani esperte delle infermiere. Inizia così per genitori e infermiere che seguono il loro bimbo un percorso intenso di conoscenza, intesa e fiducia: quando infatti i genitori si recano in reparto fanno di poter far affidamento su "quell'infermiera" che si prende cura del loro bambino e di poter sfogare con lei ansie e paure, gioie e dolori riguardo il loro piccolo. Ciò che si crea è una relazione data dalla professionalità delle infermiere di prendersi cura dei piccoli neonati e dal desiderio dei loro genitori di vederli star meglio; il periodo di degenza per i piccoli prematuri è infatti abbastanza lungo da richiedere l'instaurarsi di vere relazioni d'aiuto e di fiducia reciproca che tuttavia non risultano sempre facili ed immediate a causa molto spesso dell'eccessiva ansia dei genitori o dall'indisposizione delle infermiere che ostacola l'instaurazione di un rapporto proficuo.

L'alta mole di lavoro inoltre rischia di compromettere queste relazioni necessarie per la presenza in reparto dei genitori dei piccoli e spesso le tecniche riscontrate in letteratura (Canguro terapia, allattamento al seno e partecipazione alle cure di routine) non trovano spazio all'interno della terapia intensiva e i genitori vengono visti come un ostacolo ed un rallentamento del lavoro del personale. Il sostegno ai genitori con bimbi estremamente prematuri è molto intenso e carico di vissuti emotivi; questi genitori infatti richiedono una partecipazione emotiva maggiore rispetto a quella che richiede chi ha dei neonati più grandi e le infermiere del reparto sono pronte ad offrire ascolto empatico e supporto. Non c'è stato invece modo di verificare l'assistenza infermieristica erogata in caso di morte di un bambino pretermine.

Ciò che non è stata proprio riscontrata in tirocinio è la presenza dei gruppi di supporto e discussione per gli infermieri che invece la letteratura riporta. Gli infermieri del reparto non hanno modo di sfogare le proprie emozioni e sentimenti all'interno di un gruppo o con

una figura esperta in tale ambito. Questa mancanza è riportata dalle infermiere del reparto secondo le quali basterebbe un semplice gruppo instaurato tra colleghi o un corso che possa preparare gli infermieri a sostenere in primis loro stessi e poi i genitori; quando ci si trova a dover fare i conti con un bambino che soffre, e soffre davvero, si rimane inermi, senza armi per combattere la battaglia di vita contro morte, senza forze per sostenere i genitori di quel bambino che dimostra di non voler più vivere, ma di voler essere lasciato andare e non soffrire più. Gli infermieri che cominciano il loro lavoro in Terapia Intensiva Neonatale sono infermieri che non hanno nessuna preparazione sul campo, ma che con il tempo impareranno a fare i conti con i sentimenti che questo lavoro comporta; proprio per questi motivi sarebbe necessario fornire un sostegno valido per formare delle figure capaci di far fronte alle varie necessità del reparto.

4.3 Punti di forza e di debolezza della ricerca

I punti di forza della ricerca effettuata si possono ricondurre all'omogeneità di quanto affermato dai diversi autori, ovvero che, per ognuno, l'infermiere è visto come guida insostituibile per i genitori dei piccoli neonati e perciò figura indispensabile all'interno del reparto di Terapia Intensiva. Collegato a questo punto si riconosce il fatto che ogni autore nel proprio studio ha saputo fornire diversi interventi infermieristici riguardanti tale supporto, contribuendo così ad identificare un modello ideale di ciò che ogni genitore vorrebbe ricevere in circostanze così particolari.

Per quanto riguarda i punti di debolezza della ricerca invece si sottolinea il fatto di non aver riscontrato in letteratura abbastanza studi che riportassero il bisogno di sostegno degli infermieri in tale reparto e le rispettive possibili tecniche di supporto; inoltre nessun studio italiano circa l'argomento trattato è stato rinvenuto.

Gli interventi che sono stati evidenziati riportano anch'essi punti di forza e punti di debolezza: gli interventi riscontrati infatti sono indispensabili per guidare i genitori nel loro percorso all'interno del reparto di Terapia intensiva, ma molti di questi non possono essere praticamente attuati a causa dell'alta mole di lavoro degli infermieri e degli spazi spesso ristretti.

4.4 Implicazioni per la pratica infermieristica

Alla luce di quanto riscontrato in letteratura le infermiere del reparto di Terapia Intensiva Neonatale dovrebbero riconoscere l'importanza che esse ricoprono nel sostegno ai genitori e l'importanza di quest'ultimi nelle cure del proprio bambino. A tale proposito sarebbe opportuno che le infermiere si ritagliassero del tempo per stare accanto ai genitori e spiegare loro tutto ciò di cui avranno bisogno durante il periodo di degenza del loro bambino. È importante dunque che i genitori si sentano accolti, compresi ed educati a prendersi cura del loro neonato e, anche se il tempo a disposizione delle infermiere non è molto, a non percepirle troppo impegnate da non poter ascoltarli ed aiutarli. Se infatti la relazione che si instaura tra le due figure è basata sulla fiducia reciproca e sulla necessità di vedere il piccolo neonato stare bene, la difficile situazione che genitori e neonato stanno affrontando potrebbe essere vissuta con più serenità e con la consapevolezza che ogni volta che accederanno in quel reparto che investe per loro sentimenti di dolore e sofferenza, ci saranno delle persone pronte ad offrire tutto il loro sostegno e la loro professionalità. Questo potrebbe essere spunto di approfondimenti futuri in quanto gli interventi di informazione, sostegno e ascolto sottolineati dalla ricerca potrebbero aiutare nella prevenzione dell'insorgenza di eventuali vissuti emotivi, quali depressione, senso di impotenza, frustrazione, senso di colpa. Se l'infermiere infatti segue il genitore e l'evoluzione della sua permanenza nel reparto, potrebbe aiutare a creare un'esperienza, per quanto possibile, positiva.

Sostegno, informazione, ascolto, supporto, spiegazioni, disponibilità, chiarezza, sicurezza, conforto e professionalità è ciò che un'infermiera in Terapia intensiva Neonatale dovrebbe saper offrire ai genitori delle piccole creature di cui si stanno prendendo cura.

BIBLIOGRAFIA

- Ardito R., Vicino B., Adenzato M. (2014) Nascita pretermine e attaccamento: Stili di interazione e profili psicologici. *Attaccamento e Sistemi Complessi*, 1(2), 44-56.
- Arpi E., Maroni M.V., Robbiani I. (2013) *Grandi passi per piccoli pulcini. Linee guida per l'inserimento dei bambini nati pretermine al nido e alla scuola d'infanzia*. Padova: Associazione Pulcino
- Beck S.,Wojdyla D.,Say L., Betran A.P.,Meriardi M.,Harris Requejo J.,Rubens C.,Menon R.&Van Look P.(2010) The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity.*Bulletin of the World Health Organization*, 88 (1), 31-38.
- Beheshtipour, N., Baharlu, S.M., Montaseri, S. & Razavinezhad Ardakani, S.M. (2014) The effect of the educational program on Iranian premature infants' parental stress in a neonatal intensive care unit: a double-blind randomized controlled trial. *International journal of community based nursing and midwifery*,2 (4), 240-250.
- Benini C., Cavedagni M., Zorzi C. (1992) Il neonato piccolo per età gestazionale (SGA). *In: Fava Vizziello G., Zorzi C., Bottos M., Figli delle macchine*. Milano: Masson editore, 31-34.
- Blencowe, H., Cousens S., Oestergaard M. Z., Chou D., Moller A. B., Narwal R., Adler A., Garcia C.V., Rohde S., Say L., Lawn J.E. (2012). National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet*, 379(9832), 2162-2172
- Botton D.G. (2009) Clinical report-Antenatal counseling regarding resuscitation at an extremely low gestational age. *Pediatrics*, 124, 422-427.
- Brett, J., Staniszewska, S., Newburn, M., Jones, N. & Taylor, L. (2011), A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. *BMJ open*, 1(1), pp. e000023-2010-000023.
- Broedsgaard, A. & Wagner, L. (2005) How to facilitate parents and their premature infant for the transition home.*International nursing review*, 52(3), 196-203.
- Caccia O. (2007) La nascita della mente. *In: Latmiral S. & Lombardo C. Pensieri Prematuri. Uno sguardo alla vita mentale del bambino nato pretermine*. Seconda Edizione. Roma: Edizioni Borla, 60-61.
- Carlet J., Thijs L.G., Antonelli M. (2004) Challenges in edn-of-life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus conference in critical care: Bruxelles, Belgium, April 2003. *Intensive care medicine*, 30, 770-784.

- Chia P. & Sellick K. (2005) The attitudes and practices of neonatal nurses in the use of Kangaroo Care. *Australian Journal of advanced nursing*, 23(4), 20-27.
- Colombo Giovanni (2010). *Elementi di psichiatria*. Padova: Cleup.
- Colombo Grazia (a cura di) (2011). *Con ragione e sentimento. Le cure neonatali a sostegno dello sviluppo*. Milano: Biomedica.
- D'Souza S.R.B., Karkada S., Lewis L.e., Mayya S. & Guddattu V. (2009) Relationship between stress, coping and nursing support of parents of preterm infants admitted to tertiary level neonatal intensive care units of Karnataka, India: a cross-sectional survey. *Journal of Neonatal Nursing*, 15(5), 152-158.
- De Carlo B., Orzalesi M., Pola M. (1986) Aspetti psicologici dell'assistenza neonatale nell'istituzione: gruppo di lavoro istituzionale come metodologia di formazione relazionale del personale. *Rivista Italiana di Pediatria*, 12(5), 527-532.
- Dewey KG. (2001) Maternal and fetal stresses are associated with impaired lactogenesis in humans. *The Journal of Nutrition*, 131, 3012-3017.
- Einarsdottir, J. (2012) Happiness in the neonatal intensive care unit: merits of ethnographic fieldwork. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 7, 1-9.
- Fabris C., Giliberti P., Macagno F., Merialdi M., Vittori G, Bruscaignin M. (2010). *Manifesto dei diritti del bambino nato prematuro*. Roma: Vivere Onlus.
- Fava Vizziello G. & Tagliani C. (2014). La morte perinatale. In: Fava Vizziello G. *Famiglie in lutto*. Padova: Cleup, 163-166.
- Fava Vizziello G., Zorzi C., Bottos M. (1992). *Figli delle macchine. Percorsi di vita di bambini ricoverati in terapie intensive neonatali*. Milano: Masson editore.
- Fegran, L., Fagermoen, M.S. & Helseth, S. (2008) Development of parent-nurse relationships in neonatal intensive care units -- from closeness to detachment. *Journal of advanced nursing*, 64 (4), 363-371.
- Flacking R., Ewald U., Nyqvist K.H. & Starrin B. (2006) Trustful bonds: a key to "becoming a mother" and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. *Social science & medicine*, 62(1), 70-80.
- Gallagher, K., Marlow, N., Edgley, A. & Porock, D. (2012) The attitudes of neonatal nurses towards extremely preterm infants. *Journal of advanced nursing*, 68(8), 1768-1779.
- Gingell Epstein, E. (2010) Moral obligations of nurses and physicians in neonatal end-of-life care. *Nursing ethics*, 17(5), 577-589.

- Heidarzadeh, M., Hosseini, M.B., Ershadmanesh, M., Gholamitabar Tabari, M. & Khazae, S. (2013) The Effect of Kangaroo Mother Care (KMC) on Breast Feeding at the Time of NICU Discharge. *Iranian Red Crescent medical journal*, 15(4), 302-306.
- Hendricks-Munoz, K.D., Li, Y., Kim, Y.S., Prendergast, C.C., Mayers, R. & Louie, M. (2013) Maternal and neonatal nurse perceived value of kangaroo mother care and maternal care partnership in the neonatal intensive care unit. *American Journal of Perinatology*, 30(10), 875-880.
- Holditch-Davis, D., White-Traut, R., Levy, J., Williams, K.L., Ryan, D. & Vonderheid, S. (2013) Maternal satisfaction with administering infant interventions in the neonatal intensive care unit", *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG*, 42(6), 641-654.
- Husebye, E.S., Kleven, I.A., Kroken, L.K., Torsvik, I.K., Haaland, O.A. & Markestad, T. (2014) Targeted program for provision of mother's own milk to very low birth weight infants. *Pediatrics*, 134(2), 489-95.
- Jackson K., Ternstedt B. & Schollin J. (2003) From alienation to familiarità: experiences of mothers and fathers of preterm infants. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 22(4), 302-306.
- Johnson A. (2007) The maternal experience of Kangaroo Holding. *Clinical research: JOGNN*, 36, 568-573.
- Kavanaugh, K., Moro, T.T. & Savage, T.A. (2010) How nurses assist parents regarding life support decisions for extremely premature infants. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 39(2), 147-158.
- Kearvell, H. & Grant, J. (2010) Getting connected: how nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(3), 75-82.
- Kymre, I.G. & Bondas, T. (2013a) Skin-to-skin care for dying preterm newborns and their parents - a phenomenological study from the perspective of NICU nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 669-676.
- Kymre, I.G. & Bondas, T. (2013b) Balancing preterm infants' developmental needs with parents' readiness for skin-to-skin care: a phenomenological study. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 8, 21370.
- Kymre, I.G. (2014) NICU nurses' ambivalent attitudes in skin-to-skin care practice. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 9, 23297.
- Latmiral S. & Lombardo C. (2007). *Pensieri Prematuri. Uno sguardo alla vita mentale del bambino nato pretermine*. Seconda Edizione. Roma: Edizioni Borla.

- Lee, T., Wang, M., Lin, K. & Kao, C. (2013) The effectiveness of early intervention on paternal stress for fathers of premature infants admitted to a neonatal intensive care unit. *Journal of advanced nursing*, 69(5), 1085-1095.
- Lindeberg B., Axelsson K. & Ohrling K. (2008) Adjusting to being a father to an infant born prematurely: experiences from Swedish fathers. *Scandinavian Journal of caring sciences*, 22(1), 79-85.
- Marlow N., Wolke D., Bracewell M.A., Samara M. (2005) Neurologic and developmental disability at six years of age after extremely preterm birth. *New England Journal of Medicine*, 352(1), 9-19.
- Mefford, L., C. & Alligood, M., Raile (2011) Testing a Theory of Health Promotion for Preterm Infants Based on Levine's Conservation Model of Nursing. *Journal of Theory Construction & Testing*, 15(2), 41-47.
- Monterosso, L., Kristjanson, L., Sly, P.D., Mulcahy, M., Holland, B.G., Grimwood, S. & White, K. (2005) The role of the neonatal intensive care nurse in decision-making: advocacy, involvement in ethical decisions and communication", *International journal of nursing practice*, 11(3), 108-117.
- Morey J.A, Gregory K. (2012) Nurse-Led education mitigates maternal stress and enhances knowledge in the NICU. *The American Journal of maternal/child nursing*, 37, 182-191.
- Negri R. (2012). *Il neonato in terapia intensiva. Un modello neuro psicoanalitico di prevenzione*. Terza Edizione. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Orzalesi M. (2001) La morte di un bambino in terapia intensiva neonatale. *Sarà così lasciare la vita*, 105-117.
- Renzi C. (2014). Prematurità: il difficile inizio del percorso genitoriale. *Psicoanalisi Neofreudiana* [online]. Disponibile da: <http://www.ifefromm.it/rivista/2014-xx/1/index.php> [consultato il 22/08/2015].
- Romero R., Dey S. K., & Fisher S. J. (2014). Preterm labor: one syndrome, many causes. *Science*, 345(6198), 760-765.
- Ronconi A, Corchia C, Bellù R, Gagliardi L, Mosca F, Zanini R, Donati S. (2011). *Esiti dei neonati di basso peso nelle Terapie Intensive Neonatali partecipanti all'Italian Neonatal Network nel 2008*. Roma: Istituto Superiore di Sanità. (Rapporti ISTISAN 11/44).
- Sikorova, L. & Kucova, J. (2012) The needs of mothers to newborns hospitalised in intensive care units. *Biomedical papers of the Medical Faculty of the University Palacky, Olomouc, Czechoslovakia*, 156(4), 330-336.

- Silva L.J., Leite J.L., Scochi C.G., Silva L.R. & Silva T.P. (2015) Nurses' adherence to the Kangaroo Care Method: support for nursing care management. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23(3), 483-490.
- Simioni P. & Allegro A. (1992) L'assistenza infermieristica al neonato. In: Fava Vizziello G., Zorzi C., Bottos M. *Figli delle macchine. Percorsi di vita di bambini ricoverati in terapie intensive neonatali*. Milano: Masson editore, 46.
- Truog R.D., Campbell M.L., Curtis J.R. (2008) Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by American College of Critical Care Medicine. *Critical Care Medicine*, 36, 953-963.
- Turan T., Basbakkal Z., Özbek, S. (2008) Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17(21), 2856-2866.
- Webb M., S., Passmore D., Cline G. & Maguire, D. (2014) Ethical issues related to caring for low birth weight infants. *Nursing ethics*, 21(6), 731-741.
- Wielenga, J.M., Smit, B.J. & Unk, L. (2006) How satisfied are parents supported by nurses with the NIDCAP model of care for their preterm infant?... Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program. *Journal of nursing care quality*, 21(1), 41-48.
- Winnicott D.W. (1956) La preoccupazione materna primaria. In: Winnicott D.W. *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli editore, 1975
- World Health Organization (2012) Born too soon: the global action report on preterm birth.
- Zaramella P. & Zorzi C. (1992) Il Prematuro. In: Vizziello G.F., Zorzi C., Bottos M. *Figli delle macchine. Percorsi di vita di bambini ricoverati in terapie intensive neonatali*. Milano: Masson editore, 35-39.

Allegato 1: Sintesi rassegna bibliografica

Titolo	Autore	Anno	Tipo di studio	Strumenti
How nurses assist parents regarding life support decisions for extremely premature infants	Kavanaugh K. et al	2010	Studio descrittivo	Interviste
The effectiveness of early intervention on paternal stress for fathers of premature infants admitted to a neonatal intensive care unit	Lee T. et al	2013	Studio prospettico randomizzato controllato	Interviste
Getting connected: how nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit	Kearvell H. & Grant J.	2010	Revisione della letteratura	CINAHL, Pubmed, Web
The attitudes of neonatal nurses towards extremely preterm infants	Gallagher K. et al	2011	Studio descrittivo	Interviste
Skin-to-skin care for dying preterm newborns and their parents – a phenomenological study from the perspective of NICU nurses	Kymre G. & Bondas T.	2012	Studio descrittivo	Interviste
Developmental of parent-nurse relationships in neonatal intensive care units-from closeness to detachment	Fegran L. et al	2008	Studio descrittivo	Osservazione (160 ore) e interviste

Titolo	Autore	Anno	Tipo di studio	Strumenti
How to facilitate parents and their premature infant to the transition home	Broedsgaard A. & Wagner L.	2005	Studio descrittivo	Questionari semi-strutturati e interviste
Effect of nursing interventions on stressor of parents of premature infants in neonatal intensive care unit	Turan T. et al	2008	Studio prospettico randomizzato controllato	Interviste
Ethical issues related to caring for low birth weight infants	Webb S. et al	2014	Studio descrittivo	Interviste con domande aperte
The role of the neonatal intensive care nurse in decision-making: Advocacy, involvement in ethical decisions and communication	Monterosso L. et al	2005	Studio descrittivo quantitativo e qualitativo combinato, in due fasi	Questionari
How satisfied are parents supported by nurses with the NIDCAP model of care for their preterm infant	Wielenga M. et al	2005	Studio trasversale	Questionari
Testing a theory of health promotion for preterm infants based on levine's conservation model of nursing	Mefford L. et al	2010	Studio descrittivo	Questionari
Relationship between stress, coping and nursing support of parents of preterm infant admitted to tertiary level neonatal intensive care units of Karnataka, india: a cross-sectional survey	D'Souza S. et al	2009	Studio trasversale	Questionari

Titolo	Autore	Anno	Tipo di studio	Strumenti
Form alienation to familiarità: experiences of mathers and fathers of preterm infants	Jackson K. & Schollin J.	2003	Studio osservazionale	Interviste
Adjusting to being a father to an infant born prematurely: experiences from Swedish fathers	Lindeberg B. et al	2008	Studio descrittivo	Interviste
The effect of the educational program on Iranian premature infants' parental stress in a Neonatal Intensive Care Unit: a double-blind randomized controlled trial	Beheshtipour M. et al	2014	Studio in doppio cieco randomizzato controllato	Pre e post test e follow up
Maternal and fetal stresses are associated with impaired lactogenesis in humans	Dewey KG	2011	Studio prospettico randomizzato controllato	Interviste
Nurse-led education mitigates maternal stress and enhances knowledge in the NICU	Morey JA. & Gregory K.	2012	Studio osservazionale	Interviste
The attitudes and practices of neonatal nurses in the use of Kangaroo Care	Chia P. & Sellick K.	2005	Studio trasversale	Questionari
Trustful bonds: a key to "becoming a mother" and to reciprocal breastfeeding. Stories of mathers of very preterm infants at a neonatal unit	Flacking R. et al	2006	Studio osservazionale	Interviste

Titolo	Autore	Anno	Tipo di studio	Strumenti
The maternal experience of kangaroo holding	Johnson A.	2007	Studio trasversale	Interviste
The needs of mothers to newborns hospitalised in the intensive care units	Sikorova L. & Kucova J.	2011	Studio descrittivo	Questionari
A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants	Brett Jo et al	2011	Revisione della letteratura	Medline, Embase, PsychINFO, the Cochrane library
Targeted program for provision of mother's own milk to very low birth weight infants	Husebye E. et al	2014	Studio di coorte	Revisione retrospettiva delle cartelle cliniche
Maternal satisfaction with administering infant interventions in the NICU	Holdich-Davis D. et al	2013	Studio sperimentale a tre gruppi	Questionario finale dopo interventi
The effect of Kangaroo mother Care on breast feeding at the time of NICU discharge	Heidarzadeh M. et al	2013	Studio trasversale	Questionari
Nurses' adherence to Kangaroo Care method: support for nursing care management	Johanson L. et al	2015	Studio trasversale	Interviste
NICU nurses' ambivalent attitudes in skin-to-skin care practice	Kymbre I.G.	2014	Studio descrittivo	Interviste

Titolo	Autore	Anno	Tipo di studio	Strumenti
Balancing preterm infants' development needs with parents' readiness for skin-to-skin care: a phenomenological study	Kimre I.G. & Bondas T.	2013	Studio descrittivo	Interviste
Maternal and neonatal nurse perceived value of Kangaroo mother Care and maternal care partnership in the neonatal intensive care unit	Hendricks-Munoz K. et al	2015	Studio di coorte prospettico	Questionari anonimi
Moral obligations of nurse and physicians in neonatal end-of-life care	Epstein E.	2010	Studio descrittivo	Interviste semistrutturate e sondaggio demografico
Antenatal counseling regarding resuscitation at an extremely low gestational age	Botton D.G.	2009	Studio prospettico randomizzato controllato	Interviste
Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College of Critical care medicine	Truog RD et al	2008	Studio trasversale	Interviste
Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in critical care	Carlet J. et al	2004	Studio descrittivo	Interviste semistrutturate
Happiness in the neonatal intensive care unit: merits of ethnographic fieldwork	Einarsdottir J.	2012	Studio osservazionale	Interviste semistrutturate

