

Rivista Italiana La Care in Perinatologia

Editor in Chief
Arturo Giustardi

Assistant Editor
Francesco Tandoi

Executive Editor
Massimo Agosti

Editorial Board

Graziella Andrich, Marina Battaglioli, Maria Elena Bolis,
Onorina Chinetti, Elsa Del Bo, Arianna De Martino,
Giusy Di Lorenzo, Anna Maria Di Paolo, Gennaro Disiena,
Elisa Facondini, Matilde Ghinassi, Lorenzo Giacchetti,
Sandra Lazzari, Giovanna Liguoro, Gianluca Lista,
Nicoletta Mallozza, Isabella Mondello, Romeo Nicola,
Luigi Orfeo, Maria Pia Paganelli, Lorena Paghinini,
Anna Persico, Angela Bossi, Paola Serafini,
Gino Soldera, Monika Stablum, Stefania Viero,
Vincenzo Zanardo

www.careperinatologia.it



Copyright © 2010



Via Gennari 81, 44042 Cento (Fe)
Tel. 051.904181/903368 - Fax 051.903368
www.editeam.it - info@editeam.it

Progetto grafico: EDITEAM Gruppo Editoriale.

Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta, tradotta, trasmessa o memorizzata in qualsiasi forma e con qualsiasi mezzo senza il permesso scritto dell'Editore.

L'Editore declina, dopo attenta e ripetuta correzione delle bozze, ogni responsabilità derivante da eventuali errori di stampa, peraltro sempre possibili.

Finito di stampare nel mese di Giugno 2010.

Indice

Editoriale pag.	III
Francesco Tandoi, Arturo Giustardi, Massimo Agosti	
APGAR 12: un punteggio al benessere	1
Alessandro Volta, <i>Montecchio Emilia (RE)</i>	
L'Agenda di Gravidanza della Regione Piemonte	4
Paola Ghiotti, Paola Serafini, <i>Torino</i>	
Il rispetto del neonato: dalle parole ai fatti... riconoscere il suo dolore per misurarlo e ridurlo	7
Orietta Meneghetti, Germana Selvatico, Annalisa Assini, Marina Bertocchi, Emma Cavazzoni, Orsola Ferrari, Maria Teresa Giulietti, Laura Manganoni, Emanuela Massolini, Caterina Pesce, Olinda Piscitelli, † Rosaria Rizzolini, Fausta Terlisio, Ornella Tomasoni, Simona Zorzi, Marilena Guindani, <i>Manerbio</i>	
Dalla parte del neonato: pronto soccorso emozionale del neonato e dei suoi genitori	16
Germana Selvatico, <i>Manerbio</i>	
Scelti per voi	25
Home and Abroad	26

Editoriale

Probabilmente oltre alla capacità di adattamento, quello che caratterizza l'uomo moderno è la voglia di conoscere, di approfondire gli aspetti più diversi della sua esistenza. Di sicuro la scienza si è avvalsa molto di questa umana virtù lungo tanto che durante tutto il corso della storia abbiamo assistito ai risultati di questa sfida dell'uomo con il mondo della natura, per riuscire a strappare ad essa i segreti più intrinseci e a tradurli in aspetti intelligibili per trarne regole, indicazioni, comportamenti da applicare il più possibile alla pratica, scientifica o quotidiana che sia. Trattiamo quindi di natura umana quando parliamo di ricerca e di evoluzione ad essa legata; che si tratti di temi di medicina più tradizionale che degli aspetti più innovativi legati ad essa. Questo è riferibile anche a quanto legato al mondo della "care" e a chi opera in esso. Il preambolo vuole servire come chiave di lettura per questo numero, che guarda soprattutto verso i progetti che sui nostri temi si stanno sviluppando qua e là per il nostro Paese, sottolineando il dinamismo e l'attualità di questi argomenti.

Nella scelta dei lavori da inserire nella rivista mi imbatto - sempre con grande piacere, direi - in un fermento di idee che ogni Centro, piccolo o grande che sia, cerca di attuare nella direzione della care. Talora a denti stretti, razionalizzando al massimo fondi e risorse e con una forza di volontà ed una creatività davvero ammirevoli, ma in tanti stanno condividendo il "progetto care", ognuno sviluppando i temi in cui crede maggiormente o che, per la propria realtà, è più agevole proporre. Vi accorgete, leggendo le pagine di questo numero, che non vi abbiamo proposto altisonanti risultati di trial clinici randomizzati o di infallibili metanalisi, ma semplicemente una serie di idee, talune semplici altre più articolate, che mirano alla pratica delle nostre attività e ai bisogni percepiti degli operatori o dei nostri assistiti e delle loro famiglie. Ciò che emerge sempre con maggiore evidenza è che queste idee non fanno parte di uno sparuto gruppo di

fanatici disposto a tutto pur di fregiarsi del titolo di "fautori della care" magari negli ambiti più in visibili delle nostre attività, ma che ogni progetto manifesta un coinvolgimento sempre più alto ampio, di gran parte delle figure professionali dei nostri reparti, nonché di amministrazioni ed istituzioni sempre più in alto nella scala organizzativa della nostra società. Converrete con noi che tutte queste idee, la voglia di proporle e di descriverle sono indice di una grande sensibilità, verso questi argomenti ma sicuramente verso la soluzione delle problematiche ad essi connesse. La dimensione è quella dell'evoluzione delle cure, del loro divenire non solo in un ambito strettamente curativo, ma nel rispetto della persona, adulta o non ancora nata. La percezione di tutto questo la stiamo trasmettendo anche a chi ci amministra e verosimilmente molti di questi messaggi si stanno facendo strada in questa direzione. Tutto questo fa onore al nostro lavoro e ad ognuna di queste idee, che dimostra ogni giorno di più la propria dignità e la propria ragione d'essere e, per molti versi, conferisce alla nostra sanità la maturità di un sistema assistenziale che sa occuparsi di ogni singolo individuo, al di là dell'aspetto assistenziale puro e semplice, ma della sua dignità come individuo. Credo, a giusta ragione, che sentirci partecipi di questo processo conferisca sempre più valore al nostro lavoro e agli sforzi per portare avanti questi progetti, compresa la nostra rivista. Lo dico per chi scrive, per chi legge e per chi riesce ad ispirarsi a noi perché ha capito che la care, in realtà, è il suo modo di essere.

Buona lettura a tutti.

Francesco Tandoi
Arturo Giustardi
Massimo Agosti

APGAR 12: un punteggio al benessere

Alessandro Volta

Pediatra-neonatologo, Responsabile Assistenza Neonatale,
Ospedale di Montecchio Emilia (RE)

Nel 1953 l'anestesista Virginia Apgar mise a punto un punteggio per misurare in maniera obiettiva i parametri vitali del neonato fin dai primi minuti di vita e definire le situazioni nelle quali occorre intervenire con manovre rianimatorie. La valutazione tramite l'Apgar prende in considerazione le principali funzioni collegate alla sopravvivenza, in particolare la salvaguardia dell'ossigenazione cerebrale, analizzando cuore, respiro, ossigenazione, tono e reattività.

Al momento della nascita è prassi comune riconoscere nel pianto la principale espressione di vitalità e la massima garanzia di una respirazione efficace. L'obiettivo ultimo di chi presta assistenza al neonato al momento del parto è quello di ottenere un Apgar superiore a 7 entro cinque minuti dalla nascita; questo punteggio, pur non avendo valore prognostico, rappresenta un indice di qualità delle cure o comunque di adeguata assistenza perinatale.

Dal punto di vista strettamente biologico, quando un neonato raggiunge un punteggio di 10 significa che il parto è terminato e che l'intervento del neonatologo, o dell'anestesista, non è più necessario.

Se valutiamo il neonato più globalmente e, oltre alle sue funzioni vitali di base, consideriamo anche il suo benessere psicofisico (cioè le sue percezioni ed emozioni), rischiamo di non avere alcun aiuto dal punteggio di Apgar. Con lo *score* di Virginia Apgar è possibile otte-

nerne una stima buona, ma parziale dell'adattamento alla vita extrauterina, perché non viene considerato l'adattamento relazionale e comportamentale che il neonato mette in atto nei minuti successivi ai suoi primi respiri.

Klaus e Kennell sono stati tra i primi a segnalare il ricco e articolato comportamento del neonato nelle prime due ore di vita: movimenti di esplorazione, ricerca attiva del seno, riflesso di *rooting*, suzione, ecc. Fin da subito il neonato, se adeguatamente trattato, invia segnali sociali e interattivi in grado di sollecitare attenzione e cura da parte della madre e del padre.

In condizioni fisiologiche, con interferenze ambientali a bassa intensità, il legame tra i genitori e il figlio può immediatamente avere inizio e beneficiare di una particolare e preziosa accelerazione.

Un buon punteggio di Apgar quindi ci informa che il cervello del neonato è ben ossigenato e vascolarizzato, ma non ci dà notizie delle sue percezioni: se si trova in uno stato di benessere o di disperazione, se si sente protetto o minacciato, se prova piacere o se soffre; dal punteggio di Apgar non riusciamo a capire se il neonato, dopo i primi respiri, e la conseguente modifica della propria circolazione polmonare e sistemica, ha iniziato a percepire di essere nato e di essere capace di vivere al di fuori del corpo materno.

Nella comune pratica clinica osserviamo che dopo i primi minuti di pianto e di paura,

la maggior parte dei neonati, in assenza di stimoli inutili, delicatamente asciugati e messi a contatto con la madre, trovano rapidamente uno stato di equilibrio, una nuova omeostasi di benessere: smettono di piangere, rilassano la mimica del viso, rallentano il respiro, e alla fine aprono gli occhi.

In una nascita sufficientemente *dolce* questa situazione è possibile già a dieci minuti dal parto, in altre condizioni di maggior disturbo qualche minuto più avanti.

Al contrario quando il neonato viene separato dalla madre manifesta generalmente una forte agitazione, presentando un pianto insistente e tollerando a fatica le manipolazioni cui viene sottoposto.

La valutazione del benessere psicofisico del neonato potrebbe avvenire in continuità con il punteggio di Apgar proseguendo l'osservazione del comportamento neonatale una volta raggiunti i primi 10 punti.

Per poter attribuire un punteggio di 11 occorre che il neonato interrompa il pianto, rilassi la mimica facciale e raggiunga una motilità degli arti tranquilla e priva di agitazione. Questa condizione rappresenta il 4° stadio comportamentale definito da Klaus e da Brazelton della "veglia quieta", la condizione nella quale il neonato può interagire con l'ambiente e con le persone, iniziare a conoscere e ad apprendere.

Per raggiungere questa condizione il neonato deve essere stato asciugato e trovarsi in condizione di contenimento, in braccio o in contatto pelle a pelle, protetto da un telo, poco stimolato da manipolazioni, luci e rumori. Il punteggio 11 richiede pratiche assistenziali e condizioni ambientali nelle quali gli operatori presenti mettono in atto facilitazioni attive.

In questa fase si manterrà un'osservazione clinica, discreta ma attenta, dei parametri vitali al fine di verificare il regolare processo di adattamento e intervenire in caso di necessità.

Il successivo e ultimo punto, il 12, può essere attribuito valutando gli effetti dello stato di "veglia quieta": l'apertura degli occhi (con i relativi tentativi di esplorazione) e la suzione attiva del seno. Con questo comportamento il neonato esprime per la prima volta dopo il parto le proprie competenze e abilità, mostrandosi in grado di agire sul nuovo ambiente in maniera finalizzata.

Anche per favorire il punto 12 il personale di assistenza deve mostrare particolare discrezione, attivando un atteggiamento intenzionalmente orientato alla *care*.

Non sempre il neonato si mostra in grado di mantenere a lungo questa condizione di equilibrio; in base a come ha vissuto il parto e il travaglio, oppure a causa di altri fattori interferenti, potrà perdere lo stato di tranquillità e di veglia quieta e ricominciare a piangere e ad agitarsi. L'abilità e la sensibilità dei genitori, con l'aiuto dell'ostetrica o dell'infermiera, potranno riportare il neonato alla condizione di equilibrio e mantenerlo in questo stato il più a lungo possibile.

In situazioni nelle quali la madre risulti in difficoltà per il dolore, la stanchezza, oppure per le procedure di secondamento o di sutura, sarà possibile proporre al padre un ruolo più attivo per mantenere il neonato in condizione di stabilità.

Attribuire questi ulteriori due punti (che rappresentano quindi una 6ª voce di valutazione, che possiamo definire di "benessere" o di "soddisfazione") non presenta alcuna controindicazione rispetto al classico punteggio basato sui 10 punti, perché i punteggi relativi alla piena autonomia cardiorespiratoria saranno già stati raggiunti e stabilizzati; questa 6ª voce rappresenta quindi semplicemente un completamento dei classici cinque parametri.

Virginia Apgar con il suo 10 aveva terminato il proprio compito perché il suo ruolo riguardava l'eventuale intervento rianimatorio; proseguire la valutazione diventa compito dell'ostetrica (o dell'infermiera pediatrica) che prende in carico mamma e bambino nelle successive fasi di assistenza.

Quando il neonato mantiene stabilmente l'Apgar 12, significa che ha raggiunto un pieno adattamento alla vita extrauterina; solo a questo punto possiamo essere sicuri che il suo cervello ha capito di essere nato, sente di essere accolto e comincia a voler partecipare in prima persona alla propria esistenza.

Per raggiungere rapidamente (entro i 5 minuti) un punteggio di Apgar superiore a 7 abbiamo prodotto utili ed efficaci protocolli di rianimazione che orientano gli operatori in maniera mirata e tempestiva; ugualmente potremmo fare per ottenere (ogni volta in cui ciò sia possibile) un Apgar 12 rapidamente, ad

esempio entro 10 minuti dal parto, utilizzando procedure finalizzate a questo obiettivo.

Il numero di neonati fisiologici che riusciamo a portare in breve tempo all'Apgar 12 può rappresentare un indicatore di qualità e di assistenza orientata alla *care* sul quale coinvolgere tutta l'équipe di assistenza.

L'Apgar 12 può essere considerato quindi il punteggio del 'definitivamente' o del 'completamente' nato, non di chi semplicemente respira ed è bene ossigenato.

La proposta è di andare oltre al pianto del neonato, sostenendo la sua voglia di equilibrio, e ritrovar-

lo sereno e competente fin da primi minuti della sua esperienza di nascita.

Quando il neonato succhia la mamma, dimostra a se stesso e a lei, di aver cominciato il controllo sul proprio fisico e sulla propria mente; quanto prima tutto ciò avviene, tanto prima possiamo considerarlo nato come persona competente, meritevole del nostro rispetto e del nostro incondizionato sostegno.

Dopo essere riusciti a portare a livelli estremamente bassi la *mortalità perinatale*, perché non cominciare a tentare di far crescere la *felicità perinatale*? (Tab. 1).

Tabella 1
Punteggio di Apgar

Parametri	Punteggio		
	0	1	2
Frequenza cardiaca	assente	lenta (< 100 batt./min.)	normale (> 100 batt./min)
Respirazione	assente	respiro superficiale irregolare	pianto valido
Tono muscolare	flaccidità	flessione modesta	buona flessione movimenti attivi
Stimolazione riflessa	nessuna risposta	smorfie	tosse/starnuti/pianto
Colorito	cianotico o pallido	corpo roseo, estremità cianotiche	completamente roseo
Benessere		assenza di pianto mimica facciale rilassata movimenti degli arti assenti o lenti	apertura spontanea degli occhi ricerca attiva del seno sorriso o sguardo "beato"

Bibliografia

- Brazelton TB, Nugent K. La scala di valutazione del comportamento del neonato. Ed. italiana a cura di G. Rapisardi, Masson, Milano, 1997.
- Christensson K et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborn cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr.*, 1992; 81:488-93.
- Ferber GS, Makhoul IR. The effect of skin-to-skin contact (Kangaroo Care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 2004; 113 (4): 858-65.
- Giovanelli G. Prenascere, nascere, rinascere. Carocci, 1997.
- Klaus M, Kennell J, Klaus P. Dove comincia l'amore. Bollati Boringhieri, 1998.
- Milani Comparetti A. La vita psichica del feto. La motricità fetale nel processo ontogenetico psico-biologico. Pisa, 1980.
- Milani Comparetti A, Gidoni EA. Considerazioni sulle competenze del feto, relazione alla Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile, Pisa 1978; vedere anche Milani Comparetti A. Semeiotica neuroevolutiva e ontogenesi delle competenze relazionali del neonato relazione del 13.12.1985, Empoli.
- Moore E, Anderson G, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. n.; CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519. pub2.
- Musi E. Concepire la nascita. Franco Angeli, 2007.
- Nathanielsz PW. Un tempo per nascere. Bollati Boringhieri, 1995.
- Volta A. Apgar 12. Per una esperienza positiva del nascere. Bonomi, 2006.
- Volta A. Nascere e prenascere. Tratto dalle relazioni tenute al convegno "Le prime tappe del viaggio della vita viste con gli occhi del bambino", Reggio Emilia 22-23 novembre 2007 e al convegno "Da madre di padre in figlio. Nascita di una famiglia", Milano 13 ottobre 2007. Url: http://www.vocidibimbi.it/Mon-dobimbo/Approfondire/nascere_e_prenascere.htm
- Winnicott DW. I bambini e le loro madri. Raffaello Cortina, 1987.
- WHO. Care in Normal Birth: a practical guide. WHO/FRH/MSM/96.24 (1996).

L'Agenda di Gravidanza della Regione Piemonte

Paola Ghiotti*, Paola Serafini**

*Medico Pediatra Consulente ARESS Piemonte

**Ostetrica Coordinatrice Corso di Laurea in Ostetricia Università di Torino

La tutela della salute, nelle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e nei principi che caratterizzano tutte le scelte nella Regione Piemonte, si propone di offrire ai cittadini e alle cittadine percorsi di assistenza e cura appropriati ed equi, cioè utilizzabili da ognuno/a indipendentemente dalle condizioni socio-economiche e dalle differenze geografiche.

Nel campo della salute materno-infantile, fino a pochi anni fa, persistevano disuguaglianze all'interno dello stesso territorio e comportamenti diversi nell'utilizzo dei servizi e delle prestazioni, a causa della disinformazione, della difficoltà di accesso e anche di un reale isolamento territoriale.

Proprio per garantire sicurezza ed equità, la Regione Piemonte ha scelto di promuovere prima di tutto il percorso nascita, raccogliendo le migliori raccomandazioni scientifiche e le pratiche più efficaci, al fine di sensibilizzare ogni punto del sistema sanitario alle proprie responsabilità. Per dare un segnale tangibile di questa attenzione e, nello stesso tempo, offrire a ogni donna, a ogni coppia e a ogni famiglia un chiaro orientamento rispetto ai diritti esigibili e alle opportunità offerte, è stata, poi, realizzata l'Agenda di Gravidanza.

Lo strumento non vuole essere semplicemente una raccolta di consigli, pratiche, evidenze scientifiche, ma anche - e soprattutto - un mezzo attraverso il quale ciascuna donna può acquisire consapevolezza di sé e del proprio bambino e, insieme agli operatori, costruire un percorso di assistenza personalizzato per fornire alla donna informazioni sulla evoluzione della gra-

vidanza e per seguire clinicamente la coppia mamma-bambino lungo tutto il **Percorso Nascita**.

In tutte le fasi i migliori risultati di salute e di soddisfazione si raggiungono attraverso una stretta collaborazione tra la donna e i servizi socio-sanitari e, all'interno delle strutture sanitarie, nella collaborazione tra servizio e servizio.

L'idea della realizzazione di un'Agenda della Gravidanza da adattare alla realtà regionale è nata anche nel tentativo di consentire agli operatori sanitari un più rapido accesso alla documentazione clinica relativa al decorso della gravidanza (esami, ecografie, ecc.), che spesso è assente o incompleta al momento dell'arrivo della persona assistita presso la struttura ospedaliera; di



favorire la comunicazione sia tra i vari professionisti, e tra essi e la donna e dalla volontà di dedicare tale documento alla donna stessa, affinché possa ricevere informazioni basilari e vi possa annotare eventuali domande o desideri nell'ottica del prendersi cura in modo globale della persona assistita.

All'interno dell'Agenda sono indicati i servizi dell'ASL, vicini alla residenza della donna, che possono contribuire a realizzare un Percorso Nascita appropriato, comodo e di qualità. Le prestazioni del Percorso Nascita, specifiche per ogni trimestre, sono quelle previste dal Profilo Assistenziale per il Monitoraggio della Gravidanza a basso rischio, concordato tra gli operatori consultoriali e ospedalieri della Regione Piemonte. All'interno dell'Agenda sono a disposizione della donna e del suo operatore di riferimento (ostetrica o ginecologo) le impegnative mutualistiche prestampate per le prestazioni che le richiedono.

L'Agenda informa e raccoglie quanto necessario per assistere ogni donna in gravidanza.

Partendo dall'esempio di modelli attualmente in uso in diversi contesti nazionali ed internazionali, si è cercato di realizzare uno strumento adatto all'odierna realtà sanitaria della Regione Piemonte.

In particolare questo progetto risulta finalizzato a:

- costituire un documento unico in cui i diversi professionisti e la donna possano annotare e prendere visione delle informazioni cliniche più rilevanti;
- favorire la comunicazione tra i vari professionisti della salute;
- favorire la comunicazione tra gli operatori sanitari e la donna in gravidanza;
- favorire un'informazione evidence based (ove disponibile) della donna relativa agli esami a cui sottoporsi nel corso della gravidanza ed alle più comuni pratiche assistenziali e possibili complicanze;
- favorire l'espressione dei desideri e delle preferenze della donna, attraverso l'introduzione di spazi dedicati.

In tema di documentazione clinica della gravidanza, la Linea Guida NICE Antenatal Care riporta le seguenti raccomandazioni:

- "Structured maternity records should be used for antenatal care" (A).

- "Maternity services should have a system in place whereby women carry their own case notes" (A).
- "A standardized, national maternity record with an agreed minimum data set should be developed and used. This will help carers to provide the recommended evidence-based care to pregnant women" (Good practice point).

I dati anamnestici e le informazioni acquisite durante il corso della gravidanza costituiscono infatti la base per l'identificazione di eventuali fattori di rischio materno-fetali e per la conseguente pianificazione assistenziale della gravidanza e del parto.

La raccolta di tali notizie cliniche in un unico e pratico documento, che la donna possa portare con sé ad ogni controllo prenatale ed al momento del ricovero in ospedale in occasione di eventuali accertamenti o per l'espletamento del parto, si fonda sui seguenti principi:

- la focalizzazione sulla fisiologia dell'evento, dal momento che la "cartella della gravidanza" pur fornendo indicazioni sul management clinico e assistenziale della gravidanza e del parto, promuove una visione fisiologica e naturale di tali eventi;
- l'incoraggiamento ad una visione olistica dell'assistenza, in grado di rivolgersi alla gestante nella sua globalità, considerando la situazione sociale, i bisogni fisici ed emozionali e la specifica situazione clinica, nella convinzione che la gravidanza non possa essere considerata un evento scindibile dagli altri importanti fattori in grado di condizionare il benessere della donna e del bambino;
- la promozione dell'assistenza caratterizzata dalla centralità della persona assistita, che ne riconosca la partecipazione attiva nel processo decisionale e nella pianificazione degli atti assistenziali, fornendo informazioni chiare e accessibili, incoraggiandola a conservare la "cartella della gravidanza" e ad utilizzare gli spunti che essa offre come strumento di riflessione sulla centralità del proprio ruolo;
- la flessibilità dell'assistenza, in grado di accogliere e rispettare la varietà dei valori sociali e culturali, le attitudini e lo stile di vita delle donne e delle loro famiglie;

- l'implementazione dell'assistenza multidisciplinare alla gravidanza, con una chiara comprensione degli specifici ruoli professionali e finalizzata al raggiungimento della migliore qualità assistenziale possibile;
- l'utilizzo di un'appropriata forma di comunicazione tra i diversi operatori sanitari, dal momento che l'insufficiente comunicazione tra professionisti rappresenta tuttora il 42% delle cause di substandard care, ma anche tra gli operatori e la persona assistita. La comunicazione risulta infatti essere lo strumento fondamentale attraverso cui raccogliere dati di rilevanza clinica e garantire alla donna la possibilità di effettuare scelte realmente informate.

Il raggiungimento di un elevato standard di raccolta dei dati clinici e socio-assistenziali è inteso come parte integrante dell'assistenza e come mezzo per favorire la comunicazione, la ricerca e la care delle persone, della donna in gravidanza.

Bibliografia

Le principali fonti utilizzate sono state:

- Il "Libretto della gravidanza" realizzato dalla Regione Toscana.
- Il "Libretto della gravidanza" realizzato dalla Regione Emilia Romagna.
- Il "Maternity Records" realizzato dall'NHS (Scozia, versione n. 1 del 2002).
- Il "Pregnancy Record" realizzato dall'NHS (Scozia, versione n. 2 del 2006).
- Il "Pregnancy Notes" realizzato dall'NHS (Inghilterra, versione 4.1 del 2004).

Ed inoltre:

- Assessorato tutela alla salute e sanità. Regione Piemonte. Rapporto "Nascere in Piemonte - 1° Rapporto sui dati del Certificato di assistenza al parto, anni 2003, 2004, I semestre 2005". Maggio 2007.
- Casati G, Panella M, Di Stanislao F, Vichi MC, Morosini P. Gestione per processi professionali e percorsi assistenziali. Progetto Formazione Qualità ISS, ARM, MS. Manuale 1. Terza Edizione; Roma-Ancona, aprile 2004.
- D.C.R. n. 137-40212 del 24 ottobre 2007 "Piano Socio-Sanitario Regionale 2007-2010".

- Decreto 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".
- Decreto Ministeriale - Ministero della Sanità - 10 settembre 1998 "Aggiornamento del decreto ministeriale 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del decreto ministeriale 14 aprile 1984 recante i protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità" (pubblicato in G.U. 20 ottobre 1998, n. 245).
- DGR 38-11960 04/08/09. Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2010. Area materno-infantile "Percorso Nascita". Adozione Agenda di Gravidanza.
- Ministero della Salute. Dipartimento della Qualità. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema. Ufficio III. Documento di integrazione ed indirizzo relativo alla raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto. Governo Clinico e Sicurezza dei Pazienti, aprile 2007, on line all'URL: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_629_ulterioriallegati_ulterioreallegato_1_alleg.pdf (u.c. 24/02/2010)
- Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, on-line all'URL: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_507_allegato.pdf (uc: 08/02/2010)
- National Institute for Health and Clinical Excellence-NICE. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. Clinical Guideline. Developed by the National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, March 2008.
- National Collaborating Centre for Women's and Childbirth's Health. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. Commissioned by the National Institute for clinical excellence 2006. <http://guidance.nice.org.uk/CG55> (u.c. 19/02/2010).
- Panella M, Marchisio S, Di Stanislao F. Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work? *Int. J. Health Care*, 2003; 15: 509-521.
- Panella M, Marchisio S, Kozel D, Ongari M, Buzzoni C, Fasolini G, Sguazzino C, Minola M, Gardini A, Di Stanislao F. La costruzione, la sperimentazione e l'implementazione dei profili di assistenza: istruzioni per l'uso. *QA*, 2000; 11: 251-262.
- Progetto Obiettivo Materno-Infantile (PSN 1998-2000) adottato con DM 24 aprile 2000 "Adozione del Progetto Obiettivo Materno-Infantile".
- Regione Piemonte. Profilo Assistenziale Condiviso per il monitoraggio della gravidanza a basso rischio. Protocollo 18111/DA2005 del 23/05/2008.
- Regione Piemonte. DGR n. 34-8769 del 12/05/2008 - Piano socio-sanitario regionale 2007-2010. Area materno-infantile: definizione obiettivi ed indicatori del "Percorso Nascita".
- WHO. Care in Normal Birth: a Practical Guide. Report of a Technical Working Group. Publication n° WHO/FRH/MSM/96.24. Geneva, 1997. On-line all'URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf (u.c.: 19/02/2010)
- WHO, Department of Making Pregnancy Safer and Department of Reproductive Health and Research. Standards for maternal and neonatal care, 2007.
- WHO, Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN). What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement). December 2005.
- WHO. Essential antenatal, perinatal and post-partum care. Training modules. Copenhagen: Regional Office for Europe, 2002.
- WHO, Department of Making Pregnancy Safer. Pregnancy, childbirth, post-partum and newborn care - A guide for essential practice. Geneva; 2006. On line all'URL: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/924159084X/en/index.html

Il rispetto del neonato: dalle parole ai fatti... riconoscere il suo dolore per misurarlo e ridurlo

Orietta Meneghetti ¹, Germana Selvatico ², Annalisa Assini ³,
Marina Bertocchi ³, Emma Cavazzoni ⁴, Orsola Ferrari ³,
Maria Teresa Giulietti ³, Laura Manganoni ⁵, Emanuela Massolini ³,
Caterina Pesce ³, Olinda Piscitelli ³, †Rosaria Rizzolini ³, Fausta Terlisio ³,
Ornella Tomasoni ³, Simona Zorzi ³, Marilena Guindani ⁶

¹ *Coordinatrice Infermieristica UU.OO. Pediatria e Neonatologia,
A.O. di Desenzano Del Garda, Presidio Ospedaliero Manerbio (BS)*

² *Infermiera UU.OO. Patologia Neonatale, Presidio Ospedaliero Manerbio*

³ *Puericultrice UU.OO. Nido, Presidio Ospedaliero Manerbio*

⁴ *Vigilatrice d'Infanzia UU.OO. Nido, Presidio Ospedaliero Manerbio*

⁵ *Infermiera Generica UU.OO. Nido, Presidio Ospedaliero Manerbio*

⁶ *Dott. ssa Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Responsabile Ufficio Infermieristico,
Presidio Ospedaliero Manerbio*

Introduzione

Non sarebbe male pensare ad un mondo sanitario orientato alla qualità, ma soprattutto, questa speranza dovrebbe porsi all'origine delle nostre azioni. Essere professionisti, oggi, significa essere costantemente e coerentemente aggiornati con l'evoluzione della scienza e delle tecniche di prevenzione, cura e riabilitazione; tutto ciò per garantire al cliente prestazioni erogate da un professionista impegnato al mantenimento di un alto livello di competenza atto ad assicurare la migliore assistenza di provata efficacia e pertanto sicura e pertinente (articolo 3.1 del Codice Deontologico). Per il benessere del cittadino è necessario valorizzare l'umanizzazione, intesa come la capacità di rendere i luoghi di cura e le pratiche assistenziali aperti, sicuri e senza dolore, conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort con percorsi assistenziali il più possibili condivisi e partecipati con il cittadino.

Tale valutazione ci permette una diversa considerazione del neonato, ricordandoci che in mo-

menti particolari, è in grado di sentire dolore. Solo perché non è in possesso di competenze verbali non significa che perda il diritto di esprimere i suoi bisogni, di ricevere un'assistenza orientata a ridurre al minimo le fonti di stress, e finalizzata ad un cambiamento sia procedurale che mentale da parte degli operatori sanitari.

Il professionista infermiere deve prestare l'assistenza infermieristica intesa come il prendersi cura dell'ammalato, che comprende il termine appropriato "care", che non indica un semplice atto, ma un modo di essere. Il personale sanitario che si prende cura, secondo questo significato, entra in sintonia con l'utente, gli offre il suo ascolto, diventa partecipe dei suoi sentimenti, dei suoi desideri e dei suoi problemi, ed instaura una comunicazione fondata sull'empatia. Anche l'OMS dal 1998 ha adottato questo termine con lo slogan "dalla cure alla care" per definire un'assistenza che includa una presa in carico globale dell'individuo. Una cura buona è una cura capace di far interagire sapere e abilità tecniche

e relazionali, affinché alimentandosi vicendevolmente possono arricchirsi e crescere.

L'operatore sanitario deve essere in grado di comprendere il bambino, poiché è necessario per conoscerlo, entrando con la massima discrezione nel suo mondo, osservandolo ed interpretando i messaggi che comunica. La capacità di comunicare è una delle attività umane più immediatamente verificabili: se il nostro messaggio è chiaro e con l'intensità voluta, la reazione dell'interlocutore sarà esplicita in tal senso. Per comunicazione si intende anche la capacità di influenzare il comportamento di un altro con il proprio. Accanto alla comunicazione verbale, spesso intenzionale, esiste, e non è certo secondaria, una comunicazione non verbale fatta di atteggiamenti, comportamenti, gesti ed espressioni. In ogni tipo di comunicazione un ruolo essenziale è svolto dal saper ascoltare. La capacità di ascolto oltre alla competenza tecnica, richiede applicazione, pazienza, disponibilità, curiosità e attenzione (articolo 4.2 del Codice Deontologico). Questa capacità è ancora più importante nell'approccio con il neonato, proprio perché non è in grado di comunicarci verbalmente il suo benessere/malessere.

Chi dedica la sua professionalità nelle UU.OO. di Neonatologia deve tenere presente l'individualità del neonato, con i propri bisogni e sentimenti, ma soprattutto con il suo diritto ad essere rispettato come l'adulto.

Nella Carta dei Diritti dei Bambini in ospedale il 10° principio enuncia: "il bambino ha diritto a manifestare il proprio disagio e la propria sofferenza. Ha diritto a essere sottoposto agli interventi diagnostici -terapeutici meno invasivi e dolorosi".

Tuttavia oggi è ancora presente una certa resistenza all'uso delle terapie farmacologiche per la riduzione del dolore ed ancora poco diffuso è l'uso delle tecniche analgesiche non farmacologiche, probabilmente per la tendenza a minimizzare il dolore nelle prime età della vita, o per la convinzione che il piccolo non ricordi l'esperienza dolorosa o per la scarsa dimestichezza degli operatori con tali tecniche.

L'OMS ha definito il dolore come "un'espressione emozionale e sensoriale sgradevole associata ad un potenziale danno tessutale o reale". Il dolore è un'esperienza soggettiva. La definizione del dolore appare insufficiente per il neonato che, non essendo in grado di comunicare l'esperienza, dipende da chi se ne prende cura per

quanto riguarda il riconoscimento, la valutazione e il trattamento. In letteratura è descritto che già a partire dalla 24ª settimana di gestazione, sono presenti le basi anatomiche e fisiologiche per la percezione del dolore. Per il neonato, in particolare, è stato scoperto che il sistema neuroeccitatorio, ovvero l'organizzazione nervosa deputata al trasporto verso il cervello degli stimoli sensitivi, ha un rapido sviluppo, mentre le vie inibitorie, che dal cervello modulano l'intensità degli stimoli in arrivo, maturano più lentamente. La conseguenza è che nel neonato la trasmissione del dolore attraverso il midollo spinale è facilitata e *solo dopo settimane* si ha lo sviluppo di un adeguato sistema di controllo. Se ne deduce che i neonati a termine e i prematuri non solo percepiscono il dolore, ma lo percepiscono con una intensità maggiore rispetto agli adulti.

Il neonato memorizza l'esperienza dolorosa, tale percezione è presente già con il primo insulto, non richiede esperienza anteriore.

E' stato dimostrato che il dolore se ripetuto e prolungato, può provocare effetti negativi anche sulla sopravvivenza, oltre a ripercussioni sulle fasi successive dello sviluppo psicologico. Il dolore è comunque dolore, se si presenta in un neonato (indipendentemente dall'età gestazionale e dalla gravità della situazione clinica), in un bambino o in un adulto. Ecco perché deve aumentare la consapevolezza tra gli operatori della necessità di un adeguato suo controllo procedurale anche nel neonato.

E' importante ricordare che non solo le procedure assistenziali sono fonte di stress e di dolore, ma anche le manovre di nursing come il cambio del pannolino, il bagnetto e gli eccessivi stimoli tattili, visivi e acustici.

Sulla base dell'analisi della letteratura e dell'esperienza realizzata in anni di attività nelle UU.OO. di Pediatria e Neonatologia dell'Ospedale di Manerbio (BS) è stato sviluppato e implementato un progetto per **promuovere il benessere del neonato e della famiglia**, partendo dalle riflessioni nate pensando al dolore e al disagio del neonato.

Questa attenzione particolare è da noi ritenuta una necessità per migliorare sempre più la metodologia assistenziale adottata, che pone al centro il neonato con i suoi bisogni e la sua famiglia; a tal fine sono tese le iniziative che sono già in campo come: la promozione dell'allattamento al seno, l'aggiornamento e l'impegno del personale per garantire un'adeguata comunicazione

ed educazione sanitaria, verificabile con i questionari di gradimento consegnati alle mamme. Nel nostro impegno quotidiano finalizzato ad una buona pratica assistenziale, non può mancare la spinta emotiva verso un continuo cambiamento migliorativo della propria professionalità. I principi che hanno orientato la definizione del programma sono riconducibili agli elementi sopra descritti: contenimento della sofferenza del neonato, rapporto continuativo con i genitori, sempre più sicuri e partecipi alle cure del loro bambino.

Metodologia

La realizzazione del progetto è stata orientata da un'impostazione sistemica valorizzando:

- la competenza dei professionisti sanitari attraverso una formazione specifica (corsi interni, articoli scientifici, pubblicazioni) sulle modalità di assistenza integrata, tesa a ridurre lo stress di origine ambientale, a favorire la maturazione neuro-comportamentale del neonato e la capacità dei genitori a comprendere il comportamento del proprio bimbo per facilitare la loro interazione durante la degenza e dopo la dimissione;
- l'organizzazione delle attività attraverso il rispetto dei tempi del neonato e l'utilizzo della "care" durante le procedure assistenziali che prevedono il coinvolgimento dei genitori.

Le modalità di assistenza integrata individuate, per ridurre al minimo lo stress, il dolore del neonato, promuovere il suo comfort e dei suoi genitori, prendono spunto dalla letteratura; gli interventi da noi selezionati ed applicati sono due:

1. Il trattamento del dolore non farmacologico

I più comuni approcci per la gestione del dolore sono essenzialmente due: interventi legati al concetto di "developmental care" e l'utilizzo del saccarosio. David Felten, lo scopritore delle connessioni anatomiche tra sistema nervoso e sistema immunitario, afferma che "le emozioni positive possono contribuire a produrre effetti benefici, positivi per la salute e per il potenziamento della risposta immunitaria fino ad una più veloce guarigione".

Gli interventi di "developmental care" comprendono il posizionamento adeguato, il contenimento (nido, wrapping, holding con le mani, metodo marsupio, tocco dolce o gentle handling), il minimal handling, la promozione del sonno fisiologico e la suzione non nutritiva ("ciuccio").

L'utilizzo del saccarosio è una importante possibilità per la gestione del dolore. Da solo o associato alla suzione non nutritiva, il saccarosio agisce come un efficace analgesico durante procedure dolorose come la puntura del tallone.

E' stata proposta recentemente la tecnica della "saturazione sensoriale", finalizzata a ridurre l'intensità del dolore. Secondo la teoria del "gate control system" esiste un meccanismo neurale che si comporta come un cancello: se il cancello è aperto gli impulsi che producono la sensazione dolorosa sono in grado di raggiungere liberamente il livello di coscienza; nel caso in cui si ricevono contemporaneamente più stimoli piacevoli, il cancello si chiude, limitando la trasmissione del dolore al cervello.

In pratica la saturazione sensoriale consiste nel fornire stimoli tattili (massaggiare il viso, contatto con la mamma), visivi (agganciare visivamente il bambino), uditivi (parlargli dolcemente, voce della mamma), olfattivi (contatto materno) e gustativi (soluzione glucosata al 10-12%, 1-2 ml) durante le procedure assistenziali minori potenzialmente dolorose.

2. Come si può aiutare il neonato per favorire il suo benessere?

Per nove mesi il neonato, è stato avvolto dalle pareti uterine, cullato, rassicurato e sostenuto. Dopo la sua nascita, egli sta meglio quanto più fedelmente sono riprodotte queste condizioni.

Brazelton ha osservato il neonato, descrivendone le differenze individuali, e producendo la scala neonatale del comportamento. Vengono qui valutate quattro aree: fisiologica, motoria, degli stati comportamentali e di attenzione-interazione (Als et al., 1982). Questi sistemi si integrano tra loro e vengono influenzati da fattori ambientali. La stabilità del sistema nervoso autonomo si manifesta, ad esempio, con la presenza o meno di tremori o sussulti o con cambiamenti del colorito cutaneo. L'organizzazione motoria è valutabile dal tono del neonato, dalla maturità e dal grado di attività motoria spontanea e dal livello di integrazione di comportamenti motori complessi, quali il portare la mano alla bocca o i movimenti di difesa. Anche i riflessi vengono con-

siderati come una componente fondamentale dell'organizzazione motoria e della integrità del sistema nervoso centrale. L'espressione degli stati comportamentali viene valutata esaminando la labilità psicomotoria, il grado di irritabilità, la consolabilità indotta e la capacità di calmarsi da solo. La qualità dell'attenzione e dell'interazione viene valutata in base al grado di allerta del neonato ed alla sua risposta a stimoli animati ed inanimati, sia visivi che uditivi. La finalità del neonato è quella di integrare questi quattro sistemi per trovare un suo equilibrio adattativo al mondo esterno. Compito dell'operatore sanitario, con l'alleanza dei genitori, è quello di facilitare questo adattamento positivo. Pertanto:

1. Interventi sul macro-ambiente

- Regolare l'illuminazione - panno sull'incubatrice.
- Ridurre o eliminare rumori di fondo o improvvisi.

2. Interventi sul micro-ambiente

- Curare il piano di appoggio (stabile, morbido, accogliente). Porre dei confini - contenere.
- Se il bambino viene preso in braccio curare la posizione per dare stabilità e contenimento.
- Porre la fonte di luce alle spalle del neonato.

3. Cura posturale

- Per favorire maggiormente la stabilità, mettere il bambino prono o sul fianco con le braccia e le gambe flesse e raccolte.
- Incoraggiare le posizioni che permettono al neonato di portare le mani verso la bocca ed il contatto mano/mano.
- Favorire l'allineamento del capo e degli arti sul tronco.

4. Holding (tenere e sostenere il bambino con il corpo e le mani)

- Stabilizzare ed allineare il capo-tronco.
- Dare punti di appoggio, sostegno, confine a livello distale (afferrare le due mani, appoggio alla pianta dei piedi, pressioni nel cavo della mano per stimolare l'afferramento).

5. Suzione non nutritiva

- Favorire la consolabilità porgendo il

“ciuccio” o facilitando l'avvicinamento delle mani verso la bocca.

6. Wrapping (avvolgere il bambino con un panno)

- Favorire e mantenere la posizione flessa e raccolta dando contenimento e confine.

7. Contenimento cutaneo

- Vestire il bambino.
- Coprirlo con il lenzuolino.
- Anche le mani degli operatori o dei genitori possono contenere, ecc.

8. Autostabilizzazione posturo-motoria

- Favorire il bracing (appoggio attivo del piede contro una parete).
- Favorire il grasping (afferramento e tenuta del dito della mano dell'operatore).
- Incoraggiare l'afferramento delle sue mani.

9. Gentle touch

- Toccarlo dolcemente, usare un tocco fermo e delicato.
- Appoggiare una mano sul capo e sulle gambe flesse (resting hands).

10. Handling (muovere e spostare il bambino con le mani e con il corpo dell'operatore)

- Prima di spostare il bambino raccogliergli in flessione, allinearli, offrirgli stabilizzazione.
- Nello spostamento curare sempre il contenimento, dare sostegno ed appoggio.
- Eseguire movimenti lenti e tranquilli.
- Evitare spostamenti bruschi o manovre che stimolano l'estensione del tronco e degli arti.

Applicazione del progetto

Pur con tutte le difficoltà di valutazione della presenza di dolore, dobbiamo credere, e pertanto sensibilizzarci al problema del dolore nel neonato. Non esiste un livello accettabile di dolore per una data lesione, l'accettabilità è quella che il paziente denuncia. Inoltre, essendo il dolore un'esperienza individuale, soggettiva, è essenziale valutarlo singolarmente in ogni individuo.

Nel nostro studio, che attualmente è ancora in fase di completamento, abbiamo valutato e messo a confronto il punteggio del dolore, tra due gruppi di neonati. Per questo lavoro abbiamo scelto la scala NIPS (Tab. 1) fra quelle note

(PIPP, CRIES, EDIN), poiché si è dimostrata semplice e veloce nell'assegnare i valori numerici agli items selezionati. Questo indicatore definisce in termini quantitativi la sofferenza del neonato.

Tabella 1
Scala NIPS

Scala di valutazione del dolore	
Espressione facciale 0 espressione neutra (muscoli facciali distesi) 1 espressione corruciata (corrugamento della fronte, strozzamento occhi, solco naso-labiale, tremore del mento)	
Pianto 0 assenza di pianto 1 gemito lieve, pianto intermittente 2 pianto vigoroso, pianto continuo stridulo	
Respiro 0 regolare, tranquillo 1 irregolare, più veloce, possibili apnee	
Arti: braccia e mani 0 distese e rilassate, possibili movimenti occasionali degli arti 1 flesse, irrigidite, possibile apertura a ventaglio delle dita	
Arti: gambe 0 distese e rilassate, possibili movimenti occasionali degli arti 1 flesse e rigide	
Stato comportamentale 0 quieto, tranquillo, possibili movimenti occasionali degli arti 1 irrequieto, movimenti scoordinati e veloci degli arti	
Totale	

N.B. La valutazione del dolore va eseguita durante la procedura del prelievo capillare per le malattie metaboliche.

Nella seconda fase del progetto sono state aggiunte a questa scheda le due scelte:

- Saturazione sensoriale naturale** **Saturazione sensoriale artificiale**

Distinguiamo due fasi:

1. Tutti i neonati considerati da luglio a settembre 2006, sono stati sottoposti a puntura di tallone per prelievo capillare per le malattie metaboliche, dove è stato valutato il dolore con la scala NIPS al termine della manovra, senza aver attuato alcuna procedura per alleviare il dolore. E' stata consegnata alle puericultrici anche una scheda di osservazione del comportamento neonatale (Tab. 2), con lo scopo di imparare a rilevare i segnali di stabilità o instabilità. Strumento che diventa la

“guida” per osservare e identificare i bisogni del neonato, per la compilazione della nuova cartella assistenziale di prossima implementazione. Sono state raccolte 136 schede, il valore medio ottenuto corrisponde a 4.5 (standard interno).

2. Successivamente si è svolta una riunione formativa di reparto. Il gruppo di lavoro, ha deciso di utilizzare una “care” comune ed efficace, poiché finora i comportamenti adottati erano individuati in maniera soggettiva. In questa seconda fase tutti gli operatori hanno

adottato questa tecnica che consiste nell' eseguire il prelievo dal tallone mentre la mamma allatta al seno il suo bambino, offrendo così una saturazione sensoriale completa e nello stesso tempo coinvolgendo la madre nella cura, aumentando le competenze genitoriali e rafforzandone la relazione. Qualora questa metodologia non sia applicabile, si propone alla mamma una seconda scelta, garantendo

comunque una saturazione definita "artificiale". Ai genitori viene consegnata un' informativa affinché possano scegliere consapevolmente l'approccio più idoneo che desiderano sia applicato; in questo caso, si coglie l'occasione, per acquisire lo loro soddisfazione percepita per l'assistenza praticata in quel contesto. Questa seconda fase durerà da ottobre a dicembre 2006.

Tabella 2
Scheda di valutazione del comportamento neonatale

Sistema	Segni di stabilità	Segni di instabilità
Sistema neurovegetativo <ul style="list-style-type: none"> • respiro • battito cardiaco • colorito • segni viscerali • ricerca di suzione 	<ul style="list-style-type: none"> - frequenza regolare - frequenza regolare - stabile, roseo - ruttino "tranquillo", assenza di vomito, rigurgito - suzione efficace 	<ul style="list-style-type: none"> - tachipnea bradipnea Apnea - tachicardia bradicardia - pallido cianotico, marezzato - vomito rigurgito singhiozzo - starnuti - suzione scoordinata
Sistema motorio	<ul style="list-style-type: none"> - non flaccidità - rigidità arti e tronco - movimenti armonici arti-tronco - mano alla bocca - mano sul viso - mano sul corpo - uso del piede per stabilizzarsi (bracing) - uso delle mani (grasping) 	<ul style="list-style-type: none"> - flaccidità - rigidità arti/tronco - "fussing" agitazione - movimenti in estensione tronco/arti - apertura a ventaglio mani/piedi
Sistema degli stati di attenzione/interazione	<ul style="list-style-type: none"> - stati di coscienza nella norma (sonno-veglia) - stato d'allerta mimicamente attivo - attenzione visiva, fissazione - pianto valido - consolabilità - autoconsolabilità 	<ul style="list-style-type: none"> - stati labili - cambiamenti bruschi - iper o ipo all'erta - sguardo inespressivo - evitamento dello sguardo - pianto acuto labile - inconsolabilità
Sistema di autoregolazione	<ul style="list-style-type: none"> - non bisogno di facilitazioni per regolare il proprio comportamento in seguito ad uno stress 	<ul style="list-style-type: none"> - bisogno di facilitazioni per autoregolare il comportamento e raggiungere la stabilità

Con l'introduzione di questi accorgimenti assistenziali ci siamo posti l'obiettivo di ridurre lo standard interno di almeno un punto, ovvero il livello di miglioramento che vogliamo raggiungere (valore di riferimento).

Da un "errore d'espressione verbale" un elemento del gruppo, ha colto la palla al balzo, per definire queste "facilitazioni" con il termine sa-

turazione sensoriale artificiale e saturazione sensoriale naturale.

- **Saturazione sensoriale naturale:**
 1. ambiente tranquillo, luci soffuse;
 2. esecuzione della procedura (come protocollo) mentre la mamma allatta.
- **Saturazione sensoriale artificiale:**

1. ambiente tranquillo, luci soffuse, fasciatoio riscaldato (regolazione dell'ambiente);
2. somministrare 2 ml di soluzione glucosata al 10%, 1-2 minuti prima della procedura, parlare con voce calma (stimolo gustativo, visivo ed uditivo);
3. avvolgere il neonato con un panno e utilizzare "il nido" per dare confine e stabilità. Se il neonato piange appoggiare una mano sul torace e con l'altra favorire il grasping per tentare di calmarlo (stimolo tattile);
4. accendere il carillon (stimolo uditivo);
5. eseguire procedura come da protocollo.

Conclusioni

A breve termine potremo raccogliere ed analizzare i risultati conseguiti con questo percorso progettato nella nostra UU.OO., acquisiti con gli strumenti infermieristici predisposti per documentare gli esiti di salute dei neonati deducibili dal loro comportamento.

Questa attenzione a garantire la personalizzazione dell'assistenza infermieristica al neonato è percepita dal gruppo e dai suoi responsabili che si adoperano a riorganizzare le attività; un'attenzione particolare si coglie nella logica di questa relazione educativa nei confronti dei genitori, mirando ad arricchirli nelle loro competenze, favorendo il loro diritto ad accudire il loro piccolo.

A questo punto possiamo affermare che il dolore è da ritenersi un problema di primaria importanza. Per assistere il bambino occorre conoscenza e competenza, ma è pure indispensabile molta sensibilità. Con questo progetto, che completa un percorso assistenziale già in essere, sviluppato con altre iniziative, si è cercato di modificare l'atteggiamento del personale in termini di delicatezza e attenzione negli atti assistenziali più routinari.

E' fondamentale crederci, e pensare con convinzione che il neonato "sente" e che "è, esiste" nella sua specifica individualità. Le possibilità di migliorare sono molteplici, a cominciare dall'esecuzione della puntura del tallone, ad esempio. E come afferma W. Goethe:

"Qualunque cosa tu possa fare, o sognare di poter fare, incomincia. L'audacia ha in sé genio, potere e magia".

Il nostro obiettivo dichiarato in questo intervento specifico mira a garantire al neonato un'assistenza atta a limitargli al minimo indispensabile le fonti di stress come il dolore, gli eccessivi stimoli ambientali e gli inutili interventi assistenziali e incrementando le sensazioni piacevoli, arricchite dalla presenza amorevole dei genitori.

"Il dolore si accumula, non lascia spazio ai piaceri della vita, non lascia disponibilità al mondo esterno: il dolore è esclusivo, non accetta in chi lo subisce nessun'altra esperienza. Tutto ciò che permette di ridurlo con parole, azioni, ecc., deve essere tentato".

Gentile mamma, come lei saprà al suo bambino viene eseguito un prelievo sul tallone per lo screening delle malattie metaboliche.

Le chiediamo la sua "collaborazione" nell'esecuzione della procedura. Le ultime ricerche scientifiche consigliano per ridurre il dolore nel neonato, di fornire stimoli sensoriali piacevoli durante le manovre. Indichi la sua preferenza fra le due scelte:

☺ *esecuzione del prelievo mentre allatta il suo bambino. Un gesto tanto semplice e naturale che racchiude tutti gli stimoli positivi: carezze, abbraccio, il suono della sua voce, il suo profumo, il suo latte e ultimo, ma non meno importante il suo amore;*

☺ *esecuzione del prelievo utilizzando una "saturazione sensoriale artificiale" (soluzione zuccherata, avvolgere il neonato, utilizzo della musica, ecc.), che comunque garantisce di alleviare il dolore al suo bambino.*

Un'ultima cosa, esprima con un sì o con un no se ritiene che queste "attenzioni" migliorino la qualità del servizio e se vuole esponga una sua opinione.

SÌ NO

*Restituisca questo foglio alle puericultrici prima della sua dimissione.
Grazie.*

Bibliografia

- Associazione Italiana Massaggio Infantile. Il massaggio del Bambino. Schneider Mclure V. Periodico dell'Associazione "In contatto", autunno 2005, articolo "Sento, dunque Sono". Libro degli Atti in Contatto, I 10 anni dell'A.I.M.I. Atti Convegno 1999 Genova.
- Atti Corso di Aggiornamento. La valutazione del comportamento del neonato come strumento d'intervento per la promozione della salute. IR.C.C.S. Fatebenefratelli, Ospedale Sant'Orsola, Brescia, 2005.
- Atti. "3° Congresso Nazionale SIMEUP", novembre 2005.
 - Martarelli F. Il supporto psicologico nelle emergenze del bambino. L'infermiere come aiuto.
 - Bravi E, Trabucco G. Il supporto psicologico nell'emergenza del bambino: l'aiuto all'infermiere.
- Bollini G, Bottani D, Carabelli L, Coscia P, Lolli A. Il riavvicinamento precoce della famiglia al neonato nella Terapia Intensiva Neonatale. "Premio 5 Stelle", Bologna 26-27 maggio 2006.
- Brazelton TB, Nugent JK. La scala di valutazione del comportamento del neonato. Ed. Masson, 1997.
- Calamandrei C, D'Addio L. Commentario del nuovo Codice Deontologico. Ed. McGraw-Hill, 1999.
- Collegio IPASVI Regione Lombardia Atti. L'assistenza infermieristica in pediatria e il dolore pediatrico. Milano, 1992.
- Colombo M, Mavilla M, Mantegazza R. Indicatori di qualità e comunicazione in pediatria. Editeam Gruppo Editoriale, Cento (FE), 2005.
- De Toni T. Elementi di pediatria per infermieri. Ed. Carocci Faber, 2003.
- Garetti E, Sturloni N, Bertonecelli N, Pugliese M, Guerra MP, Gallo C, Cattani S, Gargano G, Ferrari F. Il dolore nel neonato. Dipartimento Misto Materno-Infantile, Divisione di Neonatologia, Università degli Studi di Modena, Reggio Emilia e Azienda Policlinico Modena.
- IPASVI "I Quaderni" Supplemento de L'Infermiere n° 6/03 (pag. 13-16) e n° 9/05 (pag. 3-11).
 - La valutazione del dolore nel bambino: la scala comportamentale Cheops. Migliorin R.
 - L'infermieristica italiana in Europa: con quali risultati, per quali prospettive evolutive. Silvestro A.
- L'Infermiere 5/2006. "Il pregiudizio nell'agire infermieristico" di Pottini S e Masera G. "La sanità avrà il suo New Deal" di Conti L.
- Moretto C. L'assistenza di base in pediatria. L'infermiere e la salute del bambino. Ed. Carocci Faber, 2003.
- Orlando S. Il dolore nel Bambino. Infermiera, Sala Operatoria-Chirurgia Pediatrica Ospedale dei Bambini "Di Cristina" ARNAS Civico Palermo.
- Società Italiana di Neonatologia. Raccomandazioni per la prevenzione e il trattamento del dolore nel neonato. Ed. CLEUP, 2005.

Dalla parte del neonato: pronto soccorso emozionale del neonato e dei suoi genitori

Germana Selvatico

U.O. Pediatria-Neonatologia, Azienda Ospedaliera, Desenzano Del Garda, P.O. Manerbio

1. Situazione di partenza

Come in tutti i reparti specialistici l'infermiere professionale, come membro attivo dell'équipe, è tenuto ad avere un bagaglio culturale e tecnico adeguato alla sua professione, viene formato in modo da poter riconoscere i bisogni dell'assistito, intesi nella sua globalità.

Oggi i sistemi di controllo della qualità, presenti nelle nostre Aziende Ospedaliere, ci permettono di organizzare in modo più corretto e uniforme le attività di progettazione, verifica e miglioramento in modo da ottenere buoni risultati anche in campo assistenziale.

Negli ultimi due decenni però non ci sono stati solo miglioramenti dal punto di vista tecnico-organizzativo ma soprattutto la Pediatria è stata fra le prime discipline a mettere al centro dell'attenzione il benessere psico-fisico del neonato, del bambino e dei suoi genitori.

Da qui è scaturito il processo di Umanizzazione dell'assistenza intesa quindi, non solo come "diritto alla vita, ma come diritto alla miglior qualità di vita".

Fu grazie soprattutto agli studi di Brazelton e alla sua scala di valutazione sul comportamento neonatale già negli anni '60 e più tardi ad Als nel '82 con la teoria sinattiva che fu possibile dare una vera dignità al neonato fino ad allora considerato un "contenitore passivo di stimoli esterni".

La scala ideata dal dott. Brazelton consente di delineare un ritratto comportamentale del neonato, descrivendone i punti di forza, le risorse adattive e gli aspetti di vulnerabilità; permette di esplorare le 4 aree dello sviluppo: il sistema vegetativo, il sistema motorio, la regolazione dei livelli di coscienza e l'interazione sociale.

Il neonato non viene più valutato solo con il punteggio di Apgar e con l'esame neurologico ma si tiene conto anche della diversità che ogni neonato presenta fin dalla nascita, diversità nella personalità, nel pianto e nel ricevere gli stimoli ambientali.

Osservando il suo comportamento gli operatori sanitari, ed in seguito anche i genitori, possono capire meglio il neonato e mettere in atto modalità di accudimento, facilitando così la sua organizzazione fin dai primi giorni di vita.

Per gli infermieri il piano di assistenza al neonato e soprattutto al neonato patologico, risulta essere molto complesso rispetto a quello progettato per una persona adulta.

Quest'ultima, anche se in difficoltà, riesce quasi sempre ad esprimere le sue paure, dolore, tutte le emozioni negative o positive che siano; solitamente ha la possibilità di essere informato prima di qualsiasi intervento assistenziale e viene preparato anche psicologicamente prima di un esame o di un intervento doloroso. Inoltre alla dimissione, ha l'opportunità di esprimere un giudizio sull'assistenza a lui fornita, grazie al questionario di gradimento.

E il neonato, ci siamo mai messi nei suoi panni?

Fin dai primi istanti di vita il neonato è costretto ad affrontare situazioni a lui sconosciute, difficili da capire e anche dolorose, ha fin da subito difficoltà ad adattarsi al nuovo ambiente fatto di nuovi rumori, luci, odori, temperature, ben diversi dall'accogliente utero materno.

Il neonato è un essere competente fin dalla nascita, è dotato di una complessa organizzazione che però va sostenuta perchè inizialmente molto precaria; purtroppo non è dotato di competenza verbale, non è in grado di dirci quanto sente male, quanto lo stiamo disturbando, quanto gli manca la sua mamma e soprattutto cosa lo fa star meglio.

Non può di certo lamentarsi per l'assistenza a lui fornita perchè non è naturalmente in grado di compilare un questionario!

Rendersi conto della sensibilità e della vulnerabilità a cui il neonato va incontro è di fondamentale importanza e indice di rispetto nei suoi confronti.

Per fortuna oggi viene data molta rilevanza alla ricerca scientifica anche in questo ambito, sono state proposte nuove Linee Guida e protocolli improntati ai principi dell'umanizzazione e della care.

Nonostante questo, a ciò non corrisponde, per ora, un aumento dell'utilizzazione di queste procedure assistenziali in alcuni reparti, atte a ridurre lo stress ed il dolore durante la degenza del piccolo.

Lavorare in questa ottica non è certamente facile, il caregiver (chi si occupa del neonato) va incontro ad un grosso impegno fatto di capacità, di empatia, immedesimazione, pazienza e collaborazione.

Anche se impegnativo questo metodo di lavoro risulta essere però uno strumento valido, il caregiver assume un ruolo più attivo e facilita l'organizzazione e l'interazione del neonato con i suoi genitori.

2. Obiettivi individuati

L'obiettivo principale è migliorare la qualità di vita del neonato e della sua famiglia in un mo-

mento di grande difficoltà, per far ciò l'équipe deve organizzarsi con nuove procedure assistenziali basate sui principi di umanizzazione e care.

Aiutando il genitore a capire meglio il comportamento del suo piccolo, osservando i segnali che lui stesso ci fornisce, cercheremo di mettere in atto quelle modalità di accudimento diverse per ogni neonato.

Grazie al nostro aiuto il neonato può imparare a gestire meglio le situazioni più difficili, imparare a distrarsi e ad avvalersi di sensazioni non solo negative, perchè legate alle procedure assistenziali, ma anche positive grazie al tocco sensoriale.

L'operatore di fronte ad un neonato ipercitabile, inconsolabile dovrebbe aiutarlo a piangere meno, confortandolo o dandogli modo di autoconsolarsi, fornendogli l'ambiente migliore per un sonno tranquillo; l'effetto che andremo ad ottenere è che il neonato dovrebbe riuscire a rilassarsi, mangiare meglio, crescere ed essere più disponibile all'interazione sociale.

In questo modo oltre a facilitare l'interazione fra neonato e genitore, il caregiver farà in modo di rendere quest'ultimo più attivo nella cura e più competente anche al momento della dimissione.

Un altro obiettivo principale è il miglioramento dell'assistenza erogata in quanto il caregiver si sente parte attiva, più responsabile nell'intero sistema organizzativo.

Ogni giorno anche l'infermiere è chiamato sempre più a perfezionare la propria professionalità, proponendo soluzioni innovative anche a partire dalla propria esperienza personale e mettendo continuamente in discussione le abitudini consolidate sul lavoro.

Spesso i problemi legati alle novità però vengono vissuti dall'équipe come ostacoli e non come opportunità di miglioramento, quindi risulta a volte difficile fare progressi nel proprio lavoro e soprattutto trarne una maggiore soddisfazione nell'erogarlo.

Acquisire un metodo organizzativo di accudimento neonatale non favorisce solo la salute del neonato ma ci permette una miglior gestione dello stesso e uno stimolo maggiore alla collaborazione in tutta l'équipe.

3. Attività e azioni realizzate

Nelle Terapie Intensive Neonatali dove ormai l'assistenza è diventata interattiva fra l'équipe, i genitori ed il neonato, viene utilizzato come

strumento principale un programma di assistenza chiamato NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care), metodo molto efficace anche se complesso ed adeguato alle condizioni critiche dei neonati da loro assistiti.

Anche se nella nostra realtà di patologia neonatale di provincia le condizioni del neonato non sono così critiche non per questo non dobbiamo e possiamo utilizzare un metodo di lavoro uniforme per tutti e che soprattutto ci aiuti nell'assistenza del neonato nel rispetto suo e della sua famiglia.

Prima di pianificare gli interventi assistenziali è importante sottolineare alcuni concetti fondamentali che ci possono aiutare a vedere la situazione dal punto di vista del neonato:

1. il neonato sente dolore, il neonato prematuro, incapace di organizzare la trasmissione del dolore, lo percepisce con maggiore intensità;
2. il neonato ricorda il dolore, questo non lo colpisce solo dal punto di vista organico ma anche psicologico;
3. il pianto prolungato e la sofferenza non migliorano la prognosi e possono portare a crisi di ansia, di panico, disturbi del sonno anche a lungo termine;
4. esistono facilitazioni e tecniche anche non farmacologiche che ci permettono di alleviare gli stati dolorosi legati alle procedure assistenziali;
5. innumerevoli sono gli studi che confermano quanto la sola "presenza", intesa come vicinanza emotiva e fisica del genitore o del caregiver durante la manovra dolorosa, possa essere utile a distrarre e consolare il neonato;
6. purtroppo questa "presenza" a volte risulta essere molto difficile da somministrare rispetto ad una terapia farmacologica!

I principali interventi sono stati indirizzati su vari aspetti:

- miglioramento del micro e macro ambiente del neonato, con particolare attenzione anche alla postura;
- modifica delle routinarie procedure assistenziali introducendo nuovi parametri di osservazione e valutazione delle condizioni del neonato;
- sperimentazione di nuove Linee Guida e procedure per l'assistenza diretta;

- sedazione non farmacologica di alcuni stati dolorosi derivanti dalle procedure assistenziali;
- intensificazione e maggior coinvolgimento dei genitori nell'interazione con il neonato (counseling familiare);
- collaborazione e comunicazione efficace in tutta l'équipe.

Miglioramento del micro ambiente

E' importante la cura dell'ambiente che circonda il neonato, quindi è compito dell'infermiere verificare che la temperatura e l'umidità dell'incubatore siano adeguate, che venga fornito un contenimento ed una stabilità corporea idonea.

A nostra disposizione ci sono i nidi, telini e materassini, amache, che naturalmente devono essere asciutti, morbidi e sempre puliti.

Possiamo dare conforto vestendo il neonato anche solo con un body, calze e cuffia.

Il counseling familiare

Counseling = consigliere-consulente

Insieme di tecniche, atteggiamenti e abilità che il caregiver utilizza per aiutare i genitori a gestire i problemi, utilizzando le proprie risorse.

In poche parole aiutare i genitori a:

- Accettare di sapere
- Sapere
- Agire in base al sapere

Questi interventi richiedono un impegno non indifferente da parte del personale:

- accoglienza
- ascolto attivo, sostegno
- comprensione empatica, incoraggiamento
- comunicazione, chiarezza nelle informazioni.

Tutto ciò per raggiungere importanti obiettivi:

- promozione del processo di attaccamento
- promozione della stabilità del neonato
- promozione delle conoscenze del comportamento del neonato, partecipazione attiva

- promozione di accudimento con graduale svezzamento emotivo e pratico del neonato alla dimissione.

Miglioramento del macro ambiente

Grande attenzione agli stimoli esterni che possono sovraeccitare il neonato:

- evitare quindi rumori troppo forti quali la voce troppo alta degli operatori, musica ad alto volume, allarmi del monitor e le stesse manovre troppo brusche degli operatori sanitari (chiusura degli oblò, ecc.);
- favorire invece la voce dei genitori e musica ritmica e rilassante;
- evitare stimoli visivi bruschi, luci intense e abbaglianti, quindi abbassare le luci quando possibile, utilizzare teli coprincubatore, rendere partecipe il neonato al cambio notte e giorno anche attraverso le luci di verse;
- favorire l'agganciamento dello sguardo con la mamma.

Care posturale

Una volta valutate le condizioni del neonato e le sue esigenze il caregiver potrà decidere se facilitare la sua stabilità con una posizione adeguata, fornendo un contenimento idoneo grazie l'utilizzo di telini morbidi sotto le spalle e cuscineti in gel per favorire l'allineamento della testa.

La cura posturale è fondamentale per l'adattamento neonatale e viene utilizzato principalmente come:

- intervento assistenziale, in quanto il neonato non è in grado di comunicare il bisogno di cambiare posizione e non riesce a modificare le proprie posture;
- intervento curativo, in quanto il neonato non ha le competenze necessarie per l'organizzazione posturale antigravitarie nell'ambiente extrauterino;
- intervento preventivo, per il rischio di deformità osteo-articolari dovute all'ipoposturalità;
- intervento abilitativo, per aiutare il neonato ad utilizzare le sue capacità di adattamento e organizzazione e sopportare meglio gli eventi stressanti.

4. Procedure assistenziali

Tramite l'osservazione accurata dello stato comportamentale di ogni neonato il caregiver, attraverso la lettura del linguaggio corporeo, può riuscire meglio a capire i diversi tipi di pianto, può intuire la causa dell'incapacità di adattamento.

Ci sono neonati più o meno iritabili, capaci di autoconsolarsi o di farsi consolare, altri in grado di mantenere a lungo gli stati di sonno profondo o di veglia attiva mentre, al contrario, alcuni non riescono a riposare tranquillamente.

Possono essere molto sensibili agli stimoli esterni e presentare tremori, soprassalti (startles) e scoppi di pianto improvviso; a volte sono in grado di ricevere solo stimoli di ridotta intensità e attraverso una sola modalità alla volta (tattile, visiva, uditiva o gustativa) quindi hanno bisogno di più tempo per organizzare il loro sistema nervoso centrale.

La prematurità, la condizione patologica fanno sì che l'organizzazione di questi sistemi perda l'equilibrio, il neonato ci invia chiari segnali di stress dovuto all'instabilità del suo sistema, segnali che il caregiver è tenuto a riconoscere in modo da fornire tutte le facilitazioni possibili per permettergli di riacquistare un suo equilibrio.

Ad alcuni neonati basta assumere la posizione adeguata, altri si consolano con la suzione non nutritiva, altri ancora sentono il bisogno di essere avvolti in un telino.

Il pianto acuto, l'irritabilità, i tremori, il cambiamento del colore cutaneo, l'evitamento dello sguardo, la mimica facciale, l'estensione degli arti, il singhiozzo, sono solo alcuni dei segnali che ci indicano che il neonato ha bisogno del nostro intervento per riacquistare l'equilibrio perduto.

Abbiamo a disposizione in reparto delle schede di valutazione suddivise per ogni sistema (neuro-vegetativo, motorio, stati di coscienza, interazione e attenzione) fornite dal corso di aggiornamento "il massaggio del neonato pretermine" organizzato dall'Associazione Italiana Massaggio Infantile a Genova nel mese di Marzo, a cui io ho partecipato.

Queste schede mostrano nel dettaglio i segni di stress e allo stesso modo quelli di compensazione e consolazione, che ci aiutano a vedere quando il neonato è in grado da solo di recuperare la stabilità.

Dopo questa valutazione l'intervento assistenziale diventa mirato e personalizzato.

Le tecniche di accudimento e le facilitazioni fornite dall'équipe devono interessare ogni momento della giornata all'interno della patologia neonatale, particolarmente in caso di:

- **Procedure diagnostiche**
- **Procedure terapeutiche**
- **Procedure assistenziali**

Procedure diagnostiche

- prelievo venoso/arterioso
- prelievo capillare dal tallone
- visita oculistica
- visita medica
- radiografie
- ecografie.

Procedure terapeutiche

- iniezione i.m. e.v. s.c.
- inserimento agocanula
- inserimento catetere ombelicale
- inserimento catetere epicutaneo
- inserimento sng e catetere vesciale.

Procedure assistenziali

- bagnetto o doccia, cambio del pannolino
- rilevazione del peso quotidiano
- spostamento dalla termoculla al lettino
- rilevazione dei parametri
- applicazione-rimozione cerotti o sensori
- aspirazione vie aeree.

Scheda di osservazione comportamentale neonatale

Sistema	Segni di stabilità	Segni di instabilità
Sistema neurovegetativo <ul style="list-style-type: none"> • Respiro • Battito cardiaco • Colorito • Segni viscerali • Ricerca di suzione 	Frequenza regolare per lo stato <input type="checkbox"/> Frequenza regolare per lo stato <input type="checkbox"/> Stabile roseo <input type="checkbox"/> Ruttino "tranquillo" <input type="checkbox"/> Assenza di vomito <input type="checkbox"/> Rigurgito <input type="checkbox"/> Suzione efficace <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tachipnea <input type="checkbox"/> Bradipnea <input type="checkbox"/> Apnea <input type="checkbox"/> Tachicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Pallido <input type="checkbox"/> Cianotico marezzato <input type="checkbox"/> Vomito <input type="checkbox"/> Rigurgito Singhiozzo-starnuti <input type="checkbox"/> Suzione scoordinata <input type="checkbox"/>
Sistema motorio	Non flaccidità-rigidità arti e tronco <input type="checkbox"/> Movimenti armonici arti-tronco <input type="checkbox"/> Mano alla bocca <input type="checkbox"/> Mano sul viso <input type="checkbox"/> Mano sul corpo <input type="checkbox"/> Uso dei piedi per stabilizzarsi (bracing) <input type="checkbox"/> Uso delle mani per stabilizzarsi (grasping) <input type="checkbox"/>	Flaccidità-rigidità arti/tronco <input type="checkbox"/> "Fussing" (agitazione) <input type="checkbox"/> Movimenti in estensione tronco/arti <input type="checkbox"/> Apertura a ventaglio mani/piedi <input type="checkbox"/>
Sistema degli stati di attenzione/interazione	Stati di coscienza nella norma (sonno-veglia) <input type="checkbox"/> Stato dall'erta mimicamente attivo <input type="checkbox"/> Attenzione visiva, fissazione <input type="checkbox"/> Pianto valido <input type="checkbox"/> Consolabilità <input type="checkbox"/> Autoconsolabilità <input type="checkbox"/>	Stato labile cambiamenti bruschi <input type="checkbox"/> Iper-all'erta <input type="checkbox"/> Ipo-all'erta <input type="checkbox"/> Sguardo inespressivo <input type="checkbox"/> Evitamento dello sguardo <input type="checkbox"/> Pianto acuto <input type="checkbox"/> Labile <input type="checkbox"/> Inconsolabilità <input type="checkbox"/>
Sistema di autoregolazione	Non bisogno di facilitazioni per autoregolare il proprio comportamento in seguito ad uno stress <input type="checkbox"/>	Bisogno di facilitazioni per autoregolare il comportamento e raggiungere la stabilità <input type="checkbox"/>

Valutazione: _____

Caregiver: _____

Scheda di osservazione comportamentale neonatale - Utilizzo di facilitazioni

- Regolazione del macro-ambiente (temperatura, luce, rumore)
- Regolazione del microambiente (nidi, confini, fonte di luce)
- Regolazione del contenimento cutaneo (mani, vestiti, telini)
- Contenimento posturo-motorio:
 - variazione delle posture
 - wrapping
 - stabilizzazione del capo e tronco con telini e cuscinetti
- Cullamento
- Input visivo (mimica dell'adulto, volto materno, agganciamento dello sguardo)
- Input uditivo (voce dolce dell'operatore, voce materna, musica soft)
- Suzione non nutritiva
- Soluzione glucosata
- Handling attento
- Saturazione sensoriale
- Regolazione degli interventi assistenziali
- Periodo di riposo

Strategie e facilitazioni adottate durante tutte le procedure

- **Minimal touch:** attenzione posta dagli operatori nell'evitare interventi eccessivi, inutili e stressanti in particolari condizioni cliniche e a tutti i neonati in genere.
- **Gentle handling:** attenzione a svolgere in maniera dolce le manovre assistenziali.
- **Wrapping:** avvolgimento del neonato in un telino per dare contenimento e stabilità corporea.
- **Grasping:** capacità del neonato di afferrare il dito dell'operatore (o genitore) o le cose che lo circondano (vestiti, teli incubatore) in modo da ottenere più sicurezza.
- **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 assistenziale.

- **Suzione non nutritiva:** l'utilizzo del ciuccio come strumento di autoconsolazione e la somministrazione di piccole dosi di soluzione glucosata al 10% può alleviare lo stress da procedura.
- **Holding:** tocco con le mani che si appoggiano ferme, contengono, ascoltano.
- **Canguro care:** (contatto pelle a pelle).
- **Massaggio dolce**

Procedura

Una volta osservato il comportamento neonatale e aver coinvolto anche i genitori, si utilizzano tutti gli strumenti a nostra disposizione per ogni intervento assistenziale che potrebbe risultare disturbante e doloroso per il neonato.

Ad esempio alcuni studi hanno provato che la procedura più dolorosa e anche la più frequente è rappresentata dalla puntura del tallone per il prelievo capillare.

Andiamo ora ad analizzare l'intervento da dover affrontare nel turno del mattino quando in-

sieme all'igiene, dobbiamo rilevare il peso ed eseguire il prelievo capillare.

Partiremo togliendo il neonato dall'incubatore, avendolo prima contenuto in posizione flessa con l'ausilio delle nostre mani o con un panno (**wrapping**). Se è presente la mamma si può approfittare per un contatto pelle a pelle in modo che il neonato si rilassi e sia meglio predisposto agli stimoli esterni.

Durante l'igiene ed il cambio del pannolino fare in modo che il neonato si senta stabile, si possa afferrare a qualcosa (**grasping**) come il dito della mamma o dell'operatore; durante le manovre appoggiare dolcemente una mano sul suo corpo (**holding**), non lasciandolo mai solo, in quanto i movimenti ampi di estensione degli arti lo possono destabilizzare e stimolare forti tremori con senso di caduta.

Anche per la rilevazione del peso quotidiano evitare di eseguirlo, soprattutto nei neonati molto piccoli ed ipereccitabili, su un piano rigido e freddo, ma cercare di avvolgerli in un panno (**wrapping**) togliendo poi la differenza dal peso totale. Eviteremo così pianti acuti e tremori diffusi.

Durante il bagnetto sostenere bene il neonato, lasciarlo fluttuare nell'acqua con movimenti lenti che gli evocheranno la vita intrauterina e sensazioni piacevoli.

Prima di iniziare il prelievo capillare con la puntura del tallone fare in modo che il neonato sia ben avvolto in un panno, possibilmente con la mamma vicino che gli parla e lo accarezza (**saturazione sensoriale**); possiamo anche fornire il ciuccio con della soluzione glucosata (**suzione non nutritiva**) e quindi procedere.

Cercare sempre di dosare gli stimoli e per quanto possibile raggrupparli in modo da disturbare il meno possibile i ritmi sonno-veglia del neonato.

Molti sono gli studi che confermano e dimostrano quanto meglio i neonati riescano a sopportare questi momenti di stress e anche quanto più facile risulta essere la procedura per l'operatore stesso, senza parlare della gratificazione della mamma che si sente partecipe al benessere del proprio bambino.

5. Risultati conseguiti

Nel nostro reparto il personale infermieristico non ha ancora avuto la possibilità di acquisire una preparazione completa riguardo lo svi-

luppo neuro-comportamentale del neonato.

Nella nostra piccola équipe, comunque, possiamo contare sull'aiuto di una Neuropsichiatria infantile, due infermiere con diploma di insegnante di massaggio infantile ed altri componenti che hanno partecipato a corsi di aggiornamento sulla care neonatale.

Inoltre nella nostra azienda è partito uno studio che sta approfondendo la prevenzione del dolore anche in campo pediatrico e neonatale, tali da coinvolgere anche noi come caregiver.

La voglia di migliorarci è sicuramente sempre presente e nel nostro piccolo abbiamo già potuto fare delle modifiche partendo dall'osservazione del neonato fino ad arrivare al rispetto dei suoi ritmi, passando per la prevenzione del dolore legato alle procedure assistenziali.

Abbiamo ideato un protocollo sulla care neonatale che cerchiamo di far rispettare a tutti i membri dell'équipe, ed è in programma di prepararne un altro specifico sullo sviluppo neuro-comportamentale.

Per ora gli strumenti su cui possiamo contare sono la nostra sensibilità, fantasia e la voglia di fare.

Non posso portare, almeno per ora, risultati scientifici supportati da studi randomizzati, statistiche precise o casi analizzati; non possediamo una scala per valutare il dolore, ma assicuro che lavorando ogni giorno a stretto contatto con i neonati ed i loro genitori, io e le mie colleghe abbiamo avuto, fin dall'inizio di questa esperienza, un sorprendente riscontro positivo, che ci sta stimolando ad andare avanti e pian piano a modificare il nostro modo di approcciarsi al neonato.

Posso solo confermare ciò che dicono gli studi ai quali ci siamo riferiti per iniziare il nostro percorso:

- “Linee Guida per il dolore del neonato” ideato dal Gruppo di Studio sul dolore della SIN (2001).
- “Il dolore del neonato: prevenire e curare” studio dello Staff Infermieristico Terapia Intensiva-Neonatalogia Ospedale “Burlo Garofolo”, Trieste (2004).
- Atti del Congresso Nazionale Associazione Italiana Massaggio Infantile.
- “Il massaggio al neonato pretermine-teoria sinactiva Als” (Genova 2005).
- “Il massaggio del bambino” Manuale per insegnanti di Vimala McClure.

6. Percezione degli utenti

Personalmente credo che guardare ogni giorno i visi dei genitori e vederli più rilassati e finalmente liberi di esprimere tutta la felicità, altrimenti oscurata dai problemi legati al ricovero, scorgere il sorriso e le espressioni di compiacimento dei piccoli, dimostri, più di tante parole, quanto sono stati utili tutti gli accorgimenti utilizzati nello svolgere il nostro lavoro.

Io, come persona e come infermiera, mi sento molto più realizzata, sò di essere stata utile, insieme a tutta l'équipe, nel sostenere il neonato e la sua famiglia in un momento difficile.

Mi rendo conto che il lavoro da fare è ancora molto, l'ostacolo più grande è riuscire a coinvolgere tutta l'équipe, formata da tante persone diverse per personalità, obiettivi e sensibilità, ma è essenziale per garantire un'assistenza il più efficace, uniforme e umana possibile.

7. Punti di forza dell'iniziativa

1. La metodologia applicata è semplice e basata sulle teorie neuro-comportamentali che tutto il personale può facilmente conoscere.
2. Gli interventi sul micro e macro ambiente non hanno richiesto alti costi (nidi, co-

perine, musica, ecc.) se non una buona dose di creatività da parte delle infermiere.

3. L'applicazione delle nuove procedure durante l'assistenza ha permesso una migliore gestione del neonato e una maggiore competenza del genitore, fattori di per sé agevolanti un risparmio di risorse.
4. L'interesse e il riscontro positivo suscitato ha fornito nuovi stimoli per una maggiore collaborazione in tutta l'équipe.

Conclusioni

Ho iniziato parlando del neonato e del bisogno di mettersi "dalla sua parte", ho definito il nostro lavoro un "pronto soccorso emozionale" per lui e la sua famiglia: con ciò non voglio certo illudermi di riuscire ogni giorno a fare tutto questo, anche perché sò perfettamente quanto sia difficile e quanto di me, come persona e non solo come infermiera, devo mettere in gioco per ottenerlo.

Non dobbiamo dimenticare mai che noi, quotidianamente, siamo a contatto con delle persone che spesso soffrono; ricordiamoci sempre che, anche se in piccolissima parte, noi possiamo contribuire non solo a far guarire il neonato ma anche ad offrirgli la possibilità di iniziare meglio la sua vita. E' poco secondo voi?

Scelti per voi

Una panoramica sulla più recente letteratura in tema di...

Allattamento al seno e oltre...

A cura di Francesco Tandoi - Collaboratori: Arianna De Martino, Lorenzo Giacchetti

Colostrum ingested during the first day of life by exclusively breastfed healthy newborn infants.

Santoro W Jr, Martínez FE, Ricco RG, Jorge SM. J. Pediatr., 2010 Jan; 156 (1): 29-32.

Tra gli articoli revisionati per voi in quest'ultimo numero della rivista, segnaliamo uno studio particolare pubblicato sul Journal of Pediatric nel mese di gennaio di quest'anno.

Da molti anni ci si concentra sull'importanza di proporre l'allattamento esclusivo al seno fin dalle prime ore dopo la nascita; solo in questo modo è possibile infatti favorire nel migliore dei modi l'attaccamento al seno del neonato, aumentando la possibilità che il neonato sia poi effettivamente allattato al seno dopo la dimissione. Si conosce da tempo l'importanza del colostro nelle prime ore di vita, prima dell'istituzione della montata latte, per la sua ricchezza di effetti funzionali indispensabili in questa fase di vita. Tuttavia nessuno conosce realmente la quantità di colostro che un neonato assume nelle prime 24 ore di vita. Ebbene, questo studio ha valutato proprio questo. Tramite l'utilizzo di bilance ad alta precisione è stata valutata la quantità di colostro assunto da un gruppo di 90 neonati a termine nelle prime 24 ore di vita con periodi di osservazione di 8 ore. I risultati dello studio hanno evidenziato che la quantità di colostro giornaliera assunta da ciascun neonato era pari a circa 15 grammi, con un'assunzione media di circa 1,5 grammi ogni volta che si attaccavano al seno. Questo volume di latte, non mostra un aumento progressivo nel corso delle prime 24 ore e non sembrava essere influenzato né dai fattori di rischio perinatali e post-natali, né dal tempo di allattamento al seno.

Paternal depressive symptoms during pregnancy are related to excessive infant crying.

van den Berg MP, van der Ende J, Crijnen AA, Jaddoe VW, Moll HA, Mackenbach JP, Hofman A, Hengeveld MW, Tiemeier H, Verbulst FC. Pediatrics, 2009 Jul; 124 (1): e96-103.

In un altro articolo interessante pubblicato su Paediatrics è stato studiato il ruolo che la depressione paterna durante la gravidanza può esercitare sul pianto del neonato. Diversi studi hanno dimostrato in passato la correlazione esistente tra pianto eccessivo del neonato e depressione materna in gravidanza; non esistono dati invece sulla possibile relazione sul versante paterno. Ebbene in questo studio prospettico è stata evidenziata una correlazione significativa tra la presenza di sintomi paterni depressivi e pianto eccessivo (definito come un pianto della durata maggiore di 3 ore per più di 3 giorni a settimana) in un gruppo di 4.426 lattanti a 2 mesi. Le speculazioni circa le cause di tale disturbo paterno indagano aspetti genetici o relazionali, con il bambino o con la madre o con situazioni contestuali familiari/economiche legate all'evento nascita.

Does Breastfeeding Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome?

Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, Jorch G, Yücesan K, Sauerland C, Mitchell EA and the GeSID Study Group. Pediatrics, 2009; 123: e406-e410

L'ultimo articolo consigliato è una metanalisi pubblicata sempre su Paediatrics che, sgombrando il campo da equivoci, definisce una volta ancora, l'importanza dell'allattamento al seno nella prevenzione della SIDS. Negli ultimi 2 anni diversi studi caso-controllo hanno identificato alcuni fattori di rischio per la SIDS; nella maggior parte degli studi che hanno proposto la correlazione fra allattamento al seno e riduzione del rischio di SIDS sono stati evidenziati alcuni errori metodologici e nei criteri di eleggibilità. In questo studio caso controllo multicentrico condotto in Germania è stata studiata la correlazione fra fattori di rischio e in 333 casi di SIDS e 998 casi controllo. Dallo studio si evince come l'allattamento al seno esclusivo o parziale a 2 settimane di vita si associ ad un ridotto rischio di SIDS. Viene posta anche indicazione a consigliare l'allattamento al seno almeno per un periodo di 6 mesi fra i consigli per ridurre il rischio di SIDS.

Home and Abroad

Uno sguardo a convegni, corsi ed eventi, in Italia e all'estero, che hanno come tema la "care" in medicina perinatale

Corsi dell'Associazione Italiana per la Care in Perinatologia

www.careperinatologia.it

Docenti: Arturo Giustardi - Monika Stablum - Sala Kolping, Via Ospedale, Bolzano

7-8 Giugno 2010

La stabilizzazione del neonato in attesa del trasporto

(21 crediti)

Crediti ECM richieste per medici, ostetriche, infermiere pediatriche e professionali, assistenti sanitari, educatori professionali, psicologi.

Costo 200 euro, max 20 partecipanti.

20-21 Settembre 2010

Il neonato che non respira

(18 crediti)

Crediti ECM richieste per medici, ostetriche, infermiere pediatriche e professionali, assistenti sanitari, educatori professionali, psicologi.

Costo 180 euro, max 20 partecipanti.

11 Ottobre 2010

La favola come strumento per aiutare la madre e il bambino (Una favola per crescere, una favola per apprendere e capire)

Crediti ECM richieste per medici, ostetriche, infermiere pediatriche e professionali, assistenti sanitari, educatori professionali, psicologi.

Costo 120 euro, max 20 partecipanti.

25-26 Ottobre 2010

Disturbi di attaccamento madre e bambino e possibili soluzioni (massaggio farfallina)

(18 crediti)

Crediti ECM richieste per medici, ostetriche, infermiere pediatriche e professionali, assistenti sanitari, educatori professionali, psicologi.

Costo 180 euro, max 20 partecipanti.

8-9 Novembre 2010

Il pianto del neonato e del lattante come gestirlo. L'uso della fascia, prove pratiche

(18 crediti)

Crediti ECM richieste per medici, ostetriche, infermiere pediatriche e professionali, assistenti sanitari, educatori professionali, psicologi.

Costo 180 euro, max 20 partecipanti.

29-30 Novembre 2010

Assistenza della madre e del neonato in acqua

(18 crediti)

Crediti ECM richieste per medici, ostetriche, infermiere pediatriche e professionali, puericultrici, assistenti sanitari, assistenti sociali, psicologi.

Costo 180 euro, max 20 partecipanti.

6-7 Dicembre 2010

Kangaroo mother care e assistenza personalizzata del prematuro

(19 crediti)

Crediti ECM richieste per medici, ostetriche, infermiere pediatriche e professionali, educatori professionali, psicologi.

Costo 180 euro, max 20 partecipanti.

10 Gennaio 2011

La gestione clinica del lutto perinatale, strategie di interventi Linee Guida

Crediti ECM richieste per medici, ostetriche, infermiere pediatriche e professionali, assistenti sanitari, educatori professionali, psicologi.

Costo 120 euro, max 20 partecipanti.

24-25 Gennaio 2011

Corso Allattamento avanzato

Crediti ECM richieste per medici, ostetriche, infermiere pediatriche e professionali, assistenti sanitari, educatori professionali, psicologi.

Costo 200 euro, max 20 partecipanti.

21 Febbraio 2011

L'assistenza del neonato sano in sala parto

(11 crediti)

Crediti ECM richieste per medici, ostetriche, infermiere pediatriche e professionali, puericultrici, assistenti sanitari, educatori professionali, psicologi.

Costo 120 euro, max 20 partecipanti.

14-15 Marzo 2011

La dimensione a casa della mamma e del neonato (casi clinici)

Crediti ECM richieste per medici, ostetriche, infermiere pediatriche e professionali, assistenti sanitari, educatori professionali, psicologi.

Costo 200 euro, max 20 partecipanti.

Iscrizioni e informazioni:

Monika Stablum - Tel.: 3383679491 dalle 09:00 alle 18:00
monikastablum@yahoo.it



ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA CARE IN PERINATOLOGIA

www.careperinatologia.it

Scheda d'Iscrizione al corso

Cognome:		Nome:	
Qualifica Professionale			
Corso denominato			
Luogo di svolgimento			
In data			
e-mail:			
Tel.:			
Mobile:			
Fax:			
Indirizzo (via/piazza, n°civico, CAP)			

Per iscrizioni e informazioni rivolgersi a Monika Stablum.

Tel. 3383679491 dalle 09:00 alle 18:00. E-mail: monikastablum@yahoo.it

Inviare oltre alla scheda d'iscrizione il fax dell'avvenuto bonifico bancario al numero: 0472.206358 all'attenzione del prof. Arturo Giustardi

Il bonifico deve essere intestato alla "AICIP ONLUS" Unicredit Banca, coordinate bancarie: cin: IT24B; abi: 02008; cab: 11603; c/c: 000040873096

codiceIBAN: IT24B0200811603000040873096



ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA CARE IN PERINATOLOGIA

www.careperinatologia.it

Modalità d'iscrizione AICIP onlus

L'iscrizione all'Associazione Italiana per la Care In Perinatologia **comprende:**

- Invio gratuito a domicilio della Rivista Italiana La Care in Perinatologia.
- La possibilità di pubblicare sulla rivista articoli scientifici.
- La possibilità di pubblicizzare corsi ed eventi sul sito www.careperinatologia.it
- Partecipazione al Forum.

DOMANDA DI AMMISSIONE PER I NUOVI SOCI

IL SOTTOSCRITTO, PRESA VISIONE DELLE NORME STATUTARIE DELL'AICIP ONLUS, CHE SI IMPEGNA A RISPETTARE E FAR RISPETTARE,

CHIEDE

L'AMMISSIONE QUALE SOCIO ORDINARIO. SI RIPORTANO PERTANTO I SEGUENTI DATI:

Cognome		Nome	
Luogo di nascita		Data di nascita	
Codice Fiscale		Provincia	
CAP		Città	
Indirizzo n° civico			
Titolo di studio			
Professione			
Specializzazione/i			
Attività di ricerca			
Unità di lavoro			
Telefono		Cellulare	
Fax		e-mail	

SI AUTORIZZA ESPRESSAMENTE AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEL D.LGS. 196/03 IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI.

Nominativo socio presentatore	Data	Firma del Richiedente

Compilare in stampatello la scheda di iscrizione per i nuovi soci allegata e spedire, unitamente alla copia del versamento, all'AICIP onlus, Viale dei vigneti 34, 39042 Bressanone (BZ), al numero di fax 0472/206358, o per e-mail scannerizzata con firma a monikastablum@hotmail.it

I versamenti intestati a AICIP onlus causale: Iscrizione nuovi soci AICIP quota sociale € 15,00 da versare sul c/c 000040873096, Unicredit Banca Bressanone fil. 0983, abi 02008, cab 58220, cin: V.

Contattare per ulteriori informazioni la sig.ra Monika Stablum al numero 3383679491.

AICIP



ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA CARE IN PERINATOLOGIA

www.careperinatologia.it

