

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

Tesi di Laurea

**LA CARE NEONATALE: UNA MAGGIORE
FORMAZIONE DEGLI INFERMIERI PER
MAGGIORI VANTAGGI AI NEONATI**

Relatore: Prof.essa Cengia Elda

Laureando: Magnabosco Maria

Anno Accademico 2014-2015

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONEPag. 1

CAPITOLO 1: QUADRO TEORICOPag. 2

1.1. Il neonato prematuro: caratteristiche e criticitàPag. 2

1.2. Dall'utero alla Terapia Intensiva Pag. 3

1.3. La care neonatale Pag. 4

1.4. La care incentrata sulla famiglia Pag. 4

1.5. La care individualizzata..... Pag. 5

1.6. Le tecniche di care Pag. 6

1.7. I vantaggi della care..... Pag. 11

1.8. Il metodo NIDCAP Pag. 12

CAPITOLO 2: SCOPO DELLO STUDIOPag. 13

CAPITOLO 3: MATERIALI E METODIPag. 14

3.1. Il setting: due Patologie Neonatali italianePag. 14

3.2. Il campione della ricerca.....Pag. 14

3.3. Il questionarioPag. 15

3.4. Attività di raccolta e analisi dei datiPag. 15

CAPITOLO 4: I RISULTATI DELLO STUDIOPag. 16

CAPITOLO 5: DISCUSSIONE DEI RISULTATIPag. 21

5.1. Significato dei risultatiPag. 21

5.2. Limiti dello studioPag. 22

5.3. Implicazioni per la praticaPag. 22

CONCLUSIONI.....Pag. 24

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

ABSTRACT

La Care Neonatale è un approccio assistenziale che mira a ridurre lo stress del neonato prematuro nell'ambiente extrauterino, che può essere quello della Terapia Intensiva (TIN) o della Patologia Neonatale. È stato dimostrato che stimolazioni eccessive causano problemi al piccolo prematuro mentre l'applicazione di un'assistenza basata sulla Care riduce i tempi di ospedalizzazione, garantendo un migliore sviluppo e minore rischio di disabilità future.

Mettere in atto un approccio basato sulla Care significa non solo utilizzare tecniche per ridurre le stimolazioni esterne, ma anche osservare il neonato per offrirgli un'assistenza individualizzata che segua le sue fasi evolutive secondo l'approccio della "Developmental Care".

Ad oggi la metodologia migliore per l'attuazione di un'assistenza individualizzata è la Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP).

L'applicazione di questo metodo nelle Terapie Intensive italiane molto spesso non è possibile, così come le modificazioni ad alto costo nei reparti di neonatologia. È quindi necessario attuare un'assistenza individualizzata basata sulla Care, sfruttando le risorse disponibili.

Dallo studio fatto su due Patologie Neonatali in Veneto risulta che tutti gli infermieri sono a conoscenza di che cosa sia la Care Neonatale, che molte tecniche sono entrate nella routine dell'assistenza fornita nei reparti, ma che una maggiore formazione degli infermieri garantirebbe un uso maggiore, più consapevole delle tecniche, meno basato sulla sensibilità del singolo.

Puntare sulla formazione degli infermieri risulta quindi la modalità migliore e più economica per rendere l'assistenza al neonato prematuro sempre più basata sulla Care e sempre più individualizzata.

INTRODUZIONE

L'interesse verso l'argomento è nato durante l'esperienza di tirocinio nel reparto di Patologia Neonatale dell'ospedale San Martino di Belluno, nella quale ho scoperto il mondo dell'assistenza al neonato prematuro. Sono rimasta affascinata da questa realtà diversa dalle altre e dalla particolare attenzione e premura che questo tipo di assistenza richiede. Confrontandomi con gli infermieri del reparto sono venuta a conoscenza di che cosa sia la Care Neonatale e mi sono interessata all'argomento. Ho capito che avere a che fare con un neonato così piccolo e fragile porta ad applicare inconsapevolmente alcune attenzioni, come possono essere quella del tocco dolce e delicato o lo svolgere le manovre in maniera lenta, ma ciò è comunque diverso dal conoscere e applicare i principi della Care Neonatale. Ho capito come i livelli di conoscenza sulla Care variano in base alla sensibilità dell'infermiere e in base all'esperienza: ho notato che gli infermieri che avevano lavorato più anni in terapia intensiva neonatale erano maggiormente informati.

Dopo aver approfondito le mie conoscenze riguardo la Care Neonatale e dopo aver capito i grandi vantaggi che questo tipo di assistenza porta al neonato, è nata in me la curiosità di capire quanto effettivamente gli infermieri siano formati a riguardo, partendo dall'ipotesi che una maggiore formazione garantirebbe un uso maggiore e più consapevole delle tecniche di care.

La tesi nel primo capitolo presenta una rassegna teorica sull'argomento: parla del neonato prematuro, delle criticità e delle difficoltà a cui un neonato così piccolo va incontro al momento della nascita; definisce che cos'è la Care Neonatale, delineandone i principi, le tecniche, i vantaggi, in particolare definisce che cos'è la Care Individualizzata e ne descrive il principale metodo di applicazione. Nel secondo capitolo viene individuato il problema e lo scopo della tesi, che è quello di capire quanto gli infermieri siano formati riguardo all'argomento. Il terzo capitolo descrive come è stato svolto lo studio, le caratteristiche del campione considerato, che metodo di raccolta dati è stato scelto, come è stata svolta la raccolta dati e come questi sono stati analizzati. Il quarto capitolo presenta i risultati emersi dall'analisi dei dati, mentre nel quinto capitolo vengono discussi i risultati, individuando anche i limiti dello studio e cercando di trovare una soluzione pratica al problema.

CAPITOLO 1: QUADRO TEORICO

1.1. Il neonato prematuro: caratteristiche e criticità

Il neonato prematuro è un neonato che nasce prima del compimento della 37^a settimana di età gestazionale. Per età gestazionale si intende il numero di settimane complete di gravidanza, calcolate a partire dal primo giorno dell'ultima mestruazione. In base ad essa un neonato è considerato: a termine se nasce fra la 37^a e la 42^a settimana, pretermine se nasce prima della 37^a settimane, post-termine dopo la 42^a settimana. [1]

La nascita pretermine può verificarsi in seguito all' inizio spontaneo e prematuro del travaglio (50% dei casi), a rottura prematura delle membrane (30% dei casi), a induzione del parto prematuro per necessità materne o fetali.

Alla nascita il neonato pretermine è diverso dal neonato a termine: si presenta più piccolo e fragile, viene definito di basso peso se il peso è inferiore a 2500 g, di peso molto basso se è inferiore a 1500 g e di peso estremamente basso se è inferiore a 1000 g.[1]; presenta ipotonia muscolare agli arti superiori e inferiori, la cute è sottile e traslucida, eritematosa e alle estremità cianotica, il cranio in rapporto al resto del corpo è notevolmente voluminoso, i capelli sono inizialmente fini, soffici e immaturi, gli occhi sono sporgenti, la fronte e a volte anche il resto del volto presentano una peluria soffice e rada (lanugo), l'addome è globoso e l' apparato genitale è immaturo.

Inoltre a causa dell'immaturità del proprio organismo il neonato può andare incontro a diverse problematiche come l'ipotermia, patologie del sistema respiratorio, patologie cardiocircolatorie, patologie cerebrali, deficit metabolici[2], anemizzazione precoce.

[3] Per questo motivo la nascita prematura aumenta il tasso di mortalità infantile.

Oggi sono circa 13 milioni i bambini che nascono prematuri nel mondo e grazie all'evoluzione delle cure neonatali degli ultimi decenni sopravvivono il 95% dei nati con peso alla nascita inferiore a 1000g e/o età gestazionale superiore alle 31 settimane. Ma la conseguenza maggiore dell'aumentata sopravvivenza è il danno neurologico in quanto, soprattutto nell'intervallo compreso tra la 24^a e la 32^a settimana, il cervello neonatale è in una fase caratterizzata da intensi fenomeni evolutivi.[4] Il piccolo può andare incontro a:

- disabilità maggiori (paralisi cerebrali, disturbi sensoriali, gravi ritardi mentali) la cui diagnosi viene fatta nel primo anno di vita;

- disabilità minori o disturbi cerebrali minimi: alterazioni dello sviluppo percettivo-motorio, deficit relazionali e comportamentali del temperamento, della maturità emotiva, delle competenze sociali, disordini del linguaggio, dell'apprendimento, dell'attenzione. Questi disturbi vengono diagnosticati in età prescolare e scolare e non sono associati a lesioni cerebrali[5];

1.2. Dall'utero alla Terapia Intensiva

Il mondo intrauterino è contraddistinto dal semibuio, dalla tranquillità, dal contatto continuo con la madre, anche attraverso la percezione dei suoi ritmi cardiaci e respiratori. Il bambino all'interno dell'utero si muove nel liquido amniotico dove la forza di gravità è di circa un terzo quella ambientale; egli avverte il contenimento dell'utero che favorisce la posizione in flessione e gli permette di portare gli arti sulla linea mediana, di toccare ed esplorare il proprio corpo. La nascita pretermine proietta il neonato in un ambiente sovraccarico di stimoli (luci, rumori, manipolazioni), viene separato dalla madre, la forza di gravità è triplicata rispetto a quella uterina.[5]

Il cervello nel periodo compreso fra la 22^a e la 35^a settimana attraversa una fondamentale fase di sviluppo, alla base di molte funzioni cerebrali "superiori". Questa fase evolutiva consiste in una continua interazione con l'ambiente attraverso l'attivazione di canali sensoriali (tatto, olfatto, gusto, equilibrio, udito, vista) essi stessi in via di sviluppo.[6]

Normalmente questo processo evolutivo, di cui sono protagonisti i sensi, avviene nell'ambiente protetto e contenuto dell'utero, dove gli stimoli esterni sono adeguatamente filtrati. Nel caso del neonato pretermine avviene nell'ambito della TIN o della Patologia Neonatale, dove gli input che provengono dall'esterno non sono modulati e il livello di stimolazione sensoriale a cui sono sottoposti i neonati è molto diverso rispetto all'ambiente uterino. La vista e l'udito sono i canali sensoriali che maggiormente vengono stimolati (entrambi questi sensi fisiologicamente maturano più tardivamente).

Rumori come gli allarmi dei monitor, lo squillare del telefono, il parlare del personale, non vengono attenuati dalle pareti dell'utero, ma al contrario amplificati se il neonato è all'interno dell'incubatrice, inoltre a questi rumori si aggiungono il rumore del motore, dell'umidificatore dell'incubatrice e quello provocato dalla chiusura/apertura dell'oblò

La presenza continua di luce proveniente dalle finestre e luce artificiale non rispetta i ritmi notte/giorno e non favorisce la maturazione dei ritmi circadiani.

Il neonato è soggetto ad eccessive manipolazioni e il suo sonno è interrotto in media 132 volte nelle 24 ore, mentre il periodo nel quale il neonato rimane consecutivamente indisturbato varia tra i 4 e i 9 minuti.[7]

Le stimolazioni sensoriali precoci a cui il neonato prematuro è sottoposto risultano inappropriate e hanno effetti destabilizzanti nei confronti del suo benessere, influiscono negativamente sui parametri vitali, sugli stati comportamentali, sulla crescita ponderale, sulle competenze neonatali emergenti, quali l'alimentazione autonoma, l'attenzione uditiva e visiva, sul processo di sviluppo del suo sistema nervoso centrale, aumentando il rischio di disabilità future.[7, 8]

Ecco perché oggi l'assistenza in Terapia Intensiva si traduce, oltre che in un continuo controllo dei fattori di rischio medico, anche in un controllo dei fattori ambientali quali le stimolazioni uditive, visive, tattili, dolorifiche considerate fattori di rischio considerevoli per il normale processo di maturazione delle funzioni cerebrali. Per questo l'ambiente a cui il neonato è sottoposto deve essere modificato in funzione del suo livello maturativo, attraverso una serie di misure assistenziali. Sono questi i principi della "Care Neonatale", che ha come obiettivo la riduzione di tutte le sorgenti di stress per il neonato.[4]

1.3. La Care Neonatale

Il termine "Care" si riferisce all'insieme delle cure, delle premure, delle sollecitudini rivolte al neonato prematuro, il cui obiettivo è quello di ridurre al minimo lo stress a cui esso è sottoposto, agendo a diversi livelli: migliorando l'ambiente (riducendo le stimolazioni visive e uditive), riducendo le stimolazioni dolorose, favorendo i periodi di sonno, riducendo i periodi di destabilizzazione e garantendo il contatto precoce con la madre in maniera tale da garantire un adeguato sviluppo neuro-comportamentale.[9]

1.4. La Care incentrata sulla famiglia

Nelle unità di cura neonatale tradizionalmente è stato sempre limitato il contatto tra genitori e bambini, nella convinzione che il contatto aumentasse il rischio di infezione. Alla fine del 1970 si è iniziato ad incoraggiare i genitori a visitare i loro bambini ed a gestirne la cura secondo l'approccio della della "Family Centered Care", ovvero la Care incentrata sulla famiglia, constatando che il contatto con i genitori è benefico sia per il

neonato che per i genitori stessi, poichè mira a ridurre al minimo gli effetti dell'ambiente sul neonato, prendendo in considerazione i bisogni fisici, psicologici ed emozionali.[10]

1.5. La Care Individualizzata

Nel 1982 la dottoressa Haidelise Als, neuropsicologa statunitense e ricercatrice presso il Children's Hospital di Boston, riprendendo le affermazioni di uno dei più noti pediatri di fama mondiale, Thomas Berry Brazelton, inizia a parlare di assistenza individualizzata neonato per neonato e propone un approccio chiamato "Developmental Care".

Questa modalità non solo applica le misure di Care atte a ridurre lo stress nel neonato, ma lo fa in maniera individualizzata tenendo in considerazione il livello maturativo del neonato e considerando il piccolo come un individuo in grado di mettersi in relazione con l'ambiente esterno.

Per attuare la Care Individualizzata è necessario saper osservare e capire i comportamenti del neonato, saper distinguere i comportamenti indicanti stress per aiutarlo a ristabilizzarsi. Secondo la teoria della Als detta "teoria sinattiva" il neonato è in grado di esprimere i propri bisogni attraverso segnali di comportamento che vengono divisi in 5 sottosistemi (sistema nervoso autonomo, sistema motorio, sistema degli stati comportamentali, sistema di attenzione-interazione, sistema di autoregolazione).[11] e sulla base di questi sottosistemi vengono distinti:

- segnali di stabilità' come il colorito roseo della pelle, il respiro regolare, il battito tranquillo, la digestione e l'evacuazione regolari, la capacità di fermare il corpo, la capacità di assumere la posizione flessa con le mani verso il viso e la bocca, il pianto ritmico, intenso e modulato, il viso disteso, stati comportamentali come il sonno quieto (profondo, respiro regolare), il sonno leggero (respiro più veloce, movimenti con il corpo), la veglia quieta e attenta o la veglia attiva e vivace;
- segnali di instabilità come il cambiamento brusco del colorito cutaneo, il respiro veloce, affaticato e intervallato, tremori, scatti e soprassalti, rigurgiti, irrigidimento del corpo, estensione di gambe e braccia, apertura delle dita a ventaglio, smorfie, sbadigli, stati di iperallerta (occhi spalancati) o ipoallerta (difficoltà a tenere gli occhi aperti), evitamento dello sguardo, agitazione e pianto.[6]

È importante quindi osservare i comportamenti di ogni singolo neonato per capire se le stimolazioni esterne sono eccessive e per aiutarlo a ristabilizzarsi, attraverso l'utilizzo delle tecniche di Care.

1.6. Le tecniche di Care

Le principali tecniche di Care oggi conosciute, che hanno l'obiettivo comune di ridurre lo stress del neonato prematuro nell'ambiente extrauterino sono:

CARE AMBIENTALE

È già stato detto quanto sia importante l'ambiente e quanto esso influisca sullo sviluppo del neonato. Sarà quindi proprio dall'ambiente che si comincerà ad agire per cercare di rendere il meno stressante possibile la vita del piccolo neonato, che già è cominciata prima del tempo.

Vediamo infatti quali sono i benefici di un'illuminazione adeguata e quali gli effetti collaterali di stimolazioni luminose eccessive:

- livelli luminosi e sonori adeguati riducono la frequenza cardiaca, migliorano la frequenza respiratoria e la saturazione, facilitano il sonno e la stabilità motoria, riducono lo stress.
- livelli luminosi e sonori inadeguati alterano i parametri vitali, il ritmo sonno-veglia, lo sviluppo neurocomportamentale, la crescita del neonato, l'acuità visiva, la visione dei colori, l'attenzione visiva, il normale sviluppo del linguaggio, inoltre sono fonte di stress, aumentano il rischio di apnee, inibiscono la risposta ai suoni.[7]

La Care Neonatale agisce sulla riduzione dei suoni e dei rumori in due modi:

1. Possono essere attuate modifiche architettoniche e strutturali seguendo le raccomandazioni della letteratura, per ridurre i livelli di rumorosità nelle TIN.

Oggi sappiamo che il modello ideale non è quello dell'open-space cioè una singola stanza per tutti i neonati, che è la soluzione adottata dalla maggior parte delle TIN italiane, ma quello della "single family room" che prevede un singolo spazio per il neonato e i suoi genitori.

2. Più semplicemente possono essere attuate modifiche a "basso costo" da parte di tutti gli operatori per rendere l'ambiente il più possibile "a misura di neonato pretermine"

- per quanto riguarda le luci rendendole più soffuse, abbassando le tapparelle, evitando la luce diretta, utilizzando copri incubatrici;

- per quanto riguarda i rumori parlando a bassa voce, abbassando gli allarmi dei monitor, spegnendo l'allarme il prima possibile, aprendo e chiudendo delicatamente gli armadietti e i cassetti e l'oblò dell'incubatrice, non appoggiando oggetti sopra l'incubatrice, evitando di toccarla accidentalmente.[8]

CARE POSTURALE

Alla nascita il neonato si trova a vivere in un ambiente fisico totalmente diverso, nell'aria anziché nel liquido amniotico in cui la forza di gravità è circa tre volte maggiore di quella a cui era sottoposto e nella mancanza totale del contenimento dell'utero.

Il neonato pretermine non è ancora pronto a far fronte a questo cambiamento, per questo alla nascita il suo equilibrio è precario, la postura è schiacciata sul piano, il capo ruotato prevalentemente su di un lato, il movimento spontaneo è ridotto, l'instabilità posturale si manifesta con bruschi movimenti in estensione dei quattro arti, improvvisa apertura a ventaglio delle mani e delle dita, basculamenti laterali del bacino, congelamenti in flessione ed estensione dei quattro arti, limitata capacità di controllare i movimenti del capo.

La cura posturale in TIN rappresenta uno dei più validi strumenti in nostro possesso per promuovere la stabilità posturale e per ridurre lo stress del neonato.

La scelta delle posizioni (prona, supina, di fianco, semiseduta) non deve essere casuale o semplicemente alternata, ma individuata e valutata in base alla funzione fisiologica che si vogliono promuovere, sia essa respiratoria, neuromotoria o digestiva.

La Care posturale, se effettuata in maniera individualizzata può favorire la funzionalità respiratoria, promuovere il sonno, diminuisce il reflusso gastro-esofageo, i comportamenti indicanti stress, l'ipertensione, l'instabilità motoria, favorisce l'allineamento sulla linea mediana, il contatto mano-mano, mano-bocca e la suzione del dito come attività autoconsolatoria. Dopo le 37 settimane la posizione semiseduta può facilitare le esperienze relazionali e lo sviluppo antigravitario della testa.[8]

NIDO

Uno degli strumenti più utilizzati e conosciuti per la realizzazione della Care posturale e per ricreare l'ambiente contenitivo dell'utero è il nido: una morbida e accogliente concavità realizzata sagomando adeguatamente soffici telini o piccoli asciugamani

arrotolati, formando bordi più o meno alti secondo le dimensioni del neonato pretermine e dei suoi bisogni neuroevolutivi. Il neonato viene adagiato nel nido sia in incubatrice sia nel lettino.

Uno studio condotto su 10 neonati pretermine posti in un nido e sottoposti a registrazioni video, ha evidenziato che i neonati, quando sono nel nido assumono più spesso una postura simmetrica e flessa di tutto il corpo, con movimenti più eleganti e fluidi degli arti verso la linea mediana, riducendo i movimenti bruschi e in congelamento delle braccia e delle gambe.[12]

Il nido deve:

- essere costruito con materiale morbido poichè la struttura non deve essere rigida
- adattarsi alle dimensioni del neonato
- modificarsi nel tempo tenendo conto delle varie fasi di sviluppo
- consentire l'autostabilizzazione e l'organizzazione in flessione.[8]

HOLDING

L' Holding è una modalità di contenimento offerta dalle mani ferme e dal corpo della persona curante, che può essere il genitore o l'operatore. Durante l' Holding le mani non sollecitano o strofinano, ma sostengono il neonato in maniera tale da tranquillizzarlo e fargli recuperare il suo equilibrio sempre così precario.

Si istaura una relazione con il neonato basata sul tocco, sullo sguardo, sull'osservazione dei suoi comportamenti e sull'interpretazione dei segnali di stress. Protagoniste di questa relazione sono le mani, che sono mani ferme e amorevoli allo stesso tempo, che danno confine ai movimenti improvvisi e che fermano il bambino aiutandolo a riorganizzarsi.

L' Holding favorisce il contatto precoce e la relazione con i genitori: il linguaggio delle mani rafforza la comunicazione con il figlio e li aiuta ad imparare a comprendere sempre meglio i suoi bisogni. Questa tecnica deve essere utilizzata sempre, durante tutte le manovre assistenziali dagli operatori e non solo come consolazione finale. Il contenimento offerto dalle mani ferme e l'attenzione quando lo tocchiamo, durante le procedure, rappresentano lo strumento prioritario di questa comunicazione.[8]

WRAPPING

E' una modalit  per avvolgere e contenere il neonato in posizione flessa con le mani vicino al viso. E' una pratica semplice che pu  essere insegnata fin da subito ai genitori.

Pu  essere usato quando vogliamo offrire una maggiore stabilit  posturale al neonato all'interno del nido, durante i primi spostamenti fuori dall'incubatrice, per facilitare l'alimentazione nei neonati con scarso controllo assiale, durante manovre dolorose, nei primi bagnetti abilitativi, durante le visite specialistiche.

Si usa un telino quadrato, di consistenza morbida ed elastica: il neonato vi viene posizionato di fianco, avendo cura che gli arti superiori e inferiori siano flessi e le mani siano vicino al viso e alla bocca. Lo si avvolge senza stringere troppo, la testa deve essere parzialmente libera, mentre le spalle e il collo ben sostenute dal telino.[8]

I vantaggi del Wrapping sono dati dal fatto che il neonato avvolto si trova in una situazione pi  simile a quella dell'utero materno. Utilizzare questa tecnica migliora la postura in flessione, facilita una postura simmetrica, migliora l'attivit  bocca-mano-occhio facilitando l'attivit  di autoconsolazione, migliora la capacit  di rispondere agli stimoli esterni, migliora la capacit  di tornare ad uno stato di veglia tranquilla a seguito di una stimolazione stressante.[13]

MINIMAL HANDLING

E' stato sottolineato quanto il sonno sia importante per il neonato e quanto questo influisca positivamente sullo sviluppo del cervello e sull'apprendimento. Lo scopo primario della Care, che deve guidare gli infermieri che lavorano in Patologia e Terapia Intensiva Neonatale   la promozione del sonno. Oltre alla Care ambientale che riduce le luci e i rumori dell'ambiente esistono altre pratiche come il "Minimal Handling" che mira a ridurre le manipolazioni giornaliere, cercando di raggruppare tutte le pratiche assistenziali in momenti precisi della giornata in maniera tale da non interrompere in continuazione il sonno del neonato: prima della 33[^]-34[^] settimana non viene fatto il bagnetto ma vengono eseguite le manovre di igiene all'interno dell'incubatrice; il peso pu  essere rilevato lasciando il neonato in incubatrice attraverso bilance incorporate nell'incubatrice o apposite bilance; oltre alle manovre infermieristiche anche la visita medica, al di fuori di casi urgenti deve avvenire nel rispetto dello stato comportamentale del neonato e del suo ritmo sonno-veglia.[8]

GENTLE HANDLING

Il “Gentle Handling” o “assistenza coccolata” è una pratica per cui sia gli interventi terapeutici, sia gli atti di assistenza routinaria vengono eseguiti nel modo più delicato possibile e accompagnati da gesti e voci delicate, contatto dolce e caldo, carezze.[1].

L’ ”assistenza coccolata” serve per migliorare il sonno e soprattutto serve a ridurre le esperienze stressanti, ad aiutare il neonato a tranquillizzarsi e a riorganizzarsi dopo una manovra destabilizzante. Uno studio condotto su 90 neonati in cui due gruppi ricevevano un’assistenza basata sul tocco mentre un altro gruppo riceveva un’assistenza routinaria, ha dimostrato che il tocco delicato ha un effetto lenitivo e calmante sui neonati pretermine che aumenta gli stati di sonno e riduce gli stati di veglia.[14].

KANGAROO MOTHER CARE

La Kangaroo Mother Care (KMC) è la cura del neonato pretermine posto a contatto pelle a pelle sul petto del genitore. E’ un metodo semplice ed efficace per promuovere la salute e il benessere del neonato pretermine ma anche a termine.

Le ricerche in corso, i numerosi studi e le esperienze condotte in questi anni hanno messo in evidenza l’efficacia di questo metodo: esso migliora il legame genitore/bambino e il coinvolgimento precoce della madre, riducendone lo stress e favorendone l’autostima, inoltre favorisce l’allattamento al seno precoce, una valida termoregolazione, minori aspirazioni e rigurgiti, una migliore stabilità dei parametri cardiorespiratori, un più rapido adattamento alla vita extrauterina accorciando i tempi di ospedalizzazione, una migliore umanizzazione dell’assistenza neonatale.

Si può iniziare la KMC non appena il neonato è stabile, anche se ancora piccolissimo, intubato o con supporto ventilatorio, con alimentazione in corso, se presenta catetere venoso ombelicale, centrale o periferico.[8]

CONTROLLO DEL DOLORE

Uno degli elementi più stressanti a cui il neonato prematuro è sottoposto in ospedale è il dolore. Esso deve essere considerato come un parametro vitale che deve essere controllato e monitorato costantemente attraverso l’osservazione del neonato e attraverso scale apposite. La Care agisce sull’osservazione del neonato e sulla riduzione del dolore attraverso un approccio non farmacologico. Le tecniche principali sono:

- **SOMMINISTRAZIONE ORALE DI SACCAROSIO:** consiste nel dare tramite ciucciotto o tramite una siringa una dose di soluzione glucosata al 10%. Gli effetti sono quelli di favorire il rilascio di oppioidi nei sistemi endogeni e quindi ridurre lo stress del bambino. È stato anche dimostrata l'efficacia della semplice suzione senza sostanze aggiuntive per contenere il dolore del neonato, in particolare modo il dolore da procedura.
- **TECNICA DELLA SATURAZIONE SENSORIALE:** si basa su concetti neuro-fisiologici partendo dal fatto che il cervello del neonato filtra gli stimoli periferici. Lo scopo è quello di saturare i sensi del neonato attirando l'attenzione con stimoli positivi (tattili, uditivi, visivi, gustativi), in modo da escludere lo stimolo doloroso dovuto alla procedura in atto.
- **MASSAGGIO DOLCE:** è un approccio tattile effettuato dai genitori che si adatta bene anche alle esigenze del neonato pretermine; viene consigliato quando le condizioni del bambino sono stabili ed egli è in grado di tollerare gli stimoli sensoriali.
- **ALLATTAMENTO AL SENO:** è una ottima tecnica analgesica la cui efficacia è supportata da numerosi studi scientifici.
- **KANGURO MOTHER CARE:** prevede di eseguire le manovre dolorose mentre il bambino si trova a contatto pelle a pelle con il genitore.
- **WRAPPING e HOLDING:** consiste nel contenere il bambino durante le manovre dolorose.[15]

1.7. Vantaggi della Care

È stato dimostrato che le misure di Care portano a un minor fabbisogno di ossigeno, minore durata della ventilazione meccanica, minor numero di crisi di apnea, periodi più brevi di nutrizione parenterale, migliore organizzazione comportamentale, minor durata dell'ospedalizzazione, acquisizione più rapida delle tappe neuroevolutive, migliore interazione con l'ambiente.[4, 16]

Inoltre uno studio condotto in 25 terapie intensive italiane ha dimostrato che le migliori competenze neurocomportamentali dei neonati sono associate ai migliori livelli di qualità di Developmental Care forniti dalle TIN.[14]

1.8. Il metodo NIDCAP

Il metodo migliore per offrire al neonato un'assistenza individualizzata e per applicare le tecniche di Care è la metodologia NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program), proposta nel 1986 dalla dottoressa Als.

Questo metodo consiste nella costante osservazione del neonato prima, durante e dopo le procedure assistenziali, per individuare tutti i segnali di destabilizzazione del neonato, capendone il livello maturativo.

In pratica l'osservatore, professionista abilitato NIDCAP, compila una scheda su cui sono riportati 91 segnali comportamentali tipici dei cinque sottosistemi funzionali dell'organismo del neonato, che vengono valutati ogni 2 minuti fino alla fine dell'osservazione. Qualsiasi neonato pretermine può essere osservato secondo lo strumento NIDCAP, ma in particolare devono essere inseriti nel programma tutti i neonati di peso inferiore a 1200 grammi e con età gestazionale minore di 28 settimane vengono osservati dalla nascita alla dimissione.[5]

Viene stesa una relazione che viene condivisa con tutti i professionisti e con i genitori, che descrive l'ambiente, l'interazione del bambino con la persona curante, la storia clinica, gli obiettivi individuati e le raccomandazioni per l'assistenza rivolte a potenziare i punti di forza del bambino e a ridurre i comportamenti di stress.[17]

Anche in Italia si stanno facendo passi avanti verso l'implementazione del metodo NIDCAP: è cominciata nel 2005 la formazione NIDCAP presso la Terapia Intensiva Neonatale della Cattedra di Neonatologia dell'Università di Torino, alcune TIN italiane dispongono di professionisti certificati (Milano, Torino, Modena, Genova, Firenze), appartenenti a professionalità diverse (infermieri, fisioterapisti e neonatologi) e nel 2013 la Struttura Complessa di Neonatologia del Policlinico di Modena è stata accreditata come primo centro NIDCAP d'Italia, il settimo a livello europeo dopo Stoccolma, Brest, Rotterdam, Bruxelles, Madrid e Barcellona.[17, 18]

CAPITOLO 2: SCOPO DELLO STUDIO

Abbiamo appreso dalla letteratura come la Care Neonatale sia un approccio assistenziale che porta innumerevoli vantaggi al neonato prematuro e che il metodo migliore per attuare questo tipo di assistenza è il metodo NIDCAP. Sappiamo anche che nei reparti di neonatologia italiani, seppur i livelli raggiunti presentano una certa variabilità sta aumentando l'utilizzo delle procedure di Care e in alcune terapie intensive italiane si stanno facendo passi avanti verso l'implementazione della metodologia NIDCAP.

Di contro dobbiamo riconoscere che attuare il metodo NIDCAP richiede un'assistenza infermieristica avanzata e un impegno non indifferente da parte di tutto il personale:

- il corso per diventare professionista certificato dura circa 2 anni;
- il metodo richiede una modificazione del modello di assistenza in quanto vengono introdotti nuovi parametri di osservazione, il neonato deve essere osservato costantemente, è necessario modificare la normale routine e formare anche i genitori;
- il metodo richiede modificazioni dal punto di vista architettonico delle strutture;
- richiede molto tempo in quanto i comportamenti del neonato devono essere osservati ogni 2 minuti a partire da 10-20 minuti prima della manovre assistenziale, durante tutta la durata dell'intervento, fino a quando il bambino non torna ad uno stato di quiete, compilando apposite schede.

Per questi motivi allo stato attuale, pur costituendo un ottimo strumento per la realizzazione di un programma di cura individualizzata, nella maggior parte dei casi rimane un'idea più utopistica che effettivamente realizzabile.

Se attuare la metodologia NIDCAP è troppo complesso, è fondamentale però che le tecniche di care vengano attuate in tutti i reparti di neonatologia, indipendentemente dal grado di prematurità dei neonati che accolgono, dalle più piccole patologie neonatali ai più grandi centri di terapia intensiva neonatale e che il personale sia adeguatamente formato e sensibilizzato al tema.

La domanda da porsi è: quanto vengono utilizzate e quanto sono conosciute le tecniche di Care dagli infermieri che lavorano nei reparti di neonatologia e che sono ogni giorno a contatto con questi piccoli prematuri? Gli infermieri sono formati in merito alle tecniche? Vi è un margine di miglioramento nell'utilizzo delle tecniche?

CAPITOLO 3: MATERIALI E METODI

3.1. Il setting: due patologie neonatali italiane

Per rispondere a queste domande sono state prese in esame le più piccole realtà delle Patologie Neonatali per capire il livello di assistenza individualizzata che viene offerto e il grado di formazione degli infermieri che lavorano in questi reparti sul tema della Care.

In Italia sono stati definiti tre livelli di assistenza specializzata al neonato in base al grado di specializzazione e al tipo di assistenza fornita: il primo livello (il Nido), il secondo livello (la Patologia Neonatale), il terzo livello (la Terapia Intensiva Neonatale).

Per lo studio sono state prese in considerazione due Patologie Neonatali della Regione Veneto: la patologia neonatale dell'Ospedale di Bassano del Grappa (Vi) e la patologia neonatale dell'Ospedale di Belluno.

Sono stati scelti due reparti di neonatologia con un livello di specializzazione simile, in maniera tale da avere un campione più omogeneo di infermieri. Entrambe le Patologie Neonatali, di Bassano e Belluno, hanno due posti di terapia intensiva neonatale.

La Patologia Neonatale di Bassano accoglie tutti i neonati di età gestazionale superiori a 31 settimane più 6 giorni, senza limiti di peso comprendendo anche quelli con peso estremamente basso (inferiore a 1.000 gr.) [19], mentre la Patologia Neonatale di Belluno assiste tutti i neonati pretermine dalle 32 settimane e con peso superiore ai 1500 gr. [20]

3.2. Il campione della ricerca

La ricerca ha preso in considerazione un campione di 30 infermieri che lavorano in una patologia neonatale, 20 infermieri di Belluno e 10 infermieri di Bassano.

E' necessario specificare che in entrambi i reparti gli infermieri non lavorano esclusivamente in patologia ma lavorano anche al nido, in pediatria e presso il pronto soccorso pediatrico, seguendo una turnistica a rotazione e che il campione di infermieri di Bassano è in numero ridotto in quanto ad alcuni infermieri di recente assunzione non è stato somministrato il questionario.

Il campione di 30 infermieri comprende 10 infermieri laureati, 16 infermieri professionali e 4 infermiere pediatriche. L'esperienza degli infermieri va da un minimo di un anno fino ad un massimo di 40.

3.3. Il questionario

Il questionario (vedi allegato 1) che è stato somministrato, aveva lo scopo di indagare quali tecniche di cure gli infermieri conoscono e utilizzano e il loro livello di formazione.

Comprendeva 11 domande di cui 8 domande sulla care neonatale: 7 domande a risposta multipla, in cui era anche possibile dare più risposte e a risposta aperta.

La stesura del questionario è stata realizzata basandosi sulle conoscenze acquisite dall'approfondimento dell'argomento, dall'esperienza di tirocinio effettuata nel reparto di patologia neonatale di Belluno, dal confronto con gli infermieri che lavorano in patologia neonatale.

3.4. Attività di raccolta e analisi dei dati

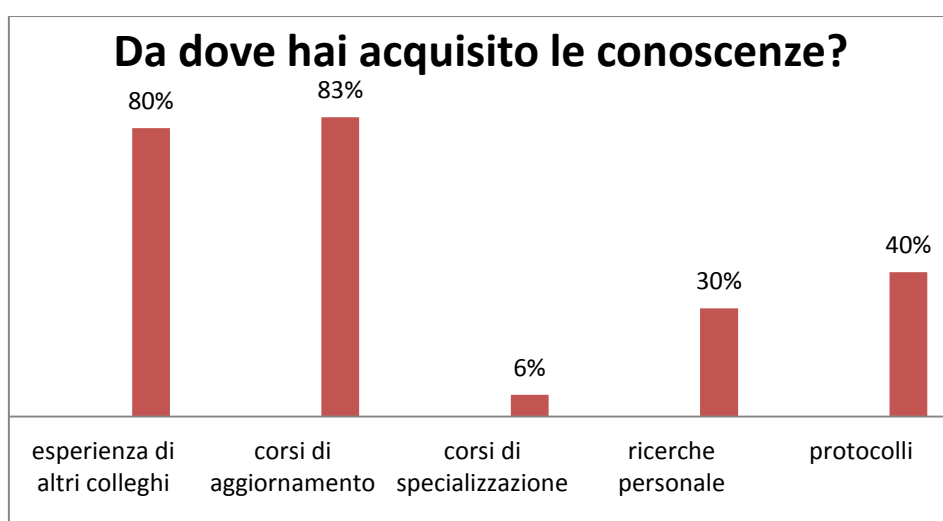
I dati sono stati raccolti dopo aver ricevuto l'autorizzazione dalle Direzioni Mediche dei rispettivi ospedali e dopo aver ricevuto la conferma dei Coordinatori Infermieristici e dei Direttori delle Unità Operative. I questionari sono stati consegnati e compilati dagli infermieri durante l'orario di lavoro fra i mesi di Luglio e Settembre 2015.

Dopo aver ritirato tutti i questionari sono stati analizzati i dati utilizzando il programma Microsoft Excell 2010.

CAPITOLO 4: I RISULTATI DELLO STUDIO

Il 100% degli infermieri è a conoscenza di che cos'è la care neonatale.

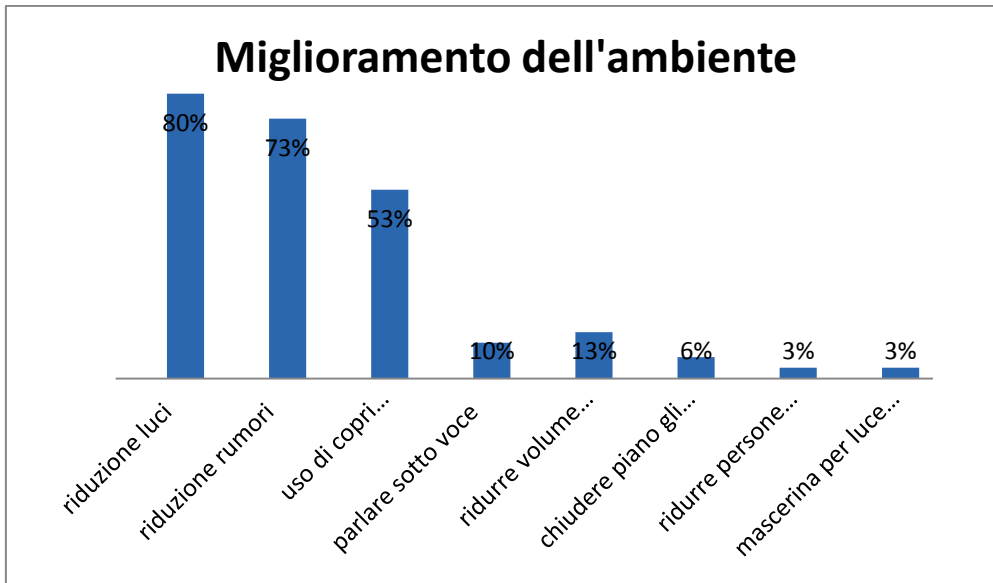
La maggior parte di loro ha acquisito le conoscenze sulla Care da corsi di aggiornamento (83% degli infermieri) e dall'esperienza di altri colleghi (80% degli infermieri), solo il 6% ha frequentato corsi di specializzazione mentre meno della metà ha acquisito le conoscenze da ricerche personali (30% degli infermieri) o leggendo i protocolli del reparto (40% degli infermieri).[figura 1]



[figura1]

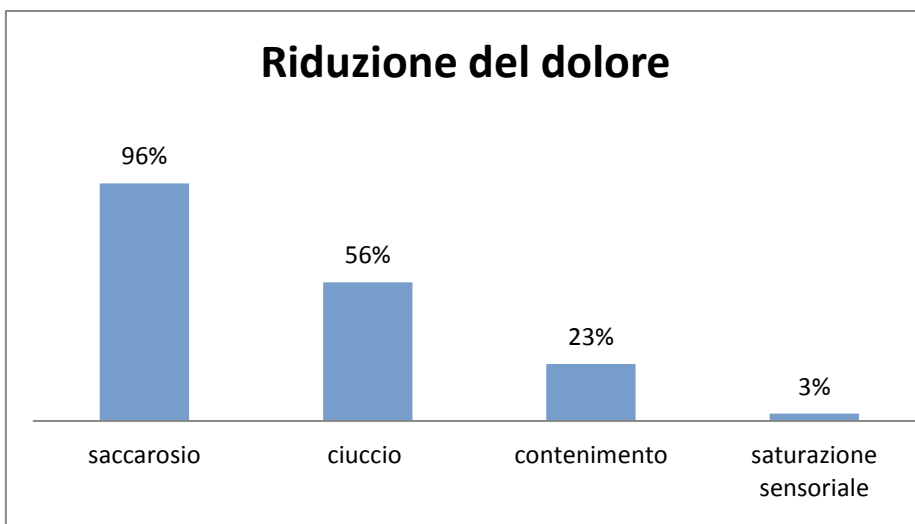
E' stato chiesto all'infermiere di elencare quali misure di care vengono utilizzate nel suo reparto per il miglioramento dell'ambiente, per la riduzione dello stress, per la riduzione del dolore, per il contenimento posturale ecc.

Per quanto riguarda la Care ambientale nella maggior parte delle risposte viene ricordato soprattutto la riduzione delle luci (80% degli infermieri) e dei rumori per quanto possibile (73% degli infermieri), circa la metà degli infermieri specifica che è importante ridurre le luci con l'uso di copri incubatrici. E' nettamente inferiore il numero di infermieri che indicano altri modi per ridurre le luci e i rumori come abbassare il volume dei monitor (13%), parlare sottovoce (10%), chiudere piano gli oblò (6%), ridurre la luce diretta con una mascherina e ridurre le persone nella stanza (3%).[figura 2]



[figura 2]

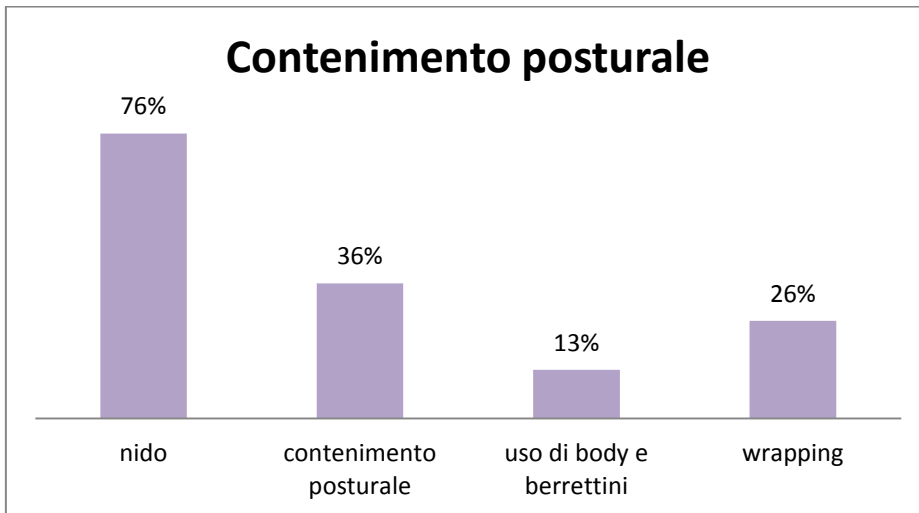
Per quanto riguarda la riduzione del dolore la tecnica più utilizzata e conosciuta che quasi la totalità degli infermieri ricorda nella propria risposta (96% degli infermieri) è la somministrazione di una soluzione dolce. In più della metà delle risposte viene riportato anche il ciuccio passatempo (56%) mentre meno della metà parla del contenimento (23%) e solo il 3% parla della saturazione sensoriale.[figura 3]



[figura3]

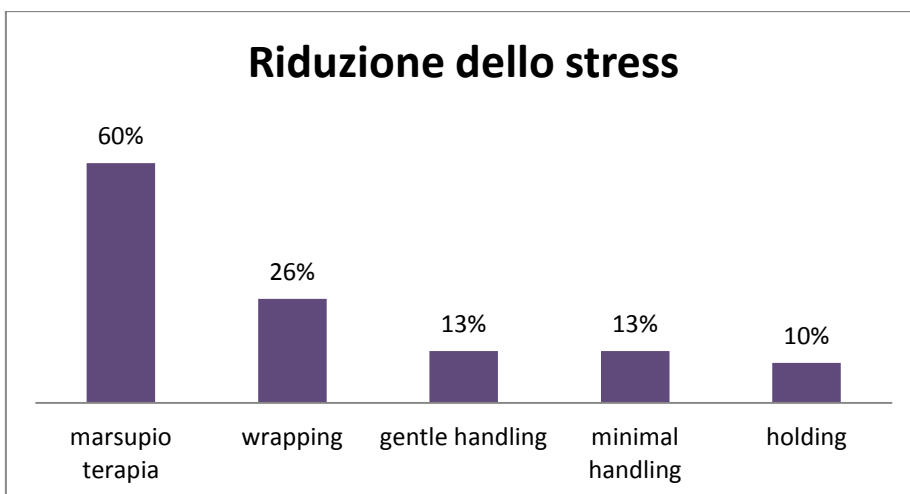
Per il contenimento posturale la maggior parte degli infermieri (76%) ricorda il nido, il 36% degli infermieri scrive “contenimento posturale” senza specificare la risposta, meno

della metà degli infermieri parla del Wrapping (26%) e solo il 13% dell'uso di body e berrettini.[figura 4]



[figura4]

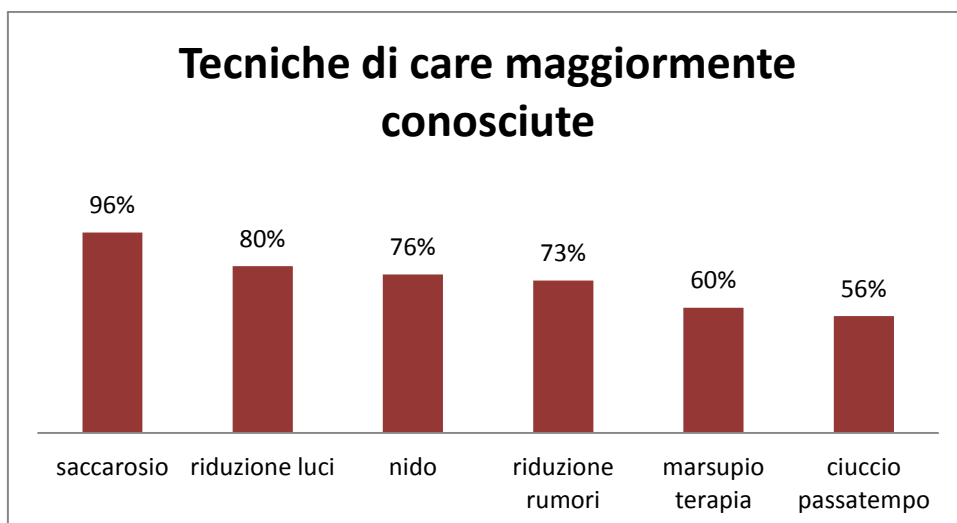
La tecnica maggiormente conosciuta ed utilizzata per la riduzione dello stress è la canguro terapia, citata dal 60 % degli infermieri, altre tecniche come il Wrapping (26%), il Gentle Handling e Minimal Handling (13%) e l'holding (10%) sono meno ricordate.[figura 5]



[figura 5]

In conclusione le tecniche di cure maggiormente usate e conosciute dagli infermieri sono: la soluzione dolce (96%) e il ciuccio passatempo (56%) per la riduzione del dolore, la riduzione delle luci (80%) e dei rumori (73%), il nido (76%), la Marsupio Terapia (60%).

[figura 6]



[figura6]

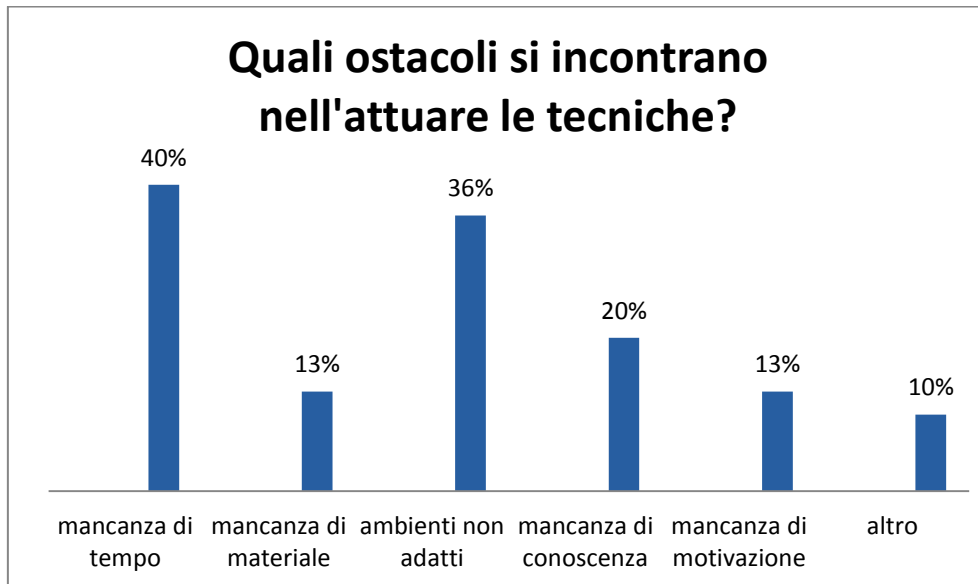
Il questionario ha indagato anche l'organizzazione dei reparti riguardo la presenza di protocolli riguardanti la Care, di spazi appositi per indicare le tecniche utilizzate in cartella infermieristica, di materiale informativo per i genitori e riguardo all'apertura del reparto ai genitori.

Dai risultati del questionario è emerso che :

- in entrambe le patologie neonatali sono presenti specifici protocolli sulla Care;
- in entrambe le Patologie Neonatali in cartella infermieristica non sono presenti spazi per indicare le tecniche utilizzate, sono presenti spazi ridotti per il monitoraggio del dolore e per indicare gli orari in cui viene svolta la marsupio terapia;
- il 70% degli infermieri sostiene che non è presente nel proprio reparto materiale informativo per i genitori;
- in entrambi i reparti analizzati le mamme dei neonati hanno accesso libero mentre per i papà vi sono orari prestabiliti;
- secondo il 93% degli infermieri i genitori vengono resi partecipi delle cure rivolte al neonato e vengono insegnate ai genitori tecniche di care.

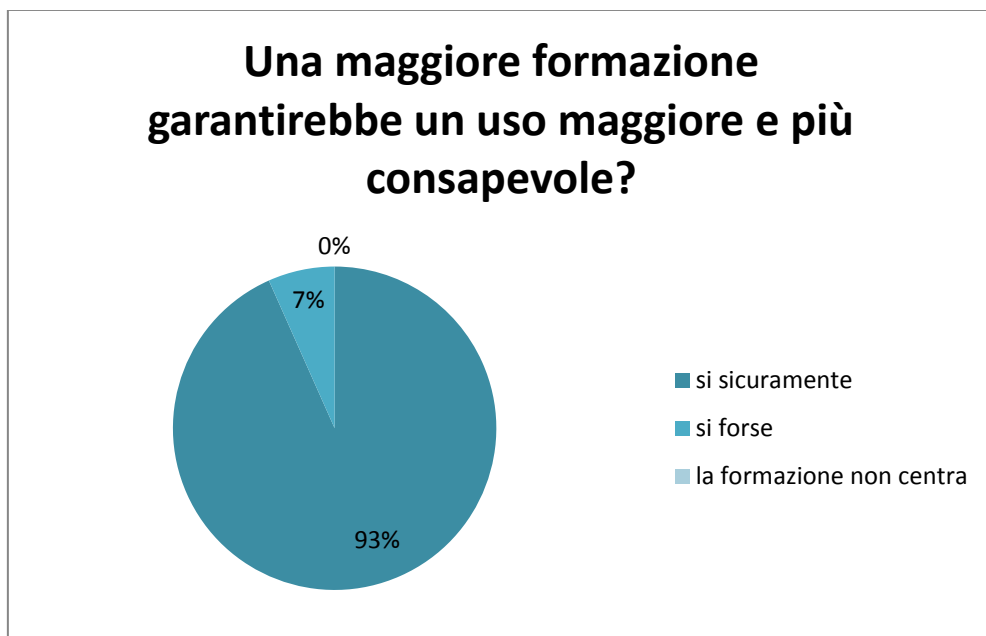
Un altro dato importante emerso dal questionario è il tipo di ostacoli che gli infermieri incontrano nell'attuare le tecniche di care. La domanda era chiusa e gli infermieri potevano dare più di una risposta. E' risultato che i principali ostacoli che gli infermieri incontrano sono la mancanza di tempo (40%) e gli ambienti non adatti (36%). Il 20% invoca la mancanza di conoscenze, il 13% la mancanza di materiale e di motivazione. Solo il 10%

rileva altre motivazioni (come lo svolgere le mansioni in modo routinario) o sostiene che si riesca ad attuare la care senza problemi, utilizzando le risorse disponibili.[figura 7]



[figura 7]

Ben il 93% degli infermieri sostiene che una maggiore formazione garantirebbe un uso più consapevole e appropriato delle tecniche.[figura 8]



[figura 8]

CAPITOLO 5: DISCUSSIONE DEI RISULTATI

5.1. Significato dei risultati

Dai risultati dello studio si evidenzia che sicuramente negli ultimi anni vi sono stati dei grandi cambiamenti a livello assistenziale anche nei reparti di Patologia Neonatale. Per le due realtà prese in esame, questi cambiamenti sono dimostrati da:

- presenza in reparto di protocolli specifici sulla Care;
- apertura del reparto alle mamme 24 h su 24;
- conoscenza della care da parte di tutti gli infermieri di che cos'è la Care;
- conoscenza da parte di tutti gli infermieri di almeno 4 tecniche di Care;
- partecipazione dell'83% degli infermieri a corsi di aggiornamento sulla Care;
- utilizzo del saccarosio per la riduzione del dolore;
- utilizzo dei nidi per il contenimento posturale;
- utilizzo della Marsupio Terapia;
- utilizzo di copri incubatrici per la riduzione delle luci;
- partecipazione dei genitori all'assistenza del neonato;
- insegnamento ai genitori di tecniche di Care.

Nonostante gli indubbi progressi fatti c'è ancora un margine di miglioramento verso l'implementazione di queste tecniche.

In particolare dall'analisi dei questionari emerge che :

- in entrambi i reparti non è presente in cartella infermieristica uno spazio dedicato per indicare le tecniche;
- in entrambi i reparti non è presente materiale informativo riguardante la care;
- nel campione dei 30 infermieri si è rilevata una minore conoscenza di alcune tecniche di Care: solo il 13% parla dell'Handling, il 10% dell'holding, il 26% del Wrapping, il 3% conosce la saturazione sensoriale;
- pochi infermieri specificano come è possibile ridurre la luce e il rumore in reparto.

Possiamo dire che ad oggi alcune tecniche sono entrate nella routine dell'assistenza del prematuro come l'utilizzo del saccarosio, i nidi di contenimento, la marsupio terapia, mentre altre misure di care sono svolte solo da pochi infermieri, vengono utilizzate meno, o in maniera poco consapevole come l' Holding, il Wrapping e l' Handling.

Inoltre l'utilizzo delle tecniche di Care è ancora molto legato alla sensibilità del singolo infermiere che decide se utilizzarle o meno, senza che vi sia una modalità strutturata.

5.2. Limiti dello studio

I limiti principali riconosciuti allo studio presentato, che impediscono generalizzazioni sono:

1. Il campione di infermieri era ridotto in quanto prendeva in considerazione solamente due patologie neonatali.
2. Il questionario conteneva una domanda aperta :il rischio di porre la domanda in forma aperta era quello che l'infermiere rispondeva in maniera veloce, dimenticando di segnalare alcune misure di care che in realtà utilizza.

Ponendo la domanda in forma chiusa invece si sarebbero riuscite ad indagare meglio tutte le tecniche utilizzate in reparto e le modalità con cui vengono applicate ma il rischio era quello di non riuscire invece a cogliere quali tecniche sono realmente conosciute ed utilizzate dall'infermiere e questo è il vero obiettivo del questionario. E' stato scelto infine di porre la domanda in forma aperta per stimolare l'infermiere a ricordare quali tecniche utilizza e capire meglio quali tecniche effettivamente conosce. Nell'analisi dei i dati solo le tecniche di care che sono state citate dall'infermiere nella risposta sono state considerate come le tecniche che utilizza e conosce.

5.3. Implicazioni per la pratica

Come si può migliorare l'uso delle tecniche di care nei due reparti di patologia?

1. prevedere nella cartella uno spazio in cartella infermieristica pensato per segnalare le tecniche di care
2. modificare la turnistica del reparto scegliendo degli infermieri che lavorino esclusivamente in patologia, per migliorare la loro specializzazione.
3. migliorare la formazione degli infermieri per raggiungere una maggiore conoscenza delle tecniche e una migliore consapevolezza delle motivazioni per cui è importante utilizzarle. Per ridurre i costi che la formazione richiede si può pensare ad una formazione a cascata in cui uno o più infermieri esperti partecipano ad un corso di aggiornamento ad hoc e poi divulgano le informazioni agli altri colleghi. E' emerso anche dal questionario che per la maggior parte degli infermieri l'esperienza di altri colleghi è fondamentale per

acquisire le conoscenze, questo fa pensare che una formazione a cascata potrebbe essere più accettata. La formazione dovrebbe prevedere dei momenti di refresh, infatti spesso la motivazione c'è e le tecniche si conoscono, ma se non vengono periodicamente riprese, si rischia di tornare al “come si è sempre fatto”.

CONCLUSIONI

La tesi parte dal presupposto che attuare un'assistenza individualizzata basata sulla Care porti grandi vantaggi ai neonati, in termini di riduzione dei tempi di ospedalizzazione e di miglior sviluppo.

Il metodo NIDCAP costituisce un ottimo strumento per l'attuazione di questo tipo di assistenza nei reparti di Terapia Intensiva Neonatale ma, purtroppo, spesso rappresenta una soluzione più utopistica che reale, infatti per attuare questa metodologia è necessario un radicale cambiamento dell'ambiente e del modo di operare delle TIN, oltre che un impegno non indifferente da parte di tutto il personale.

Anche attuare misure ad alto costo nei reparti di neonatologia per rendere l'ambiente più a "misura di neonato pretermine" spesso non è possibile.

Ciò nonostante, dati i vantaggi che l'assistenza individualizzata basata sulla Care porta ai neonati, è indispensabile che essa venga attuata in tutti i reparti di neonatologia, dalle più piccole Patologie Neonatali alle più grandi Terapie Intensive, utilizzando le risorse e le infrastrutture disponibili e migliorando la formazione degli infermieri nell'attuazione di questo tipo di assistenza.

Dallo studio fatto sappiamo che, almeno per le due realtà prese in considerazione, tutti gli infermieri sono a conoscenza di che cosa sia la Care, ma mentre alcune tecniche sono conosciute da tutti e sono entrate a far parte della pratica quotidiana, altre tecniche non sono conosciute e quindi non vengono utilizzate, o vengono utilizzate solo da alcuni infermieri.

Per sensibilizzare gli infermieri alla conoscenza della Care, all'utilizzo di tutte le tecniche e all'osservazione attenta del neonato è necessario puntare alla formazione, privilegiando una modalità a cascata, con periodici retraining.

Aumentare la formazione degli infermieri rappresenta il metodo migliore e più economico per far in modo che questo tipo di assistenza venga attuata da tutto il personale, in maniera sempre più professionale e meno basata sulla sensibilità del singolo infermiere.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. LIST L - Assistenza infermieristica al neonato prematuro – Professione Infermiere n. 2 settembre /dicembre 2007 – pag. 36-42
2. BUCCI G, GIUA A, CAMI F, FABRIZI A, ROSANO M - Neonato – Universo del corpo Enciclopedia Treccani Online 2000 Disponibile all'indirizzo: [http://www.treccani.it/enciclopedia/neonato_\(Universo del Corpo \)](http://www.treccani.it/enciclopedia/neonato_(Universo_del_Corpo)) Consultato: Settembre 2015
3. GIACCHETTI L - Profilassi e terapia dell'anemia del neonato prematuro- Disponibile all'indirizzo: <http://www.medicitalia.it/> Consultato: Settembre2015
4. BRUSCAGNIN M, FABRIS M, GILIBERTI M, MACAGNO F, MERIALDI M, VITTORI G - Manifesto dei diritti del bambino nato prematuro 2010 – cap. 1-2 – Carta dei diritti del bambino nato prematuro- pag39-40;
5. SANNINO P, DE BONA G, SANTINI G - Programma di cura e sviluppo individualizzato al neonato prematuro (NIDCAP): un nuovo modello assistenziale - Agorà n. 39 pag. 47-50;
6. ARTESE C, BLANCHI I - Il neonato ci parla – Guida allo sviluppo del bambino ricoverato in TIN 2011;
7. BOSSI E - Dalla parte del bambino- Come promuovere lo sviluppo sensoriale in terapia intensiva neonatale. Consultabile all'indirizzo: www.ipasvicomo.it/ Consultato: Settembre 2015
8. SANNINO P, SERRA A, DE BONA G, CUOMO G, COLOMBO G, CLERICI D, CHIANDOTTO V, CALCIOLARI G, BERTONCELLI N, ARTESE C - Con ragione e sentimento – Le cure neonatali a sostegno dello sviluppo, Società Italiana di neonatologia - Ed. Biomedica, aprile 2011;
9. MICELI R - Come ridurre lo stress del bambino prematuro - La Stampa Tutto scienze 04/05/2012. Consultabile all'indirizzo: www.lastampa.it Consultato: Settembre2015;
10. HEALY P , FALLON A - Developments in neonatal care and nursing responses - British Journal of Nursing, 2014, Vol 23, No 1;

11. ARTESE C - La riabilitazione integrata in neonatologia - Firenze 2008
Consultabile all'indirizzo: www.institutresseguier.com Consultato: Settembre 2015;
12. FERRARI F, BERTONCELLI N, GALLO C, ROVERSI MF, GUERRA M O, RANZI A, HADDES-ALGRA M - Posture and movement in healthy preterm infants in supine position in and outside the nest - Arch Dis Child Fetal Neonatal, 2007;
13. MODRCIN-TALBOTT M, HARRISON LL, GROER M, YONGER MS - The Biobehavioral effects of gentle human touch on preterm infants – Nursing. Science Quaterly 2003;
14. MONTIGROSSO R, PRETE AD, BELLU R, BORGATTI R - Level of NICU Quality of Developmental Care and Neurobehavioral Performance in Very Preterm Infants;
15. CAPRILLI S - Le tecniche non farmacologiche per il controllo del dolore nel bambino. Gisip n.2 giugno 2010;
16. NAZZI E, BISOGNI S - L'efficacia di specifiche manovre del metodo NIDCAP nello sviluppo neurocomportamentale del prematuro. Una revisione della letteratura - Gli infermieri dei bambini. Giornale italiano di scienze infermieristiche Pediatriche – Anno 7, n.1 2015;
17. SANNINO P, DE BON G, ARENGA I, MOSCA M - Nidcap tra utopia e realtà: esperienze a confronto - l'infermiere 1/2010;
18. Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna, La neonatologia riconosciuta come primo centro Nidcap a livello nazionale 11/04/2013. Consultabile all'indirizzo: <http://salute.regione.emilia-romagna.it> Consultato: Settembre 2015;
19. Azienda Sanitaria Ulss 3 Bassano del Grappa - Carta dei servizi-Pediatria – Maggio 2015. Consultabile all'indirizzo: <http://www.aslbassano.it> Consultato: Settembre 2015;
20. Azienda Sanitaria Ulss 1 Belluno – Carta dei servizi Agosto 2015. Consultabile all'indirizzo :<http://www.ulss.belluno.it> Consultato: Settembre 2015.

ALLEGATI

ALLEGATO 1

1- Lavora presso l'Azienda sanitaria di

- Belluno
- Bassano del Grappa

2- Qual è il suo percorso di studi?

- infermiere laureato
- infermiere professionale
- vigilatrice d'infanzia/ infermiera pediatrica
- infermiere generico

3- Anni di servizio in patologia/Tin_____

4- Sa che cos'è la care neonatale? si no

5- Da dove ha acquisito le conoscenze?

- dall'esperienza di altri colleghi
- corsi di aggiornamento
- corsi di specializzazione
- ricerche personali (riviste ecc.)
- protocolli
- altro _____

6- Quali misure di care vengono utilizzate nel suo reparto ? (per il miglioramento dell'ambiente, per la riduzione dello stress, per il contenimento posturale, per la riduzione del del dolore ecc.)

7- Esistono nel suo reparto dei protocolli e delle linee guida sulla Care ?

si No

8- Nella cartella infermieristica è previsto uno spazio per indicare le tecniche utilizzate ?

si no

9- I Genitori sono protagonisti dell'assistenza?

Vengono resi partecipi delle cure e delle accortezze da rivolgere al neonato

si no a volte

vengono insegnate delle tecniche di care

si no a volte

quando possono avere accesso al reparto

sempre

in orari prestabiliti _____

E' disponibile materiale informativo per i genitori riguardanti la care

si no

10- Quali ostacoli si incontrano nell'attuare le tecniche di care

mancanza di tempo

mancanza di materiale

ambienti non adatti (per esempio per la riduzione dei rumori)

mancanza di conoscenza

mancanza di motivazione

altro _____

11- Pensa che migliorare il livello di formazione del personale garantirebbe un utilizzo maggiore e più consapevole delle tecniche ?

si, sicuramente si, forse no, la formazione non centra