

Università degli Studi di Padova
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

DOLCEMENTE COCCOLATI: LA MARSUPIO TERAPIA NELLA GESTIONE DEL NEONATO PRETERMINE

Relatore: Prof. Cengia Elda
Correlatore: Infermiera Cesa Stefania

Laureando: Cuscire Tania

Anno Accademico 2014-2015



Deposito di copia della tesi per i servizi del Sistema Bibliotecario di Ateneo

Il/la sottoscritto/a CUSCIRE TANIA nato/a a BELLUNO

il 18-10-92 residente a BELLUNO tel. 3406478829

e-mail taniacuscire@yahoo.it matricola 1045009

laureato/a presso la Scuola di Medicina e chirurgia, Corso di laurea in Infermieristica,

autorizza la segreteria STUDENTI DI PADOVA a consegnare presso la biblioteca medica

"Vincenzo Pinali" copia elettronica della propria tesi in formato PDF.

Tipologia della tesi consegnata

Laurea Triennale

Anno Accademico 2014-2015 Data della tesi 11-11-15

Titolo della tesi DOLCEMENTE COCCOLATI: LA MARSUPIO TERAPIA
NELLA GESTIONE DEL NEONATO PRETERMINE

Parole chiave MARSUPIO TERAPIA

Abstract inserito nel file

Tesi: sperimentale compilativa ricerca epidemiologica

Relatore ELDA CENGIA Correlatore STEFANIA PESA

Padova, li 11-11-15

Firma dell'autore
Tania Cuscire

Liberatoria per la fruizione della tesi per i servizi di biblioteca

Il/la sottoscritto/a CUSCIRE TANIA

autorizza il deposito in accesso aperto (messa in rete del testo completo) della propria tesi di laurea in [Padua@thesis](#), l'archivio istituzionale per le tesi e autorizza inoltre le attività utili alla conservazione nel tempo dei contenuti¹

Dichiara, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000:

- la completa corrispondenza tra il materiale depositato in [Padua@thesis](#) e l'originale cartaceo discusso in sede di laurea;
- che il contenuto della tesi non infrange in alcun modo i diritti di proprietà intellettuale (diritto d'autore e/o editoriali) ai sensi della Legge 633 del 1941 e successive modificazioni e integrazioni;

Per il deposito in accesso aperto, dichiara altresì:

- che la tesi non è il risultato di attività rientranti nella normativa sulla proprietà intellettuale industriale e che non è oggetto di eventuali registrazioni di tipo brevettuale;
- che la tesi non è stata prodotta nell'ambito di progetti finanziati da soggetti pubblici o privati che hanno posto a priori particolari vincoli alla divulgazione dei risultati per motivi di segretezza.

Data 11-11-15

Firma 

AVVERTENZA: l'autore che autorizza il deposito del testo completo della propria tesi nell'archivio istituzionale [Padua@thesis](#) mantiene su di essa tutti i diritti d'autore, morali ed economici, ai sensi della normativa vigente (legge 633/1941 e successive modificazioni e integrazioni).

¹ Fatta salva l'integrità del contenuto e della struttura del testo, possono essere effettuati:

- il trasferimento su qualsiasi supporto e la conversione in qualsiasi formato
- la riproduzione dell'opera in più copie

INDICE

1. Riassunto	
1.1 Definizione del problema	Pag. 1
1.2 Obiettivi, materiali e metodi d'indagine	Pag. 1
1.3 Risultati attesi	Pag. 1
2. Introduzione	
2.1 Chi è il neonato pretermine?	Pag. 3
2.2 Cos'è la Kangaroo Mother Care?	Pag. 3
2.3 Come e dove si è sviluppata	Pag. 4
2.4 Benefici della KMC	Pag. 5
2.4.1 Benefici per il neonato	Pag. 5
2.4.2 Benefici della Kangaroo Mother Care alla madre	Pag. 9
2.4.3 Benefici della Kangaroo Mother Care al padre	Pag. 9
2.4.4 Benefici della KMC per il personale sanitario	Pag. 10
2.5 Come e quando eseguire la Kangaroo Mother Care	Pag. 10
• Sussidi necessari e posizione	
• Tempistiche	
• Microclima	
3. Kangaroo Mother Care nel progetto Ospedale Amico del Bambino	Pag. 15
4. Fascia porta - bebè	Pag. 17
5. Elaborazione della raccolta dati	
5.1 Metodi e strumenti d'indagine	Pag. 19
5.2 Proposte interventistiche	Pag. 24
6. Conclusioni	Pag. 29
➤ ALLEGATI	
➤ BIBLIOGRAFIA	

1. RIASSUNTO

1.1 Definizione del problema

Il problema rilevato durante la mia attività di tirocinio presso l'Unità Operativa di Pediatria dell'Ospedale San Martino di Belluno è l'irregolarità con cui la Kangaroo Mother Care viene attuata nei nati pretermine della Patologia Neonatale.

Esistono molti dati a supporto del fatto che la Kangaroo Mother Care (KMC o marsupio terapia) faciliti in modo più completo l'adattamento e la stabilizzazione del neonato che, nato pretermine, ha interrotto precocemente il suo sviluppo neuromotorio, abbandonando l'ambiente uterino per continuare la sua crescita in quello "artificiale" dell'Unità Intensiva Neonatale.

I canali sensoriali che vengono maggiormente sviluppati nella Terapia Intensiva sono l'udito e la vista, sensi che fisiologicamente maturano più tardivamente.

Queste stimolazioni sensoriali precoci hanno effetti destabilizzanti sul neonato, sia per quanto riguarda i parametri vitali (frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, saturazione O₂), sia per quanto riguarda l'aspetto comportamentale (ritmo sonno/veglia, regolarità del sonno) e la crescita ponderale che richiede più dispendio energetico.

In questo contesto caratterizzato da numerosi *stressor* a cui è sottoposto il nato prematuro, si inserisce la pratica della KMC che attraverso il precoce e prolungato contatto pelle a pelle tra madre e neonato influenza positivamente lo sviluppo neurologico e psicologico del piccolo.

1.2 Obiettivi, materiali e metodi d'indagine

L'obiettivo è quello di individuare, tramite intervista al personale dell'Unità Operativa oggetto dello studio, le motivazioni per cui tale tecnica non viene svolta con le tempistiche e modalità raccomandate per apportare benefici al neonato.

L'intervista è stata preceduta da una raccolta dati riguardante i nati prematuri della Patologia Neonatale di Belluno nell'anno 2014, con annotazioni del numero e della durata delle sedute di marsupio terapia svolte dai genitori.

1.3 Risultati attesi

Una volta individuati i principali motivi che determinano il sub standard nell'applicazione della KMC, si analizzano alcune proposte di miglioramento dello status quo.

2. INTRODUZIONE

2.1 Chi è il neonato pretermine?

Il neonato pretermine è per definizione il nato prima della 37° settimana completa di gestazione.

Globalmente i nati pretermine costituiscono il 12-15% di tutti i nati.

Le cause della prematurità non sono del tutto note tuttavia si riconoscono alcuni fattori predisponenti.

Fra i fattori materni, quello più frequentemente associato con la prematurità è la mancanza di assistenza prenatale, mentre al secondo posto troviamo la razza (le donne di colore infatti presentano una percentuale di parti prematuri doppia rispetto a donne di altre razze).

Fra i fattori legati al feto, i più importanti sono la gemellarità (che sfocia in un parto prematuro 1 volta su 3) e la presenza di una patologia malformativa a carico del feto.

L'età gestazionale, che è in relazione con la maturità degli organi, condiziona la maturità e le eventuali sequele.

Attualmente, nei paesi sviluppati economicamente sopravvive più del 90% dei neonati con età gestazionale compresa fra 31 e 34 settimane e il 70-75% dei neonati di 27-30 settimane.

La nascita di un neonato pretermine è comunque sempre un'evenienza molto impegnativa, sia per quanto riguarda il coinvolgimento emotivo, sia dal punto di vista delle risorse sanitarie e assistenziali richieste.

2.2 Cos'è la Kangaroo Mother Care?

La Kangaroo Mother Care è la cura del neonato che si realizza attraverso il contatto pelle a pelle con la madre.

Tale tecnica prende nome dalla somiglianza con cui i marsupiali portano i loro cuccioli.

La KMC nasce per dare assistenza ai neonati prematuri o di basso peso alla nascita nei Paesi in via di sviluppo ma oggi è praticata anche nei Paesi industrializzati e viene suggerita anche per i bimbi nati a termine, per stimolare l'avvio all'allattamento materno e favorire una ottimale relazione madre - figlio, con grandi vantaggi per la salute e la serenità di entrambi.

La KMC infatti, attenua il brusco distacco che si realizza con il parto e aiuta la mamma a sviluppare competenza e sicurezza nell'accudimento del proprio bimbo.

Nella ricerca sui mammiferi la tolleranza alla separazione viene misurata in minuti.

Gli studi di neuroscienza mettono in evidenza come il bambino sia stressato per la maggior parte del tempo che resta separato dalla mamma e questo stress mantiene il bambino instabile.

Tenere quindi il piccolo a contatto pelle a pelle con la madre per un tempo prolungato, protegge dall' "effetto usura" che questo stress ha sugli organi e sul metabolismo.

Un recente sondaggio ha rilevato che l'82% delle Unità di Terapia Intensiva Neonatali degli Stati Uniti utilizzano ad oggi la marsupio terapia.

2.3 Come e dove si è sviluppata

La KMC è un metodo ideato nel 1978 da Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez, neonatologi presso l'Istituto Materno Infantile di Bogotá (Colombia).

Verso la fine degli anni '70, l'istituto era in una situazione critica poiché, come principale centro di cure primarie, ricopriva la maggior parte della domanda in ambito ginecologico e neonatologico della popolazione a basso reddito della città.

Il gran numero di bambini nati aveva provocato un sovraffollamento e l'alto tasso di mortalità per basso peso del neonato alla nascita veniva contrastato secondo le direttive mediche del momento, separando il piccolo dalla madre e ponendolo in incubatrici.

La limitata disponibilità di culle termiche rispetto al gran numero di nati che ne necessitavano, indusse ad utilizzare un dispositivo per più neonati, aumentando così il rischio di infezioni spesso letali.

Nel 1978 il Dott. Rey Sanabria propose una nuova strategia per la cura dei neonati che avevano già superato la fase critica di adattamento alla vita extrauterina, che consisteva in un'interazione precoce tra madre e neonato, insieme ad un forte incoraggiamento all'allattamento al seno e ad una dimissione precoce con il proseguimento di un'assistenza ambulatoriale.

La strategia iniziò subito a produrre i risultati attesi riducendo la mortalità neonatale.¹

Dopo essere stata utilizzata con efficacia in contesti di povertà², la Kangaroo Mother Care è stata introdotta in contesti altamente tecnologizzati ed è stato evidenziato che questo modello era addirittura superiore alla cura tramite incubatrice nello stabilizzare i neonati in condizioni non critiche (parto vaginale, Apgar a 1 minuto > 6, peso superiore a 1200 g).

Tali ricerche, in correlazione con l'osservazione del comportamento dei mammiferi nel mondo animale (in cui le madri tengono presso sé e leccano i cuccioli subito dopo la

nascita) e con l'operato dei sostenitori della nascita dolce (contro la separazione tra madre e bimbo dopo il parto)³, hanno portato a una serie di conclusioni che supportano la Kangaroo Mother Care come la norma e la separazione madre- bambino immediatamente dopo il parto come una violazione dei diritti delle madri e dei neonati, con possibili interferenze nella stabilità fisiologica e nella co - regolazione dello stress.

Con l'esperienza le caratteristiche della Kangaroo Mother Care si sono evolute, a partire dagli aspetti pratici come la posizione del bambino sulla madre durante la marsupio:

inizialmente veniva preferita la posizione di lato, mentre più avanti è stata adottata principalmente la posizione "a rana" (abduzione e flessione delle cosce del bambino) ritenuta più adatta per la prevenzione dei problemi all'anca del neonato e per la gestione farmacologica e posturale nel trattamento del reflusso gastroesofageo.

La posizione assunta dalla mamma durante la marsupio terapia poteva essere sia verticale durante il giorno, che in posizione semi- seduta durante il sonno.

Inoltre la posizione eretta permette al bambino di poggiare l'orecchio sul petto della madre ascoltando così il suo battito cardiaco, suono a lui già noto sin dal grembo materno.

2.4 Benefici della Kangaroo Mother Care

I benefici che la KMC apporta al bambino, ai genitori e in senso più generale all'intero personale sanitario sono molteplici.

Non sono stati segnalati svantaggi o controindicazioni all'esecuzione di tale tecnica.

2.4.1 Benefici per il neonato

- *Termoregolazione*

Il neonato, attraverso il contatto pelle a pelle con la madre viene tutelato dallo stress provocato dagli sbalzi di temperatura, come accadeva nell'utero della madre.

La marsupio terapia sfrutta il riscaldamento dell'area toracica in connessione al rilascio di ossitocina (ormone del benessere, che promuove il rilassamento, la crescita ed è presente in moltissimi processi fisiologici della gravidanza, del parto e del post-parto)

dovuto al contatto pelle a pelle, creando così un luogo caldo e accogliente dove il bimbo può accoccolarsi.

L'ossitocina funziona "come una sorta di termostato che non mantiene la temperatura costante ma invece sposta il calore da una parte del corpo a un'altra" (Moberg, 2003:75), in particolare dalla periferia al centro.

Questo accade nelle donne che allattano, ma anche ai padri che tengono vicini i loro bambini: i vasi sanguigni della zona toracica si dilatano, riscaldando l'area.

In un recente studio condotto nel 1990, in cui i bambini venivano posti sul petto della madre in posizione di marsupio terapia e veniva periodicamente rilevata la temperatura corporea di entrambi, è stato dimostrato che le mamme hanno una "sincronia termica" nei confronti dei loro bambini.

Lo studio ha infatti evidenziato che quando il bambino si raffreddava, il corpo della mamma si riscaldava per scaldare il bimbo e, al contrario, il corpo della mamma si raffreddava per compensare il riscaldamento, entro pochi minuti.

Per quanto riguarda la copertura del capo, i neonati sono risultati a rischio di dispersione di calore dalla testa a causa dell'estensione elevata della stessa in rapporto alla superficie corporea complessiva.

In uno studio effettuato da Karlsson, poi pubblicato nel 2002, durante la KMC veniva misurata la dispersione di calore dal capo non coperto e si è rivelato che la perdita di calore è del 94% rispetto a quello totale dopo dieci minuti e del 74% dopo settanta minuti.⁴

A fonte di questi studi, viene raccomandato l'uso del cappellino ai neonati durante la KMC.

- *Apnea, bradicardia, saturazione, respirazione e ritmo cardiaco*

Studi recenti svolti in Svezia e altri paesi si sono concentrati sul distress respiratorio in bambini nati a termine.

Nel 1981 lo svedese Hjalmarson rivela una disomogeneità di classificazione dei disturbi respiratori nell'ambito delle patologie neonatali e la possibilità di identificare forme diverse per origine e gravità. Questi bambini reclutati dallo studio, che normalmente verrebbero assistiti con un respiratore, vengono posti immediatamente dopo la nascita nella posizione di marsupio terapia e vengono lasciati con la mamma

finché il distress respiratorio non termina (questo avviene per la maggior parte dei bambini entro 48 ore). Durante queste sedute di marsupio terapia, presidi come maschere per l'ossigeno e cannule nasali sono state utilizzate raramente a prova del fatto che la KMC svolge un ruolo importante nella gestione dei problemi respiratori del neonato. Nei bambini nati pretermine gli effetti della marsupio terapia sono stati ancora più evidenti.

Nel 1998, Susan Ludington ha dimostrato un decremento delle apnee durante la marsupio terapia. Anche bambini ventilati meccanicamente riuscivano a sopportare spostamenti e cambi di posizione senza aver bisogno di una dose supplementare di ossigeno. La marsupio terapia permette inoltre la stabilizzazione della frequenza cardiaca, fino alla scomparsa delle bradicardie.

La Kangaroo Mother Care si rivela quindi una preziosa risorsa qualora non siano disponibili incubatrici o qualora si volesse comunque preferire il corpo della madre ad un'attrezzatura artificiale.

A sostegno del fatto che la madre può sostituirsi in toto all'incubatrice vi è uno studio effettuato in Germania tra l'Aprile 1997 e il Gennaio 2003, su trentuno bambini stabili pretermine, che necessitavano di un trasporto extra- ospedaliero.⁵

Il trasferimento in incubatrice ha diversi svantaggi, tra cui l'instabilità durante il trasporto con aumento della mortalità e morbilità, la mancanza di adeguati sistemi di fissaggio del bambino in caso di incidente e la separazione della madre dal piccolo.

I neonati reclutati nello studio sono stati trasportati con la modalità della marsupio terapia fino a destinazione (ventisette trasporti condotti dalla madre, uno dal padre, due da un infermiere e uno da un medico), con una distanza di trasporto di 2- 400 km e con una durata da 10 a 300 minuti.

Lo studio ha evidenziato che la frequenza cardiaca, la frequenza respiratoria, la saturazione d'ossigeno e la temperatura corporea sono rimasti stabili durante tutti i trasporti e inoltre i genitori si sono sentiti molto più sicuri e confortati da questo metodo, non dovendosi separare dai piccoli.

- *Sonno e coliche*

Le cause delle coliche del neonato non sono ancora completamente note.

Un'ipotesi è che la colica venga causata dall' incapacità del bambino (sia esso prematuro o a termine) di mutare dallo stato di sonno ad un altro stato, per esempio dallo stato di veglia a quello di sonno e viceversa. Il gas associato alla colica è causato dall'eccesso di pianto durante queste transizioni.

La marsupio terapia svolta in ambiente tranquillo, con luce soffusa, ha dimostrato che riducendo il pianto, aiuta il bimbo a imparare la transizione dallo stato di sonno ad un altro, aumentando anche la durata del sonno totale.⁶

Il comportamento generale del piccolo migliora: dorme di più, piange di meno ed è nel complesso più tranquillo.⁷

- *Alimentazione*

La marsupio terapia garantisce un accesso facile al seno materno favorendo l'alimentazione a richiesta e l'aumento di peso.

Inoltre la marsupio terapia, permettendo al bambino di dormire di più e meglio rispetto a quanto farebbe nella culla, gli fa risparmiare energie per cose più importanti, come la poppata al seno.

Il contatto pelle a pelle ha anche un effetto positivo sulla produzione del latte materno, elemento ottimale che dà supporto e protezione al bambino.

La promozione dell'allattamento al seno, collegata al KMC, è confermata dal fatto che alla dimissione questi bambini vengono più spesso allattati al seno in modo esclusivo (82%).⁸

- *Relazione mamma- bambino*

La precoce relazione mamma – bambino influenza positivamente lo sviluppo neurologico e anche l'attività motoria ne trae beneficio: il bambino appare più vivace e competente.⁹

Da questo contatto non deriva alcun rischio che il piccolo contragga infezioni, anzi l'alimentazione al seno e la crescita di peso lo proteggono da questo pericolo evitando complicanze che portano ad un aumento dei tempi di ospedalizzazione e maggior stress per i genitori.

2.4.2 Benefici della Kangaroo Mother Care alla madre:

Le mamme che svolgono la marsupio terapia si sentono più sicure di sé e di conseguenza hanno maggiore fiducia nella propria capacità di accudire e allattare il bambino.

Si nota in loro un sentimento più vivo di realizzazione e di competenza e meno angoscia.

Le mamme che praticano la marsupio terapia sono felici di portare il loro piccolo bebè tranquillo e caldo.

Se una madre è depressa, non bisogna forzarla né colpevolizzarla, ma occorrerà lasciarle il tempo necessario perché possa nascere in lei il desiderio di mettere in atto la “posizione canguro”.

Tenere il bimbo a contatto con il proprio corpo è utile anche per diminuire il senso di colpa che provano alcune mamme che hanno partorito un prematuro, poiché permette l’instaurarsi di una relazione di intimità e attaccamento esclusivo tra genitore- bambino.¹⁰



2.4.3 Benefici della Kangaroo Mother Care al padre:

Mamma e papà diventano i primi attori al centro stesso del reparto di cura.

Il metodo canguro dà loro fiducia in sé stessi, li rassicura nelle loro competenze, offrendo gli strumenti per seguire meglio di chiunque altro il proprio fragile bambino.

Generalmente, ai padri piace tenere il piccolo sulla propria pelle durante le settimane che mancano al completamento del periodo naturale della gravidanza della



loro compagna.

In questo modo condividono con lei le cure, spesso spossanti, che occorre prodigare al fragile neonato e si rendono conto, almeno in parte, di quanto sia gravosa la maternità aumentando la sensibilità verso i bisogni del neonato.

2.4.4 Benefici della Kangaroo Mother Care per il personale sanitario:

La Kangaroo Mother Care umanizza il comportamento dell'equipe di reparto nei confronti delle famiglie, favorendo la formazione di un gruppo compatto che opera per il bene del neonato.

Promuovere l'utilizzo di questa tecnica porta vantaggi in termini di benessere per il piccolo poiché una mamma nutre suo figlio più volte di quanto farebbe un'infermiera che deve seguire più neonati e inoltre permette al personale di riservare più tempo per i bimbi le cui madri non possono occuparsene durante la degenza per ragioni mediche.

La marsupio terapia è un metodo di cura moderno ed efficace, sia in realtà dove non sono disponibili tecnologie costose e cure adeguate, sia in centri forniti.

2.5 Come e quando eseguire la Kangaroo Mother Care?

Nel contatto pelle a pelle che si verifica immediatamente dopo il parto, il neonato dopo un'accurata asciugatura, viene messo nudo sul torace della mamma, tra i due seni e coperto da un panno caldo.

Nelle altre circostanze, per una maggior efficacia del metodo, è importante effettuare un posizionamento corretto del bambino sul petto della mamma:

- al genitore viene fornito un camice di stoffa che dovrà indossare con l'allacciatura sul davanti, dopo essersi tolto i vestiti per rimanere a petto nudo;
- il genitore viene poi invitato a sedersi su un' apposita poltrona e a ricercare una posizione comoda e confortevole che favorisca il rilassamento; a questo punto sarà pronto per accogliere il neonato sostenendo con le mani testa-spalle e pollice per stabilizzare bene il capo e il tronco;

- il bimbo, con addosso solo il pannolino, un cappellino e le calzine, in modo da tenere calde le estremità, viene posizionato tra i due seni della madre in posizione eretta;
- la testa del piccolo deve essere ruotata su un lato per fargli appoggiare un orecchio sul petto della madre, così da sentire il battito cardiaco, e deve essere leggermente estesa;
- le gambe e le braccia devono essere piegate per assumere una posizione simile a quella della rana;
- la pancia del piccolo deve essere a contatto con il petto della mamma;
- con una mano la mamma deve sorreggere il sederino del piccolo (figura 1);



Figura 1

- al piccolo verrà posta sulle spalle una copertina così da mantenerlo più riparato. È possibile inoltre, utilizzare una fascia o una camicia- marsupio per permettere alla madre completa libertà di movimento, di stare nella posizione più comoda per lei, anche in piedi a camminare, senza nessuna paura che il bimbo scivoli (figura 2). Questo modo di portare il bambino viene anche simpaticamente chiamato “utero con vista”.



Figura 2

Per quanto riguarda le tempistiche della marsupio, queste dipendono dalle condizioni del neonato.

Generalmente si effettua sui prematuri stabilizzati, ma in alcuni reparti di Terapia Intensiva si promuove anche su neonati che hanno ancora necessità di ossigenoterapia, fleboclisi o un'alimentazione tramite sondino.

L'opportunità di applicare o meno questo metodo viene valutato caso per caso dai medici; ad ogni modo se il personale è adeguatamente preparato e il piccolo non è in condizioni di instabilità, né i presidi per la somministrazione di ossigeno né quelli per la nutrizione enterale e tantomeno le fleboclisi, sono controindicazioni alla pratica della marsupio terapia.

Il genitore dovrà occuparsi solo del contatto con il suo bambino, mentre del corretto posizionamento dei presidi che il bambino possiede e dei suoi parametri si preoccuperà l'infermiere, che valuterà la necessità di un'eventuale interruzione della marsupio in caso il neonato desse segni di stanchezza o instabilità.

Una volta cominciata, la marsupio terapia andrebbe eseguita per almeno un'ora e mezza, due volte al giorno: porre il bambino sul seno della madre e staccarlo/riattaccarlo da eventuali presidi comporta un certo stress per il piccolo, quindi una volta posizionato andrebbe lasciato lì per un periodo di tempo sufficiente a far sì che il bimbo si adatti alla nuova situazione per poi iniziare a coglierne i benefici.

Una volta cominciata è preferibile eseguire la marsupio terapia tutti i giorni, è indifferente se ad eseguirla saranno la mamma o il papà (passati i primi giorni in cui è meglio sia la mamma).

Può essere eseguita sia al mattino che al pomeriggio, preferibilmente quando le attività del reparto sono al minimo, in quanto è importante avere un ambiente il più confortevole possibile con una riduzione degli stimoli sonori negativi e luci soffuse; è bene concordare con il personale di assistenza il momento migliore.

E' possibile portare un cd contenente la musica che veniva ascoltata durante la gravidanza, quindi familiare per il bambino.

Questo momento dovrebbe servire a ricreare il legame interrotto, dovrebbe perciò essere esclusivo per le due persone, per questo viene consigliato al genitore di non prestare attenzione agli stimoli esterni, dedicandosi solo al proprio bambino, cantando qualcosa sottovoce o parlando così da permettergli di riconoscere la voce materna/paterna e rilassarsi.

E' molto importante ricordare ai genitori una corretta igiene personale prima di una seduta di marsupio terapia, essendo i neonati prematuri "delicati" dal punto di vista immunitario.

Gli ostacoli che si possono incontrare nell' applicare questo metodo sono costituiti dalle barriere culturali degli operatori, che si sentono molto più protetti dall'uso di sofisticate tecnologie; resistenza da parte delle madri e delle famiglie che preferiscono delegare agli operatori sanitari la soluzione dei problemi; necessità di un adattamento ambientale per renderlo possibile.

3. KANGAROO MOTHER CARE NEL PROGETTO OSPEDALE AMICO DEL BAMBINO

Un ospedale è nominato "Amico dei Bambini" quando ha intrapreso con successo una trasformazione dell'assistenza a mamme e bambini nel proprio punto nascita, applicando i dieci passi per la promozione, la protezione ed il sostegno dell'allattamento materno redatti dall'UNICEF e dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità):

1. Definire un protocollo scritto per l'allattamento al seno da far conoscere a tutto il personale sanitario
2. Preparare tutto il personale sanitario per attuare compiutamente questo protocollo
3. Informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento al seno
4. Mettere i neonati in contatto pelle a pelle con la madre immediatamente dopo la nascita per almeno un'ora e incoraggiare le madri a comprendere quando il neonato è pronto per poppare, offrendo aiuto se necessario
5. Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la secrezione lattea anche nel caso in cui vengano separate dai neonati
6. Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne che su precisa prescrizione medica
7. Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (rooming-in), in modo che trascorrono insieme ventiquattr'ore su ventiquattro durante la permanenza in ospedale
8. Incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento
9. Non dare tettarelle artificiali o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento
10. Promuovere la collaborazione tra il personale della struttura, il territorio, i gruppi di sostegno e la comunità locale per creare reti di sostegno a cui indirizzare le madri alla dimissione dall'ospedale.

Come possiamo vedere la Kangaroo Mother Care rappresenta la logica scientifica del passo quattro dell'iniziativa "Ospedale Amico del Bambino".

Porre immediatamente dopo la nascita il bambino a contatto con la madre, getta le basi per una relazione di intimità in cui il piccolo viene subito confortato e la mamma si sente indispensabile nell'accudire il suo bimbo; si può dire che è il migliore dei modi per le mamme per superare il brusco distacco causato dal parto.¹¹

Sottolineiamo nuovamente che la Kangaroo Mother Care pur portando benefici maggiori ai nati prematuri, è un valido metodo anche per i nati a termine, per le stesse motivazioni sopra elencate.

4. FASCIA PORTA - BEBÈ

Volendo creare una continuità tra la marsupio terapia svolta nei reparti ospedalieri e la cura del proprio bimbo al domicilio, il sussidio ideale è la cosiddetta fascia porta - bebè.

Questa fascia è un'alternativa al passeggino che permette di trasportare il bambino tenendolo a stretto contatto col proprio corpo.

Il bambino in questo modo può calmarsi e addormentarsi più facilmente, grazie alla vicinanza della mamma o del papà.

Mentre portano i bambini in fascia, i genitori hanno le mani libere, un vero e proprio aiuto dal punto di vista pratico, che permette loro di svolgere qualsiasi tipo di attività: dormire, mangiare, fare la spesa, camminare, leggere, svolgere faccende domestiche, occuparsi di altri figli, etc.

Oltre che per gli spostamenti con il bambino, in casa e fuori casa, le fasce porta - bebè possono essere utili per allattare in una posizione comoda.

Esistono ad oggi sul mercato, molti tipi di fasce porta - bebè, a seconda della corporatura del genitore, delle caratteristiche della fascia e delle preferenze personali.

Le posizioni realizzabili con questo presidio sono quelle con il bimbo davanti, il bimbo sulla schiena e il bimbo di fianco.

I principali modelli utilizzati sono le fasce porta - bebè lunghe rigide, fasce porta - bebè lunghe elastiche, i mei tai, le fasce porta - bebè ad anelli (dette anche Ring Sling) e i Marsupi (che tra i vari supporti proposti è il più adatto per portare i bambini più grandi e pesanti).¹²

5. ELABORAZIONE DELLA RACCOLTA DATI

5.1 Metodi e strumenti d'indagine

Durante il periodo di tirocinio presso l'Unità Operativa di Pediatria di Belluno, mi sono interessata alla pratica della marsupio terapia in quanto moderna, innovativa ed in parte ancora sconosciuta.

Nel dialogo con le infermiere è però emerso che, nonostante questo nuovo approccio al neonato venga promosso costantemente ai neo - genitori, non sempre questi ne colgono l'importanza e quindi la marsupio terapia non viene svolta con tempistiche adeguate.

Ho deciso di approfondire l'argomento esaminando le cartelle dei nati prematuri dell'anno 2014 e da queste ho estrapolato alcune informazioni per ogni nato: tipo di parto, provenienza della madre, settimana di gestazione, peso alla nascita, parità, eventuale gemello, permanenza in termoculla, giornate di degenza, eventuali presidi per l'ossigeno o per la nutrizione del neonato e volte in cui i genitori hanno effettuato la KMC (tabella riassuntiva in allegato 1).

Tale raccolta dati ha dimostrato che la sensazione delle infermiere riguardo a tempistiche inadeguate nello svolgimento della marsupio terapia in Patologia Neonatale era fondato.

Dei 90 nati prematuri del 2014 di cui si sono raccolti i dati, il 57% non ha mai effettuato la marsupio terapia.

È una percentuale molto alta se si pensa ai benefici che essa apporta a madre e neonato senza il minimo impiego di risorse extra.

Solo una mamma su 90 ha svolto la marsupio terapia sopra la soglia del 50% rispetto alle tempistiche indicate, pur non raggiungendo un numero di volte sufficienti.

Questi dati mostrano come in qualche modo nonostante l'informazione orale sulla marsupio terapia che tutte le infermiere dichiarano di dare la prima volta che i genitori accendono alla Patologia Neonatale, i risultati non sono soddisfacenti.

A questo punto c'è da interrogarsi su quali possano essere i motivi di questa non adesione dei genitori.

Nell'intervista al personale dell'Unità Operativa di Pediatria da me condotta successivamente (ventuno infermiere, tre puericultrici ed un'operatrice socio sanitaria), le motivazioni sollevate sono state le seguenti:

- *La mamma è ricoverata nel reparto di Ostetricia.* In questo modo l'esecuzione della KMC viene ostacolata dalla routine operativa non parallela dei due reparti di degenza: ovvero quando il bimbo può, la madre non può e viceversa.
Per routine intendiamo giri visita, esecuzione di esami, distribuzione pasti, giro di terapia e così via.
- *Presenza di altri figli a casa.* La mamma non ha tempo di dedicare tutte le ore richieste alla marsupio terapia perché ha altri figli da accudire.
- *Tempistiche.* Parliamo o di fretta della mamma che ha altri impegni durante la giornata o ha problemi di trasporto e quindi ha tempi ristretti da poter dedicare al piccolo o fretta del personale, che nell'intento di iniziare il prima possibile la marsupio con il nuovo nato non rispetta i tempi dei genitori che non sempre sono pronti a questo tipo di intimità, di responsabilità e si sentono spaventati.
- Un aspetto importante che è emerso da molte interviste è quello del *trauma psicologico* che vivono le madri di prematuri.¹³
Queste donne si sentono in qualche modo in colpa per non avere portato a termine la gravidanza e responsabili di tutte le cure e i trattamenti che i loro piccoli sono costretti a subire di conseguenza.
È molto importante per un'infermiera capire quando ci si trova di fronte ad un caso simile, poiché in questa situazione spingere la mamma a svolgere la KMC comporterebbe solo effetti negativi.
L'intimità che si crea durante la marsupio terapia va voluta e ricercata sia dalla mamma che dal bambino, non può essere in alcun modo imposta.
In tal caso alcune infermiere hanno espresso il disagio di non avere il supporto di uno specialista psicologo a cui rivolgersi in queste situazioni; non tutte si sentono in grado di dare a queste mamme che soffrono un aiuto concreto per superare le loro paure e i loro sensi di colpa.

La sensazione di queste mamme è ben espressa nel libro “Adrien o la collera dei neonati” di Jean-Pierre Relier, in cui emerge la sofferenza, il senso di colpa e l’inadeguatezza che si trova a dover affrontare la mamma di un prematuro:

“...L’odore della “tua mamma” divenne più vicino e si ritrovò immerso in lei, sommerso da lei. Credette di essere di nuovo in assenza di gravità e tentò un avvicinamento per mettersi in quella posizione fetale a cui era tanto affezionato...

Gli metta la mano sulla nuca così avrà la testa sostenuta. Si distenderà subito e tra poco potrebbe anche addormentarsi...Isabelle depose il bambino contro il petto di sua madre. Aiutò Agate a mettere le braccia e le mani in maniera corretta perché Adrien non soffrisse a causa dei tubi dai quali dipendeva e approfittasse al massimo di quel momento di tenerezza...Si rannicchiò nel profumo che esalava da quella carne di cui era fatto...”Mamma” lo riempiva tutto di gioia, di amore, di serenità faceva scaturire in lui uno slancio così potente da fargli dimenticare perfino che ora però la sua esistenza si distingueva da quella di Agate...Sentì sorgere in lui una forza, questa gli permetteva di lottare contro la debolezza, che si manifestava nei minimi recessi del suo organismo...All’improvviso ebbe voglia di vivere.

...Agathe uscì di corsa dalla sala di rianimazione dei gravi prematuri e si precipitò verso i bagni per piangere con comodo. Si sentiva sommergere da un’emozione mista di gioia e di tenerezza , velate di tristezza. Stava scoprendo quell’amore dolce e violento, traboccante e sottile che provava per suo figlio. Aveva appena tenuto per la prima volta Adrien contro di sé, per la prima volta lo aveva cullato. Ritrovava il sentimento che aveva provato dopo il parto, quando glielo avevano appoggiato sul ventre per un breve momento.

Ma oggi il bambino le si era abbandonato del tutto, con una totale fiducia. Non aveva mai conosciuto una sensazione come quella. Il dono di sé che lui faceva, a lei sola, l’aveva sconvolta fin nel profondo dell’anima. La magica osmosi si era ripetuta e ora che il bambino era visibile e palpabile, la sua realtà era ancor più commovente. Quegli istanti di felicità cancellavano la nostalgia che sentiva per la gravidanza, per il ricordo dei due corpi uniti che vivevano l’uno dell’altra in perfetta armonia, a parte il dispiacere che le proveniva dal non aver portato a termine la gestazione. Stava ritrovando una gioia di vivere scomparsa dopo la nascita di suo figlio”.

- *Poca esperienza nel gestire prematuri con presidi ospedalieri (fleboclisi, nutrizione parenterale, ossigeno - terapia...) durante la KMC.*

Le infermiere affermano di non sentirsi preparate per gestire la marsupio terapia di bambini con condizioni cliniche che richiedono presidi ospedalieri.

Solo alcune, con una formazione sulla KMC più specifica e con esperienza in altre Terapie Intensive Neonatali più grandi, hanno questo tipo di sicurezza che gli fa svolgere la KMC anche con bambini più problematici dal punto di vista clinico.

- *Organizzazione strutturale.* Nella Patologia Neonatale di Belluno la marsupio terapia viene svolta nella stessa stanza in cui vi sono gli altri prematuri ricoverati.

Questo fa sì che le mamme non riescano a concentrarsi esclusivamente sul loro bambino, poiché vengono distratte dalle altre attività di reparto mentre il tempo che si dedica alla marsupio terapia dovrebbe essere un momento in cui mamma e bambino stabiliscono un'intesa, un'intimità, lontano da stimoli esterni.

L'ambiente circostante dovrebbe essere silenzioso, con luci soffuse e privo di distrazioni, è però da dire che anche se al momento non vi è a Belluno una stanza da dedicare alle mamme che svolgono la KMC, le infermiere sono molto attente nel cercare di creare il maggior confort possibile alle mamme e i loro piccoli fornendo poltrone comode, luci basse e riducendo al minimo i rumori.

- *Trasferimento da una Terapia Intensiva maggiore.* Nelle Terapie Intensive più grandi non sempre la marsupio terapia viene svolta poiché i bambini ricoverati sono tanti e le problematiche più complesse.

Quando un bambino viene trasferito in una Terapia Intensiva più piccola come quella di Belluno la proposta di marsupio terapia può non venire accolta perché i genitori non sono pronti a metterla in pratica e quindi occorre concedere loro del tempo.

A questi aspetti che abbiamo elencato si somma il fatto che il personale del reparto non ha ricevuto una formazione specifica su questa tecnica e alcune infermiere manifestano la necessità di istituire un protocollo che permetta a tutte loro di operare allo stesso modo

cosicché non vi siano discrepanze tra le informazioni o il modus operandi di una o dell'altra infermiera.

Le informazioni che al momento il personale ha sulla KMC provengono principalmente da un'infermiera che ha frequentato dei corsi di aggiornamento specifici e che poi ha istruito e aggiornato le colleghe.

Tutte sostengono di aver integrato questo sapere con informazioni ricavate da Internet e da pubblicazioni di esperienze di altre Terapie Intensive Neonatali.

Probabilmente le adesioni dei genitori potrebbero aumentare se alla spiegazione orale dell'infermiera si affiancasse un opuscolo informativo da lasciare a fine colloquio, in modo che papà e mamma possano leggerselo con calma, assimilare i concetti e avanzare eventuali perplessità all'incontro successivo.

Attualmente non esiste materiale del genere in reparto ma tutte le informazioni sulla pratica vengono fornite la prima volta che i genitori di un prematuro accedono alla Patologia Neonatale, il tutto appunto oralmente.

Questo a parer mio potrebbe esser un punto di miglioramento poiché al primo accesso in una Terapia Intensiva Neonatale i genitori sono sopraffatti da molte emozioni e non hanno la mente lucida per comprendere appieno le spiegazioni dell'infermiera.

Lasciare un opuscolo scritto permetterebbe loro di poter recuperare le informazioni una volta superata la paura e l'angoscia del primo impatto con la Patologia Neonatale.

L'intervista poneva anche una domanda su cosa il personale pensasse del proseguimento della KMC al domicilio con il metodo fascia: tutte si sono mostrate molte a favore e riferiscono anche molti feedback positivi da parte dei genitori a cui era stata proposta questa modalità.

Ho avuto modo di partecipare attivamente ad un colloquio dove l'infermiera mostrava come utilizzare la fascia a una coppia di genitori, simulando i movimenti con un bambolotto. Dopo la spiegazione teorica e la dimostrazione pratica, l'infermiera ha permesso ai genitori di esercitarsi a creare con la fascia varie posizioni per portare il piccolo ed infine la prova ultima con il bimbo vero.

Ho notato un grande entusiasmo e professionalità nel modo in cui l'infermiera ha proposto la fascia e i genitori sono rimasti meravigliati e compiaciuti della praticità e sicurezza di questo metodo che oltre ad essere molto efficace permettendo di lasciare le mani libere, fa

si che il bambino resti accoccolato sul genitore anche per molto tempo, gratificando entrambi.

5.2 Proposte interventistiche

Una volta analizzato i problemi che secondo il personale sono causa di una mancata adesione alla Kangaroo Mother Care, si propongono di seguito possibili correttivi:

- *Opuscolo scritto*

La sola comunicazione verbale senza il supporto di materiale scritto, ha lo svantaggio di essere facilmente fraintesa e il rischio che le informazioni date vadano perse a causa dell'emozione del momento o della poca chiarezza di chi le fornisce. Avere un dossier scritto da consegnare ai genitori (integrato anche con figure esplicative della tecnica proposta) sopperisce ad eventuali mancanze/dimenticanze dell'infermiera e permette al genitore di avere chiarimenti.

- *Protocollo*

Molte infermiere hanno espresso la necessità di avere un protocollo sulla Kangaroo Mother Care che entrasse nella routine di reparto.

In questo modo tutte le informazioni date ai genitori verrebbero uniformate, non vi sarebbero discrepanze tra ciò che dice l'una e l'altra infermiera e darebbe modo a chi ha meno conoscenze a riguardo di avere una guida da seguire. Avere un protocollo inoltre, è un incentivo in più per proporre la tecnica della marsupio terapia poiché questa entrerebbe a far parte delle procedure di reparto e non verrebbe promossa solo da alcune infermiere secondo coscienza.

- *Disponibilità strutturale*

L'assenza di una stanza riservata alle mamme che svolgono la marsupio terapia è sicuramente un punto di miglioramento.

Per quanto le infermiere cerchino di creare il maggior confort possibile a mamme e bambini durante le sedute di marsupio, i genitori vengono comunque in parte distratti dalle attività del personale su gli altri bambini ricoverati.

Questo momento di intimità che mamma e figlio dovrebbero condividere, è intralciato da un ambiente in cui macchine in funzione e infermiere al lavoro disturbano.

Nei prossimi mesi il reparto di Pediatria di Belluno si sposterà, andando a collocarsi in un'area nuova dell'ospedale. Sarebbe auspicabile riservare fin dall'inizio un'area per la marsupio terapia che non sia interna alla Patologia Neonatale.

In questa stanza si potrebbe mettere a disposizione dei genitori riviste e pubblicazioni riguardanti altre esperienze di Kangaroo Mother Care, così da dare evidenze certe del metodo, incoraggiamento e supporto emotivo leggendo storie di chi ha vissuto la loro stessa situazione.

Questo dovrebbe essere un posto di raccoglimento per mamma e bambino, un posto in cui rilassarsi e in cui dimenticarsi di essere in un ospedale, godendosi quei momenti di intimità e amore.

La mamma in questo modo accoglierebbe totalmente il suo ruolo genitoriale, cominciando fin da subito a interpretare e soddisfare i bisogni del suo piccolo in piena autonomia, tranquilla che in caso di necessità avrebbe l'aiuto dell'infermiera.

- *Formazione*

Come in ogni altro ambito c'è chi sviluppa un interesse maggiore per un argomento e chi per un altro.

Nel reparto di Pediatria di Belluno due infermiere hanno svolto corsi specifici sulla Care Neonatale e si aggiornano periodicamente sui suoi sviluppi.

Attraverso l'organizzazione di briefing queste infermiere potrebbero fornire alle colleghe le novità sull'argomento focalizzandosi su alcuni aspetti specifici dal momento che, facendo loro stesse parte del personale, sono consapevoli delle problematiche e delle carenze del reparto riguardo la marsupio terapia e quindi svolgere un aggiornamento più mirato.

Riuscirebbero inoltre a tener conto dei turni delle colleghe organizzando più incontri e dando a tutte la possibilità di partecipare.

Questi briefing oltre che essere istruttivi, darebbero la possibilità alle infermiere di confrontarsi su esperienze vissute ed avere consigli che magari altrimenti non chiederebbero. Ogni momento di condivisione permette all'équipe di crescere e

migliorarsi. È necessario però dare a questi eventi una veste “istituzionale”, prevedendoli, per esempio, nell’ambito del fabbisogno formativo dell’Unità Operativa, in modo che non siano legati alla sola “disponibilità” delle infermiere esperte e non siano rivolte solo ai colleghi più sensibili ma all’intera equipe.

- *Supporto psicologico*

Nell’intervista svolta alcune infermiere hanno espresso il disagio provato di fronte a genitori che vivono sentimenti spiacevoli e contrastanti che non riescono a comprendere e gestire.

In queste situazioni le infermiere vorrebbero poter rivolgersi ad una figura professionale più competente in materia come uno psicologo, garantendo così ai genitori adeguato supporto da parte di uno specialista. È bene ricordarsi che il successo di un’assistenza personalizzata è strettamente collegato ad un approccio alla persona multidisciplinare. Ogni specialista deve potersi appoggiare ad un collega qualora la situazione che gli si presenta sconfini dalle sue abilità. Effettuare una prestazione senza averne la giusta preparazione equivale a sottoporre al paziente un trattamento scadente e per nulla pertinente.

- *Lontananza dall’ospedale e/o figli a carico*

Altra problematica emersa dal colloquio con le infermiere è data dalla vastità del territorio Bellunese che non dispone di Patologie Neonatali sul territorio se non quella dell’ Ulss 1 di Belluno e dell’ Ulss 2 di Feltre.

La marsupio terapia richiede tempi abbastanza lunghi come abbiamo visto e non sempre le mamme possono assentarsi da casa per così tanto tempo, soprattutto se hanno altri figli da accudire. Spesso inoltre, se abitano in zone montuose distanti da Belluno o da Feltre, non hanno mezzi pubblici ad orari comodi per raggiungere la Terapia Intensiva e, anche se automunite, due viaggi al giorno si rivelano spesso troppo impegnativi e dispendiosi. A tal proposito l’Ulss 1 di Belluno e il Comitato d’Intesa tra le Associazioni Volontaristiche della Provincia di Belluno hanno voluto costruire, nel giardino dell’Ospedale S. Martino di Belluno “CASA TUA”, un alloggio per i familiari degli ammalati che prestano assistenza ai loro cari e per i malati che si sottopongono a terapie continuative. L’ospitalità è gratuita e le entrate

provengono per la stragrande maggioranza da elargizioni di associazioni e privati che periodicamente organizzano raccolte a favore dell'associazione, mentre le rimanenti entrate sono costituite dalle offerte libere degli ospiti. Possiamo quindi dire che una soluzione per le mamme che vivono lontano c'è, mentre trovare qualcuno che si prenda cura di altri figli mentre la mamma si concentra sul neonato è un problema di difficile risoluzione da parte nostra.

6 CONCLUSIONI

La pratica della marsupio terapia è molto facile da attuare, non ha controindicazioni sul neonato stabile ma al contrario apporta ad esso benefici sia fisici che emozionali che in un'ottica di umanizzazione dell'assistenza al neonato, non possono essere ignorati.

Purtroppo, come ha dimostrato la mia ricerca, anche se si è convinti dei benefici della Kangaroo Mother Care sono molti gli ostacoli da superare per far sì che questo metodo entri a far parte della routine assistenziale del neonato pretermine.

Vale però la pena cercare di trovare soluzioni a questi ostacoli, perché ciò che se ne ricaverebbe ha una potenziale enorme.

Dai racconti di alcune mamme che hanno praticato la marsupio terapia sui loro piccoli trapelano frasi come "... Esperienza splendida ed indimenticabile. Niente a separarci, pelle a pelle, respirare all'unisono..." o ancora "... E' stato davvero molto importante per me e per il mio bimbo, tanto che il mio piccolino che ora ha 2 anni e mezzo, quando vuole rilassarsi e addormentarsi, si mette ancora nella stessa posizione della marsupio terapia. Lui ascolta il mio cuore ed io sento il suo respiro su di me...sono momenti magici...".

Ciò che accade mentre la mamma tiene il suo bimbo in posizione canguro è qualcosa di estremamente forte dal punto di vista emotivo, un'intimità assoluta il cui ricordo verrà conservato per sempre dalla mamma e i cui benefici gioveranno a lungo sul piccolo nato.

Sta a noi permettere che tutto questo accada, andando incontro alle necessità dei genitori e garantendo loro il maggior confort possibile, regalandoli così, momenti di vita indimenticabili.

ALLEGATO 1
RACCOLTA DATI SCHEDE
CLINICHE ANNO 2014

LEGENDA:
G = GEMELLI
TC = TAGLIO CESAREO
FTP = FOTOTERAPIA

PAZIENTE N°	SETTIMANE GESTAZIONE	PESO gr	INIZIO RICOVERO	FINE RICOVERO	GIORNI IN INCUBATRICE	KMC MATTINA	KMC POMERIGGIO	NOTE
1	40+4	3000	01/01/2014	07/01/2014	1	0	0	Taglio cesareo, SNG in aspirazione, 1° figlio, provenienza Limana (BL)
2	G 37+1	2130	08/01/2014	15/01/2014	1	2	1	Taglio cesareo, gemello, 1° figlio, provenienza Belluno
3	G 37+1	2350	08/01/2014	15/01/2014	1	2	1	"
4	38+2	2140	11/01/2014	18/01/2014	1	0	1	Parto spontaneo, 1° figlio, provenienza Agordo (BL)
5	G 33+4	2390	15/01/2014	31/01/2014	1	0	0	Taglio cesareo, gemello, 2° figlio, provenienza Belluno
6	G 33+4	1850	15/01/2014	31/01/2014	1	0	0	"
7	37+2	3000	16/01/2014	22/01/2014	1	0	0	O2 terapia per 12h, 1° figlio, Lozzo di Cadore (BL)
8	41+1	3720	16/01/2014	24/01/2014	1	1	2	O2 terapia per 36h, 1° figlio, Canale d'Agordo (BL)
9	37	2040	29/01/2014	06/02/2014	1	0	0	2° figlio, provenienza Belluno
10	40+6	3410	29/01/2014	05/02/2014	1	0	0	Provenienza Pieve di Cadore (BL)
11	G 35+2	2070	07/02/2014	18/02/2014	1	0	2	Taglio cesareo, gemello, 1° figlio, provenienza Belluno
12	G 35+2	2340	07/02/2014	18/02/2014	1	1	1	"
13	G 35+2	1700	16/02/2014	07/03/2014	1	10	10	Taglio cesareo, gemello, 1° figlio, provenienza Vittorio Veneto (TV), mamma in alloggio a "casa tua "
14	G 35+2	1900	16/02/2014	07/03/2014	1	9	4	"
15	33+2	2250	18/02/2014	05/03/2014	1	0	0	CPAP, 4° figlio, provenienza Pieve di Cadore (BL), mamma in alloggio a "casa tua "
16	40+1	3680	20/02/2014	22/02/2014	0	0	0	Provenienza Belluno
17	37+6	3070	22/02/2014	26/02/2014	1	0	0	Provenienza Pieve di Cadore (BL)
18	37+2	1790	03/03/2014	08/04/2014	1	9	4	SNG, trisomia 18, 2° figlio, Longarone (BL)
19	35+2	2460	04/03/2014	15/03/2014	0	0	0	1° figlio, provenienza Belluno
20	39+3	3190	05/03/2014	13/03/2014	0	0	0	1° figlio, mamma pakistana, provenienza Ponte nelle Alpi (BL)
21	35	2130	06/03/2014	17/03/2014	1	2	1	1° figlio, provenienza Ponte nelle Alpi (BL)
22	40+1	2100	15/03/2014	26/03/2014	1	0	0	1° figlio, provenienza Feltre (BL)
23	40	2980	17/03/2014	24/03/2014	1	0	0	1° figlio, provenienza Santa Giustina (BL)
24	G 36+2	2560	18/03/2014	28/03/2014	1	0	0	Taglio cesareo, mamma tunisina, 1° figlio, gemello, provenienza Ponte nelle Alpi (BL)
25	G 36+2	2700	18/03/2014	28/03/2014	1	0	0	"

26		35+4	3000	18/03/2014	27/03/2014	1	1	1	O2 terapia per 48h, 2° figlio, mamma serba, provenienza Longarone (BL)
27		39+5	2675	07/03/2014	08/03/2014	0	0	0	Trasferito a Treviso, provenienza Santa Giustina (BL)
28		24+1	655	24/03/2014	15/04/2014	0	0	0	Trasferito da Padova già nel lettino
29		41+5	3050	12/04/2014	21/04/2014	1	0	1	1° figlio, mamma marocchina, provenienza Pieve d'Alpago (BL)
30		36+1	2750	15/04/2014	23/04/2014	1	1	1	Taglio cesareo, CPAP per 24 h, provenienza Auronzo di Cadore (BL)
31		33+3	1960	18/04/2014	28/04/2014	1	1	4	Taglio cesareo, 1° figlio, provenienza La Valle Agordina (BL)
32		33+6	1650	03/04/2014	15/04/2014	1	2	1	Taglio cesareo, 2° figlio, trasferimento a Treviso e ritorno a Belluno, provenienza Limana (BL)
				22/04/2014	05/05/2014				
33	G	36+1	2260	05/05/2014	14/05/2014	1	0	0	Taglio cesareo, 1° figlio, gemello, provenienza Pieve d'Alpago (BL)
34	G	36+1	2150	05/05/2014	14/05/2014	1	0	0	"
35		35+4	2270	07/05/2014	19/05/2014	1	1	0	1° figlio, mamma slovacca, provenienza Ponte nelle Alpi (BL)
36	G	33+4	1740	08/05/2014	21/05/2014	1	2	3	Taglio cesareo, 1° figlio, gemello, trasferimento da Treviso, mamma in alloggio a "casa tua", provenienza Cadore (BL)
37	G	33+4	1715	08/05/2014	21/05/2014	1	3	4	"
38		40+4	3910	25/05/2014	02/06/2014	1	0	0	O2 terapia per 24h, 1° figlio, provenienza Farra d'Alpago
39		33+1	1420	15/05/2014	04/06/2014	1	2	9	1° figlio, provenienza Belluno
40		40+2	2320	18/05/2014	23/05/2014	1	0	1	SGA, 1° figlio, provenienza Domegge di Cadore
41		38+1	1880	20/05/2014	27/05/2014	1	2	1	SGA, taglio cesareo, 2° figlio, provenienza Pieve di Cadore
42	G	33+5	1830	21/05/2014	02/06/2014	1	0	3	Taglio cesareo, parto trigemellare, primi figli, mamma in alloggio a "casa tua"
43	G	33+5	2200	21/05/2014	02/06/2014	1	0	0	" " FTP per48h
44	G	33+5	2280	21/05/2014	02/06/2014	1	0	1	" " FTP per24h
45		39+2	2380	15/06/2014	19/06/2014	1	0	0	SGA, provenienza Cadore
46		35+2	2470	16/06/2014	23/06/2014	1	0	0	FTP per 24h, provenienza Belluno
47		40+5	3410	30/06/2014	09/07/2014	0	0	0	1°figlio, provenienza Belluno
48		35	2390	05/07/2014	15/07/2014	1	0	3	Taglio cesareo, provenienza Canale d'Agordo
49		34+5	2130	01/07/2014	01/07/2014	1	0	0	Trasferimento a Mestre, 1° figlio, provenienza Conselve (PD)
50		36	2200	08/07/2014	22/07/2014	1	2	2	1° figlio, provenienza Belluno
51		39+1	3570	08/07/2014	12/08/2014	0	0	0	Taglio cesareo, 1° figlio, mamma della Rep. Ceca, provenienza Belluno
52		41+5	3500	09/07/2014	23/07/2014	1	0	0	Taglio cesareo, 2° figlio, provenienza Belluno
53		39+1	3550	13/07/2014	16/07/2014	0	0	0	3° figlio, provenienza Pieve d'Alpago
54		36+3	2930	14/07/2014	22/07/2014	1	1	2	2° figlio, provenienza Pieve di Cadore
55		36+5	2370	19/07/2014	25/07/2014	1	1	2	2° figlio, provenienza Agordo
56		29	750	23/07/2014	28/07/2014	0	0	0	Taglio cesareo, trasferimento da Camposampiero (PD), O2 terapia
57		41	3680	01/08/2014	06/08/2014	1	0	0	1° figlio, provenienza Longarone

58	G	35+6	2370	06/08/2014	14/08/2014	1	1	2	Taglio cesareo, gemello, provenienza Valle di Cadore (BL)
59	G	35+6	2240	06/08/2014	14/08/2014	1	1	2	"
60		34+2	2080	09/08/2014	23/08/2014	1	1	2	1° figlio, provenienza Calalzo di Cadore (BL)
61		33+6	1730	12/08/2014	01/09/2014	1	0	13	2° figlio, provenienza Belluno
62		40+4	3470	14/08/2014	21/08/2014	0	0	0	1° figlio, provenienza Sedico (BL)
63		35+6	285	15/08/2014	16/08/2014	0	0	0	2° figlio, provenienza Chions (FVG)
64		36+4	2520	18/08/2014	26/08/2014	1	0	1	Taglio cesareo, 5° figlio, provenienza Belluno
65		39+5	3440	23/08/2014	28/08/2014	0	0	0	2° figlio, provenienza Belluno
66		34+6	2660	25/08/2014	02/09/2014	1	0	1	2° figlio, provenienza Limana (BL)
67		38+4	3020	31/08/2014	02/09/2014	0	0	0	1° figlio, provenienza Belluno
68		30	1300	01/09/2014	18/09/2014	0	0	0	1° figlio, provenienza Nicotera (VV)
69		38+3	4350	02/09/2014	05/09/2014	0	0	0	ipoglicemia e tachipnea transitoria, provenienza La Valle Agordina (BL)
70		39+5	2910	29/09/2014	03/10/2014	0	0	0	Cianosi, 4° figlia, provenienza Lozzo di Cadore (BL)
71		40+5	3760	05/10/2014	08/10/2014	0	0	0	2° figlia, tachipnea transitoria, provenienza Belluno
72	G	37+2	2580	08/10/2014	16/10/2014	0	0	0	Taglio cesareo, gemello, provenienza Trichiana (BL)
73	G	37+2	1960	08/10/2014	16/10/2014	1	0	2	"
74		36	2250	08/10/2014	25/10/2014	1	5	5	1° figlio, provenienza Lozzo di Cadore (BL)
75		39	3070	08/10/2014	15/10/2014	0	0	0	Sepsi, mamma febbrile, provenienza Sedico (BL)
76		37+4	3270	17/10/2014	17/10/2014	0	0	0	Trasferimento a Treviso, provenienza Perarolo di Cadore (BL)
77	G	30+3	2120	20/10/2014	29/10/2014	1	0	0	Taglio cesareo, gemello, mamma cinese, trasferimento da Treviso, provenienza Rivamonte Agordina (BL)
78	G	30+3	2085	20/10/2014	29/10/2014	1	0	0	"
79	G	35+6	2760	05/11/2014	17/11/2014	1	0	0	Taglio cesareo, gemello, 1° figlio, provenienza Belluno
80	G	35+6	2610	05/11/2014	17/11/2014	1	2	0	"
81		36	2240	06/11/2014	14/11/2014	1	2	0	1° figlio, provenienza Ponte nelle Alpi (BL)
82		39	3600	24/11/2014	24/11/2014	0	0	0	3° figlio, mamma marocchina, provenienza Pieve di Cadore (BL)
83		35+5	2320	11/11/2014	22/11/2014	1	1	2	1° figlio, provenienza Belluno
84		40+4	3420	24/11/2014	02/12/2014	1	2	0	O2 terpaia per 24h, 1° figlio, provenienza Lozzo di Cadore (BL)
85		29+6	1360	24/11/2014	12/12/2014	0	0	0	Trasferimento da Treviso, mamma serba, provenienza Ponte nelle Alpi (BL)
86		40+6	3600	25/11/2014	03/12/2014	1	0	0	1° figlio, provenienza Cadore (BL)
87		37+4	1930	01/12/2014	09/12/2014	1	2	2	1° figlio, provenienza Sospirolo (BL)
88	G	33+2	1770	25/11/2014	19/12/2014	0	0	0	1° figlio, gemello, trasferimento da Treviso, provenienza Sedico (BL)
89	G	33+2	1900	25/11/2014	19/12/2014	0	0	0	"
90		39+6	3510	09/12/2014	13/12/2014	1	0	0	1° figlio, provenienza Ponte nelle Alpi (BL)

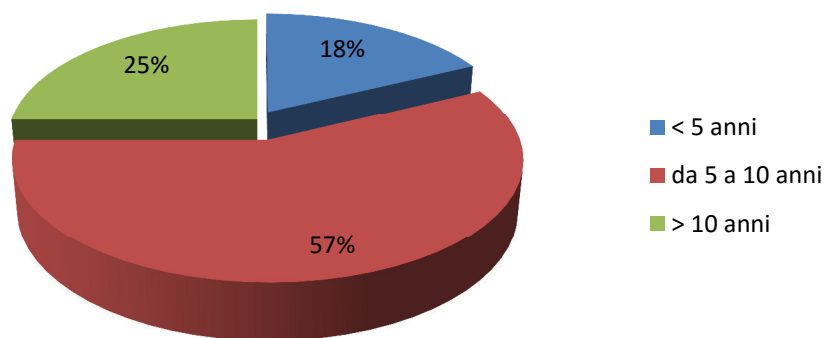
ALLEGATO 2

DOMANDE INTERVISTE

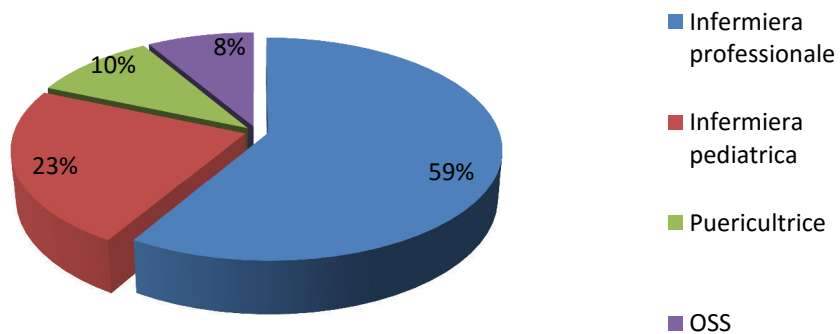
1. Da quanti anni lavora in questa Unità Operativa?
 - Meno di 5 anni
 - Da 5 a 10 anni
 - Più di 10 anni
2. Che percorso di studi ha seguito?
3. Ha fatto corsi di specializzazione/master aggiuntivi?
4. In base alla sua esperienza e al suo percepito, la marsupio- terapia viene eseguita in reparto con metodiche e tempistiche adeguate?
 - Sì
 - No. Se no, quali sono i motivi?
5. Esiste una formazione specifica, riguardo a tale tecnica, per il personale?
 - Sì. Da chi è stata fatta la formazione?
 - No. A chi potrebbero essere quindi indirizzati dei corsi informativi?
6. Le informazioni che ha sulla marsupio- terapia da che fonti provengono?
7. Esiste in reparto materiale informativo sulla marsupio- terapia da consegnare ai genitori?
 - No
 - Sì. Se sì, chi lo ha preparato?
8. Esistono momenti di informazione e condivisione con i genitori in cui si spiegano i benefici di tale tecnica e si risponde ad eventuali dubbi e perplessità?
9. Ritieni utile proporre il proseguimento della marsupio anche al domicilio, per rafforzare il legame genitore- bambino?

ALLEGATO 3
GRAFICI RIASSUNTIVI

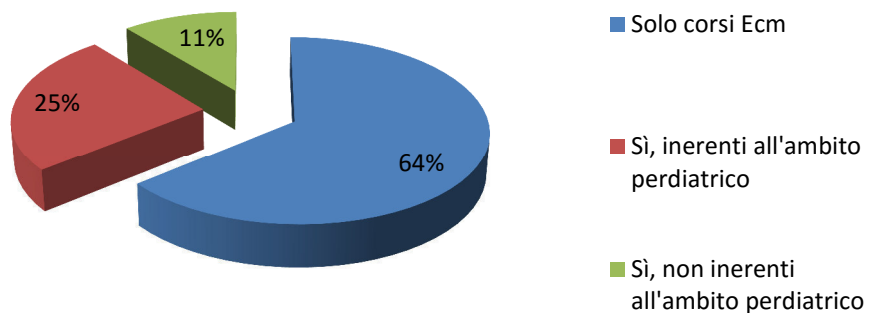
Anni di lavoro in pediatria



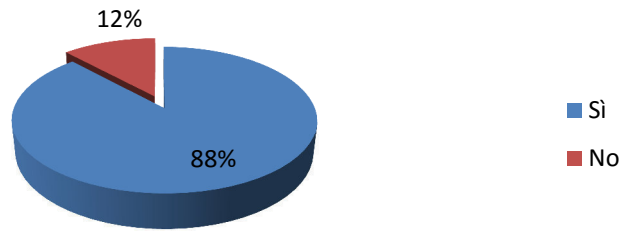
Ruolo professionale



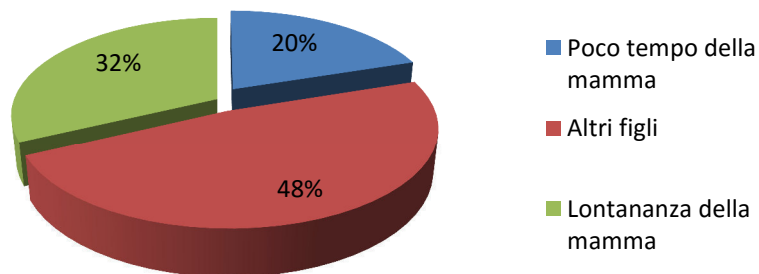
Ha seguito corsi di specializzazione o master?



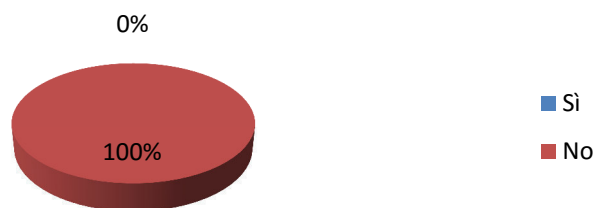
Secondo te la KMC viene eseguita in reparto con metodiche e tempistiche aduguate?



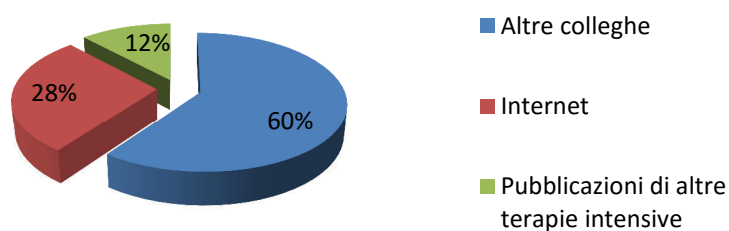
Qual è a tuo parere, la prima motivazione per cui a volte non viene eseguita?



Il personale ha ricevuto una formazione specifica sulla KMC?



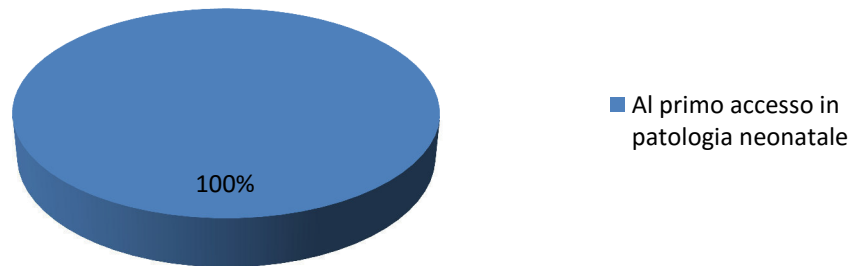
Le informazioni che possiedi sulla KMC, da che fonti provengono?



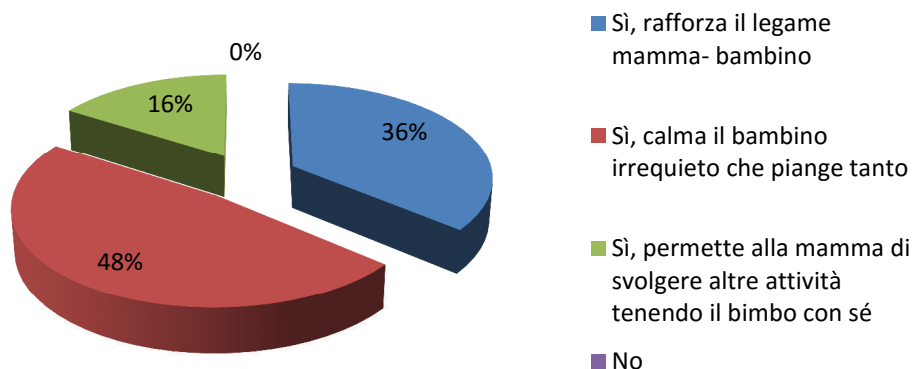
E' presente in reparto materiale informativo sulla KMC da consegnare ai genitori



Quando si illustrano ai genitori i benefici della KMC?



Ritieni utile proporre il metodo fascia al domicilio? Se sì, perché?



BIBLIOGRAFIA

1. Nancy L. Sloan, DrPHa, Salahuddin Ahmed, MBBSb, Satindra N. Mitra, MAc , Nuzhat Choudhury, *Community-Based Kangaroo Mother Care to Prevent Neonatal and Infant Mortality: A Randomized, Controlled Cluster Trial*
2. Holditch-Davis D, White-Traut RC, Levy JA, O'Shea TM, Geraldo V, David RJ, *Maternally administered interventions for preterm infants in the NICU: effects on maternal psychological distress and mother-infant relationship*
3. Alpanamayi Bera, Jagabandhu Ghosh e Dinesh Munian, *Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later*
4. Elbass EB, Charden K, Bach V, Telliez F, Delanands, Libert JP, *Head insulation and heat loss in haked and clothed newborns using a thermal mannequin*. Medical physics, 2002; 29(8); 190-6
5. Dieter Sontheimer, Christine B. Fischer and Kerstin E. Buch, *Kangaroo Transport Instead of Incubator Transport*. Pediatrics 2004;113;920-923
6. Susan M. Ludington-Hoe, PhDa, Mark W. Johnson, PhDb, Kathy Morgan, BSNb, Tina Lewis, BSNc, Judy Gutman, BAAb, P. David Wilson, PhDc, Mark S. Scher, MD, *Neurophysiologic Assessment of Neonatal Sleep Organization: Preliminary Results of a Randomized, Controlled Trial of Skin Contact With Preterm Infants*. Pediatrics 2006; 117; 909-9231
7. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T, *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants*. Cochrane Database Syst Rev. 2012 May 16;5:CD003519
8. Hung KJ, Berg O, *Early skin-to-skin after cesarean to improve breastfeeding*. CN Am J Matern Child Nurs. 2011 Sep-Oct;36(5):318-24; quiz 325-6
9. Margarita Forcada-Guex, MAa, Blaise Pierrehumbert, PhDb, Ayala Borghini, MAb, Adrien Moessinger, MDa, Carole Muller-Nix, MD, *Early Dyadic Patterns of Mother–Infant Interactions and Outcomes of Prematurity at 18 Months*
10. Holditch-Davis D, White-Traut RC, Levy JA, O'Shea TM, Geraldo V, David RJ, *Maternally administered interventions for preterm infants in the NICU: effects on*

maternal psychological distress and mother-infant relationship. Infant Behav Dev. 2014 Nov; 37(4):695-710

11. Zohreh Badiiee, Salar Faramarzi, and Tahereh MiriZadeh, *The effect of kangaroo mother care on mental health of mothers with low birth weight infants*. Adv Biomed Res. 2014; 3: 214
12. Guida alla scelta delle fasce porta bebè e figure integrative al sito “<http://www.tabatashop.com/le-fasce/fasce-portabebe/fasce-portabebe-marsupi-guida-alla-scelta.html>”
13. Athanasopoulou E, Fox JR, *Effects of kangaroo mother care on maternal mood and interaction patterns between parents and their preterm, low birth weight infants: a systematic review*. Infant Ment Health J. 2014 May-Jun; 35(3):245-62.

SITOGRAFIA

- <http://www.perprimi.it/> ultimo accesso 30 settembre 2015
- <http://www.careperinatologia.it/> ultimo accesso 30 settembre 2015
- <http://www.piccolipassiprematuri.it/> ultimo accesso 30 settembre 2015
- <http://intensamentecocolati.org/incoc/> ultimo accesso 30 settembre 2015
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> ultimo accesso 30 settembre 2015

LIBRI

- Relier Jean- Pierre, *Adrien o la collera dei neonati*.