

### 3° CONVEGNO NEONATOLOGICO INFERMIERISTICO

Care Colleghe e Cari Colleghi,

il convegno neonatologico-infermieristico che anche quest'anno abbiamo il piacere di proporVi rappresenta, alla sua terza edizione, un atteso momento di studio e di confronto sulle tematiche più attuali ed interessanti nel campo dell'assistenza al neonato.

Certamente non Vi sarà sfuggita una piacevole quanto gratificante novità, ovvero quella di vedere i lavori infermieristici inseriti in un unico importante volume di atti congressuali, assieme a quelli del 3° International Workshop on Neonatology, del 2° Congresso di Ematologia Neonatale e dei Satellite Meetings. Ci piace intravedere in questa scelta un fattivo riconoscimento al nostro lavoro che da un lato ci spinge a migliorare sempre più il livello scientifico dell'evento, dall'altro conferisce a Cagliari ed al team infermieristico della nostra Unità di Patologia e Terapia Intensiva Neonatale un'importante ruolo culturale e scientifico in ambito neonatologico.

L'auspicio espresso nelle scorse edizioni, quello di portare l'esperienza neonatologico-infermieristica di Cagliari al di là dei confini della nostra regione, sembra divenire sempre più una realtà. Continueremo in questa strada proprio perchè convinti che il confronto, lo studio e l'interscambio di esperienze tra gli infermieri sia alla base della crescita professionale e non può che riflettersi positivamente sul benessere dei nostri piccoli neonati.

Buon Lavoro



Denis Pisano

Nurse, Neonatal Intensive Care Unit, Cagliari

#### **I SESSIONE: Luci e ombre in neonatologia**

Presidente: M. Silveti

Moderatori: A. Solinas, V. Annis

#### **EVOLUZIONE STORICA DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA NEONATALE**

G. Caramia

*Primario Emerito di Pediatria e Neonatologia  
Azienda Ospedaliera Materno-Infantile "G. Salesi"  
Ancona*

#### **Le radici storiche dell'assistenza infermieristica**

Una delle funzioni più antiche e fondamentali dell'Uomo, da quando questi è comparso sulla terra o, se si vuole, da quando è stato scacciato dal paradiso terrestre, è rappresentata dall'assistenza, in quanto cura e sostegno alla persona malata, e quindi dalla messa in atto di un'insieme di presidi assistenziali e terapeutici denominati "Cure".

Nelle più antiche civiltà, mesopotamica, egiziana ecc i templi attraevano folle di malati fiduciosi nella "Cura" e nella grazia divina e lì si erogava una qualche forma di assistenza.

Nell'antica Grecia esistevano già tre strutturate assistenziali: gli asclepiei, lo jatreion, dai latini dette "taber-

nae medicorum" e le infermerie domestiche denominate "valetudinari" una specie di ospedale con la presenza di "infermieri" chiamati "servus valetudinario" per una adeguata assistenza, come è emerso dal valetudinario di Vetera, venuto alla luce vicino a Xanten in Germania.

Dopo gli insegnamenti di Ippocrate inoltre sorse il concetto più umano dell'amore del medico, e di chi prestava assistenza, verso il prossimo sofferente: l'ammalato non era più una persona inutile e meritava considerazione. Locali adatti furono aggiunti all'asclepieo di Epidauro in epoca romana, per le partorienti e per i moribondi, affinché nascite e morti avvenissero in luogo appartato, con opportuna assistenza.

Sempre in tale epoca, la necessità di "Cure" indispensabili alla vita dell'uomo, diede origine al mito della Dea Cura, Dea del firmamento di Giove, che si prendeva cura dei poveri mortali, riportato dopo alcuni secoli nel "Liber Fabularum" dallo storiografo Igino (II sec. d.C.).

#### **Il mito di Cura**

La fiaba narra che, agli albori del mondo, la Dea Cura, mentre passeggiava pensierosa per lande ancora disabitate, arrivata sulla riva di un fiume, vide che i suoi piedi lasciavano un'impronta sull'argilla. Pensò

allora di dare una forma a quella argilla. Cura aveva delle mani d'oro, e le figure le vennero proprio bene per cui volle fare qualcosa per le sue creature: così si rivolse a Giove, padre di tutti gli dei, perché vi infondesse lo spirito. Giove accondiscese volentieri alla preghiera di Cura, che tante volte l'aveva assistito e massaggiato con preziosi unguenti quando era stanco ed era stata ad ascoltarlo quando era preoccupato e gli aveva dato saggi consigli sulla conduzione dell'universo.

Subito dopo però Giove e Cura incominciarono a discutere animatamente perché, il re dell'olimpico, pretendeva, in cambio del suo dono, il diritto di dare un nome alle creature. La discussione fu udita dalla Dea Terra che, a sua volta incominciò ad arrogare a se quel diritto in quanto lei aveva fornito la materia di cui erano composte le creature. Intervenne anche il Dio Tempo che, pretendendo di ergersi a giudice, voleva imporre dei limiti temporali. Tutti alzarono la voce e cominciarono a gridare e a minacciare di distruggere le creature di Cura piuttosto di lasciarle agli altri.

Cura aveva ormai concepito un grande amore per le sue creature per cui, pur di salvarle, accettò che venisse chiamato a giudice Saturno per dirimere la contesa. Questi dopo lunga meditazione così sentenziò: "Tu, Giove, che hai dato lo spirito, al momento della morte riceverai lo spirito. Tu, Terra, che hai dato il corpo, riceverai il corpo. Tu Cura che per prima hai creato e fatto vivere un corpo lo "possiederai" finché vivrà (Cura enim quia prima fixit, teneat quamdiu vixerit) e si chiamerà Homo perché è stato tratto dall' "humus" cioè dalla Terra.

Purtroppo però Cura dovette ben presto rendersi conto che quelle creature non solo erano mortali, ma anche estremamente fragili: venivano al mondo debolissime, e incapaci di provvedere a se stesse, morivano se non venivano continuamente nutrite, si ammalaavano facilmente ed erano esposte a mille altri pericoli. Gli altri dei invece, non contenti di aver bisticciato il giorno natale di Homo riguardo al nome da dare, si vantavano di avere in serbo per loro grandi progetti. La Terra li destinava al lavoro: "I campi, il cielo e il mare sono una loro proprietà: bisognerà asservirli, sfruttarli e nulla dovrà fermarli". Giove, sobillato da Marte suo figlio, prospettava un futuro di conquiste: "Onore e vanto della sua stirpe sarà il potere: dominerà, sconfiggerà, si farà temere ed obbedire". Per Cura invece cominciarono tutti gli affanni, per mantenere in vita le sue creature, e perse il sonno, e non riuscì più a pensare ad altro arrabbiandosi e cercando di porre rimedio alle follie degli altri dei. E dove questi hanno voluto dividere, ha intrecciato relazioni; dove hanno creato baratri, ha costruito ponti; dove hanno causato ferite, ha curato; e per ogni morte ha procurato nascesse almeno una nuova vita. E ogni volta che Cura provava a ricordare a quei signori che, d'accordo anche con Tempo, le avevano lasciato signoria su Homo fintanto che era in vita, essi si arrabbiavano, perché non volevano rinunciare ai loro progetti.

Fu così che non potendo disfare ciò che era stato

fatto, si coalizzarono e magnanimamente sentenziarono: "Tu Cura, per le tue faccendole quotidiane, non hai bisogno di tutto il genere umano; te ne basta una metà, mentre noi con l'altra metà potremo ben realizzare le nostre eccelse imprese" A Cura rimasero pertanto quasi esclusivamente le femmine. Le altre divinità inoltre, per sminuire il lavoro di Cura ed esaltare il proprio, sparsero la voce che Cura era una dea inferiore, capace solo di occuparsi di inabili, invalidi, pannolini sporchi e pappe.

Cura, testarda, continuò ad intrecciare amore, dialogo e solidarietà, piangendo per tutto il dolore che uomini e dei andavano seminando per il mondo, stando vicina alle vittime di tutte le guerre, e rifiutandosi di credere che la ragione fosse sempre dalla parte del più forte.

Nel frattempo però Homo si inorgogli per la propria grandezza, forza e intelligenza. Le sue pretese divennero infinite: ardì sfidare il cielo, la natura, i propri limiti, copri di sangue la Terra e ingiuriò Giove e ogni altra divinità. I fratelli uccisero i fratelli, i padri lasciarono morire i figli di stenti, di fame, e nelle guerre e, quanto alle donne, a loro toccò il trattamento più selvaggio.

Delusi e feriti, gli dei si volsero allora a Cura, e pianse e la supplicarono di intervenire e di accentuare il suo impegno e i suoi sforzi riconoscendole pubblicamente la nobiltà della sua opera.

Come molti altri racconti mitologici, le fiabe hanno la capacità di mediare delle profonde verità e, giungendo direttamente al cuore, fanno capire che, fin dai tempi più antichi, Cura non doveva solo provvedere a curare ma anche a "prendersi cura" di questo Homo in quanto lo "possiederà", cioè lo terrà come cosa sua, finché vivrà.

L'assistenza alla persona bisognosa di cure è evoluta nella storia dell'umanità tanto che già Socrate (469-399) nel V secolo a. C. affermava che "non si deve tener conto del vivere ma del vivere bene" (Platone, Il Critone o del Dovero) e Aristotele (384-322) riportava nella "Politica" che "compito dello stato non è solo quello di concedere la vita ma piuttosto una buona qualità di vita". Durante l'impero Romano, e soprattutto dopo l'avvento di Cristo e dei suoi insegnamenti, l'importanza del "prendersi cura" della persona, ha subito un notevole impulso e si sono fortemente radicati durante tutto il Medio Evo per poi fiorire e dare splendidi frutti con l'Umanesimo (1). Anche le responsabilità dello stato nell'assistenza e nella qualità della vita si sono diffusi, in varie regioni, nei secoli per essere poi fortemente ripresi dalla Rivoluzione Francese (Il Comitato di Salute Pubblica, 1793) e, in anni del tutto recenti, dalla Organizzazione Mondiale Della Sanità nella cui Costituzione è scritto "I governi hanno la responsabilità dello stato di salute della loro popolazione... intendendo non solo assenza di malattia ma completo benessere fisico, psichico e sociale". Il "prendersi cura" della persona malata ha riscoperto e riportato alla luce la saggezza della vecchia favola del "Liber Fabularum" (2).

## Il Bambino e l'assistenza Infermieristica nel XX secolo

Il secolo da poco concluso è stato da alcuni considerato il "secolo dei fanciulli", dato che l'età infantile è diventata il centro di ricerche, cure, interessi educativi, sanitari e sociali (3). L'epoca in cui i bambini malformati o sottopeso o con scarse possibilità di una vita normale venivano gettati dal Taigeto o abbandonati o nell'ipotesi migliore affidati a qualche struttura caritatevole o istituto, è diventata solo un triste e lontano ricordo. Con l'estendersi delle conoscenze mediche ed assistenziali del neonato, del bambino e dell'adolescente, l'area pediatrica è diventata l'ambito in cui ci si prende cura delle loro esigenze.

L'evoluzione però è progredita lentamente.

Fino agli anni 40-50 infatti il bambino di basso peso non veniva nemmeno preso in considerazione da un punto di vista medico assistenziale e, pur essendo ancora vivo, veniva battezzato e messo sul davanzale di qualche finestra in modo che, più rapidamente, raggiungesse il cielo. Successivamente, soprattutto nei Paesi industrializzati, con il rallentamento della crescita demografica, le famiglie si sono "ristrette" e il bambino diventa il centro dell'attenzione. Non solo "non deve" più morire, ma "deve" essere bello, sano e "non deve" ammalarsi e, se proprio si ammala "deve" subire guarire.

Così la Pediatria o meglio la Medicina dell'Età Evolutiva, va incontro ad un notevole progresso scientifico e tecnologico con lo sviluppo al suo interno di specialità mediche ed assistenziali: il neonato diventa una sfida per la ricerca scientifica e l'assistenza medica ed infermieristica aprendo nuove prospettive di vita ai pazienti più piccoli (4).

Per l'assistenza infermieristica mentre negli USA, nel 1899, la figura dell'infermiera accedeva all'Università presso la Columbia University e nel 1916 esistevano già tredici corsi universitari per infermiere, nella vecchia Europa l'assistenza era, in particolare negli ospedali, affidata alle istituzioni e alle infermiere religiose. Al rinnovamento della formazione infermieristica in Italia ha contribuito la Florence Nightingale, che aveva già dato immagine e stima alle Nurses inglesi, l'Amy Turton, una scozzese che svolse la sua attività negli ospedali S. Spirito e S. Giovanni di Roma e Grace Baxter nata come la Nightingale a Firenze da genitori inglesi e diplomata, infermiera-Caposala nell'ospedale John Hopkins di Baltimora, che lavorò a Napoli (4). Importante fu anche l'opera di Anna Celli, che aveva frequentato la scuola laica per infermiere di Hamburg in Germania. In seguito ad una indagine fatta nel 1902 era emerso che su 8.380 fra infermiere ed infermieri, il 40% erano suore, vi era una infermiera ogni 12 letti mentre in Inghilterra una ogni 5,4 letti e in Austria una ogni 4,8 letti. Per tale motivo la Celli nel 1908 tentò di aprire una scuola per infermiere a Roma tentativo che però fallì perché alle iscritte mancava il titolo di studio, la quinta elementare. Concludeva pertanto che perdeva il pregiudizio in base al quale fare l'infermiera non

era una professione per una ragazza di una certa cultura ma equivaleva a fare "l'inserviente o altro". Questo contrastava nettamente con le Nurses inglesi che provenivano dalla media borghesia: figlie o sorelle di professionisti, con il ruolo di infermiera, ricoprivano una certa posizione nelle istituzioni o servizi conquistandosi con professionalità, dedizione e moralità, la stima di tutti (5).

Nel 1905 Papa Pio X fece istituire una scuola per infermiere perché le suore non dovevano essere "relegate nelle cucine o in guardaroba, ma dovevano stare vicino agli infermi" (Crispolti e Bompiani). Seguirono quindi varie scuole in tutta Italia. Tutte furono dirette da infermiere inglesi, compresa quella di Trieste a quel tempo sotto l'impero Austro-Ungarico. Come nelle scuole inglesi, il personale docente era costituito da infermiere preparate per formare infermiere capaci, per migliorare l'assistenza e creare uno spirito professionale. Le difficoltà di tutte queste scuole, che collaborarono con la Croce Rossa, furono la carenza di fondi e la mancanza di una riforma dell'assistenza che sostenesse la causa infermieristica (6).

Mentre l'assistenza infermieristica evolveva fra tante difficoltà, nascevano le prime associazioni infermieristiche italiane e con decreto legge del 1925 vennero istituite le «Scuole convitto Infermiere Professionali». Nonostante da sempre le infermiere avessero dedicato una notevole parte del loro tempo all'assistenza dei bambini, solo nel 1940 viene identificata nella Vigilatrice d'Infanzia la figura deputata all'assistenza del bambino che professionalmente è evoluta come quella delle Infermiere Professionali.

Dopo la fine della seconda guerra mondiale si è assistito alla progressiva evoluzione dell'assistenza infermieristica. Tutto ciò grazie alla maturità professionale delle infermiere, al senso di responsabilità, alla consapevolezza e conoscenza del proprio ruolo, agli sforzi profusi dagli organi professionali, Collegi e Federazione IPASVI, alla evoluzione culturale della popolazione, che aveva maturato la consapevolezza della sua responsabilità nella tutela della salute, (6). A partire dal 1990 infine c'è stato un fiorire di norme che hanno cambiato ruolo, status, funzioni e responsabilità dell'infermiere.

Nel 1997, il Legislatore ha emanato il profilo professionale dell'infermiere pediatrico e nel 1999 la Legge n. 42 ha previsto tale figura con un proprio campo di attività come sostenuto soprattutto da ospedali pediatrici dove la necessità di personale altamente qualificato, all'assistenza al bambino, è sempre più sentita ed apprezzata.

Successivamente vengono attivati i Diplomi Universitari in Scienze Infermieristiche e i Diplomi Universitari per Infermieri

Nel 2001, viene attivato il Corso di Laurea in Infermieristica Pediatrica per non disperdere l'esperienza accumulata in decenni dalle scuole per Vigilatrici d'Infanzia. In tal modo viene anche concentrato l'apprendimento, fin dall'inizio del corso, di studi sull'assistenza al bambino per raggiungere livelli otti-

mali di approfondimento scientifico, culturale e di ricerca (4,7).

Nell'anno accademico 2002/2003, i Corsi di Laurea triennale in Infermieristica Pediatrica risultano attivati a: Bolzano, Catanzaro, Napoli, Novara, Pisa, Roma e Torino (4).

Il Corso di Laurea triennale per Infermiere Professionale ed in particolare quello per Infermieristica Pediatrica consente di formare professionisti competenti che, nel rispetto dei principi etici e deontologici propri della professione, sono in grado di garantire una ricaduta positiva sulla qualità dell'assistenza unendo così, in modo sinergico, competenze tecnologiche e disponibilità all'assistenza necessarie a raggiungere gli obiettivi prefissati (8,9).

### Considerazioni conclusive

Ripercorrere gli eventi storici di come è evoluta l'assistenza a chi aveva bisogno di "Cure" significa parlare di chi si è preso cura, nei secoli, di tanti malati e di tante persone e bambini bisognosi. Significa parlare dell'aspetto assistenziale che è stato una peculiarità delle donne: madri, mogli, figlie o persone devote che lo svolgevano con nobile vocazione e talora completa donazione di sé.

Il cercare di alleviare le sofferenze e di soddisfare le necessità di un corpo malato, "brutto", piagato, maleodorante è stato un compito da sempre affidato alle donne per la loro disponibilità e innata carica umana e perché certe funzioni, considerate poco nobili nella gerarchia sociale, venivano delegate proprio al sesso femminile.

In questo ambito, finalizzato ad aiutare la persona nelle sue necessità, è nata l'assistenza infermieristica ed è cresciuto l'aspetto vocazionale, inteso come abnegazione, donazione di sé, a volte portato fino all'estremo sacrificio, assumendo così un tratto nobilitante, di riscatto e di riconoscimento sociale per chi le svolge.

E poiché la fisicità è vita, "l'aiutare la persona a compiere tutte le attività tese al soddisfacimento delle proprie necessità" ed essere vicini alla persona portatrice di bisogni di salute, evidenzia, nell'Infermiere un professionista della salute votato, come affermava Virginia Henderson all'assistenza di chi soffre. A tale proposito ricordo ancora la frase di tanti anni fa di un cattolico spagnolo, vecchio e con gravi problemi di salute per patologie contratte durante la seconda guerra mondiale, che parlando della professionalità degli infermieri diceva "credo che Quelli siano del paese di Gesù, a due passi dal Paradiso".

Il carattere "vocazionale" implicito nei termini *Nursing* e "*Nursing Sisters*" cioè "Sorelle Infermiere" introdotti dalla Nightingale esprime l'amore per i nostri simili e per le loro sofferenze e, soprattutto nei secoli passati, uno stile di vita, a volte un'alternativa alla famiglia.

L'interesse per l'umanità è, come sosteneva Francis Peabody, una delle qualità essenziali di chi opera in ambito sanitario poiché il segreto nella cura del

paziente, e il successo in questa nobile Arte, sta nel "prendersi cura del paziente" con la partecipazione del proprio io, del proprio cuore, in quanto questo, non meno dell'intelligenza e della tecnica ha la sua parte. In un antico papiro egiziano è scritto che "il cuore di un uomo è il suo Dio" in quanto è testimone del bene e del male fatto nella vita: a quel tempo gli egiziani credevano che nel cuore gravava ogni colpa ed era considerato sede della coscienza. Per tale motivo era l'unico viscere del morto che veniva lasciato nella mummia e il defunto, per salvarsi e passare nel regno di Osiride, re e patrono dei morti, figlio del dio della terra e della dea del cielo, avrebbe dovuto presentarsi alla dea della giustizia Maat che avrebbe posto il suo cuore sul piatto di una bilancia mentre sull'altro era posta una piuma: sarebbe passato nel mondo di Osiride, solo se il suo peso, testimone del bene e del male commesso, fosse stato minore di quello di una piuma.

L'importanza del cuore, come espressione dello spirito di carità, dell'affetto, del sentimento e della coscienza, risale ai tempi più antichi e si fa carico della volontà di amore per il singolo e per la collettività: è il centro della vita dell'uomo e non deve mai essere sopraffatto dall'intelletto.

Gli occhi sono ciechi: bisogna cercare con il cuore, sosteneva "il Piccolo Principe" del racconto di Antoine De Saint Exupéry. Questo ricorda che la medicina e l'assistenza infermieristica non sono solo scienza ma una pratica entro la quale si creano situazioni di rapporto umano, di aspettative, di emozioni: chi vede l'ammalato come un sistema di apparati dimentica il suo essere persona, le sue aspettative. La medicina e l'assistenza inoltre vengono a volte proposte in maniera errata: i detentori del sapere e del potere da un lato e il paziente suddito a compiacersi per non perdere la loro benevolenza dall'altro. Questo ha determinato il fiorire di associazioni per la difesa del malato con contrapposizioni e accuse di malasanità mentre tutti dovrebbero essere disposti a rinunciare alle sicurezze del passato riconoscendo i limiti della natura umana. È pertanto indispensabile un dialogo fra medicina scientifica, con la sua efficacia e le nuove potenzialità assistenziali, e malato con la sua percezione della malattia e del dolore, con il bisogno moderno di salvezza, un tempo rivolto solo alla religione e oggi solo al progresso biomedico: un dialogo continuo di comprensione e partecipazione alla sofferenza che, in ambito neonatologico, è indispensabile fra infermiere e mamme.

Il rispetto interpersonale, la comunicazione, la capacità del lavoro in rete, il confronto interdisciplinare, la partecipazione dà così luogo ad una sanità amica.

Tutto ciò sembra imporre un nuovo Rinascimento, un nuovo Umanesimo. I sofisti greci nel V-IV secolo a. C., iniziarono una rivoluzione umanitaria, e nel XIV-XV secolo vi fu un ritorno alla cultura classica, ad una nuova visione razionale ed umana del mondo e dell'uomo che veniva posto al centro di ogni interesse esaltandone i valori: nacque così l'Umanesimo. Oggi dovremmo saper ritrovare lo spirito per una nuova

rinascita che veda al centro il cuore dell'uomo. I vari Sistemi Sanitari sono infatti in grado quasi sempre di fornire le migliori cure in caso di malattie gravi, mentre le inefficienze riguardano spesso le prestazioni sanitarie e l'assistenza che compromettono risultati per cui un nuovo approccio assistenziale umanitario porterebbe quei risultati che tutti si aspettano. In questa ottica e come stimolo per una sanità migliore, accanto agli aspetti prettamente scientifici va posta l'attenzione sui molteplici aspetti umani ed assistenziali della vita quotidiana, all'amore per l'Essere Umano dato che, come scriveva Dante, è "l'amor che muove il sol e le altre stelle".

#### Bibliografia

1. Ottazzi V. Le principali fondazioni ospedaliere d'Italia nei loro statuti dal secolo XI fino al secolo XIV. Atti del I Congresso italiano di storia ospedaliera. A cura del Ciso, Reggio Emilia 1957.
2. Pazzini A. L'ospedale nei secoli. Ed. Orizzonte Nuovo. Roma 1958.
3. Becchi E, Mia D. Storia dell'infanzia. 2. Dal settecento ad oggi" Ed. Laterza BARI.1996.
4. Seguini M. L'infermiere Pediatrico: La Laurea Di I Livello. Atti XX Congresso Internazionale "Bambino: Progetto Salute" Ancona-Portonovo 2003: 74-76
5. Smith C.W. Florence Nightingale. Sansoni, Firenze 1954.
6. Calamandrei C.: L'assistenza infermieristica: storia, teoria, metodi. La Nuova Italia Scientifica, Roma 1983.
7. Dall'Oglio 1, Carta G. L'evoluzione dell'assistenza infermieristica pediatrica al bambino nel contesto italiano. Atti Congresso Internazionale "Problemi prioritari di salute, dall'infermiere specializzato all'esperto clinico: un confronto internazionale", 22-24 maggio 2002, Roma
8. Rocco G.: Lo sviluppo della professione infermieristica. In Guida all'esercizio della professione di infermiere. III Edizione C.G. Edizioni Medico Scientifiche 2002.
9. Cosmacini G. Introduzione a "I bambini e la cura-Storia dell'Ospedale dei bambini di Milano" a cura di V.A. Sironi, F. Taccone, Ed. Laterza, Bari 1997

#### COMUNICAZIONE ED EMPOWERMENT IN NEONATOLOGIA

R. Fostini

Direzione Sanitaria – Azienda Ospedaliera - Istituti Ospitalieri di Verona

L'evoluzione socio-culturale del nostro Paese ha visto, negli anni, la crescita di protagonismo e di domanda diretta di salute da parte dell'utenza. Tale processo (favorito dalla progressiva diffusione dei mezzi di comunicazione) si è accompagnato alla parallela evoluzione del rapporto medico-paziente da forme di spiccato paternalismo al riconoscimento del diritto del malato alla verità alla frequentemente enunciata (e mai peraltro compiutamente realizzata) "alleanza terapeutica".

Al fine di ottenere la maggior valorizzazione possibile delle risorse personali del soggetto e contribuire a far nascere un clima di fiducia e rispetto reciproci tra malato ed operatore sanitario, negli ultimi anni si sono andati auspicando (e fattivamente promuovendo) nel paziente atteggiamenti di *partnership* ed *empowerment*.

Se la *partnership* prevede il coinvolgimento dell'individuo nella collaborazione con l'operatore in un generale contesto di rispetto dei reciproci valori e di condivisione di responsabilità e rischi, l'*empowerment* (termine coniato in ambito psicologico statunitense) mira ad incrementare il "potere" dell'individuo, favorendo la riattivazione e la riorganizzazione delle sue risorse originarie.

Traendo spunto dalla corrente definizione di salute (stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia o infermità) l'approccio bio - psico - sociale ha fatto sì che l'analisi terapeutica prenda atto delle interazioni tra malattia, salute, stili di vita ed emozioni del singolo soggetto.

Fondamentale è che la relazione medico - paziente si avvalga dello sviluppo di atteggiamenti "empatici" e di momenti di educazione terapeutica, particolarmente significativi nell'iter terapeutico delle patologie croniche.

I campi d'azione dell'*empowerment* - potenziamento del paziente, sono tradizionalmente rappresentati dal potenziamento personale, dal potenziamento sociale e dal potenziamento civile.

Negli specifici ambiti pediatrico e più ancora neonatologico si deve evidenziare come il naturale interlocutore dell'operatore sanitario non sia direttamente il paziente bensì i suoi familiari, in primo luogo la madre ed il padre.

Anche tale rapporto ha subito nel corso degli anni una serie di mutamenti dovuti non solamente ad una maggior diffusione della cultura sanitaria ma anche alle più generali modificazioni della struttura della famiglia.

Nel caso particolare di neonati pretermine e critici, gli operatori sanitari devono affrontare soprattutto il vissuto emozionale dei genitori.

Il processo di *empowerment* nei confronti dei genitori va avviato fin dal periodo gestazionale,

consentendo/invitando i genitori stessi a conoscere direttamente gli operatori che si occuperanno del neonato e l'ambiente, e a discutere, soprattutto nel caso si prospettino problemi neonatali, modalità ed obiettivi della loro specifica presa in carico.

Assicurata una tempestiva ed efficace assistenza alla nascita, si dovrà comunque promuovere il contatto precoce con il bambino da parte della madre e del padre, e ciò anche (soprattutto) se il neonato richiede assistenza intensiva. Nel periodo seguente la nascita, se il neonato è ricoverato in terapia intensiva, si dovranno accompagnare i genitori a vedere il bambino (qualora non l'abbiano già visto) ad evitare che la non diretta presa d'atto della situazione possa ingenerare nei genitori stessi fantasie o sentimenti negativi. Può essere utile, nei casi in cui la madre non sia in grado di vedere prontamente il bambino, utilizzare la figura paterna come mediatore tra il bambino stesso e la madre. La separazione della madre dal neonato, anche in condizioni critiche, non ha alcuna giustificazione "medica" ed è ormai universalmente ritenuta una pratica da scoraggiare, anche per l'effetto negativo sull'empowerment.

Informare regolarmente e completamente i genitori sulle condizioni cliniche del bambino in termini obiettivi e realistici, ma mai pessimistici, e che tengano sempre conto di elementi di ottimismo e di speranza, appare fondamentale nel processo di sostegno della "genitorialità", favorisce lo stabilirsi dell'alleanza terapeutica e migliora la compliance, soprattutto nelle situazioni più complesse.

Tutti gli elementi sopra citati appaiono fondamentali per l'accoglienza e l'attaccamento dei genitori al neonato.

Sul versante organizzativo, il miglioramento del rapporto tra operatori sanitari della struttura e genitori, passa anche da modelli (ormai largamente adottati) che prevedono la completa apertura delle terapie intensive neonatali ai genitori ed il loro coinvolgimento nelle cure.

Ulteriore fattore di empowerment è l'allattamento al seno. A tale proposito ci si limita a citare le conclusioni alle quali è pervenuta, fin dal 2001, la Commissione Consultiva della Società Italiana di Neonatologia sulla Promozione dell'Allattamento Materno che, tra le altre cose, raccomanda ai "professionisti della Salute" di "incidere sulle routine e le procedure assistenziali per incoraggiare e sostenere l'allattamento al seno" basandosi su elementi quali: il diritto della madre e più in generale della famiglia di effettuare una scelta libera e consapevole sull'allattamento al seno, l'impegno del neonatologo e del pediatra, di cui si sollecita l'adeguata preparazione non solo teorica, ma anche pratica, a sostenere a livello professionale e organizzativo l'allattamento al seno ed a sviluppare a livello dei *curricula studiorum* conoscenze e competenze specifiche, l'avvio precoce (al massimo entro 30-60 min) dopo il parto del contatto pelle a pelle e delle prime esperienze di alimentazione, il pieno appoggio alla proposta istituzionale del rooming-in, la dimissione

dalla Maternità della coppia madre-bambino in una situazione protetta, concordata e chiara dal punto di vista alimentare.

La stessa American Academy of Pediatrics, nel suo Policy Statement sull'allattamento al seno e uso del latte umano, pubblicato nel 2005, evidenzia la necessità di promuovere l'allattamento al seno quale norma culturale e incoraggiare il sostegno dell'allattamento al seno della famiglia e della società pur riconoscendo gli effetti delle diversità culturali sulle attitudini e le pratiche di allattamento. Sono state evidenziate necessità di carattere educativo nelle scuole di medicina, nei programmi di specializzazione e di internato (conoscere per educare).

In conclusione, anche in neonatologia l'empowerment può essere visto sia come l'esito di una serie di processi vissuti per conquistare/riconquistare fiducia e capacità personali che come un processo/percorso ideale dallo stato di "impotenza" allo stato di "potenza" del paziente o, come nel caso della pediatria e della neonatologia in particolare, dei suoi familiari.

Pazienti, familiari ed operatori sanitari possono e devono ricercare singolarmente e/o insieme, nel rispetto di reciproci ruoli e condizioni, il "potenziamento" delle loro risorse personali e professionali.

La malattia (vista come stato coinvolgente la persona in tutti i suoi aspetti: fisici, emozionali e relazionali) necessita, pertanto oggi di un approccio basato sulla relazione paziente, familiari, operatori sanitari e sociali. Solo dando il giusto risalto alla comunicazione tra questi soggetti, si può realisticamente perseguire l'obiettivo di migliorare lo stato di salute (e la sua percezione) della popolazione in generale e del singolo paziente in particolare.

#### Bibliografia

1. American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics, 2005, 115, 2: 496-506
2. The Budapest Declaration. Building European civil society through community development. Aprile 2004
3. Raccomandazioni della Società Italiana di Neonatologia – Commissione Consultiva della Società Italiana di Neonatologia (SIN) sulla Promozione dell'Allattamento Materno, 21 settembre 2001
4. Report of a WHO Working Group. Therapeutic Patient Education. Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Prevention of Chronic Diseases 1998
5. Spinsanti S. La comunicazione nel processo terapeutico. In: Etica bio-medica, Cinisello Balsamo, Edizioni Paoline, 1988

## LA DIMISSIONE PRECOCE: IL ROVESCIO DELLA MEDAGLIA

S. Atza, M.A. Boi

*Puericoltura, Sezione Neonatale – A.S.L. 8 Cagliari*

Le politiche in materia di salute avviate nel corso degli ultimi anni sono state fortemente condizionate dalla riduzione dei costi del SSN che, a causa soprattutto del crescente invecchiamento della popolazione, determina una richiesta di prestazioni complessa e prolungata.

Anche se molti sono gli squilibri derivanti dalle talvolta mal applicate azioni di risparmio, dalla contrapposizione esistente fra riduzione dei costi e mantenimento, anzi incremento, della qualità del servizio, esiste certamente una forte spinta verso metodi di assistenza rapidi, economici e soprattutto decentrati.

La preferenza dei servizi territoriali invece che ospedalieri deve però avvenire secondo un programma, un progetto, la cui finalità sia di assistere con strutture adeguate che siano più rapide ed efficaci

Il servizio neonatale della ASL8, all'interno del proprio ruolo, intende essere parte del cambiamento con degli obiettivi di miglioramento della qualità del servizio, sia al neonato che alla famiglia, con l'aiuto dell'organizzazione ospedaliera come punto di contatto con le strutture pediatriche territoriali.

In linea con tale obiettivo abbiamo molto recentemente avviato un'analisi interna per verificare la situazione delle dimissioni neonatali che sono il punto in cui il processo ospedaliero termina e la struttura territoriale inizia il proprio compito.

La domanda che ci si pone in particolare è la seguente:

*“La struttura territoriale è in grado di sostenere la salute del neonato oppure è nuovamente necessario l'intervento della struttura ospedaliera?”*

Il nostro sistema ci spinge a dimettere il piccolo “sano” nel più breve tempo possibile; ciò è supportato dal desiderio della mamma di tornare nel proprio ambiente domestico, di porre la famiglia in una condizione di maggior agio e minore stress con la finalità che tutto ciò sia a vantaggio del bimbo (1).

Siamo certi che questa sollecitazione non ci stia spingendo inconsapevolmente verso una forma di responsabilità oggettiva?

Negli ultimi 30 anni si è assistito ad una progressiva riduzione nella degenza della coppia madre-bambino: negli anni '60 la permanenza in ospedale durava circa 6/7 giorni mentre attualmente è di 2/3. È una riduzione

ragionevole supportata dal miglioramento della pratica medica e perciò a rischio controllato.

Nella nostra struttura circa il 30% dei neonati viene dimesso dopo il compimento della 48esima ora di vita; a fronte di indubbi vantaggi quali riduzione della spesa sanitaria, umanizzazione e demedicalizzazione dell'evento parto, a quali rischi va incontro un neonato dimesso precocemente?

Una casistica americana del 1995 stabilisce che il numero dei ricoveri nei neonati dimessi precocemente si assesta intorno al 10% (2).

I dati sulle cause di reospedalizzazione entro il primo mese di vita nella nostra struttura, riportati in tabella 1, sono del 6,44% nel 2005 e del 2,33% nei primi sei mesi del 2006.

Cause di reospedalizzazione: le principali patologie

- Disturbi dell'alimentazione ed eccessivo calo ponderale.
- Ittero.
- Cardiopatie misconosciute.
- Minore sicurezza degli screening neonatali per ipotroidismo e fenilchetonuria.

### Alimentazione e calo ponderale

L'emissione di meconio e di urine dopo la nascita non è compensata da un equivalente introito alimentare, tanto è vero che un calo del peso neonatale è fisiologico e non desta preoccupazione.

E' considerato normale un calo fino al 10% del peso della nascita, che deve essere recuperato, nella norma, entro 7-10 giorni.

Il numero di neonati ricoverati per disturbi dell'alimentazione è spia di una difettosa comunicazione e mancato supporto tra il personale di assistenza e la coppia genitoriale.

Significativo a questo proposito il caso di una bimba nata a termine da parto spontaneo e dimessa precocemente che abbiamo da poco osservato. Il peso alla nascita era 3290gr, alla dimissione 3100gr. In sesta giornata si è reso necessario il ricovero in Puericoltura per “grave disidratazione”: il peso era di 2720gr (calo = 17,32%), era presente iperpiressia (T.C. 38,5°), disidratazione cutanea, ipereccitabilità e tremori; il ricovero si è protratto per circa quindici giorni.

### Ittero

La colorazione gialla della cute compare per valori di bilirubina superiori a 5 mg/dl; il neonato sano a termine non presenta ittero in prima giornata, ma in genere

Tabella 1

Anno	N° totale nati	Dimessi dopo 48h	Totale ricoveri	Ittero	Disturbi alimentari	Cause varie
2005	1218	326 26,76%	21 6,44%	10 47,61%	5 26,07%	6 28,57%
1/1 - 30/6 2006	674	214 31,75%	5 2,33%	2 40%	1 20%	2 40%

dopo le prime 24 – 48 ore di vita. La scelta d'intervenire con la foto-terapia dipende, oltre che dal valore misurato, dall'età gestazionale e dai fattori di rischio eventualmente presenti. Anche un occhio esperto non è in grado di distinguere la differenza di colorito tra i valori di 10 e 13mg/dl, per esempio, quindi più precocemente viene dimesso il neonato più è necessario valutare questo parametro con una misurazione di laboratorio.

Non si può dimenticare il rischio dell'ittero da alimentazione insufficiente: in questo caso si ha una situazione equivalente a quella indotta dal digiuno nell'adulto in cui il valore della bilirubina può raddoppiare nel corso delle 24 ore.

### **Cardiopatie**

Le cardiopatie congenite gravi colpiscono lo 0,4 - 0,5% dei neonati a termine.

Le modificazioni emodinamiche tipiche dei primi giorni di vita rendono queste patologie riconoscibili alla nascita solo in 1/3 dei casi; anche il soffio cardiaco non è sempre presente e viene riconosciuto solo nel 50% dei casi.

Da un'ampia casistica di neonati a termine cardiopatici risulta che il 60% di questi sono dimessi come sani o con un lieve "abnormal examination" (3).

### **Screening neonatali**

L'efficacia degli screening neonatali per ipotiroidismo e fenilchetonuria sembra essere maggiore se questi vengono effettuati dopo il compimento della 48esima ora di vita. Con una circolare del gennaio 2004 i responsabili dell'Endocrinologia Pediatrica raccomandavano che i prelievi fossero eseguiti tra la 3<sup>a</sup> e la 5<sup>a</sup> giornata di vita (4).

### **Conclusioni**

Il difetto di comunicazione fra il personale medico e infermieristico del punto nascita ed i genitori e la quasi scomparsa delle famiglie patriarcali, fonte di sicurezze date dall'esperienza, fanno sì che la donna si trovi del tutto sola ad affrontare e soddisfare bisogni del neonato che ancora non sa riconoscere, determinando uno stato di inadeguatezza rispetto al nuovo compito e aumentando così le possibilità di insorgenza della depressione puerperale.

La totale mancanza di servizi domiciliari sul territorio fa sì che spesso il neonato abbia la sua prima visita pediatrica anche dopo 10 giorni dalla dimissione, saltando così un periodo particolarmente delicato della sua vita nel quale i segni di sofferenza sono quasi sempre molto sfumati e quindi non riconoscibili da parte di un occhio non esperto.

Sarebbe auspicabile sia una maggiore comunicazione tra il punto nascita, la famiglia ed eventuali servizi territoriali esistenti quanto una presa in carico del neonato da parte del pediatra di base senza soluzione di continuità, con trasmissione telematica dei dati da

parte della sezione neonatale. Questo diminuirebbe le possibilità di ricovero in questo lasso di tempo perché la dimissione non sia soltanto precoce ma anche adeguatamente protetta.

### **Bibliografia**

1. Ferrando A. "Il ruolo del pediatra di famiglia" Comunicazione personale al convegno "Pediatrattuale". 15 marzo 1996
2. Catz C., Hanson J.M., Simpson L. et al. Problemi associati alla dimissione precoce del neonato: sintesi del workshop: dimissione precoce e iperbilirubinemia neonatale. *Pediatrics* Vo. 7 No. 6 Dicembre 1995.
3. Wren C, Richmond S, Donaldson L. Presentation of congenital heart disease in infancy: implications for routine examination. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 1999;80:F49-F53
4. Circolare N° 4/2004 del 30/01/04. Ospedale regionale per le microcitemie, servizio di endocrinologia pediatrica.

### **LA CARTELLA INFERMIERISTICA**

A. Mirabelli, E. Bernabei, G. Papa  
*Ospedale San. Giuseppe Moscati - Aversa (CE)*  
*U.O.C. Pediatria e Neonatologia*

Negli ultimi anni, il sistema sanitario ha subito profonde modificazioni nella sua struttura; tra i cambiamenti più rilevanti, un posto è occupato dalle professioni sanitarie "non mediche", che si sono ridefinite negli aspetti qualitativi, accrescendo il proprio ruolo nel mondo sanitario e sociale, acquisendo autonomia e responsabilità nell'espletamento delle proprie funzioni. Si tratta di un processo di professionalizzazione che finalmente attribuisce alla figura dell'infermiere una posizione di preminente autonomia professionale.

Tra le funzioni riconosciute all'infermiere pediatrico risultano la pianificazione, la conduzione e la valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico pediatrico.

Uno degli strumenti per la pianificazione assistenziale è la cartella infermieristica, la quale ha come obiettivo quello di migliorare la qualità dell'assistenza; si tratta di un documento unico ed individuale che raggruppa le informazioni riguardanti la persona assistita. Nel suo insieme racchiude i principi di continuità, sicurezza e organizzazione delle cure.

La cartella infermieristica offre una visione sintetica e globale delle cure prestate e da attuare 24 ore su 24.

Per rispettare tali canoni è necessario che:

- le annotazioni infermieristiche siano chiare, leggibili, precise, complete e pertinenti;
- evitare termini imprecisi, note ironiche o inutili;
- identificare ogni pagina con il nome del paziente;
- indicare sempre la data e l'ora in cui vengono anno-

tate le osservazioni;

- le annotazioni mediche devono essere annotate con estrema chiarezza in modo dettagliato e controfirmate. L'inquadramento tecnico-giuridico della cartella infermieristica non è impresa facile dato che non esiste alcuna norma che si occupi specificatamente di questo importante documento; tuttavia, va detto che nella sua natura, una cartella infermieristica integrata nella cartella clinica, come protocollo ospedaliero o di reparto è diversa da una cartella clinica "non codificata", bensì adottata spontaneamente ed unilateralmente dagli infermieri.

Nel primo caso la cartella infermieristica viene giuridicamente considerata un "allegato" della cartella clinica, e quindi parte integrale della stessa, fornita della stessa natura giuridica di atto amministrativo. In tal caso spesso la forma e i contenuti della cartella infermieristica vengono concordati con la Direzione Sanitaria o viceversa, da essa autoritariamente posti dopo le dovute "consultazioni".

Nel secondo caso, cioè quello di una cartella "non codificata", il valore giuridico si attenua e si delinea in diverse forme. Si può partire da un documento più o meno personale, per arrivare a forme più articolate che forniscono al personale infermieristico uno strumento di auto-organizzazione in cui si riconosce solo un atto interno da annoverare tra gli atti.

La funzione rappresentata dalla cartella infermieristica pone una certa "tensione" verso l'esterno; infatti la sua completezza strutturale porta ad una certa trasparenza delle attività, soprattutto per quelle parti del documento che attengono ad atti più dichiaratamente organizzativi: le registrazioni della pianificazione del lavoro, la trasmissione dei dati, etc. Ciò evidenzia che la cartella non è semplicemente un "passaggio di consegne" a prescindere dalla sua natura spontanea o istituzionalizzata.

#### **Rilevanza probatoria della cartella come "prova processuale"**

La classificazione giuridica della cartella infermieristica ha una notevole importanza in campo processuale, infatti, la natura di "prova piena" va negata alla cartella spontanea, nel qual caso le dichiarazioni ivi comprese verranno considerate come indizi.

In maniera esemplificativa diciamo che: i redattori della cartella verranno, nell'apertura di un procedimento giudiziario, chiamati a confermare quanto dichiarato sul documento, a meno che gli stessi non figurino come indagati.

La cartella è composta di diverse schede, tra cui obbligatoriamente:

- scheda di accettazione;
- scheda delle prescrizioni mediche;
- scheda di osservazione e di raccolta dati;
- scheda del piano di assistenza;
- scheda di sintesi.

L'uso di questo strumento facilita il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- individualizzare l'assistenza infermieristica in funzione delle esigenze del neonato assistito;
- garantire la maggior sicurezza possibile al neonato assistito;
- garantire continuità dell'assistenza infermieristica;
- sintetizzare le informazioni riguardanti il neonato e trasmetterle il più fedelmente possibile a tutti coloro che sono implicati nell'assistenza;
- sopprimere la molteplicità dispersiva dei carteggi;
- evitare il più possibile ogni fonte di errore;
- identificare le prescrizioni;
- permettere a ciascuno di fare il punto della situazione riguardante l'assistenza infermieristica rivolta a quel neonato.

In aggiunta all'originaria e fondamentale funzione di supporto informativo dell'assistenza infermieristica cioè dell'attività clinica dell'infermiere, la cartella acquista valore come fonte documentaria indispensabile per la gestione e l'organizzazione sanitaria e per il conseguimento di alcuni obiettivi particolarmente rilevanti delle aziende sanitarie: il controllo amministrativo ed economico delle prestazioni, il saldo costi risultati, la razionalizzazione e la riorganizzazione dei processi deputati alla produzione dei servizi, lo sviluppo della ricerca scientifica, sia clinica sia epidemiologica.

In conclusione, citando Renè Magnon (1982): *"Integrando nella nostra pratica quotidiana il processo di assistenza infermieristica, facendolo riconoscere come specificatamente nostro, potremo condurre la nostra azione di infermiere su tre grandi direzioni:*

- *l'assistenza infermieristica è erogata da équipes in cui ciascun membro deve sentirsi responsabile dell'assistenza da lui fornita....;*
- *l'assistenza infermieristica deve tendere a rispettare l'unità della persona malata attraverso interventi individualizzati invece che parcellizzati o applicati in serie;*
- *l'assistenza infermieristica deve essere fonte di comunicazione e di partecipazione realizzando un miglior equilibrio dei malati e degli infermieri.*

*Questo potrà essere, alla fine dei conti, il mezzo perché i primi possono uscire dall'anonimato e i secondi da un'organizzazione del lavoro che nella maggior parte dei casi, lascia molto spazio all'improvvisazione".*

#### **Bibliografia**

1. Cespi (Centro studi delle professioni infermieristiche). Guida all'esercizio professionale
2. Paolo G. Motta. L'Insegnamento universitario della metodologia dell'assistenza infermieristica. Nursing Oggi, N°1 – 2000

## II SESSIONE: Aggiornamenti in terapia intensiva neonatale

Presidente: G. Caramia

Moderatori: M. Puddu, P. De Ninno

---

### DALLA NASCITA ALLA STABILIZZAZIONE: ESPERIENZA NEI NEONATI DI PESO MOLTO BASSO (VLBW)

D. Pisano, B.N. Melis

*Patologia e Terapia Intensiva Neonatale*

*Università degli Studi di Cagliari*

Le recenti acquisizioni in neonatologia permettono oggi risultati significativi, in termini di sopravvivenza, anche nei neonati pretermine di peso ed età gestazionale (EG) molto bassa; allo stesso tempo emergono nuove problematiche legate alla loro qualità di vita.

I neonati di peso molto basso o VLBW (*Very Low Birth Weight Infant*) rappresentano nella nostra TIN una rilevante percentuale di pazienti sul totale dei ricoveri e, per le loro peculiarità, richiedono uno sforzo assistenziale di notevole grado e capacità professionali ed umane da parte di tutti gli operatori impegnati. La qualità dell'assistenza medico-infermieristica, sin dai primi istanti di vita del VLBW, è molto importante sia per garantire la precoce stabilizzazione dei parametri vitali, sia per evitare danni iatrogeni indotti dalle cure intensive.

#### Considerazioni generali

*Stabilizzare* un neonato di basso peso alla nascita significa adottare strategie che gli consentano di superare le difficoltà di transizione e adattamento alla vita extrauterina, e in questa fase, il management respiratorio iniziale è uno degli aspetti fondamentali.

Sebbene tutti i neonati possano incorrere in problemi respiratori alla nascita, nei VLBW ciò è particolarmente frequente. In questo neonato i normali processi fisiologici, quali la produzione di surfattante, l'espansione polmonare, lo stabilirsi di una capacità residua e di una normale meccanica respiratoria, risultano compromessi dall'imaturità degli organi preposti e mettono a rischio il successo della rianimazione e dell'adattamento post-natale. La Sindrome da Distress Respiratorio (RDS) è tra i problemi più facilmente riscontrabili nel pretermine, soprattutto con un peso alla nascita molto basso (< 1500 g) e deficit di surfattante. Benchè l'utilizzo prenatale di farmaci steroidei abbia significativamente ridotto l'incidenza e la gravità dell'RDS, questa resta ancora un importante ostacolo all'adattamento post-natale. I segni clinici più comuni dell'RDS sono (1,2):

- difficoltà ad iniziare la normale respirazione
- gemito in fase espiratoria
- retrazione sternale, intercostale, xifoidea
- alitamento delle pinne nasali
- aspetto cianotico in aria ambiente
- tachipnea o polipnea con frequenza >60/min.

- aumentata necessità di O<sub>2</sub>.

L'assistenza medico-infermieristica in sala parto mira ad individuare i segni precoci di RDS e le strategie di supporto respiratorio più idonee.

#### Strumenti della stabilizzazione

Il significativo aumento della percentuale di sopravvivenza dei neonati VLBW negli ultimi 40 anni è direttamente attribuibile allo sviluppo e all'applicazione della ventilazione meccanica (VM), della pressione positiva continua (CPAP) e della somministrazione di surfattante. Tuttavia, ancora oggi le TIN continuano ad ospitare un alto numero di neonati con CLD (*chronic lung disease*) e questo rende controverso il legame tra il danno polmonare precoce, la reazione infiammatoria polmonare che ne consegue e l'incidenza di CLD. Un management respiratorio ottimale ed una veloce stabilizzazione del VLBW alla nascita possono portare a ridurre gli esiti a distanza (3).

L'intubazione endotracheale (IE) e la VM si rendono spesso necessari per stabilizzare precocemente un VLBW con grave depressione respiratoria perchè assicurano una adeguata ossigenazione e una ventilazione precisa e controllabile. L'IE elettiva ha mostrato di aumentare la sopravvivenza del neonato rispetto ad un trattamento su base clinica di RDS (4), tuttavia, non tutti i VLBW necessitano di VM alla nascita, ed è quindi necessario uno sforzo comune per differenziare quelli che potenzialmente non la richiedono, e favorire strategie meno aggressive che, promuovendo le naturali capacità di ripresa neonatale, evitano procedure inutili, dispendiose e lesive. Tutti i nostri interventi sono da considerare ad alto rischio quando non necessari, troppo aggressivi o quando, per eccesso di prudenza, si ritarda il trattamento (3,5,6).

- La *nasal CPAP* consente un'efficace stabilizzazione del neonato e un impiego anche ai primi segni di RDS in sala parto.

In generale, la nCPAP (7-9):

- migliora la meccanica polmonare
- riduce le resistenze vascolari polmonari
- migliora la capacità funzionale residua per reclutamento alveolare
- promuove la produzione di surfattante e protegge la quota endogena.
- il suo uso precoce ridurrebbe l'incidenza della CLD
- consente il trasporto in sicurezza del neonato verso la TIN.

Sebbene la sola nCPAP può non essere applicabile in qualunque circostanza (ad esempio se la sofferenza respiratoria è tale da comportare grave ipercapnia, apnee ricorrenti e l'uso di elevate concentrazioni di O<sub>2</sub>) è sicuramente da evidenziare l'incremento del numero di VLBW che può essere gestito, con un'alta sopravvivenza, senza IE, senza un aumento delle complicanze e con una bassa incidenza di CLD (4,10). La terapia con instillazione endotracheale di *surfattante* esogeno ha ridotto la mortalità dei neonati di basso peso affetti da RDS. Il suo utilizzo dimostra di avere

diversi importanti vantaggi:

- evita il collasso alveolare
- aumenta il volume e la *compliance* polmonare
- riduce il fabbisogno di ossigeno supplementare
- evita *settaggi* "aggressivi" dei parametri ventilatori
- riduce l'incidenza di pneumotorace (e in generale delle *Air Leak Syndromes*).

Il timing ottimale di somministrazione del surfattante rimane controverso: un uso *profilattico* (dato prima che il neonato respiri) favorirebbe una migliore distribuzione della sostanza, un'espansione uniforme del polmone e avrebbe un effetto protettivo contro i danni da VM. Tuttavia, circa il 30-40% dei trattamenti profilattici potrebbero risultare non necessari e dispendiosi, comportare una sistemica IE, ritardare l'avvio della rianimazione e interferire nei naturali processi di transizione. Molti *VLBW*, specie se vi è stata profilassi corticosteroidica antenatale, non hanno deficit di surfattante e non sviluppano *RDS*.

L'utilizzo terapeutico del surfattante sui *VLBW* con *RDS* è più efficace ai primi segni di sofferenza respiratoria, ma è raccomandabile somministrare la prima dose in condizioni di costante monitoraggio o in una TIN; ciò scongiurerebbe un uso profilattico in sala parto (4,7).

#### Nella TIN di Cagliari

La nostra TIN è direttamente coinvolta nel delicato processo di assistenza alla nascita dei neonati *VLBW* con la presenza di un supporto medico-infermieristico in sala parto, successivo ad una chiamata in *STEN* (Servizio di Trasporto Emergenza Neonatale). Da circa un anno inoltre, un primo riassetto organizzativo prevede di norma la presenza costante, nella sala parto del nostro presidio ospedaliero, di un neonatologo e di un infermiere della TIN che affiancano in maniera sinergica il personale di sala e della nursery. Diversi anni fa, la tendenza nei confronti dei neonati di peso molto basso era quella di trattare anche modesti segni di *RDS* alla nascita in maniera più energica, con IE in sala parto e la somministrazione di surfattante appena possibile in TIN. Vi era inoltre una marcata prudenza all'estubazione precoce, specie nei neonati con EG molto bassa, che quindi erano "svezzati" dal ventilatore con un periodo di *CPAP* prima dell'estubazione.

Oggi le procedure di rianimazione e di stabilizzazione rispondono in maniera più flessibile alle modifiche di adattamento del neonato alla funzione respiratoria e in modo meno aggressivo rispetto al passato. La rianimazione con l'utilizzo del pallone di Ambu e maschera facciale, la somministrazione di O<sub>2</sub> e l'applicazione di *nCPAP* avviene ponendo molta cura per evitare manovre invasive o elevate pressioni polmonari che, eseguite in condizioni d'emergenza, possono poi risultare ingiustificate ad un esame più attento. Si ricorre all'intubazione *elettiva* in sala parto, in neonati con EG < 26 settimane circa, ma con un approccio moderato dei settaggi ventilatori e che consenta un trasporto sicuro

verso la TIN. In ogni caso, la tendenza è quella di estubare quanto prima il neonato verso un trattamento con *nCPAP*, accettando ove possibile, una lieve ipercapnia e valori di pH  $\geq 7,20$ .

La *nCPAP* è un supporto respiratorio da noi spesso utilizzato nella stabilizzazione in sala parto e per il trasporto sicuro verso la TIN. Questa tecnica è efficace anche nelle prime fasi di sofferenza respiratoria e su neonati di peso estremamente basso. In questo caso, occorre tener presente che il passaggio in *nCPAP* dopo l'estubazione, presenta spesso difficoltà tecniche di ottimale posizionamento delle cannule nasali che, compromettendo l'efficacia della *nCPAP*, giustifica un ritardo nell'estubazione.

Tranne rarissimi casi, non somministriamo surfattante in sala parto a titolo *profilattico*. Viene preferito, se necessario, il solo uso *terapeutico* mediante la tecnica dell'*IN.SUR.E (Intubation-SURfactant-Estubation)* nei *VLBW* con evidenti segni clinici di distress respiratorio e dopo un RX-torace compatibile con *RDS* di III-IV stadio e in particolare, se non c'è stata profilassi corticosteroidica prenatale.

In assenza di sofferenza respiratoria si tende a ritardare il trattamento con surfattante che riteniamo debba avvenire sotto monitoraggio continuo dei gas ematici e dei parametri vitali. Questi strumenti, peculiari di una TIN, ci consentono di valutare il decorso e l'efficacia degli interventi che applichiamo e di operare cambiamenti in modo tempestivo.

La decisione più importante e difficile nel processo di prima stabilizzazione è "se" e "quando" intubare un neonato. L'atto è semplice, ma le ricadute in termini di *outcome* importanti. Ecco perchè, a nostro avviso, il tempo dedicato alla stabilizzazione è prezioso e richiede motivazione, esperienza e preparazione professionale da parte di tutto il team presente in sala parto.

#### Bibliografia

1. Klaus MH, Fanaroff AA. Il Neonato ad Alto Rischio. Medical Book 1994; 4a ed. Italiana
2. UCSF Children's Hospital. Intensive Care Nursery House Staff Manual. 2003; eighth edition.
3. Drew H. Immediate Intubation at Birth of the Very Low Birth Weight Infant. Am J Dis Child 1982;38:207-210
4. Dunn MS, Reilly MC. Approaches to the Initial Respiratory Management of Preterm Neonates. Paediatric Respir Rev. 2003 Mar;4(1):2-8. Review.
5. Aly H, Massaro AN, Patel K, El-Mohandes AAE. Is It Safer to Intubate Infant in the Delivery Room? Pediatrics 2005 June;115(6):1660-1665
6. Lindner W, Vossbeck S, Pohlandt F. Delivery Room Management of Extremely Low Birth Weight Infant: Spontaneous Breathing or Intubation? Pediatrics 1999;103:961-967
7. Moretti C. Fisiopatologia Respiratoria e Ventilazione Meccanica del Neonato. 1997; Ed.

- Masson
8. Lopez Maestro M, Pallas Alonso CR, Munoz Labian MC, et al. The use of Continuous Positive Airway Pressure for Early Stabilisation in Very Low Birthweight Infants. *An Pediatr (Barc)*. 2006 May;64(5):422-7
  9. Gitterman MK, Fusch C, Gitterman AR et al. Early Nasal Continuous Positive Airway Pressure Treatment Reduces the Need for Intubation in Very Low Birth Weight Infant. *Eur J Pediatr*. 1998 May;157(5):438
  10. Jobe AH. Transition/Adaptation in the Delivery Room and Less RDS: "Don't Just Do Something, Stand There!". *J Pediatr*. 2005 Sep;147(3):284-286

### NEC: APPROCCIO A BREVE E LUNGO TERMINE

M. Pagano

*Unità Neonatale Intensiva, Ospedale Bambino Gesù, Roma*

Patologia caratterizzata da una necrosi della mucosa o anche degli strati più profondi della parete intestinale, più comunemente è interessato l'ileo terminale, meno frequente il colon.

Tale patologia colpisce il neonato patologico e specialmente il neonato prematuro.

L'**eziopatologia** è multifattoriale. Tre sono le cause principali:

- vascolari,
- infettive,
- alimentari.

L'insulto tossico è la situazione scatenante per un riflesso primitivo di centralizzazione del circolo che diminuisce il flusso ematico a livello intestinale provocando un vasospasmo delle arteriose mesenteriche e quindi una lesione ischemica.

La sequenza ipossia – ischemia – riperfusione, provoca il danno della mucosa intestinale fino alla necrosi. A rischio di NEC sono pertanto i neonati post-asfittici e i cardiopatici (PDA) nei quali avviene una riduzione del flusso ematico a livello intestinale per privilegiare la perfusione degli organi nobili quali cervello, cuore, e reni.

La NEC si può verificare in forma epidemica o sporadica. Gli studi epidemiologici hanno evidenziato l'interessamento di alcuni germi specifici: Klebsiella, Escherichia Coli, Stafilococchi coagulasi-negativi,...

La NEC nella quasi totalità dei casi si presenta nei neonati che hanno iniziato un'alimentazione enterale. Fattori di rischio sono:

- caratteristiche del latte (es. formule iperosmotiche);
- volumi e/o incrementi eccessivi di latte;
- deficit di lattasi;
- fattori allergici.

Si pensa che ritardare l'alimentazione orale per diversi giorni o settimane in prematuri di basso peso o

malati, mantenendoli in Nutrizione Parenterale Totale (NPT), possa diminuire il rischio di sviluppo della NEC. In letteratura è riportata una minore incidenza di NEC nei neonati alimentati con latte materno fresco ricco di fattori antinfettivi (es. IgA, macrofagi,...).

### Patogenesi

La causa della NEC non è nota. Si ipotizza che una situazione ischemica interessi l'intestino per cui la mucosa non produce il normale muco protettivo, lasciando l'intestino esposto alle invasioni batteriche. Una volta che si inizia l'alimentazione orale si fornisce un ampio substrato per la proliferazione intraluminale dei batteri che può penetrare la parete intestinale determinando la produzione di gas idrogeno la cui presenza conferisce la caratteristica immagine rx di pneumatosi intestinale. La progressione può comportare necrosi di tutta la parete intestinale, perforazione, peritonite, sepsi e morte.

### Sintomi, segni e diagnosi

Clinicamente i neonati si presentano con ileo evidenziato dalla distensione addominale, ristagno gastrico biliare (dopo i pasti), sangue microscopico o macroscopico nelle feci; la sepsi si può manifestare con letargia, instabilità termica, aumento delle crisi di apnea e acidosi metabolica.

La diagnosi viene posta sulla base della sintomatologia, dagli esami di laboratorio (ematocri, sangue occulto nelle feci) e dall'Rx addome (eseguito in due proiezioni) che evidenzia distensione delle anse intestinali, pneumotosi, aria nel sistema portale fino al pneumoperitoneo indicativo di perforazione intestinale.

### Prognosi e terapia

Ai primi sospetti di NEC l'alimentazione deve essere immediatamente sospesa, posizionando un sondino naso-gastico per decomprimere l'intestino e iniziare una NPT e una terapia antibiotica.

Poiché un processo infiammatorio e una peritonite possono determinare una perdita considerevole di liquidi dal terzo spazio, può essere necessario sostenere il circolo con infusioni di colloidali e cristalloidi.

La cosa più importante, è rivalutare il neonato almeno ogni sei ore con emogasanalisi e Rx addome.

Circa 2/3 dei neonati che hanno presentato la NEC sopravvivono; la prognosi è migliorata grazie ad un'aggressiva terapia di supporto e ad un tempestivo intervento chirurgico se necessario. Indicazioni assolute all'intervento chirurgico sono la perforazione intestinale e la peritonite.

### In che consiste l'intervento?

Resecare il tratto intestinale necrotico ed esteriorizzare i due tratti intestinali, confezionando una stomia.

La stomia è una comunicazione diretta tra la cavità di un viscere e l'esterno. Questo tessuto è di colore rosso, umido, soffice al tatto e secerne una piccola

quantità di muco. Lo stoma non ha terminazioni nervose e quindi non dà alcuna sensazione. Toccando lo stoma del neonato non causeremo dolore. Se toccato, strofinato, potrà sanguinare a causa della grande quantità di vasi sanguigni che gli confluiscono anche il suo colore rosso intenso.

Le stomie intestinali (enterostomie) si dividono in ILEOSTOMIE e COLOSTOMIE.

Essendo prive di uno sfintere, cioè di un muscolo ad anello che ne permette la chiusura, le feci non possono essere trattenuate e fuoriescono liberamente.

COLONSTOMIA: connessione tra il colon e cute per derivare le feci. Può essere "terminale" quando ha un unico orifizio per la fuoriuscita delle feci o a "doppia canna di fucile", quando sono presenti due orifici. Da una escono le feci, dall'altro non esce nulla. Le feci che fuoriescono dalla colonstomia, soprattutto se è sinistra, le feci hanno una consistenza semisolida/solida e possono irritare la pelle.

ILEOSTOMIA: connessione tra ileo e cute. Anch'essa può essere "terminale" o a "doppia canna di fucile". Il liquido intestinale che fuoriesce dalla stomia è costituito da acqua, bile, succhi intestinali; altamente irritanti per la pelle.

### Gestione delle stomie

#### .....subito dopo l'intervento.....

L'infermiera deve essere a conoscenza e comprendere la tecnica di confezionamento e finalità della stomia, mantenendola:

- umidificata e riscaldata (soluzione fisiologica tiepida),
- controllare il colorito,
- medicare e prendere atto del tipo di ferita peristomiale,
- controllare il funzionamento identificando l'ansa "afferente" ed "efferente".

#### ....qualche giorno dopo....

- quantificare la produzione di liquido enterico (e confrontare con le "entrate"),
- posizionare delicatamente un sistema di raccolta a prova di odori e di irritazioni, non appena possibile
- prevenire dermatiti chimiche ed infettive.

La stomia non è una ferita, ma un organo nuovo che fa parte del corpo, quindi non occorre per l'igiene e la pulizia cose sterili, ma solo pulite.

La stomia viene lavata con delicatezza con acqua tiepida e sapone neutro.

E' molto importante asciugare bene la cute prima di applicare la placca con la sacca, tamponando delicatamente la zona..

#### Quando viene sostituita la placca e il sacchetto?

La placca circa ogni 3 giorni...il sacchetto almeno 1 volta al giorno.

La durata di entrambi dipende comunque dal tipo di pelle, dal numero di emissioni,...

### Complicanze principali

Le complicanze maggiori sono:

- emorragia,

- necrosi,
- occlusione intestinale,
- fistola,
- ascesso,
- retrazione.

Le minori comprendono:

- stenosi,
- prolasso,
- irritazione cutanea.

Il subire un intervento chirurgico di confezionamento di stomia può determinare difficoltà di adattamento alla nuova situazione che investe in modo globale la famiglia del paziente.

I genitori hanno molte domande sulla cura della stomia, sarà nostro compito stare accanto a loro e fornirgli ogni tipo di spiegazione in modo semplice e cordiale.

### IL VISSUTO DEI GENITORI IN T.I.N.: QUAL'È IL NOSTRO RUOLO?

P. Casula

*Patologia e Terapia Intensiva Neonatale - Cagliari*

L'arrivo di un neonato coinvolge tutta la famiglia; è un evento atteso con gioia da tutti i componenti e regala felicità e gratificazione. La nascita di un bimbo prematuro, al contrario, determina l'inizio di un periodo difficile per il nucleo familiare, tanto più gravoso e duraturo quanto più è bassa l'età gestazionale<sup>1</sup>. Si rende necessario il distacco del bambino dai genitori e il ricovero in un centro specializzato dove personale esperto si occuperà di lui. I genitori sono esclusi dalla sua completa gestione ed è posticipato il rapporto fondamentale che s'instaura tra loro e il neonato; in particolare si ritarda il legame madre-bambino, ovvero la "diade" che ha portato, negli ultimi anni, a favorire il contatto fisico prima possibile promuovendo l'allattamento al seno addirittura già in sala parto.

Questa situazione determina nei genitori sensazioni d'impotenza, inutilità e paura, uniti all'ansia per lo stato di salute e per i possibili esiti a distanza che la nascita prematura può comportare. Il senso di colpa, spesso presente nelle mamme, è causa di stress e può scatenare depressione *post-partum*. Inutilità, impotenza, senso di colpa, stress, paura sono sentimenti forti; il loro superamento dipende da numerosi fattori: lo stato di salute del bambino, gli aspetti caratteriali degli individui, la qualità del rapporto di coppia, il sostegno fornito dalla famiglia e, non di meno, il supporto fornito dagli operatori delle T.I.N.<sup>2</sup>

Nell'ottica dell'umanizzazione delle cure in neonatologia noi operatori dobbiamo tener conto non solo del neonato e della patologia da trattare, ma considerarlo come parte di un insieme che comprenda i genitori<sup>3</sup>. Uno studio di qualche decennio fa (Klaus, Kennel 1972) evidenziava come alcuni genitori, ai quali non era consentito interagire con il neonato pretermine, mostravano una scarsa recettività e minore affettuosità.

tà nei confronti del bambino quando questo veniva dimesso.

E' anche noto come nei neonati ex prematuri sia stata molto alta, in un passato recente, l'incidenza di maltrattamenti da parte dei genitori (Ammaniti 1981)<sup>4</sup>. Nuove acquisizioni promuovono la presenza costante dei genitori all'interno dei reparti di TIN come atteggiamento fondamentale per favorire l'attaccamento genitori-bambino; tuttavia ancora oggi in diversi centri si assiste a rigide restrizioni sull'orario di visita<sup>3</sup>.

La nostra T.I.N. è aperta ai genitori per tutto il giorno e consente loro di vivere i progressi e le piccole grandi conquiste dei loro bambini in maniera costante ed assidua; allo stesso tempo evidenzia le difficoltà quotidiane che accompagnano una nascita prematura.

Uno studio rivolto ai genitori di neonati ricoverati nel nostro reparto prevedeva la somministrazione di un questionario le cui risposte evidenziano aspetti che spesso non sono prontamente rilevabili<sup>5</sup>. Un quesito in particolare chiedeva loro di esprimere il loro vissuto in T.I.N.:

*Siete genitori di un bimbo nato prematuramente e ricoverato per un lungo periodo di tempo in Terapia Intensiva Neonatale: raccontate le Vostre emozioni, la Vostra esperienza, le Vostre difficoltà durante la permanenza in T.I.N.*

*"Il primo impatto: un ambiente surreale"*

La nascita prematura può essere improvvisa o conseguente ad un lungo periodo di ricovero della mamma. In entrambi i casi i genitori si trovano ad affrontare una situazione molto lontana da quella immaginata e desiderata durante la gravidanza. L'immagine di quel bambino dentro la termoculla, pieno di "fili e tubi", quasi inerte è molto diversa da quella che si aspettavano<sup>6</sup>; il reparto dove è ricoverato fa paura, è freddo e surreale:

*"...mi sembrava di stare all'interno di un laboratorio fantascientifico, freddo e austero, in cui i corpi vengono creati e tenuti in vita. Tutto mi appariva sconosciuto e lontano da quello che finora conoscevo"*

*"Il primo impatto è stato terribile! Ho sentito spesso parlare di bimbi ricoverati qui al Macciotta ma io non immaginavo una cosa del genere...immaginavo solo le incubatrici, ma non tutto il resto!"*

*"Il primo impatto è stato uno shock perché sentendo tutti quei rumori e vedendo tutti quei filicini attaccati alla bimba pensavamo sempre che quando squillavano fossero vitali quindi (eravamo) sempre in ansia vedendo la bimba muoversi"*

*"il primo giorno che ho visto il mio bambino all'interno di quello che, nei giorni a seguire abbiamo soprannominato il "portapane", con quei rumori, suoni d'ospedale mi è venuto da piangere"*

*"Inadeguatezza e senso di colpa"*

Nella T.I.N. saranno i medici e infermieri ad occuparsi del bambino: ciò fa prevalere nel genitore sentimen-

ti contrastanti di inutilità e senso di colpa:

*"...non è facile vedere il proprio figlio all'interno dell'incubatrice, collegato a vari tubicini e fili... ci si sente impotenti e inadeguati alla situazione"*

*"...mi sono sentita in colpa per non aver portato a termine la gravidanza"*

*"...all'inizio mi sentivo in colpa, come se fossi io la causa della sua nascita prematura"*

Da queste risposte è piuttosto evidente lo smarrimento iniziale che provano i genitori. I reparti di T.I.N. con le loro apparecchiature sofisticate, le luci, i rumori ed il personale che ci lavora danno una visione fredda e troppo "tecnologica" dell'ambiente; il bambino è assistito in modo continuo, collegato a monitor, sensori, sonde e linee infusionali. Questa immagine per i genitori è sconvolgente<sup>1</sup>.

Quali strategie devono utilizzare gli operatori delle T.I.N.? Il coinvolgimento dei genitori, e soprattutto della mamma, nella gestione del bambino è di fondamentale importanza.

Spiegare alla mamma l'importanza del latte materno per il suo bambino e chiederle di raccogliarlo per lui è un ottimo inizio; lei è l'unica che può farlo e non c'è medico o infermiere o apparecchiatura, per quanto sofisticata, che possa sostituirla in questo compito<sup>7</sup>. In questa fase iniziale è importante favorire il contatto fisico, chiedendo ai genitori di "toccare" attraverso l'incubatrice, il loro piccolo.

*"La paura del contatto"*

I genitori spesso hanno paura di toccare il loro bambino!

*"...Appena ho visto la bambina avevo quasi paura di toccarla perché la vedevo molto fragile"*

*"...Non riuscivo a stare più di 10m a guardare mio figlio che mi veniva mal di testa... e voglia di scappare, avevo paura di toccarlo perché mi sembrava molto delicato..."*

*"La prima emozione che ho provato è stata quando (dopo 5gg) finalmente l'ho vista... non riuscivo né a guardarla né tanto meno a toccarla..."*

Il coinvolgimento dei genitori in terapia intensiva deve continuare per tutta la degenza; non è un compito facile e si perfeziona con l'esperienza. Piccole cose possono essere fatte. Cose che assumono un'importanza enorme per genitori che altrimenti avrebbero solo una presenza passiva. Carezzarlo, parlargli, provvedere all'igiene del viso ed alla sostituzione del pannolino, ecc.

L'iter che i genitori percorrono è spesso molto difficile, comporta lo stress vissuto nella fase "critica" del bambino ed è tanto più grave quanto più l'età gestazionale è bassa:

*"...è stato un susseguirsi di emozioni dolorose e di stati d'animo pieni di paure e di ansie difficili da controllare per tutti i primi 45gg"*

*"...con tutti quei fili, col tubo per respirare, e ogni giorno mi facevo la stessa domanda: riuscirà ad andare avanti? È una paura che soffoca e non so spiegare!"*

*“...piangevo quando aveva le crisi perché mi sembrava che da un momento all’altro dovesse morire... era come se fosse in coma per me... e io non potevo fare niente per lui”*

Dobbiamo essere maggiormente presenti; ciò rassicura i genitori. La loro richiesta di spiegazioni, le loro osservazioni richiedono da noi competenza e professionalità, unita a una buona dose di comprensione, umanità e pazienza<sup>3</sup>.

Superata la fase critica, inizia un’ altro percorso per i genitori, quello finalizzato a renderli autonomi nella gestione del bambino. In questa fase noi infermieri siamo maggiormente coinvolti. Insegnamo loro il modo corretto per prenderlo in braccio, provvedere alle sue cure igieniche, assistere nell’alimentazione al seno o con il biberon, capire le sue esigenze quando piange, le modalità più indicate per coccolarlo. Il genitore lentamente riacquisirà il suo ruolo e l’infermiere lascerà che ciò avvenga.

*“Dimissione: saremo all’altezza?”*

La dimissione è per i genitori motivo di dubbi e paura: *“Abituati alle cure e alla vigilanza continua di un personale specializzato, ad un ambiente controllato, la paura è quella di non essere all’altezza e proteggerlo come si deve.”*

*“L’ansia più grande è che quando avrò qualche dubbio non ci saranno le infermiere che mi daranno consigli e mi diranno che fare.”*

Con il passaggio ad un’assistenza di primo livello, i genitori sono coinvolti nella gestione autonoma dell’alimentazione, possibilmente al seno, e al soddisfacimento dei bisogni del bambino; in questa fase della degenza è molto importante dare loro la sicurezza necessaria per una dimissione serena e sicura(8).

## Conclusioni

*“Fiducia nel personale: un’arma vincente”*

I “nostr” genitori apprezzano quel che facciamo: *“è stato importante il sostegno fornito dai medici (tutti molto disponibili) e dagli infermieri”*

*“l’esperienza in sé si è dimostrata molto intensa, bella soprattutto dal punto di vista umano (personale fantastico) ed incredibilmente positiva come scuola di vita per me”*

*“una cosa meravigliosa esiste: l’amore, la gentilezza, la pazienza del personale, dei medici con noi genitori ma infinito è l’amore per i bimbi”*

*“tanta pazienza nello spiegare i modi più”in” per assistere il neonato”*

*“la sensazione che ho avuto è che T. si trovasse dentro un nido caldo e con tante mamme (infermiere) che lo accudivano e mi rassicuravano fino al giorno in cui lo porterò a casa”*

*“la fiducia nel personale di questo reparto ha reso un po’ più facile la nostra esperienza”*

*“è qui che ho trovato tante persone care che mi hanno*

*capito subito, tutta l’equipe ospedaliera e tanti genitori”*

*“vi porterò sempre nel mio cuore perché nella sfortuna sono stata molto fortunata a trovare voi”*

## Bibliografia

1. Anna Sartorio. L’Arca Di Nina: La storia della mia bambina e della sua lotta per vivere. Ed. TEA 2003
2. Carole Mèhan. Gravidanza e maternità [www.babyitalia.com](http://www.babyitalia.com)
3. Klaus MH, Kennel JH. Cura dei Genitori In: Klaus MH, Fanaroff AA, Il neonato ad Alto Rischio Medical Book 1994; 4a ed. Italiana
4. Chiara Benedettini. Idee materne sulla prematurità. Tesi di Laurea, “Scienza della formazione” Firenze 2001
5. P. Casula, D. Pisano, V. Fanos. La dimissione del neonato in TIN; consigli ai genitori tra realtà e superstizione. 2° Congresso Neonatologico Infermieristico, Cagliari Ottobre 2005
6. Helen Harrison, Ann Kositsky. The Premature Baby Book – A Parent’s Guide To Coping And Caring In The First Years. Ed. St Martin’s Press 1983
7. E. Dessì, S. Figus, F. Mura L’allattamento al seno in T.I.N.: la nostra esperienza 1° Congresso della Società Italiana Neonatologia Sarda, Cagliari Maggio 2006
8. Mariarita Barisone. Un modo per aiutare i genitori di bambini nati prematuramente: le esperienze di altri Genitori. [www.ilmondodeigemelli.org](http://www.ilmondodeigemelli.org)

### 3° CORSO DI ECOGRAFIA CEREBRALE NEONATALE

#### METODOLOGIA

- Formazione teorica
- Esercitazioni in gruppi
- Presentazione di lavori
- Discussione

#### COORDINATORI

##### L. Beltrano

Puericultura  
Università degli Studi di Cagliari

##### M.A. Marcialis

Terapia Intensiva Neonatale  
Università degli Studi di Cagliari

##### V. Marinelli

Terapia Intensiva Neonatale  
Università degli Studi di Cagliari

##### M.C. Pintus

Terapia Intensiva Neonatale  
Università degli Studi di Cagliari

#### ARGOMENTI

- Encefalo
  - Screening ecografici
  - Interpretazione dei referti ecografici
  - Standard di normalità
- 9.00 Anatomia ecografica 1: l'encefalo immaturo  
10.00 Anatomia ecografica 2: l'encefalo maturo  
11.00 Lesioni emorragiche nel neonato pretermine  
12.00 Idrocefalo  
13.00 Colazione di lavoro  
15.00 Lesioni ischemiche nel neonato pretermine  
16.00 Lesioni ipossico-ischemiche nel neonato a termine  
17.00 Patologia malformativa  
18.00 Patologia infettiva  
19.00 Casi clinici  
Lavoro di gruppo su questionario a risposte multiple e/o caso clinico simulato

### 1° CORSO DI NEFROUROLOGIA NEONATALE E PEDIATRICA

#### COORDINATORI

##### R. Agostiniani

Divisione di Pediatria, Pistoia

##### G. Campisi

Dipartimento di Radiologia, Cagliari

##### G. Ottonello

Istituto di Puericultura, Cagliari

#### ARGOMENTI

##### Anatomia ecografica renale prenatale

R.M. Ibba

##### Anatomia ecografica renale neonatale

G. Ottonello

##### Anatomia ecografica vascolare e vasculopatie renali neonatali

G. Campisi

Intervallo

##### Patologia dilatativa delle vie escrettrici: diagnosi ecografica

R. Agostiniani

##### Patologia dilatativa delle vie escrettrici: follow-up diagnostico-terapeutico nel neonato e nel lattante

G. Masnata

Colazione di lavoro

##### Doppio distretto renale e ureterocele

G. Ottonello

##### Displasia renale multicistica

G. Ottonello

##### Patologia cistica renale

G. Campisi

Intervallo

##### Uropatie malformative, Radiologia tradizionale e Medicina Nucleare: integrazioni diagnostiche

R. Agostiniani

##### Uropatie malformative e infezioni delle vie urinarie

S. Maringhini

##### Pediatra di base e lattante con uropatia malformativa: caso clinico

G. Pusceddu

##### Segreteria Scientifica

B. Pinna (Cagliari), L. Ruggeri (Cagliari)

---

# Union of European Neonatal and Perinatal Societies

abbreviated UENPS

---

The new UENPS, founded July 1, 2006 in Vienna, is a roof organisation integrating national European neonatal or perinatal societies under ONE organisational roof without impinging on national societies interests or needs. The UENPS to date comprises 16 societies with more than 4150 members. Instead of mission statements and statutes, the UENPS in co-operation with IPOKRaTES will pursue and successfully complete the following *twelve* projects within two years:

## Within one year

1. Form a society with excellent scientists, teachers and clinicians. UENPS invites excellent scientists, either Europeans, Americans or elsewhere and young talented European neonatologists or perinatologists to join as members and to identify with this Europe based society.
2. Enabling UENPS members to disseminate information to factually all colleagues, neonatologists and perinatologists within the UENPS countries and beyond. UENPS and IPOKRaTES address registry together will reach over 10 000 colleagues.
3. Install a European as well as regional Research Networks & Registry of Research Centers to provide a base for multi-center-studies across Europe.
4. Recruitment and distribution office for postdoctoral fellows from within and outside the UENPS.
5. UENPS collective acquisition of e-access the most important journals at a reduced registration fee; Fostering, strengthening one or more European journals by collective orders at a reduced price.
6. Establishing RAPID communication on PILOT TRIALS & new METHODS in order to:
  - rapidly spread new techniques (analogue to OPEN SOURCES e.g. Linux)
  - bring about innovative, competitive "Frontier Research" (see EU Research Council).
7. A task force will secure EU-funding for projects of UENPS and its members and recruit industrial sponsors, since this society will be a key-player in its field in Europe and beyond.

## Within two years

8. Founding of RESEARCH CAMPUS for young scientists in Cooperation with IPOKRaTES where the best, most talented young (< 35 years) scientists from Europe will spend one week together:
  - exchange of ideas, protocols in an informal way together with editors of scientific journals
  - underpinned with KEY lecturers on "What is this thing called science".
9. Arranging the TEACH-THE-TEACHERS program in Cooperation with IPOKRaTES.
10. To publish European Guidelines under the supervision of World Experts.
11. Planning and coordination of excellent, European based Congress(es) with World's Top scientists/lecturers for Europeans and for the rest of the world; of very good Regional Educational Programs. Cities which symbolise the roots of Europe such as Rome, Istanbul, Athens, Alexandria and Jerusalem could be the sites of these world conferences.
12. Formation of opinion and decision on collective ordering of equipment.

## We welcome you to our new society!

The President/CEO  
George Simbruner

The Vice-President  
Hercília Guimarães

The General Secretary  
Borut Bratanič

Executive Group: Balla G, Fanos V, Krcho P, Swietlinski J, Varendi H, Yurdakok M.

Union of European Neonatal & Perinatal Societies is constituted by Austrian, Czech\*, Dutch\*, Estonian, Georgian, Hellenic, Hungarian, Italian, Latvian, Polish, Portuguese, Slovenian, Slovakian, Serbian, Swiss\*, Turkish neonatal and/or perinatal societies.

\*ratification pending



Colleagues, who are interested in UENPS and/or want to join the society as individual members are invited to visit the internet and to

Yes  
 Yes

No  
 No

PROVIDE name and e-mail address preferably at [www.ipokrates.info](http://www.ipokrates.info) or FAX this form to: + 43 512 504 27308

Name \_\_\_\_\_

e-mail address \_\_\_\_\_

Postal Address including Institution / University / Hospital  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**NOTE**  
 those who are already a member of a national society belonging to UENPS do not need to register

Membership is free of charge for 2006  
 Membership fee for the future years to come will be according to the socio-economic status and the doctors' average income of your country, ranging from 0.5 € to maximally 10.- €

**Della stessa collana:**

- BSB1 - Guida all'uso dei test biochimici di funzionalità tiroidea  
*M. Gion*
- BSB2 - La autocertificazione dei reagenti - Lotto a Lotto  
*O. Merz, G. Azzetti*
- BSB3 - Guida all'uso clinico dei markers tumorali - 1997  
*M. Gion*
- BSB4 - Il laboratorio analisi nelle ©ISO 9000" ed oltre: guida pratica  
*M.R. Cavallo, D. Galeazzi, G.C. Marinone, F. Pecchio, P.G. Pich*
- BSB5 - La dinamica dell'Effetto Gancio secondo il modello micellare  
*O. Merz, G. Azzetti, A. Fuganti*
- BSB6 - Sistema qualità ed accreditamento nel laboratorio clinico  
Storia, Esperienze e Prospettive  
*M. Plebani*
- BSB7 - Sistema qualità ed accreditamento nel laboratorio clinico (II)  
Aspetti applicativi  
*M. Plebani*
- BSB8 - Microbiologia per i piccoli laboratori  
Procedure essenziali per il laboratorio di microbiologia clinica  
*F. Mandler e coll.*
- BSB9 - Il valore diagnostico del dato di laboratorio  
*R. Malvano, A. Chiecchio, G. Vignati*
- BSB10 - La Qualità analitica in Biochimica Clinica  
*G. Vanzetti*
- BSB11 - Guida all'uso clinico dei marcatori in oncologia 2002  
*M. Gion*
- BSB12 - Guida al trattamento dei campioni biologici in microbiologia clinica  
per microbiologici, clinici, infermieri, prelevatori, amministratori e  
pazienti  
*F. Mandler e coll.*
- BSB13 - VES 2000  
*C. Franzini, R. Mozzi*
- BSB14 - Guida pratica all'accreditamento dei laboratori clinici  
*D. Burnett, M. Plebani*

**Della stessa collana:**

BSB15 - ESR in the 2000 era  
*C. Franzini, R. Mozzi*

BSB16 - VSG años 2000  
*C. Franzini, R. Mozzi*

BSB17 - La Variabilità Biologica dai principi alla pratica  
*Callum G. Fraser, PhD*

BSB18 - Il dosaggio della troponina in laboratorio e in cardiologia  
*M. Caputo, R.M. Dorizzi, G. Morando*

BSB 19 - La Medicina di Laboratorio basata sulle prove di efficacia  
Dai principi agli outcome  
*R.M. Dorizzi, T. Trenti*

BSB 20 - Quiz, Quesiti e Casi clinici di Medicina di Laboratorio  
*P. Bonvicini, M. Bellenzier, A. Croce, A. De Pellegrin, B. Forcina, N. Toffano, C. Zambon*