

Articolo di ricerca

Il riavvicinamento precoce della famiglia al neonato nella Terapia Intensiva NeonataleBOLLINI G¹, BOTTANI D¹, LOLLI A¹, CARABELLI L², COSCIA P².¹ A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano, Direzione Infermieristica Tecnico Riabilitativa Aziendale, ² A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano, S.C. di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale**Abstract**

Razionale. La Terapia Intensiva Neonatale dell'A.O. "Ospedale Niguarda Ca' Granda" di Milano accoglie neonati pretermine e lattanti che hanno necessità di cure intensive per patologie di diversa natura e gravità. Per mantenere costante l'attenzione all'unità somato-psichica del bambino appare di grande importanza compensare un sistema ad elevato grado di specializzazione e tecnologia con un percorso di accoglienza ed accompagnamento che prenda in carico, unitamente al piccolo, il disagio dei familiari coinvolti [1]. In letteratura sono descritti sostanzialmente due tipi di sofferenza a danno del bambino, ricoverato in Terapia Intensiva, posto in incubatrice: la prima deriva dalla non adeguata maturazione del suo organismo e la seconda è dovuta alla brusca e prematura interruzione della relazione con la madre [2].

Obiettivi. L'obiettivo consiste nel favorire un sano sviluppo psico-fisico del piccolo, unitamente all'instaurarsi del rapporto dei genitori con il proprio figlio, attraverso il riavvicinamento precoce.

Metodologia. Sulla base dell'analisi della letteratura [3] e dell'esperienza realizzata in anni di attività, è stato sviluppato ed implementato il progetto per l'accoglienza e l'accompagnamento della famiglia del bambino e del neonato pretermine, gestito dall'*équipe* infermieristica.

Risultati e conclusioni. L'impostazione del rapporto genitori-figlio, centrato sugli esiti di salute, è stato collegato ad un secondo di natura organizzativa: elaborare un sistema integrato di indicatori che possa consentire sia un confronto con altre realtà sanitarie sia un confronto interno, per assicurare un costante miglioramento della qualità del servizio erogato.

Parole chiave. Neonato, famiglia, sofferenza.

RAZIONALE E METODOLOGIA

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

1. la competenza dei professionisti sanitari attraverso una formazione specifica sulle modalità di assistenza integrata, tese a ridurre lo stress di origine ambientale, a favorire la maturazione neurocomportamentale del neonato e la capacità dei genitori di comprendere il comportamento del proprio figlio per facilitare la loro interazione durante la degenza e dopo la dimissione;
2. l'organizzazione delle attività attraverso l'integrazione delle normali attività infermieristiche e mediche con le modalità di assistenza che prevedono il coinvolgimento e la presenza dei genitori vicino al bambino, grazie all'apertura della struttura garantita per la durata di 12 ore (dalle ore 9 alle ore 21);
3. l'ambiente strutturale attraverso requisiti non solo tecnici ma anche di tipo architettonico-spaziale, per offrire una condizione accogliente e gradevole sia alle famiglie che a tutto lo staff. L'obiettivo è garantire adattabilità e flessibilità, considerando il continuo processo di innovazione delle tecniche, delle tecnologie, dei sistemi di assistenza e di cura dei piccoli pazienti.

Le modalità di assistenza integrata individuate per ridurre al minimo lo stress e promuovere il comfort dei piccoli e dei loro genitori sono:

1. *Gentle Handling* e *Minimal Handling* [4]

Per i bambini ricoverati sono frequenti le occasioni di dolore e di stress, causate sia dalla patologia sia dalle procedure, che turbano l'omeostasi e il benessere del loro sistema nervoso. Si tratta di un equilibrio molto fragile, non soltanto per gli stimoli francamente dolorosi come la puntura del tallone, le venipunture, il posizionamento di cateteri, l'intubazione e la ventilazione controllata,

ma anche per manovre che provocano *discomfort*, come modificazioni posturali, stimoli tattili, visivi e acustici eccessivi.

Con il termine "*Gentle Handling*" o "tocco dolce" viene indicata una modalità per dare, all'interno dell'incubatrice, una prima forma di contenimento al bambino che lo può riportare alla calma vissuta prima della nascita. L'infermiere e successivamente il genitore pongono, per la durata di almeno 15 minuti, le mani riscaldate sulla testa e sulla parte lombare della schiena: lo scopo è quello di dare un supporto contenitivo.

Con il termine "*Minimal Handling*" o "assistenza dolce" si indica l'attenzione costante a ridurre l'uso di manovre dolorose e, qualora risultassero davvero indispensabili, eseguirle, se non affaticano eccessivamente il bambino, in successione, senza porre pause tra le diverse procedure, in modo tale che il piccolo possa avere poi tempi più prolungati per un riposo tranquillo [5-6].

2. Marsupioterapia

Si può programmare non appena le condizioni cliniche del neonato lo consentono. Risponde al desiderio di contatto e di partecipazione che i genitori esprimono e attenua il loro senso di solitudine e di impotenza, gratificando il desiderio di accudire il neonato in un periodo così delicato, dal punto di vista fisico, emotivo e psicologico. Consiste nel porre il bambino nudo, in posizione verticale, tra i seni della madre, all'interno di un marsupio, formato dagli indumenti materni o da un lenzuolino con un cappuccio. Il clima di umidità che si crea tutela il piccolo dallo stress da freddo e la ripresa del contatto fisico con la madre, che riproduce l'esperienza intrauterina dalla quale il piccolo è stato sottratto bruscamente, rappresenta una stimolazione reciproca tra madre e bambino, gratificante per entrambi [7].

3. *Bonding*

Con il termine “*Bonding*” si indica un processo di relazione, di interazione reciproca, che costruisce fiducia e intimità tra madre e bambino e che avviene subito dopo la nascita con lo scambio dei primissimi sguardi. Importanti gli abbracci, il contatto con la pelle, la vicinanza dei corpi che attivano nel piccolo tutti gli altri sensi [7]. È un fenomeno di base presente in natura, importante non solo per la sopravvivenza fisica, ma soprattutto per la salute emotiva. La sicurezza, la fiducia, la soddisfazione e la felicità che si riescono a creare nelle prime ore dopo la nascita diventano la base per il rapporto tra i genitori e il bambino per gli anni a venire. Se quindi alla nascita vi è stata una separazione tra il piccolo e la madre occorre rimediare a questo per raggiungere ugualmente un equilibrio e una sintonia benefica per entrambi. È risultato che il mezzo più semplice ed efficace per creare un legame stabile e positivo tra i genitori e il bambino è mettere il neonato nelle braccia della mamma, in contatto pelle-pelle, appena il loro stato di salute lo permette, senza attuare nessuna separazione, insegnando alla madre a ricercare il contatto visivo con il figlio. Il *Bonding* viene incoraggiato quando il bambino è troppo grande per la marsupioterapia e ne diventa la fase successiva in quanto, questa modalità non permette il contatto visivo per la posizione assunta dal neonato.

Oltre alle modalità di assistenza integrata, nella Terapia Intensiva Neonatale si pone da anni particolare attenzione anche all’allattamento materno, alla valutazione e al controllo del dolore. È stato dimostrato che il dolore non soltanto prolunga la durata dell’evento morboso ma, se ripetuto e prolungato, provoca effetti negativi sulla sopravvivenza con ripercussioni nelle fasi successive dello sviluppo psicologico. Il neonato infatti, anche se pretermine, dimostra di possedere la capacità di memorizzare le esperienze dolorose, dato che le strutture limbiche e diencefaliche, necessarie per processi mnemonici, sono ben sviluppate e funzionanti.

Le modalità già consolidate nella struttura per garantire la personalizzazione dell’assistenza infermieristica prestata sono:

- pianificazione, nell’arco delle 24 ore, di tutte le attività infermieristiche consentite dalle condizioni del piccolo e dalle possibilità dei genitori, orientate da obiettivi specifici; particolare attenzione è stata riservata alle azioni infermieristiche di indirizzo e guida, per fornire ai genitori le conoscenze e le abilità pratiche necessarie per l’accudimento sia fisico sia emotivo del bambino;
- utilizzo di strumenti tratti dalla letteratura come le scale di valutazione del dolore (*Premature Infant Pain Profile* e *Echelle Douleur Inconfort Nouveau*) [9-10] e di una check-list predisposta appositamente, relativa ai bisogni di assistenza infermieristica. Quest’ultimo strumento è risultato particolarmente valido nell’indirizzare le azioni infermieristiche e nel verificarne l’efficacia attraverso la valutazione del grado di autonomia dei genitori.

In questa logica la relazione di accudimento diventa un modello di relazione su cui si struttura la relazione di assistenza infermieristica, ma le competenze dei genitori e il loro diritto di accudire il figlio restano il criterio guida.

RISULTATI E VALUTAZIONI

La valutazione del progetto si ritiene positiva in quanto ha consentito di realizzare un sistema di indicatori, il cui uso si sta consolidando nella pratica, per valutare l’efficacia del servizio con particolare riferimento alle fasi dell’accoglienza e dell’accompagnamento. In particolare tale sistema:

- è stato elaborato utilizzando sia una metodologia *top down*, ricavando alcuni indicatori dalla letteratura, sia una metodologia *bottom up*, individuando cioè gli indicatori all’interno delle esperienze assistenziali e con l’aiuto dei professionisti che le hanno realizzate [3, 11-12];
- prevede indicatori prevalentemente riferiti al soddisfacimento dei bisogni di assistenza infermieristica considerando, in modo particolare, l’autonomia del piccolo e dei genitori;
- è periodicamente aggiornato per garantire valutazioni appropriate ed incrementare la dinamicità del sistema.

Si articola in due tipologie di indicatori. I primi consentono di monitorare prioritariamente gli *outcome* relativi al periodo di degenza del singolo bambino, mentre i secondi sono relativi all’andamento complessivo dell’assistenza erogata nella Terapia Intensiva Neonatale:

1. indicatori riferiti al periodo della degenza e alla dimissione:
 - 1.1 passaggio completo dell’alimentazione da gavage a tettarella/seno almeno due giorni prima della dimissione;
 - 1.2 crescita ponderale con una media di 20-30 grammi al giorno, costante nell’ultima settimana;
 - 1.3 aumento della durata del sonno tra un pasto e il successivo (3 ore);
 - 1.4 adattamento ritmo sonno/veglia rispetto all’orario dei pasti almeno quattro giorni prima della dimissione;
 - 1.5 stabilità del ritmo cardiaco con risoluzione della bradicardia almeno quattro giorni prima della dimissione;
 - 1.6 scomparsa delle apnee e stabilità del livello di ossigenazione almeno quattro giorni prima della dimissione;
 - 1.7 termoregolazione autonoma almeno quattro giorni prima della dimissione;
 - 1.8 assenza di infezioni ospedaliere;
 - 1.9 autonomia dei genitori o della figura di riferimento con la seguente gradualità: toccare il bambino, prenderlo in braccio, cura dell’igiene, provvedere all’alimentazione, capacità di identificare i bisogni del bambino e i suoi ritmi;
2. indicatori della qualità dell’assistenza erogata:
 - 2.1 durata media della degenza pari a 20 giorni nel caso di neonati pretermine (tra 32 e 36 settimane di età gestazionale) con peso alla nascita superiore a 1.500 grammi senza complicanze;
 - 2.2 dimissione dei neonati pretermine che raggiungono il peso di almeno 1.800 grammi;
 - 2.3 assenza di infezioni ospedaliere (polmonari, intestinali, flebiti per accessi venosi);
 - 2.4 assenza di riammissioni in urgenza con problematiche non acute nei primi 20 giorni dalla dimissione.

DISCUSSIONE E PIANO FUTURO

I risultati che si stanno conseguendo consolidano il percorso progettato nella Terapia Intensiva Neonatale dell’A.O. “Ospedale Niguarda Ca’ Granda” e gli strumenti infermieristici predisposti per documentare gli esiti di salute dei piccoli e la capacità di auto-cura dei genitori.

Interessanti gli spunti di riflessione che potranno essere affrontati con ricerche specifiche: il ruolo del padre negli interventi di contenimento (marsupioterapia, *Gentle Handling*) e l’approfondimento delle diverse attività di assistenza integrata con genitori di culture diverse.

BIBLIOGRAFIA

01. Bakewell-Sachs S, Blackburn S. State of the science: Achievements and challenges across the spectrum of care for preterm infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 2003;32(5):683-95.
02. Als H. A synactive model of neonatal behavioral organization: Framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of parents in the intensive care environment. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics* 1986;6(3):3-55.
03. Byers JF. Components of developmental care and the evidence for their use in the NICU. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing* 2003;8(3):174-80.
04. Modrcin-Talbot MA, Harrison LL, Groer M, Younger MS. The biobehavioral effects of gentle human touch on preterm infants. *Nursing Science Quarterly* 2003;6(1):60-7.
05. Harrison LL. The use of comforting touch and massage to reduce stress for preterm infants in the neonatal intensive care unit. *Newborn and Infant Nursing Reviews* 2001;1(4):235-41.
06. National Association of Neonatal Nurses. Infant and family-centered developmental care: Guideline for Practice. Des Moines: NANN, 2000.
07. McGrath JM, Brock N. Efficacy and utilization of skin-to-skin care in the NICU. *Newborn and Infant Nursing Reviews* 2002;2(1):17-26.
08. Franck L. A national survey of the assessment and treatment of pain and agitation in the neonatal intensive care unit. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 1987;16(6):387-93.
09. Duhn LJ, Medves JM. A systematic integrative review of infant pain assessment tools. *Advances in Neonatal Care* 2004;4(3):126-40.
10. Boyd S. Assessing infant pain: A review of the pain assessment tools available. *Journal of Neonatal Nursing* 2003;9(4):122-6.
11. Symington A, Pinelli JM. Distilling the evidence on developmental care: A systematic review. *Advances in Neonatal Care* 2002;2(4):198-221.
12. Merritt TA, Pillers D, Prows SL. Early NICU discharge of very low birth weight infants: a critical review and analysis. *Seminars in Neonatology* 2003;95-115.

Early re-union of newborn admitted in neonatal intensive care unit with his parents

Rationale. Neonatal Intensive Care Unit of A.O. "Ospedale Niguarda Cà Granda" in Milan takes care of premature newborn and infants who need intensive care for several pathologies and serious diseases. In order to keep up the attention at the psycho-somatic unit of the baby, it seems to be important to integrate a highly skilled and technological system with a special activity support which takes care of the discomfort both of the baby and his parents [1]. The available literature reports two kinds of suffering related to the premature baby living in incubator in Intensive Care Unit; the first one depends on an inadequate baby's body growth, the second one is due to a suddenly and premature interruption of the relationship between the mother and her baby [2].

Objectives. The aim of the project is to support a holistic and healthy development of the baby with the improvement of relationship between the baby and his parents by their early re-union.

Methods. A project was organized and carried out with the aim of welcoming and following premature babies and their families. The project is based on the evaluated literature report and a long time experience in this field [3]. This project is managed by nursing staff.

Results and conclusions. The relationship between the baby and his parents is focused on healthy outcomes and it is linked with another one related to managing issues: it consists on the elaboration of an integrated system of indicators that allows a comparison with different health systems and an evaluation of the personal dealing with nursing staff, to achieve a continuous improvement of the service quality.

Keywords. Newborn, family, suffering.