



SIN
SOCIETÀ ITALIANA DI
NEONATOLOGIA

XVII

**Congresso Nazionale
della Società Italiana
di Neonatologia**



**Hilton Sorrento Palace
SORRENTO 11 - 14 OTTOBRE 2011**

Segreteria Organizzativa



Biomedica srl
Via L. Temolo 4 - 20126 Milano
www.biomedica.net
www.congresso.neonatalogia.it

***Atti
Sessione Infermieristica***



XVII

**Congresso Nazionale
della Società Italiana
di Neonatologia**
per Medici ed Infermieri

**Hilton Sorrento Palace
SORRENTO 11 - 14 OTTOBRE 2011**

*Atti
Sessione Infermieristica*

*Nota dell'Editore:
i riassunti sono stati riprodotti senza alcuna revisione editoriale dal materiale direttamente
fornito dagli autori.*

08.30 Saluto del Presidente SIN
Saluto del Rappresentante IPASVI della provincia di Napoli

08.50 **Lettura magistrale**
LA RICERCA E LA FORMAZIONE IN NEONATOLOGIA: LO STATO DELL'ARTE
F. Festini (Firenze)

09.10 **PROGETTI E SVILUPPO NELL'INFERMIERISTICA NEONATOLOGICA**
Moderatori: G. Cuomo (Modena), D. Pisano (Cagliari)

La cute del neonato pretermine
P. Coscia (Milano)

Il coinvolgimento precoce dei genitori nelle cure. Garanzia di benessere per il neonato
G. Lanci (Rimini)

Farmaci EV in infusione continua in TIN: approccio sistematico all'errore e interventi migliorativi
E.C. Boscolo Tonus (Monza)

Ridurre le infezioni ospedaliere in TIN: una sfida possibile?
L. Di Girolamo (Milano)

10.15 **SPAZIO COMUNICAZIONI**
Luci ed ombre sull'implementazione del metodo NIDCAP
M. Mosca (Torino)

Monitoraggio delle infezioni: studio retrospettivo
C. Romano (Napoli)

Evento epidemico di VRS: studio epidemiologico e gestione del rischio infettivo
R. Bravaccini (Cesena)

Errore in TIN: come, quando, perché
O. Albertalli (Novara)

L'errore terapeutico: sbagliando s'impara
L. Del Mastro (Milano)

Assistenza Infermieristica al neonato asfittico in ipotermia
C. Matteini (Pisa)

11.00 Discussione

11.10 **RICERCA E FUTURO NELL'INFERMIERISTICA NEONATALE**
Moderatori: A.M. Battan (Monza), E. Bezze (Milano)

Il counselling infermieristico legale in TIN: una nuova prospettiva per il futuro
I. Galli (Firenze)

La qualità percepita: un modo per migliorare?
M. Raspini (Firenze)

11.40 **SPAZIO COMUNICAZIONI**
Gli eventi avversi nell'assistenza infermieristica in TIN: miglioramenti, sfide e timori
J.V. Dourado (Monza)

Luci e ombre della multimedialità in TIN
R. De Rosa (Roma)

La simulazione neonatale: il gruppo "Nina" e il nuovo modello di formazione permanente
D. Bergamini (Pisa)

Competenze infermieristiche in TIN: un'esperienza a Ginevra
R. Galaverna (Cuneo)

12.05 Discussione

12.15 **L'INFERMIERE E LE ESPERIENZE NEONATALI NEL MONDO**
Moderatori: A. De Gennaro (Napoli), M. Zicchi (Sassari)

Sostenibilità economica di una patologia neonatale nei paesi in via di sviluppo
A. Ricchini (Brescia)

Creare una neonatologia ad Haiti: sfida possibile al St. Damien Hospital

- il punto di vista del medico
G. Francescato (Varese)
- il punto di vista dell'infermiere
G. Gervasi (Roma)

Africa: nascere ad Afagnan
M. Giardinetti (Roma)

Afghanistan: essere Infermiere nel Centro Maternità di Emergency
R. Vatta (Milano)

14.15 **ASPETTI EMERGENTI NELL'ASSISTENZA AL NEONATO**
Moderatori: A. Fabi (Roma), E. Bernabei (Aversa)

Il Late Preterm e la sua famiglia: aiutiamoli a crescere
O. Casati (Desio)

"Obiettivo benessere" Mamma-Bambino: l'Ambulatorio Nurse Led
C. Ennas (Cagliari)

L'assistenza transculturale: buone pratiche ed aspetti critici
R. Vitiello (Napoli)

Hobbit: assistenza multidisciplinare individualizzata al neonato ed alla sua famiglia
A. Luiso (Roma)

"Ospedale amico degli stranieri"
C. Sabino, M. Di Ventura (Roma)

15.30 **SPAZIO COMUNICAZIONI**
Ambulatorio Infermieristico per il neonato fisiologico: opportunità gestionale e professionale
F. Pasquali (Mantova)

Assistenza Infermieristica neonatale in una società multietnica
V. Ruggeri (Bergamo)

Assistenza multidisciplinare e transculturale in TIN
M. Franzoni (Mantova)

16.00 Discussione

16.15 Chiusura dei lavori

LA CUTE DEL NEONATO PRETERMINE

P. Coscia

Coordinatore Sanitario S.C. Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale
Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

Lo sviluppo delle lesioni cutanee e delle ulcere da pressione in età neonatale è argomento poco studiato rispetto all'adulto; infatti, poche ricerche sono state condotte per determinare prevalenza, incidenza e fattori di rischio su cui basare linee guida per la pratica clinico-assistenziale (1). Molti protocolli di prevenzione e trattamento sono estrapolati da quelli utilizzati per l'adulto ma, come è giusto ricordare, il bambino non è un "piccolo adulto". Egli necessita di attenzioni specifiche per specifici bisogni rappresentati da differenze fondamentali sia anatomiche che fisiologiche, come la sproporzione tra testa e corpo, l'imaturità del tegumento e del sistema immunitario (2). Il progresso medico e chirurgico ha permesso un aumento della sopravvivenza dei neonati con elevato grado di immaturità, facendo però rilevare un aumento dell'incidenza e della prevalenza delle ulcere da pressione e delle lesioni cutanee, correlato anche all'utilizzo di strumenti altamente sofisticati e indispensabili, che possono diventare fattori di rischio per l'integrità della cute.

Gli obiettivi principali di questo articolo sono: focalizzare l'entità del problema, individuare i fattori di rischio e, infine, identificare le attuali evidenze per sviluppare un programma di prevenzione e trattamento basato su prove di efficacia e appropriato all'età dei piccoli pazienti.

PROGETTO EDUCATIVO: COINVOLGIMENTO PRECOCE DEI GENITORI NELLE CURE, GARANZIA DEL BENESSERE PER IL NEONATO

G. Lanci

U.O. Terapia Intensiva Neonatale e Neonatologia Ospedale "Infermi", Rimini

L'Unità Operativa di Terapia Intensiva Neonatale (T.I.N.) dell'ospedale "Infermi" di Rimini, diretta dalla Dott.ssa Gina Ancora, ricovera neonati che necessitano di cure intensive di diversa tipologia e ad alta specializzazione.

All'interno della nostra U.O. è già in atto la metodologia NIDCAP che vede la presenza in reparto di due professionisti (una infermiera e un medico) che effettuano le osservazioni dei neonati indicando il percorso di sviluppo neuro-evolutivo e sensoriale personalizzato per ogni neonato.

Le strategie assistenziali centrate sull'individuazione delle cure al neonato, visto nella sua dimensione di relazione con i genitori fin dai primi momenti della vita, vedono il personale sanitario impegnato a costruire un processo di educazione terapeutica che sostenga e coinvolga i genitori, che li aiuti a scoprire la specificità del loro bambino e le sue potenzialità per trovare, fin dai primi momenti di vita, proposte personali di accudimento.

La cultura della care, condivisa all'interno del reparto ed iniziata nel 2002, porta ogni singolo professionista dell'equipe multidisciplinare a lavorare insieme per raggiungere il medesimo obiettivo.

Per facilitare l'interazione tra i professionisti e la famiglia abbiamo sentito l'esigenza di codificare un percorso personalizzato per ogni nucleo familiare, attraverso una pianificazione dell'educazione terapeutica, obiettivo del nostro lavoro.

Lo strumento, attualmente in fase di studio e che vorremmo utilizzare accanto alla cartella infermieristica è la cartella educativa che contiene:

- 1) la **proposta educativa** generale del reparto offerta ai genitori
- 2) la **scheda raccolta dati**
- 3) le **schede con gli obiettivi specifici** elaborate con i singoli genitori e integrate con le osservazioni eseguite dai Professionisti *NIDCAP*
- 4) Le **valutazioni** dell'intero percorso in itinere con feedback da parte di tutta l'equipe

Proposta educativa in quanto l'approccio centrato sulla famiglia, prevede che i livelli di gestione del neonato siano raggiunti con la sua attiva partecipazione, col suo coinvolgimento nel percorso che direttamente la riguarda, con la sua capacità e libertà di decisione e di scelta.

Scheda raccolta dati, strumento che permette la raccolta sistematica, completa e interattiva di informazioni da parte del personale sanitario riguardo la condizione bioclinica, educativa, sociale e psicologica della madre e del padre.

I dati sono raccolti da tutti i componenti dell'equipe che si occupa di quella famiglia; attraverso l'integrazione di tutte le informazioni sarà possibile identificare tutti i fattori che possono influenzare in senso positivo (punti di forza) e negativo (criticità) il processo educativo.

Queste informazioni servono come base per costruire la formulazione della diagnosi educativa.

Schede con obiettivi specifici Il cui scopo è di allineare gli interventi educativi di tutti i professionisti verso i medesimi obiettivi individuati ed espressi in modo chiaro e condiviso con l'equipe e i genitori, dall'esperto *nidcap* il quale elabora in autonomia:

- una relazione in cui indica le raccomandazioni per l'assistenza, rivolte a potenziare i punti di forza del bambino e a ridurre i comportamenti di stress
- in collaborazione con l'esperto del tocco dolce, una scheda nella quale sono riportati in modo semplice le competenze, cioè l'insieme delle conoscenze e abilità che i genitori, guidati dal personale, desiderano acquisire durante il loro percorso per poter sostenere lo sviluppo globale e armonioso del loro piccolo.

Entrambe vengono raccolte nella cartella terapeutica lasciata in prossimità dell'incubatrice in modo che i caregiver / professionisti e i genitori le possano consultare prima di interagire con il neonato.

Valutazione: la piena affermazione della qualità dei processi educativi, passa attraverso l'evidenza della loro efficacia e questo richiede lo sviluppo di una ricerca specifica, con una chiara identificazione degli interventi educativi e della misurazione dei risultati.

Gli esiti o outcome assistenziali, soprattutto nell'ambito dei processi realizzati per il miglioramento della qualità e per il governo clinico, sono spesso descritti come indicatori.

La definizione di indicatori della qualità percepita dall'utenza (il coinvolgimento e la soddisfazione della famiglia) e la misurazione del carico assistenziale, sono obiettivi su cui si sta focalizzando la nostra attenzione.

La nostra esperienza

Nella nostra realtà la sfida è iniziare il processo educativo il più precocemente possibile, con l'identificazione di una figura di riferimento per i genitori, soprattutto per quei neonati affetti da patologie croniche ed invalidanti. I genitori, supportati adeguatamente durante il ricovero, riconoscono e valorizzano le condizioni di stabilità raggiunte dai loro bambini e accettano più facilmente l'idea di una possibile dimissione – protetta.

La definizione con i genitori di un contratto educativo di sicurezza con obiettivi chiari, raggiungibili e il coinvolgimento tempestivo della rete territoriale, sono la strada che stiamo percorrendo. Il progetto di lavorare con strumenti condivisi fra le U.O. ospedaliere e i servizi territoriali ha lo scopo di garantire alla famiglia sempre maggiore autonomia nella gestione del neonato, di ridurre le complicanze evitabili e di aumentare così la qualità di vita del bimbo e dell'intero nucleo familiare in un'ottica di presa in carico assistenziale globale.

La cartella informatizzata è uno strumento atteso, con cui presto lavoreremo e che contribuirà a rendere più facile e immediata la comunicazione tra i professionisti coinvolti nel processo di cura. Come professionisti, l'implementazione di questi strumenti ci impegna costantemente perché la cultura del reparto si costruisce insieme nella quotidianità e talvolta, non lo neghiamo veniamo presi dal "fare" e tendiamo a trascurare passaggi importanti come il "documentare". Il nostro impegno è di vincere anche questa sfida.

La formazione ed il confronto con altre realtà, stimolata e sostenuta dalla nostra direzione che permette ai professionisti di frequentare Master e Corsi di Alta Formazione, mi ha visto partecipare del Corso di Alta Formazione "Case Management in infermieristica e Ostetricia" che mi ha dato le conoscenze per sviluppare e condividere nel mio contesto lavorativo questo progetto.

L'Infermiere Case Manager dove è attivo è probabilmente la figura di riferimento per i genitori, è simile al filo di una collana che tiene unite le perle, cioè quell'insieme dei professionisti che collaborano in una ampia rete assistenziale con al centro il bambino e la sua famiglia.

Garantire una risposta ai bisogni assistenziali, relazionali, culturali, sociali, psicologici dei neonati con esiti clinici rilevanti è la sfida delle attuali T.I.N. e probabilmente dell'intera organizzazione sanitaria.

Conclusione

L'applicazione dell'intero processo educativo permette un passaggio di informazioni pianificato e strutturato tra i caregiver / professionisti. Ogni professionista, indipendentemente da quando e dove incontra la famiglia, è messo nella condizione di conoscere il progetto educativo sviluppato con quel nucleo familiare e di inserirsi nel percorso, ottimizzando i tempi di cura e garantendo la presa in carico assistenziale ed educativa.

Ringraziamenti

In questo progetto sono supportata dal Direttore U.O. T.I.N., Dott.ssa Gina Ancora, dal Direttore della Direzione Infermieristica Dott.ssa Antonella Santullo, dalla coordinatrice Sandra Lazzari e dall'equipe medico-infermieristica che ha accolto i cambiamenti.

Bibliografia

- Als H., "Toward a synactive theory of development: promise for the assessment and support of the infant individuality" *Infant Mental Health Journal* 3;1982
- Als H., "A synactive model of neonatal behavioural organization: framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment" *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics* 3 / 4;1986)
- J. Francois d'Ivernois; R. Gagnayre "Educare il Paziente", seconda edizione, Edizioni McGraw-Hill, Milano, 2006
- Ferraresi; R. Gaiani; M. Manfredini "Educazione Terapeutica", Edizioni Carocci Faber, Roma, 2006
- L. Sasso, L. Gamberoni, G. Marmo., G. Rocco, L. Tibaldi "Infermieristica generale e clinica per problemi prioritari di salute" Edizioni McGraw- Hill, Milano, 2003
- L. Sasso, L. Gamberoni, Lotti "Il tutor per le professioni sanitarie" Edizioni Carocci Faber, Roma 2003
- Mondo infermieristico 1/2002- Rivista dell'ISIRI- International Institute of Nursing Research "L'educazione del paziente all'autocura", pag 5
- M. G. Albano, "Educazione terapeutica del paziente", Centro Scientifico Editore, Milano, 2010
- P. Chiari, A. Santullo, "L'infermiere Case Manager dalla teoria alla prassi", 2° edizione, McGrawHill, Milano, 2011
- Saiani, Brugnolli, "Trattato di Cure Infermieristiche", Casa editrice Idelson Gnocchi, Napoli, 2010.
- Als H et al. Individualized developmental care for very low birth weight preterm infant. *JAMA* 1994;272:853-858.
- Ortenstrand A e coll. The Stockholm Neonatal Family Centered Care Study: effects on length of stay and infant morbidity. *Pediatrics*. 2010 Feb;125(2):e278-85. Epub 2010 Jan 25.

FARMACI ENDOVENA IN INFUSIONE CONTINUA IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE: APPROCCIO SISTEMATICO ALL'ERRORE E INTERVENTI MIGLIORATIVI

E.C.B. Tonus, I.O. Guandaligni, C. Ronchi, J.D. Vitoria, A.M. Battan, M.L. Ventura, P. Tagliabue

UO Terapia Intensiva Neonatale e Neonatologia - Fondazione MBBM - AO San Gerardo Monza

Premesse: La segnalazione in una Terapia Intensiva Neonatale (TIN) di eventi avversi correlati alla gestione di farmaci ad alto rischio stimola l'idea di un progetto per favorire l'implementazione di azioni barriera, limitando l'estrinsecazione di eventi potenzialmente di grandissimo impatto sul paziente. **Obiettivo:** Implementare procedure e azioni con lo scopo di ridurre i rischi relazionati al complesso processo che dalla prescrizione porta alla somministrazione di farmaci per via endovenosa in modalità continua, attraverso l'utilizzo di strumenti forniti dall'approccio sistematico all'errore. **Metodi:** Nell'aprile del 2010 si costituisce all'interno della TIN di Monza un gruppo di lavoro che intraprende inizialmente un percorso formativo specifico sui rischi nella gestione dei farmaci, quindi sceglie di applicare due strumenti di analisi degli errori: la RCA (Root Cause Analysis) su un evento sentinella correlato alla somministrazione errata di un farmaco ad alto rischio (eparina) e la HFMEA (Healthcare Failure Mode and Effect Analysis) per l'identificazione prospettica e proattiva dei punti di debolezza del processo. **Risultati:** La RCA ha identificato 6 cause possibili di errore di cui una, l'indisponibilità a livello dei dispositivi infusionali di controlli sulla dose e sulla velocità, viene identificata come la causa radice, cioè l'unica che, se bloccata, potrebbe impedire l'esplosione dell'errore. L'analisi HFMEA individua le attività ad alto rischio di errore dei processi di prescrizione, preparazione e somministrazione dei farmaci in modalità continua che necessitano di interventi migliorativi prioritari. Alcune delle azioni proposte includono l'interfaccia di collegamento diretto della scheda tecnica della SIN alla prescrizione dei farmaci sulla CPOE (Computerized Physician Order Entry), l'acquisto e l'inserimento di nuovi dispositivi infusionali ad alta performance (smart pumps) all'interno della TIN e l'obbligatorietà del doppio controllo alla somministrazione. All'identificazione delle azioni migliorative segue la fase applicativa secondo un'agenda correlata, oltre che con le priorità, anche con la complessità degli interventi proposti. La valutazione continua dello stato di avanzamento degli interventi consente che le modifiche siano introdotte secondo il programma prestabilito. La prospettiva di nuovi errori rinforza la necessità di ricorrere a uno strumento di segnalazione rivolto non solo all'evento avverso, ma anche al "near miss". Viene quindi istituita una scheda di segnalazione ad hoc di rapida e semplice compilazione al fine di valutare l'impatto del piano di miglioramento. **Conclusioni:** Questo lavoro mette in luce come un approccio sistematico all'errore, liberato da istanze di colpevolizzazione, possa guidare e razionalizzare il miglioramento, soprattutto in un luogo in cui sbagliare è più frequente che in tutti gli altri scenari sanitari.

Introduzione

La gestione dei rischi e l'obiettivo della sicurezza fanno parte dalle misure di miglioramento delle pratiche professionali delle istituzioni sanitarie (1). Invero, al fine di migliorare la sicurezza del paziente tutti i processi sanitari dovrebbero essere analizzati, ma la complessa e articolata traiettoria del farmaco deve essere oggetto di analisi in modo particolare perché maggiormente esposta al rischio di errori, molti dei quali sicuramente evitabili (2,3).

I pazienti soggetti a cure intensive pediatriche, e in particolare i neonati, sono esposti a ulteriori rischi di danno da farmaci in tutte le fasi del processo, dalla prescrizione fino alla somministrazione. Si consideri infatti l'ampia variabilità di peso e superficie corporea, che comporta spesso la necessità di somministrare microdosi da modificare continuamente, e la diversa maturazione degli organi legata al variare dell'età gestazionale, che condiziona dinamica e metabolismo dei farmaci, la cui disponibilità in preparazioni commerciali ad hoc per l'uso neonatale è praticamente inesistente (4). Tra i metodi utili per limitare gli errori sono stati segnalati l'uso di sistemi elettronici per la prescrizione di ordini (Computerized Physician Order Entry o CPOE), l'identificazione tramite codice a barre, i robot erogatori e gli allarmi automatizzati. 5 Inoltre le concentrazioni standardizzate e la tecnologia dei dispositivi infusionali altamente performanti (smart-pumps) sono state utilizzate nell'ambito delle cure intensive per minimizzare gli errori (6).

Tutti gli studi che riguardano gli errori da farmaci segnalano costantemente errori di calcolo. Sono molto più frequenti nelle attività di pediatria e in neonatologia: 4,94% nel caso dei farmaci prescritti per i bambini contro 0,13% per gli adulti. Il rischio di errore con danno potenziale è considerato 3 volte più alto per i bambini: il motivo è che i pazienti adulti ricevono dosi standard, mentre i neonati

e i bambini secondo il loro peso e stato clinico, un fatto che richiede parecchi calcoli da parte del medico che prescrive il farmaco (7,8).

La ripetuta segnalazione di eventi avversi correlati alla gestione di farmaci ad alto rischio nella TIN di Monza, ha stimolato l'idea di questo progetto, volto a favorire l'implementazione di azioni-barriera, per limitare il verificarsi di eventi potenzialmente di grande impatto sul paziente, identificando inoltre quale fase è più a rischio di errore tra la prescrizione, la preparazione e la somministrazione dei farmaci, il tutto al fine di concentrare gli sforzi di prevenzione.

Obiettivo

L'obiettivo del progetto è stato riqualificare il percorso dei farmaci all'interno della TIN, tramite procedure e azioni che hanno lo scopo di ridurre i rischi relazionati al complesso processo che dalla prescrizione porta alla somministrazione di farmaci per via endovenosa in modalità continua, attraverso l'utilizzo degli strumenti forniti dall'approccio sistematico all'errore.

Materiali e metodi

Il progetto si è svolto in una Terapia Intensiva Neonatale (TIN) di III livello, che dispone di una cartella clinica integrata medico-infermieristica informatizzata, dotata di un modulo per la prescrizione automatizzata di tutti gli ordini, farmaci compresi (CPOE o Computerized Physician Order Entry). Nell'aprile del 2010 si è costituito un gruppo di lavoro formato da 1 medico e 6 infermiere, che ha intrapreso inizialmente un percorso formativo specifico sui rischi nella gestione dei farmaci, realizzando un'ampia ricerca bibliografica, e scelto di applicare due strumenti di analisi degli errori. Il primo strumento è la Root Cause Analysis (RCA), un metodo che, attraverso un'analisi retrospettiva permette di analizzare la catena degli eventi che porta al verificarsi dell'errore individuando la causa ultima (9). Questa analisi è stata realizzata su un evento sentinella correlato alla somministrazione errata di un farmaco ad alto rischio (eparina). Il secondo strumento è la HFMEA (Healthcare Failure Mode and Effect Analysis) che permette l'identificazione prospettica e proattiva dei punti di debolezza del processo di prescrizione dei farmaci (10).

Risultati

La RCA ha isolato 6 cause possibili di errori (Tab I) di cui una, l'indisponibilità di controlli sulla dose e sulla velocità a livello dei dispositivi infusionali, è stata identificata come la causa radice, cioè l'unica che, se bloccata, avrebbe potuto impedire l'accadere dell'errore. L'analisi HFMEA ha individuato 6 attività prescrittive ad alto rischio di errore (Tab I) che necessitano di interventi migliorativi prioritari, 5 dei quali da effettuare direttamente sulla CPOE. All'identificazione delle azioni migliorative è seguita la fase applicativa secondo un'agenda correlata, oltre che con le priorità, anche con la complessità degli interventi proposti. L'utilizzo sul campo di nuovi dispositivi infusionali, scelti sulla base delle criticità identificate nella RCA, è avvenuto solo successivamente all'istituzione di corsi di formazione teorico-pratici sulle "smart pumps" acquistate, estesi a tutto il personale del Reparto. Gli interventi sulla CPOE sono stati introdotti secondo un programma correlato alla possibilità per il gruppo di apportarli autonomamente o solo previo intervento dal team tecnico dell'azienda fornitrice. La valutazione continua dello stato di avanzamento degli interventi vede al momento attuale 12 azioni implementate dalle 22 proposte. Il doppio controllo della velocità di infusione al momento della somministrazione e a ogni cambio turno è uno dei primi interventi migliorativi effettuati. L'utilizzo di concentrazioni di farmaco standardizzate in base al peso si presenta come il più delicato, in quanto comporta una nuova attività in tutte e tre le fasi della traiettoria del farmaco (prescrizione, preparazione e somministrazione): la scelta del profilo di peso. La prospettiva di nuovi errori ha reso evidente la necessità di ricorrere a uno strumento di segnalazione rivolto non solo all'evento avverso, ma anche al "near miss": è stata quindi istituita una scheda di segnalazione ad hoc (Incident Reporting) di rapida e semplice compilazione, accessibile direttamente dalla cartella clinica. Una interrogazione (già preconfigurata) del database consente una visualizzazione immediata degli errori segnalati.

Discussione

Uno dei limiti immediatamente emersi nella fase esecutiva della RCA è stata l'eccessiva omogeneità del gruppo di lavoro, rappresentato esclusivamente da figure operative all'interno del Reparto. Tecnici non coinvolti direttamente nelle attività di cura, quali un esperto di Risk Management o un farmacista clinico, potrebbero aiutare a focalizzare l'analisi sugli step del percorso dell'errore piuttosto che sul contesto ambientale o psicologico in cui si esplicano. Una seconda considerazione emersa negli incontri della RCA sicuramente riguarda il tempo intercorso tra l'evento sentinella e l'analisi (9 mesi): tale intervallo è sicuramente inadeguato, e ciò è apparso evidente per la difficoltà a ricostruire lo

TABELLA I – VALUTAZIONE AVANZAMENTO INTERVENTI MIGLIORATIVI			
Strumento	Problema identificato	Azione di miglioramento introdotte	Azione di miglioramento da introdurre
RCA	Prescrizione a rischio (Quantità di farmaco da preparare molto superiore alla dose delle 24 ore)	Eparina come additivo della sacca della nutrizione parenterale totale (NPT)	
	Scarso timore nei confronti ai farmaci ad alto rischio	Campagna informativa e di aggiornamento	
	Diminuzione del rapporto infermiere/paziente (I/P)	Identificare un responsabile infermieristico del turno al fine di ottimizzare le forze in caso di riduzione del rapporto (I/P)	
	Rumori ambientali		Ridistribuire gli apparecchi telefonici
			Procedura per la distribuzione ai genitori del codice di ingresso in reparto
			Dispositivi per l'invio di un allarme non sonoro
	Mancanza del controllo tra la velocità prescritta e quella impostata al momento del cambio turno	il controllo in doppio delle velocità infusive in corso, da parte di entrambi gli infermieri curanti al momento del cambio turno.	
Indisponibilità da parte delle pompe di sistemi di controllo per quantità e velocità	valutazione e introduzione di pompe a elevata performance		
	doppio controllo alla somministrazione.		
HFMEA	Scelta errata in menu a tendina	scheda tecnica del farmaco accessibile direttamente dalla CPOE	
		-	Eliminazione della scelta dei farmaci per menu a tendina sulla CPOE (solo browser).
		-	Scelta del farmaco non in base al nome, ma all'indicazione
	Doppia prescrizione	Eliminazione dalla cartella elettronica del tasto che dà accesso al modulo di inserimento ordini senza previo passaggio dal promemoria degli ordini già prescritti.	Sistema di allarme sulla CPOE per doppie prescrizioni
	Il sistema non effettua in automatico il calcolo della concentrazione, e sono visualizzabili suggerimenti sulla conc max consentita solo per una parte dei farmaci	Scheda tecnica del farmaco accessibile direttamente dalla CPOE	
	Inserimento del punto al posto della virgola		Modifica delle concentrazioni default con istituzione di concentrazioni standard per classi di peso (profili)
	Mancata condivisione delle decisioni terapeutiche per scelta prescrittiva da postazione remota		Allarmi sulla CPOE per dosi elevate e stop a dosi tossiche
La linea infusiva non è obbligatoria all'atto della prescrizione		Utilizzo sulla CPOE della virgola o del punto indifferentemente come separatori decimali	
		Partecipazione della infermiera curante alla discussione clinica dei casi	
Altre		Obbligatorietà sulla CPOE dell'indicazione alla linea infusiva	
		Aggiornamento del personale (formazione)	
		Scheda segnalazioni errori sui farmaci	

scenario effettivo. Pertanto il gruppo si propone di effettuare le prossime RCA entro 2 mesi dall'accadere dell'evento. Nell'analisi HFMEA il gruppo ha inizialmente considerato l'attività prescrittiva in maniera generica, riferendosi ad attività aspecifiche (errore di dose, velocità errata, interazione farmacologia, ecc), ottenendo come cause di errore situazioni contestuali (distrazione, disturbo, carico di lavoro, ecc). Solo dall'analisi delle singole componenti del modulo CPOE sono emerse le reali attività critiche, i possibili errori, nonché le possibili modalità di intercettazione dell'errore. La CPOE è divenuta quindi lo strumento dell'analisi e contemporaneamente l'oggetto della quasi totalità degli interventi migliorativi.

Conclusione

Questo lavoro mette in luce come un approccio sistematico all'errore, liberato da istanze di colpevolizzazione, possa guidare e razionalizzare il miglioramento, soprattutto in una realtà estremamente complessa e di confine quale è la Terapia Intensiva Neonatale, luogo in cui sbagliare può accadere più frequentemente che in tutti gli altri scenari sanitari.

Bibliografia

- Poissy, Saint-Germain-en-Laye. Les erreurs de prescriptions en néonatalogie: incidence, types d'erreurs, détection et prévention Medication errors in neonatology: a review. Archives de Pédiatrie n14, 2007: S71-S77.
- Campino A., et al. Educational strategy to reduce medication errors in a neonatal intensive care unit. Acta Paediatrica, 2009 (98): 782-785.
- Campino A., et al. Medication errors in a neonatal intensive care unit. Influence of observation on the error rate. Acta Paediatrica, 2008 (97): 1589-1594.
- Stavroudis T.A., et al. Medication Error in Neonates. Clinics in Perinatology, 2008 (35):141-161.
- Joint Commission International e PROGEA. La politica del farmaco in ospedale e gli strumenti per l'uso sicuro dei farmaci. JCI/PROGEA, 2010.
- Larsen G.Y., et al. Standard drug concentrations and smart-pump technology reduce continuous-medication-infusion errors in pediatric patients. Pediatrics, 2005: 21-25, 116.
- Taylor J.A., et al. Medication Administration Variances Before and After Implementation of Computerized Physician Order Entry in a Neonatal Intensive Care Unit. Pediatrics, 2008: 121, 123-128.
- Rowe C. et al. Errors by paediatric residents in calculating drugs doses. Arch Dis Child, 1998 (79): 56-58.
- Battles J.B., et al. The attributes of medical event reporting systems: experience with a prototype medical event-reporting system for transfusion medicine. Arch Pathol Lab Med, 1998: 122, 231-238.
- Proctor R.P., et al. Building a better delivery system: a new engineering/health care partnership. Washington, DC: National Academy of Engineering and Institute of Medicine: The National Academies Press, 2005: 33-35.

LUCI ED OMBRE SULL'IMPLEMENTAZIONE DEL METODO NIDCAP

Gruppo NIDCAP TIN (I. Arenga, M. Mosca, M. Nicocia, L. Reghin, A. Serra, P. Strola)

S.C.D.U. Neonatologia - ASO OIRM Sant'Anna Torino – Prof. E. Bertino

Background storico

Elaborato nei primi anni Ottanta da H. Als, PhD, psicologa educativa e dello sviluppo del National NIDCAP Training Center, Boston, MA e Dipartimento di Psichiatria, Harvard Medical School e Children' s Hospital, Boston, il NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) è un programma di valutazione e di assistenza personalizzata allo sviluppo neurocomportamentale del neonato pretermine, centrato sulla famiglia. Numerosi studi hanno dimostrato che l'impiego di questo modello assistenziale determina:

- minor incidenza di broncodisplasia grave,
- minor numero di giorni di ventilazione meccanica,
- minor incidenza di emorragie cerebrali,
- minor numero di giorni di alimentazione parenterale,
- più rapido passaggio all'alimentazione enterale,
- maggior incremento di peso,
- minor numero di giorni di ricovero,
- dimissioni precoci,
- riduzione dei costi di ospedalizzazione,
- riduzione dei segnali di stress e dolore del neonato durante le manovre assistenziali.

Ad oggi, i centri di formazione NIDCAP (Training Center) sono 16 nel mondo tra Stati Uniti, Europa e Argentina, a comprovare l'interesse, l'entusiasmo e l'efficacia che esso riveste per gli operatori che lavorano per il miglioramento delle condizioni di vita presenti e future dei neonati prematuri e delle loro famiglie.

E l'Italia?

Uno degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale del triennio 2006- 2008 è: "Il miglioramento dell'assistenza ostetrica e pediatrica/neonatalogica nel periodo perinatale, anche nel quadro di una umanizzazione dell'evento nascita", il NIDCAP potrebbe fare la differenza, garantendo una trasformazione da un'assistenza basata su protocolli e procedure standardizzati (Task Oriented Care) ad una personalizzazione delle cure basate sulla relazione con il neonato e la sua famiglia nel pieno rispetto della dignità del bimbo in quanto persona.

La formazione e diffusione del NIDCAP in Italia è iniziata solo nel 2002 a Modena, nel 2005 a Torino (con coinvolgimento dei centri TIN di Genova, Firenze – Careggi e Meyer - e Milano) e successivamente Rimini e Reggio Emilia. Attualmente è in corso la formazione di altri professionisti NIDCAP a Torino (NEONATOLOGIA con S.S. T.I.N. - S.C. Prof. D. Farina) con il coinvolgimento di altre Aziende Ospedaliere (Ospedale Maria Vittoria e Ospedale Santa Croce di Moncalieri). La tempistica nell'approccio al NIDCAP è a questo proposito un dato rilevante poiché il processo di implementazione del programma NIDCAP stimato dal NFI (NIDCAP Federation International, organizzazione internazionale no profit fondata nel 2001 per l'implementazione del programma NIDCAP nel mondo) è di almeno 5 – 7 anni.

Ognuno di questi centri è partito da un personale bagaglio di esperienze, ognuno con una sua storia, ognuno con le sue personali risorse, ognuno con le sue difficoltà da affrontare. A unire però certamente questo piccolo esercito multidisciplinare di professionisti (detti simpaticamente NIDCAPEROS) è il coraggio, la volontà, la determinazione, l'ENTUSIASMO nel portare avanti quello che in fondo è una piccola ma grande rivoluzione nel mondo dell'assistenza ai neonati pretermine, sapendo di essere sulla strada giusta.

Inoltre la volontà di ricercare strategie comuni atte a facilitare l'implementazione del metodo NIDCAP e l'interesse a confrontarsi con altri contesti sanitari ha permesso a tutti i Professionisti Certificati NIDCAP Italiani di formare nel 2008 un Gruppo Nazionale la cui creazione è stata appoggiata con entusiasmo dal Gruppo di Studio Nazionale della CARE.

Attualmente, tra luci e ombre, si cominciano a raccogliere i primi frutti di queste fatiche in alcuni

di questi centri in particolare a Modena (TIN Policlinico Prof. Ferrari) sono in formazione anche dei trainer che garantiranno la formazione di altri professionisti del futuro. A Rimini un'infermiera certificata NIDCAP Professional viene distaccata dalla turnazione per 10-15 giorni esclusivamente per le osservazioni e le attività relative all'implementazione del NIDCAP.

Il grande consenso dimostrato dai genitori seguiti dal programma NIDCAP nei vari centri e la volontà di cambiamento portata avanti non solo dai professionisti certificati ma da un personale (medico e infermieristico) straordinario che ancora una volta ha ed ha avuto la capacità di mettersi in gioco sono altre luci che illuminano un percorso fatto altresì anche di grandi difficoltà.

Le key words nel percorso NIDCAP di tutti noi NIDCAPEROS e non, è sicuramente "CONDIVISIONE" e "RIFLESSIONE".

Condivisione con anzitutto il neonato, del suo mondo, delle sue fragilità e delle sue potenzialità, ma è anche condivisione di questo meraviglioso tesoro di esperienza osservativa con i caregivers primari, i genitori, **COLORO CHE SONO IL SUO FUTURO E IL SUO PRESENTE**.

Condivisione con lo staff medico ed infermieristico di una nuova visione dell'assistenza che pone il neonato e la sua famiglia al centro e dà la possibilità di **LAVORARE INSIEME A LUI E NON SU DI LUI**, interagendo con lui e co-regolando i nostri interventi.

E' questo un percorso fondamentalmente di comunicazione affascinante, complesso e che richiede un attento processo di riflessione su sé stessi e sul proprio operato, nell'approccio al neonato prima, durante e dopo ogni intervento e nel porsi in ASCOLTO e nel RISPETTO delle altre figure importanti per lui: i genitori e lo staff.

Non solo rose ma anche spine...

Il percorso di implementazione del NIDCAP proprio perchè investe aspetti umani dell'esistenza e coinvolge così tante PERSONE e promette di realizzare così grandi obiettivi (vedi ad esempio una riduzione delle disabilità future) è irto di difficoltà e di ombre.

Del NIDCAP si è fatto un gran parlare, è un po' "la moda del momento". La confusione maggiore che è anche quella che in fondo ostacola in qualche modo l'implementazione nelle TIN italiane è paradossalmente intendere NIDCAP come Developmental Care o Care. Il NIDCAP è in realtà un **PROGRAMMA RIGOROSAMENTE SCIENTIFICO** che ha alla sua base sicuramente la Developmental Care e la Teoria Sinattiva dello Sviluppo elaborata da Als, ma ne è l'espressione più completa in quanto concretizza attraverso l'osservazione mirata tutti quei principi e suggerimenti che sono il fondamento della personalizzazione delle cure. In termini più concreti, io osservo quel bambino in quella fase del suo personale sviluppo, tenendo conto delle sue capacità di interazione con l'ambiente e con le persone che interagiscono con lui e elaboro un piano assistenziale personalizzato di cura che investe il neonato in quanto persona, la sua famiglia e l'ambiente TIN.

Un'ulteriore ombra - difficoltà che emerge nell'implementazione del NIDCAP nasce proprio dal fatto che questo processo di cambiamento coinvolge tutti i livelli dell'assistenza al neonato, dall'assistenza diretta per arrivare a cambiamenti strutturali e di gestione delle economie aziendali con investimenti in risorse umane via via fino ad arrivare ad una presa di coscienza a livelli alti delle gerarchie sanitarie di quella che effettivamente è oggi la strada da intraprendere per migliorare la qualità di vita presente e futura del neonato e della sua famiglia con un notevole risparmio economico per le aziende stesse.

Se son rose fioriranno.....

Il mio intervento si focalizzerà infine sulle tappe del percorso di implementazione che stiamo portando avanti nella TIN di Torino da cui provengo:

- Il nostro percorso formativo era iniziato nel 2005 con il percorso NIDCAP seguito dalla trainer NIDCAP K.Smith del St. Luke's Regional Medical Center Boise, Idaho, l'unico centro ad aver acquisito il riconoscimento NIDCAP Nursery Certification (NNC)
- Nel 2007 ha inizio la nostra esperienza come certificati NIDCAP (1 fisioterapista, 3 infermiere pediatriche, 1 neonatologo). L'obiettivo iniziale che ci siamo posti dopo la certificazione è stato quello di portare avanti l'implementazione del NIDCAP nella nostra realtà cercando di coinvolgere al massimo in questo percorso il nostro team e la direzione aziendale..

- 2007-2009: partecipazione ai meeting annuali internazionali dell'NFI e diffusione dei vantaggi dell'applicazione del metodo NIDCAP sul territorio nazionale in molteplici sedi congressuali; adesione e partecipazione ai lavori del gruppo NIDCAP nazionale, gruppo task-force del GdS della Care
- 2009: approvazione progetto sperimentale di 6 mesi per implementare il metodo NIDCAP nella nostra U.O.
- 1° ottobre 2009/31 marzo 2010: applicazione progetto sperimentale di implementazione NIDCAP:
 - a. organizzazione attività esperti certificati NIDCAP vs quotidianità assistenziale
 - b. n° 43 osservazioni comportamentali dei neonati
 - c. n° 14 neonati arruolati
 - d. somministrazione di questionari ai genitori dei neonati arruolati
 - e. somministrazione di questionari al personale dell'UO.
 - f. riunioni periodiche
- 2010 - 2011: impegno nella raccolta dati specifica del progetto e nella redazione di documento riassuntivo dell'andamento del progetto sperimentale alla direzione aziendale

Obiettivi del futuro:

- implementare il NIDCAP per migliorare la qualità di vita del neonato pretermine, della sua famiglia e del professionista della salute,
- Ottenere il riconoscimento ufficiale da parte della Direzione Aziendale del nostro percorso formativo con riconoscimento dei crediti relativi,
- ottenere il riconoscimento ufficiale di Professionisti Esperti NIDCAP, figure che possano operare non solo nella nostra TIN ma trasversalmente in tutte quelle realtà della nostra azienda e non, dove siano presenti i neonati considerabili categoria elettiva NIDCAP,
- Continuare ad impegnarsi nell'affiancamento del personale TIN con formazione specifica all'incubatrice,
- Organizzare dei corsi specifici di sensibilizzazione del personale aziendale al riconoscimento dei bisogni e delle potenzialità dei nostri neonati.

Bibliografia

1. Als H, Lawhon G, Brown E, Gibes R, Duffy FH, McAnulty GB et al: Individualized behavioral and environmental care for the VLBW preterm infant at high risk for bronchopulmonary dysplasia: NICU and developmental outcome. Pediatrics 78:1123-1132, 1986.
2. Lawhon G: Management of stress in premature infants. In Angelini DJ, Whelan Knapp CM, Gibes RM (eds.), Perinatal / Neonatal Nursing: A clinical Handbook. Boston: Blackwell, 1986, 319-328.
3. Buehler DM, Als H, Duffy FH, McAnulty GB, Liederman J: Effectiveness of individualized developmental care for low risk preterm infants: Behavioral and electrophysiological evidence. Pediatrics 96: 923-932, 1995.
4. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.
5. Smith KM, Butler S, Als H: NIDCAP: changing the future for infants and their families in intensive and special care nurseries. Ital. J. Pediatr. 33:799-801, 1991.
6. Als H, Gilkerson L, Duffy FH, McAnulty GB, Buehler DM, VandenBerg K et al: A ThreeCenter, Randomized, Controlled trial of Individualized Developmental care for Very Low Birth Weight Preterm Infants: Medical, Neurodevelopmental, Parenting, and Caregiving Effects. Developmental and Behavioral Pediatrics 24:399-408
7. Reghin L., Vanara F., Tesi di master di valutazione economica del NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care): "Benefici e risparmi connessi all'attivazione del programma nell'ASO OIRM Sant'Anna di Torino" anno accademico 2007-2008
8. Browne JV, VandenBerg K, Ross ES, Elmore AM: The newborn developmental specialist: Definition, qualifications and preparation for an emerging role in the neonatal intensive care unit. Infants and Young Children 11:536-544, 1996.
9. Philbin MK, Ballweg DD, Tsarkiri S et al: Hospital cost savings and physiologic benefit of developmentally supportive care for very low birth weight newborns. Pediatric research. 43:40A, 1998
10. Petryshen P, Stevens B, Hawkins J, Stewart M: Comparing nursing costs for preterm infants receiving conventional vs. developmental care. Nursing Economics 15:138-150, 1997.
11. Tyebkhan J, Peters K, Cote JJ, McPherson CA, Handson L. The impact of Developmental Care in the NICU: the Edmonton RCT of NIDCAP. Pediatr Res 2004; 55:505 A.

IL MONITORAGGIO DELLE INFEZIONI: STUDIO RETROSPETTIVOC. Romano¹, M. Cirillo¹, C. Coppola¹, L. Pagano², P. Ramicola¹¹U.O.C. di Neonatologia e TIN; ²Direzione Infermieristica, A.O.R.N. Monaldi- Cotugno-CTO, Napoli**Introduzione**

Le unità di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) rappresentano aree particolarmente critiche per chi ha il compito e la responsabilità di contenere il rischio di infezioni in ospedale. L'incidenza di infezioni è particolarmente elevata sia per le condizioni di suscettibilità dei piccoli pazienti che per le molteplici occasioni di trasmissione delle infezioni attraverso le quotidiane pratiche assistenziali. A fronte di questi rischi, i programmi di controllo non sempre riescono a mantenere livelli costanti di adesione alle pratiche raccomandate (ad esempio il lavaggio delle mani).

Per sensibilizzare gli operatori e mantenere alto il livello di attenzione è fondamentale disporre di dati, di processo o di esito, utili ad effettuare un audit delle misure di prevenzione e controllo del rischio infettivo in questi reparti che identifichino quali siano in ciascun contesto i rischi evitabili. La frequenza delle infezioni varia a secondo del tipo di ospedale, peso ed età gestazionale del neonato e del periodo di permanenza in TIN che rappresenta molto spesso un buon indice predittivo di infezioni. A causa delle molteplici infezioni derivanti da procedure invasive, il calcolo di incidenza specifica per ogni procedura (tasso di infezione ematica/ 1000 giorni di accesso vascolare o tasso di polmonite/ 1000 giorni di ventilazione assistita) può identificare le aree dove sono più necessarie intense indagini e sforzi per la prevenzione. L'incidenza più elevata si ha nei neonati di basso peso alla nascita, in quelli con funzionalità respiratoria depressa e in quelli con fattori di rischio materno perinatale. Il rischio è maggiore nei maschi (2:1) e nei neonati con malformazioni congenite. Nonostante ci siano stati grandi progressi in Neonatologia, la disponibilità di nuovi antibiotici e le migliorate misure di prevenzione delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali (ICPA), le infezioni sono ancora oggi una delle cause più frequenti di morbilità e mortalità neonatali, soprattutto tra quei neonati con peso alla nascita < 1500 gr (VLBW).

Sicuramente il fattore di rischio più importante è legato alla prematurità per l'insorgenza di infezioni non solo per motivi strettamente neonatali quali: barriera delle mucose immatura, rottura prematura delle membrane, infezioni materne, ma anche a fattori esterni quali un non corretto lavaggio delle mani, l'acqua dei sistemi di umidificazione delle incubatrici e dei sistemi di ventilazione, oggetti contaminati.

In Italia solo il 2,5% circa dei pazienti viene trattato in reparti di terapia intensiva eppure, circa un quarto di tutte le infezioni nosocomiali si sviluppa in tali reparti, e il 90% degli eventi epidemici ospedalieri interessa proprio queste aree, infatti la frequenza di infezioni nosocomiali nelle Unità di Terapia Intensiva (UTI) è significativamente più elevata, con una prevalenza pari a 21% e un'incidenza pari a 34%. Oltre che a rischio di infezioni ospedaliere, i pazienti ricoverati in UTI sono anche ad alto rischio di contrarre un'infezione sostenuta da ceppi resistenti: il rischio di acquisire un patogeno resistente va dal 3% al 25% ed è più elevato rispetto a pazienti ricoverati in aree non intensive.

La sorveglianza delle infezioni nosocomiali costituisce una parte fondamentale di ogni programma di prevenzione. Essa consiste in un processo dinamico di raccolta, organizzazione, analisi e comunicazioni dei dati (feedback).

La sorveglianza delle ICPA rappresenta un'attività particolarmente impegnativa per qualsiasi struttura sanitaria, occorre, pertanto, individuare i livelli di rischio dei diversi ambiti assistenziali e su questi decidere il grado di approfondimento e di continuità dei sistemi di sorveglianza. L'informazione ottenuta dalle diverse tipologie di sorveglianza consente di valutare la circolazione dei microrganismi, di determinare tassi di colonizzazione o d'infezione, di stabilire variazioni nella frequenza o della distribuzione degli avvenimenti, di mettere in atto sistemi di investigazione per spiegare l'eventuale aumento dei tassi, d'instaurare misure di controllo e di determinarne l'efficacia. Nel nostro Presidio Ospedaliero viene effettuata una Sorveglianza sul paziente, una sorveglianza di laboratorio ed una sorveglianza sulle procedure. Sono state scelte Aree ad Alto Rischio (rianimazioni e terapie intensive) la periodicità della reportistica è mensile e annuale (incidenza) e bi-triennale (prevalenza).

Sorveglianza orientata al paziente

La sorveglianza sul paziente è la tipologia di sorveglianza più accreditata.

Le metodologie epidemiologiche su cui si basa la sorveglianza sul paziente sono rappresentate dagli studi di incidenza e dagli studi di prevalenza.

Gli studi di incidenza rappresentano l'approccio metodologicamente più completo.

La sorveglianza viene effettuata in maniera prospettica, ricercando attivamente i nuovi casi di infezione e/o colonizzazione (sorveglianza attiva) all'interno di un reparto per un determinato periodo di tempo. Tali studi comportano un grande impegno di risorse, pertanto rappresentano la metodologia generalmente adottata per l'analisi dei fenomeni in aree giudicate ad alto rischio, o in presenza di particolari situazioni, quali, ad esempio, i focolai epidemici. Gli studi di prevalenza permettono di effettuare una sorveglianza relativamente ampia, in tempi rapidi e con l'utilizzo di risorse limitate. Questo approccio è ristretto a un dato periodo di tempo e le infezioni che insorgono al di fuori di questo periodo non sono registrate; il livello di approfondimento dell'analisi è, quindi, inferiore rispetto agli studi di incidenza. Gli studi di prevalenza sono utili a fornire un quadro generale e complessivo del fenomeno infezioni, in particolare nelle aree ritenute a basso e medio rischio.

La sorveglianza di laboratorio

La sorveglianza di laboratorio consente di effettuare una valutazione dell'epidemiologia locale e del grado di circolazione dei microrganismi a livello ospedaliero e delle singole UU.OO. Consente, quando integrata dai dati relativi all'antibiogramma, l'individuazione di eventuali nuovi spettri di antibiotico resistenza.

Sorveglianza degli isolamenti nelle aree ad alto e medio rischio (area critica ed area chirurgica). La reportistica è mensile. Nella sorveglianza di laboratorio è inserita la Sorveglianza dei germi sentinella strutturata con un flusso informativo tra il Laboratorio di Microbiologia, il Direttore Medico di Presidio, l'U.O. che ospita il paziente con isolamento del germe sentinella e l'Infettivologo. In questo caso il flusso delle informazioni è continuo e consiste nell'annotare in un apposito registro, suddiviso per UU.OO., l'isolamento del germe (pervenuto alla Direzione Sanitaria dal Laboratorio di Microbiologia), allertare l'U.O. interessata, verificare la natura (colonizzazione/infezione), adottare idonee misure di isolamento, valutare la circolazione dei germi sentinella, individuare isolamenti ravvicinati in una U.O. per intervenire tempestivamente.

Sorveglianza sulle procedure

La valutazione del grado di adesione alle procedure rappresenta una fase di fondamentale importanza nell'ambito di un piano di prevenzione e controllo in quanto consente la correzione in itinere di eventuali comportamenti errati e costituisce un momento di formazione sul campo e di confronto con gli operatori, teso a mantenere sempre alta l'attenzione sulle problematiche di natura infettiva, ma anche a far emergere eventuali criticità.

Una forma semplificata di audit rappresenta la metodologia adottata da personale esterno alle Unità Operative (Audit) che effettua la valutazione del grado di adesione alle procedure; tali valutazioni presentano il vantaggio di essere obiettive, tuttavia, per quanto frequenti, non possono che rappresentare un momento isolato rispetto all'erogazione delle cure h 24. Per tale motivo, risulta indispensabile effettuare all'interno delle Unità Operative un autocontrollo sul rispetto delle procedure (Verifiche interne sul rispetto delle procedure) mediante una vigilanza costante da parte di tutto il personale sanitario ed, in particolare, da parte delle figure apicali (Direttore/Responsabile e Coordinatore Infermieristico e delegati in loro assenza).

Obiettivo

Valutare le strategie di sorveglianza utilizzate nella TIN dell'Ospedale Monaldi per prevenire l'insorgenza di infezioni ospedaliere.

Adottare le misure necessarie alla riduzione delle infezioni sulla base dei risultati ottenuti.

Materiali e Metodi

La rilevazione delle infezioni ospedaliere viene effettuata dal personale sanitario addetto alla sorveglianza delle I.O rappresentato da personale di Direzione Infermieristica e di Direzione Sanitaria. I dati raccolti vengono sottoposti ad analisi statistica per la stesura del report da comunicare mensilmente ai Responsabili dei Reparti e alla Direzione Sanitaria.

Studio retrospettivo che ha previsto la raccolta di dati relativi al periodo ottobre 2009 settembre 2010 al fine di osservare il numero e il tipo di infezioni rilevate nei pazienti ricoverati in TIN durante il periodo su citato. La raccolta dati è stata effettuata utilizzando apposite schede. I dati rilevati sono stati confrontati con il NHSN (National Healthcare Safety Network).

Sorveglianza orientata al paziente

Ogni settimana l'infermiera addetta al controllo delle infezioni raccoglie i dati dalla cartella clinica, li annota su un' apposita scheda di rilevazione dei pazienti con degenza >48 ore associando una valutazione di fattori di rischio specifici per categorie di peso alla nascita. I dati raccolti sono rappresentati da dati anagrafici del paziente, dati relativi alla degenza e ai fattori di rischio¹ (durata cateterismo ombelicale-percutaneo, durata della ventilazione assistita), diagnosi di infezione ospedaliera² confermata dal clinico (tipo, sede, esito), valutazione delle terapie effettuate (antibioticoterapia). L'elaborazione dei reports e la trasmissione sono mensili.

Risultati

Sono stati arruolati 274 neonati suddivisi in 5 categorie di peso (<750 gr; 751- 1000 gr; 1001-1500gr; 1501- 2500gr; > 2501);

Durata media di degenza 17,15 gg;

Durata media cateterismo ombelicale 2,86 gg;

Durata media cateterismo percutaneo 4,95 gg;

Durata media intubazione endotracheale 2,38 gg.

Abbiamo rilevato un numero totale di infezioni pari a 30 su 28 neonati di cui 17 già presenti all'ammissione nella nostra Unità operativa; 13 di origine nosocomiale. La frequenza ed il tipo di germi responsabili delle infezioni rilevate sono sovrapponibili a quelli riportati in letteratura. I dati rilevati sono riportati in tabella 1.

Tabella 1

	< 750 gr		751-1000 gr		1001-1500 gr		1501-2500 gr		> 2501 gr	
	TIN Monaldi	90° perc. NHSN	TIN Monaldi	90° perc. NHSN	TIN Monaldi	90° perc. NHSN	TIN Monaldi	90° perc. NHSN	TIN Monaldi	90° perc. NHSN
Tasso cumulativo di infezione per 1000 gg di degenza	33.3	-	0	-	7.1	-	1.3	-	2	-
Numero di sepsi associate cateterismo vascolare ombelicale per 1000 gg/c.o.	66.6	9.6	0	8.8	0	6.1	0	3.2	0	2.5
Numero di sepsi associate cateterismo vascolare percutaneo per 1000 gg/c.p.	22.2	8.0	0	7.5	18.5	6.0	5	4.8	2.7	6.1
Numero di VAP per 1000 gg/ v.m.	0	7.3	0	7.4	0	3.7	0	2.2	8.4	2.1

¹National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System Report

²Criteri dei Centers for Disease Control di Atlanta

Conclusioni

Possiamo dire che i vantaggi attesi dalla sorveglianza in un reparto di Terapia Intensiva Neonatale sono diversi, tra questi l'attenta e mirata sorveglianza epidemiologica e infettivologica sui neonati ad alto rischio, una maggiore possibilità di confronto con valori di riferimento nazionali ed internazionali, la possibilità di identificazione germi sentinella con un monitoraggio continuo delle resistenze microbiche, individuazione e correzione di comportamenti non idonei.

Nel nostro reparto c'è un protocollo di sorveglianza a regime dall'ottobre 2009. Il protocollo comprende tutte le categorie di peso, non solo quelle più basse oggetto della sorveglianza a livello europeo. Analizzando lo studio possiamo dire che: su un totale di 15 indicatori (3 per ogni categoria di peso), 4 sono risultati superiori ai valori individuati dallo standard di riferimento, mentre 11 risultano in linea o inferiori.

Tutto questo grazie all'ausilio di adeguate linee guida e procedure condivise e rispondenti a standard di buona pratica assistenziale. E' importante favorire il costante aggiornamento del personale sanitario attraverso corsi di formazione sulle tematiche di interesse come unico fine la riduzione delle ICPA per i nostri piccoli pazienti.

Il monitoraggio delle infezioni è uno strumento di estrema utilità in ambito ospedaliero, perché permette di affrontare in modo "mirato" la diffusione di germi specialmente quelli con caratteristiche peculiari di resistenza agli antibiotici. Sarebbe auspicabile poter organizzare sistemi di raccolta e di analisi dei dati relativi alle infezioni sia a livello delle singole Unità Operative di un Ospedale che a livello Regionale, ma solo la disponibilità di risorse adeguate potrà permettere di implementare sistemi di questo genere che nel medio-lungo termine risultano essere senza dubbio di grande importanza sia sotto l'aspetto della qualità assistenziale che dei costi dell'assistenza sanitaria.

Bibliografia

- National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS)
- System Report Centers for Disease Control di Atlanta (CDC)
- National Healthcare Safety Network (NHSN)
- Cooper BS, Medley GF, Scott GM. Preliminary analysis of the transmission dynamics of nosocomial infections: stochastic and management effects. J Hosp Infect. 1999;43:131-147.
- Teare L, Cookson B, Stone S. Hand hygiene: Use alcohol hand rubs between patients: they reduce the transmission of infection BMJ 2001;323:411-412.
- Kilbride H W, Wirthafter D D, Powers R J, Sheehan MB. Implementation of Evidence-Based Potentially Better Practices to Decrease Nosocomial Infections. Pediatrics 2003;111: e519-e533.
- Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Dossier 123/2006 Agenzia Sanitaria Regione Emilia Romagna.
- Memo 6 Antisepsi e disinfezione in ambito sanitario e socio sanitario. 2011 Agenzia Sanitaria Regione Emilia Romagna.
- Buone pratiche infermieristiche per il controllo delle infezioni nelle Unità di Terapia Intensiva. Dossier 203/2011 Agenzia Sanitaria Regione Emilia Romagna.
- Infection Control and Hospital Epidemiology www.slackinc.com/general/iche/ichehome
- Journal of Hospital Infection. www.idealibrary.com/servlet/toc/jhin
- American Journal of Infection Control. Emerging Infectious Diseases
- www.cdc.gov/ncidod/EID. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)
- www.cdc.gov/mmwr. Clinical Infectious Diseases.
- www.journals.uchicago.edu/CID/home. NNIS. www.cdc.gov/ncidod/hip/SURVEILL/NNIS

EVENTO EPIDEMICO IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE: STUDIO EPIDEMIOLOGICO E GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

R. Bravaccini¹, P. Ceccarelli², M. Zoli², B. Rossi¹, A. Pieri¹, R. Panzavolta¹, T. Pondini¹,
A. Della Chiesa¹, A. Biasini¹

¹Terapia Intensiva Pediatrica e Neonatale, Cesena

²Comitato Infezioni Ospedaliere, Cesena

Le epidemie in TIN sono eventi rari ma attesi la cui frequenza varia, secondo i dati della letteratura, da 1 a 3 eventi ogni 10.000 ricoveri ospedalieri.

L'identificazione precoce e l'adozione di appropriate misure di controllo oltre alla identificazione di fonti e meccanismi di trasmissione, riduce in modo significativo l'impatto e permette di modificare eventuali pratiche non corrette che possono averne condizionato l'insorgenza.

Nelle TIN vi è una elevata prevalenza di infezioni acquisite in comunità tra i bambini ospedalizzati soprattutto durante le epidemie stagionali, che interessano le vie respiratorie e sono prevalentemente causate dal Virus Respiratorio Sinciziale, inoltre lo stretto contatto fisico tra personale sanitario e neonati o bambini crea abbondanti opportunità per la trasmissione degli agenti infettivi e anche le pratiche innovative di Kangaroo care aumentano il rischio di esposizione tra neonati e le madri. Il VRS è attualmente la causa più frequente di infezioni del tratto respiratorio e si trasmette attraverso secrezioni infette o droplet. Le epidemie comunitarie da VRS sono stagionali e il virus rimane attivo nell'ambiente, sugli arredi e gli abiti anche più di 6 ore; causa una infezione virale con considerevole morbilità nei bambini prematuri e, in alcuni paesi, anche una significativa mortalità specialmente in soggetti pediatrici in condizioni di malattie preesistenti quali la displasia polmonare o malattie congenite cardiache. Attualmente non esistono vaccini e gli sforzi per prevenire e migliorare gli effetti dell'infezione sono focalizzati sulla immunizzazione passiva e la prevenzione.

Il VRS ha un impatto socioeconomico e sulla salute considerevole: è associato al 20% di ospedalizzazione e al 18% di accessi ambulatoriali per infezioni respiratorie acute.

Da molti anni è stato dimostrato come il lavaggio delle mani sia la misura preventiva più efficace e meno costosa per la prevenzione dell'infezione da VRS e, sebbene sia un'azione semplice, la mancanza di adesione da parte degli operatori sanitari rappresenta un problema in tutto il mondo. L'isolamento in coorti dei pazienti infetti e l'attuazione delle misure di prevenzione standard e aggiuntive sono inoltre indispensabili per la prevenzione della diffusione insieme alla predisposizione di personale dedicato all'assistenza durante episodi infettivi.

Anche l'utilizzo di antisettici specifici per la pelle dei prematuri si aggiunge al tentativo di prevenzione delle infezioni agendo sulla riduzione della concentrazione microbica durante un gesto invasivo.

Tra Aprile e Maggio 2010, nella nostra struttura si è verificato un evento epidemico da VRS. L'infezione ha coinvolto sette bambini e ha richiesto lo svolgimento di una indagine epidemiologica alla quale ha partecipato tutto il personale infermieristico e medico.

È stato inoltre indispensabile intraprendere azioni correttive allo scopo di interrompere la trasmissione del virus e rinforzare le misure di prevenzione e controllo per permettere il contenimento dell'evento epidemico. La nostra UO accoglie neonati pretermine dalle 23 settimane di età gestazionale ed è dotata di 4 posti letto intensivi e 4 subintensivi. Sono inoltre presenti 2 posti letto per bambini pediatrici fino a 5 anni di età.

L'indagine epidemiologica è stata condotta dal CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere) utilizzando metodi e strumenti previsti dai regolamenti regionali e dal Dossier 2006 della ASR-RER dopo segnalazione da parte del coordinatore della presenza contemporanea di 4 casi di VRS ricoverati. I dati sono stati raccolti attraverso documentazione infermieristica e medica, sorveglianza attiva nella U.O., intervista al personale infermieristico e medico dell'U.O., sorveglianza da parte del Laboratorio Analisi.

La presenza contemporanea di 4 isolamenti di VRS (evento mai verificatosi negli anni precedenti) ha confermato l'ipotesi della presenza di evento epidemico.

Durante il periodo epidemico sono successivamente risultati positivi per VRS altri 3 bambini.

Gli interventi effettuati sul paziente sono consistiti in esecuzione di esami colturali sui neonati in base alla valutazione clinica e quindi solo in caso di presenza di sintomi di infezione respiratoria virale, il monitoraggio di eventuali nuovi casi, l'esecuzione di esame molecolare su alcuni colturali come da indicazione della Microbiologia del laboratorio.

Sono stati effettuati anche interventi sulle modalità assistenziali e l'ambiente quali il rinforzo delle Precauzioni Standard e da Contatto, l'isolamento in coorte o spaziale dei casi sospetti/accertati, personale infermieristico esclusivamente dedicato all'assistenza dei casi infetti, predisposizione di carrelli dedicati, disinfezione accurata dei presidi riutilizzabili (es. termometro) contaminati con le secrezioni orali e faringee aumentando la concentrazione del cloro al 10%, igiene respiratoria da parte del personale e dei visitatori, osservazione scrupolosa dell'igiene delle mani e adozione di gel alcolico.

Criticità assistenziali

- Scarsa adesione degli operatori alle misure isolamento richieste (in particolare igiene mani e utilizzo del camice) per elevato numero di pazienti ricoverati, sebbene sia stata valutata positivamente la conoscenza delle misure di prevenzione e la sensibilità da parte degli operatori.
- Non adeguata gestione dei presidi riutilizzabili (es. termometro).
- Non adeguata gestione dei carrelli per l'igiene del paziente e delle medicazioni.
- Mancato rispetto delle misure di prevenzione durante l'accesso di medici provenienti da U.O. Pediatrica.

Criticità organizzative

- Sovraffollamento degli spazi per presenza di elevato numero di ricoveri, superiore agli standard di riferimento, con aumento del rischio di diffusione del virus.
- Dotazione organica non adeguata agli standard di accreditamento in presenza di elevato numero di ricoveri.
- Presenza contemporanea di neonati critici (elevata complessità assistenziale) in numero superiore agli standard di riferimento.
- Non immediata attribuzione di personale dedicato alla gestione del 1° caso infetto.
- Non immediata predisposizione di isolamento spaziale del 1° caso infetto e di materiale dedicato.
- Chiusura di una TIN nella medesima Regione per evento epidemico da altro microrganismo nel periodo in esame.

È stato quindi intrapreso un percorso formativo col personale infermieristico e medico attraverso un incontro nel quale sono state elaborate le reali e potenziali strategie per l'individuazione e l'inattivazione della sorgente infettiva nonché l'appropriarsi con consapevolezza professionale di conoscenze sul VRS, la sua capacità di trasmissione e le procedure che si sarebbero messe in atto per contenere l'epidemia.

Oltre a stabilire punti fermi sull'assistenza ai pazienti infetti, è stata posta attenzione ai pazienti negativi al VRS per i quali era indispensabile mettere in atto tutte le strategie di protezione. Si sono quindi prese alcune decisioni strategiche che tutti gli operatori hanno condiviso ma soprattutto è stato un momento di importante confronto e riflessione sul nostro lavoro e su alcune metodiche ormai consolidate e sulle quali abbiamo preso coscienza e cambiato atteggiamento.

Nel periodo dell'evento epidemico si è cercato di valutare la migliore strategia per riuscire a controllare il rischio di divulgazione del VRS all'interno di un luogo così critico come la Terapia Intensiva Neonatale la quale, oltre ad ospitare pazienti nati pretermine e immunocompromessi è dotata di piccoli ambienti, molto affollati da personale infermieristico, medico e genitori.

L'organico infermieristico è stato aumentato così da poter assistere i bambini in coorti separate in relazione al loro stato infettivo.

Le azioni correttive intraprese sono state:

- adeguamento della dotazione infermieristica agli standard di accreditamento;
- mantenimento del numero di posti letto nel limite previsto dalla recettività concordata e formale;
- mantenimento dei criteri di suddivisione condivisi dal gruppo di lavoro (intensivi, sub intensivi);

- prevedere dei meccanismi di potenziamento del turno per far fronte alle urgenze improvvise;
- prevedere un compenso incentivato per i turni aggiuntivi effettuati.

Tutto il personale medico e infermieristico è stato coinvolto nell'adesione al progetto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità "Campagna cure pulite sono cure più sicure".

Tra il mese di Maggio e Giugno 2010, il personale infermieristico e medico della U.O. TIPTIN è stato sottoposto ad osservazione diretta sull'osservanza delle procedure di lavaggio delle mani e uso di gel alcolico, da parte del personale del Comitato Infezioni Ospedaliere. Il personale infermieristico e medico è stato informato sul progetto, la metodica di rilevazione e la rilevanza, attraverso un incontro in plenaria e dopo piena approvazione e condivisione. Le rilevazioni sono state incentrate sull'osservazione delle "5 opportunità" del lavaggio delle mani che comprendono: pre contatto, pre asepsi, dopo contaminazione con fluido, dopo contatto con il paziente, dopo contatto con l'ambiente circostante, doppia indicazione.

L'indagine osservazionale diretta è attualmente lo standard di riferimento ed è il metodo più affidabile per valutare il livello di adesione. Permette di raccogliere dati sui tipi di procedura eseguita sul paziente, sul momento di esecuzione (ora, giorno) e sulle pratiche che precedono e seguono l'impiego dei guanti. Le informazioni sul personale sanitario vengono solitamente registrate in forma anonima sui moduli di raccolta dei dati e le professionalità osservate sono state medici, infermieri, consulenti, studenti per un totale di 226 osservazioni.

Le osservazioni eseguite hanno messo in evidenza il 16% di azioni negative e l'84% di positive, inoltre, per gli infermieri, vi è stata una adesione alle 5 opportunità nel 70% per il pre contatto e nel 100% dopo fluido e dopo contatto con il paziente.

Le conclusioni hanno evidenziato un'adesione al lavaggio delle mani del 70%, all'utilizzo di gel alcolico nel 29% e la rilevazione di una criticità quale la ricontaminazione delle mani per l'accesso all'apertura degli oblò della termoculla, dopo averle igienizzate.

I dati rilevati sono stati condivisi e discussi con tutto il personale infermieristico e medico e sono stati adottati ulteriori accorgimenti per evitare la sequenza assistenziale errata.

Conclusioni

L'evento epidemico è coinciso con il verificarsi di una situazione, protratta nel tempo, di sovraffollamento in presenza di pazienti particolarmente critici per età gestazionale e complicazioni dovute alla prematurità e un numero di unità infermieristiche insufficiente. Come la letteratura ci conferma, la carenza di personale è spesso causa o concausa dell'insorgenza di epidemie. Il coordinamento e la gestione di tale evento è stato complicato e intenso sia da un punto di vista professionale che umano e ci ha sicuramente arricchito e resi più preparati e attenti alla possibilità che questi eventi possano accadere. La rete di professionisti e consulenti ha permesso di intervenire precocemente organizzando procedure adeguate alla gravità dell'evento e sostenute da evidenze scientifiche. Tutto ciò ha agevolato il coinvolgimento totale di tutta l'equipe della UO. Questo evento ha anche permesso un'attenta riflessione sull'attività lavorativa e su alcune strategie di cambiamento nelle modalità assistenziali spesso consolidate e per le quali non avevamo considerato la potenziale diffusione virale e batterica.

I cambiamenti sono avvenuti in un clima di totale condivisione e ci hanno permesso di poter assistere i nostri pazienti con maggiore professionalità e sicurezza cercando di garantire loro la migliore assistenza.

Bibliografia

- 1) Agenzia Sanitaria RER Area Programma Rischio Infettivo "Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo". Dossier 123, 2006
- 2) Archanna Priyadarshi, Adam Jaffe, Tony Walls, Ju Lee Oei Pediatric Health. London Strategies for reducing the burden of respiratory syncytial virus in high- risk infant. Aug 2009 vol. 3, Iss. 4; pg 391.
- 3) Light M, Bauman J, Mavunda K et al.: Correlation between respiratory syncytial virus (RSV) test data and hospitalization of children for RSV lower respiratory tract illness in Florida. *Pediatr. Infect. Dis. J.* 27(6), 512-518(2008).
- 4) Thorburn K: Pre-existing disease is associated with a significantly higher risk of death in severe respiratory syncytial virus infection. Nosocomial infection of patients hospitalized with respiratory syncytial viral (RSV) disease is another risk factor for death. *Arch. Dis. Child.* 94(2), 99-103 (2009).

- 5) Forbes M: Strategies for preventing respiratory syncytial virus. *Am. J. Health. Syst. Pharm.* 65(23 Suppl. 8), S13-S19 (2008).
- 6) Madge P, Paton JY, McColl JH, Mackie PL: Prospective controlled study of four infection-control procedures to prevent nosocomial infection with respiratory syncytial virus. *Lancet* 340(8827), 1079-1083 (1992).
- 7) Groothuis J, Bauman J, Malinoski F, Eggleston M. Medical/Scientific Affairs, MedImmune Inc., Strategies for prevention of RSV nosocomial infection. Gaithersburg, USA. *J Perinatol.* 2008 May;28(5):319-23. Epub 2008 Mar 27.
- 8) Pedraz C, Carbonell-Estrany X, Figueras-Aloy J, Quero J; IRIS Study Group: Effect of palivizumab prophylaxis in decreasing respiratory syncytial virus hospitalizations in premature infants. *Pediatr. Infect. Dis. J.* 22(9), 823-827(2003).
- 9) Kilani RA. Department of Pediatrics, King Khaled University Hospital-King Saud University, Riyadh, Saudi Arabia. Respiratory syncytial virus (RSV) outbreak in the NICU: description of eight cases. *J Trop Pediatr.* 2002 Apr;48(2):118-22.
- 10) Diniz EM, Vieira RA, Ceccon ME, Ishida MA, Vaz FA. Division of Neonatology, Department of Pediatrics, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Incidence of respiratory viruses in preterm infants submitted to mechanical ventilation. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo.* 2005 Jan-Feb;47(1):37-44. Epub 2005 Feb 23.
- 11) Halasa NB, Williams JV, Wilson GJ, Walsh WF, Schaffner W, Wright PF. Department of Pediatrics, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, TN 37232-2581, USA. Medical and economic impact of a respiratory syncytial virus outbreak in a neonatal intensive care unit. *Pediatr Infect Dis J.* 2005 Dec;24(12):1040
- 12) SFHH Dr Marie-Louise Goetz, Mcu, Chu de Strasbourg Dr Martine Aupée, e al. Guide des bonnes pratiques de l'antisepsie chez l'enfant, Maggio 2007.
- 13) Ausl Cesena, Procedura trasversale DIT P27 "Sorveglianza dei microrganismi sentinella", 2009.
- 14) WHO Guidelines on hand hygiene in health care. 2009
- 15) CDC "Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in health care setting", 2007.
- 16) CDC "Multidrug-Resistant Organisms In Healthcare Settings", 2006.
- 17) Centro Nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, Regione Emilia- Romagna "Compendio delle principali misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza" Progetto IINF-OSS Marzo 2009.

L'ERRORE IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE: COME, QUANDO E PERCHÈ - INDAGINE CONOSCITIVA

O. Albertalli¹, S. De Franco¹, G. Stival², A. Guala³, F. Ferrero¹

¹S.C. Terapia Intensiva Neonatale, Azienda Ospedaliera Universitaria Maggiore della Carità, Novara

²S.C. Pediatria e Neonatologia, Ospedale S.S. Trinità, Borgomanero

³S.C. Pediatria Ospedale Castelli, Verbania

Introduzione

In letteratura è possibile ritrovare molte definizioni di "errore" e di "evento avverso". Tutte condividono alcune caratteristiche sostanziali: l'errore è un'insufficienza del sistema che condiziona il fallimento delle azioni programmate: può trattarsi di "azione non sicura" o di "omissione" o di "comportamento inadeguato" con potenziali conseguenze negative, indipendentemente dall'effettivo verificarsi di queste. L'errore può causare un evento avverso, cioè un evento indesiderabile che comporta un danno: l'evento avverso derivato da errore, è quindi per sua natura non intenzionale ma "prevenibile". Indagare gli eventi avversi o i "quasi eventi" per identificare le cause che maggiormente hanno contribuito al loro verificarsi, può evitare che un errore si ripeta. L'errore nel neonato riveste grande importanza perché incide sulla morbilità, sulla mortalità, sui costi dell'assistenza. La letteratura indica come le patologie più complesse e i pazienti con degenze lunghe e complicate, e cioè quelli che richiedono un gran numero di farmaci e terapie, interventi chirurgici e trattamenti complessi, sono i più suscettibili a subire errori durante la degenza ospedaliera (1-2).

Negli ultimi trent'anni sono stati fatti sforzi qualitativi per riuscire a classificare, in questa popolazione di pazienti, le varie tipologie di errore di cui possono essere vittime (3). Sistemi di classificazione che includono sia l'utilizzo di nuove tecnologie, di efficacia ancora non dimostrata, sia lo studio dell'errore "umano", hanno dimostrato notevole rilevanza; L'Harvard Medical Practice Study ha descritto gli eventi avversi nei pazienti ospedalizzati, e la frequenza riportata di tali eventi nel neonato nello stato di New York risulta essere del 1,4% (4). Tuttavia attualmente una stima ufficiale della frequenza degli errori in età neonatale non è stata data, anche se esistono studi che la attestano intorno al 3% (5-6). Il neonato è un soggetto difficile da studiare, prima di tutto perché i neonati a termine sani sono la grande maggioranza, e al contrario quelli che necessitano di lunghe degenze sono soprattutto i nati pretermine, in cui trattamento ed evoluzione sono stati rivoluzionati negli ultimi venti anni, e ancora si modificano anno dopo anno (7).

Per tale motivo abbiamo proposto un lavoro osservazionale in una Unità di Terapia Intensiva Neonatale (TIN), e nelle 3 terapie subintensive del quadrante nordorientale del Piemonte, con l'obiettivo di capire quanti errori commettiamo nella nostra pratica clinica, su che tipologia di pazienti, che tipo di evento avverso provochiamo e le motivazioni alla base dei nostri errori.

Materiali e metodi

E' stata messa a punto una Scheda Rilevamento Errori in cui erano contemplati 4 campi di possibile errore: diagnostico, terapeutico, relativo ai trattamenti, e un altro per eventuali errori non rientranti nelle precedenti categorie. Venivano valutati i fattori favorenti e gli eventi avversi. Gli eventi avversi segnalati in seguito ad errori erano suddivisi in tre categorie: danno potenziale, danno minore e danno grave che ha messo in pericolo la vita del paziente o ne ha determinato il decesso.

I fattori favorenti erano suddivisi in fattori umani (disattenzione-distrazione, stress-fatica, training insufficiente, mancanza di supervisione) e fattori pratici (mancanza di protocolli, mancanza di documentazione, problemi di comunicazione).

La scheda è stata inserita in tutte le cartelle mediche e infermieristiche dei bambini ricoverati tra il 1 marzo ed il 30 aprile 2010 nel reparto di TIN ed in 3 Terapie Subintensive del quadrante nord orientale del Piemonte che hanno aderito allo studio.

La scheda veniva compilata in modo anonimo da chi commetteva l'errore o da chi si accorgeva dell'errore commesso. Alla chiusura della cartella tutte le schede venivano inserite in un contenitore apposito collocato in reparto. Alla fine del periodo di raccolta dati, le schede sono state prelevate e analizzate da un gruppo di lavoro che ha poi provveduto a stilare un rendiconto generale.

Risultati

Il totale dei pazienti osservati è stato di 166 per 2398 giorni di degenza.

Il numero degli errori totali è stato di 72, con una incidenza di 0,43 errore/paziente. 46 pazienti avevano subito almeno 1 errore (il 28% dei pazienti) e 16 più di uno (il 10% dei nostri pazienti).

In TIN il numero totale dei pazienti era di 35 per un totale di 344 giorni di degenza.

Il numero degli errori in TIN è stato di 23 con una incidenza di 66/1000 giorni di degenza. 11 pazienti avevano subito almeno un errore (31%) e 6 più di uno (17%).

In Sub Intensiva i pazienti erano 131 con 2054 giorni di degenza.

Il numero degli errori in Sub Intensiva è stato di 49 con una incidenza di 24/1000 gg di degenza. 35 pazienti con almeno 1 errore (26%) e di questi 10 più di 1 (8%).

La percentuale di bambini su cui era stato commesso un errore non differiva tra le due unità tuttavia in TIN l'incidenza di errore era significativamente più alta rispetto alla subintensiva sia riferita al numero totale degli errori sui pazienti ricoverati (0,65/pz su 0,37/pz; Chi-Square p=0,04), sia riferita ai giorni di degenza (66/1000 vs 24/1000; Chi-Square p=0,01).

La mediana dei giorni di degenza era significativamente maggiore nei 46 pazienti che avevano subito almeno un errore rispetto ai 120 pazienti senza errori (26 185SD vs 5 6,9 SD; Mann Whitney U test p < 0,001). Esiste infatti una correlazione statisticamente significativa tra i giorni di degenza e il numero di errori nei 46 pazienti (Sperman's correlation r= 0,63 ; p< 0,01): maggiore è il numero di giorni e maggiore è il numero di errori (grafico 1).

Gli errori che non hanno provocato eventi avversi sul paziente sono stati 33 (46%), gli errori che hanno provocato un danno potenziale 29 (40%), gli errori che hanno determinato un danno minore sono stati 6 (8%) e gli errori che hanno determinato un danno grave erano 4 (6%).

La distribuzione degli eventi avversi in Tin e sub intensiva sono riassunti in tabella 1.

Nessuno degli eventi gravi ha condotto al decesso del paziente.

Tabella 1

	Evento avverso				
	Tot errori	nessuno	potenziale	minore	grave
TIN	23	10	8	2	3
SUBINTENSIVA	49	23	21	4	1

Analizzando i fattori che hanno contribuito al verificarsi degli errori si è visto che il fattore contribuente di tipo umano significativamente più frequente (Chi Square p= 0,01) è stato la disattenzione-distrazione 56/72 (81%), con una distribuzione simile in TIN e in subintensiva (rispettivamente 83% e 80%), lo stress-fatica, la mancanza di protocolli o l'inesperienza avevano una distribuzione simile.

Tra i fattori di tipo pratico il più riportato è stata l' insufficiente comunicazione tra gli operatori (19/72, 26%).

Discussione

L'incidenza di errore riportata nel nostro studio è simile a quella riportata in letteratura. Tutti gli studi concordano nel ritenere la Neonatologia il luogo dove il tasso di errori è più elevato, da 2 a 4 volte superiore rispetto agli altri reparti di degenza (intorno al 10-15%) e che il rischio di errore è maggiore nei pazienti lungodegenti (6-7).

Il primo dato che emerge dal nostro studio è che con l'aumentare dei giorni di degenza aumenta l'incidenza di errore e che nei pazienti più critici il numero di errori è maggiore (in TIN l'incidenza di errore era significativamente più alta rispetto alla sub intensiva).

Il 48% e il 53% degli errori in TIN e in Subintensiva erano legati alla somministrazione di farmaci. L'incidenza riportata nell'adulto varia dall'1% al 30% delle ammissioni in ospedale, in ambito pediatrico vengono riportati un maggior numero di errori (8-9).

Il 36% e il 50% dell' errore farmacologico non ha determinato eventi avversi rispettivamente in TIN e in Subintensiva, ma avrebbe potuto provocarlo per il 42% (danno potenziale rispettivamente in TIN e Subintensiva).

Suddividendo in cinque punti l'errore farmacologico (indicazione, prescrizione, trascrizione, somministrazione, diluizione) l'errore più frequente si è verificato nella trascrizione (33%) e nella somministrazione (30%).

I danni gravi in TIN sono stati provocati invece più frequentemente da errori legati agli accessi vascolari (67% degli errori gravi) mentre l'unico errore che ha condotto ad un evento grave in subintensiva è stato determinato da un errore di monitoraggio.

Gli errori sono stati più frequentemente imputati alla disattenzione-distrazione, meno frequentemente sono stati imputati alla mancanza di esperienza o a uno stato di eccessiva stanchezza.

Come già evidenziato precedentemente la strategia più semplice di prevenzione del danno è quella di rendere visibili gli errori mediante la moltiplicazione dei controlli e i controlli incrociati, ma soprattutto attraverso modifiche di sistema (10,11).

I problemi di comunicazione più frequentemente riportati tra i fattori di tipo pratico ci hanno indotto a rivedere il momento delle consegne sia mediche, attraverso un foglio unico giornaliero elettronico su cui segnare a fine turno gli aggiornamenti. Inoltre si è individuato nel pomeriggio un momento ad orario prestabilito in cui effettuare il contro giro tra medico di guardia e infermiere con verifica delle terapie. Sono stati redatti protocolli medici-infermieristici su molte procedure (diluizione farmaci, medicazione CVC, ecc) per consentire una ottimizzazione delle informazioni. Queste procedure erano anche atte a ridurre o evitare errori imputati a distrazione-disattenzione.

Tuttavia chi lavora in questi reparti così delicati è comunque un essere umano che sarà sempre soggetto a sbagliare: ma la comprensione e il riconoscimento degli errori è il primo passo per la loro prevenzione.

Bibliografia

1. Ahluwalia J, Marriot L. Critical Incident reporting systems. *Seminars in Fetal & Neonatal Med* 2005; 10: 31-37.
2. Feldman S, Stanhope N. Medical accidents in hospital care: application of failure analysis to hospital quality appraisal. 1997; 23: 567-80
3. Jain L, Vidyasagar D: Iatrogenic disorders in modern neonatology. *Clin Perinatol* 1989; 16:255-73
4. Brennan TA, Leape LL et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study. *N Engl J Med* 1991; 324: 370-6
5. Kanter DE et al: Hospital reported medical errors in premature neonates. *Ped Crit Care med* 2004; 5: 119-23
6. Colli R et al: Errori e risk management in neonatologia. *Acta Neonatol & Pediatr* 2006; 4:497-506
7. Gray JE, Goldman DA: Medication errors in the neonatal intensive care unit: special patients, inique issues. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 2004; 89:F472-73
8. Snijders C et al. Incidents and errors in neonatal intensive care: a review of the literature. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 2007; 92:F391-98
9. Kaushal R et al. Medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. *JAMA* 2001; 285:2114-20
10. Simpson JH et al: Reducing medication errors in the neonatal intensive care unit. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 2004; 89:F480-82
11. Sharek PJ et al. Advers events in the neonatal intensive care unit: development, testing, and findings of a NICU-focused trigger tool to identify harm in North American NICUs. *Pediatrics* 2006; 118:1332-40

ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL NEONATO ASFITTICO IN TRATTAMENTO CON IPOTERMIA

C. Matteini, K. Francesconi, D. Grossi, A.M. Liuzzi, S. Sampaoli, C. Vivaldi, E. Vagli, L. Bartalena, F. Dini, R.T. Scaramuzzo, C. Tuoni, P. Biver, C. Riparbelli, E. Sigali, M. Vuerich, M. Ciantelli, M. Giampietri, A. Boldrini

U.O. Neonatologia, Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana

Riassunto

Dall'aprile del 2009 nella U.O. di Neonatologia di Pisa è stato introdotto il trattamento con ipotermia moderata generalizzata nel neonato a termine asfittico, nell'ambito del progetto regionale NeoNATI (Neonatal Neuroprotection for Asphyxiated Tuscan Infants).

L'attivazione di tale progetto ha reso necessario un addestramento specifico sia medico che infermieristico. In particolare, per l'assistenza infermieristica è stato creato un gruppo costituito da una infermiera per turno che, sotto la guida del medico responsabile del trattamento, ha elaborato una procedura complessa.

La procedura infermieristica riguarda sia la rapida applicazione degli elettrodi per l'eeg ad ampiezza integrata (necessario per definire i criteri di inclusione) sia la preparazione della postazione per il raffreddamento attivo e per il monitoraggio intensivo del neonato in trattamento (72 ore). Sono state, inoltre, preparate schede specifiche per l'annotazione delle condizioni di trattamento, dei parametri vitali e degli esami ematochimici periodici eseguiti. Le schede, inoltre, includono le annotazioni relative alle variazioni posturali (effettuate ogni ora), necessarie per prevenzione delle lesioni cutanee da freddo. Scopo della presente comunicazione è la presentazione delle nostre procedure e la discussione critica delle difficoltà rilevate.

Introduzione

Sulla base di studi su modelli animali e di tre trials clinici randomizzati maggiori [1, 2, 3], l'ipotermia è attualmente ritenuta lo standard per la neuroprotezione nei neonati a termine asfittici [4], poiché riduce il danno neuronale ritardato da riperfusione e tossicità calcio-mediata (apoptosi). Le raccomandazioni della Società Italiana di Neonatologia, sulla scorta delle linee guida internazionali, indicano il trattamento per:

- EG \geq 36 settimane e peso \geq 1800 g
- Apgar a 10 minuti $<$ 5 o necessità di rianimazione per più di 10 minuti o acidosi entro 1 ora dalla nascita (pH $<$ 7 su sangue cordonale, arterioso o capillare e BE $>$ -16 mmol/L)
- Encefalopatia moderata o severa secondo la classificazione di Sarnat
- Almeno una anomalia EEG o aEEG

Sono esclusi dal trattamento neonati con:

- EG $<$ 36 sett. o peso $<$ 1800 g
- tempo dalla nascita $>$ 6 ore
- altre cause note di encefalopatia (malformazioni, malattie metaboliche, etc)
- sanguinamento incoercibile

Nella U.O. di Neonatologia di Pisa il trattamento con ipotermia moderata generalizzata è stato introdotto dal mese di aprile 2009, nell'ambito del progetto regionale NeoNATI (Neonatal Neuroprotection for Asphyxiated Tuscan Infants), attivato nella Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana e nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer. L'attivazione di tale progetto ha reso necessario un addestramento specifico sia medico che infermieristico. Scopo della presente comunicazione è la presentazione delle nostre procedure e la discussione critica delle difficoltà rilevate.

L'assistenza infermieristica al neonato in ipotermia

Alla nascita di un neonato asfittico, elegibile al trattamento con ipotermia, l'equipe della TIN si attiva per la preparazione dell'unità di assistenza. Nel caso di un neonato outborn, trasportato in TIN tramite servizio di STEN, la preparazione del materiale necessario inizia al momento stesso della chiamata per l'attivazione del trasporto, poiché il tempo per l'inizio del trattamento non deve superare le 6 ore dopo la nascita. Vengono allestiti:

- Apparecchiatura per la registrazione aEEG a due canali [5]
- Sistema di raffreddamento attivo con materassino termico servocontrollato
- Lettino termico e monitor per la rilevazione dei parametri vitali
- Sonde per la rilevazione della temperatura corporea (rettale, esofagea, cutanea)
- Materiale per cateterismo vescicale e per la gestione dell'accesso venoso (CVO)
- Respiratore meccanico o nCPAP/Biphasic
- Farmaci immediatamente necessari (fenobarbitale, fentanyl, adrenalina)

Utilizziamo anche una scheda, preparata ad hoc, per la registrazione, ogni ora per le 72 ore di trattamento e per l'intera fase di riscaldamento, di:

- somministrazione del barbiturico
- esami ematochimici (inclusi barbituremia ed esami ormonali) e strumentali eseguiti
- temperatura impostata sul macchinario (33.5°C), del materassino, del neonato (rettale/esofagea/cutanea)
- parametri vitali (FC, FR, SatO₂) e FiO₂ eventualmente erogata

Un foglio separato serve per registrare le variazioni posturali (decubito sin/dx/supino/prono), che vengono effettuate ogni ora allo scopo di prevenire lesioni da freddo, nonché per annotare la condizione della cute stessa (normale/arrossata/lacerata/altro) [6, 7].

Ciascun infermiere responsabile dell'assistenza al neonato in ipotermia firma la sezione di scheda compilata durante il proprio turno.

Diuresi, pressione arteriosa, secrezioni dalle vie aeree, evacuazioni, altre terapie farmacologiche somministrate, controllo dell'accesso venoso, registrazione delle crisi cardiorespiratorie, eventuali parametri del respiratore, liquidi somministrati vengono riportate su una cartella integrata (con annotazioni sia mediche che infermieristiche, siglate da tutti gli operatori) che utilizziamo routinariamente per l'assistenza a tutti i neonati in TIN.

Infine, utilizziamo una scheda specifica per la valutazione del dolore (scala PIPP per il dolore procedurale nei neonati intubati o scala EDIN per il dolore cronico).

Alla cartella infermieristica sono allegati i cartoncini per la raccolta degli spot di sangue capillare da tallone (esecuzione degli screening metabolici e valutazione, a scopo di ricerca, della funzionalità tiroidea).

Oltre all'aspetto specificamente tecnico del lavoro di assistenza, l'infermiere responsabile del neonato in ipotermia ha un ruolo fondamentale anche per l'accoglienza e il sostegno emotivo e psicologico dei genitori. Dopo il colloquio con il Neonatologo, l'infermiere può contribuire a completare e semplificare le informazioni, direttamente di fronte al neonato, e a raccogliere le loro emozioni, preoccupazioni e paure [8, 9, 10].

Discussione e conclusioni

Da aprile 2009 a luglio 2011, nel nostro Centro sono stati trattati con ipotermia 16 neonati a termine (2 inborn, 14 outborn). Due neonati sono deceduti precocemente, gli altri dimessi e seguiti, tutt'ora, in follow up. In un solo caso si sono verificate complicanze cutanee (lesioni da freddo), dovute alla mancata mobilitazione per la presenza di grave ascite (indicazione medica).

Il personale infermieristico, addestrato inizialmente in numero di una unità per turno, è attualmente tutto in grado di fornire l'assistenza necessaria ai neonati in trattamento con ipotermia, grazie al passaggio di competenze all'interno di ciascun turno e a numerosi corsi di autoformazione e simulazione erogati periodicamente nel corso dell'anno, per minimizzare il rischio di errore clinico.

Nella nostra esperienza biennale, le criticità maggiori sono state:

- corretta rilevazione della temperatura corporea del neonato (corretto posizionamento delle sonde, cambio del pannolino per la sonda rettale) [11]
- segnalazione al Neonatologo di eventuale bradicardia (riconoscimento di eventuali crisi vagali indotte dalla sonda esofagea e differenziazione dagli effetti collaterali del trattamento stesso)
- gestione estremamente attenta del CVO (anche per la difficoltà di posizionare PICC, vista la vasocostrizione cutanea)
- riconoscimento e segnalazione al Neonatologo delle crisi convulsive
- gestione dell'apparecchiatura aEEG e per il raffreddamento (per le interferenze con respiratori, pompe e impianto di areazione).

Bibliografia

1. Edwards AD, Brocklehurst P, Gunn AJ, Halliday H, Juszczak E, Levene M, Strohm B, Thoresen M, Whitelaw A, Azzopardi D. Neurological outcomes at 18 months of age after moderate hypothermia for perinatal hypoxic ischaemic encephalopathy: synthesis and meta-analysis of trial data. *BMJ* 2010;340:c363.
2. Azzopardi DV, Strohm B, Edwards AD, Dyet L, Halliday HL, Juszczak E, Kapellou O, Levene M, Marlow N, Porter E, Thoresen M, Whitelaw A, Brocklehurst P; TOBY Study Group. Moderate hypothermia to treat perinatal asphyxial encephalopathy. *N Engl J Med.* 2009;361(14):1349-58
3. Thoresen M. Hypothermia after perinatal asphyxia: selection for treatment and cooling protocol. *J Pediatr* 2011; 158 (2 suppl):e45-9
4. Verklan MT. The chilling details: hypoxic-ischemic encephalopathy. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2009;23(1):59-68
5. Gucuyener K, Beken S, Ergenekon E, Soysal S, Hirfanoglu I, Turan O, Unal S, Altuntas N, Kazanci E, Kulali F, Koc E, Turkyilmaz C, Onal E, Atalay Y Use of amplitude-integrated electroencephalography (aEEG) and near infrared spectroscopy findings in neonates with asphyxia during selective head cooling. *Brain Dev.* 2011 Jul 6. [Epub ahead of print]
6. Strohm B, Hobson A, Brocklehurst P, Edwards AD, Azzopardi D; on behalf of the UK TOBY Cooling Register. Subcutaneous Fat Necrosis After Moderate Therapeutic Hypothermia in Neonates. *Pediatrics.* 2011 Jul 4. [Epub ahead of print]
7. Groenendaal F, Brouwer AJ. Clinical aspects of induced hypothermia in full term neonates with perinatal asphyxia. *Early Hum Dev.* 2009;85(2):73-6
8. Cooper DJ. Induced hypothermia for neonatal hypoxic-ischemic encephalopathy: pathophysiology, current treatment, and nursing considerations. *Neonatal Network* 2011; 30(1):29-35
9. Montanholi LL, Merighi MA, de Jesus MC The role of the nurse in the neonatal intensive care unit: between the ideal, the real and the possible. *Rev Lat Am Enfermagem* 2011;19(2):301-8.
10. Baston H, Wray J. Choose your words carefully. *Pract Midwife.* 2011;14(3):3.
11. Strohm B, Azzopardi D; UK TOBY Cooling Register Study Group. Temperature control during therapeutic moderate whole-body hypothermia for neonatal encephalopathy. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2010;95(5):F373-5.

BREVI CENNI SUL COUNSELING

I. Galli

Agenzia Continuità assistenziale – Dipartimento Emergenza Accettazione Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi- Firenze. Ricercatore nel Direttivo dell'Associazione Infermieri Legali e Forensi

L'etimologia della parola counseling (o anche counselling secondo l'inglese britannico) indica un'attività professionale che la cui funzione è quella di cercare di indirizzare, supportare e potenziare le capacità di coping della persona. Si occupa di problemi non specifici (prendere decisioni, miglioramento delle relazioni interpersonali) e contestualmente circoscritti (famiglia, lavoro, scuola). Il sostantivo counseling deriva dal verbo inglese to counsel, che risale a sua volta dal verbo latino consulo-ère, traducibile in "consolare", "confortare", "venire in aiuto". Quest'ultimo si compone della particella cum ("con", "insieme") e solère ("alzare", "sollevare"), sia propriamente come atto, che nell'accezione di "aiuto a sollevarsi"². È omologo un altro verbo latino: consulo-äre, iterativo di consultum, participio passato di consulo, col significato di "consigliarsi", "deliberare", "riflettere"³. Ciò pone il termine tra le forme del verbo italiano "consultare" come ricorso a competenze superiori per necessità contingenti⁴. La traduzione di counseling nell'italiano consulenza è controversa in quanto un altro termine, consulting, ha in inglese il medesimo significato. È altresì problematica la sua traduzione con "consiglio".

Consiglio	Counseling
Rapporto paritario	Rapporto con un esperto
Accordo sul tema	Ricerca di una strategia
Fattori interni	Fattori esterni
Suggerire scelte o modificazioni	Rendere possibili scelte o modifiche

AssoCounseling definisce l'attività di counseling come: «[...] un'attività il cui obiettivo è il miglioramento della qualità di vita del cliente, sostenendo i suoi punti di forza e le sue capacità di autodeterminazione. Il counseling offre uno spazio di ascolto e di riflessione, nel quale esplorare difficoltà relative a processi evolutivi, fasi di transizione e stati di crisi e rinforzare capacità di scelta o di cambiamento». Da un punto di vista epistemologico il counseling si differenzia dalla psicoterapia per:

- l'adozione di un metodo diverso da quelli riferiti a "medico-paziente" propri dei modelli psicoterapeutici;
- la definizione dell'obiettivo concreto e del contesto spazio-temporale della relazione counselor-cliente;
- l'esclusione della patologia come settore di intervento.

A differenza del paziente nella psicoterapia o nella psicoanalisi, il cliente nel counseling non ha bisogno di essere curato né aiutato a superare una sofferenza psicologica, ma si avvale delle competenze del counselor come supporto delle capacità che già possiede in modo da conseguire gli obiettivi che desidera, nei modi e nei tempi che gli sono consoni⁵. Ci sono diversi orientamenti metodologici per svolgere la funzione di counseling (Rogersiano, Sistemico Relazionale ecc.) ma quello che prenderò in considerazione è quello ad orientamento psicoanalitico.

La formazione del counseling ad orientamento psicoanalitico e gli aspetti infermieristici

“Per l'orientamento psicoanalitico ciò che conta non è come si ascolta ma è chi ascolta a partire dalla parola di ciascun soggetto. Per ascoltare a partire dal chi è necessario analizzare bene la domanda che è in gioco nell'Altro del disagio. Una specificità del counselor ad orientamento psicoanalitico, all'interno delle professioni di aiuto, è l'accoglimento della domanda di disagio sociale, il tentativo di chiarirla insieme all'utente per inviarla ed orientarla adeguatamente rispettando il desiderio e dunque il limite del soggetto portatore del disagio”⁶.

¹T. F. HOAD, *The Concise Oxford Dictionary of English Etymology (in inglese)*, Oxford, Oxford University Press, 1986.

²G. Devoto, *Avviamento all'etimologia italiana*, Firenze, Le Monnier, 1968.

³<http://it.wikipedia.org/wiki/Counseling>

⁴Ibidem

⁵Ibidem

⁶A. GUIDI, *L'ascolto ad orientamento psicoanalitico. Una prospettiva formativa per il counselor sociale*. Ed Cinamen 2004

Tra le numerose metodologie di counseling ho scelto quello ad orientamento psicoanalitico: una scelta coraggiosa dato che, per quanto riguarda la “relazione di aiuto infermieristica”, la maggior parte degli spunti metodologici provengono da Roger. I teorici di riferimento per l'orientamento psicoanalitico sono Sigmund Freud e Jaques Lacan. Quello che affascina ed è più preponderante in questa tipologia di counseling è l'ASCOLTO.

L'a [s] colto: cogliere all'interno delle parole dette dalla persona che chiede aiuto, ciò che crea un possibile conflitto aiutando e supportando tale persona, attraverso un'interrogazione che crea una riflessione, a trovare una possibile soluzione. L'ascolto ad orientamento psicoanalitico deve essere un ascolto etico. L'etica dell'ascolto vista non più solo come comportamento, ma come rispetto della parola dell'altro che porta il conflitto e quindi la centralità della soggettività dell'individuo che chiede aiuto: per compiere un ascolto etico non si può fare altrimenti che ascoltare.

Tutto gira, insomma, intorno all'ascolto e alla competenza dell'operatore di saper ascoltare l'altro scevro di pregiudizi, interpretazioni e anticipazioni. È un ascolto “puro” dove la parola della persona che porta il disagio ha una funzione fondamentale. La parola è il mezzo che utilizza la persona per definire il suo conflitto e non è detto che quella parola abbia lo stesso significato per tutti. Lo psicanalista Lacan, riferendosi a Ferdinand De Saussure e allo strutturalismo, ha definito che per l'inconscio ci sono Significanti (individuabili con la parola) con diversi significati di descrizione della parola stessa che variano a seconda della persona che parla. Quella parola importante per la persona che chiede aiuto è una “parola piena” ricca di significati: è però una parola immersa nelle “parole vuote” e cioè nelle chiacchiere, che inevitabilmente sono presenti nella comunicazione con gli altri. La capacità di saper cogliere le parole piene ed utilizzarle nel counseling richiede una formazione che solo l'orientamento psicoanalitico può dare e per fare questo, è fondamentale che il counselor abbia effettuato l'analisi personale. Solo se il counselor si conosce a fondo e conosce quindi i suoi limiti e potenzialità può rendere possibili le scelte o le modificazioni di un individuo. Questo concetto si avvale del principio della terzietà. Uno dei rischi che può incorrere l'esperto che svolge una professione di aiuto (come l'infermiere, il counselor ecc) è quello di iniziare ad ascoltare l'altro e subito di associare il racconto dell'altro con ciò che farebbe l'operatore se si trovasse in quella situazione. Fare questa operazione può comportare la fine dell'ascolto. Il frutto di questa relazione non è altro che una risposta di un soliloquio che l'operatore ha tra sé e sé con poco riferimento della persona che chiede aiuto, la quale, riceve una risposta che a sua volta è interpretata a suo modo e così via, perdendo l'altro aspetto fondamentale dell'ascolto che è la personalizzazione. In questo “ascolto falsato” c'è un alto rischio di incomprensioni che possono far sentire solo, ad esempio, un familiare, un genitore o un paziente che si trova ad affrontare le difficoltà di una malattia. Un altro ostacolo all'ascolto è la ricerca convulsa ed ansiosa della soluzione già impacchettata e pronta all'uso perché il problema che si presenta, in una situazione di malattia, è qui e ora e la soluzione deve essere qui e ora. L'Infermiere si trova nella grande difficoltà di dover risolvere, oltre ai problemi puramente pragmatici, più problemi alla volta: problemi di identità professionale e di relazione con l'équipe, problemi etici e deontologici, problemi etici personali in conflitto con quelli professionali, problemi relativi alla relazione con i familiari e con i malati e così via. Tutti questi problemi e conflitti sovrastano l'operatore facendo venir meno quella funzione fondamentale dell'infermiere che è la relazione di aiuto. Attraverso la formazione ad orientamento psicoanalitico l'infermiere può ricercare, invece, non una soluzione preimpostata ma personalizzata alla persona malata ed ai suoi familiari.

L'infermiere legale e forense

La figura dell'infermiere legale e forense è una delle ultime apparse nel panorama post-laurea della nostra professione, ed è una di quelle che più ha conosciuto successo e diffusione. Le

⁷GUIDI A., *L'ascolto ad orientamento psicoanalitico. Una prospettiva formativa per il counselor sociale*. Ed Cinamen 2004.

⁸Ibidem

sue principali funzioni sono: consulenza riguardo la documentazione; consulenza in équipe sui conflitti etico deontologici; consulenza per la sicurezza sul lavoro; consulenza nei provvedimenti disciplinari; consulenza sindacale, anche in collaborazione; consulenza infermieristico-forense in caso di procedimento penale e/o civile⁹.

Il counselling legale e forense in T.I.N.

La mia formazione (ancora in corso) di counselor ad orientamento psicoanalitico e le mie competenze in ambito infermieristico legale e forense mi hanno spinto ad ideare questa specifica competenza dove unisco la capacità di ascolto con l'ambito giuridico. Questo cosa può comportare? Può comportare un counseling che ha come obiettivo l'aiutare i familiari, la persona malata e gli operatori sanitari che si trovano a dover affrontare problematiche legali, deontologici ed etici; problematiche che, come ho spiegato precedentemente, possono interrompere e impedire una corretta presa in carico. Jaques Lacan ha definito che l'essere umano è costituito da tre registri: il reale l'immaginario ed il simbolico, tutti e tre collegati tra di loro. Il diritto, è definibile come *"l'insieme ed il complesso (in genere sistematico) delle norme che regolano la vita dei membri della comunità di riferimento"* e inevitabilmente va ad incidere sulla parte psicologica delle persone. Il counseling in campo giuridico tende a dare una consulenza più ampia, finalizzata ad illustrare tutti gli aspetti, non solo da un punto di vista strettamente giuridico, ma anche psicologico, tenendo ben presente le questioni umane¹⁰. Il counseling in campo giuridico tende a dare una consulenza più ampia, finalizzata ad illustrare tutti gli aspetti, non solo da un punto di vista strettamente giuridico, ma anche psicologico, tenendo ben presente le questioni umane. In una realtà organizzativa come quella della Terapia Intensiva Neonatale, queste problematiche sono all'ordine del giorno ed anche il problema che può sembrare pragmatico ha una sfumatura legale, etica e deontologica. Questo perché, essendo una terapia intensiva, il fare o non fare una manovra seppur tecnica richiede una profonda riflessione etica deontologica e legale. In T.I.N. tutto ciò è ancor più amplificato perché i neonati ricoverati sono spesso prematuri, soprattutto se la causa della prematurità è data da patologie genetiche gravi, malformazioni e malattie croniche o insorte durante la gravidanza (cardiopatie, nefropatie, malattie respiratorie, anemie, pre-eclampsia o l'abuso di fumo, alcool e droghe) che hanno compromesso gravemente la salute del feto. I bambini che si trovano ricoverati in T.I.N. sono in condizioni critiche al limite della vita. I genitori e soprattutto la madre si trovano nella situazione straziante di vedere il proprio figlio appena nato (spesso queste nascite sono psicologicamente traumatiche) che rischia di morire. Gli operatori sanitari si trovano stretti nella morsa della tragicità delle condizioni dei neonati che devono prendere cura e quindi nello stress psicologico continuo del "dover fare bene il proprio lavoro", dei genitori e familiari che spesso sperano (e chiedono) l'impossibile, delle difficoltà nel dover far comprendere, ai fini del consenso informato, i pro e i contro di determinate decisioni diagnostiche terapeutiche al fine della cura del neonato, della quotidianità a volte l'unico scudo di autoprotezione, delle difficoltà di relazione con i membri dell'équipe, della gestione delle problematiche etiche e deontologiche soprattutto inerenti ad esempio all'accanimento terapeutico ed al concetto di "limite della cura" che sembrano avere mai una risposta... delle difficoltà dell'operatore nell'affrontare la morte. Di tutte queste difficoltà non certo tutte un infermiere counselor legale e forense può risolvere, ma specialmente nelle problematiche inerenti all'accanimento terapeutico e nel consenso informato può avere competenza e, all'interno della gestione di tali problematiche, l'ascolto ha una funzione fondamentale perché aiuta a prendere conoscenza delle potenzialità risolutive del soggetto. Il problema del "qui e ora" diviene "un qui prima" per "un qui in futuro". Futuro che, in questo ambito l'infermiere può investire perché al di là dell'aggiornamento sulle competenze tecniche avanzate è altrettanto fondamentale coltivare e potenziare quelle che sono le competenze in ambito relazionale perché l'assistenza infermieristica è di natura tecnica relazionale ed educativa¹¹.

⁹http://www.aiff.eu/index.php?option=com_content&view=article&id=240:linfermiere-primus-inter-pares&catid=25:materiale-interessante-dall-associazione&Itemid=37

¹⁰<http://www.studiolegalecounselingcipparrone.it/counseling-legale.php>

¹¹D.M. 739 1994 "Profilo professionale dell'infermiere"

Bibliografia

- GALIMBERTI U., E ora? La dimensione umana e le sfide della scienza (opera dialogica con Edoardo Boncinelli e Giovanni Maria Pace), Einaudi, Torino, 2000
- GALIMBERTI U., Antropologia culturale, ne Gli strumenti del sapere contemporaneo, Utet, Torino, 1985
- GALIMBERTI U., Psiche e techne. L'uomo nell'età della tecnica, Feltrinelli, Milano, 1999
- RECALCATI M. E BAGLIONI L. (a cura di), La domanda impossibile: dai primi colloqui all'entrata nel gruppo, FrancoAngeli, Milano, c1995
- GUIDI A., L'ascolto ad orientamento psicoanalitico. Una prospettiva formativa per il counselor sociale. Ed Clinamen 2004.
- GUIDI A., RICCA G., Narrare la malattia, Narrazione, clinica e dialogo fra psicoanalisi e biomedicina. Ed Clinamen 2010
- GUIDI A., Dizionario di Counseling e di Psicoanalisi laica, Ed Clinamen 2010
- GUIDI A. Agalma, La logica del desiderio., Il desiderio come cura della malattia mentale, Fort-Da., 1. Collana del Centro di Ascolto e Orientamento Psicoanalitico diretta da Alessandro Guidi
- RECALCATI M., COSENZA D., VILLA A., (a cura di), Civiltà e disagio: forme contemporanee della psicopatologia, Bruno Mondadori, Milano, 2006
- RECALCATI M., L'uomo senza inconscio. Figure della nuova clinica psicoanalitica, Raffaello Cortina, Milano, 2010.

Sitografia

www.assocounseling.it
www.centropsicoanalitico.it
www.wikipedia.it

LA QUALITÀ PERCEPITA: UN MODO PER MIGLIORARE?

M. Raspini

S.C. Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, Ospedale San Giovanni Di Dio, Firenze

Premessa

Entrare nel mondo della Qualità significa entrare nel mondo dei giudizi di valore, perché la qualità è una caratteristica propria di qualsiasi oggetto materiale o immateriale, sulla quale si possono esprimere giudizi di valore positivi o negativi. La qualità, secondo le linee guida internazionali ISO 9000, è "l'insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un'entità che conferiscono ad essa la capacità di soddisfare esigenze esplicite o implicite". Le esigenze implicite sono tutte le condizioni legate alla corretta esecuzione delle attività professionali sanitarie i cui esiti si riflettono direttamente sulla salute del paziente, le esigenze esplicite e percepite sono invece rappresentate da tutte quelle condizioni organizzative e relazionali del modo di erogare le prestazioni che l'utente ricerca nella struttura sanitaria. In questo contesto, negli ultimi anni, il punto di vista dei pazienti ha assunto una crescente considerazione, tanto da diventare una delle più importanti dimensioni del servizio sanitario. Alla valutazione della qualità percepita e alla soddisfazione dell'utenza è stato attribuito un valore significativo nella gestione dei servizi, non solo perché consentono allo staff clinico e al management di individuare e risolvere tempestivamente le criticità, ma anche e soprattutto perché tali attività si collocano all'interno di un quadro di riferimento più generale che è quello del miglioramento della qualità delle cure. La Qualità è una caratteristica essenziale ed indispensabile dell'assistenza sanitaria ed è l'obiettivo che ogni professionista ed operatore sanitario deve tenere in primo piano nello svolgimento delle proprie funzioni. A tal fine, gli operatori devono partecipare in prima persona alla progettazione e alla realizzazione di una modalità assistenziale operativa che sia in grado di rinnovarsi, di superare eventuali disfunzioni, di valorizzare le competenze e le professionalità garantendo risposte adeguate e in linea con le più recenti innovazioni e con i bisogni che il cittadino presenta.

“Qualità percepita”: un modo per migliorare?

La rilevazione della qualità percepita dagli utenti è un parametro importante per valutare il buon funzionamento del reparto, la gestione dei servizi e il miglioramento della qualità delle cure. Come nel 2008 abbiamo riproposto ai genitori dei neonati ricoverati presso il nostro reparto il questionario sulla qualità percepita, con l'intento di verificare se le azioni di miglioramento che avevamo attuato avevano modificato significativamente i risultati, perché crediamo che questo possa essere un modo per migliorare la nostra professionalità e correggere eventuali carenze.

Lo scopo

Questo lavoro mira a confrontare i dati ottenuti nei due anni per poter così valutare se la qualità dell'assistenza è rimasta costante e se gli obiettivi di miglioramento che ci eravamo posti sono stati raggiunti.

Materiali e metodi

Per questa indagine è stata scelta la versione del questionario della qualità percepita che fa parte di un processo di validazione e taratura nazionale del test proposto dal Centro di Soddisfazione dell'utenza dell'Università di Siena. Tale questionario è composto da 14 items e analizza la soddisfazione dei familiari nei confronti di 4 aree di osservazione: medici, personale infermieristico, personale ausiliario e strutture. Il livello di gradimento è misurato su una scala a cinque livelli di tipo Likert. Il questionario è stato somministrato a 41 famiglie di neonati ricoverati per più di tre giorni nel periodo dal 15/11/2010 al 15/12/2010. Il questionario è stato consegnato poco prima della dimissione, era facoltativo e anonimo.

Risultati

Tutti gli intervistati hanno partecipato allo studio. Le percentuali complessive di soddisfazione nelle quattro aree di osservazione studiate sono ulteriormente aumentate dal 2008 al 2010: infatti si è verificato un aumento della percentuale di soddisfazione del + 8,5% per il personale medico, del + 6,7% per il personale infermieristico, del + 2,9% per il personale di supporto e del + 7,5% per la struttura [vedi grafico 1].

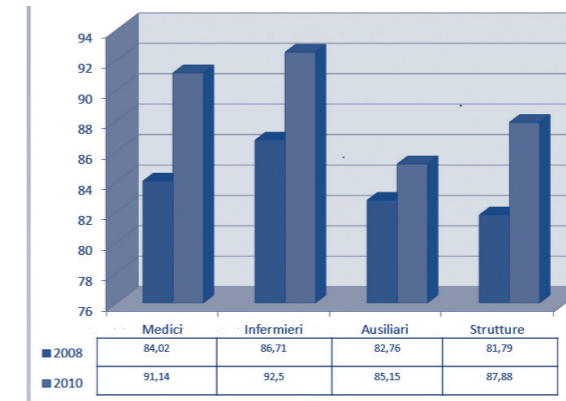


Grafico 1 - PERCENTUALE DI SODDISFAZIONE QQP

In media la percentuale di soddisfazione dell'utenza nei singoli item rispetto all'anno 2008 è aumentata del +7%. Gli aspetti della qualità del servizio sanitario per i quali si è avuto un maggiore incremento delle risposte positive riguardano l'attenzione dei medici nei confronti dei genitori e del neonato (+12,03%), disponibilità da parte del personale infermieristico nel fornire informazioni (+11%), aspetto delle strutture del Reparto (+10,5%) e giudizio complessivo sul ricovero (+ 16,42%). Per quanto concerne l'item riguardante la cortesia del personale ausiliario nell'accompagnamento presso diagnostiche (D10) la percentuale di soddisfazione è diminuita in quanto la maggior parte degli esami diagnostici vengono effettuati all'interno della nostra S.C.

Conclusioni

Partendo dal presupposto che nel nostro reparto vengono utilizzati altri report per valutare la qualità dell'assistenza (rilevazione del dolore, riduzione dei tempi di degenza, riduzione delle infezioni ospedaliere, prevenzione delle UdP ecc.), non di minore importanza è la rilevazione della qualità percepita. Poiché il neonato non è un'entità individuale, ma è parte di una triade nella quale il benessere dei singoli individui è strettamente legato tra loro, il poter raccogliere dei dati sulla qualità percepita dai genitori è uno strumento utile per valutare nel complesso il benessere del neonato. Nel periodo intercorso tra i due questionari, l'opera di sensibilizzazione, attraverso corsi di counseling, di comunicazione verbale e non verbale, proposti a tutti gli operatori hanno contribuito a migliorare le capacità di relazione tra i genitori e il personale. I risultati del secondo questionario ci hanno dato conferma che le modifiche del nostro operato hanno avuto un riscontro positivo rispetto ai risultati precedenti. Auspichiamo che nei prossimi anni il grado di soddisfazione dell'utenza possa migliorare ancora.

Bibliografia

- A. Coluccia, F. Ferretti, F. Lorini " Qualità percepita e modelli di intervento: l'esperienza dell'Azienda Ospedaliera Senese".
- A. Coluccia, M. Calamai, F. Ferretti, F. Lorini. "Il Questionario di Qualità Percepita (QQP): uno strumento per monitorare le opinioni dei pazienti nelle strutture ospedaliere".
- A. Coluccia, F. Ferretti, F. Lorini. " Il modello della valutazione della qualità percepita dei servizi sanitari dell'Assistenza Pubblica-Ospedali di Parigi".
- A. Coluccia, F. Ferretti, T. De Palma, F. Lorini." Qualità percepita e servizi sanitari: le variabili discriminanti dell'informazione".
- Gruppo di lavoro del Centro Interdipartimentale di Soddisfazione dell'Utenza e Qualità Percepita nei Servizi Sanitari " Progetto IDACSS: scenari di ricerca e qualità percepita".
- R. Cinotti, C. Cipolla " La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini" Editore Franco Angeli.
- "C. Calamandrei, F. Orlandi " La dirigenza infermieristica " McGraw-Hill, Milano.
- Liva, Di Stanislao, 1996 " L'accreditamento dei servizi sanitari. Uno strumento per la promozione della qualità ".
- F. Focarile " Indicatori di Qualità nell'assistenza sanitaria " Centro Scientifico Editoriale, Torino, 1998.
- A. Donadedian
- G. Favretto Centro Docimologico Università di Verona
- F. Ferretti " Il concetto di qualità: un possibile quadro definitorio " Materiale didattico Master I° livello in Funzioni Specialistiche e Gestione del Coordinamento nelle professioni sanitarie.
- C. Poggi Clivio, Prof. G. Serra " Patologia e terapia intensiva neonatale" Editrice CSH s.r.l.
- Legge 502/92 " Riordino della disciplina in materia sanitaria "
- DGR Toscana n° 444 del 06/05/2002
- Direttiva del 24/03/2004
- Dipartimento Funzione Pubblica Programma " Cantieri"
- DGR Lombardia n° 7/8504 del 22/3/2002 " Qualità percepita dei servizi sanitari. Sviluppo del sistema di rilevazione "
- Carta di Lubiana
- Linee guida ISO 9000.

GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI NELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE: I MIGLIORAMENTI, LE SFIDE, I TIMORI

J.V. Dourado¹, E.C.B.Tonus¹, I.O. Guandaligni¹, V. Galbusera¹, M.L. Ventura¹, P. Tagliabue¹, P. Poletti²

¹UO Terapia Intensiva Neonatale e Neonatologia- Fondazione MBBM – AO San Gerardo Monza

²CEREF Centro Ricerca e Formazione – Padova, ESQH Office for Patient involvement; Strategic Advisory Board International Forum for Quality & Safety

Introduzione

I neonati ricoverati in terapia intensiva neonatale, sono sottoposti a cure complesse che spesso richiedono rapidità decisionale e tempestività d'azione. Nella maggior parte dei casi, esse si realizzano attraverso un certo numero di procedure invasive e mediante l'utilizzo di presidi e dispositivi tecnico-strumentali, tecnologicamente avanzati e ad alta complessità; elementi che se da un lato aiutano e garantiscono la sopravvivenza del piccolo paziente, dall'altra rappresentano una fonte di rischio per la maggiore probabilità che si verifichino eventi avversi. In questo contesto, gli infermieri sfidano il rischio in maniera esponenziale, a causa dell'elevata complessità assistenziale richiesta, dell'elevato carico di lavoro, dell'alto numero di neonati ricoverati, della necessaria tempestività nelle cure e della grande variabilità delle preparazioni e della frequenza di somministrazione dei farmaci per via parenterale e non ed infine delle dinamiche relazionali e comunicative che possono esse stesse rappresentare una criticità.

Negli ultimi anni alcuni studi internazionali hanno indagato come gli infermieri affrontano il rischio e come percepiscono e segnalano gli eventi avversi. In Canada uno studio condotto su 37 infermieri che lavorano in Terapia Intensiva, ha dimostrato che essi hanno maggiori difficoltà nel percepire e rilevare gli errori quando sono fuori dalla propria area di competenza ed attività pratica (per esempio, alcuni errori medici). E' emerso inoltre, che scelgono di notificare formalmente gli errori solo quando sono il risultato di negligenza o vi sia la minaccia di danno reale o potenziale per il paziente. Ed infine riescono ad individuare meglio gli errori nell'assistenza, quando sono il frutto di una violazione dei protocolli o di standard della pratica professionale.(1)

In Italia sono ancora pochi gli studi relativi alla gestione del rischio in area pediatrica; le strutture raramente sono dotate di un sistema di rilevazione e di monitoraggio degli eventi avversi; molte volte la prescrizione e/o la somministrazione dei farmaci avviene in forma quasi "automatica" (cioè meccanicamente e con scarso giudizio critico), tra costanti interruzioni e rumori, in un contesto dove gli operatori, nella maggioranza dei casi, vedono il proprio errore come un segno di incompetenza ed oggetto di responsabilità individuale.(2)

Tutti gli studi sono d'accordo nel ritenere che gli esiti degli interventi sanitari dipendono dalle caratteristiche organizzative in cui si svolge il processo di cura. Le organizzazioni sanitarie dovrebbero garantire la sicurezza dei pazienti migliorando le condizioni di lavoro degli infermieri, affinché siano in grado di offrire un'assistenza di qualità che dia priorità alla sicurezza.(3)

Obiettivi

L'obiettivo primario di questo studio è quello di conoscere il comportamento degli infermieri di fronte all'errore, con particolare riferimento alla percezione dell'evento avverso e a quali preoccupazioni, ansiosità ed aspettative esso genera e alle scelte dei professionisti nei confronti dei sistemi di segnalazione.

L'obiettivo secondario è quello di descrivere, attraverso una ricognizione nella letteratura, le principali azioni che la scienza infermieristica ha sviluppato a livello mondiale per affrontare l'errore.

Materiali e metodi

È stata condotta un'indagine esplorativa trasversale, su un campione rappresentato dagli infermieri che lavorano nel reparto di Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale San Gerardo di Monza. L'indagine è stata strutturata facendo riferimento alla revisione della letteratura sul tema, e ha utilizzato un questionario predisposto ad hoc, con un totale di 15 domande chiuse compilato autonomamente dai soggetti della ricerca. La somministrazione si è svolta durante un periodo di 3 mesi. Sono stati

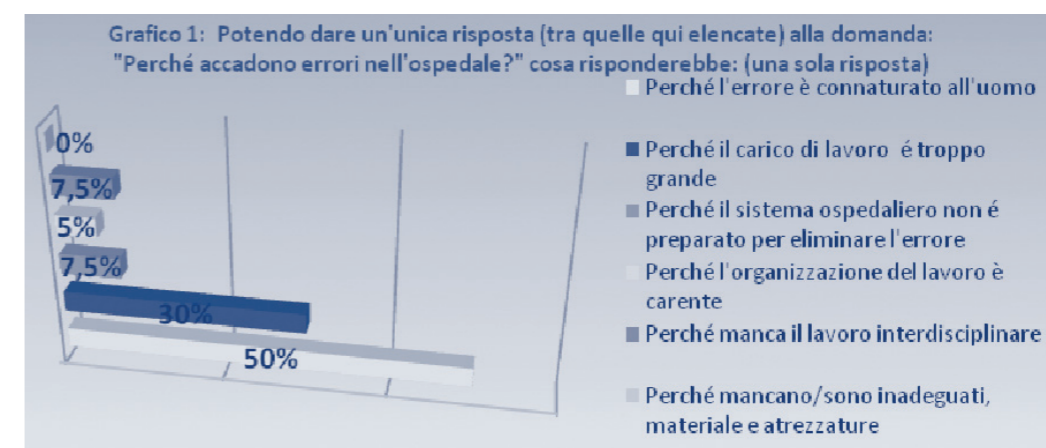
distribuiti 45 questionari in busta chiusa, consegnati direttamente ai destinatari. Sono state spiegate loro le motivazioni e le caratteristiche dell'indagine. Per assicurare l'anonimato, la riconsegna della schede è avvenuta attraverso un'apposita urna, posizionata presso il reparto.

Risultati

Hanno partecipato allo studio 40 infermieri (88,8%). L'analisi dei dati ha dimostrato che gli infermieri della Terapia Intensiva Neonatale hanno sviluppato un senso critico nei confronti degli errori clinici, in quanto il 65% di loro sostiene di riuscire ad intercettarli nel corso della pratica quotidiana. Quando si accorgono di aver commesso un errore, provano principalmente la sensazione di paura (40%), incompetenza (20%) e frustrazione(12,5%), ma nonostante la paura, il 62,5% ha risposto che comunica sempre gli errori. Inoltre il 52,5% crede importante notificare anche il quasi-errore ("near-miss"), mentre il 35% dei professionisti ha risposto che dipende dalla gravità delle conseguenze in cui avrebbe potuto incorrere il paziente. Il 47,5% degli infermieri preferisce comunicare l'errore ad un proprio collega, mentre il 40% preferisce riferirlo prima al medico responsabile. Per il 60% del gruppo, la comunicazione ai genitori è necessaria quando l'errore ha causato un danno al paziente. L'errore più comune durante l'assistenza diretta al paziente è quello relativo al trattamento farmacologico (82,5%), seguito dagli errori nell'utilizzo dei presidi (7,5%) e dagli errori nelle procedure invasive (7,5%). Per prevenire l'errore il 52,5% crede che la cartella informatizzata sia più efficace della cartella cartacea, mentre per il 47,5% dei professionisti è prioritaria la diminuzione del carico di lavoro, seguita dalla standardizzazione dei protocolli e dall'educazione continua (ambidue con il 17,5%). Il 47,5% riporta una mancanza totale di feedback in seguito alla segnalazione degli eventi avversi, il che sembra alla base di una valutazione negativa o poco conosciuta dei benefici dell'incident reporting, e delle azioni intraprese dal gruppo che si occupa del Rischio Clinico (dato che il 75% non riferisce cambiamenti dopo l'istituzione Aziendale della segnalazione degli eventi avversi). Il 50% degli infermieri ha attribuito la causa degli errori alla natura umana: "L'errore è connotato all'uomo". Il grafico 1 riporta le frequenze delle diverse risposte a questa domanda.

Discussione

L'analisi dei dati dimostra che gli infermieri della Terapia Intensiva Neonatale sono sensibili alla problematica degli errori clinici e alla loro segnalazione, malgrado siano ancora vittime di sentimenti quali la frustrazione, l'incompetenza e, soprattutto, la paura. I risultati sono compatibili con la letteratura, che rileva il momento della consapevolezza dell'errore come momento di sofferenza e auto-colpevolizzazione per i professionisti.(4) In uno studio condotto in Italia sul timore degli infermieri di commettere errori, (5) gli autori affermano che questa paura e l'angoscia morale degli infermieri italiani (i quali si percepiscono come responsabili), derivano dal concetto culturale che attribuisce l'accadere dell'errore ad un singolo operatore e la responsabilità è considerata personale e non condivisa con il sistema sanitario, che è complesso e molte volte non dà priorità alla sicurezza.(6) Nonostante la paura, la maggioranza dei professionisti comunica e notifica gli errori. Uno degli aspetti positivi rinvenuti in letteratura è che tra le professioni sanitarie quella dell'infermiere è quella più propensa a comunicare



e notificare gli errori.⁶ La decisione di comunicare formalmente o informalmente l'evento avverso è legata soprattutto al modo in cui l'infermiere percepisce l'errore e a come questo ricade sul paziente.¹ Un dato estremamente significativo e rilevante dell'indagine è che l'82,5% degli infermieri ha identificato gli errori di terapia come i più comuni nell'assistenza diretta; un dato compatibile con diversi studi scientifici che concordano nell'affermare che la gran parte degli eventi avversi in Terapia Intensiva Neonatale siano quelli di tipo terapeutico, che sono diffusi e spesso provocano danno.⁽²⁾ Nello stesso tempo, però, gli infermieri hanno ancora dubbi sui benefici della Cartella Informatizzata, che è invece essenziale per prevenire errori di terapia.^(7,8) La Cartella Clinica Elettronica (CCE) è la soluzione auspicabile per ovviare ai problemi derivanti dalla Cartella Cartacea, come l'illeggibilità, l'inesattezza, la duplicazione dei dati, le lacune nelle informazioni.⁸ Forse sarebbe utile in un secondo momento capire quali siano le incertezze degli infermieri sui vantaggi dell'informatizzazione delle cartelle cliniche. Per evitare gli errori, quasi la metà dei professionisti è convinta che sia prioritario diminuire l'eccessivo carico di lavoro determinato dalla carenza di personale infermieristico; uno dei principali ostacoli da superare per offrire una cura sicura e di qualità.⁽⁹⁾ Nonostante il sovraccarico di lavoro, gli errori in ospedale sono attribuiti principalmente a fattori umani: solo 3 infermieri hanno presentato una visione più ampia, che evoca fattori strutturali e organizzativi, chiamando in causa il sistema ospedaliero, che non è preparato ad eliminare l'errore.

Conclusioni

A livello internazionale le strategie sono rivolte al consolidamento di una cultura nella quale l'errore deve essere visto come opportunità di apprendimento e che preveda di ascoltare gli infermieri affinché esponano dubbi e suggerimenti. Questi ultimi debbono sviluppare nuove competenze, riflettendo sulla pratica professionale alla ricerca di prove scientifiche su cui basare le scelte per un processo assistenziale sicuro. Le principali sfide sono: la diminuzione del carico di lavoro, il miglioramento dell'ambiente lavorativo, il superamento della scarsa considerazione per la professione e lo stress, che favoriscono la Sindrome di Burnout. Il ruolo dei team leader è importante per motivare e coinvolgere i professionisti nonché la formazione continua a favore della sicurezza (6,10,11)

I dati rilevati nell'indagine rappresentano un invito ai professionisti a condividere le loro esperienze, ad imparare dagli errori dei colleghi, a conoscere i benefici dell'incident reporting, a trovare alternative per la sfida al sovraccarico di lavoro. Lo studio ha seguito la strategia (suggerita dalla letteratura internazionale) di comprendere quali siano gli aspetti che davvero contano per gli infermieri. Sono necessarie ulteriori ricerche sul tema, volte ad indagare realtà diverse, per approfondire le questioni affrontate dagli infermieri nella pratica quotidiana; è necessario discutere la pratica professionale per costruire linee guida, protocolli e procedure che diano priorità alla sicurezza.

Bibliografia

1. Espin S., Wickson-Griffiths A., Wilson M., Lingard L. (2010) "To report or not to report: A descriptive study exploring ICU nurses' perceptions of error reporting". *Intensive and Critical Care Nursing*, Vol 26; 1-9.
2. Pisano D. "Il Rischio Clinico. Patologia e Terapia Intensiva Neonatale". www.patologianeonatalecagliari.it/.../IL-RISCHIO-CLINICO.pdf
3. Vahey D.C., Aiken L.H., Sloane D.M., Clarke S.P., Vargas D. (2004). "Nurse burnout and patient satisfaction" *Med Care* Vol 42 n.2; 57-66.
4. Poletti, P.(2008) "La comunicazione dell'errore". *Decidere in Medicina*, 05;02-04.
5. Camerino D, Conway PM, Estryn-Béhar M.(2007) "Fear of Making errors in young and old Italian nurses". *Ergonomia* IJE & HF, Vol 29, n.3-4,211-217.
6. Watcher, Robert M. (2010) "Compreendendo a segurança do paciente" (Understanding patient safety), traduzione di Berquó L., Porto Alegre: Art Med.
7. Kaushal R., Bates D., Landrigan C., Mckenna K., Clapp M., Federico F., Goldman D.(2001) "Medications Errors and Adverse Drug Events in Pediatric Inpatients" (Versione Elettronica). *JAMA* 285;2114-2120.
8. Milholland, K. (2001) "Information Systems Technologies: Rewards and Risks" (Versione Elettronica), American Nurses Association.
9. Kanai-Pak M. (2008) "Poor Work Environments and Nurse Inexperience Are Associated With Burnout, Job Dissatisfaction, and Quality Deficits in Japanese Hospitals". *J Clins Nurs* 17 (24);3324-3329.
10. Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety, B. O. H. C. S. (2004) "Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses". *Ann Page Editor*, Washington, DC: National Academies
11. Joint Commission Resources (2008) "Temas e estratégias para liderança em enfermagem: Enfrentando os desafios atuais" (Issues and Strategies for Nurse Leaders Meeting Hospital Challenger Today), traduzione Thorell A.. Porto Alegre: Artmed.

SIMULAZIONE NEONATALE: IL GRUPPO "NINA", NUOVO MODELLO DI FORMAZIONE PERMANENTE

D. Bergamini, M. Consani, D. Femina, M. Levato, S. Marcacci, B. Valmori, C. Vivaldi, E. Vagli, A. Boldrini, M. Ciantelli, M. Gentile, R.T. Scaramuzzo, C. Riparbelli, E. Sigali, A. Cuttano

Centro di Formazione e Simulazione Neonatale "Nina" (Responsabile dott. A. Cuttano)
U.O. Neonatologia Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana (Direttore Prof. A. Boldrini)

Introduzione

"Ascolto e dimentico, scopro e mi ricordo, agisco e so". (Lao Tsu - 640 a. c.)

In una Unità Operativa di Neonatologia di Terzo Livello la macchina umana e tecnologica è quanto mai ampia e in movimento. Il turn-over del personale spesso intenso, il continuo progresso tecnologico nonché il progresso delle conoscenze impongono nuove procedure assistenziali: tutto ciò può creare difetti di conoscenza e/o una non omogenea capacità operativa del personale, situazione questa di relativa importanza nella routine, ma di assoluto pericolo in momenti di urgenza/emergenza.

Le procedure di più frequente applicazione (ventilazione meccanica, supporto respiratorio mini-invasivo e STEN) devono necessariamente essere conosciute e gestite da tutto il personale infermieristico, con abilità tali da poter far fronte anche ad eventuali criticità impreviste. Al contrario, le procedure che non sono di applicazione giornaliera (iNO) possono essere gravate da un "difetto di memoria" e, quando capita di realizzarle, può spesso essere necessario far riferimento all'esperta di turno (magari a casa!) o al filmato della ditta produttrice dell'apparecchio in questione. Se, poi il materiale è stato mal riposto, un particolare nel montaggio dell'apparecchio può sfuggire e rendere estremamente difficoltoso e lento l'avvio del trattamento.

Diventa allora imperativo essere pronti. Tutti, medici ed infermieri. In un team la forza è determinata, come in una catena, dall'anello più debole. Bisogna quindi irrobustirli tutti. La domanda è: come?

A Pisa, presso il Centro di Formazione e Simulazione neonatale "Nina", abbiamo trovato la nostra via, che speriamo possa essere esportabile.

Abbiamo costituito un gruppo multidisciplinare (Gruppo "Nina") che ha preso in considerazione alcuni momenti critici o ottimizzabili dell'attività assistenziale organizzando simulazioni ad Alta Fedeltà, da erogare a tutto il personale dell'Unità Operativa (ed eventualmente anche al personale di altri Ospedali).

L'idea di base è stata quella di organizzare dei corsi con simulazione, ad alta fedeltà, preparati da parte del personale stesso (gruppo Nina).

Materiali e metodi

Le procedure analizzate sono state la ventilazione meccanica, incluse tutte le metodiche di assistenza convenzionale e le modalità di supporto mini-invasivo, la terapia con iNO per l'ipertensione polmonare persistente, la preparazione preliminare e la gestione delle attrezzature per lo STEN.

Il gruppo "dei formatori" è stato identificato scegliendo un elemento infermieristico per ogni turno lavorativo. L'inizio dei lavori è stato preceduto da discussioni inerenti gli argomenti prescelti che hanno, in questo modo, coinvolto ogni turno; questo al fine di individuare le criticità e i suggerimenti per superarle. Il gruppo Nina ha quindi, riunendosi più volte, deciso sulla carta l'organizzazione del corso ed il suo setting prestando, altresì, particolare attenzione nello scegliere tutti gli elementi che avrebbero reso il corso, in fase di preparazione, un evento con simulazione ad alta fedeltà.

Alla parte frontale è stato deciso di dedicare solo un quarto del tempo totale dei corsi, frammentando per altro la stessa all'interno delle parti pratiche.

La realizzazione delle slide ha utilizzato il video-promo prodotto direttamente dal gruppo all'interno dell'UO, quindi con materiali e luoghi familiari a tutti, ritenendolo il mezzo più permeante. Particolare attenzione è stata inoltre posta ai costi dei materiali comunemente utilizzati durante l'assistenza poiché la consapevolezza degli operatori aiuta ad ottimizzare l'impiego di risorse.

Contestualmente sono state prodotte le procedure, linee guida redatte su format aziendale che

hanno aiutato la didattica durante l'erogazione dei corsi, ma soprattutto hanno accresciuto il "patrimonio della qualità" presente nell'UO.

Prima dei corsi abbiamo provato a monitorare alcuni eventi rilevandone tempi e problematiche di ingaggio (megacode), e ripetuto tale monitoraggio con lo stesso turno, nelle stesse situazioni, dopo l'erogazione del corso nel tentativo di oggettivare aspetti che a volte sfuggono alla standardizzazione.

Il corso è stato progettato e accreditato in 4 edizioni per permettere la partecipazione di tutto il personale, circa 40 infermieri. Preventivamente è stato somministrato, ad opera del gruppo, una sorta di megacode sui vari argomenti trattati e i video-promo creati per tali eventi rimangono a disposizione immediata direttamente nei computer della TIN per qualsiasi eventuale dubbio futuro. Abbiamo inoltre somministrato il test di gradimento.

Successivamente saranno realizzati trimestralmente dei micro-corsi, durante l'orario di lavoro, ad opera di ogni rappresentante del gruppo all'interno del proprio turno per ridurre al minimo eventuali "difetti di memoria" inevitabilmente presenti nelle procedure che non sono di applicazione giornaliera.

Risultati

Il Centro di Formazione e Simulazione "Nina" organizza il tutto e studia la curva dell'apprendimento, monitorando l'attività prima e dopo i "corsi"; i risultati ottenuti sono incoraggianti. La metodologia utilizza valutazioni fatte prima e dopo tramite la somministrazione di megacode, monitoraggio dei tempi e della correttezza degli interventi e della eventuale necessità di ausili didattici in "corso d'opera" per svolgere bene il compito assegnato

La somministrazione del megacode sulla gestione e utilizzo dell'INO prima del corso, ad esempio, ha evidenziato che il 60% circa del personale dimostrava difficoltà nella esecuzione delle procedure pre-operative, ed addirittura l'85% dei partecipanti non era in grado di sostituire correttamente la bombola e riattivare l'apparecchio senza avvalersi dell'aiuto del manuale con comprensibile rischio di incorrere in eventi critici.

Megacode utilizzo Sistema INOvent

Procedura	SI	NO
1 Individua il materiale occorrente per effettuare la calibrazione mensile	40	
2 Assembla il circuito ed effettua correttamente la calibrazione dei livelli superiori di O2	40	
3 Assembla il circuito ed effettua correttamente la calibrazione dei livelli superiori di NO	40	
4 Assembla il circuito ed effettua correttamente la calibrazione dei livelli superiori di NO2	40	
5 Individua il materiale occorrente per iniziare la terapia con INOvent	22	18
6 Individua il materiale occorrente e predisporre il circuito per il lavaggio e test di prestazione del sistema	22	18
7 Effettua calibrazione del limite inferiore	40	
8 Effettua test di tenuta ad alta pressione	35	5
9 Effettua lavaggio del sistema	16	24
10 Effettua test di prestazioni del sistema	16	24
11 Collega correttamente il sistema INOvent al circuito del ventilatore	35	5
12 Individua il materiale occorrente e predisporre il circuito per effettuare la ventilazione manuale	36	4
13 Sostituisce correttamente la bombola INOmax terminata	6	34
14 Smonta, pulisce e sterilizza i componenti al termine del ciclo di terapia	40	

Al termine del corso il 100% dei discenti era in grado di utilizzare e gestire l'apparecchio in maniera autonoma. Non solo. L'accrescimento delle competenze ha stimolato anche l'approfondimento individuale.

La somministrazione di tale megacode dopo 3 mesi dal termine del corso ha però evidenziato che circa il 5% dei partecipanti dimostrava qualche "difetto di memoria", che sicuramente sarà superato dopo la riproposizione dei micro corsi all'interno del turno. Tale obiettivo sarà documentato dalla somministrazione, a gruppi omogenei, di un megacode di controllo.

Discussione

I corsi si fatti sembrano un esame, e forse lo sono, ma se affrontati con lo spirito della simulazione ad alta fedeltà, dove la realtà si mischia con il gioco, e soprattutto con la serietà del più volenteroso e attento degli operatori abbiamo constatato essere fortemente accettati.

La preparazione dei corsi è stata anche l'occasione di una rivisitazione del materiale, della sua conformità e dei costi, portando a delle riflessioni che hanno diversamente indirizzato le nostre future scelte ed acquisti.

La potenza maggiore dei corsi è stata quella di aver percepito, nei discenti, un'ebbra sensazione di competenza a fine corso.

Il Gruppo Nina ha preparato il materiale di montaggio per tutte le apparecchiature incluse nelle procedure considerate, ha realizzato filmati "fatti in casa", presentazioni esplicative e organizzato prove pratiche (compresi benevoli sabotaggi e incidenti simulati!). Una sorta di percorso ad ostacoli, da erogare a tutto il personale in modo da favorire e stressare la preparazione, assicurata, in questo modo "just in place", per essere sempre "just in time"!

L'estensione dei corsi ha visto un'implementazione degli stessi, edizione per edizione, rendendoli mai uguali e sempre più completi alla luce dei consigli e suggerimenti dei fruitori.

I corsi non si sono esauriti dopo l'erogazione ma hanno lasciato problematiche aperte affidate ad elementi del gruppo per affinamenti futuri.

Ma il vantaggio maggiore, superiore anche a quello oggettivato dai risultati riportati, è la sensazione di una maggiore ricchezza della UO, rappresentata dall'acquisizione di uno strepitoso metodo formativo, dalla formazione spontanea di un gruppo (gruppo Nina) dedicato alla metodologia stessa e alla promozione di futuri eventi formativi.

La certezza è che indietro non si torna!!

Bibliografia

- Cuttano A. et al – Education in Neonatology by simulation: between reality and declaration of intent – The Journal of Maternal-fetal & Neonatal Medicine. In press
- Frengley RW et al – The effect of a simulation-based training intervention on the performance of established critical care unit teams – Crit Care Med 2011 jul 14
- Lo BM et al – Comparison of traditional versus high-fidelity simulation in the retention of ACLS knowledge – Resuscitation 2011 jun 14
- Yager PH, Lok J, Klig JE – Advances in simulation for pediatric critical care and emergency medicine – Curr Opin Pediatr 2011 jun;23(3):293-7
- Yaeger KA et al – High-fidelity simulation-based training in neonatal nursing – Adv Neonatal Care 2004 Dec;4(6):326-31
- Cato DL, Murray M – Use of simulation training in the intensive care unit – Crit Care Nurs Q 2010 Jan-mar;33(1):44-51
- Gordon GJ, Buckley T – The effect of high-fidelity simulation training on medical-surgical graduate nurses' perceived ability to respond to patient clinical emergencies. – J Contin Educ Nurs 2009 Nov;40(11):491-8
- Overly FL, Sudikoff SN, Shapiro MJ – High-fidelity medical simulation as an assessment tool for pediatric residents' airway management skills – Pediatric Emerg Care 2007 Jan;23(1):11-5
- Daniels K et al – Use of simulation based team training for obstetric crises in resident education – Simul Healthc 2008 Fall;3(3):154-60
- Duncan J et al – Consensus Conference: inhaled nitric oxide therapy in neonates and children: reaching a European Consensus – ICM, 30:372-380

COMPETENZE INFERMIERISTICHE IN TIN: UN' ESPERIENZA A GINEVRA

R. Galaverna

Terapia Intensiva Neonatale, Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle, Cuneo

Premessa

Nel mese di maggio del 2010, a Ginevra ho potuto sperimentarmi con una realtà assistenziale completamente diversa da quella da me conosciuta in Italia. Ho avuto la possibilità di poter frequentare la Terapia Intensiva Neonatale e Pediatrica di Ginevra durante il Master di primo livello in "Infermieristica di area critica" presso l'Università degli Studi di Torino con sede a Cuneo.

La presa in carico della persona assistita presso l'Ospedale Universitario di Ginevra è svolta in un ambito organizzativo di alto livello e ottimamente strutturato, essendo presenti varie figure infermieristiche con competenze distintive certificate. Tutti gli infermieri che si specializzano hanno un "cahier des charges", all'interno di questo documento vengono definiti gli obiettivi della funzione che deve mantenere l'infermiere specializzato. e più precisamente egli deve:

- Concettualizzare e praticare le cure infermieristiche di natura preventiva, curativa, educativa e riabilitativa nelle situazioni di alta complessità.
- Esercitare, per l'equipe di cura, il ruolo di persona-risorsa nel dominio delle cure specializzate necessarie al paziente.
- Assicurare all'interno dell'unità di cura: l'inquadramento e l'insegnamento clinico al personale in formazione specializzata e del personale in formazione non specializzata.
- Assicurare la promozione e la qualità delle cure specializzate, lo sviluppo delle pratiche assistenziali generali e specifiche.

Come posizione funzionale di posto gli infermieri dipendono dalla direzione infermieristica, viene anche definito come sono posizionati gerarchicamente e quindi dipende gerarchicamente dall'infermiere responsabile d'unità, e risponde funzionalmente ai membri dell'equipe delle cure, ai vertici infermieristici, agli infermieri specialisti clinici, al personale medico, agli insegnanti delle scuole delle cure infermieristiche, a tutte le figure professionali della salute, agli infermieri specializzati in formazione dell'HUG, al personale incaricato alla logistica, al personale di servizio ed ai volontari. Le principali attività/responsabilità riportate in questo "cahier des charges" sono: la valutazione e l'analisi delle cure di alta complessità e di rischio vitale – l'utilizzo delle cure infermieristiche specialistiche di alto livello in risposta ai bisogni del paziente sul piano tecnico, relazionale, preventivo ed educativo – la messa in atto di soluzioni innovative adattate alle situazioni complesse di cura – il favorire il coordinamento dell'intervento dell'equipe multi disciplinare e delle risorse esterne.

L'infermiere assunto presso la Terapia Intensiva Neonatale e Pediatrica di Ginevra deve necessariamente essere un infermiere specializzato. Il percorso per acquisire tale specialità è dato da un iter ben definito nel quale l'infermiere, una volta assunto presso la T.I.N.P., ha tempo due anni per potersi specializzare. Il professionista che supera il percorso formativo potrà continuare la sua professione presso la struttura, in caso contrario dovrà abbandonare e sarà destinato ad altra unità operativa. Le attrezzature presenti sono tutte tecnologicamente avanzate e la difficoltà riscontrata per un infermiere inserito in un contesto di questo tipo è quello di doversi istruire sul funzionamento delle molteplici e complesse apparecchiature che svolgeranno il supporto, il monitoraggio e la documentazione del processo diagnostico-terapeutico del piccolo paziente.

Concludendo, dall'esperienza vissuta in Svizzera ho potuto maturare che in un ambito intensamente specializzato vi sia una richiesta di competenze più elevate date dal contesto altamente tecnologico, dove la sola preparazione tecnica, fondamentale per poter gestire il processo diagnostico terapeutico, non è sufficiente ma deve essere integrata da una buona preparazione cognitiva e relazionale.

SOSTENIBILITÀ ECONOMICA E MIGLIORAMENTO DELLA SOPRAVVIVENZA CON LA RIORGANIZZAZIONE DELLE CURE NEONATALI IN UN PAESE IN VIA DI SVILUPPO: L'ESPERIENZA DI SETTE ANNI NEL CENTRE MEDICAL SAINT CAMILLE (CMSC) DI OUAGADOUGOU IN BURKINA FASOP.E. Villani¹, A. Ricchini², A. Thombiano³, P. Ouedraogo³, M.P. Chiesi⁴, R.F. Schumacher²¹UO Neonatologia e Pediatria, AUSL Parma, PO di Vaio²Dipartimento Materno - Infantile, AO Spedali Civili Brescia³Patologia Neonatale "G. Moscati" CMSC Ouagadougou, Burkina Faso⁴Fondazione Chiesi**Premessa**

Annualmente ci sono nel mondo circa 3,7 milioni di morti neonatali e 3,3 milioni di nati morti: Il 38% dei decessi sotto i 5 anni si verifica nei primi 28 giorni ed il 75% dei decessi neonatali si verifica nella prima settimana di vita (1). L'Africa sub-sahariana è tuttora la regione più pericolosa in cui nascere: 1,16 milioni di neonati non sopravvivono più di 28 giorni e mezzo milione muore entro le prime 24 ore (2). L'86% muore per tre cause principali: asfissia, prematurità, sepsi e infezioni gravi come tetano, polmonite e diarrea. Si stima che le infezioni gravi rappresentino il 36% di tutti i decessi neonatali (2). Raccontiamo la nostra esperienza di sette anni di collaborazione con la Patologia Neonatale del CMSC di Ouagadougou in Burkina Faso, paese dell'Africa dell'ovest tra i più poveri del mondo con indice di sviluppo umano che lo colloca 161° su 169 (3), prospettiva di vita di 48 anni, indice di fecondità di 6,8 figli per donna e mortalità infantile del 10.5% e materna di 930 su 100.000 donne. Il 72% dei suoi 15,4 milioni di abitanti vive sotto la soglia di povertà. La scolarità è ridotta e le strutture sanitarie sono carenti. Molte persone, adulti e soprattutto bambini muoiono per carenza di cure (4), polmonite, malaria, malnutrizione, HIV, TBC, morbillo, tetano (5).

Il CMSC, ospedale materno infantile fondato dall'Ordine Camilliano, comprende una maternità dove nascono più di 5000 neonati/anno, una Patologia Neonatale capace di più di 1200 ricoveri/anno ed una Pediatria dotata di 12 posti letto con una piccola sala per le cure intensive dotata di O₂. E' l'unica realtà che si preoccupa dei neonati patologici e prematuri in un'area che oltrepassa i confini del Burkina Faso interessando pazienti che provengono anche da Mali, Mauritania e Sierra Leone ed è diventato il fiore all'occhiello della realtà sanitaria del paese diventando il centro di eccellenza dove formare nelle cure neonatali il personale medico ed infermieristico dell'Università Statale. Con tale struttura la ONG Medicus Mundi Italia, in collaborazione con la Università di Brescia, la AO Spedali Civili, la Azienda USL di Parma hanno iniziato una collaborazione che nella sua parte neonatologica si è sviluppata attraverso numerose missioni annuali a partire dal 2005.

Scopo

Adeguare gli standard di trattamento dei neonati prematuri e patologici presso il CMSC di Ouagadougou ai più moderni protocolli assistenziali in una realtà dotata di scarsissime risorse tecnologiche.

Metodi

Operando in un reparto, sprovvisto di attrezzature e dove l'O₂ resta l'unica risorsa disponibile da circa due anni, abbiamo diretto il nostro intervento sull'addestramento del personale costituito da 19 ausiliarie e da 8 infermiere. Attraverso 12 missioni (9 mediche e 3 infermieristiche) abbiamo cercato di migliorare gli standard di trattamento attraverso:

- a) apprendimento di un metodo clinico con corretta valutazione dei parametri vitali come peso, SO₂%, frequenza respiratoria e cardiaca, diuresi, alvo, preparazione di una cartella clinica e due monitor a disposizione; presa in carico personalizzata dei pazienti ricoverati da parte degli operatori in turno;
- b) formulazione di protocolli assistenziali facilmente utilizzabili come: l'apporto mirato di liquidi, la terapia antibiotica, l'ossigeno-terapia, le apnee, le convulsioni, le modalità di alimentazione del prematuro e del neonato;
- c) corsi: la cura del prematuro, la rianimazione in sala

parto (6) e la utilizzazione dei monitor; d) aggiornamento e studio presso la TIN di Brescia della responsabile della Patologia Neonatale e la possibilità di avere un medico burkinabè specializzando in Pediatria presso la Clinica Pediatrica dell' Università di Brescia; e) rapporto settimanale via e-mail e telefonica per la discussione dei casi clinici. Sono stati migliorati i progetti già in atto di incentivazione dell' allattamento al seno dopo il parto ad opera delle puericultrici e delle ostetriche attraverso l' accompagnamento domiciliare delle puerpere e di istituzione di un accesso riservato alle madri HIV positive per effettuare la prevenzione della trasmissione materno-infantile (PTME), in accordo con il personale che si occupa delle problematiche legate all' AIDS (7).

Sono continuati gli ambulatori giornalieri di Neonatologia per i dimessi della Patologia Neonatale (20-40 pazienti al giorno) e nel Centro di Recupero ed Educazione Nutrizionale per i distrofici e i malnutriti (600-700/anno).

Per verificare l' impatto del nostro intervento abbiamo valutato i dati statistici di partenza (2005) e quelli annuali dal 2008 dividendo i neonati per età gestazionale, peso (VLBW < 1500 g, ELBW < 1000 g), inborn, outborn, diagnosi, sopravvivenza e mortalità e iniziato a considerare l' impatto economico riferito a: assunzione e addestramento del personale, maggior consumo di farmaci (O₂, antibiotici, diuretici, analettici), spese legate ai consumi elettrici.

Risultati:	2005	2008	2009	2010
Totali ricoverati	887	1217	1278	1472
Sopravvivenza	56.4%	55.4%	61.6%	61.3%
Outborn		961 (78.9 %)	1097 (85.8 %)	1211 (82.2 %)
VLBW	307 (34.6%)	513 (42.1%)	412 (32.2%)	415 (28.1%)
Peso medio	1251.2±352	1208±286	1288±200	1231±134
EG media	29.5±1.7	30.6±3.2	31.9±2	31.6±1
Sopravvivenza	23.2%	36.1%	44.7%	49.9%
ELBW			118	118
Peso medio			845±119.29	823±12.7
EG media			28.8±2.2	27.2±0.49
Sopravvivenza	1.4%	8%	4.3%	12.7%

Il miglioramento dei livelli assistenziali ha determinato un aumento dei costi legati in particolare all' assunzione ed alla formazione di nuovo personale (nell' ultimo anno quattro infermiere) ed alle spese vive legate ai farmaci, ai consumi in elettricità e per la produzione di O₂. Abbiamo quantificato una spesa annua di 40.500 euro dovuta al personale (35.000 euro per 27 operatori), farmaci e latte (3000 euro) e spese energetiche (2500 euro) con entrate di 15.000 euro legate al contributo dei familiari dei neonati degeni.

Discussione

La sopravvivenza totale dei neonati ricoverati ed in particolare dei VLBW (dal 23.2% del 2005 al 49.9% del 2010 con una popolazione oscillante tra i 307 e i 513 ricoverati/anno) è in costante miglioramento e questo conferma l' importanza dell' addestramento e della formazione degli operatori (8) della Patologia Neonatale; il miglioramento delle competenze da parte del personale, otto infermiere e diciannove ausiliarie, nella gestione dei piccoli attraverso nozioni di cure, di alimentazione, di mirato utilizzo dei liquidi e di una strategia di utilizzo degli antibiotici e dell' O₂, di una alimentazione corretta ha permesso di migliorare gli indici di sopravvivenza. Noi però pensiamo che soprattutto il raggiungimento di una gestione personalizzata dei ricoverati abbia contribuito a questo; il fatto che ogni operatore per turno sia direttamente responsabile dei 10-12 neonati assegnati non solo attraverso la verifica dei parametri vitali e dell' assistenza clinica ma anche con la responsabilità della consegna ai colleghi, ha incrementato l' attenzione sulle condizioni cliniche dei pazienti riducendo la mortalità che era più elevata nei turni notturni e festivi. Per gli ELBW con peso inferiore ai 1000 g, non essendo presente alcuna assistenza ventilatoria,

è presente ancora una mortalità elevatissima in linea con quella generale, per i neonati di peso inferiore ai 2500 g, dell' Africa Occidentale, anche se i dati del 2010 lasciano intravedere un lieve miglioramento, dato sicuramente da rivalutare nell' immediato.

Il numero veramente altissimo di pazienti outborn, provenienti da altri punti nascita della capitale e del paese, che rappresenta più dell' 80% dei ricoverati/anno, esprime il netto miglioramento dell' assistenza nella sala parto del CMSC e il fatto che sia diventato il centro di riferimento del paese per le cure neonatali ma riflette il bisogno di migliorare i livelli assistenziali (8) negli altri punti nascita di Ouagadougou. L' aumento dei costi di gestione dovuti al continuo progressivo incremento dei bambini ricoverati sta diventando un problema molto importante soprattutto in una realtà a scarsissime risorse dove il contributo dei familiari è molto esiguo; per questo si stanno cercando delle forme di sovvenzionamento utilizzando finanziatori esterni che appoggino il progetto per un definito numero di anni.

Conclusioni

La complessità di una realtà sanitaria estremamente povera rende difficili interventi mirati sui neonati che rappresentano la parte più indifesa della società. L' elevata presenza di neonati outborn nel CMSC incide sicuramente sulla mortalità anche per la precarietà delle cure prestate nei centri di provenienza. Il progetto prevede come prospettiva nuove missioni medico-infermieristiche per rendere sempre più adeguati gli standard di trattamento e per migliorare gli indici di sopravvivenza (9) sia introducendo nuovi trattamenti (caffeina citrato per le apnee) sia cercando di formare il personale dei punti nascita vicini e continuando il percorso di educazione sanitaria alle gravide ed alle puerpere (10).

E' fondamentale non solo la presenza di finanziatori esterni ma anche l' intervento del governo locale per sostenere economicamente solidi e seri progetti che portino gli operatori ad acquisire competenze utili (11) per lo sviluppo di una sanità sostenibile. Lasciare una traccia significa cercare un legame con i responsabili locali della salute, formare gli operatori indigeni, i veri protagonisti e dare continuità nel tempo ai progetti (12). Senza una maggiore riduzione della mortalità nei primi sette giorni di vita dopo la nascita il raggiungimento del 4° obiettivo del "United Nations' Millennium Development Goal" cioè la riduzione della mortalità di due terzi sotto i cinque anni di età è improbabile da realizzare (13).

Bibliografia

1. Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 Million neonatal deaths: When? Where? Why? Lancet 2005;365:891-900.
2. Opportunities for Africa's newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa. The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 2006.
3. La condizione dell'infanzia nel mondo 2009 Unicef.
4. Millennium Development Goals Reports, ONU 2010
5. Factors associated with high risk of perinatal and neonatal mortality: an interim report on a prospective community-based study in rural Sudan. Paediatr Perinat Epidemiol. 1994 Apr;8(2):193-204
6. McClure EM, Carlo WA, Wright LL, Chomba E, Lincetto O, Bann C. Evaluation of the educational impact of the WHO Essential Newborn Care course in Zambia. Acta Paediatr 2007;96:1135-8.
7. Carlo WA, Wright LL, Chomba E: Educational impact of the neonatal resuscitation program in low-risk delivery centers in a developing country. J Pediatr 2009;154(4):504.e5-508.e5.
8. Reduction of maternal and perinatal mortality in rural and peri-urban settings: what works? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1996 Oct;69(1):47-53.
9. Research priorities and postpartum care strategies for the prevention and optimal management of neonatal infections in less developed countries. Pediatric Infectious Disease Journal: August 2000 - Volume 19 - Issue 8 - pp 739-750
10. Newborn-Care Training and Perinatal Mortality in Developing Countries. N Engl J Med 2010; 362:614-623 February 18, 2010
11. Uxa F, Bacci A, 25. Mangiaterra V, Chiaffoni, GP. Essential newborn care training activities: 8 years of experience in Eastern European, Caucasian and Central Asian countries. Semin Fetal Neonatal Med 2006;11:58-64.
12. Atti del I° Workshop: "Cure neonatali nei paesi del terzo mondo: esperienze, confronti e strategie", Parma 2010.
13. Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates 2006. Geneva: World Health Organization., 2010.

CREARE UNA NEONATOLOGIA AD HAITI: SFIDA POSSIBILE AL ST. DAMIEN HOSPITAL

G. Francescato¹, G. Gervasi², M.P. Ronchetti², A. Dotta², M. Agosti¹

¹Neonatologia Ospedale Del Ponte, AO Di Circolo, Fondazione Macchi, Varese

²Terapia Intensiva e Semi Intensiva Neonatale, DNMC, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Haiti è un piccolo paese caraibico che occupa il terzo occidentale dell'isola di Ispaniola, estendendosi su una superficie di poco superiore alla Lombardia. Il paese è popoloso quanto il Niger (più di 10 milioni). Si calcola che l'80% degli abitanti delle aree urbane viva in bidonvilles, e che la maggior parte dei cittadini guadagni meno di due dollari al giorno. L'ultimo rapporto dell'agenzia delle Nazioni Unite per lo sviluppo (UNDP), colloca Haiti al 148° posto su 182 paesi valutati in termini di "Human Development Index", ed all'ultimo posto dei paesi del continente americano.

L'aspettativa di vita media è di 62 anni. Il 40% della popolazione ha meno di 15 anni. La fertility rate è pari a 4.4 e la prevalenza di HIV in età fertile è del 2%. La mortalità infantile (87/1000 nati vivi) è 20 volte superiore a quella italiana. Le principali cause di mortalità infantile, oltre alle forme infettive gastrointestinali e respiratorie, sono rappresentate dalle patologie neonatali, in particolare da prematurità, asfissia, sepsi, malformazioni congenite. La mortalità neonatale era in passato valutata intorno a 32/1000 (10 volte quella italiana); tuttavia si ritiene che questa rappresenti un'importante sottostima, anche in considerazione del fatto che circa l'80% dei parti viene espletato a domicilio, con l'ausilio di personale non specializzato (spesso con nessuna formazione medico-infermieristica), in seguito a gravidanze non seguite e quindi misconosciute.

L'assistenza alla popolazione è sostenuta per lo più da Organizzazioni non Governative (ONG) che operano nel paese senza alcuna sinergia e senza alcun accordo con il governo locale; non è individuabile un piano sanitario condiviso.

L'Ospedale Saint Damien di Tabarre, Port Au Prince è un ospedale materno-infantile, riconosciuto dal Ministero della Sanità haitiano. Esso è stato inaugurato nel 2006 ed è sostenuto in loco dall'ONG Nuestros Pequeños Hermanos, ed in Italia dalla Onlus Fondazione Francesca Rava - NPH Italia. Oltre ai reparti di degenza pediatrici (quali ad esempio oncologia pediatrica, malnutrizione e chirurgia pediatrica), ospita un pronto soccorso pediatrico, una terapia semintensiva pediatrica, due sale operatorie, una radiologia, un laboratorio analisi ed una farmacia. Questi servizi sono interamente gestiti da staff locale.

Dal 2010, in seguito al terremoto del 12 Gennaio, e facendo seguito ad un preesistente progetto del 2009, sono stati inoltre attivati i servizi di ostetricia e neonatologia. Obiettivo di questo ambizioso progetto, che vede coinvolti in veste di consulenti ostetrici e neonatologi italiani, è dare sostegno sanitario alle fasce più deboli della popolazione, costituite dalle donne in gravidanza e dai loro neonati.

Il disastro che ha colpito l'isola, rendendo inagibili alcuni dei servizi ospedalieri e virtualmente tutti i servizi di ostetricia, ha imposto l'immediata attivazione del reparto maternità e ha portato alla nascita in ospedale dei primi neonati fisiologici nei giorni immediatamente successivi al terremoto. Nel corso degli ultimi 18 mesi, il numero dei parti espletati presso l'Ospedale Saint Damien ha subito una crescita esponenziale, portando le nascite da 22 a 450 al mese, ed i ricoveri in neonatologia da 2 (gennaio 2010) a 31 (febbraio 2011), di cui più del 90% per prematurità. I neonati patologici, dapprima ricoverati in un'unica sala da 20 posti culla, a partire da settembre 2011 dispongono di due sale da 16 posti letto ciascuna, attrezzate con gas medicali, presidi di ventilazione non invasiva (bubble C-PAP), saturimetri, cardiomonitor, termoculle e lettini riscaldati. Sono stati inoltre attivati servizi di assistenza territoriale per la madre ed il neonato in tre aree ad alta densità di popolazione ed estremo rischio socioeconomico, ove vengono anche espletati parti fisiologici.

Un ruolo chiave per una piena ed efficace realizzazione del progetto è rivestito dalla disponibilità e preparazione del personale sanitario, spesso carente in ambito neonatologico sia sul piano numerico che sul piano professionale.

Quello dell'Ospedale Saint Damien è infatti il primo e ad oggi unico reparto di neonatologia del paese. I medici che si specializzano in pediatria e gli infermieri che hanno precedenti esperienze di lavoro ospedaliero in reparti di pediatria, hanno nozioni molto limitate di neonatologia.

Queste condizioni hanno reso necessaria la creazione di un percorso di formazione per il personale sanitario haitiano estremamente complesso ed articolato, che avesse quale obiettivo finale l'autonomia completa del personale locale nella gestione del neonato sano e soprattutto di quello patologico, l'acquisizione di tecniche e di competenze sia pratiche che teoriche, l'approfondimento di alcune tematiche di fondamentale importanza (ad esempio igiene disinfezione, prevenzione delle infezioni), e la redazione di protocolli di reparto.

Dall'inizio del 2010, ostetrici, neonatologi ed infermieri volontari italiani (e talvolta di altre nazionalità) sono presenti per affiancare il personale haitiano nei reparti di ostetricia e soprattutto di neonatologia.

Oltre all'affiancamento in loco - reso possibile dalla presenza in reparto dapprima costante poi intermittente di volontari provenienti da numerose neonatologie d'Italia (Roma, Varese, Milano, Verona, Cuneo, Cagliari, etc) - abbiamo previsto inizialmente uno stage di un medico e di due infermiere (tra cui la caposala) haitiane per un mese presso il reparto di neonatologia dell'Ospedale Del Ponte - AO Di Circolo - Fondazione Macchi di Varese (novembre 2010), e l'inizio del programma di formazione on the job a partire da aprile 2011. I punti fondamentali di questo programma sono stati elaborati dal team dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma come segue:

- 1- Identificazione dei punti critici del reparto di neonatologia
- 2- Report dei parti spontanei e tagli cesarei degli ultimi mesi
- 3- Organizzazione e la pianificazione del personale medico e infermieristico
- 4- Introduzione di una nuova cartella clinica
- 5- Creazione di protocolli diagnostico-assistenziali delle principali patologie neonatali
- 6- Piano di condivisione con il pronto soccorso pediatrico / la maternità / la sala operatoria
- 7- Formazione del personale haitiano
- 8- Organizzazione e pianificazione delle risorse materiali

Il progetto ha visto il suo ulteriore sviluppo con: 1) la creazione di un board internazionale e multidisciplinare composto dai rappresentanti della Fondazione Rava, dell'Ospedale Del Ponte, dell'Ospedale Bambino Gesù e dell'Ospedale St Damien, che ha il compito di coordinare tutte le iniziative e le nuove attività della neonatologia dell'ospedale ST Damien; 2) uno stage di 3 mesi del personale di Haiti (1 neonatologo, 1 caposala ed un'infermiera) presso l'Ospedale Bambino Gesù di Roma; 3) successiva apertura delle due nuove sale di neonatologia e visita di un mese del personale medico-infermieristico italiano ad Haiti.

Lo scopo della formazione deve intendersi non solo sulla formazione teorica e pratica dell'attività di neonatologia medico-infermieristica, ma anche atta a formare un processo di organizzazione gestionale ed assistenziale basata su linee guida e protocolli condivisi e coordinati da un responsabile. Ogni intervento eseguito deve essere dapprima condiviso dal board di coordinamento e successivamente misurabile in termini di efficienza ed efficacia.

Le esperienze accumulate attraverso gli stages ed il confronto con operatori sanitari europei ha consentito di raggiungere capacità manuali e teoriche ed autonomia di gestione altrimenti non acquisibili nel paese, e riteniamo che potrà portare ad un costante e progressivo miglioramento delle opportunità assistenziali per i neonati dell'isola.

Bibliografia

- Progetto Assistenza Materno-Infantile Emergenza post-terremoto NPH Italia 2010
- WHO Data from the Global Health Observatory 2010
- UNDP Human Development record 2010
- Worldmapper.org

NASCERE AD AFAGNAN: L'AFRICA ED I SUOI PICCOLI ANGELI

M. Giardinetti, G. Caporalini, F. Feleppa

Ospedale Generale "San Giovanni Calibita" Fatebenefratelli, Roma

Introduzione

Quando si parla dell'Africa, si pensa subito ai bellissimi paesaggi, ai colori meravigliosi, agli odori così caratteristici, ai bambini così belli.

Quando ci si sofferma su quelli che sono i problemi reali di questo straordinario popolo, è difficile "credere" che tutta la sofferenza, tutta la povertà e tutte le malattie esistano veramente.

L'Africa è un GRANDE paese con un GRANDE popolo che non chiede molto ma che avrebbe bisogno di tanto.

Il Togo, in particolare, è un piccolo stato che si affaccia sul golfo di Guinea tra il Ghana ed il Benin. Afagnan si trova a 90 Km dalla capitale Lomè e a 30 Km dal mare.

L'ospedale in cui lavoriamo è stato fondato nel 1964 da fra Tosini e fra Aquilano Puppato, questa zona indicata dalle autorità locali come la più povera del Paese, serve una popolazione di oltre 100.000 abitanti. Quando fu fondato, disponeva di 82 posti letto, si è poi lentamente sviluppato arricchendosi di nuovi padiglioni ed ora dispone di oltre 300 posti letto. I malati sono quasi sempre in numero maggiore rispetto alla capienza. Prima della attuazione del nostro progetto non esisteva un reparto di neonatologia per l'assistenza ai nuovi nati.

Obiettivo

In questi anni l'obiettivo principale del nostro lavoro è stato quello di:

- assicurare l'assistenza al nascituro
- ridurre la mortalità perinatale
- migliorare il più possibile la sopravvivenza anche con interventi a livello scolare e sociale.

Materiale e metodo

Il nostro lavoro si è sviluppato sia in ospedale sia sul territorio.

Il progetto "Nascere ad Afagnan" è stato fondamentalmente incentrato sulla formazione del personale locale relativa alle basi fondamentali dell'assistenza tramite:

- la creazione di un luogo adeguato, "un'isola neonatale", all'interno dell'ospedale.
- la dotazione di materiale minimo necessario e la fornitura annuale di tale materiale
- la creazione di una scheda neonatale
- l'insegnamento al personale delle manovre di base dell'assistenza neonatale alla nascita
- la creazione di protocolli per l'assistenza neonatale alla nascita e durante la degenza.

Sul territorio, coinvolgendo in maniera costante e progressiva le persone del posto, ci siamo occupati della scolarizzazione dei bambini, garantendo loro anno per anno l'iscrizione scolastica, la fornitura del materiale scolastico e il necessario per una alimentazione che assicurasse la sopravvivenza.

Risultati/conclusioni

I risultati ottenuti dopo l'attuazione del progetto descritto sono stati importanti ed estremamente gratificanti per noi operatori:

- una sensibile riduzione della mortalità perinatale, dal 13,5% al 3,5% in 10 anni di costante attuazione che è documentata dai dati che abbiamo estrapolato dai nostri viaggi.

L'addestramento del personale del luogo ha permesso di rendere attuabili quotidianamente sia le manovre di base dell'assistenza al neonato sia l'osservazione quotidiana durante il periodo di degenza con il rilevamento dei parametri vitali ed il riconoscimento di eventuali patologie e quindi l'eventuale trasferimento nel padiglione di pediatria. Gli obiettivi futuri di tale progetto in parte già attuati prevedono la creazione di protocolli di assistenza al neonato patologico di lieve e/o media entità.

Sul territorio i progetti di scolarizzazione e socializzazione procedono. Ciò che questo straordinario popolo ci dà in cambio del nostro aiuto è il suo sorriso, la sua voglia di vivere, il suo "grazie". Piccole grandi cose che ci spingono a non fermarci e a cercare di fare sempre di più.

L'Africa non ha bisogno di essere cambiata.

L'Africa ha solo bisogno di amore, ha bisogno di ritrovare la sua dignità, di poter vivere di quelle semplici cose che per noi sono scontate.

RAGGIUNGERE IL MILLENNIUM DEVELOPMENT GOAL 4 E 5: IL RUOLO DELL'INFERMIERE NEL CENTRO MATERNITÀ DI EMERGENCY IN AFGHANISTAN EMERGENCY ONG ONLUS - LIFE SUPPORT FOR CIVILIAN WAR VICTIMS

R. Vatta¹, M. Usuelli²

¹Infermiera pediatrica, Blocco Operatorio Pediatrico - IRCCS Burlo Garofolo di Trieste

²Paediatric Division of EMERGENCY, "NICU, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico - Università degli Studi di Milano"

Introduzione

L'Afghanistan è uno dei paesi con i peggiori indicatori di salute al mondo. I dati disponibili sono approssimativi a causa delle grandi difficoltà nell'ottenere dati demografici completi. Studi epidemiologici dimostrano che il paese è ancora nelle stesse condizioni sanitarie di 20 anni fa (1): l'aspettativa di vita (41 anni per i maschi, 42 per le femmine) è la stessa del 1990. Il tasso di mortalità materna (MMR), stimato 1800/100.000 nel 2005, è solo in lieve flessione rispetto all'anno 2000: 1900/100.000. Secondo le statistiche dell'OMS il MMR dell'Afghanistan è il secondo più alto nel mondo, sebbene le ultime stime del Lancet (2) pongano l'Afghanistan al primo posto nel mondo per MMR (1575/100.000; intervallo di confidenza 594-3396/100.000). Suddividendo l'Afghanistan nelle sue province, il paese ha il record assoluto in uno studio pubblicato di MMR con 6500 morti materne su 100.000, nella provincia del Badakhshan (3). La mortalità neonatale afghana è stimata a 60/1000 nati vivi (4).

L'83% delle gestanti non ha accesso ad alcun servizio di cura prenatale e l'86% partorisce senza alcuna assistenza ostetrica qualificata. Le statistiche dell'OMS del 2009 inoltre indicano un tasso di fertilità di 7,1 e un tasso di prevalenza contraccettiva pari a 10,3%.

I Millennium Development Goal (MDG) 4 e 5 (la riduzione della mortalità materna e infantile dei 2/3 75% in 25 anni) sono stati raggiunti in paesi come Thailandia, Malesia e Sri Lanka: proprio quest'ultimo partiva da un MMR paragonabile a quello dell'Afghanistan (5). L'analisi approfondita ha dimostrato che le componenti chiave e le strategie efficaci per raggiungere l'obiettivo siano rappresentate da: investimenti a lungo termine nella formazione ostetrica, accessibilità immediata sul posto alle cure in caso di emergenza ostetrica, accessibilità gratuita a cure di salute riproduttiva (5, 6, 7).

Materiali e metodi

La provincia del Panjshir si trova nel nord-est del paese e dista da Kabul circa 2 ore in macchina. Il Centro Medicochirurgico di Anabah costruito e gestito da EMERGENCY (realizzato nel 1999 ed ampliato nel 2003) è l'unica struttura ospedaliera a comprendere un Centro di Maternità in tutto il Panjshir. La sua popolazione (130.400 persone) insieme alle 560.800 della provincia di Parwan e le 374.500 di Kapisa costituiscono il nostro bacino di utenza (8). I dati di accesso alla maternità infatti, mostrano che solo il 29,6% delle nostre madri proviene dal Panjshir, mentre il 37% dalla provincia Kapisa ed il 33,4% da quella di Parwan¹⁰. Il centro è stato aperto nel 2003 per rispondere al drammatico bisogno di salute Materno Infantile e Neonatale delle donne e dei bambini afgani. L'obiettivo del progetto è di rendere più sicura la gravidanza, il parto ed il periodo neonatale offrendo un'assistenza che comprenda l'emergenza ostetrica, neonatale e la pianificazione familiare in ospedale, mentre una rete provinciale di 17 First Aid Posts (FAP) di EMERGENCY assicurano 24/7 un rapido trasferimento in ospedale in caso di emergenza.

Come provato dalle successe storie di Thailandia, Malesia e Sri Lanka, il Centro di Maternità nel Panjshir è accessibile gratuitamente 24/7. Lo staff locale, composto da 30 donne fra ostetriche, infermiere ed ausiliarie, riceve una continua formazione on the job, supervisionata dallo staff internazionale. Lo staff medico internazionale, costituito da 1 ginecologo, 1 neonatologo, 2 ostetriche ed 1 infermiere neonatale sono costantemente presenti per missioni della durata di 3-6 mesi, e sono responsabili dell'attività clinica e della formazione del personale locale. Ciò garantisce un trattamento di alta qualità nonostante l'estrema carenza di personale di sesso femminile nel paese: i medici donne sono scarsi in tutto il paese, e la maggioranza di questi

preferisce lavorare nella capitale in cliniche private. Infatti, solo il 21% delle strutture sanitarie ha almeno un'infermiera e solo il 20% almeno un'ostetrica (9).

Risultati

Il numero di parti aumenta ogni anno: dai 533 neonati curati nel 2004 ai 3.028 del 2010/11. I dati aggiornati a giugno 2011 indicano che quest'anno sono stati assistiti 1.846 neonati tra inborn ed outborn, fornendo una proiezione annuale per il 2011 di 3.692 pazienti. I protocolli clinici di assistenza provengono dalle pubblicazioni dell'OMS, adattate al nostro livello di tecnologia e al rapporto infermiera e medico/paziente. L'obiettivo specifico del progetto è di incrementare la sicurezza del parto per le madri ed i neonati; il parto cesareo è una procedura da eseguire in caso di assoluta indicazione, considerando l'alto tasso di fertilità delle donne afgane (7,1) e la loro discontinuità nel rivolgersi all'ospedale in caso di gravidanze successive. Dal 2007 si è mantenuto costante lo standard raccomandato dall'OMS di una percentuale di tagli cesarei tra il 5 ed il 15%, senza incremento della mortalità materna e neonatale.

"Societies in which the Total Fertility Rate (TFR) decreases are also places with declines in the MMR" 5 e numerose altre pubblicazioni dimostrano che ad una riduzione del tasso di fertilità segue un calo della mortalità materna: il nostro centro effettua counselling per aumentare l'intervallo fra le gravidanze e fornisce gratuitamente la maggior parte dei moderni metodi contraccettivi (inclusa la legatura delle tube).

Dei 1.846 nati vivi (gennaio-giugno 2011), inclusi i neonati patologici nati a casa o presso altra struttura e giunti presso il nostro pronto soccorso nei primi 28 giorni di vita, 640 sono stati ricoverati nel reparto di patologia neonatale sub intensiva, con 41 morti, portando così il tasso di mortalità neonatale a 22/1,000 mentre il tasso di mortalità neonatale in Afghanistan è di 60/1000.

Questo dato concorda con i dati di mortalità neonatale alla dimissione registrati negli ultimi anni, nonostante un consistente aumento quantitativo dei ricoveri al nido e in TIN sub intensiva: 23/1,000 nel 2010/11, e 19,1/1,000 nel 2009, mostrando una standardizzazione della qualità di cura in termini di protocolli, equipaggiamento e risorse umane.

Su un totale di 1,846 neonati ammessi nel periodo gennaio-luglio 2011, il 12% è rappresentato da LBW, il 2,2% da VLBW e lo 0,6% da ELBW.

Principali cause di ricovero in NICU gennaio-luglio 2011:

LBW	264
Aspirazione di Meconio (+, ++, +++)	135
Apgar Score < 7 (a 5 minuti)	49
Gemelli/Trigemi	93
Convulsioni	12
PROM > 12 h	138
Febbre Materna	17
Malformazioni Congenite	23

Discussione

Dal 2005 il Lancet Neonatal Survival ha pubblicato che il 38% delle morti sotto i 5 anni avviene nel periodo neonatale e perciò la riduzione dei 2/3 della mortalità infantile è irrealizzabile senza interventi a favore della cura neonatale. I dati di mortalità neonatale, confermati negli anni, rappresentano una standardizzazione della qualità di cura nei paesi in via di sviluppo che rendono il Centro di Maternità del Panjshir un possibile "gold standard" ed un modello da studiare anche in ottica di costo opportunità.

Non è possibile quantificare con esattezza quanto siano migliorate le condizioni dei neonati nelle province del Panjshir, Kapisa e Parwan dall'apertura del Centro di Maternità di EMERGENCY per mancanza di dati epidemiologici a livello delle singole province. Nondimeno, i nostri dati, se paragonati ai dati dell'OMS sulla mortalità neonatale in Afganistan tratti dalle statistiche nazionali

(60/1000), permettono di affermare che il MDG 4 (per quanto riguarda la componente neonatale) nella struttura di EMERGENCY in Panjshir non solo è stato raggiunto ma è stato superato da almeno 3 anni.

Coi nostri dati confermiamo che gli investimenti nell'assistenza sanitaria gratuita, nella formazione sul campo, nella supervisione del personale locale da parte dello staff internazionale e nella facile accessibilità ad un ospedale di riferimento, sono le componenti chiave per ridurre efficacemente la mortalità neonatale in un contesto di povertà.

EMERGENCY ritiene che ogni ulteriore incremento del livello di tecnologia debba accompagnarsi ad impegni di formazione di lungo periodo. Ad esempio se potessimo contare su una collaborazione continuativa di almeno 12 mesi da parte di un reparto di neonatologia con turni di infermieri e medici, potremmo migliorare in maniera credibile l'assistenza respiratoria al neonato, introducendo la tecnologia delle nasal CPAP, misurando nel tempo quanto questa procedura possa ulteriormente ridurre la mortalità neonatale ospedaliera nella nostra popolazione.

Bibliografia

1. World Health Statistics, WHO 2009
2. MC Hogan et al "Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress toward Millennium Development Goal 5" Lancet, April 2010
3. Bartlett LA et al "Where giving birth is a forecast of death: maternal mortality in four districts of Afghanistan, 1999-2002" Lancet 2005; 365: 864-70
4. "Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates 2004". WHO 2007
5. C Ronsmans and WJ Graham "Maternal mortality: who, when, where, and why" The Lancet, September 2006
6. Seneviratne HR, Rajapaksa LC "Safe motherhood in Sri Lanka: a 100-year march" Int J Gynaecol Obstet 2000; 70:113-24
7. Lijestrand J, Pathmanathan I "Reducing maternal mortality: can we derive policy guidance from developing country experiences?" J Public Health Policy 2004; 25: 299-314
8. Central Statistics Office of Afghanistan. "Settled Population of country by Provinces and sex for 2006-2009 years". <http://www.cso.gov.af/demography/population.html>. Retrieved 2009-11-30.
9. MoPH and UNFPA: "Afghanistan Reproductive Health Resource Assessment" (2002)
10. R. Baiocchi MD, M. Uselli: "OBSTETRIC CARE IN PANJSHIR VALLEY, AFGHANISTAN". GLOBAL CONGRESS OF MATERNAL AND INFANT HEALTH Barcelona; September 2010. ATTI
11. M Uselli, Beretta C, Valenti M, Serventi M, Frontini E, Porcu A: ACHIEVING MDG 4 NOW: THE PAEDIATRIC PROGRAM OF EMERGENCY Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal Volume 6, Issue 4, PP044.

IL LATE PRETERM E LA SUA FAMIGLIA: AIUTIAMOLI A CRESCERE

O. Casati, M. Ballabio

U.O.S. Neonatologia - U.O.C. di Pediatria e Neonatologia - P.O. di Desio (MB) - A.O. di Desio e Vimercate

Con il termine Late Preterm (o near-term) si indicano i piccoli con età gestazionale compresa tra la 34 e la 36+6 settimane.

Questi neonati sono fisiologicamente, metabolicamente e neurologicamente più immaturi rispetto ai neonati a termine ed hanno perciò una maggior probabilità di sviluppare distress respiratorio, instabilità della termoregolazione, ipoglicemia, ipocalcemia, iperbilirubinemia, infezioni, difficoltà di alimentazione e disturbi neuro-evolutivi, con un'alta percentuale di re-ospedalizzazione.

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un costante incremento di queste nascite legato all'aumento dell'età, delle patologie materne e dei parti gemellari per gravidanze indotte.

Nel nostro centro, che dispone di una Patologia Neonatale di II livello, i dati confermano quest'incremento: i nati prematuri sono passati dal 4,97% del 2008 al 5,95% del 2010 ed il 91% di questi sono Late Preterm.

Consapevoli che questi neonati richiedono un'assistenza attenta e personalizzata basata sui bisogni specifici, dal 2010 abbiamo deciso di iniziare un percorso, formativo primo ed assistenziale in seguito, dedicato a loro, con lo scopo di aumentare le competenze infermieristiche del personale dedicato all'assistenza di questi neonati (siano essi al Nido o in Patologia Neonatale) e, contemporaneamente far crescere l'autonomia dei genitori fin dai primi giorni di vita, coinvolgendoli da subito nelle pratiche assistenziali e dando loro il maggior numero d'informazioni possibili per prepararli al ritorno a casa.

Il nostro percorso di miglioramento è iniziato da una revisione della letteratura per poi procedere con:

- corsi di formazione interna (Audit clinici) rivolti a tutto il personale della Neonatologia;
- tirocinio formativo presso il nostro centro di riferimento per lo STEN (T.I.N. Azienda Ospedaliera S. Gerardo, Monza);
- aggiornamento/revisione dei protocolli assistenziali in uso, controllo del micro e macroambiente, maggior attenzione alla care, alle cure e alle norme igieniche;
- creazione, da parte del gruppo infermieristico della Patologia Neonatale, di modulistica dedicata al nato prematuro, che comprende:
 - scheda per la valutazione dell'autonomia dei genitori: da compilare durante la degenza da parte del personale infermieristico fino al raggiungimento dell'autonomia dei genitori sulla gestione del neonato (dalle cure igieniche all'alimentazione)
 - "Finalmente a casa": consigli utili per il ritorno a casa (ambiente idoneo, sonno, alimentazione, coliche e crescita adeguata)
 - informazione sul dolore del neonato: cause e trattamenti, coinvolgimento dei genitori, contenimento e saturazione sensoriale
 - la marsupioterapia: informazioni sulla metodologia e i suoi benefici;
- modifica del nostro regolamento di reparto allo scopo di ampliare l'orario d'ingresso dei genitori, per un maggior coinvolgimento nelle pratiche assistenziali, e fornire maggiori informazioni per la degenza;
- implementazione del massaggio infantile durante la degenza e possibilità di partecipare al corso post-dimissione
- ambulatorio di puericultura gestito dal personale infermieristico a disposizione per i controlli peso e la gestione delle problematiche sull'allattamento post-dimissione;
- ambulatorio dedicato al follow-up dei prematuri, dove sono previste le figure della pediatra, della neuro-psichiatra infantile e di una psicologa a disposizione per le problematiche dei genitori legate alla gestione del neonato.

Nel nostro percorso vi sono ancora delle criticità quali:

- la gestione del neonato in Sala Parto che, dopo l'immediata assistenza alla nascita, è affidata al personale ostetrico;
- l'entrata libera in Patologia Neonatale per entrambi i genitori, necessaria ma purtroppo ancora

limitata per i problemi strutturali;

- l'implementazione dell'ambulatorio infermieristico post-dimissione.

Per quanto riguarda l'assegnazione del reparto al ricovero, fino ad ora abbiamo usato un approccio personalizzato, che ci ha permesso nel 2010 di ricoverare un buon numero di questi neonati al Nido (circa il 40%), sfruttando così l'azione positiva del Rooming-in associata all'osservazione che comunque meritano questi piccoli pazienti, per evitare e/o affrontare tempestivamente le complicanze sopra descritte.

Lavorare su quest'argomento ci ha permesso di riflettere sull'importanza di aprirci alle evidenze e di aggiornarci periodicamente, di guardare alle altre realtà e saper valutare i pro e i contro adeguandoli alla nostra, di considerare i genitori come una risorsa e non come un intralcio alla nostra attività, ma soprattutto di anteporre alle nostre esigenze organizzative le necessità del piccolo e della sua famiglia.

Bibliografia

- J.A. Petrini, T. Dias, M.C. Mc Cormick, M.L. Massolo, N.S. Green, G.J. Escobar. Increased risk of Adverse Neurological Development for Late Preterms –The Journal of Pediatrics 2009 febbraio; 154 (2): 169-176;
- W.A. Engle, K.M. Tomashek, C. Wallman. "Late-Preterm" Infants: a Populations at Risk. Pediatrics 2007 Dic; 120(6): 1390-1401;
- Tonse N.K. Raju, Rosemary D. Iggins, Anne R. Stark, Kenneth J. Leveno. Optimizing Care and Outcomes for Late-Preterm (Near Preterm) Infants: A Summary of the Workshop Sponsored by the National Institute of Child Health and Human Development. Pediatric 2006; 18 (3): 1207-1214;
- www.neonatologytoday.net - Care of Late preterm Preemies May Be Insufficient; 6 (4): 9-10 aprile 2011
- Viral A. Dave, Deborah E. Campbell. Cold stress and Hypothermia. AAP Textbook of Pediatric Care. 2008 Agosto Chapter 92;
- M. Allen, S. Cubb, Pinnacle Health System, Harrisburg, Pennsylvania. Late-Preterm infant- Who I Am? Using Evidence-Based Practice Mode to Expedite Improvement of Care to Vulnerable Infants. Clinical Nurse specialist. The journal for Advanced Nursing Practice March-April 2010; 24(2): 97-98;
- Chiu SH, Anderson Gc. Effect of early skin-to-skin contact on mother-preterm infant interaction through 18 months: randomized controlled trial. Inf J Nurse Stud 2009 Sep; 46(9): 1160-80;
- ER Moore, Gc Anderson, N Bergman. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Review 2009 (1);
- R. Feldman, A.I. Eidelman, L. Sirota, A. Weller. Comparison of Skin-to-Skin (Kangaroo) and Traditional Care: Parenting Outcomes and Preterm Infant Development. Pediatrics 2002; 110 (1): 16-26;
- M. Anfossi, T. Gianì Gallino. La terapia del canguro. www.psiconline.it, 2001;
- K.J.S. Anand, R. W. Hall. Love, Pain and Intensive Care. Pediatrics aprile 2008; 121 (4): 825-7;
- F. Ferrari, N. Bertocelli, C. Gallo, M.F. Roversi, M.P. Guerra, A. Ranzi and M. Adders-Algra. Posture and movement in healthy preterm infants in supine position in and outside the nest. Arch Sis. Child Fetal Neonatal Ed. 2007 September; 92(5): F386-F390;
- J.Sizune, B. Westrup and the ESF Network Coordination Committee. Early Development Care for Preterm Neonates: a call for more research. Arch Dis Child Fetal Neonatal ED 2004; 89: F384_f389;
- P. Lago, D. Merazzi, E. Garetti. Gruppo Studio di Analgesia e Sedazione SIN Linee guida per la prevenzione e terapia del dolore nel neonato; 2008 aprile;
- F. Festini, I. Biagini. Family centered care: un concetto guida dell'infermieristica pediatrica www.SISIP.IT 2009;
- International Journal of Epidemiology (2010). The implications of late-preterm birth for global child survival; 39(3): 645-649;
- MM. Bharestani. An Overview of neonatal and Pediatric Wound Care Knowledge and Considerations. Ostomy Wound Management 2007; 53(6): 34-55;
- T. Griffin, Terry. Transition to home From the Newborn Intensive Care Unit: Apply the principles of Family-Centered Care to the Discharge Process. Journal of Perinatal & Neonatal Nursing 2006; 20 (3): 243-249.

“OBIETTIVO BENESSERE” MAMMA BAMBINO: L'AMBULATORIO NURSE LED

M.C. Ennas

Azienda Ospedaliero Universitaria-Cagliari, Nido-Puericultura-TIN - Direttore Prof. Vassilios Fanos, Cagliari

Introduzione**“Uno scenario che cambia”.**

Negli ultimi anni, le società scientifiche e le istituzioni in generale, hanno ripreso in considerazione le modalità dell'organizzazione dell'assistenza alla madre e al neonato, durante il parto e il puerperio, con l'intento di promuovere la salute e il benessere di entrambi e garantire, al tempo stesso, il massimo della sicurezza possibile in questo particolare periodo.

Al centro dell'attenzione, non solo la diade madre-neonato, ma con il coinvolgimento maggiore della figura paterna che, in questo nuovo contesto, vede riconosciuto e valorizzato il suo ruolo all'interno del legame affettivo. Nell'ottica di un più semplificato sviluppo della relazione si vuole garantire, quindi, la fisiologia degli eventi legati al parto e al puerperio.

Il rispetto delle specifiche esigenze relazionali madre-bambino in ospedale: attaccamento precoce e a richiesta al seno, libertà da orari rigidi, inutilità di alcune pratiche assistenziali, ha condotto a migliorare le modalità delle cure in molti punti nascita. Tutto ciò ha dato modo di ripensare l'intero complesso di cure fornite sia alla madre che al neonato.

La nuova tendenza è orientata verso una “deospedalizzazione” del periodo post-parto.

Per contro, i motivi socioculturali e i presunti vantaggi economici ottenuti dalle dimissioni precoci, non sempre sono però espressione di miglioramento delle cure; queste potrebbero tradursi in situazioni negative ed avere degli effetti non desiderati.

Indubbiamente la dimissione precoce potrebbe mettere a rischio la sicurezza della triade madre-neonato-padre, se non si garantisce nell'immediato un proseguimento dell'assistenza. La neo famiglia si ritroverebbe, infatti, in uno stato di smarrimento e solitudine, specie in quei casi, oggi, sempre più frequenti, in cui i neo genitori hanno perso il sostegno della propria famiglia d'origine. La riflessione ci porta a pensare che la dimissione precoce dall'ospedale rischia di allontanare l'attenzione dall'assistenza al puerperio e al neonato nel periodo particolarmente delicato delle prime due-tre settimane dal parto. Un periodo che sovente presenta aspetti assistenziali rilevanti sia per la madre (possibili crisi di stanchezza, difficoltà di allattamento, post-partum blues, depressioni post parto etc.), sia per il neonato (rischio di aumento di ricoveri per calo ponderale, disidratazione, ittero, infezioni etc.).

Problematiche che inoltre, possono lenire ed ostacolare l'istaurarsi della loro relazione all'interno della neo famiglia, generando, distorsioni relazionali precoci.

E' un questo un periodo in cui è spesso presente un “vuoto assistenziale”. Difatti, pur essendo presenti servizi territoriali per l'assistenza al puerperio e al neonato dopo la dimissione, nel nostro paese, da poche parti essi sono stati attivati a pieno ritmo e spesso vengono largamente sottoutilizzati dall'utenza (probabilmente per scarsa informazione). Così pure la presa in carico da parte del pediatra di famiglia avviene in maniera disomogenea e spesso tardiva.

Nuove prospettive professionali:

Nello scenario che si è delineato nella sanità italiana, negli ultimi anni con la tendenza alla “razionalizzazione”, ottenuta, con la diminuzione dei posti letto per acuti negli ospedali, ha reso necessario e conseguente un potenziamento dei servizi territoriali.

Da questa esperienza italiana, si è appurato che l'assistenza territoriale oltre a garantire un risparmio di risorse economiche per il Servizio Sanitario Nazionale, al tempo stesso salvaguarda, addirittura, una migliore assistenza, più specifica e gli utenti in linea di massima, risultano trattati e gestiti meglio.

D'altro canto è in questo scenario che le professioni infermieristiche e ostetriche hanno finalmente, dal punto di vista legislativo, ottenuto la possibilità di esprimere le proprie competenze in maniera autonoma e responsabile.

La svolta in Italia, per gli infermieri è partita dal 1994, con il DM n. 739/94 ma anche, grazie ad altri interventi legislativi, che riguardano il regolamento della figura e del profilo professionale

infermieristico.

La legge 42/99 e la legge 251 (art.2) hanno riportato al riconoscimento dell'assistenza infermieristica sul piano dell'iter formativo, dello stato giuridico e dell'autonomia professionale, valorizzando il ruolo dell'infermiere.

Un nuovo modello di esercitare l'attività infermieristica è sicuramente l'ambulatorio Nurse Led (gestione infermieristica).

Oggi in Italia, grazie alle nuove leggi sul profilo professionale, l'ambulatorio infermieristico può essere attivato gestito da liberi professionisti, oppure più semplicemente costituire parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale.

L'ambulatorio Nurse Led neonatale a Cagliari, una novità?

In Europa i pionieri di questo modello organizzativo sono indubbiamente i nostri colleghi d'oltre Manica, in Gran Bretagna, infatti, ma anche in Spagna, l'ambulatorio Nurse Led è oramai una realtà presente da anni.

In Italia, negli ultimi anni sono nate alcune esperienze simili. Numerosi si contano un po' in tutto il paese gli ambulatori infermieristici specie quelli neonatali.

La strutturazione di un ambulatorio infermieristico neonatale, è basata sul modello delle prestazioni infermieristiche e prevede un tipo di assistenza complessa: infermieri dedicati, giudizio autonomo, decisioni ponderate basate sulle conoscenze dello specifico professionale, propensione alla comunicazione e ai rapporti umani (conoscenza ed abilità di counselling), oltre che doti di creatività ed iniziativa.

Di recente a Cagliari presso la Clinica “Macciotta”, Azienda mista, è stato avviato in via sperimentale un ambulatorio Nurse Led, gestito da infermiere pediatriche, con esperienza ventennale in area pediatrica.

L'ambulatorio per la sua peculiarità e unicità è dedicato al neonato fisiologico e al sostegno relazionale madre-neonato e madre-neonato-padre.

L'obiettivo principale che ci proponiamo è garantire una continuità assistenziale infermieristica dal punto di vista dell'allattamento al seno e della care del neonato, salvaguardando e sostenendo soprattutto, la madre in tutti quegli aspetti relazionali nuovi che caratterizzano il primo e delicato periodo del post parto.

L'idea di aprire l'ambulatorio nasce da una richiesta spontanea da parte delle mamme che partoriscono al San Giovanni di Dio, come è risultato chiaramente, dalla lettura dei questionari di gradimento sulla “Promozione dell'allattamento al seno”, distribuiti nel Settembre 2010 tra le nostre puerpere.

La prenotazione.

L'ambulatorio post-dimissione è attivo il martedì e il venerdì dalle ore 9.30 alle ore 14, presso la storica Clinica Macciotta al piano terra e dispone di una linea telefonica dedicata.

Al Nido al momento della dimissione o qualche ora prima si propone alle madri soprattutto se primipare, un incontro in ambulatorio. Accedono, volontariamente se ritengono di aver bisogno di supporto infermieristico, in relazione alle dimissioni precoci che avvengono dopo 48 ore per i nati da parto spontaneo e dopo 72 ore per i nati da parto cesareo.

L'appuntamento per l'incontro si fissa su richiesta, dopo 5-6 giorni, dalla nascita, in dimissione protetta e nell'intervallo che intercorre tra la dimissione e la prima visita con il pediatra di base.

Le madri giungono all'ambulatorio con il loro piccolo e nella quasi totalità dei casi accompagnate dal partner.

L'opuscolo per i genitori.

A tutti i genitori che accedono al servizio, viene consegnato al momento della prenotazione, un opuscolo che contiene informazioni di educazione sanitaria e puericultura di competenza prettamente infermieristica.

Inoltre nell'opuscolo sono raccolti dei dati che verranno rilevati durante l'incontro e che riguardano:

- a) Dati auxologici (Il peso del bambino: alla nascita alla dimissione e il peso attuale).
- b) La medicazione ombelicale (tecnica corretta e come eseguirla).
- c) Eventuali problematiche riguardanti il moncone ombelicale.
- d) Anamnesi dell'allattamento al seno.
- e) Problematiche legate all'allattamento.
- f) Cure del neonato.
- g) Allattamento artificiale.
- h) Appuntamento dopo 6 settimane per test sulla Depressione Post Partum.
- i) Osservazioni infermieristiche: consigli e suggerimenti.
- j) Osservazioni e considerazioni di mamma e papà.

L'accesso all'ambulatorio è rivolto a tutti e accoglie anche i genitori stranieri o extracomunitari, per questo motivo il libretto è fruibile in quattro lingue: italiano, inglese, spagnolo e francese.

L'incontro in ambulatorio e l'accoglienza.

Durante l'incontro in ambulatorio si vuole offrire ai neo genitori un ulteriore controllo del neonato per cercare di renderli più sereni nell'accudimento del loro bimbo, atto a favorire un percorso di "umanizzazione" che faciliti anche a casa le varie fasi della relazione tra il neonato e la sua Famiglia.

Come già descritto in precedenza, particolare attenzione è rivolta alla promozione dell'allattamento al seno, secondo le raccomandazioni OMS/UNICEF e le linee guida per la promozione e la tutela dell'allattamento al seno del Ministero della Salute e dell'Academy of Breastfeeding of Medicine. Percorso peraltro già intrapreso al momento della nascita e durante il breve ricovero.

In pratica: l'osservazione generale del neonato riguarda:

- a) Controllo del peso, l'eventuale calo ponderale post dimissione e la visione di una poppata al seno materno.
- b) Eventuale controllo dell'ittero neonatale in base al colorito cutaneo del neonato.
- c) Osservazione infermieristica generale del neonato: eventuale disidratazione e colorito, reattività.
- d) Dimostrazione pratica della disinfezione e cura del moncone ombelicale.
- e) Dimostrazione pratica del massaggio del neonato (rivolta soprattutto al papà) atto a favorire il contatto fisico neonato-padre, neonato-madre.
- f) Fornire ai neo genitori informazioni infermieristiche di puericultura ed educazione sanitaria.
- g) Fornire un momento di transizione fino alla presa in carico del pediatra di base spesso non immediata. Qualora, l'infermiera, individui un problema, presumibilmente di competenza medica, chiederà la consulenza al pediatra referente del Nido o in sua assenza al pediatra, preposto al Nido.

L'incontro è finalizzato a garantire il più possibile il benessere della coppia madre-bambino coinvolgendo sempre il padre nel processo. L'accoglienza avviene, tramite un colloquio iniziale, in un clima sereno e tramite un approccio empatico, finalizzato ad individuare eventuali problemi, riguardanti l'allattamento al seno e l'alimentazione del neonato. L'operatrice usando abilità di counselling, invita i genitori a raccontare cosa è avvenuto nei primi giorni a casa con il bambino. Consigli, suggerimenti e rassicurazioni, sono alla base dell'incontro.

Durante il colloquio, l'attenzione dell'operatore è rivolta anche all'individuazione attraverso degli screening o attraverso la compilazione di una scheda anamnestica di notazione infermieristica, di un eventuale disagio materno, che potrebbe essere lieve o più accentuato. L'eventuale disagio paterno invece, si individua durante e tramite il colloquio, ma anche tramite la raccolta di dati riguardanti le emozioni paterne provate nel corso del travaglio e del parto.

Parlare di Depressione Post Partum.

Parlare oggi di depressione post-partum è divenuto necessario se non indispensabile. Un fenomeno sino a poco tempo fa misconosciuto, ma che ancora suscita preoccupazione ed imbarazzo da parte delle mamme.

Per contro, ultimamente si sente sempre più parlare di depressione post-parto: se ne discute nei salotti televisivi, nei tg, talvolta per dare una giustificazione a fatti di cronaca in cui vediamo come protagoniste mamme che uccidono i loro bambini, però, appare evidente che non se ne parla mai abbastanza per far sì che questi episodi non avvengano.

"La DPP colpisce oggi migliaia di donne in tutto il mondo, intaccando la felicità di quello che dovrebbe essere uno degli eventi più gioiosi della vita: la maternità.

In casi estremi il malessere emotivo si trasforma in comportamenti pericolosi per se stessi e per il bambino, in violenza, istinti suicidi, apatia.

E' strano ma vero può colpire anche i papà".

Il periodo puerperale per la donna è caratterizzato da una condizione di fragilità psicosomatica i cui effetti possono tradursi in una sindrome definita in ambito psichiatrico: Depressione Post Partum (DPP).

Questo termine comprende quadri clinici molto differenti tra loro per caratteristiche di gravità e durata: disturbi lievi noti come Baby Blues (coinvolge circa l'80% delle madri). Disturbi di media gravità che costituiscono la vera e propria depressione puerperale (depressione post partum), che colpisce circa il 13% delle madri e disturbi gravi (circa 1,2%) caratterizzati da depressione psicotica (psicosi puerperale).

La Depressione post parto ha infatti gravi conseguenze non solo sulla salute mentale della madre, ma anche sul partner, sulla relazione coniugale e sullo sviluppo cognitivo, emotivo e sociale a breve ed a lungo termine del bambino.

Il problema principale resta sempre la diagnosi. La donna spesso si sente in colpa del suo stato, tiene quindi nascosti i sintomi per paura di essere considerata una cattiva mamma. In realtà la donna dovrebbe comprendere che il primo passo per la risoluzione del problema è parlarne liberamente, specie con i familiari e soprattutto con esperti. Spesso si attribuisce la causa di questi stati depressivi alle variazioni ormonali che avvengono dopo il parto: in realtà queste modificazioni dette baby blues, di solito si esauriscono nel giro di poche settimane. La depressione è però qualcosa di ben più importante: si tratta di un problema complesso, in molti casi si può parlare di vera e propria malattia. A conferma di ciò sono allarmanti i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la quale ritiene che la depressione per le donne sia la quarta causa di disabilità. E' difficile imputare la causa d'insorgenza di questo fenomeno. Studi svolti indicano che concorrono alla sua comparsa fattori come: variazioni ormonali, il fatto che la donna in gravidanza subisce modificazioni sul piano fisico, mentale, ma anche sociale e relazionale. Nella depressione post natale i sintomi che si presentano sono vari e talvolta gravi: stati d'ansia, preoccupazioni eccessive per la salute del bambino, panico, sbalzi di umore, tristezza, pianto improvviso ed incontrollato, disturbi del sonno, inappetenza, disperazione, stati confusionali, pensieri di morte. Questi episodi potrebbero perdurare sino a 9-10 mesi dopo la nascita del bambino.

DPP nell'uomo.

In base a dei dati raccolti in numerosi studi si è notato che la depressione post partum nell'uomo è solitamente preceduta a quella della donna, tanto più grave è la depressione nella donna tanto più sono significativi i sintomi nell'uomo. Si stima che dal 24 al 50 per cento dei compagni delle donne che soffrono di depressione post partum, siano a loro volta depressi.

Nell'uomo la depressione invece si manifesta con: attacchi di rabbia, rigidità affettiva, ipercriticismo, abuso di droga e alcool oppure, alla somatizzazione, come la "sindrome della covata", in cui l'uomo a partire dal terzo mese di gravidanza sino alla nascita del neonato, sperimenta: disturbi digestivi, nausea, vomito e oscillazioni dell'umore, proprio i sintomi che sperimenta la donna incinta.

Gli esperti spiegano che la depressione post parto colpisce circa 1 padre su 10. In molti casi la sensazione ricorrente è che i papà si sentono lasciati da parte, perché in questo frangente, sono la donna e il bambino che stanno al centro dell'attenzione. La DPP nell'uomo può presentarsi già durante la gravidanza ma, raggiungere il picco tra i 3-6 mesi di vita del bambino.

Allattamento materno e DPP.

Si parla spesso di come la depressione post parto sia legata al periodo seguente la nascita del bambino, ma ancora poca attenzione viene data al delicato periodo dell'allattamento che sembra a volte essere coinvolto con lo sviluppo del disagio psicologico di certe madri.

Tuttavia molti studi sembrano aderire a due differenti scuole di pensiero: da una parte c'è l'ipotesi che sia lo stesso allattamento al seno, le concentrazioni di prolattina e progesterone a generare disturbi di umore e dell'ansia, dall'altra invece appare evidente come l'esperienza dell'allattamento generi uno stato di benessere e miglioramento delle condizioni della madre.

Vero è che molte donne che presentano già forme ansiose con problemi contestuali concomitanti (salute del bambino, problemi familiari etc.), possono vivere con difficoltà un allattamento sereno e spesso possono presentare ipogalattia (scarsa produzione di latte). E' importante quindi che le donne che possono essere soggette a forma di depressione post parto, siano sostenute ed aiutate ad allattare in modo naturale, in quanto è possibile così promuovere in loro una maggiore autostima come madri, acquisite maggiore sicurezza in se stesse per poter così comunicare con il proprio bambino attraverso la modalità più immediata e primitiva: il corpo.

“Sono la tenerezza e il nutrimento materno che portano alla formazione dell'uomo maturo”
Al Tabari. (X secolo d.C.)

Screening DPP e questionari di gradimento in ambulatorio: alcuni dati:

Alle mamme che hanno avuto accesso in ambulatorio, dal 16/02/11 al 15/05/11, si è sperimentata la somministrazione del (PHQ2).

Il PHQ2 (Patient Health Questionnaire-2) è uno strumento di screening derivato dal PHQ9 (Patient Health Questionnaire-9) già validato anche in Italia, attraverso il confronto con i risultati del Dsm IV asse I (Scid-I), (quarta edizione del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali).

In pratica lo screening consente di individuare le persone con probabile disturbo depressivo nelle ultime due settimane e comprende due domande:

- | |
|---|
| 1. Nelle ultime due settimane, ti è capitato di aver provato scarso interesse o piacere nel fare le cose? Con quale frequenza? -mai-alcuni giorni-più della metà dei giorni-quasi tutti i giorni- |
| 2. Nelle ultime due settimane ti è capitato di sentirti giù, triste o disperata? Con quale frequenza? -mai-alcuni giorni-più della metà dei giorni-quasi tutti i giorni- |

Lo screening rientra nel Progetto M.H (Medical Humanities) della Terapia Intensiva Neonatale di Cagliari e comprende un estratto per le mamme del Nido. Gli screening sono stati proposti dalle infermiere, a tutte le mamme che hanno avuto accesso in ambulatorio, ma in collaborazione e sotto la supervisione del filosofo esperto in Bioetica Clinica e Medical Humanities, che opera da alcuni mesi presso il nostro Istituto.

In base al risultato dei questionari, il progetto M.H, prevede che tal caso se ne ravvisi la necessità, verrà curato, l'invio protetto che permetterà alla madre sofferente di accedere ad una attività terapeutica. Il Counseling, è praticato da prima attraverso degli incontri individuali e successivamente attraverso interventi di gruppo.

In tre mesi di sperimentazione del PHQ2 in ambulatorio, sono stati raccolti circa cento questionari. Dall'analisi di questi ultimi e dai commenti di alcune mamme è emerso che molte di loro non hanno gradito il PHQ2, considerandolo molto forte nella formulazione delle domande, come ad esempio l'aggettivo “disperata” nel secondo quesito del questionario.

Dopo questo periodo di sperimentazione si è arrivati alla conclusione che i PHQ2, sarebbero stati sostituiti da una scheda “anamnestica di notazione infermieristica”, che si è rivelata di più facile compilazione da parte dell'infermiera dell'ambulatorio e sicuramente meno invasiva per le mamme, infatti, viene compilata a colloquio concluso.

I questionari di gradimento per l'ambulatorio Nurse Led: benessere per mamma e bambino:

L'indagine è stata condotta sulla base di un questionario elaborato specificatamente a tale scopo. Il questionario è stato proposto alle mamme frequentanti l'ambulatorio di continuità infermieristica, durante l'incontro alcuni giorni dalla dimissione dal Nido. I dati riguardano l'elaborazione definitiva di 121 questionari.

a) Le piacerebbe continuare ad avere assistenza da parte dell'ospedale durante i primi 6 mesi di vita del bambino? Hanno risposto positivamente il 100% degli interpellati (121).

b) Se si può indicarci le aree nelle quali vorrebbe avere assistenza?

Assistenza di continuità infermieristica: n.117 pari al 97,7%
Corsi di formazione sulle tematiche dello sviluppo del bambino n.76 pari al 62,8%
Consulenza e supporto individuale n.74 pari al 61,2%
Incontri con neonatologi e pediatri su temi di Educazione Sanitaria n.72 pari al 59,5%
Altro: assistenza infermieristica a casa (4). Supporto ulteriore all'allattamento e ampliamento ambulatorio infermieristico (9)

c) Sarebbe interessata a partecipare ad attività di gruppo con altre neo mamme? Che tipo di attività le piacerebbe sviluppare?

Gruppi che permettano di condividere i vissuti della maternità n. 81 pari al 66,9%
--

“Dall'analisi dei questionari si evidenzia come sia altamente gradita dall'utenza un'attività da parte dell'ospedale che copra i primi sei mesi di vita del bambino. In particolare si nota come l'ambulatorio infermieristico abbia un gradimento pressochè unanime (97,7%). Il gradimento dell'ambulatorio infermieristico viene inoltre ulteriormente confermato da numerose precisazioni negli item aperti, nei quali viene spesso richiesta una consulenza e supporto ulteriore per quanto attiene all'attività dell'ambulatorio infermieristico e, in genere, alle problematiche dell'allattamento. Molto richiesti sono inoltre i corsi di formazione nelle loro varie declinazioni, con una richiesta sostanziale di aumento delle competenze genitoriali e di cura del bambino. Molta attenzione è stata inoltre accordata alle attività di tipo umanistico: la consulenza individuale (61,2%), l'assistenza psicologica e i gruppi di lavoro. In quest'ultimo caso decisa preferenza è stata accordata ai gruppi che permettano di condividere assieme ai vissuti della maternità (66,9%).”

Conclusioni

A quasi dieci mesi dall'inizio dell'attività sembra prematuro trarre delle conclusioni, ma è possibile fare alcune riflessioni.

Nonostante la professione infermieristica abbia raggiunto a livello legislativo l'autonomia come è indicato nel regolamento del nostro profilo professionale (DM 739 del 94, la legge 42/99 e la legge 251), di fatto nell'immaginario collettivo persiste ancora una visione dell'attività in un ruolo “subordinato”.

Per contro, questa constatazione pare non concordi con il risultati dei questionari di gradimento, che al contrario vorrebbero valorizzato il ruolo degli operatori dell'ambulatorio infermieristico; tale affermazione è maggiormente evidenziata negli item aperti in cui è ancora più chiaro ed evidente il gradimento da parte dei genitori. L'analisi dei questionari di gradimento ci fa riflettere su quelle che sono le richieste di mamma e papà: supporto individuale e psicologico, supporto per aumentare le loro competenze genitoriali e di cura del bambino. L'infermiere è sicuramente, l'operatore che più interagisce con i genitori, è quindi una forte figura di riferimento soprattutto per la madre: la capacità di accogliere e di comunicare, in maniera semplice e chiara, che può avere anche uno stile informale e spontaneo, rende importante la relazione di aiuto e di ascolto e la comprensione delle dinamiche familiari che scattano in questo delicato periodo del post parto.

Non di meno si tratta di un intervento che rende più semplice ed efficace il successivo incontro con il pediatra di base, già alla prima visita.

In generale, l'incontro in ambulatorio infermieristico sembra favorire l'autonomia dei genitori, la gestione delle cure e la relazione madre-bambino, nonché madre-bambino-padre. Indubbiamente, un maggior contenimento offerto alla coppia genitoriale, successivamente si riverbera in modo positivo sul contenimento che essa può offrire al figlio.

Bibliografia

- Codice Deontologico dell'Infermiere IPASVI consiglio nazionale Roma 17/01/09
- D.M. 14/09/94 n° 739. Gazzetta Ufficiale 09/01/95 n°6
- Ambulatorio Infermieristico IPASVI "Florence" organo di stampa IPASVI Mantova Settembre 2004
- Marinella D'Innocenzo "Nuovi modelli organizzativi per l'assistenza Infermieristica" L'ambulatorio infermieristico territoriale" centro Scientifico Editore-Torino-2002.
- Medical Humanities in terapia intensiva (progetto MH). Patologia Neonatale-Puericultura-Nido-TIN Direttore Prof. Vassilios Fanos Cagliari.
- Kroenke K Spitzer RL, Williams JBW (2003) The Patient Health Questionnaire-2 validity of a two-item depression screener Med Care 41:1284-1292 Mazzotti E, Fassone G, Picardi A, Sagoni E, Ramieri L, Lega, Camaioni, Abeni, Pasquini (2003)
- 2° Report: "Indagine conoscitiva ambulatorio di continuità infermieristica" di Massimiliano Zonza (filosofo specializzato in Medical Humanities) e Consuelo Ennas (infermiera pediatrica referente per l'ambulatorio infermieristico neonatale). Cagliari-Giugno 2011.
- "Allattamento e depressione post parto." Dott.ssa Susanna Murray. Psicologa Clinica Pesaro 2010
- "Psicologia e Psicopatologia della Perinatalità. Cure materne e sviluppo del futuro individuo" A cura di Imbasciati A, Dalbrassi F, Manfredi P. Università degli studi di Brescia. 2010
- "La Depressione Post Partum" Di Dott. Giancarlo Ceschi, psicologo: Padova Mestre. 17/12/10

L'ASSISTENZA TRANSCULTURALE: BUONE PRATICHE ED ASPETTI CRITICI

R. Vitiello

U.O.C. di Neonatologia, A.O. V. Monaldi – Ospedali dei colli, Napoli

Le difficoltà di un'organizzazione sanitaria pensata sulle esigenze degli operatori piuttosto che sui bisogni degli utenti diventano ancora più gravose ed insormontabili per chi proviene da contesti culturali diversi.

I professionisti infermieri, vivendo nella quotidianità il contatto costante con l'unicità che contraddistingue ciascun nucleo paziente/famiglia, sono stati tra i primi a percepire tali difficoltà e ad operare per ridurre il più possibile situazioni di disagio ed incomprensione.

Il codice etico dell' International Council of Nurses come il codice deontologico degli infermieri (Collegio IP AS VI), prevedono esplicitamente che i bisogni di assistenza sono universali e non possono prescindere dal rispetto dei diritti dell'uomo né essere condizionati da fattori quali l'età, il colore della pelle, le credenze, la cultura, il sesso, la nazionalità, la politica, la razza o lo statuto sociale.

L'assistenza transculturale o cultural care inizia con l'acquisire la consapevolezza che esiste una problematica di approccio assistenziale reale nei confronti di coloro che sono portatori di una cultura diversa dalla nostra che si misura quotidianamente con numerose e complesse criticità e che deve essere affrontata con serietà, senza improvvisazioni, sfruttando come punti di forza principali 1) l'aggiornamento continuo attraverso corsi specifici delle abilità comunicative di ciascun operatore (ascolto attivo, congruenza tra comunicazione verbale e non verbale, capacità di creare un dialogo costruttivo, empatia, mediazione, accettazione dell'altro in quanto persona, capacità di collaborare in modo sereno con figure professionali appartenenti a profili diversi), 2) la conoscenza e l'aggiornamento continuo in merito alle leggi vigenti nel paese in cui si opera in materia di politiche socio-sanitarie per gli immigrati; il tutto in aderenza con ciò che viene dettato dal codice deontologico degli infermieri che deve essere la guida costante dell'agire di ciascun professionista, soprattutto in merito alle pratiche relazionali con pazienti e famiglie.

"l'altro comincia accanto a me" Marc Augé.

L'altro ovvero alterità e diversità che, non bisogna dimenticare, sono intrinseche in ogni società a prescindere dalla presenza di stranieri, poiché in tutte le società vi è la coesistenza di numerose subculture (regionali, professionali, generazionali, politiche, religiose, sociali ecc) all'interno della medesima popolazione, fino a giungere all'irriducibile originalità del singolo individuo.

La cultural care come viene definita nel modello del "sole nascente" dell'infermiera americana M. Leininger non riguarda solo soggetti di nazionalità diversa ma si applica a ciascuna persona nel rispetto dell'unicità del singolo individuo, del contesto culturale cui appartiene, del contesto in cui si trova ad affrontare la malattia e della sua capacità di self-care.

Una buona assistenza non si attua erogando uguali quantità e qualità di prestazioni a tutti i pazienti ma, al contrario, offrendo a ciascuno in ragione del proprio bisogno, occorre dunque dare un'estrema importanza ai "particolari", perché essi sono specifici e peculiari di ogni singolo individuo, solo considerando i particolari si riesce a dare importanza all'individuo in quanto persona e soggetto di cura.

Non bisogna dimenticare che esiste una "malattia" così come viene percepita dal paziente (illness) ed una "malattia" così come viene codificata dal contesto sanitario (disease), che queste due concezioni e percezioni avendo radici culturali diverse, spesso non coincidono originando incomprensioni, tensioni, paure, sfiducia ed insoddisfazione.

L'utilizzo dell'EBN e di procedure standardizzate, nell'approccio transculturale, non può essere applicato in maniera rigida ma deve essere contestualizzato e ricondotto allo specifico della situazione in esame; diventa quindi necessario un lavoro di integrazione, ovvero comprendere i bisogni con gli occhi del paziente ma valutarli con gli occhi del professionista infermiere. In ambito pediatrico e neonatale, le criticità aumentano poiché oltre al rispetto del piccolo paziente e della sua cultura (carta dei diritti del bambino in ospedale ispirata alla carta di Each del 1988 e alla convenzione internazionale dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza del 1989, ratificata da tutti i

governi europei, fino alla più recente carta dei diritti del prematuro presentata il 21/12/10 a palazzo Madama ad opera dell'associazione Vivere onlus), bisogna farsi carico e coinvolgere nel processo di cura i genitori del piccolo e quindi essere aperti alla comprensione di un sistema culturale di maggiore complessità nel quale giocano un ruolo fondamentale oltre che le condizioni di salute del neonato anche le condizioni socio economiche svantaggiate in cui versano le famiglie (povertà, mancanza di lavoro stabile, clandestinità, sfruttamento, igiene precaria, sovraffollamento abitativo, promiscuità, assenza di controlli e di prevenzione nel periodo della gravidanza, favorite dalla carenza nel nostro paese di tutela legale e di politiche socio sanitarie per i bambini e le famiglie immigrate (medico e bambino 5/2011 "bambini immigrati: tutela legale e politiche socio sanitarie"). Voler capire ed accogliere nel rispetto, una cultura diversa, non significa accettazione passiva dell'altro o di pratiche eticamente inaccettabili, non condivisibili o che si configurano come reato per il nostro ordinamento giuridico come ad esempio le mutilazioni genitali femminili, per le quali è necessario adoperarsi in modo non giudicante ma deciso affinché non vengano più praticate. Accogliere significa comprendere le ragioni dell'altro senza snaturare la propria cultura, i propri valori etici e morali, significa creare un incontro nel rispetto di norme e regole condivise che servano a garantire la buona convivenza soprattutto nei luoghi di comunità quale l'ospedale al fine di raggiungere l'obiettivo salute nel più breve tempo possibile.

Risalire alle cornici culturali non implica dividerle, ma capirle meglio, più adeguatamente e profondamente.

Nella relazione cliente/paziente – infermiere, non s'incontrano, di fatto, due culture ma due persone che interpretano le loro culture di origine, poiché ne sono entrambe e allo stesso tempo, fautrici e fruitrici. La persona umana è soggetta all'influenza della propria cultura ma è anche soggetto di cultura e quindi primo attore del suo cambiamento.

"siamo prigionieri, catturati nella rete delle nostre teorie, delle nostre aspettative; delle nostre esperienze passate; del nostro linguaggio. Se tentiamo, possiamo fuggire dal nostro quadro in qualsiasi momento. Innegabilmente, ci troveremo ancora in un quadro, ma sarà un quadro migliore e più spazioso; e potremo di nuovo fuggire da esso in qualsiasi momento. Il punto centrale è che una discussione critica e un confronto dei vari quadri è sempre possibile" (il mito della cornice – K. R. Popper).

In ambito di assistenza neonatale poi non bisogna dimenticare che alcune pratiche sono giunte a noi da altre culture, intuizioni, esperienze ad esempio l'infant-massage antica tradizione dell'India del sud; la kangaroo baby care o metodo marsupio le cui origini sono in America del sud (Bogotá-Colombia) nel 1978 ad opera del prof. Edgar Rey Sanabria, diffusasi poi in 25 paesi in via di sviluppo dell'America latina, Asia, Africa per far fronte alla carenza di incubatrici rispetto all'elevato numero di neonati.

Anche la riscoperta dell'allattamento al seno nei paesi industrializzati, come valore non solo nutrizionale ma affettivo e relazionale fra madre e bambino ci è stata nuovamente regalata dalle abitudini e dalla cultura dei paesi in via di sviluppo nei quali non è mai scomparsa la pratica dell'allattamento al seno in virtù di fattori sia sociali poiché le donne non hanno ruoli lavorativi al di fuori dell'accudimento delle faccende domestiche e dei figli, che economici in quanto non ci sono per ragioni di povertà sociale, soldi che attirino l'interesse delle multinazionali produttrici di latte in formula.

Tutto questo, conferma quanto vero sia che il confronto e la discussione critica nell'ambito dei vari contesti culturali possa essere umanamente e professionalmente proficua ed arricchente. La cultura è la rete che permette alle differenze di esistere e di comunicare tra loro, di capirsi non "nonostante le" ma "grazie alle" differenze".

Il termine transculturale richiama l'attraversamento delle diversità culturali, è dunque già nella terminologia un qualcosa di dinamico e creativo che tende al riconoscimento delle variabilità culturali e alla valorizzazione delle risorse dell'individuo sostenendolo e rafforzandolo in esse affinché possa attingere alle proprie risorse ed utilizzarle attivamente nel processo di guarigione. Individuate le criticità che spaziano dal pregiudizio culturale alle difficoltà linguistiche e comunicative a molte altre diventa possibile mettere in atto buone pratiche e strategie comportamentali per accorciare le distanze ed offrire un'assistenza infermieristica efficiente ed

efficace sia sul piano umano che professionale.

Assumere la prospettiva della cura significa sapere che deve esserci sempre dignità anche quando non c'è autonomia e deve esserci sempre rispetto dei diritti dell'altro anche nella circostanza in cui egli non ne è consapevole.

"Il vero viaggio di scoperta non consiste nel cercare nuove terre, ma nell'aver nuovi occhi"
Marcel Proust

Bibliografia

- K. R. Popper, Il mito della cornice, Il mulino, Bologna 1995
- M. Leininger, Transcultural nursing. Concepts, Theories, Research and Practice, Mc Graw-Hill, New York 1995
- D. F. Manara, Infermieristica interculturale, Carocci Faber, Roma 2004
- Frédérick Leboyer, Shantala, tascabili Sonzogno, Milano 2004
- Codice deontologico degli infermieri, Collegio IP AS VI
- Carta dei diritti del bambino in ospedale (Each, 1988)
- carta dei diritti del prematuro, associazione Vivere onlus, 21/12/2010
- Cataldo F, Geraci S, Sisto M.R, ARTICOLO SPECIALE: Bambini immigrati tutela legale e politiche socio sanitarie, Medico e Bambino 5/2011
- Geraci S, Approcci transculturali per la promozione della salute. Argomenti di medicina delle migrazioni, Caritas di Roma, Anterem, Roma 2001
- Delle Donne M, Relazioni etniche, stereotipi e pregiudizi. Fenomeno immigratorio ed esclusione sociale, Edup, Roma 1998.

PROGETTO HOBBIT: INTERVENTO MULTIDISCIPLINARE DI ASSISTENZA PRECOCE INDIVIDUALIZZATA AL NEONATO PREMATURO E ALLA SUA FAMIGLIA: DALLA DEGENZA IN TIN AI CONTROLLI DI FOLLOW UP

A. Luiso, A. Mancini, L. Coia, F. Feleppa, R. Agostino

Ospedale Generale "San Giovanni Calibita" Fatebenefratelli Roma

Premessa

Attualmente attorno ai nostri piccoli pazienti ruotano diverse figure professionali che, con lavoro sinergico mirano all'omeostasi dei nostri ospiti. Ogni figura professionale porta con sé le proprie risorse, che messe in comune formano una conoscenza condivisa, di tipo concettuale e pratico, volta al benessere odierno e futuro del neonato. L'infermiere si occupa dei bisogni del bambino, la terapeuta facilita e stimola il neonato nelle sue competenze motorie e cognitive, la psicologa ascolta la famiglia, il neonatologo cura il campo diagnostico-assistenziale la capo sala e il primario costituiscono la continuità di tutto il gruppo di lavoro. E come in una catena, un anello tiene l'altro. Questo progetto nasce dalla consapevolezza, sempre più profonda, che l'approccio assistenziale al neonato deve essere globale.

Prendendo atto dei limiti del nostro sistema assistenziale ci siamo mossi per realizzare una "care" che prenda in carico il nucleo familiare dall'entrata in ospedale fino al follow up post dimissione, soprattutto nei casi di gravidanze non fisiologiche in cui il vissuto dei genitori diviene carico di dolore e paure. Per raggiungere questa finalità ci siamo posti come obiettivi intermedi: la continuità dell'assistenza, l'integrazione delle competenze (ricerca di metodo comune), la sensibilizzazione del personale. Ciò che vorremmo è passare da una assistenza mirata al solo neonato a una assistenza che abbracci tutta la famiglia, "coppia genitoriale e neonato".

Obiettivi

- Sensibilizzazione dell'equipe per passare dall'"attitudine personale" a un metodo condiviso da tutto il gruppo
- Coinvolgimento di altri reparti interessati (patologia ostetrica, terapia intensiva adulti, sala parto), in maniera che tutto il personale possa lavorare con la stessa metodologia per creare nuovi protocolli di lavoro dipartimentali
- Attività per i genitori in reparto (incontri di gruppo settimanali con l'equipe, laboratorio espressivo)
- Sostegno post dimissione

Materiale e metodo

Il lavoro si è svolto in tre fasi:

- 1° fase - costituzione di un gruppo pilota
 - valutazione del clima lavorativo attraverso un questionario
 - definizione degli obiettivi a breve e medio termine
 - progettazione dell'intervento
- 2° fase - scelta degli argomenti e metodologia degli incontri
 - creazione di gruppi di lavoro, con il compito di valutare alcuni approcci assistenziali e proporre cambiamenti
 - divulgazione dei temi approfonditi a piccoli gruppi misti (neonatologi, infermieri, ausiliari, terapeuta dell'età evolutiva e psicologhe) attraverso incontri monotematici con pochi concetti e proposte operative semplici in orario lavorativo della durata di 30-40 minuti
 - al termine dell'incontro compilazione di una scheda feedback.
- 3° fase - discussione con tutto il personale dei risultati
 - attuazione sperimentale dei nuovi protocolli assistenziali
 - verifica e correzione.

Il gruppo pilota costituito da un neonatologo, la caposala, due infermieri, una terapeuta dell'età evolutiva e una psicologa ha pianificato la metodologia di lavoro, individuando dall'analisi del

questionario sulla valutazione del clima lavorativo, l'esigenza da parte dell'equipe, di rivedere alla luce della maggior presenza e di un maggiore coinvolgimento dei genitori nel reparto alcuni protocolli.

Gli argomenti trattati sono stati: l'accoglienza, l'ambiente, la care posturale, la marsupio terapia, il dolore.

La struttura degli incontri è stata pensata in base ai principi della psicoeducazione seguendo il ciclo di contatto della Gestalt che comprende:

- Un precontatto con una attivazione sensoriale (fantasie guidate, immagini, suoni ed esperienze di gruppo)
- Il contatto (passaggio d'informazioni con lezione frontale slide)
- Il Postcontatto (confronto e compilazione scheda feedback).

Su una popolazione di 12 neonatologi, 36 infermieri, 6 ausiliari, 1 terapeuta dell'età evolutiva, 3 psicologhe; sono stati effettuati 36 incontri che hanno prodotto 177 schede feedback.

Risultati

- Avvio di nuovi protocolli
- Avvio del progetto "Sostegno alla genitorialità", con il "Tutoraggio della coppia genitoriale." Questo viene svolto da un infermiere che monitora i genitori durante il ricovero e diventa il referente della coppia per l'equipe. "L'infermiere tutor" proseguirà l'osservazione della famiglia a casa con il progetto "Home visiting".
- Home visiting coinvolge più figure professionali: infermieri, neonatologi e psicologhe. Il progetto, sponsorizzato dall'associazione Onlus "La Cicogna Frettolosa", è rivolto a famiglie con neonati nati a meno di 32 settimane, con domicilio all'interno del Grande Raccordo Anulare di Roma. L'infermiere si recherà a casa a 24 ore dalla dimissione e dopo 72 ore dal controllo pediatrico effettuato in ambulatorio dopo 3-4 giorni dalla dimissione. A 15 giorni dalla dimissione il neonato verrà visitato dal pediatra del follow up. A un mese dalla dimissione lo psicologo si recherà a casa per una valutazione.
- Prossima apertura di un ambulatorio infermieristico di puericultura

Conclusioni

Con il progetto Hobbit ci siamo profondamente "immersi" nell'universo neonato-famiglia utilizzando l'approccio multidisciplinare non solo per gli opportuni approfondimenti teorici ma soprattutto nell'applicazione "sul campo".

L'interesse mostrato dagli operatori, come risulta dai questionari di feedback somministrati, dà fiducia e "forza" al progetto stesso ed è consolidato dal riscontro positivo mostrato dai genitori dei piccoli pazienti.

Bibliografia

- Schaffer H.R. Lo sviluppo sociale del bambino. Cortina Raffaello ed. 1998
- Rapisardi G., Davidson A., Donzelli GP., Scarano E., Vecchi V.: L'assistenza personalizzata allo sviluppo del neonato pretermine in un reparto di TIN. Riv. Ped. Prev. Soc. 43, 45, 1995.
- Colombo G. e Siliprandi N. La "care" dei genitori in Terapia Intensiva Neonatale. Neonatologica 1998; 3; 173-7

IL PROGETTO OSPEDALE AMICO NELL'AZIENDA OSPEDALIERA SAN FILIPPO NERI: L'ESPERIENZA DELLA UOC DI NEONATOLOGIA

M.G. Di Ventura, C. Sabino

UOC di Neonatologia, Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri, Roma

Il Progetto “**Ospedale Amico**”, nasce da un'esperienza europea del 2002, “Migrant Friendly Hospitals”, che ha visto coinvolti 12 paesi (Austria, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia – Emilia Romagna, provincia di Reggio Emilia, Paesi Bassi, Spagna, Svezia e Regno Unito). Il progetto è stato finanziato dalla Commissione europea in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) e ha rappresentato un esempio concreto di attenzione al mondo della popolazione migrante, ai suoi bisogni sanitari, avendo come finalità principale quella di sviluppare e potenziare le competenze in ambito interculturale nel contesto ospedaliero.

Da questa esperienza europea nasce il progetto “Ospedale Amico”, ideato dall'Associazione non-profit “IMAGINE”, ed attivato per la prima volta presso l'Azienda Ospedaliera San Filippo Neri di Roma. Il progetto ha avuto inizio il primo settembre del 2008 e si è concluso nel dicembre 2010.

L'obiettivo generale del progetto è stato quello di contribuire al miglioramento dei Servizi Sanitari rivolti alla popolazione migrante sul territorio italiano.

L'obiettivo specifico, è stato quello di ampliare le competenze professionali degli operatori sanitari, sul territorio italiano, integrandole con le conoscenze sulle diverse realtà etno - culturali dei migranti, migliorando l'accesso e l'utilizzo dei Servizi Sanitari da parte di quest'ultimi.

I destinatari del progetto sono stati gli operatori sanitari ed i pazienti stranieri dei Dipartimenti di Medicina Interna (UOC Medicina, Pneumologia e Gastroenterologia) e Tutela della Salute della Donna e del Bambino (UOC Ginecologia e Ostetricia, UOC Neonatologia), inoltre hanno collaborato al progetto: il Servizio Assistenza Infermieristica ed Ostetrica (SAIO), l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) e l'Ufficio Stranieri. Per il raggiungimento degli obiettivi, sono state realizzate diverse azioni, quali:

L'analisi dei bisogni: sono state raccolte informazioni per avere un quadro completo della situazione attuale dei servizi sanitari rivolti ai pazienti migranti, e la capacità degli operatori presenti, di fornire tali servizi. Gli strumenti utilizzati per la rilevazione dei bisogni sono stati: interviste brevi con i pazienti, condotti dal personale IMAGINE, e questionari, distribuiti dai referenti, ai migranti ed al personale sanitario. Nello specifico ne sono stati distribuiti 129 agli operatori sanitari e 24 ai migranti. I questionari erano disponibili in 5 lingue (inglese, spagnolo, francese, italiano e rumeno). Dal campione dei 24 questionari, 12 sono stati compilati in lingua italiana, 9 in lingua rumena, 2 in lingua spagnola ed 1 in inglese. Le nazionalità presenti erano rumena, polacca, albanese, peruviana, equadoregna, moldava, indiana, domenicana, marocchina e cingalese. Tra questi migranti 19 su 24 contattati, parlavano più di una lingua, e 5 la sola lingua d'origine. Per quanto riguarda gli operatori sanitari, sappiamo che la compilazione dei questionari ha riguardato 71 infermieri, 26 medici, 11 ostetriche e 10 senza qualifica specificata.

Dall'analisi dei bisogni è emersa la necessità di creare materiale informativo e formazione del personale.

Materiale informativo: sono stati realizzati quattro opuscoli, tradotti in 6 lingue, che trattano di tematiche diverse a se-condo del dipartimento: 1) UOC Pneumologia; 2) UOC Medicina Interna 1; 3) UOC Ginecologia / Ostetricia; 4) una guida sull'assistenza sanitaria riconosciuta in Italia per i pazienti migranti, in collaborazione con il personale dell'ufficio stranieri.

Corso Formativo di Medicina Transculturale svoltosi, nel 2010, presso l'Azienda Ospedaliera San Filippo Neri, in tre edizioni, al quale sono stati attribuiti 5 crediti ECM. Inizialmente si era prevista la partecipazione del personale sanitario delle UOC direttamente coinvolte nel progetto, successivamente si è preferito estenderla a tutti i dipartimenti per formare più operatori sanitari sulle tematiche della medicina interculturale. Ai corsi hanno partecipato 86 operatori. La formazione ha seguito le raccomandazioni della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) e le linee guida delineate dal progetto “Migrant Friendly Hospitals”. Complessivamente la percentuale di risposte corrette è passata dal 46%, del PRE-TEST, al 86% del POST-TEST.

L'esperienza dell'ambulatorio di neonatologia

Nel nostro ospedale ogni anno il 25/30% dei parti coinvolge donne migranti, per questo l'ambulatorio di Neonatologia del Dipartimento Materno Infantile rappresenta per i genitori stranieri un importante

punto di riferimento e di accoglienza soprattutto per coloro che hanno difficoltà ad accedere a consultori e altri servizi territoriali. Per i cittadini meno integrati la difficoltà a comprendere ed esprimersi in lingua italiana, può compromettere il diritto alla salute e limitare la gioia della nascita di un figlio. Per questo abbiamo aderito ad un progetto di mediazione culturale con una forte condivisione. Presso il nostro ambulatorio, particolare attenzione è rivolta ai neonati prematuri (aumentati notevolmente negli ultimi anni in donne migranti), ed alla promozione dell'allattamento al seno garantendo loro una continuità dell'assistenza. La carta dei servizi, stampata in 100 copie per ogni lingua straniera (spagnolo, inglese, italiano, francese, arabo e rumeno), è stata un'importante strumento per migliorare la comunicazione e l'accesso ai nostri servizi. La più richiesta è in lingua rumena. In passato la difficoltà della comunicazione era già emersa, tanto da indurci a stilare del materiale informativo sull'allattamento al seno, in varie lingue. Nel corso del progetto, è stato proposto ai genitori stranieri che si rivolgono al nostro ambulatorio, e con i quali si è creato un rapporto di fiducia e di rispetto, di posare per alcuni scatti fotografici insieme ai loro bambini, per la mostra fotografica dal nome “La Salute non ha etnia” prevista nell'ambito del progetto stesso. Dal dicembre 2009 la mostra è stata allestita nell'atrio dell'ingresso principale ed al primo piano dell'ospedale. Le fotografie di Nanni Fontana, che ritraggono momenti di vita vera all'interno dei reparti del S. Filippo Neri ed in particolare nel dipartimento Materno Infantile, testimoniano l'entusiasmo e lo spirito con cui il progetto si è concretizzato. Le foto sono ancora lì in esposizione, un album fotografico che racconta, ogni giorno, le storie di persone di etnie diverse che si incontrano con le storie degli operatori sanitari del S. Filippo Neri. Gesti e sorrisi che fanno sperare nell'inizio di un percorso verso un Ospedale senza barriere culturali ed etniche.

Di Ventura Maria (Gabriella)

Il progetto “Ospedale Amico”, come abbiamo visto, si propone di iniziare un percorso da costruire affinché l'integrazione, ovvero l'insieme di processi sociali e culturali che rendono l'individuo membro di una società, non venga sostituita dall'assorbimento di un migrante nella nostra cultura. Non un progetto fine a se stesso quindi, ma un percorso che consegua l'obiettivo di far radicare una consapevolezza nuova in persone che, come noi, si trovano quotidianamente in contatto con storie simili a quelle che vado a raccontare. Durante i miei venti anni di esperienza nei reparti di neonatologia ho avuto modo di emozionarmi vivendo esperienze con donne che, nonostante le prove estreme che il destino ha riservato loro, hanno compiuto scelte difficili con il fine ultimo di donare la vita. Leggendo queste brevi testimonianze spero di trasmettere in voi l'emozione che noi operatori sanitari proviamo ogni giorno stando a contatto con coloro che soffrono.

Nata per Amore

«Ancora, ancora Maria, spinga, spinga..Brava continui così, dai che è l'ultima. Coraggio, non molli proprio ora, brava!»

Uehhh, eccola è nata Aurora. In una calda notte d'estate quando il chiarore della luna si scontra con quello dell'insegna dell'Ospedale; quando la brezza del mattino si mescola al sudore della notte; quando il silenzio delle corsie viene interrotto da quel vagito, da quell'urlo di dolore misto a gioia, e al senso di liberazione. Allora si sentono le grida felici dei parenti, degli amici che quasi coprono quelle dell'estremità del piano, dove si sentono i lamenti di coloro che soffrono. Strana la vita, quel corridoio inizia con la nascita e termina con la morte: la fine di un percorso. La storia del mondo. Ad un tratto si sente echeggiare la sirena di un'ambulanza e la corsa degli infermieri che spingono velocemente la barella in Sala Parto, non c'è tempo per passare in “Accettazione Ostetrica”. Una giovane donna che aveva perso conoscenza, in seguito ad uno stato di “eclampsia” quella che i medici definiscono come una grave crisi convulsiva gravidica, viene immediatamente soccorsa. All'improvviso tra la folla dei parenti di Aurora, cercano di farsi spazio il Pediatra e l'infermiera della Terapia Intensiva Neonatale, che raggiungono così il resto dell'equipe della Camera Operatoria, già pronta ad intervenire. «Non c'è tempo, bisogna salvare almeno la bambina» Eccola è nata! Dalla sua bocca, coperta da una mascherina di ossigeno, non esce alcun vagito...le lancette dell'orologio si muovono. Quanto si muovono queste lancette. Troppo! Improvvisamente un sussulto, un singhiozzo, un tenue lamento, il colorito della pelle da grigio-terreo pian piano diventa roseo, la pediatra posa il fonendoscopio e sussulta: «E' fatta..ragazzi, anche Italia è dei nostri!» Sì, Italia è il nome che Shivayan, la mamma albanese ha voluto dare alla propria figlia, così ci racconta il marito, le cui lacrime non sono di gioia, no lui non riesce a godere questa felicità, il cui prezzo pagato è stato tanto, troppo, troppo alto: la perdita di sua

moglie. Italia, come il paese che la giovane donna ha scelto per dare alla luce la sua creatura, sapendo il rischio che avrebbe corso, affrontando un viaggio nascosta nella stiva di una nave, fuggendo da un paese dove la fame, la disperazione dilaga negli animi, e segna le vite. Ma la notte è ancora lunga, squilla il telefono è Rebecca l'infermiera dell'Accettazione ostetrica che annuncia la presenza di una donna che sta per partorire, la invia di corsa in Sala Parto. «Signora? Come si chiama?» La donna non risponde. «Boh forse è straniera! Non comprende la nostra lingua!». Ma dalle labbra esce un sibilo suono, come quello con cui "Pia dei Tolomei" si rivolge "a quel famoso Dante": «Il mio nome non ha importanza poiché non voglio essere nominata...». Questa è un'altra storia. Senza un lieto fine, forse, per chi giudica. Forse per chi, nel grembo suo non ha mai portato una creatura, da cui presto si dovrà staccare senza provare la gioia di abbracciarla e tenerla stretta a se per tutta la vita. Forse per chi non comprende quella scelta a lungo meditata: nove mesi. Forse avrebbe fatto meglio ad interrompere il battito di quel cuoricino sei mesi prima? Per colpa di chi? Forse è meglio non giudicare. Anche questa è una scelta di vita: anche questo un gesto d'amore. Queste sono le storie di tre donne che nella loro vita hanno subito destini diversi, hanno vagliato delle strade da percorrere, ma tutti questi percorsi convogliano in uno in comune: l'amore. Il sole ormai sorto riveste di luce le pareti, i neon si spengono, un odore di caffè aleggia nell'aria. La corsia si riempie di donne, di ragazze che invece quella scelta hanno deciso di farla subito senza aspettare i nove mesi. E' l'ora del riposo, finalmente le divise colorate piene di corpi stanchi si siedono intorno ad un tavolino stringendo le tazze calde, meditando sulle vicissitudine della notte. Riflettendo sul lavoro eseguito: perché in fondo anche questo è un lavoro. Ma anche quelle divise hanno un cuore, con quale stato d'animo si torna a casa? Quanto distacco, quanta pazienza, quanta professionalità. Arriva il cambio: «Bella regà come è andata la notte?», «Bene, come sempre...». Il silenzio li accompagna agli spogliatoi passando tra i parenti di quelle che erano state le pro-tagoniste della notte. Quella notte calda d'estate. Dove il calore bagnava la loro fronte, il loro corpo affaticato, scal-dava i loro cuori.

Sabino Clelia



Bibliografia

- 1) Geraci S.: I diritti del bambino immigrato: come uscire dall'emergenza. Il ruolo del volontariato. Atti del 1° Congresso del Gruppo di Lavoro Nazionale per il bambino immigrato. Società Italiana di Pediatria. Novara, 3-4 dicembre 1998.
- 2) Geraci S.: Per una buona salute servono politiche giuste. In Immigrazione Dossier Statistico 2010. XX Rapporto sull'immigrazione – Caritas/Migrantes. Idos, 2010.
- 3) Geraci S., Mazzetti M.: Buone leggi fanno buona salute. In Il Mondo Domani. Bimestrale del Comitato italiano per l'Unicef. Anno XXX nuova serie, n°2, marzo-aprile 2010.
- 4) Mazzetti M.: Dalla parte dei bambini "immigrati". Prospettive Sociali e Sanitarie, N° 14, anno 2010.
- 5) Mazzetti M.: Il Dialogo Transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto. Roma: Carrocci Editore, 2003.
- 6) Baldassarre L., Bindi L., Marinaro R., Nanni W. (a cura di): Uscire dall'invisibilità. Bambini e adolescenti di origine straniera in Italia. Rapporto Unicef e Caritas Italiana. Roma, 2005.
- 7) Bona G. (a cura di): Il bambino immigrato. Volume 1, Editeam Gruppo Editoriale, Cento (Fe), 2003.
- 8) Gabrielli O., Cataldo F.: Il bambino immigrato. Volume 2, Editeam Gruppo Editoriale, Cento (Fe), 2005.
- 9) Conferenza dei Ministri Europei della Salute (ottava). Dichiarazione di Bratislava sulla salute, i diritti umani e le migrazioni. Bratislava, 22 e 23 novembre 2007.
- 10) Donne immigrate e salute riproduttiva tra modelli culturali e condizioni sociali; Lia Lombardi, Università di Milano.
- 11) Maternità e immigrazione di Alberto Tassinari, Filippo Miraglia. Ricerca ARCI

AMBULATORIO INFERMIERISTICO PER IL NEONATO FIOLOGICO: OPPORTUNITA' GESTIONALE E PROFESSIONALE

R. Alberti, M. Di Candia, F. Pasquali

U.O. Patologia Neonatale, TIN e Nido, A.O. "C. Poma", Mantova

L'Ambulatorio Infermieristico Neonatale dell'Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" di Mantova inizia la propria attività nell'aprile del 2008.

Le motivazioni che sottendono a tale scelta sono sia di carattere strategico-organizzativo che squisitamente sanitario.

Il contesto organizzativo nel quale viene presa questa decisione da parte dei Dirigenti medico ed infermieristico, è caratterizzato da una percezione non completamente positiva espressa dall'utenza che afferisce alla Sezione Neonati della Struttura Complessa di Patologia Neonatale, TIN e Nido.

Dall'analisi dei dati a disposizione le criticità riscontrate, espresse nei questionari di gradimento raccolti alla dimissione, si correlavano ad una non omogenea trasmissione delle informazioni e ad una educazione sanitaria insufficiente, da parte del personale sanitario preposto all'assistenza della diade mamma – neonato (Infermiere, Vigilatrici d'Infanzia e Puericultrici).

Da ciò la scelta, ad iso-risorse, di istituire un servizio nell'immediato post-dimissione che consentisse di offrire ai genitori un'opportunità di assicurazione, di consolidamento di quanto trasmesso loro durante la degenza, senza interferire con figure professionali presenti sul territorio il cui compito è di seguire il neonato e la puerpera nei primi 40 giorni di vita.

Questo servizio, facoltativo ed offerto gratuitamente alla puerpera al momento della dimissione dal personale del nido, è prestato dal lunedì al venerdì (h. 7.00 alle h. 14.00) + una consulenza telefonica quotidiana (h. 13.00 -h. 14.00).

Gli scopi della nostra attività sono essenziali e pratici:

- Promuovere e sostenere l'allattamento materno dopo la dimissione seguendo le raccomandazioni dell'O.M.S. e UNICEF come riportate dalle linee guida per la promozione e tutela dell'allattamento (anno 2000) e la circolare del Min. Sanita' " Promozione allattamento al seno" anno (2000).
- Fornire informazioni di puericultura per favorire, indirizzare e guidare la relazione madre/padre/neonato.

L'incontro ambulatoriale consente di fornire e verificare l'acquisizione da parte dei genitori delle informazioni trasmesse dal personale operante al nido durante la breve degenza:


- Cure igieniche madre / neonato
- Controllo/medicazione del cordone ombelicale
- Controllo del peso con relative istruzioni per l'aumento ponderale nel primo mese di vita.
- Valutazione del colorito e idratazione cutanea
- Valutazione del tono muscolare e della postura
- Anamnesi e valutazione della poppata ed eventuali informazione di carattere generale sull'alimentazione e la gestione dell'allattamento al seno
- Interpretazione del pianto del neonato

I dati relativi al controllo vengono raccolti dal personale infermieristico in una apposita scheda computerizzata.

Ai genitori viene rilasciata una copia della scheda infermieristica completa delle rilevazioni effettuate e un'ulteriore copia viene archiviata in Cartella Clinica.

Tutte le schede vengono archiviate mensilmente in un programma informatico per avere l'opportunità di accedere ai dati qualora il neonato necessiti di un controllo successivo e per monitorare l'attività ambulatoriale.

Qualora, durante il controllo infermieristico, emergano valori o segni che si discostano dai range concordati, l'infermiera attiva il neonatologo per una valutazione immediata e/o una visita successiva.

	2008 Aprile - dicembre	2009	2010	2011 Gennaio - giugno
NUOVI NATI	1014	1600	1905	911
PAZIENTI VALUTATI	848	1351	1671	804
PERCENTUALE ACCESSI AMBULATORIALI	83.6%	84.4%	87.7%	88.2%

L'attivazione dell' Ambulatorio Infermieristico Neonatale rappresenta, oltre ad un supporto offerto ai neogenitori, un'opportunità per il personale infermieristico di esercitare la propria attività in completa autonomia e responsabilità professionale (DPR 225/74 -DM san 739/94 – L 42/99 – Codice deontologico 1999 - Legge 251/2000.

Il riconoscimento di specifiche esigenze della diade madre/neonato (allattamento precoce e flessibile) e l'inutilità di alcune pratiche ospedaliere nella puerpera sana (medicalizzazione), hanno portato numerosi punti nascita come il nostro a rivedere le modalità assistenziali.

Da questi presupposti nasce il modello di dimissione precoce (a 48-72 ore dalla nascita) come previsto nel P.O.M.I.

(2000) pertanto la necessità di garantire una continuità nel percorso assistenziale che vede strettamente correlati Azienda Ospedaliera e Servizi Territoriali.

L'infermiera che presta la propria attività in Ambulatorio Infermieristico Neonatale svolge la funzione, preziosa e fondamentale di 'trait-d'union' tra la prestazione erogata in corso di ospedalizzazione e l'assistenza che seguirà nei giorni successivi alla dimissione attraverso un passaggio di 'consegne' con il personale che opera a livello territoriale.

Bibliografia

- L'architetto della puericultura moderna, Giuseppe Tesaro, CIC Edizioni Internazionali, 2007
- Rilassamento per i bambini, Rae Crook
- Il piccolo tiranno, Jirina Prewop
- Il bebè è un mammifero, Michel Odem, Red Editori
- Principi di neonatologia per il pediatra. Puericultura e pediatria neonatale, Maglietta Vittorio, Vecchi Vico, Zanichelli, 2001
- L'educazione sentimentale, vol. 11: Puer-cultura e formazione, Guerini e Associati, Messaggerie MI, 2008
- Manuale di puericultura pratica, F. Panizon, Carocci, 1982
- Appunti di audiologia e audiometria, G. Prececutti, La Goliardica Pavese, 2002
- Appunti di tecniche audiometriche speciali e informatica applicata all'audiologia, G. Prececutti, La Goliardica Pavese, 1997.
- The audiological picture of occupational deafness from noise. Inquadramento audiologico della tecnopatia da rumore, B. Farinella, Medical Books, 1996.
- L'arte dell'allattamento materno, Da mamma a mamma, 2011.
- Il latte di mamma. "Latti de pettus o de titta". La cultura e l'allattamento materno nella Sardegna tradizionale, V. Matta, La riflessione, 2010
- Primo cibo, primo amore. L'importanza dell'allattamento materno e della relazione favorevole, F. Maffei, Franco Angeli, 2000
- Disciplina ostetrica. Teoria, pratica e organizzazione della professione, M. Guana, McGraw Hill.
- Topical Umbelical cord care at birth, P. Zupan, AAA Garner, 2004
- Uso ottimale delle risorse umane, R.Zanotti ed Summa, 2003

TRANSCULTURALITÀ IN AMBITO NEONATALE: ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN UN CONTESTO MULTI ETNICO

V. Ruggeri¹, V. Faccini², M. Galli², M. Riva², M. Casati³, S.Cesa⁴

Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo

¹Infermiera coordinatrice Patologia Neonatale TIN e Degenza

²Infermiera Patologia Neonatale TIN e Degenza

³Responsabile Ricerca, Formazione e Sviluppo Direzione delle Professioni Sanitarie

⁴Dirigente, Direzione delle Professioni Sanitarie

L'Italia ospita un numero sempre maggiore di stranieri provenienti di origini, cultura e background sociale diversi. I cittadini stranieri residenti in Italia dal 1 gennaio 2010 sono 4.235.059 pari al 7% della popolazione. La popolazione straniera in Lombardia incide per il 10% sul totale dei residenti e l'evoluzione della popolazione straniera è aumentata del 183% in nove anni (Fonte Istat). I dati Istat rilevano che in Italia, il numero medio di figli per donna (TFT) nel 2010 è di 1,40: 2,13 figli per le donne straniere contro l'1,29 per le donne italiane.

L'incidenza dei nati stranieri sul totale dei nati residenti in Italia è aumentata dal 4% nel 1999 al 14% nel 2010 (21% nelle regioni del nord ovest). Se si considerano anche i nati da coppie miste (Italiani-Stranieri) l'incidenza è del 18,8 % (stima 2010) in Lombardia tale incidenza è del 28,8% (1).

All'interno dell'unità operativa di Patologia Neonatale dell'Azienda Ospedali Riuniti di Bergamo, nell'anno 2010 si è registrato una presenza del 22,9% di accessi di provenienza straniera, nel 2009 del 30%, nel 2008 del 29% e nel 2007 del 23%, mediamente 1 neonato su 4 è d'origine straniera (2). E' caratteristica dell'essere umano possedere ed essere caratterizzato da una dimensione culturale e questo deriva dal contesto geografico e sociale di appartenenza, spesso molto distante fisicamente da quello in cui si è più o meno inseriti socialmente. Un sistema culturale è costituito da: una lingua, un sistema di parentela, un insieme di abilità e di condotte (cure igieniche, cucina, forme di cura, pratiche di accudimento). La cultura è un processo dinamico non un'entità immutabile, dove cultura "esterna" (gruppo di appartenenza) e cultura "interiorizzata" (elaborazione individuale) si intersecano tra loro. In una società multietnica tutte le culture presenti, seppur diverse, hanno parità di valore e non si può parlare di una gerarchia. Si assiste all'incontro tra due universi culturali dove non ci si può nascondere all'evidenza di una necessaria comunicazione tra le stesse per una comprensione sempre maggiore dell'altro.

La migrazione rende più fragile l'involucro culturale, la debolezza aumenta nel frangente della maternità, fattori di vulnerabilità intuitivi legati alla migrazione sono: condizioni sociali ed economiche precarie, difficoltà linguistiche, solitudine, conflitti di coppia, madri sole, nostalgia della famiglia al paese di provenienza, aspettative deluse...

Il concetto di malattia, assume nelle varie culture forme e significati profondamente diversi, sottolineiamo la distinzione operata dalla lingua inglese tra illness e disease (3).

Illness è la malattia intesa come percezione della variazione dello stato di salute da parte dell'individuo, interruzione dello stato di benessere fisico, psichico e sociale, ciò che la persona percepisce. Disease è la malattia come segno patologico, alterazione delle funzioni organiche, dato oggettivo talvolta rilevabile strumentalmente. In patologia neonatale dobbiamo rapportarci con il neonato "Disease" e i genitori, la mamma, il papà "Illness". (Concetto Ideato e Elaborato da V. Ruggeri, V. Faccini, M. Galli, M. Riva, in fase di elaborazione)

In un rapporto tra malato e infermiere, ma anche tra malato ed professionista o operatore sanitario, il rischio che si corre è che quest'ultimo tenda ad affrontare la malattia intesa come disease trascurando l'illness. Questo rischio è ancora più marcato in un'assistenza infermieristica transculturale, dove spesso la mancanza di una formazione adeguata da parte dell'operatore può portare a dimenticare che le differenze culturali sociali linguistiche dei genitori possono compromettere un'assistenza efficace alla famiglia senza dimenticare che "sentirsi male" non è meno importante di "stare male". Se non vengono considerate le differenze culturali dei genitori si rischia di andare incontro a conflitti, sfiducia, insoddisfazione, mancanza di collaborazione.

L'infermiere, che si trova a lavorare in un contesto multiculturale, deve possedere quelle conoscenze, abilità tecniche e relazionali che lo rendano competente nell'offrire un'assistenza infermieristica transculturale, lo liberino da preconcetti, pregiudizi e stereotipi, lo rendano capace

di incontrare l'altro su un terreno di rispetto e riconoscimento di valori reciproci.

Si evince, per un'assistenza ottimale, la necessità di evolvere verso un'assistenza infermieristica centrata sulla transculturalità, concetto sottolineato anche dalla JCI (Joint Commission International) che afferma:

"Ogni paziente è unico con i suoi bisogni, punti di forza, valori e credenze. L'ospedale si adopera al fine di instaurare un rapporto di fiducia e di comunicazione con il paziente, e al fine di comprendere e tutelare i valori spirituali, psico-sociali e culturali" (4).

Il percorso da seguire è quello che ha come base il rispetto dell'altro, il riconoscimento della reciprocità, della dignità della persona, della necessità di costruire un percorso condiviso, interculturale e dinamico, in relazione alle rispettive specificità culturali, le quali non sono solo appannaggio delle sole persone straniere, ma appartengono a tutti gli esseri umani.

Non dimentichiamo che:

- la nostra costituzione all'articolo 3 afferma che: *"Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali"* (5)
- il codice deontologico dell'infermiere all'articolo 4 ci ricorda che: *"L'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona"*; (6)
- la JCI nello "standard per gli ospedali e per la sicurezza del paziente" sottolinea che: *"il personale è educato a comprendere e osservare le credenze e i valori del paziente e a fornire cure premurose e rispettose a tutela della dignità del paziente"* (4)

Madeleine Leininger ha definito l'infermieristica transculturale come *"...area formale di studio e di esercizio professionale che pone il proprio interesse principale sul confronto delle differenze e delle affinità esistenti tra le credenze, i valori e gli stili di vita delle culture nell'ambito dell'assistenza agli esseri umani al fine di offrire un'assistenza sanitaria culturalmente congruente, utile e valida..."* (7).

In una società multietnica e globale, l'infermiere, nel suo agire professionale durante le varie fasi del processo di assistenza infermieristica, partendo dalla raccolta dati, non deve quindi trascurare la dimensione socio-culturale della persona assistita e del suo entourage. Tutti gli operatori sanitari dovrebbero essere consapevoli delle possibili barriere culturali e agire secondo le convinzioni e valori della persona assistita (8)

Tra le diagnosi infermieristiche (9) che possiamo utilizzare per una corretta pianificazione assistenziale sottolineiamo:

1. "Compromissione della comunicazione correlata alla barriera costituita da una lingua straniera" (Diagnosi sviluppata da Rosalinda Alfaro-LeFevre e non fa attualmente parte della lista della NANDA; inserita nella lista per chiarezza e utilità. Carpenito, Diagnosi infermieristiche, 2008;)
 2. "Compromissione dell'interazione sociale correlata a barriere linguistiche/culturali"
 3. "Isolamento sociale correlato a trasferimento in un'altra cultura"
- Tra gli interventi da attuare per raggiungere gli obiettivi fissati per il soddisfacimento dei bisogni identificati del paziente ci si avvale del mediatore culturale che non solo "traduce" le nostre parole e le parole dei genitori ma ci aiuta a comprendere mondi interpretativi e comportamentali diversi dai nostri.

Il mediatore culturale è un operatore che è informato su entrambe le culture, ha il compito di facilitare l'inserimento dei cittadini stranieri nel contesto sociale del paese di accoglienza, esercitando la funzione di tramite tra i bisogni dei migranti e le risposte offerte dai servizi pubblici. 10 Nella nostra azienda è presente il servizio di mediazione culturale attivo 24 ore su 24, sette giorni su sette. Esso ha lo scopo di facilitare l'accesso alle unità operative, con l'intervento di mediatori delle diverse etnie ed interpreti di lingue straniere, fornendo ascolto e sostegno nel percorso diagnostico-assistenziale.

L'intervento del Mediatore Culturale può avvenire su specifica richiesta dei servizi interessati, presso la nostra USC di Patologia Neonatale sono state effettuate tra maggio 2009 e aprile 2010 58 ore d'intervento di mediazione, tra maggio 2010 e aprile 2011 le ore di intervento sono 76. (11) L'esperienza della nostra realtà operativa insegna che ci si occupa del disease (neonato malato) e non è sempre facile occuparsi in egual misura all'illness (mamma, papà). Il divario si allarga quando ci si trova davanti a pazienti stranieri. Siamo tuttavia consapevoli che l'obiettivo è quello di unificare le due definizioni disease/illness al fine di erogare un'assistenza infermieristica olistica,

ritenendo soggetti della presa in carico sia il bambino che i genitori dello stesso. All'interno della nostra Patologia Neonatale si sta sviluppando un'indagine di cui seguito si specificano sinteticamente i principali elementi caratterizzanti.

CONTESTO: Patologia neonatale TIN e degenza

PROBLEMA: all'interno della nostra unità operativa è rilevata un'importante presenza di pazienti stranieri, si percepisce una difficoltà comunicativa della triade madre-padre-bambino e personale sanitario che va a discapito della completa comprensione dell'assistenza avvertita dall'utente straniero.

OBIETTIVI:

- 1) Analisi della dimensione Transculturale dell'Attività clinica-assistenziale erogata dall'équipe medico-infermieristica,
- 2) grado di conoscenza degli operatori delle risorse offerte dalla nostra azienda (servizio di mediazione culturale)

METODI E STRUMENTI: Il presente lavoro è di tipo osservazionale, il campione identificato è costituito da 64 infermieri, 4 OSS e 15 medici dell'unità operativa della Patologia Neonatale dell'Azienda Ospedali Riuniti di Bergamo. Lo strumento d'indagine è un questionario a compilazione anonima già utilizzato in ambito accademico (16).

E' prevista la comunicazione dei risultati di tale rilevazione al personale medico infermieristico della patologia neonatale e in sede congressuale.

*"Affinchè gli esseri umani vivano e sopravvivano in un mondo salubre, tollerante e significativo è necessario che gli infermieri e gli altri professionisti della salute apprendano le credenze e i valori e gli stili di vita dei popoli legati all'assistenza culturale per poter offrire un'assistenza sanitaria valida e culturalmente congruente".
Madeleine Leininger 1978*

Bibliografia

- 1 Dati ISTAT 2010 [on-line]. Disponibile da: <http://www.istat.it/popolazione> [consultato il 26 Luglio 2011]
- 2 Dati relativi alla provenienza nell'unità operativa di Patologia Neonatale dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo con periodo di riferimento 2007-2010. Disponibili da: Applicativo Aziendale [consultato il 27 Luglio 2011]
- 3 M. LEININGER, M.M MCFARLAND (2004), Infermieristica Transculturale (Traduzione di Longo S.) Milano: CEA
- 4 JCI (2011) Standard per gli Ospedali e per la Sicurezza del paziente. Servizio di valutazione delle strutture accreditate e a contratto del sistema sanitario lombardo Anno 2011. (Standard aggiornati alla IV ed. del Manuale degli Standard JCI per l'accredimento degli ospedali) [on-line]. Disponibile da: <http://it.jointcommissioninternational.org> [consultato il 27 Luglio 2011]
- 5 Costituzione Italiana Articolo 3 [on-line]. Disponibile da: <http://www.governo.it/governo/costituzione/principi.html> [consultato il 27 Luglio 2011]
- 6 Codice Deontologico dell'infermiere (2009) [on-line]. Disponibile da: <http://www.ipasvi.it> [consultato il 28 Luglio 2011]
- 7 M. LEININGER (2005), Diversità e universalità dell'Assistenza Culturale. Una teoria del Nursing. Ed. Piccin- Nuova Libreria
- 8 CRAVEN R.F, HIRNLE C.J (2004), Principi Fondamentali dell'assistenza infermieristica (ed. Italiana a cura di Giorgio Nebuloni) Milano: CEA
- 9 CARPENITO L.J., (2008), Diagnosi Infermieristiche. Applicazione dalla pratica clinica. IV ed.. (ed. Italiana a cura di Carlo Calamandrei e Fabrizio Vezzoli) Milano: CEA
- 10 Definizione di mediatore culturale [on-line]. Disponibile da: http://it.wikipedia.org/wiki/Mediatore_culturale [consultato il 28 Luglio 2011]
- 11 Dati reperibili presso il servizio di mediazione Culturale Azienda Ospedali Riuniti di Bergamo
- 12 G. BESTETTI (2000), "Sguardi a confronto" Mediatrici Culturali, operatrici dell'area materno infantile, donne immigranti MILANO: FrancoAngeli
- 13 D. MANARA (2004), Infermieristica Transculturale Casa ed. Carocci Faber
- 14 D. MANARA (2001), Nursing Transculturale. Eguaglianza, disuguaglianza, differenza in Benci L., (a cura di), Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing. Milano: McGraw Hill Italia
- 15 M. SANTIPOLO, M. TOSINI, S. TUCCIARONE (2004), La comunicazione interculturale in ambito socio-sanitario Venezia: Libreria Editrice Cafoscarina
- 16 D. MANARA, I. ISERNIA Analisi delle problematiche concernenti l'assistenza infermieristica ai pazienti immigranti in un campione di infermieri italiani dell'Ospedale San Raffaele (Corso di Laurea Infermieristica aa2010-2011)
- 17 L. ALETTOE, L. DI LEO (2003), Nursing nella Società Multiculturale Ed. Carocci Faber
- 18 M. MAZZETTI (2003), Il dialogo Transculturale Ed. Carocci Faber

TRANCULTURALITÀ: ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN UN CONTESTO MULTIETNICO

M. Franzoni, S. Leon Martinez, R. Negri, A. Stracquadini

SC TIN e Neonatologia –A.O. “C. Poma”, Mantova

Negli ultimi dieci anni il fenomeno della globalizzazione ha coinvolto l'Europa, abbattendo le frontiere che da molto tempo limitavano il libero flusso delle persone. Inoltre l'immigrazione dal Nord Africa e dalle regioni settentrionali dell'Asia è in costante aumento.

I fenomeni di globalizzazione e di migrazione hanno abbondantemente evidenziato che il processo dell'emigrazione rappresenta un fattore di fragilizzazione dell'individuo. L'espanto progressivo dal quadro culturale originario determina un'effettiva vulnerabilità delle difese della persona messe a disposizione dal suo mondo di appartenenza. La cultura dota ogni membro dei mezzi cognitivi, affettivi e comportamentali che gli permettono di fronteggiare le congiunture critiche.

L'art.32 della Costituzione Italiana afferma: "...la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, garantendo cure gratuite agli individui".

Oltre a ciò, il Codice Deontologico dell'Infermiere all'art. 2.4 sostiene: "...l'infermiere agisce tenendo conto dei valori religiosi, ideologici ed etici, nonché della cultura, etnia e sesso dell'individuo...."

L'integrazione tra le culture, le tradizioni e le religioni nel contesto europeo si è mostrata difficoltosa, a causa delle notevoli differenze nel modo di vivere, nei valori, nelle abitudini alimentari, nello stile di vita, nell'educazione, nel rapporto uomo-donna, nel rapporto con i figli e con la famiglia, oltre che con un approccio enormemente diverso rispetto alla mortalità neonatale.

Da ciò si desume una diversa modalità di vivere la gravidanza, la nascita e il puerperio. La situazione risulta aggravata dalla metodica usuale di mantenere le donne all'interno delle loro comunità, impedendone una reale integrazione, in questo modo l'impatto con la Terapia Intensiva risulta ancor più complesso, senza contare poi la problematica relazione legata alle dinamiche uomo-donna.

Nella nostra cultura, chi prevalentemente gestisce la donna e il suo bambino sono infermiere donne, e questa cosa per i padri di molte culture straniere, risulta pressoché inaccettabile, in quanto per loro non è tollerabile "prendere ordini" da una donna.

Occorre dire che la maggioranza degli infermieri italiani si trovano nella condizione di lavoro in un contesto multietnico senza avere la base ed il supporto derivanti da una struttura teorico-concettuale. Tale situazione può determinare il rischio di erogare un'assistenza infermieristica non rispettosa del background religioso e culturale del piccolo paziente e della sua famiglia. Per facilitare tutto questo sono stati introdotti nella nostra Azienda i mediatori culturali, che però il più delle volte sono utilizzati come semplici traduttori nei momenti in cui si deve esporre una diagnosi.

Questa loro "funzione" errata, impedisce a noi infermieri di conoscere meglio e veramente determinati atteggiamenti e abitudini delle varie culture, in quanto spesso le difficoltà di comunicazione non sono imputabili esclusivamente a problemi linguistici ma alla difficoltà di capirne il sistema di pensiero e le reti simboliche.

Questo può inoltre dar luogo sia ad una inadeguatezza ed a una inadeguatezza dell'assistenza infermieristica, sia ad un senso di impotenza e frustrazione per gli infermieri oltre che ad essere motivo di difficoltà nel processo comunicativo con la famiglia.

In una società ormai multietnica, anche l'operatore sanitario ha l'obbligo di aggiornare la sua formazione in maniera adeguata alle richieste che provengono dall'utente dei servizi e che possono avere origine da una particolare visione della vita o da orientamenti religiosi, etnici e tradizionali. Il primo passo da compiere da parte degli operatori è sviluppare specifiche attitudini, conoscenze e obiettivi, al fine di esplorare i propri valori per maturare la consapevolezza necessaria a superare il fenomeno dell'"etnocentrismo". La preparazione antropologica dell'infermiere deve quindi riguardare le diverse concezioni culturali, deve offrire strumenti critici per indagare il mondo culturale dei genitori del piccolo e deve anche suggerire criteri di mediazione culturale nel campo della cura per evitare di cadere in pregiudizi che possono scadere nel razzismo.

L'obiettivo del progetto è di implementare azioni e attività infermieristiche in una logica

individualizzata rispettando quanto più è concesso dalle condizioni di salute del bambino e la diversità culturale della famiglia, a tale scopo, viene consegnato un opuscolo informativo multilingue delle attività svolte in reparto

Dal 2006 la Terapia Intensiva Neonatale di Mantova consente ai genitori il libero accesso al reparto in ogni momento del giorno e della notte, questo ha portato ad una riduzione dei giorni di ricovero, ma nel contempo, si è avuto un sovraccarico di lavoro nella gestione infermieristica.

Il tutto è avvenuto purtroppo, senza una preparazione specifica per la gestione della famiglia nella sua globalità, e ancor meno nello specifico delle varie culture. Questo grande lavoro svolto è stato agevolato dalla possibilità di usufruire di 9 posti letto per le nutrici, messi a disposizione per le mamme dei piccoli ricoverati. Questo è risultato fortemente d'aiuto in sinergia con il "reparto aperto", per la presa in carico e la gestione precoce del prematuro. La presenza della madre in stanza nutrice, inoltre, favorisce la collaborazione con le pratiche infermieristiche per l'assistenza e la cura, aumentando la compliance anche per quanto riguarda il follow-up.

La nostra attività si svolge in Terapia Intensiva Neonatale (TIN) di III livello dove si registra un notevole flusso di degenti extracomunitari, essendo poi la nostra struttura confinante con Veneto ed Emilia-Romagna aumenta anche la parte di accessi extra regione.

Anno	2009		2010		2011 (Primo Semestre)	
Totali nati	1978 (di cui 27,09% stranieri)		1905 (di cui 26,6% stranieri)		911 (di cui il 30,4% stranieri)	
Totali ricoverati in TIN	765 (di cui 691 >1500 gr e 74 <1500 gr)		791 (di cui 717 >1500 gr e 74 <1500 gr)		333 (di cui 293 >1500 gr e 40 <1500 gr)	
	<1500	>1500	<1500	>1500	<1500	>1500
italiani	70,3%	65,5%	63,5%	65,5%	50%	75,1%
arabi	10,8%	10,4%	6,7%	9,6%	5%	6,5%
indiani	4%	8,5%	9,5%	8,8%	27,5%	10,2%
africani	8%	3,6%	10,8%	6,1%	12,5%	1%
europei dell'est	4%	6,8%	6,8%	5%	0%	3,4%
cinesi	1,3%	3,5%	2,7%	3,1%	5%	2,7%
sudamericani	1,3%	1,7%	0%	0,8%	0%	1%

Per strutturare e svolgere il lavoro ci siamo avvalsi dei registri nascite anni 2009-2010 e i primi sei mesi dell'anno 2011; registri ricoveri in TIN 2009-2010 e primi sei mesi 2011; revisione della letteratura sul tema; analisi delle dinamiche relazionali infermiere-genitori esistenti nella nostra Unità Operativa.

I risultati ottenuti non possono essere trascritti numericamente, ma si valutano tramite una aumentata adesione da parte dei genitori alle cure del loro bambino, cosa che influisce positivamente sull'andamento clinico del piccolo, e ad un miglior spazio relazionale con le infermiere. Tutto questo porta ad agevolare il processo educativo che viene attuato alla mamma di un piccolo prematuro per poterle consentire una volta dimessa la completa gestione in autonomia. Infatti le prerogative per la dimissione di un neonato prematuro, nel nostro reparto, sono date dalla capacità del piccolo di alimentarsi autonomamente, e dalla capacità della madre di gestirlo e riconoscere i segnali di difficoltà. Adottando questi parametri, i re-ingressi dei nostri prematuri sono effettivamente casi eccezionali.

Conclusioni

Madeleine Leininger afferma che: "culture diverse percepiscono, conoscono e praticano

l'assistenza in modi diversi, nonostante l'esistenza di alcuni punti in comune nelle varie culture del mondo".

La cultura di ogni persona cambia il modo di esprimere un bisogno e quindi porta a delle diverse manifestazioni che a volte sono interpretate erroneamente, creando difficoltà nell'assistenza infermieristica. E' necessario porre attenzione all'altro e comprendere ciò che porta in sé, i suoi reali bisogni di salute integrale: psichica, fisica, sociale, e il bisogno di rispetto della sua cultura, dignità e credo religioso, in base a ciò mutano anche i concetti di salute, malattia, igiene e prevenzione. Data la presenza di un fenomeno in costante aumento, si rende indispensabile una adeguata formazione del personale infermieristico, considerando anche la presenza di operatori che essi stessi provengono da altre culture. E' importante nella formazione degli infermieri l'acquisizione della capacità e disponibilità a mettersi in ascolto e all'osservazione dell'altrui e della propria diversità, oltre che una formazione antropologica e percorsi interculturali volti ad attuare strategie di integrazione. Le differenze culturali non vanno sottovalutate e soprattutto non devono essere utilizzate per giustificare un'incapacità relazionale, o ancor peggio, i pregiudizi. Avere pregiudizi è normale, l'importante è che ciò non comprometta le nostre relazioni interpersonali con gli stranieri, ed evitare che quando si parla di "diverso culturalmente" non si intenda "inferiore". E' fondamentale trovare adeguate vie di comunicazione efficaci per superare le barriere al fine di instaurare un rapporto di reciproca fiducia tra infermiere- madre nell'ottica di una vera assistenza individualizzata. Il reparto aperto favorisce l'individuazione di situazioni critiche che nonostante ogni sforzo infermieristico non trovano nessun contatto relazionale con la madre per la cura del neonato. In casi come questi, a nostro parere, sarebbe auspicabile la presenza del mediatore culturale per quello che è il suo vero ruolo, ovvero colui che non solo funge da traduttore linguistico, ma permette di instaurare una minima relazione, trasmettendo e spiegando al personale sanitario gli aspetti salienti e le dinamiche della cultura in esame. La presenza del mediatore culturale in queste situazioni dovrebbe essere prevista in reparto almeno per alcuni giorni. Tutto questo a beneficio del neonato. La strada da percorrere è ancora lunga....

Bibliografia

- Costituzione Italiana 1947: Articolo 32
- Codice Deontologico degli Infermieri 2009: Articolo 2.4
- Bernardi Bernardo, Uomo Cultura Società. Milano: Edizioni Franco Angeli, 1993
- Fantuzzi Annamaria. Il rapporto medico-paziente immigrato. (In)comprensione e pratiche di mediazione linguistiche e culturale. Tendenze nuove. 1/2010
- Hoffman Edwin. La comunicazione interculturale e l'assistenza sanitaria. Royal College of Nursing. 2007
- Bona Gianni. I figli dei migranti tra accoglienza e integrazione: una nuova realtà per il nostro paese. Pediatria notizie. Luglio/Ottobre 2008
- Atti del convegno: "Approccio interculturale alla paziente migrante nel reparto materno-infantile". Università degli studi di Milano e Ospedale Luigi Sacco. Milano, 29 maggio 2006
- Atti del convegno: "Costruire ponti verso il futuro: come sviluppare competenze culturali e skills per il management dei conflitti nella società multietnica". Modena, 8/9 ottobre 2009
- Contardo S. la gravidanza e il parto nella paziente extracomunitaria: l'esperienza della clinica ostetrica di Udine. Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia. 2004
- Atti del convegno: "Le diverse culture in rapporto con la malattia, la degenza in ospedale e l'evento nascita. Esperienze e prospettive nella mediazione linguistico-culturale". Asola (MN), 2 ottobre 2004
- <http://www.click.vi.it/sistemiculture/>
- <http://www.infermieristicapediatrica.it>
- http://www.sph.umd.edu/epib/cultural_competency/RationaleContextDefinition.htm
- <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=17386&l=en>