



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA

Corso di Laurea in Infermieristica

**LA SINDROME DA ASTINENZA NEONATALE:  
L'IMPORTANZA DEL PRENDERSI CURA TRA  
STIGMA E COMPASSION FATIGUE.  
UNO STUDIO QUALITATIVO.**

**Relatrice:**

*Prof. Stefania Galzignato*

**Laureanda:**

*Aurelia Amato*

---

Anno Accademico 2022/2023



## Abstract

**Introduzione al problema** La Sindrome da Astinenza Neonatale (NAS), nota anche come Sindrome da Astinenza Neonatale da Oppioidi, è definita da segni e sintomi di astinenza che i neonati sviluppano dopo esposizione in utero agli oppioidi. L'incidenza della NAS nel 2012 è stata stimata in 6,0 per 1.000 nati vivi negli Stati Uniti, un aumento di 5 volte rispetto al 2000. Dal 2012, l'incidenza ha continuato ad aumentare, con i dati del 2016 provenienti da 23 ospedali del Pediatric Health Information System degli Stati Uniti che mostrano un'incidenza di 20 su 1000 nati vivi [1]. La Sindrome da Astinenza Neonatale è stato dimostrato abbia un impatto sulla vita lavorativa degli infermieri della patologia neonatale/NICU, spesso portando un incremento di Compassion Fatigue a causa della difficoltà nel gestire i neonati con sintomi da astinenza, contro cui, le comuni tecniche calmanti, non funzionano. A causa, quindi, della difficoltà di gestione della Sindrome da Astinenza Neonatale e dalla presenza dello stigma relegato a tale condizione [2].

**Scopo dello Studio** Lo scopo di questo studio è quello di analizzare ciò che rende difficile la gestione dei bambini con Sindrome da Astinenza Neonatale e delle loro famiglie, come lo stigma correlato alla dipendenza; ma anche quello di descrivere la qualità di vita percepita dagli infermieri nella gestione assistenziale dei neonati con NAS individuando la presenza di Compassion Fatigue che deriva da questo processo di cura.

**Materiali e Metodi** I dati sono stati raccolti tramite la somministrazione di un questionario semi-strutturato e di uno strutturato e validato, il questionario ProQOL [3], tramite la piattaforma online Google Moduli. I dati del primo questionario sono stati analizzati evidenziando parole e argomenti principali e poi in seguito suddivisi per temi. Le informazioni raccolte dal questionario ProQOL sono state analizzate come consigliato dai creatori del questionario stesso.

**Campione** Il campione comprendeva gli infermieri dell'U.O.C Patologia Neonatale dell'Azienda Ospedale Università di Padova, hanno risposto al questionario 16 persone.

**Risultati** I risultati ottenuti dall'indagine forniscono un punto di vista soggettivo da parte degli infermieri su cosa comporti fornire assistenza ai neonati con Sindrome da Astinenza Neonatale e le loro famiglie, con particolare fulcro sul ruolo dello stigma nella creazione di una sana relazione di aiuto. Dai dati raccolti si evince un rischio di sviluppo di Compassion Fatigue, soprattutto nella classe di infermieri più giovani e con minor esperienza. Si conclude suggerendo un incremento di formazione e supporto psicologico da fornire agli infermieri che lavorano e/o andranno a lavorare a stretto contatto con la NAS affinché diminuisca il loro carico lavorativo e migliori l'assistenza fornita.

**Parole Chiave** *Neonatal Abstinence Syndrome, NAS, Compassion Fatigue, stigma, nurses, NAS management.*

# Indice

<b>Introduzione</b>	<b>4</b>
<b>1 La Sindrome da Astinenza Neonatale</b>	<b>6</b>
1.1 Gravidanza e Utilizzo di Sostanze stupefacenti: Situazione Mondiale . . . .	6
1.2 Sindrome da Astinenza Neonatale: Definizione e Sintomi . . . . .	7
1.3 Epidemiologia Mondiale . . . . .	8
1.4 Strumenti di Valutazione . . . . .	9
1.4.1 Finnegan Neonatal Abstinence Scoring Tool . . . . .	9
1.4.2 Lipsitz Scoring Tool . . . . .	12
1.4.3 Neonatal Narcotic Withdrawal Index . . . . .	12
1.5 Trattamento della NAS . . . . .	13
1.5.1 Trattamento Non-farmacologico . . . . .	14
1.5.2 Trattamento Farmacologico . . . . .	15
<b>2 L'Indagine</b>	<b>17</b>
2.1 Infermieri e Sindrome da Astinenza Neonatale . . . . .	17
2.2 Compassion Fatigue . . . . .	19
2.3 Lo Stigma: Visione dal Punto di Vista Infermieristico e Genitoriale . . . . .	20
2.4 Scopo dello Studio . . . . .	21
<b>3 Materiali e Metodi</b>	<b>22</b>
3.1 Ricerca Bibliografica . . . . .	22
3.2 Disegno dello Studio . . . . .	23
3.3 Campionamento . . . . .	23
3.4 Strumenti . . . . .	24

3.4.1	Questionario Semi-Strutturato . . . . .	24
3.4.2	Professional Quality of Life Scale (ProQOL) . . . . .	24
3.5	Raccolta dei Dati . . . . .	26
3.6	Analisi dei Dati . . . . .	26
3.7	Considerazioni Etiche . . . . .	26
<b>4</b>	<b>Risultati</b>	<b>27</b>
4.1	Descrizione del Campione . . . . .	27
4.2	Analisi tematica delle risposte aperte . . . . .	27
4.2.1	Tematizzazione . . . . .	28
4.3	Analisi dei Dati dal ProQOL . . . . .	32
<b>5</b>	<b>Discussione e Conclusioni</b>	<b>36</b>
5.1	Discussione . . . . .	36
5.2	Limitazioni dello Studio . . . . .	37
5.3	Implicazioni per la Pratica Infermieristica . . . . .	38
5.4	Conclusioni . . . . .	38

## **Bibliografia**

## **Allegati**

## Elenco delle figure

1.1	Finnegan Score 1975 [27] . . . . .	11
1.2	Finnegan Score Modificato [28] . . . . .	11
1.3	Lipsitz Scoring Tool [29] . . . . .	12
1.4	Neonatal Narcotic Withdrawal Index [30] . . . . .	13
4.1	Analisi dei dati per gruppo di età . . . . .	33
4.2	Analisi dei dati per anni di servizio . . . . .	34
4.3	Analisi combinata per età e anni di servizio . . . . .	34

# Introduzione

Spesso si sente dire che il grembo materno è uno dei luoghi più sicuri per un bambino, al riparo dai pericoli esterni, protetto da tutto e tutti; ma non è sempre così.

La Sindrome da Astinenza Neonatale è molto più frequente di quanto si pensi e troppo poco discussa nella vita quotidiana. Essa ha un enorme impatto sulla vita di molte persone: sul neonato che viene al mondo in preda ai sintomi dell'astinenza da sostanze stupefacenti, è d'impatto sui genitori che si ritrovano a vedere il proprio figlio soffrire, che devono combattere una nuova guerra con la propria dipendenza e che spesso si sentono giudicati da chiunque li circonda; infine, ci sono sicuramente degli effetti sul personale ospedaliero che si occupa del bambino, dovendo far fronte ai bisogni clinici di quest'ultimo, il quale ha necessità particolari che richiedono un maggior tempo di cura. Gli operatori poi devono anche affrontare lo stigma e relazionarsi con i genitori, spesso mettendo da parte la propria morale e il proprio pensiero.

Questa tesi è frutto di un grande interesse nato durante il mio tirocinio presso l'Unità Operativa Patologia Neonatale dell'Ospedale Santa Maria del Prato, a Feltre. Quando ho avuto modo di entrare in contatto con la Sindrome da Astinenza Neonatale mi sono trovata spesso in difficoltà: i due bambini che ho seguito presentavano molti sintomi, e dato che la loro astinenza era legata a sostanze stupefacenti diverse, erano anch'essi molto differenti tra loro. Uno dei due l'ho conosciuto pochi giorni dopo il parto ed era inconsolabile, per quanto mangiasse, dormisse e ricevesse tutte le cure di cui aveva bisogno, non smetteva mai di piangere; i suoi sintomi però non sono durati a lungo, data la minor esposizione alle droghe. L'altra paziente invece, l'ho conosciuta dopo un mese dalla nascita, all'inizio aveva presentato gli stessi sintomi del primo bambino, ma a quel punto del ricovero l'astinenza si era modificata e la neonata sembrava quasi una bambola di pezza, non aveva nessuna reazione, non chiamava il pasto e non piangeva. La cosa più difficile per me è stata relazionarmi ai genitori, molto raramente consapevoli del motivo per cui i bambini stessero male, si ritrovavano sorpresi ed

arrabbiati di fronte alle decisioni giudiziarie prese e alla presenza degli assistenti sociali, ed erano quasi totalmente disattenti nelle cure da rivolgere ai neonati (ad esempio, doveva essere il personale infermieristico a ricordare alla madre, spesso addormentata, che fosse per il neonato il momento del pasto). Nell'assistere a queste situazioni mi sono ritrovata più volte a provare rabbia e a giudicare inconsciamente quei genitori, con una consapevolezza intrinseca in me però che quei sentimenti fossero sbagliati e che il mio compito fosse di prendermi cura sia di loro che dei bambini, in maniera imparziale; alla fine del mio tirocinio penso di essere riuscita a comprendere e mettere in atto i comportamenti giusti, è stata una sfida ma mi ha portato ad una crescita non solo professionale ma anche personale. Questa esperienza ha avuto un forte impatto su di me, e ho iniziato a chiedermi come reagissero gli infermieri che queste situazioni le vivono molto più frequentemente, come si relazionassero ai genitori, come riuscissero a far fronte ai bisogni dei bambini con Sindrome da Astinenza Neonatale senza togliere tempo agli altri neonati, e soprattutto, come tutto ciò avesse influenza su di loro: se scatenasse una risposta traumatica come la Compassion Fatigue, o se riuscissero ad affrontare la situazione senza esserne colpiti.

# Capitolo 1: La Sindrome da Astinenza Neonatale

## 1.1 Gravidanza e Utilizzo di Sostanze Stupefacenti: Situazione Mondiale

L'abuso di sostanze stupefacenti durante la gravidanza ha subito un incremento importante negli ultimi decenni con una prevalenza del 4,4% tra le donne incinte tra i 15 e i 44 anni [4]. Si stima che tra Unione Europea e Norvegia siano tra 1.3 e 1.7 milioni gli utenti che assumono oppioidi, di cui il 34% sono donne e ogni anno tra il 6.5% e l'11% di queste donne rimane incinta o partorisce; calcolando quindi si può affermare che ogni anno ci potrebbero essere quasi 30000 donne incinte in Europa che assumono oppioidi, ed un'altra considerevole percentuale che assume altri tipi di sostanze[5]. Ci sono informazioni più specifiche riguardo il Regno Unito dove è stato eseguito uno screening anonimo di test consecutivi su campioni di urina di donne gravide, che ha dimostrato che circa il 16% delle donne assumeva sostanze stupefacenti[6]. Uno studio condotto a Dublino, in Irlanda ha riportato che sono risultate positive al test antidroga il 4% delle donne in fase prenatale e il 6% in fase postnatale[7]. In Spagna, si è visto che il 16% delle donne che hanno partorito in un ospedale di Ibiza ha fatto uso di droghe nel terzo trimestre della gravidanza. In Lettonia le madri hanno riportato l'utilizzo di droga nello 0,2% dei bambini nati vivi e nello 0,8% dei bambini nati morti. Secondo il registro nazionale delle madri durante il parto, in Repubblica Ceca si è riscontrata una percentuale del 1,8% sull'utilizzo di droghe illecite su più di 1 milione di partorienti tra il 2000 e il 2009 [8]. Negli Stati Uniti d'America nel 2018 il 5,4% delle donne incinte ha ammesso di aver fatto uso di sostanze stupefacenti nel mese passato, incluse 22000 donne che hanno fatto uso di oppioidi [9]. Secondo uno studio del 2005 condotto nel Sud Australia è stato riportato che lo 0,8% delle donne partorienti ha dichiarato di aver fatto uso di sostanze stupefacenti durante la gravidanza [10]. Anche dal continente asiatico possiamo ottenere dei dati, infatti, da uno studio effettuato in Cina sappiamo che 24 donne su 1483 esaminate,

hanno fatto uso di sostanze durante la gravidanza, valori corrispondenti all'1,6%[11].

## **1.2 Sindrome da Astinenza Neonatale:**

### **Definizione e Sintomi**

La Sindrome da Astinenza Neonatale (NAS dall'inglese Neonatal Abstinence Syndrome), nota anche come Sindrome da Astinenza Neonatale da Oppioidi, è caratterizzata dalla manifestazione clinica nei neonati dell'astinenza provocata dall'esposizione intrauterina a sostanze stupefacenti [12]. Solitamente la Sindrome da Astinenza Neonatale viene associata all'esposizione ad oppioidi come eroina, metadone e buprenorfina e all'abuso di farmaci prescritti contenenti oppioidi come l'idrocodone. Tuttavia, ci sono altre sostanze che possono causare effetti compatibili con quelli della sindrome da astinenza, come alcol, antidepressivi e antipsicotici, benzodiazepine, cocaina e nicotina [13]. Gravità e tempi di insorgenza dipendono da quale droga, per quanto tempo e in che modo sia stata assunta, ma anche da quando è avvenuta l'ultima assunzione e dalla maturità del feto in quel momento. I sintomi coinvolgono sia il sistema nervoso centrale e autonomo, che l'apparato gastrointestinale. La manifestazione da esposizione ad eroina, così come quella a cocaina e cannabinoidi, esordisce in poco tempo e dura qualche giorno, il metadone è invece caratterizzato da un esordio più lento con andamento instabile. Il SNC verrà colpito dall'eroina e dal metadone con tremori, irritabilità, insonnia, pianto insistente, ipertono, iperreflessia e convulsioni. A livello gastrointestinale avremo manifestazioni cliniche come inappetenza, difficoltà nella suzione, vomito, diarrea, disidratazione e scarso aumento ponderale. Per quanto riguarda il sistema nervoso autonomo i sintomi comprenderanno sudorazione, sbadigli, starnuti frequenti, congestione nasale, febbre, instabilità termica e marezzatura. L'utilizzo di cocaina e cannabinoidi porterà allo sviluppo di disturbi neurocomportamentali come tremori, disturbi del sonno, iporeflessia, iperreattività e anoressia. [14].

### 1.3 Epidemiologia Mondiale

La Sindrome da Astinenza Neonatale ha avuto una rilevanza sempre maggiore negli ultimi decenni, fino a rendere di grande impatto il confronto tra i dati più recenti e quelli passati. Uno studio condotto negli Stati Uniti che ha esaminato 28 stati dal 1999 al 2013 ha dimostrato che l'incidenza della NAS è aumentata del 383% passando da 1,2 bambini ogni 1000 nati nel 1999 fino a 5,8 bambini ogni 1000 nati nel 2012 [15]. In seguito c'è stato poi un ulteriore incremento e nuovi dati del 2016 provenienti da 23 ospedali del Pediatric Health Information System degli Stati Uniti hanno riportato la nascita di 20 bambini con NAS ogni 1000 nati vivi[1], questi risultati sono traducibili nella nascita di un bambino con NAS ogni 15 minuti negli Stati Uniti [16]. Uno studio condotto in Germania, a Cologne, ha analizzato i bambini ricoverati nell'unità neonatale con sintomi da astinenza legati all'utilizzo di oppioidi da parte della madre durante la gravidanza, e da gennaio 2004 a maggio 2011 sono stati contati 77 bambini, corrispondenti ad una media di 11 bambini all'anno [17]. In Canada tra il 2004 e il 2013 l'incidenza della NAS è triplicata passando da 1,8 a 5,4 bambini ogni 1000 nati vivi [18]. In Australia la diffusione della Sindrome da Astinenza Neonatale corrisponde al 4,22 ogni 1000 nati vivi [2]. In Inghilterra nel 2011 c'era un'incidenza di 2,7 nati con NAS ogni 1000 nati vivi [19]. In Svizzera è stata eseguita una ricerca per comprendere gli effetti del programma di mantenimento del metadone in gravidanza e a conclusione è risultato che il 62% dei bambini nati vivi a seguito di una gravidanza con utilizzo di tale sostanza, ha sviluppato Sindrome da Astinenza [20]. In Italia non è presente una statistica ufficiale ma abbiamo alcuni dati aspecifici, sappiamo per esempio che recentemente a Milano sono stati registrati 6 casi in un periodo di 30 giorni, con altri casi segnalati in diverse città; il Dottor Piermichele Paolillo, primario di neonatologia del policlinico Casilino di Roma, ha detto in un'intervista, che nei grandi ospedali italiani capitano almeno una decina di casi all'anno [21]. Un articolo de "Il Messaggero" del 2022 ha segnalato la presenza di circa 20 casi all'anno in Umbria [22].

## 1.4 Strumenti di Valutazione

Nel 1875 vengono riportati diversi casi di decessi di neonati figli di madri dipendenti dalla morfina, ai tempi utilizzata quasi a sproposito per il controllo del dolore. Ai bambini che nascevano all'apparenza normali ma poi presentavano verso il terzo giorno un pianto inconsolabile e spesso delle convulsioni, venne diagnosticato il *Morfinismo Congenito*. Le conoscenze sulla NAS erano purtroppo scarse ai tempi e ciò portava spesso al decesso dei neonati. Solo nel 1901 si riconobbe il rapporto tra la dipendenza materna e i sintomi pediatrici [23].

La Sindrome da Astinenza Neonatale solitamente viene diagnosticata basandosi sul sospetto derivante dalla storia clinica della madre, ma esistono diversi sistemi di punteggio nati con l'obiettivo di identificare e categorizzare i bambini con NAS in maniera oggettiva. Alcuni di questi strumenti sono: il Finnegan Neonatal Abstinence Scoring System, che è lo strumento utilizzato più frequentemente, il Lipsitz Scoring Tool, il Neonatal Narcotic Withdrawal Index e altri. [23].

### 1.4.1 Finnegan Neonatal Abstinence Scoring Tool

Nel 1975 Loretta Finnegan, basandosi sull'osservazione di 55 bambini esposti a sostanze, pubblicò il Finnegan Neonatal Abstinence Scoring Tool (FNAST) [24]. Questo strumento è composto da 21 items che analizzano i sintomi dei bambini, ed è ancora oggi lo strumento maggiormente utilizzato nella valutazione della Sindrome da Astinenza Neonatale [25], possiamo trovare tale strumento nella figura 1.1. Rispetto a quello che era il punteggio originale, al giorno d'oggi vengono spesso attuate alcune modifiche, affinché non ci sia ridondanza e ambiguità che possano portare ad una valutazione sbagliata (la versione originale è visibile nella figura 1.2. Le modifiche maggiormente utilizzate sono [26]:

- Viene rimosso il punto sulla reazione di Moro iperattiva, perché ridondante con i tremori;

- Vengono aggiunti gli spasmi mioclonici perché frequenti e specifici nell'astinenza da oppiacei;
- I più punti divisi in "escoriazioni del naso", "escoriazioni delle ginocchia" ed "escoriazioni delle dita dei piedi", vengono raggruppati in un'unica sezione chiama "escoriazioni della pelle" a cui viene assegnato un solo punto.

Un punteggio uguale o maggiore ad 8 è dimostrazione della presenza di segni di astinenza, in questo caso i bambini sono indicati per la terapia farmacologica. Invece, in caso di un punteggio inferiore ad 8, si può procedere ad una terapia non farmacologica [25]. La scala Finnegan va utilizzata in maniera corretta, e per fare ciò, va utilizzato un nuovo foglio di valutazione all'inizio di ogni giornata, il primo punteggio assegnato al bambino deve essere preso alla nascita o dopo la sospensione della terapia, quello sarà il punteggio base dal quale dipenderanno le valutazioni seguenti. La valutazione va eseguita ogni 2-4 ore seguendo le colonne disponibili, in presenza di un punteggio inferiore ad 8 si procederà con un controllo bi-orario per 24 ore; con un risultato maggiore di 8, la valutazione verrà fatta ogni 4 ore. Se, dopo l'interruzione della terapia, il punteggio si presenta inferiore ad 8 per tre giorni allora il monitoraggio può essere interrotto, se invece, dopo la sospensione della terapia il punteggio si presenta maggiore o uguale a 8 allora la valutazione va continuata per 4 giorni affinché si eviti lo sviluppo di sintomi da astinenza ad esordio tardivo [4].

SYSTEM	SYMPTOMS	SCORE																		
Central nervous System disturbances	Excessive high pitched (or other) cry (<5 mins)	2																		
	Continuous high pitched (or other) cry (>5 mins)	3																		
	Sleep <1 hour after feeding	3																		
	Sleeps <2 hours after feeding	2																		
	Sleeps <3 hours after feeding	1																		
	Hyperactive Moro reflex	2																		
	Markedly hyperactive Moro reflex	3																		
	Mild tremors when disturbed	1																		
	Moderate-severe tremors when disturbed	2																		
	Mild tremors when undisturbed	3																		
	Moderate-severe tremors when undisturbed	4																		
	Increased muscle tone	1																		
	Excoriation (eg chin, knees, elbow, toes, nose)	1																		
Myoclonic jerks (twitching / jerking of limbs)	3																			
Generalized convulsions	5																			
Metabolic / hematologic / respiratory disturbances	Sweating	1																		
	Hyperthermia (37.2 - 38.2°C)	1																		
	Hyperthermia (≥ 38.4°C)	2																		
	Frequent yawning (>3-4 / interval)	1																		
	Mottling	1																		
	Nasal stuffiness	1																		
	Frequent sneezing (>3-4 / interval)	1																		
	Nasal flaring	2																		
	Respiratory rate >60/min	1																		
	Respiratory rate >60/min with retractions	2																		
Gastrointestinal disturbances	Excessive sucking	1																		
	Poor feeding (infrequent / uncoordinated suck)	2																		
	Regurgitation (≥2 times during / post feed)	2																		
	Projectile vomiting	3																		
	Loose stools (curdy / soapy appearance)	2																		
	Watery stools (water ring on napery around stool)	3																		
TOTAL SCORE																				
Date / Time																				
Initials of scorer:																				

Figura 1.1: Finnegan Score 1975 [27]

NEONATAL ABSTINENCE SCORING SYSTEM																					
SYSTEM	SIGNS AND SYMPTOMS	SCORE	AM						PM						COMMENTS						
CENTRAL NERVOUS SYSTEM DISTURBANCES	Continuous High Pitched (or other) Cry	2																		Daily Weight:	
	Continuous High Pitched (or other) Cry	3																			
	Sleeps <1 Hour After Feeding	3																			
	Sleeps <2 Hours After Feeding	2																			
	Sleeps <3 Hours After Feeding	1																			
	Hyperactive Moro Reflex	2																			
	Markedly Hyperactive Moro Reflex	3																			
	Mild Tremors Disturbed	1																			
	Moderate-Severe Tremors Disturbed	2																			
	Mild Tremors Undisturbed	3																			
	Moderate-Severe Tremors Undisturbed	4																			
	Increased Muscle Tone	2																			
	METABOLIC/VASOMOTOR/RESPIRATORY DISTURBANCES	Excoriation (Specific Area)	1																		
Myoclonic Jerks		3																			
Generalized Convulsions		5																			
Sweating		1																			
Fever 100.4-101°F (38-38.3°C)		1																			
Fever > 101°F (38.3°C)		2																			
Frequent Yawning (>3-4 times/interval)		1																			
Mottling		1																			
Nasal Stuffiness		1																			
Sneezing (>3-4 times/interval)		1																			
GASTROINTESTINAL DISTURBANCES	Nasal Flaring	2																			
	Respiratory Rate >60/min	1																			
	Respiratory Rate > 60/min with Retractions	2																			
	Excessive Sucking	1																			
	Poor Feeding	2																			
	Regurgitation	2																			
Projectile Vomiting	3																				
Loose Stools	2																				
Watery Stools	3																				
TOTAL SCORE																					
INITIALS OF SCORER																					

Figura 1.2: Finnegan Score Modificato [28]

## 1.4.2 Lipsitz Scoring Tool

Nel 1975 Philip Lipsitz pubblicò il Lipsitz Scoring Tool. In questo strumento ai sintomi di astinenza viene associato un punteggio che può andare da 0 a 20. Tremori, irritabilità, ipereflessia, l'aumento del tono muscolare e la tachipnea sono i fattori a cui viene associato un punteggio maggiore [29]. La scala Lipsitz va utilizzata due volte al giorno, 90 minuti prima del pasto. Lo strumento è rappresentato dall'immagine 1.3.

### NARCOTIC WITHDRAWAL SCORE

TABLE 1. Neonatal Drug Withdrawal Scoring System

Signs	Score			
	0	1	2	3
Tremors (muscle activity of limbs)	Normal	Minimally ↑ when hungry or disturbed	Moderate or marked ↑ when undisturbed—subside when fed or held snugly	Marked ↑ or continuous even when undisturbed, going on to seizure-like movements
Irritability (excessive crying)	None	Slightly ↑	Moderate to severe when disturbed or hungry	Marked even when undisturbed
Reflexes	Normal	Increased	Markedly increased	
Stools	Normal	Explosive, but normal frequency	Explosive, more than eight/day	
Muscle tone	Normal	Increased	Rigidity	
Skin abrasions	No	Redness of knees and elbows	Breaking of the skin	
Respiratory rate/min	<55	55–75	76–95	
Repetitive sneezing	No	Yes		
Repetitive yawning	No	Yes		
Vomiting	No	Yes		
Fever	No	Yes		

Figura 1.3: Lipsitz Scoring Tool [29]

## 1.4.3 Neonatal Narcotic Withdrawal Index

Nel 1981 venne pubblicato il Neonatal Narcotic Withdrawal Index (NNWI), esso contiene 7 items: pianto, tremori, tono muscolare, frequenza respiratoria, temperatura ascellare, vomito e altri segni. I punteggi per ogni item sono divisi equamente, dove 0 è il valore preferibile e 2 quello più complicato; 0 sarebbe il punteggio preferibile in assenza di sindrome da astinenza [30]. Questo strumento è rappresentato nell'immagine 1.4.

### NEONATAL NARCOTIC WITHDRAWAL INDEX

INFANT'S NAME \_\_\_\_\_ CHART # \_\_\_\_\_  
 (PRINT) \_\_\_\_\_  
 EXAM: DATE \_\_\_\_\_ HOUR \_\_\_\_\_ AM \_\_\_\_\_ PM EXAMINER (PRINT) \_\_\_\_\_

ITEM	0	1	2	SCORE
RESPIRATORY RATE	< 61	61 - 80	> 80	
CRYING	NO CRYING $\bar{S}$ HANDLING	< 5 MIN. $\bar{S}$ HANDLING	$\geq$ 5 MIN. $\bar{S}$ HANDLING	
TREMORS	NO TREM $\bar{S}$ HANDLING	< 5 MIN. $\bar{S}$ HANDLING	$\geq$ 5 MIN. $\bar{S}$ HANDLING	
MUSCLE TONE	HEAD LAG	TRACTION: PULL TO SITTING	TRACTION: PULL TO STANDING	
AXILLARY TEMP. (HIGHEST T. IN PAST 24 HRS.)	$\leq$ 99	99.1 - 100	> 100	
VOMITING	0 OR 1/24 HRS.	2/24 HRS.	> 2/24 HRS.	
OTHER (OBS./REP., PAST 24 HRS.) (CIRCLE ITEMS)	SNZ.      DIAR.      SWEAT.      SKIN ABR.			
	GEN. SZ    LOC. SZ.      POOR SUCK.    SALIV.    YAWN.			
	STUFFY NOSE HIC.      WT. LOSS TERM: > 10% , PREM: > 15%			
	----- 0,1	----- 2-4	----- 5 AND OVER	
	TOTAL			

Figura 1.4: Neonatal Narcotic Withdrawal Index [30]

## 1.5 Trattamento della NAS

Nel 2012, la durata media del ricovero negli Stati Uniti per tutti i bambini con NAS è stata di 16,0 giorni, i bambini che richiedevano un trattamento farmacologico avevano invece una durata di circa 23,0 giorni [1]. Un ricovero prolungato è chiaramente un evento negativo per i genitori, per i bambini, e anche per l'ospedale stesso per cui un ricovero maggiore significa costi maggiori; si cerca quindi sempre di attuare gli interventi che possano trattare la NAS nei tempi e modi migliori possibili. Ci sono sostanzialmente due tipi di approccio alla Sindrome da Astinenza Neonatale: quello farmacologico e quello non farmacologico, utilizzati in base alle necessità del neonato. L'approccio non farmacologico si concentra sulla somministrazione del pasto a richiesta, per alleviare la sensazione di fame, e la riduzione degli stimoli ambientali, attuata cullando e fasciando il bambino. I trattamenti non farmacologici che sono stati maggiormente esaminati sono: l'utilizzo del rooming-in, dell'allattamento al seno

e di altre tecniche di alimentazione [1]. Il trattamento farmacologico, invece, comprende la somministrazione di farmaci contenenti oppioidi in riduzione progressiva [13].

### **1.5.1 Trattamento Non-farmacologico**

Sono diversi gli studi che hanno dimostrato gli effetti positivi del trattamento non farmacologico come intervento sulla Sindrome da Astinenza Neonatale. Nel 2015 Hünseler et al. hanno sviluppato una ricerca che rendesse nota l'importanza del rooming-in e dimostrasse come ciò portasse alla riduzione della degenza ospedaliera e dei costi; è stata sottolineata l'importanza di lasciare i genitori con i propri figli e di insegnare loro a riconoscere i sintomi di astinenza, mantenendo comunque una certa vigilanza nel momento in cui siano quest'ultimi a prendersi cura del neonato [17]. Questa teoria era già stata provata nel 2010 da Abrahams et al. i quali avevano raccolto i dati dal database del programma sanitario perinatale della Columbia Britannica, dimostrando che il rooming-in era strettamente collegato ad una diminuzione dei ricoveri e della durata di quest'ultimi in Terapia Intensiva Neonatale [31]. Uno studio del 2016 ha invece sottolineato l'importanza dell'allattamento al seno, andando a dimostrare che l'ospedalizzazione era ridotta del 9,4% nel gruppo che era stato allattato rispetto a quello non allattato [32]. L'allattamento ha un peso proprio sullo sviluppo della NAS, è stato provato infatti, che i bambini esposti agli oppioidi in gravidanza e poi allattati hanno una minor probabilità di sviluppare astinenza, di quelli non allattati [33]. L'allattamento al seno è quindi consigliato quando l'astinenza è derivata da metadone e buprenorfina, però evitato quando le sostanze assunte dalla madre sono eroina e cocaina, perché un'assunzione indiretta, attraverso il latte, per il neonato potrebbe comportare la comparsa di sintomi come tremori, irritabilità, vomito, inappetenza, tachicardia, tachipnea, ipertensione, diarrea e convulsioni. Anche in presenza di uso di cannabinoidi poiché quest'ultimi portano a ipotonia, ridotta suzione, diminuzione della crescita e letargia [14]. Un nuovo approccio non farmacologico, che si è dimostrato utile nel trattamento della Sindrome da Astinenza Neonatale, è il cosiddetto Eat, Sleep and Console. Questo metodo si basa sull'abilità dei bambini di mangiare, dormire ed essere consolati: infatti, se il neonato riusciva a mangiare

circa 30ml di latte ad ogni poppata, dormire per circa un'ora indisturbato e, nel caso piangesse, essere consolato entro 10 minuti, allora non veniva somministrata la morfina. Ciò ha portato ad una diminuzione dei bambini con NAS trattati farmacologicamente con morfina e ad una riduzione dei periodi di ricovero [34].

## 1.5.2 Trattamento Farmacologico

I primi interventi farmacologici che vennero attuati con la scoperta della Sindrome da Astinenza Neonatale furono la somministrazione di oppio, paregoric e morfina diluita [23]. L'obiettivo dell'intervento farmacologico al giorno d'oggi è sempre e comunque quello di fornire la minima quantità di farmaco necessaria al neonato per consolarsi e avere un corretto aumento ponderale. È stato dimostrato che i neonati prematuri abbiano una minor necessità di farmaci rispetto ai bambini nati a termine, probabilmente a causa di un ridotto sviluppo del fegato e una minor esposizione in utero. Ora come ora sia una revisione della letteratura di Cochrane che l'American Academy of Pediatrics consiglia, come farmaco primario l'utilizzo di un oppioide; la morfina è correntemente la più utilizzata, seguita subito dal metadone [16], ma anche fenobarbitale e clonidina, la buprenorfina viene poi utilizzata da sola o come terapia adiuvante [23].

La **morfina** solitamente viene somministrata per via orale, tipicamente ogni 3-4 h a 0,05–0,2 mg/kg/dose, il dosaggio può essere aumentato se necessario e lo svezzamento avviene ogni 24-48 ore [23].

Il **metadone** viene somministrato anch'esso oralmente ogni 4-12 ore, a 0,05–0,1 mg/kg/dose, e poi ridotto nel tempo. Il punto a sfavore nell'utilizzo del metadone è trovabile nel fatto che ha un'emivita lunga e un tasso di eliminazione prolungato, ciò potrebbe quindi allungare il tempo di ricovero ospedaliero [23].

La **clonidina**, è un agonista non oppioide dei recettori  $\alpha_2$ -adrenergici, può essere utilizzato nei neonati con NAS sia come monofarmaco che come terapia adiuvante poiché riduce i sintomi e non dà gli effetti collaterali degli oppioidi. Solitamente la dose raccomandata all'inizio è di 0,5 – 1  $\mu\text{g}/\text{kg}$  [23].

Il **fenobarbitale**, un agonista dell'acido  $\gamma$ -amino butirrico con sedativo e dalle proprietà anticonvulsivanti, solitamente utilizzato come terapia adiuvante. Richiede una dose di carico di 5 mg/kg EV, IM e una dose di mantenimento di 3-5 mg/kg ogni 8 ore. Lo svezzamento avviene con la somministrazione del 15% della dose giornaliera fino alla sospensione del farmaco [23].

La **buprenorfina** è un agonista parziale dei recettori oppioidi, è stato dimostrato che il suo utilizzo porti ad una riduzione dei tempi di ricovero ospedaliero, sia rispetto alla morfina (con un rapporto 15 contro 28 giorni), sia rispetto a metadone e tintura d'oppio. È inoltre provato che la buprenorfina è collegata anche ad una riduzione del trattamento [1]. Visti i risultati c'è quindi la speranza che la buprenorfina venga ulteriormente valutata e possa diventare il farmaco di prima scelta nel trattamento della NAS.

# Capitolo 2: L'Indagine

## 2.1 Infermieri e Sindrome da Astinenza Neonatale

Un bambino nato con Sindrome da Astinenza Neonatale è sempre una sfida per il personale infermieristico, perché quest'ultimo si dovrà confrontare non solo con neonati che necessitano di cure specialistiche, ma anche con genitori che spesso non hanno fatto i conti con la loro dipendenza, non capiscono la situazione e sono spaventati da ciò che potrebbe accadere: il ruolo dell'infermiere sarà quindi non solo quello di calmare il bambino ma anche di consolare ed educare la famiglia [35]. L'assistenza infermieristica al neonato con Sindrome da Astinenza Neonatale si può suddividere in due fasi [4]. La prima fase è quella di monitoraggio, e prevede:

- Utilizzo corretto della Scala di Finnegan per la valutazione dell'astinenza;
- Monitoraggio della temperatura corporea;
- Monitoraggio ogni 15 minuti dei parametri vitali come frequenza cardiaca e frequenza respiratoria;
- Somministrazione frequente di piccole quantità di latte per evitare la disidratazione provocata da vomito e diarrea.

La seconda fase è quella di assistenza pratica e consiste nel:

- Posizionamento del neonato in "semi-Fowler" per evitare l'inalazione di vomito;
- Garantire un ambiente tranquillo per ridurre gli stimoli esterni;
- Assicurare la protezione di viso e arti con guanti e lenzuola per prevenire escoriazioni provocate da agitazione motoria;
- Controllo ponderale ogni 8 ore se presenti vomito e diarrea;

Alla fine di queste fasi che consistono primariamente in azioni di cura sanitaria, l'infermiere si troverà comunque davanti a dei neonati con pianto incessante e necessità di essere consolati per un tempo maggiore rispetto ai bambini non affetti da NAS, e il tutto spesso appesantito dal dover fare educazione a dei genitori non sempre pronti a comprendere la gravità della situazione. Tutto ciò si suppone che possa aumentare esponenzialmente i livelli di stress degli infermieri delle Terapie Intensive Neonatali e delle Patologie Neonatali. Pochi studi sono stati eseguiti per comprendere l'impatto della Sindrome da Astinenza Neonatale sul personale infermieristico ma secondo una ricerca eseguita nel 2010 in un ospedale di una città canadese, sono emersi cinque temi fondamentali sull'argomento [35]:

1. Gli infermieri hanno dimostrato un grosso interesse nell'aiutare i bambini.
2. Spesso c'è una sorta di malcontento tra quello che immaginavano come il loro ruolo di infermieri altamente specializzati in Terapia Intensiva Neonatale e quello che effettivamente è il loro lavoro con i bambini con NAS. Questi neonati vengono visti come "più sani" rispetto ad altri ricoverati nell'Unità Operativa e, viene riportato, che prendersi cura di loro va a "rubare" del tempo ai bambini che necessitano di cure intensive.
3. Gli infermieri esprimono un'aspettativa di gratitudine e di appropriazione del problema da parte dei genitori. Si prova una grande empatia nei confronti del bambino ma non verso quelli della madre che viene in qualche modo giudicata. Si aggiunge inoltre la preoccupazione per quello che sarà il futuro del neonato una volta dimesso.
4. Gli infermieri riferiscono sentimenti di frustrazione e burnout quando si prendono cura dei bisogni dei bambini con NAS, spesso a causa del loro pianto acuto e inconsolabile. Questi sentimenti subiscono un incremento dal momento in cui le attenzioni del personale sono incentrate nella cura di bambini in situazioni critiche e ciò porta a trascurare i bambini con NAS che vengono lasciati piangere.
5. C'è una grossa consapevolezza riguardo al problema delle droghe, del loro abuso e della dipendenza ad esse correlate.

I risultati dello studio appena esaminato [35] suggeriscono che per fornire una migliore assistenza a queste famiglie all'interno delle Unità di Terapia Intensiva Neonatale, c'è la necessità di un'educazione sulla dipendenza e sull'abuso di sostanze verso la popolazione e di un cambio di atteggiamento da parte degli infermieri, aiutato da un supporto organizzativo e dal riconoscimento dello stress che comporta la cura dei neonati NAS e delle loro madri.

## **2.2 Compassion Fatigue**

Lavorare con chi sta soffrendo, fisicamente ed emotivamente, richiede una grossa capacità di provare empatia e l'abilità di riuscire ad aiutare il paziente condividendo con quest'ultimo il fardello del trauma che si porta dietro. L'esposizione indiretta ai traumi altrui unita ad un grosso coinvolgimento empatico può però avere non poca rilevanza sulla vita di chi ascolta, portando, a volte, a dei veri e propri cambiamenti a livello caratteriale ed emotivo. Questo fenomeno nella letteratura assume varie denominazioni come Traumatizzazione Vicaria, Stress Traumatico Secondario e Compassion Fatigue; ed è ormai riconosciuto come un rischio, sempre più frequente, per il professionista sanitario [36]. Una prima definizione di Trauma Vicario ci viene data nel 1990 da Lisa McCann e Laurie Ann Pearlman che dissero che i terapeuti possono sperimentare immagini ed emozioni dolorose associate ai ricordi traumatici dei loro pazienti e che queste potrebbero, nel tempo, incorporarsi ai loro ricordi; con la conseguenza, che i terapeuti potrebbero ritrovarsi a sperimentare sintomi di disturbo da stress post-traumatico, inclusi pensieri intrusivi e reazioni emotive dolorose. Coloro che lavorano nelle professioni di aiuto, devono essere in grado di gestire, assimilare e lavorare su queste esperienze dolorose in un ambiente di supporto per prevenire questi effetti potenzialmente dannosi del loro lavoro. Se i sentimenti non vengono apertamente riconosciuti e risolti, c'è il rischio che queste persone possano iniziare a sentirsi insensibili o emotivamente distanti, quindi incapaci di mantenere un atteggiamento caloroso, empatico e reattivo con i pazienti [37]. Charles Figley nel 1995 parla di Stress Traumatico Secondario come i comportamenti e le emozioni naturali e conseguenti derivanti dalla conoscenza di un evento traumatizzante

vissuto da un'altra persona. È lo stress derivante dall'aiutare o dal voler aiutare una persona traumatizzata o sofferente [38], suggerisce inoltre i nomi Compassion Fatigue e Compassion Stress come ottimi sostituti.

## **2.3 Lo Stigma: Visione dal Punto di Vista Infermieristico e Genitoriale**

La Sindrome da Astinenza Neonatale è una patologia circondata da stigma e giudizio. Nessuno vorrebbe veder soffrire un bambino, tanto meno se appena venuto al mondo; e nessuno vorrebbe vedere un neonato nascere con i sintomi dell'astinenza, una bestia che anche nelle persone adulte è difficile da osservare senza esserne toccati. La difficoltà data dal vivere tale situazione va ad accrescere lo stigma che il personale sanitario, e nel caso specifico di questa tesi, gli infermieri, hanno nei confronti dei genitori dei bambini con NAS, non visti più, come in altri contesti, nelle vesti di vittime di una dipendenza, ma visti come i fautori di un danno nei confronti di un bambino. I genitori, d'altra parte, percepiscono questa spada di Damocle costituita dallo stigma, che pende sulle loro teste, e si vergognano, non chiedono aiuto, spesso si allontanano dai loro stessi figli pur di non sentirsi giudicati dal personale sanitario.

In un articolo del 2012 gli infermieri di una Terapia Intensiva Neonatale dichiarano di essere stati vittime di atteggiamenti abusivi e aggressivi da parte dei genitori che avevano accesso 24 ore al giorno all'ospedale [39]. Viene riportato che le madri tendono a stare sulla difensiva e a colpevolizzare gli infermieri per il mal stare dei loro figli, in queste situazioni il pensiero primario degli infermieri viene a galla e dicono che vorrebbero urlare *"Il tuo bambino è qua perché non hai smesso di usare marijuana, cocaina, ossicodone, ma non puoi dirlo[...]*devi essere gentile con quelle persone che ti incolpano per quello che hanno fatto loro" [39]. La presenza dello stigma viene percepita anche dalle madri che riportano di sentirsi giudicate negativamente dal personale infermieristico a causa della loro storia di uso illecito di droghe. Una madre ha detto di essersi sentita giudicata e ridicolizzata allo stesso

tempo, un'altra testimonianza impattante arriva da una mamma che ha detto: *"Ho notato che [le infermiere] erano molto più gentili e molto più socievoli [con le madri non dipendenti in Terapia Intensiva Neonatale], ma non mi ha creato problemi. Purché facessero quello che dovevano per mio figlio e la sua salute, non avevo problemi a proposito."* [40]. Alcune madri sentono di meritare di venir stigmatizzate, altre sono invece rimaste sorprese quando ciò non è accaduto. Il giudizio che circola attorno alla Sindrome da Astinenza Neonatale porta però anche ad una riduzione della fiducia nei confronti degli infermieri, sono riportate infatti più situazioni in cui i genitori hanno dovuto assumere un atteggiamento sottomesso per la paura che il personale infermieristico se la prendesse in seguito con il bambino [40]. Le storie sono tante e ogni caso è a sé stante, dalle madri che non si presentavano per giorni a quelle presenti in ogni singolo momento; tutte in un modo o nell'altro hanno sperimentato lo stigma, così come tutti gli infermieri hanno ammesso di giudicare, seppur involontariamente, i genitori dei bambini con NAS. A volte, questo senso di essere giudicati fungeva da deterrente per le madri che visitavano i loro bambini in terapia intensiva neonatale.

## **2.4 Scopo dello Studio**

Lo scopo di questo studio è quello di analizzare ciò che rende difficoltosa la gestione dei bambini con Sindrome da Astinenza Neonatale e delle loro famiglie, come lo stigma correlato alla dipendenza; ma anche quello di descrivere la qualità di vita percepita dagli infermieri nella gestione assistenziale dei neonati con NAS individuando la presenza di Compassion Fatigue che deriva da questo processo di cura.

# Capitolo 3: Materiali e Metodi

## 3.1 Ricerca Bibliografica

L'indagine è stata preceduta da una ricerca bibliografica approfondita, eseguita all'interno del database PubMed e Google Scholar, usufruendo dell'accesso fornito dal proxy dell'Università degli Studi di Padova, sulla base dei seguenti quesiti di ricerca:

- Che cos'è e quanto è presente a livello mondiale la Sindrome da Astinenza Neonatale?
- Come viene gestita a livello infermieristico la Sindrome da Astinenza Neonatale?
- È presente uno stigma nei confronti dei genitori dei bambini con Sindrome da Astinenza Neonatale? Se sì, come influisce tale giudizio sull'assistenza fornita a quest'ultimi?
- Qual è la qualità di vita professionale per un infermiere che si occupa di neonati con Sindrome da Astinenza Neonatale? C'è effettivamente un rischio di Compassion Fatigue?

L'indagine è stata compiuta utilizzando i seguenti termini MeSH:

- *Neonatal Abstinence Syndrome & NAS & Neonatal Withdrawal Syndrome*
- *Compassion Fatigue*
- *NICU nurses*
- *NAS stigma*
- *NAS management*
- *NAS experiences*

Sono stati selezionati gli articoli che rispondessero ai quesiti di ricerca, senza criteri di esclusione temporali affinché fosse possibile avere un'ampia varietà di informazioni.

In conclusione sono stati considerati maggiormente adatti alla ricerca 39 articoli, 1 libro, 1 scala di valutazione, 2 rapporti pubblicati dall' "European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction" [8] [7] e 2 siti web [21] [22].

Il libro è il "*Neonatal Abstinence Syndrome*" di Saminathan Anbalagan e Magda D. Mendez.

Gli articoli comprendono 12 revisioni di letteratura, 7 studi qualitativi, 11 studi quantitativi, 1 studio di coorte, 2 studi di validazione di uno strumento di screening, 3 studi retrospettivi e 1 studio teorico concettuale.

## **3.2 Disegno dello Studio**

Questa ricerca è stata condotta a settembre 2023 e rappresenta uno studio osservazionale e descrittivo, volto a esplorare la qualità della vita professionale degli infermieri nell'unità di Patologia Neonatale dell'Azienda Ospedale Università di Padova. L'enfasi è stata posta sulla comprensione della gestione dei neonati con Sindrome da Astinenza Neonatale (NAS) e gli effetti correlati sulla soddisfazione professionale, lo stress e il Burnout tra gli infermieri che possono portare a Compassion Fatigue.

## **3.3 Campionamento**

Il campionamento è stato eseguito condividendo un link al questionario su Google Moduli con il Coordinatore Infermieristico dell'U.O.C Patologia Neonatale. Il coordinatore è stato incaricato di distribuire il questionario al personale infermieristico dell'unità. La partecipazione era volontaria e i dati sono stati raccolti in modo anonimo per assicurare la privacy dei partecipanti e nel rispetto del Regolamento dell'Unione Europea 679/2016 (GDPR).

## 3.4 Strumenti

I dati sono stati raccolti tramite la somministrazione di un questionario semi-strutturato e di uno strutturato e validato, tramite la piattaforma online Google Moduli.

### 3.4.1 Questionario Semi-Strutturato

Il questionario semi-strutturato, somministrato tramite Google Moduli, includeva 13 domande, la prima chiedeva il consenso alla compilazione, le seguenti 5 erano focalizzate sui dati demografici e le altre 7 sulle esperienze personali e professionali degli infermieri nell'assistenza ai neonati con NAS. Le domande erano formulate per raccogliere insights qualitativi e quantitativi, permettendo una valutazione comprensiva delle dinamiche in gioco.

### 3.4.2 Professional Quality of Life Scale (ProQOL)

Il ProQOL è un questionario self-report progettato per misurare la qualità della vita professionale delle persone che lavorano in ruoli di assistenza o di aiuto. È costituito da 30 items, per ognuno dei quali viene richiesto di considerare quanto fedelmente rifletta ciò che si è provato negli ultimi 30 giorni, utilizzando la scala Likert che va da 1 a 5 (mai, raramente, talvolta, spesso, molto spesso). È costituito da tre sezioni che esaminano: la Compassion Satisfaction, il Burnout e lo Stress Traumatico Secondario, per ogni sezione verrà sviluppato un punteggio utile per l'autovalutazione. IL questionario venne inizialmente sviluppato per i terapeuti, ma al giorno d'oggi viene ampiamente utilizzato con i professionisti dell'area medico-sanitaria come gli infermieri; l'uso del ProQOL è generalmente adeguato per tutti coloro esposti a materiale potenzialmente traumatizzante a causa del loro lavoro, sia retribuito che di volontariato. [3]. Questo strumento è stato scelto per la sua affidabilità e validità nella misurazione degli aspetti psicologici e emotivi dei professionisti dell'assistenza, il ProQOL è la versione attuale del *Compassion Fatigue Self Test* e del *Compassion Satisfaction and Fatigue Test*, le scale e il metodo di misura sono gli stessi in tutte le versioni; la nuova

versione è più valida dal punto di vista psicometrico ed è più breve riducendo il carico del candidato [3].

### **Compassion Satisfaction**

Gli infermieri, così come altri professionisti sanitari, vengono attratti dalla loro professione proprio per il desiderio di instaurare una connessione e fare la differenza nella vita dei loro pazienti; esiste però il rischio di sviluppare compassione e stanchezza a causa della costante esposizione alla sofferenza e ai traumi altrui. Per affrontare gli aspetti negativi del lavoro, si instaura un meccanismo di compenso. La Compassion Satisfaction nei professionisti sanitari si instaura quando, anche attraverso l'empatia, riescono ad alleviare la sofferenza del paziente; così facendo, gli infermieri riescono a far fronte agli aspetti negativi della loro professione [41]. In parole semplici la Compassion Satisfaction riguarda il piacere che si prova nello svolgere bene il proprio lavoro e la soddisfazione relativa alla capacità di essere un caregiver efficace.

### **Burnout**

Il Burnout ha avuto svariate definizioni negli anni, volendo unirne alcune possiamo riassumerlo come una sindrome caratterizzata da esaurimento fisico ed emotivo, da sentimenti di impotenza e atteggiamenti negativi nei confronti del lavoro, della vita e degli altri, in risposta allo stress e alla tensione sperimentati sul lavoro. Il Burnout è stato precedentemente associato all'alienazione, alla depressione, ansia e perdita di idealismo in risposta allo stress lavorativo [42].

### **Stress Traumatico Secondario**

Lo Stress Traumatico Secondario, come spiegato nella sezione 2.2 è lo stress percepito e la conseguente creazione di un trauma derivante dall'aiutare o dal voler aiutare e dall'ascoltare una persona traumatizzata o sofferente.

### **3.5 Raccolta dei Dati**

La raccolta dei dati è stata effettuata nel pieno rispetto delle norme etiche e del Regolamento dell'Unione Europea 679/2016 (GDPR), assicurando l'anonimato e la confidenzialità delle risposte. Il consenso informato è stato ottenuto da tutti i partecipanti prima della somministrazione del questionario, che è rimasto disponibile per un mese.

### **3.6 Analisi dei Dati**

L'analisi dei dati è stata eseguita utilizzando metodi statistici descrittivi. Le risposte dal questionario semi-strutturato sono state analizzate individualmente, sottolineando le parole maggiormente utilizzate e affini allo studio come "*rabbia*", "*fatica*", "*pregiudizio*", i temi ricorrenti sono infine stati categorizzati producendo dei risultati che fossero soddisfacenti per lo scopo dello studio.

I dati ricevuti dal questionario validato ProQOL sono stati invece analizzati seguendo le linee guida fornite dagli autori dello strumento, come dettagliato nella Sezione 3.4.2. Al termine del questionario tutti i partecipanti hanno trovato le informazioni che gli sarebbero state utili per autovalutarsi.

### **3.7 Considerazioni Etiche**

La ricerca è stata condotta con l'approvazione della Direzione Professioni Sanitarie dell'Azienda Ospedale Università di Padova. I partecipanti sono stati informati dettagliatamente riguardo allo scopo dello studio e al trattamento dei loro dati, per il quale sono state prese tutte le precauzioni necessarie affinché venisse garantita la privacy e la confidenzialità. Ai partecipanti sono stati inoltre forniti i dati della laureanda in modo che potessero porre qualsiasi domanda ritenessero necessaria e ricevere risposte chiare ai loro quesiti.

## **Capitolo 4: Risultati**

I dati raccolti dal questionario semi strutturato sono stati analizzati e tematizzati in categorie di maggior utilità nel rispondere allo scopo dello studio. I dati raccolti dal questionario strutturato sono stati analizzati e in seguito rappresentati sotto forma di tabelle e grafici per facilitarne la comprensione, segmentando i risultati per età, anni di servizio e una combinazione di entrambi.

### **4.1 Descrizione del Campione**

Il campione finale è composto da un totale di 16 infermieri volontari dell'Unità Operativa Complessa di Patologia Neonatale dell'Azienda Ospedale Università di Padova, prevalentemente di sesso femminile (con un rapporto 15:1) e con un'età variabile: il 62,5% ha un'età compresa tra i 25-35 anni, il 18,8% superiore ai 45 anni, 12,5% inferiore ai 25 anni, e il rimanente 6,4% un'età compresa tra i 35-45 anni. Per permettere un'analisi più dettagliata il campione è stato ulteriormente categorizzato per anni di servizio all'interno dell'U.O: più della metà del campione (56,3%) lavora nell'U.O.C da una fascia di tempo che va da 1 a 5 anni, una percentuale del 37,6% è rappresentata da coloro che fanno parte del reparto da più di 5 anni.

### **4.2 Analisi tematica delle risposte aperte**

Le risposte al questionario semi strutturato hanno fornito informazioni importanti sul vissuto degli infermieri, dandoci uno sguardo generale sulle loro esperienze e percezioni nell'assistenza ai neonati con Sindrome da Astinenza Neonatale, ma anche sulle strategie e i meccanismi di coping che adottano per gestire le emozioni e lo stress derivanti da quelle situazioni lavorative.

### 4.2.1 Tematizzazione

Le risposte alle domande del questionario semi strutturato sono state analizzate identificando le parole più comuni e affini allo studio, e sono poi state categorizzate in alcuni temi principali che potessero soddisfare lo scopo dello studio (sezione 2.4). Uno degli obiettivi di ricerca era quello di identificare ciò che rende difficoltoso gestire i bambini con Sindrome da Astinenza Neonatale e le loro famiglie, la risposta a questo quesito la troviamo nel primo tema denominato "*Sfide Emotive*". Scopo dello studio era anche quello di identificare la presenza di stigma correlato alla dipendenza; analizzando le risposte degli infermieri possiamo concludere affermando che effettivamente il giudizio gioca un ruolo importante nel relazionarsi ai genitori dei neonati con NAS, riscontro di ciò lo troviamo nel secondo tema, denominato "*Lo Stigma*". Vengono infine individuati ancora due temi, uno è quello di "*Strategie di Intervento*" dal quale possiamo trarre informazioni su quali siano secondo gli infermieri gli atteggiamenti migliori da adottare nella cura dei bambini con NAS; e uno è intitolato "*Gli Episodi*" con una raccolta di alcuni episodi, vissuti in prima persona dagli infermieri, che potessero essere di contributo al quesito iniziale sul cosa renda difficoltosa l'assistenza ai neonati con Sindrome da Astinenza Neonatale.

#### **Sfide Emotive**

Agli infermieri è stato chiesto come potessero definire la loro esperienza nel fornire assistenza ai bambini con Sindrome da Astinenza Neonatale. In molte risposte viene espresso un forte disagio a livello emotivo. Sono stati spesso riferiti sentimenti come la frustrazione e la tristezza, ma anche la difficoltà correlata al grande impegno che si cela dietro al "prendersi cura" di questi bambini. Alcune citazioni che ho ritenuto rappresentative dicono:

- "*Mi fa sentire arrabbiata e impotente se i tentativi non farmacologici che metto in atto per ridurre i sintomi non sono sufficienti per placare la situazione.*"
- "*Faticosa e impegnativa psicologicamente*"

- *"Si tratta di situazioni molto difficili e pesanti da gestire proprio per la portata della sintomatologia che il neonato manifesta (pianto inconsolabile soprattutto)"*

Anche la relazione con i genitori dei bambini con NAS è stato uno degli argomenti affrontati; dalle risposte è emersa sicuramente la difficoltà nel creare un rapporto di fiducia e di rispetto. I genitori vengono spesso descritti come fragili, iperprotettivi, ma anche assenti e inaffidabili. Molti infermieri concordano nel dire che i genitori non si fidano del personale sanitario e ciò va a rendere ancora più difficile il rapporto con loro. Di seguito alcune risposte che ho ritenuto impattanti:

- *"Spesso sono genitori di cui non ti puoi fidare per quanto riguarda il rispetto delle regole della UO, molto critici nelle cure offerte da noi ai loro figli, in tutti i casi iperprotettivi. È capitato che accusassero noi sanitari dello stato di sofferenza dei loro neonati."*
- *"Spesso presentano turbe dell'umore ed oscillano dallo sconforto all'euforia con molta facilità e non sempre sono rispettosi delle regole base di reparto"*
- *"Il rapporto con il genitore di un bambino con NAS non è mai semplice in quanto, spesso, sono persone che credono che facciamo le cose di nascosto, senza motivo apparentemente e sempre molto sospettosi nell'operato del personale medico - infermieristico (chiedendo la stessa informazione a più persone per vedere se la risposta è sempre quella o cambia). "*

## **Lo stigma**

Lo stigma gioca un ruolo importante nella visione degli infermieri, che lottano moralmente tra l'identificare la tossicodipendenza come ciò che è, una malattia cronica recidivante, e la frustrazione data dal vedere un neonato soffrire. La maggior parte ha ammesso di provare un senso di giudizio ma di combatterlo costantemente, imparando a conoscere il genitore e riconoscendo l'impegno di quest'ultimo nel prendersi cura del figlio. Gli infermieri riportano:

- *"Nonostante capisca che anche la loro tossicodipendenza è una malattia, fa molta rabbia vederne poi gli effetti sui neonati"*
- *"Il pregiudizio rende difficile la relazione, provare ad accogliere il vissuto e vedere da parte loro un incontro, facilita il rapporto di fiducia.. Che permane ugualmente difficile"*
- *"Il rapporto di fiducia si instaura più facilmente se si supera lo scoglio del giudizio nei confronti del genitore, più difficile quando le condizioni del bambino sono gravi perché si instaurano sentimenti di dispiacere nei confronti del bambino e rabbia nei confronti del genitore"*
- *"Sicuramente lo stigma che sovrasta una mamma tossicodipendente (e il papà per le volte nella quali se ne sa il nome) è molto dettato da quello che si sente dire solitamente, personalmente tutto ciò non ha mai cambiato il modo di rapportarmi con i genitori e men che meno con il bambino, non possiamo certo giudicare nessuno per le scelte che compie o per i guai in cui si ritrova travolto."*

### **Strategie di Intervento**

Agli infermieri è stato chiesto quali secondo loro fossero le caratteristiche e gli atteggiamenti migliori da avere nei confronti dei bambini con Sindrome da Astinenza Neonatale e dei loro genitori. È emerso che si ritiene che sia molto importante saper riconoscere segni e sintomi di NAS attribuendone una gravità e avvisando e aggiornando il medico responsabile del paziente affinché le cure siano sempre corrette e puntuali. Secondo gli infermieri è importante attuare tecniche non farmacologiche per consolare i bambini e ridurre l'utilizzo di farmacoterapia; è fondamentale spiegare ai genitori la situazione con sincerità e l'utilizzo di terminologia chiara e comprensibile, bisogna renderli il più partecipi possibile nel percorso di cura del loro figlio. Protagoniste in molti riscontri sono state l'empatia e la pazienza, ritenute essenziali in questo ambito lavorativo. Di seguito la citazione di alcune risposte in merito:

- *"Innanzitutto bisogna saper riconoscere i sintomi e la loro gravità, noi ci aiutiamo con una scala di valutazione che è la SAN score. Avere l'accortezza di tenere sempre informato il medico e le colleghe sulla situazione, e avvisare immediatamente un qualsiasi peggioramento dei sintomi perché più il tempo passa e più la situazione si può aggravare. Sta all'infermiere la capacità di dialogare sempre con il medico responsabile del paziente, al fine di non ritardare la prescrizione e la somministrazione di una terapia necessaria immediatamente . Saper mettere in atto tecniche non farmacologiche per ridurre i sintomi per ricorrere il meno possibile all'utilizzo dei farmaci, informare e insegnare anche ai genitori come comportarsi per il ridurre al minimo la sofferenza del paziente, rendendoli partecipi durante tutto il processo di cura . Spesso i genitori non si fidano dei sanitari, è sempre meglio essere sinceri e dimostrare di non aver nulla da nascondere, dare i[n]formazioni chiare ."*
- *"Saper riconoscere, anche attraverso l'uso di scale preposte, il grado di crisi di astinenza del neonato e contenerle per alleviarne la sofferenza. Con i genitori, credo che sia necessario, instaurare un rapporto di fiducia spiegando loro cosa si è fatto/cosa si farà sul neonato per evitare atteggiamenti ostili e spiegare le norme di sicurezza per la sua gestione."*
- *"Empatia - pazienza - grande capacità [di] osservazione dei sintomi della NAS"*
- *"Saper riconoscere, anche attraverso l'uso di scale preposte, il grado di crisi di astinenza del neonato e contenerle per alleviarne la sofferenza. Con i genitori, credo che sia necessario, instaurare un rapporto di fiducia spiegando loro cosa si è fatto/cosa si farà sul neonato per evitare atteggiamenti ostili e spiegare le norme di sicurezza per la sua gestione."*

## **Gli episodi**

Ho ritenuto importante richiedere agli infermieri anche degli episodi vissuti in prima persona che li avessero particolarmente colpiti. Da questi racconti si può evincere che, molto spesso,

la difficoltà maggiore nella gestione dei neonati con Sindrome da Astinenza Neonatale sia correlata al rapporto con i loro genitori. Gli infermieri raccontano infatti di aggressioni e accuse, negazione del problema e incapacità di comprensione della situazione. Riporto di seguito alcuni di questi episodi:

- *"[...] Quando presentava le crisi di pianto era inconsolabile e poteva continuare per tempo prolungati con questo pianto acuto tanto da togliere tempo nell'assistenza degli altri bimbi. I genitori, nonostante, dopo la dimissione siano entrati entrambi in comunità, non si rendevano conto che la situazione era indotta dall'astinenza e chiedevano perché piangesse così disperatamente ed inoltre non [li] si poteva lasciare soli nella gestione della bambina in quanto non attenti alle norme di sicurezza (lasciando le spondine della culla aperte senza nessuno vicino, ect.)"*
- *"I genitori di una bimba mi hanno aggredita verbalmente accusandomi di "drogare" loro figlia"*
- *"Bimbo in piena NAS e madre che continuava a negare nonostante i risultati positivi"*
- *"Madre tossicodipendente, figlia ricoverata in patologia neonatale per NAS con difficoltà all'alimentazione. Mentre le davo il biberon e stimolavo la bimba per farle completare il pasto, la madre mi ha ripresa nel modo in cui davo il biberon chiedendomi di fermarmi e volendo discutere di questo episodio con il medico di stanza."*

### **4.3 Analisi dei Dati dal ProQOL**

Per soddisfare lo scopo dello studio di descrivere la qualità di vita percepita dagli infermieri che forniscono assistenza ai neonati con Sindrome da Astinenza Neonatale sono stati analizzati i dati del questionario strutturato validato ProQOL. Come spiegato nella sezione 3.6 i dati ottenuti sono stati analizzati come raccomandato dagli autori dello stesso, fornendo quindi punteggi individuali per quanto riguarda Compassion Satisfaction, Stress Traumatico Secondario e Burnout. In seguito è stato deciso di categorizzare i risultati raccolti per gruppi

di età, per anni di servizio e combinando le due categorie, creando dei grafici e fornendo un'interpretazione degli esiti.

### Analisi dei Dati per Gruppi di Età

Come si evince dal grafico di seguito riportato, la Compassion Satisfaction è maggiore nel gruppo di età compresa tra 35 e 45 anni, dove però risulta elevato anche il punteggio di Burnout. Lo Stress Traumatico Secondario acquisisce il punteggio più rilevante nel gruppo di età tra i 25 e i 35 anni.

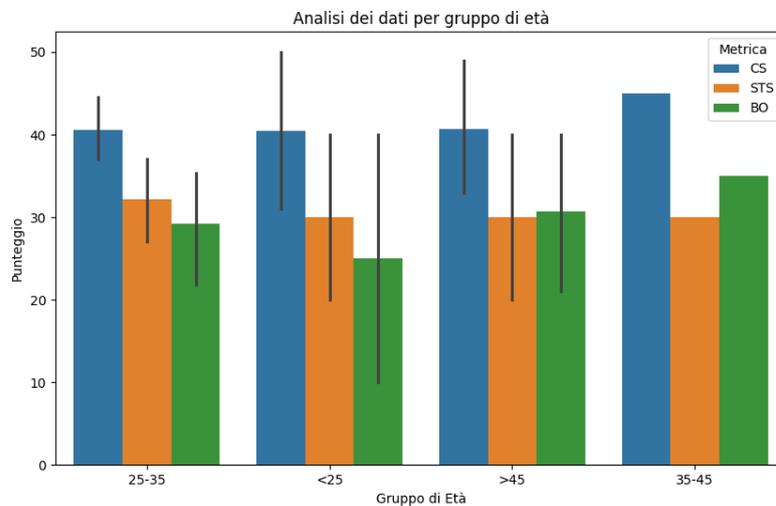


Figura 4.1: Analisi dei dati per gruppo di età

### Analisi dei Dati per Anni di Servizio

Il grafico seguente mette a confronto gli anni di servizio dei partecipanti e i risultati del ProQOL. Possiamo quindi dedurre che: la Compassion Satisfaction ha dei valori quasi equamente elevati in tutte le categorie, il Burnout così come lo Stress Traumatico Secondario hanno un tasso decisamente maggiore in coloro che lavorano da meno di un anno.

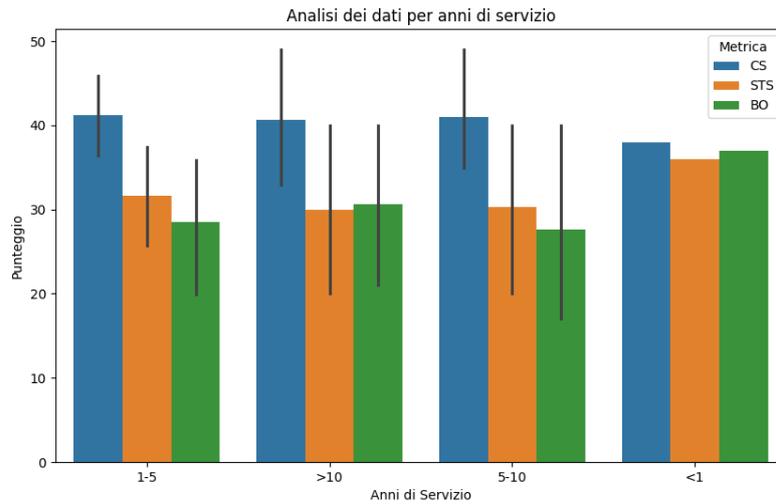


Figura 4.2: Analisi dei dati per anni di servizio

### Analisi Combinata per Età e Anni di Servizio

Un'analisi combinata ha permesso di individuare dei pattern più specifici, sappiamo dunque che i valori maggiori di Compassion Satisfaction si riscontrano nella fascia di età dai 35 ai 45 anni con anni di servizio che vanno da 1 a 5; lo Stress Traumatico Secondario e il Burnout vanno di pari passo riportando risultati più elevati nella fascia di età tra i 25 e i 35 anni con meno di un anno di servizio all'interno dell'Unità Operativa.

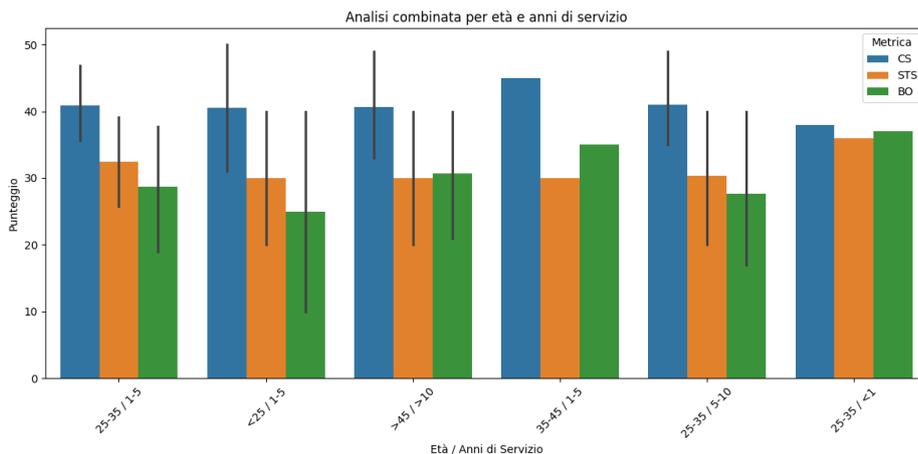


Figura 4.3: Analisi combinata per età e anni di servizio

## Dettagli dei Risultati Individuali

Secondo quanto riportato dagli autori del ProQOL sappiamo che, in ognuna delle tre sezioni rappresentanti Compassion Satisfaction, Burnout e Stress Traumatico Secondario, si otterrà un valore numerico che va interpretato in questo modo:

Punteggio	Livello
<22	Basso
23-41	Moderato
>42	Alto

Tabella 4.1: Interpretazione dei punteggi di CS, BO, STS

Di seguito, viene dunque riportata una tabella che riassume i punteggi di ciascun partecipante. Da questa si può evincere che il maggior valore di Compassion Satisfaction lo possiamo attribuire alle persone identificate come "5" e "8" con un punteggio di 50. Lo Stress Traumatico Secondario e il Burnout risultano alti in 5 persone che totalizzano un punteggio di 40.

Persona	Età	Anni di Servizio	CS	STS	BO
1	25-35	1-5	42	37	33
2	25-35	1-5	49	20	12
3	25-35	1-5	34	40	40
4	<25	1-5	31	40	40
5	<25	1-5	50	20	10
6	>45	>10	33	40	40
7	>45	>10	40	30	31
8	25-35	1-5	50	20	12
9	35-45	1-5	45	30	35
10	25-35	5-10	35	40	40
11	25-35	5-10	39	31	26
12	>45	>10	49	20	21
13	25-35	1-5	36	38	35
14	25-35	<1	38	36	37
15	25-35	5-10	49	20	17
16	25-35	1-5	34	40	40

Tabella 4.2: Dettagli dei risultati individuali

# Capitolo 5: Discussione e Conclusioni

## 5.1 Discussione

I risultati ottenuti dall'indagine ci forniscono sicuramente dei dati significativi sull'impatto che la Sindrome da Astinenza Neonatale ha sugli infermieri della U.O.C Patologia Neonatale dell'Azienda Ospedale Università di Padova. Dalla nostra ricerca possiamo evincere che viene chiaramente percepita una difficoltà nel prendersi cura dei neonati affetti da NAS, le esperienze raccontate ci forniscono un ampio spettro di opinioni e di emozioni provate dal personale infermieristico, rivelando molto frequentemente la presenza di frustrazione, sia data dal dover far fronte alle necessità di bambini difficilmente soddisfacibili e inconsolabili, ma anche a causa del rapporto spesso conflittuale e contornato dallo stigma che si crea con i genitori; questi risultati non li troviamo solamente all'interno dello studio effettuato, ma anche in altre ricerche, come quella di Murphy-Oikonen et al. [35] in cui le infermiere hanno espresso frustrazione nei confronti delle madri di neonati esposti a sostanze stupefacenti poiché responsabili del disagio del neonato e incapaci di partecipare alla difficile cura e alla consolazione dei loro neonati in difficoltà. L'indagine inoltre rivela anche dati significativi sulla Qualità della Vita Professionale (ProQOL) di questi infermieri, mostrandoci la variabilità dei valori di Compassion Satisfaction, Burnout e Stress Traumatico Secondario, punteggi sicuramente influenzati da età ed anni di servizio. Sappiamo dunque, che gli infermieri più giovani e con meno esperienza tendono a mostrare punteggi elevati in STS e BO, dato riscontrato anche nello studio del 2015 di Meyer et al. [43] e sappiamo che il personale che entra a contatto con la Sindrome da Astinenza Neonatale ha un rischio di sviluppare Compassion Fatigue, affermazione non solo figlia di questa ricerca ma anche di quella di Shannon et al. [2]. Sebbene molti infermieri dichiarino che sia importante riconoscere segni e sintomi di NAS ed avere una buona preparazione sulla gestione della sindrome, come per esempio saper adottare tecniche di cura non farmacologiche (tema ampiamente evidenziato anche da

Wachman et al. [1]), tutti gli intervistati ammettono di non aver mai svolto un corso specifico sull'assistenza al neonato con Sindrome da Astinenza Neonatale. Considerando che la possibilità per un infermiere in Patologia Neonatale di incorrere nella NAS è sempre più elevata, come dimostrato dai dati del 2012 che riportano un'incidenza della NAS superiore al 383% negli Stati Uniti [15], e analizzati i dati di questo studio che evidenziano la presenza di un principio di Compassion Fatigue nel personale, si può dichiarare che sarebbe auspicabile per il futuro fornire agli infermieri non solo un supporto psicologico ed emotivo che possa aiutarli ad affrontare lo Stress Traumatico Secondario, ma che si rendano disponibili anche dei corsi specifici che possano ampliare le conoscenze relative ad una sindrome non più così rara, dando in questo modo agli infermieri gli strumenti necessari per riconoscere in fretta segni e sintomi preoccupanti manifestati dai neonati, ma anche informazioni utili ad instaurare una relazione d'aiuto ed una educazione terapeutica adeguata con i genitori. La presenza di infermieri più preparati e con una miglior gestione della propria salute mentale porta sicuramente ad un miglioramento dell'assistenza sanitaria rivolta alla classe di mamme e neonati con Sindrome da Astinenza Neonatale: come scrivono anche Shannon et al. [2], la conoscenza di tecniche non farmacologiche per la consolazione del bambino ridurrà lo stress legato al pianto inconsolabile di quest'ultimo, e più informazioni riguardanti la dipendenza e le sostanze stesse aiuteranno nello sviluppo dell'empatia nel confronto del genitore con una riduzione dello stigma che crea conflitto tra le figure.

## **5.2 Limitazioni dello Studio**

Limitazioni dello studio sono sicuramente la dimensione del campione e la natura volontaria della partecipazione. Inoltre, l'utilizzo di un questionario auto-sviluppato con fulcro sulla Sindrome da Astinenza Neonatale può creare dei bias di risposta.

### **5.3 Implicazioni per la Pratica Infermieristica**

Esaminando i dati ottenuti da questo studio, si ritiene che sarebbe utile al miglioramento della pratica infermieristica fornire un supporto psicologico e una formazione adeguata agli infermieri che assistono i pazienti con NAS, ciò porterebbe ad una riduzione del rischio di sviluppo di Compassion Fatigue e ad una maggior soddisfazione professionale. La qualità della cura fornita ai pazienti e alle loro famiglie potrebbe sicuramente migliorare se lo stigma attorno alla sindrome venisse ridotto, attraverso una maggior conoscenza di cosa sia la dipendenza e della NAS.

### **5.4 Conclusioni**

Il prendersi cura dei neonati con Sindrome da Astinenza Neonatale rappresenta una sfida per gli infermieri: essi si trovano di fronte ad un neonato difficile da gestire, a dei genitori non sempre collaborativi e alla propria morale che, anche se involontariamente, li porta a giudicare la famiglia che devono assistere. Tutto ciò porta sicuramente ad un grosso impatto psicologico sul personale infermieristico che ammette di provare frustrazione, rabbia e di sentirsi affaticato nel percorso di cura dei bambini con NAS. Questo studio offre una base per la comprensione delle esperienze degli infermieri, fornendo una visione direttamente dal loro punto di vista, su quali siano emozioni e conflitti che affrontano nel prendersi cura dei neonati con NAS, mettendo in evidenza il rischio per quest'ultimi di sviluppare Compassion Fatigue. Le conclusioni che si possono trarre da questa ricerca sono: l'utilità di una possibile formazione specifica sulla Sindrome da Astinenza Neonatale resa disponibile agli infermieri della Patologia Neonatale, affinché sia più facile riconoscere segni e sintomi di NAS e si riduca lo stigma nei confronti delle famiglie vittime della dipendenza da sostanze stupefacenti; la promozione di interventi mirati all'incremento del benessere psichico degli infermieri affinché questi possano sempre trarre soddisfazione dal proprio lavoro senza incorrere in quei fattori che conducono alla Compassion Fatigue.

# Bibliografia

- [1] EM Wachman, DM Schiff e M Silverstein. «Neonatal Abstinence Syndrome: Advances in Diagnosis and Treatment». In: *JAMA* 319.13 (2018), pp. 1362–1374.
- [2] J. Shannon, S. Blythe e K. Peters. «The Complexities Associated with Caring for Hospitalised Infants with Neonatal Abstinence Syndrome: The Perspectives of Nurses and Midwives». In: *Children* 8.2 (2021), p. 152.
- [3] B. H. Stamm. *Professional Quality of Life Scale (ProQOL) Version 5*. Credit: Center for Victims of Torture, [www.ProQOL.org](http://www.ProQOL.org). 2010.
- [4] Iliana Bersani et al. «Neonatal abstinence syndrome». In: *Early Human Development* 89 (2013), S85–S87.
- [5] VA Gyarmathy et al. «Drug use and pregnancy - challenges for public health». In: *Euro Surveill* 14.9 (2009), pp. 33–36.
- [6] T Saiki et al. «Neonatal abstinence syndrome–postnatal ward versus neonatal unit management». In: *Eur J Pediatr* 169.1 (2010), pp. 95–98.
- [7] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Pregnancy and Opioid Use: Strategies for Treatment*. Publications Office of the European Union, 2014.
- [8] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Pregnancy, Childcare and the Family: Key Issues for Europe’s Response to Drugs*. Publications Office of the European Union, 2012.
- [9] Helen Mactier e Ruth Hamilton. «Prenatal opioid exposure – Increasing evidence of harm». In: *Early Human Development* 150 (2020), p. 105188.
- [10] R Kennare, A Heard e A Chan. «Substance use during pregnancy: risk factors and obstetric and perinatal outcomes in South Australia». In: *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 45.3 (2005), pp. 220–225.
- [11] L Lam, W Leung, P Ip et al. «Validation of the Drug Abuse Screening Test (DAST-10): A study on illicit drug use among Chinese pregnant women». In: *Sci Rep* 5 (2015), p. 11420.

- [12] S Anbalagan e MD Mendez. *Neonatal Abstinence Syndrome*. StatPearls Publishing, 2023.
- [13] Lauren M. Jansson e Martha Velez. «Neonatal Abstinence Syndrome». In: *Current Opinion in Pediatrics* 24.2 (2012), pp. 252–258.
- [14] Rita Pulvirenti, Federica Righi e Enrico Valletta. «Gravidanza, neogenitorialità e tossicodipendenza II. La donna, il feto e il neonato». In: *Quaderni ACP* 23 (2016), p. 262.
- [15] Jean Y. Ko et al. «Incidence of Neonatal Abstinence Syndrome — 28 States, 1999–2013». In: *Morbidity and Mortality Weekly Report* 65.31 (2016), pp. 799–802.
- [16] Mara G. Coyle et al. «Neonatal Abstinence Syndrome». In: *Nature Reviews Disease Primers* 4.1 (2018), p. 47.
- [17] Christoph Huenseler et al. «Neonatal Opiate Withdrawal and Rooming-In: A Retrospective Analysis of a Single Center Experience». In: *Klinische Padiatrie* 225.5 (2013), pp. 247–251.
- [18] Jacqueline Filteau, Helen Coo e Kimberly Dow. «Trends in incidence of neonatal abstinence syndrome in Canada and associated healthcare resource utilization». In: *Drug and Alcohol Dependence* 185 (2018), pp. 313–321.
- [19] H Davies et al. «Neonatal Drug Withdrawal Syndrome: Cross-Country Comparison Using Hospital Administrative Data in England, the USA, Western Australia and Ontario, Canada». In: *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition* 101.1 (2016), F26–F30.
- [20] Romaine Arlettaz et al. «Methadone maintenance program in pregnancy in a Swiss perinatal center (II): neonatal outcome and social resources». In: *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 84.2 (2005), pp. 145–150.
- [21] Simone Gussoni. «Neonati con Sindrome da Astinenza in Costante Aumento in Italia». In: *nursetimes.org* (2019).
- [22] Egle Priolo. «Crisi d’Astinenza di Droga da Neonati, in Umbria Due Casi al Mese. «Bambini Curati con Metadone»». In: (2022).

- [23] Enrique Gomez-Pomar e Loretta P. Finnegan. «The Epidemic of Neonatal Abstinence Syndrome, Historical References of Its' Origins, Assessment, and Management». In: *Frontiers in Pediatrics* 6 (2018), p. 33.
- [24] Ju Lee Oei e Trecia Wouldes. «Will Simplifying the Finnegan Neonatal Abstinence Scoring Tool Improve Outcomes for Infants With Opioid Exposure?» In: *JAMA Network Open* 3.4 (2020), e202271.
- [25] Angela F. Clark. «Effect of a Neonatal Abstinence Syndrome Training Program on Nurses' Confidence and Ability to Use the Finnegan Scoring Tool». In: *Nursing for Women's Health* 23.6 (2019), pp. 485–493.
- [26] Urs Zimmermann-Baer et al. «Finnegan neonatal abstinence scoring system: normal values for first 3 days and weeks 5–6 in non-addicted infants». In: *Addiction* 105.3 (2010), pp. 524–528.
- [27] L.P. Finnegan et al. «Neonatal Abstinence Syndrome: Assessment and Management». In: *Addictive Diseases* 2.1-2 (1975), pp. 141–158.
- [28] Mark L. Hudak et al. «Neonatal Drug Withdrawal». In: *Pediatrics* 129.2 (2012), e540–e560.
- [29] P. J. Lipsitz. «A Proposed Narcotic Withdrawal Score for Use with Newborn Infants: A Pragmatic Evaluation of Its Efficacy». In: *Clinical Pediatrics* 14.6 (1975), pp. 592–594.
- [30] Marvin Green e Frederic Suffet. «The Neonatal Narcotic Withdrawal Index: A Device for the Improvement of Care in the Abstinence Syndrome». In: *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 8.2 (1981), pp. 203–213.
- [31] Ronald R. Abrahams et al. «An Evaluation of Rooming-in Among Substance-exposed Newborns in British Columbia». In: *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 32.9 (2010), pp. 866–871.
- [32] Vanessa L. Short, Meghan Gannon e Diane J. Abatemarco. «The Association Between Breastfeeding and Length of Hospital Stay Among Infants Diagnosed with Neonatal Abstinence Syndrome: A Population-Based Study of In-Hospital Births». In: *Breastfeeding Medicine* 11 (2016), pp. 343–349.

- [33] G.K. Welle-Strand et al. «Breastfeeding Reduces the Need for Withdrawal Treatment in Opioid-Exposed Infants». In: *Acta Paediatrica* 102.11 (2013), pp. 1060–1066.
- [34] M. R. Grossman et al. «An Initiative to Improve the Quality of Care of Infants With Neonatal Abstinence Syndrome». In: *Pediatrics* 139.6 (2017), e20163360.
- [35] J Murphy-Oikonen et al. «The Experiences of NICU Nurses in Caring for Infants with Neonatal Abstinence Syndrome». In: *Neonatal Network* 29.5 (2010), pp. 307–313.
- [36] Brian Bride, Melissa Radey e Cr Figley. «Measuring Compassion Fatigue». In: *Clinical Social Work Journal* 35.3 (2007), pp. 155–163.
- [37] Lisa McCann e L.A. Pearlman. «Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological Effects of Working with Victims». In: *Journal of Traumatic Stress* 3.1 (1990), pp. 131–149.
- [38] Cr Figley. «Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring». In: (1995). A cura di B. H. Stamm, pp. 3–28.
- [39] Denise Maguire et al. «NICU Nurses' Lived Experience». In: *Advances in Neonatal Care* 12.5 (2012), pp. 281–285.
- [40] L.M. Cleveland e R. Bonugli. «Experiences of Mothers of Infants with Neonatal Abstinence Syndrome in the Neonatal Intensive Care Unit». In: *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 43.3 (2014), pp. 318–329.
- [41] Tara L. Sacco e Linda Carman Copel. «Compassion satisfaction: A concept analysis in nursing». In: *Nursing Forum* 53.1 (2017), pp. 76–83.
- [42] Marie Söderfeldt, Björn Söderfeldt e Lars-Erik Warg. «Burnout in Social Work». In: *Social Work* 40.5 (1995), pp. 638–646.
- [43] RM Meyer et al. «Pediatric novice nurses: examining compassion fatigue as a mediator between stress exposure and compassion satisfaction, burnout, and job satisfaction». In: *J Pediatr Nurs* 30.1 (2015), pp. 174–183.

Allegati

# Questionario

## Questionario Semi Strutturato

Il questionario semi strutturato è costituito da un totale di 13 domande, la prima domanda richiede il consenso alla compilazione, le seguenti 5 servono a identificare dei dati demografici utili all'analisi delle risposte. Le ultime 7 domande sono a risposta aperta e richiedono all'infermiere di descrivere la propria esperienza nella gestione della Sindrome da Astinenza Neonatale in ambiti diversi.

Tabella 1: Elenco delle Domande del Questionario

1	Desidero procedere con la compilazione del questionario?
2	Sesso
3	Età
4	Da quanto tempo svolge il ruolo di infermiere all'interno dell'U.O?
5	Durante la Sua esperienza, quanti bambini affetti da Sindrome da Astinenza Neonatale pensa di aver incontrato?
6	Ha mai svolto qualche corso specifico sulla Sindrome da Astinenza Neonatale?
7	Come definirebbe la sua esperienza nel prendersi cura di uno o più bambini con Sindrome da Astinenza Neonatale?
8	Ritiene che lavorare con bambini affetti da NAS abbia in qualche modo influenzato la sua vita lavorativa e/o personale? Se sì, come?
9	Come definirebbe la sua esperienza nel lavorare con i genitori dei bambini affetti da NAS?
10	Ha vissuto episodi in cui si è trovato/a in difficoltà nel lavorare con un bambino con diagnosi di NAS e/o con i suoi genitori? Se sì, può raccontarne uno in particolare?
11	Ritiene di aver vissuto qualche esperienza esterna alla vita lavorativa che possa aver influenzato il suo modo di relazionarsi ai bambini affetti da NAS e alle loro famiglie?
12	Secondo la Sua esperienza cosa rende più facile e cosa più difficile l'instaurarsi di un rapporto di fiducia con i genitori dei bambini affetti da NAS?
13	Saprebbe elencarmi quelle che secondo Lei sono le principali caratteristiche necessarie ad un infermiere per prendersi cura di un bambino con Sindrome da Astinenza Neonatale e relazionarsi con i suoi genitori?

Tabella 2: Risposte alle domande a scelta multipla

Persona	Domanda 1	Domanda 2	Domanda 3	Domanda 4	Domanda 5	Domanda 6
1	Sì	F	25-35	1-5	5-10	No
2	Sì	F	25-35	1-5	>10	No
3	Sì	F	25-35	1-5	5-10	No
4	Sì	F	<25	1-5	5-10	No
5	Sì	F	>45	> 10	5-10	No
6	Sì	F	<25	1-5	1-5	No
7	Sì	F	25-35	1-5	1-5	No
8	Sì	M	25-35	1-5	1-5	No
9	Sì	F	35-45	1-5	5-10	No
10	Sì	F	25-35	5-10	>10	No
11	Sì	F	25-35	5-10	>10	No
12	Sì	F	>45	> 10	1-5	No
13	Sì	F	25-35	< 1	1-5	No
14	Sì	F	25-35	5-10	1-5	No
15	Sì	F	>45	> 10	1-5	No
16	Sì	F	25-35	1-5	1-5	No

Tabella 3: Risposte alla domanda 7: Come definirebbe la sua esperienza nel prendersi cura di uno o più bambini con Sindrome da Astinenza Neonatale?

1	In un caso particolare è stato molto difficoltoso
2	Stressante, avvilente come infermiera perché spesso causata da uno scalo troppo repentino dei farmaci oppioidi o da un non adattamento della terapia nel corso del tempo tenendo conto della tolleranza ( purtroppo si ha spesso a che fare con neonati sedati per lunghi periodi). Mi fa sentire arrabbiata e impotente se i tentativi non farmacologici che metto in atto per ridurre i sintomi non sono sufficienti per placare la situazione
3	Ritengo di avere buona esperienza nel riconoscere e gestire la sindrome da astinenza
4	Impegnativo.
5	Stancante.
6	Buona
7	Assente
8	Estenuante
9	Impegnativa
10	Si tratta di situazioni molto difficili e pesanti da gestire proprio per la portata della sintomatologia che il neonato manifesta (pianto inconsolabile soprattutto)
11	Sicuramente di forte impatto emotivo
12	Scarsa
13	Impegnativa
14	Difficile e non con le dovute conoscenze
15	È un'esperienza più impegnativa perché il bambino ha esigenze diverse e il genitore è "fragile"
16	Faticosa e impegnativa psicologicamente

Tabella 4: Risposta alla domanda 8: Ritiene che lavorare con bambini affetti da NAS abbia in qualche modo influenzato la sua vita lavorativa e/o personale? Se sì, come?

1	Si, mi sono resa conto che dietro a questi casi, spesso, viene a mancare una famiglia che "evita" l'evento gravidanza, ma soprattutto manca un servizio che aiuti le future mamme a fronteggiare l'astinenza per evitare poi la NAS del neonato.
2	Sì, perché assisto ad una situazione in cui il neonato è totalmente in balia di una situazione di estrema sofferenza causata da altri, fino a che ovviamente non si riesce a placare i sintomi
3	No
4	Penso mi abbia aperto gli occhi su cosa accade veramente al neonato se la famiglia assume e/o abusa di sostanze.
5	No
6	No
7	No
8	No
9	No
10	Quando l'astinenza non è derivata dallo scalo della sedazione (frequente che si verifichi) ma è derivata da sostanze stupefacenti assunte dalla madre durante la gravidanza, sì, ha avuto un impatto. In generale direi che ha accresciuto il mio cinismo, la mia "delusione" nei confronti del genere umano, la mia misantropia, senza rendermi aggressiva o polemica. Provo solo molta delusione in più.
11	No
12	No
13	Non particolarmente
14	No
15	No
16	No

Tabella 5: Risposte alla domanda 9: Come definirebbe la sua esperienza nel lavorare con i genitori dei bambini affetti da NAS?

1	Sono genitori, a volte, di difficile gestione, in quanto, spesso presentano turbe dell'umore ed oscillano dallo sconforto all'euforia con molta facilità e non sempre sono rispettosi delle regole base di reparto
2	Molto difficile quando si tratta di NAS causata da assunzione di sostanze da parte della madre, soprattutto quando questa non ha un supporto esterno. Spesso sono genitori di cui non ti puoi fidare per quanto riguarda il rispetto delle regole della UO, molto critici nelle cure offerte da noi ai loro figli, in tutti i casi iperprotettivi. È capitato che accusassero noi sanitari dello stato di sofferenza dei loro neonati
3	Iniziare il rapporto con il genitore è più difficile perché a primo impatto il pensiero è che il genitore è responsabile dello stato del bambino. Superato il primo impatto e lasciati cadere i giudizi instauro lo stesso rapporto che ho con gli altri genitori
4	Difficile. Non è facile riuscire a creare un'alleanza terapeutica perché spesso sono loro stessi molto contraddittori e "subdoli"
5	Svilente e difficile
6	Difficile.. perché i genitori hanno comunque un vissuto duro e difficilmente si lasciano consigliate
7	Assente
8	Raramente tali genitori sono molto presenti
9	Impegnativa
10	Anche questo aspetto è difficile. Penso che sia doveroso spiegare al genitore da cosa derivano quei sintomi che sta vedendo su suo figlio e che non si sa spiegare, mostrarli che sono in atto strumenti con cui si tiene monitorato (SAN score) e strumenti per gestire il tutto
11	Difficile dal punto di vista relazionale
12	Attenta
13	Pesante dal punto di vista emotivo e relazionale
14	Difficile
15	Sono genitori fragili e il più delle volte molto giovani, si deve stare attenti e porre attenzione a ciò che si dice o fa
16	Difficile. Nonostante capisca che anche la loro tossicodipendenza è una malattia, fa molta rabbia vederne poi gli effetti sui neonati

Tabella 6: Risposte alla domanda 10: Ha vissuto episodi in cui si è trovata in difficoltà nel lavorare con un bambino con diagnosi di NAS e/o con i suoi genitori? Se sì, può raccontarne uno in particolare?

1	Si, all'incirca l'anno scorso a novembre ci trasferiscono una bimba dal nido, in quanto presentava, a causa dell'astinenza dei tremori talmente forti da sempre convulsioni. Tali tremori hanno avuto la necessità di essere trattati con l'ausilio di farmaci, prima in endovena e poi in formulazione orale. Quando presentava le crisi di pianto era inconsolabile e poteva continuare per tempo prolungati con questo pianto acuto tanto da togliere tempo nell'assistenza degli altri bimbi. I genitori, nonostante, dopo la dimissione siano entrati entrambi in un comunità, non si rendevano conto che la situazione era indotta dall'astinenza e chiedavano perché piangesse così disperatamente ed inoltre non gli si poteva lasciare solo nella gestione della bambina in quanto non attenti alle norme di sicurezza (lasciando le spondine della culla aperte senza nessuno vicino, ect.)
2	Si, una situazione in cui il neonato era talmente grave da non riuscire a somministrare la terapia per OS prescritta dal medico, che risultava di conseguenza per nulla efficace. È stato "difficile" perché la paziente era in preda ai tremori, piangente, affamata ma allo stesso tempo con continui vomiti e scariche diarroiche, non poteva essere lasciata sola, nessuna tecnica non-farmacologica aveva effetto, il tutto osservato dai genitori degli altri neonati che aspettavano l'infermiera per cambiare il loro figlio, senza comprendere ciò che stava succedendo. La situazione è migliorata dopo aver chiesto il supporto di un'altra infermiera (che ha dovuto abbandonare momentaneamente i suoi pazienti) e contattato immediatamente il medico, posizionato un accesso venoso e somministrata morfina EV e altri farmaci
3	No
4	Spesso mi sono trovata in difficoltà a far capire ai genitori che i segni di crisi del bambino fossero correlati all'astinenza
5	I genitori di una bimba mi hanno aggredita verbalmente accusandomi di "drogare" loro figlia
6	No
7	No
8	Nessun episodio
9	No
10	No
11	No
12	No
13	In generale ho visto la difficoltà del genitore nel comprendere la cosa
14	Difficoltà di gestione del bambino in astinenza
15	Madre tossicodipendente, figlia ricoverata in patologia neonatale per NAS con difficoltà all'alimentazione. Mentre le davo il biberon e stimolavo la bimba per farle completare il pasto, la madre mi ha ripresa nel modo in cui davo il biberon chiedendomi di fermarmi e volendo discutere di questo episodio con il medico di stanza
16	Bimbo in piena NAS e madre che continuava a negare nonostante i risultati positivi

Tabella 7: Risposte alla domanda 11: Ritiene di aver vissuto qualche esperienza esterna alla vita lavorativa che possa aver influenzato il suo modo di relazionarsi ai bambini affetti da NAS e alle loro famiglie?

1	No
2	No, non mi sembra
3	No
4	Non credo
5	No
6	No
7	No
8	Sicuramente lo stigma che sovrasta una mamma tossicodipendente (e il papà per le volte nella quali se ne sa il nome) è molto dettato da quello che si sente dire solitamente, personalmente tutto ciò non ha mai cambiato il modo di rapportarmi con i genitori e men che meno con il bambino, non possiamo certo giudicare nessuno per le scelte che compie o per i guai in cui si ritrova travolto
9	No
10	No
11	No
12	No
13	No
14	No
15	No
16	No

Tabella 8: Risposte alla domanda 12: Secondo la Sua esperienza cosa rende più facile e cosa più difficile l'instaurarsi di un rapporto di fiducia con i genitori dei bambini affetti da NAS?

1	Il rapporto con il genitore di un bambino con NAS non è mai semplice in quanto, spesso, sono persone che credono che facciamo le cose di nascosto, senza motivo apparentemente e sempre molto sospettosi nell'operato del personale medico - infermieristico (chiedendo la stessa informazione a più persone per vedere se la risposta è sempre quella o cambia). In aiuto, nel rapportarsi con questi genitori, ci vorrebbero delle figure professionali di supporto, come la psicologa, che possano aiutare a "contenere" le emozioni e mediare nelle interazioni con il personale
2	La presenza di un supporto esterno, esempio per una ragazza madre che fa uso di sostanze la presenza positiva della madre di lei. Oppure l'atteggiamento propositivo dei genitori verso le cure del proprio figlio. Anche il grado di accudimento del proprio figlio/nostro paziente: ad esempio va bene tenere il neonato in braccio quando si è presenti ma è molto importante saper riconoscere i suoi bisogni, porsi dei dubbi e agire di conseguenza, e questa è una cosa che capiamo subito in un genitore. Anche la semplice presenza o assenza in reparto è un segnale positivo e negativo rispettivamente
3	Il rapporto di fiducia si instaura più facilmente se si supera lo scoglio del giudizio nei confronti del genitore, più difficile quando le condizioni del bambino sono gravi perché si instaurano sentimenti di dispiacere nei confronti del bambino e rabbia nei confronti del genitore
4	Non penso ci sia una cosa più facile, diciamo che forse il fatto che siano spesso genitori "iperprotettivi" li fa rimanere in reparto più a lungo quindi forse hanno più occasioni per poter imparare a gestire il neonato. D'altro canto i lati negativi sono molteplici, uno tra i tanti (forse il più importante) che non si fidano del personale sanitario, cosa che ostacola il percorso terapeutico
5	L'approccio migliore con questo tipo di genitore è ridurre al minimo le manovre sul bimbo in loro presenza, e quando strettamente necessarie spiegarle per filo e per segno. In più mai dare contro alle loro volontà, accontentarli sempre
6	Bisogna essere sicuri di epiteliati che si dice... fare impressione di essere forti.. così il genitore si affida a te
7	Non saprei
8	la presenza e la costanza del genitore rendono più facile far venire a galla una speranza per il futuro, dimostra che c'è dell'impegno da parte sua/loro di cambiare. l'assenza chiaramente non instaura un meccanismo di fiducia
9	Rende più difficoltoso l'instaurarsi di un rapporto poiché c'è poca conoscenza reciproca e quindi devi prima instaurarti un rapporto di fiducia genitore/infermiere
10	La comunicazione trasparente
11	Più difficile: atteggiamento giudicante del personale infermieristico, Più facile: comunicazione efficace e il più semplice possibile con i genitori
12	Sincerità e comprensione
13	Il pregiudizio rende difficile la relazione, provare ad accogliere il vissuto e vedere da parte loro un incontro, facilita il rapporto di fiducia.. Che permane ugualmente difficile
14	Il pregiudizio
15	Difficile: lo stigma che si ha su questi genitori ritenuti "problematici", Facile: sono molte volte giovani e si hanno molte cose in comune
16	Più facile vedere che comunque è un genitore che vuole recuperare, più difficile i pregiudizi

Tabella 9: Risposte alla domanda 13: Saprebbe elencarmi quelle che secondo Lei sono le principali caratteristiche necessarie ad un infermiere per prendersi cura di un bambino con Sindrome da Astinenza Neonatale e relazionarsi con i suoi genitori?

1	Saper riconoscere, anche attraverso l'uso di scale preposte, il grado di crisi di astinenza del neonato e contenerle per alleviarne la sofferenza. Con i genitori, credo che sia necessario, instaurare un rapporto di fiducia spiegando loro cosa si è fatto/cosa si farà sul neonato per evitare atteggiamenti ostili e spiegare le norme di sicurezza per la sua gestione
2	Innanzitutto bisogna saper riconoscere i sintomi e la loro gravità, noi ci aiutiamo con una scala di valutazione che è la SAN score. Avere l'accortezza di tenere sempre informato il medico e le colleghe sulla situazione, e avvisare immediatamente un qualsiasi peggioramento dei sintomi perché più il tempo passa e più la situazione si può aggravare. Sta all'infermiere la capacità di dialogare sempre con il medico responsabile del paziente, al fine di non ritardare la prescrizione e la somministrazione di una terapia necessaria immediatamente. Saper mettere in atto tecniche non farmacologiche per ridurre i sintomi per ricorrere il meno possibile all'utilizzo dei farmaci, informare e insegnare anche ai genitori come comportarsi per il ridurre al minimo la sofferenza del paziente, rendendoli partecipi durante tutto il processo di cura. Spesso i genitori non si fidano dei sanitari, è sempre meglio essere sinceri e dimostrare di non aver nulla da nascondere, dare i formazioni chiare
3	Empatia, Professionalità, Calma, Capacità di staccarsi dal giudizio
4	Pazienza nella relazione con i genitori, costanza nella cura delle numerose necessità del neonato con NAS, lucidità per poter discernere sia le priorità di cura sia del neonato sia le priorità di educazione terapeutica ai genitori
5	Pazienza infinita e sicurezza
6	Pazienza e competenza
7	Non saprei
8	Avere ben chiaro che non spetta al/alla professionista in questione il giudizio sulla famiglia, avere una buona equipe medica che prescriva la giusta terapia al bambino/a per evitare inutili stress dovuti ai pianti inconsolabili che porterebbero a un peggioramento della qualità della cure sul bambino/a, avere un team infermieristico collaborativo e supportivo nei momenti più critici
9	Pazienza, comprensione, atteggiamento positivo
10	Pazienza, professionalità, obiettività, lucidità
11	Empatia, assenza di giudizio, attenzione al comfort del bambino, personalizzazione dell'assistenza
12	Self control
13	Preparazione sull'argomento e sulle sue sfaccettature, luoghi e tempo per lavorare sulla relazione e sul rapporto di fiducia
14	Pazienza e assenza di pregiudizio
15	Empatia - pazienza - grande capacità osservazione dei sintomi della NAS
16	Pazienza e calma

## Questionario Strutturato ProQOL

Il ProQOL è stato utilizzato nella versione ufficiale tradotta dall'inglese all'italiano, sostituendo il termine "*helper*" con il più specifico "*infermiere*", cambiamento permesso dai creatori del questionario.

Le domande poste sono le seguenti:

- 1 Sono felice.
- 2 Sono preoccupato/a per più di una delle persone che aiuto.
- 3 Traggo soddisfazione dal saper aiutare le persone.
- 4 Mi sento in contatto con gli altri.
- 5 Sobbalzo o sussulto per rumori imprevisti.
- 6 Ho più energia dopo aver lavorato con coloro che aiuto.
- 7 Trovo difficoltà a separare la mia vita privata dalla mia vita nel mio ruolo di aiuto.
- 8 Sono meno produttivo al lavoro perché sto perdendo il sonno a causa delle esperienze traumatiche vissute da una persona che sto aiutando.
- 9 Penso di essere stato influenzato dalle esperienze traumatiche delle persone che aiuto.
- 10 Mi sento intrappolato nel mio lavoro di infermiere.
- 11 Il mio lavoro come infermiere mi ha fatto sentire "sull'orlo del baratro" molte volte.
- 12 Mi piace il mio lavoro come infermiere.
- 13 Mi sento depresso a causa delle esperienze traumatiche delle persone che aiuto.
- 14 Sento come se stessi sperimentando su me stesso il trauma di una delle persone che ho aiutato.
- 15 Le mie convinzioni mi sostengono nel mio lavoro.
- 16 Sono soddisfatto/a di come riesco a stare al passo con le tecniche e procedure di assistenza e aiuto agli altri.
- 17 Sono la persona che ho sempre voluto essere.
- 18 Sono soddisfatto/a del mio lavoro.
- 19 Mi sento logorato/a causa del mio ruolo di aiuto.
- 20 Ho pensieri e sentimenti positivi riguardo a coloro che aiuto e a come li posso aiutare.
- 21 Mi sento sopraffatto/a perché il mio carico di lavoro sembra senza fine.
- 22 Credo di poter fare la differenza attraverso il mio lavoro.
- 23 Evito certe attività o situazioni perché mi ricordano esperienze spaventose subite dalle persone che aiuto.
- 24 Sono orgoglioso/a di quello che posso fare per aiutare gli altri.
- 25 Sono assalito/a da improvvisi ed involontari pensieri spaventosi dovuti al mio lavoro di aiuto.
- 26 Mi sento bloccato dagli aspetti amministrativi e burocratici del mio lavoro.
- 27 Penso di avere successo nel mio ruolo di aiuto agli altri.
- 28 Non sono in grado di ricordare aspetti importanti del mio lavoro con le vittime di un trauma.
- 29 Sono una persona eccessivamente premurosa.
- 30 Sono felice di aver scelto di fare questo lavoro.

Per ogni domanda è stata allegata una scala Likert con la quale rispondere scegliendo uno dei seguenti valori.

Valore numerico	Valore assegnato
1	Mai
2	Raramente
3	Talvolta
4	Spesso
5	Molto spesso

Tabella 10: Scala Likert assegnata ad ogni domanda

Le risposte date dai 16 partecipanti sono:

		PARTECIPANTI															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
D O M A N D E	1	4	4	4	4	4	5	2	4	4	5	4	2	3	3	3	3
	2	3	5	3	4	3	4	2	2	5	3	3	4	4	3	3	3
	3	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	4	4	4	4
	4	3	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4
	5	2	3	2	5	5	1	3	1	4	5	3	3	2	2	2	2
	6	4	5	2	3	3	5	5	3	2	5	3	3	2	2	3	2
	7	1	2	2	4	2	2	4	1	3	2	3	4	1	3	3	2
	8	1	3	2	2	2	1	2	1	3	1	2	3	1	2	1	1
	9	1	3	2	2	2	1	2	1	3	1	2	3	1	2	1	1
	10	1	2	3	3	3	2	1	1	3	3	2	3	1	1	1	1
	11	5	2	4	3	2	1	1	1	3	2	2	2	1	3	1	1
	12	3	5	4	4	4	5	5	4	4	4	4	5	5	4	4	4
	13	2	1	2	3	3	2	1	1	2	2	3	2	2	3	1	1
	14	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1
	15	4	4	4	4	4	5	1	4	4	5	4	1	5	3	3	3
	16	4	3	5	4	3	5	4	4	3	4	4	4	4	3	2	4
	17	3	4	3	3	2	4	1	3	3	3	4	1	4	4	2	1
	18	2	4	2	4	4	5	4	5	4	3	4	5	4	4	3	1
	19	3	1	2	2	2	1	1	2	3	2	3	4	2	2	3	2
	20	3	5	5	4	3	5	3	4	4	4	3	2	3	3	3	4
	21	5	3	3	4	3	1	1	1	3	3	3	2	2	3	2	2
	22	4	4	4	3	4	5	3	5	5	4	5	1	4	4	4	3
	23	4	1	1	2	2	1	1	1	3	2	2	3	2	2	1	1
	24	4	4	5	4	4	5	2	5	5	4	4	2	5	5	5	5
	25	2	1	1	3	2	1	1	1	3	1	2	2	2	1	1	1
	26	2	5	3	3	2	2	4	4	2	2	3	3	3	4	4	3
	27	2	4	4	4	4	5	2	2	4	3	4	3	4	2	4	4
	28	2	3	1	3	2	1	1	2	4	2	2	2	2	3	2	2
	29	3	4	2	4	3	3	2	1	5	3	3	5	3	4	4	3
	30	2	4	3	4	4	5	3	4	4	4	4	5	4	4	4	4