



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Infermieri e Genitori
in Terapia Intensiva Neonatale,
una sinergia possibile:
revisione della letteratura**

Relatore:
Dott. **Daniele Messi**

Tesi di Laurea di:
Marta, Rossella Reucci

A.A. 2019/2020

*A Giuliana, autrice e mamma del piccolo Matteo,
grazie per avermi ispirata con la vostra emozionante storia*

INDICE

Introduzione.....	1
La Prematurità	1
Le difficoltà del neonato pretermine	4
L'importanza di esserci	7
Obiettivo	11
Materiali e metodi.....	12
Descrizione del problema	12
Quesito di ricerca.....	13
Metodi di ricerca delle evidenze.....	14
Criteri di selezione delle evidenze.....	14
Risultati.....	15
Discussione.....	25
Conclusioni.....	50
Implicazioni per la pratica clinica	54
Fonti bibliografiche	54

ABSTRACT

Background: all'improvviso, quello che sembra il normale decorso della gravidanza viene interrotto dalla nascita prematura di un figlio. Questo evento del tutto inaspettato comporta degli effetti sia nel neonato, non ancora perfettamente sviluppato e idoneo alla vita, che nel genitore.

La mamma e il papà si ritrovano infatti in quello che è lo sconosciuto e altrettanto spaventoso mondo della Terapia Intensiva Neonatale. Affrontare un percorso così delicato come quello della prematurità e di per sé già difficile ma lo diventa ancora di più all'interno di un ambiente per nulla familiare. È proprio per questo motivo che entra in scena la figura dell'infermiere che deve far fronte sia alla complessa condizione clinica del neonato prematuro, che alle ansie e ai timori del genitore mettendo in atto le competenze che gli appartengono: la tecnica, la capacità di relazionarsi con l'altro attraverso l'empatia e il saper educare, con il fine ultimo di supportare la mamma e il papà nel difficile ma emozionante percorso della genitorialità.

Metodi: attraverso il database PubMed è stata effettuata una ricerca seguendo criteri che includevano studi qualitativi, osservazionali, prospettici, prospettici di coorte, quasi esperimento con gruppo di controllo non equivalente, sperimentali con trial non controllato e modelli assistenziali degli ultimi vent'anni (2000-2020) in lingua inglese e italiana e che prendevano in considerazione i genitori

di neonati prematuri ricoverati in Terapia Intensiva Neonatale. Sono state utilizzate infatti parole chiave come “Neonatal Intensive Care Unit”, “Parents”, “Preterm infants” e “Parent involvement”, attraverso la combinazione delle quali sono state ottenute due stringhe di ricerca “Parents involvement in Neonatal Intensive Care Unit” e “Parents of preterm infants in Neonatal Intensive Care Unit”. In seguito, con la metodologia PICO, è stato elaborato il quesito di ricerca basato sulle modalità attraverso le quali l’infermiere della TIN potesse aiutare il genitore del neonato prematuro a superare lo shock iniziale della nascita e ad instaurare un legame con il figlio.

Risultati: dalla ricerca effettuata sono emersi 11 articoli da sottoporre a lettura e revisione completa.

Discussione: dalla revisione svolta si evincono cinque aspetti fondamentali da tenere in considerazione e da applicare al fine di coinvolgere la figura del genitore all’interno della TIN.

Alla base di tutto c’è la comunicazione, elemento imprescindibile e necessario per l’instaurazione di un rapporto tra l’infermiere e il genitore, che può e deve essere parte integrante del processo di cura e di assistenza del figlio. Alla luce di quanto detto, studi hanno voluto sottolineare l’importanza della “Family-Centered Care” ovvero della famiglia al centro della cura, famiglia come componente essenziale per il neonato prematuro. Da altri emerge quanto rendere

partecipi la mamma e il papà durante tutte le procedure assistenziali, incluse quelle dolorose, possa aiutare sia il neonato nella riduzione del sintomo, che loro stessi nella diminuzione di ansia e stress correlati al “non sapere”, al non sentirsi all'altezza e impotenti.

Inoltre, si è visto come l'atteggiamento dell'infermiere e il design del reparto riescano ad influenzare profondamente il legame genitore-figlio, le attività promuoventi la salute e l'instaurazione di questo rapporto, come la canguro terapia e l'allattamento.

Conclusioni: dalla letteratura è emerso che è proprio l'infermiere a rappresentare la figura su cui i genitori fanno maggiormente leva, rispetto agli altri membri dell'équipe, proprio perché egli è colui che trascorre più tempo fianco a fianco con i piccoli neonati.

Gli interventi da mettere in atto sono molteplici ma quelli che spiccano dagli studi sono senza dubbio la comunicazione, il coinvolgimento in procedure assistenziali, comprese quelle invasive e quindi dolorose, il garantire un spazio di privacy che agevoli la nascita di un rapporto solido e unico tra i genitori e i figli. La canguro terapia funge da esempio per la creazione di un momento di intimità, in cui prevale il contatto pelle a pelle e la stessa, associata all'allattamento al seno, favorisce la “self-confidence” nella mamma e nel papà,

ovvero la fiducia in sé stessi che quasi sempre con un figlio prematuro, soprattutto all'inizio, viene a mancare.

Parole chiave: comunicazione infermiere genitore; allattamento al seno in TIN; canguro terapia; family-centered care; single family-rooms; gestione del dolore in TIN.

INTRODUZIONE

In una realtà in cui si è abituati a considerare la nascita di un figlio come un momento di estrema felicità, spensieratezza e amore, si nasconde molto spesso un mondo che nessun genitore, durante la gravidanza, penserebbe mai di affrontare: La Terapia Intensiva Neonatale.

La Terapia Intensiva Neonatale, conosciuta anche con l'acronimo TIN, è un'unità di degenza complessa in cui viene accolto il neonato pretermine o a termine, affetto da patologie differenti tra loro, al quale vengono erogate le cure necessarie al fine di promuovere il suo sviluppo, attraverso il monitoraggio continuo dei parametri vitali e il supporto respiratorio, associati a somministrazione di farmaci e nutrizione parenterale.

I quadri clinico-assistenziali che vengono riscontrati quotidianamente in TIN sono molteplici, anche a seconda della gravità della patologia neonatale, una delle situazioni più diffuse, è però quella della prematurità.

La Prematurità

La nascita prematura non è un evento raro, difatti è parecchio diffuso nei paesi in via di sviluppo. Si stima che in Africa e in Asia l'85% dei parti avviene prima del termine, in confronto al 7.4% dell'Europa e del Nord America insieme.

Inoltre, sono state riscontrate disuguaglianze in relazione alla probabilità di sopravvivenza dei neonati pretermine: i nuovi nati con peso inferiore ai 2000 g (corrispondente a 32 settimane di gestazione), nei paesi in via di sviluppo, hanno poca probabilità di sopravvivere al contrario di quelli nati in paesi sviluppati che possono essere tranquillamente comparati a neonati nati a termine.

Altre differenze concernenti la nascita prematura, emergono dalle regioni di provenienza infatti, in Nord America, l'aumentare dell'età della donna in gravidanza conduce a maggiori complicanze dal punto di vista clinico materno-fetale e quindi a un aumento di tagli cesarei in emergenza mentre, nei paesi come l'Africa, gli alti tassi di nascite pretermine sono dovuti maggiormente a infezioni intrauterine o alla mancanza di farmaci. (Beck, S. et al., 2009)

In Italia, il 7% dei nati (32000 all'anno) sono pretermine e contribuiscono a più del 50% delle morti neonatali e al 40% di quelle infantili.

Tra i nati pretermine, quelli più a rischio sono quelli con peso inferiore ai 1500 g (1% delle nascite). (Quotidiano Sanità, 2019)

La nascita prematura è quindi un problema perinatale che riguarda il mondo intero non solo in termini di mortalità e morbilità ma anche per tutto ciò che concerne l'aspetto economico-finanziario per i sistemi sanitari. (Beck et al., 2009)

La normale gravidanza o “a termine” dura dalle 37 alle 41 settimane mentre, si parla di “pretermine” quando il parto avviene prima della 37esima settimana (Ministero della Salute, 2020) o a 259 giorni di gestazione (Beck et al., 2009)

Le cause associate alla nascita prematura possono essere molteplici e dipendere sia dalla gravidanza in corso, che dalle condizioni di salute del feto e/o della mamma, ma anche dall’etnia o dal paese di provenienza.

Uno o più di questi fattori associati possono aumentare notevolmente il rischio di parto prematuro:

➤ Correlati alla gravidanza

La gravidanza multipla, la fecondazione assistita, le infezioni vaginali o delle vie urinarie non trattate correttamente, la rottura prematura delle membrane, le malformazioni uterine e le alterazioni del liquido amniotico (in quantità o colore).

➤ Materni

La presenza di patologie quali obesità, diabete e quelle riguardanti il sistema cardiocircolatorio nella gestante, associati o meno a uno scorretto stile di vita (smisurato esercizio fisico, fumo, abuso di alcool o sostanze stupefacenti e svolgimento di lavori faticosi).

➤ Fetali

Il ritardo di crescita intrauterina, la sofferenza fetale e le malformazioni.

Le difficoltà del neonato pretermine

All'improvviso il neonato prematuro non si trova più nel caldo e confortevole utero della mamma, che costituisce un vero e proprio nido, ma viene letteralmente catapultato in quello che è il mondo esterno.

Questo cambiamento diventa di colpo un trauma, non solo perché il parto non avviene al termine delle settimane di gestazione ma anche e soprattutto perché gli organi e gli apparati del bambino non sono sufficientemente sviluppati da poter fronteggiare la vita. Ecco perché necessita di cure e assistenza, per evitare l'insorgenza di eventuali problemi o complicanze.

Le difficoltà che può quindi riscontrare sono di diversa natura:

Il mantenimento della temperatura corporea è una di queste, infatti per far sì che questo avvenga, il neonato viene posizionato in incubatrice: un dispositivo elettromedicale studiato per garantire uno spazio sicuro e confortevole. L'incubatrice è in grado di raggiungere e mantenere determinate temperature che simulano quella percepita dal neonato quando è ancora nella pancia della mamma. Questo fa sì che la sua TC venga quindi mantenuta a range elevati e consoni alle sue condizioni fisiche ma non solo, crea anche sensazione di benessere e protezione.

Un'altra problematica correlata alla nascita pretermine potrebbe essere di natura respiratoria. La sindrome da distress respiratorio (o malattia delle membrane ialine polmonari) è scatenata difatti dall'immatunità polmonare e

dalla ridotta o mancata produzione di surfattante (sostanza che impedisce il collasso degli alveoli e che serve a mantenere una buona espansione toracica). La diminuita o assente sintesi ne comporta quindi profonde alterazioni a livello polmonare, soprattutto per quanto concerne lo scambio di gas, correggibili con l'ossigeno terapia attraverso diversi presidi in base al grado di alterazione (CPAP, tubo endotracheale...) e/o con la somministrazione diretta in trachea di surfattante.

Oltre a ciò, il neonato, non avendo ancora completamente sviluppato l'apparato gastrointestinale che si manifesta anche con ridotta tolleranza alimentare, viene nutrito attraverso la somministrazione di nutrienti per via endovenosa (nutrizione parenterale).

Qual ora il problema sia prettamente correlato a suzione e deglutizione, si utilizza un sondino naso gastrico per fornirgli latte. Nel momento in cui poi, il bimbo coordina respiro e deglutizione, viene aiutato ad alimentarsi con biberon o viene favorito l'attaccamento al seno (il latte materno, tra tutti, costituisce il tipo di nutrizione migliore in quanto è ricco di sali minerali, proteine ma anche e soprattutto di anticorpi).

L'im maturità delle vie metaboliche è un altro ritardato sviluppo che comporta a un rallentamento da parte del fegato di eliminazione della bilirubina che quindi si accumula nel tessuto sottocutaneo e nelle sclere causando l'ittero.

Solitamente questo è fisiologico, si risolve nelle prime 24 ore, ma nel momento in cui i valori della bilirubina non diminuiscono con l'avanzare dei giorni, il neonato viene sottoposto a fototerapia (attraverso una lampada specifica che emana luce, vengono abbassati i valori patologici).

Un altro rischio correlato alla nascita pretermine, diffuso per il 20% nei neonati con peso < 1500 gr e/o di età gestazionale <32 settimane, è la ROP: Retinopatia del Pretermine. Si tratta di una alterazione caratterizzata dall'immaturità vascolare degli occhi poiché i vasi sanguigni che portano sangue alla retina possono subire uno sviluppo anormale che è alla base della malattia stessa. Questa può presentarsi in forme lievi, che non intaccano la capacità visiva o in forme più gravi fino a distacco della retina e cecità. Ad oggi le cause non sono ancora precisamente note ma sono state riscontrate diverse correlazioni quali ossigeno terapia, sepsi, crisi di apnea e eccessiva esposizione alla luce nelle sale di degenza dei reparti di TIN. Del 20% sopracitato, il 95% non necessita di cure ma solamente di controlli, il restante 5% ha invece bisogno di trattamenti come quello laser o chirurgico.

Oltre ai rallentati sviluppi dei diversi apparati, la fragilità dei vasi sanguigni del cervello è tipica del neonato, difatti questa potrebbe sfociare in emorragie intracraniche che risultano comunque contenute e non alla base di gravi danni, ma che vanno senz'altro prevenute o controllate attraverso periodiche ecografie cerebrali.

A livello sanguigno, un'altra problematica che il neonato pretermine potrebbe presentare è l'anemia, data da una ridotta produzione di eritrociti (globuli rossi) che può essere comunque corretta con terapia di ferro o nei casi più importanti, attraverso trasfusioni di sangue.

La fragilità del neonato data anche dall'imaturità di vari distretti corporei, è scaturita in particolar modo dalla debolezza del sistema immunitario che comporta quindi ad un maggior rischio di contrarre infezioni. Queste possono insorgere anche a seguito di un'errata assistenza in ambiente neonatale (vedi gestione cvc o ventilazione artificiale) o da agenti patogeni contratti e condotti dai visitatori all'interno del reparto. (Unità di Neonatologia, Patologia e Terapia Intensiva Neonatale, Roma).

L'importanza di esserci

La prematurità si può quindi considerare a tutti gli effetti un evento traumatico, non solo dal punto di vista fisico, per il mancato sviluppo completo di quella che dovrebbe essere la gestazione ma e soprattutto, sotto l'aspetto psicologico poiché essa rappresenta un vero e proprio "shock" sia per il neonato che per i genitori.

Se in un primo momento ci si concentrava quindi solo, o meglio soprattutto, sull'aspetto biologico e clinico, con la crescita della medicina, sono subentrate anche le sfere psico-emotive, con lo scopo di porre l'attenzione su ciò che

potesse in qualche modo influenzare, positivamente o meno, lo sviluppo “organico” del neonato e la nascita, a tutti gli effetti, del ruolo genitoriale.

Diventare genitori è infatti un processo evolutivo che sconvolge la vita della donna e dell’uomo, che implica il riassetto e la ridefinizione dell’identità individuale e di coppia con annesso e inevitabile aumento della vulnerabilità psicologica (Stefana & Lavelli, 2016).

Affrontare la genitorialità è già di per sé difficile, ma lo diventa ancor di più quando questa irrompe in un momento inaspettato, in cui si pensa a tutto tranne che all’arrivo imminente di un figlio.

Essere madre e padre di un prematuro, è nel vero senso della parola “prematuro”, troppo precoce, accade troppo “in fretta” e questo catapultarsi all’improvviso nel mondo del genitore può destabilizzare i diretti interessati e far perdere loro di vista il proprio ruolo.

Per aiutare la coppia in questa fase di transizione estremamente delicata, è necessario non soffermarsi solo ed esclusivamente sugli aspetti clinico-assistenziali, bensì occorre porre l’attenzione anche su quella che è la sfera emozionale: capire i bisogni della persona e soddisfarli.

Quale figura migliore, se non quella dell’infermiere, è adatta a ricoprire questo ruolo?

L’infermiere è infatti un professionista sanitario che non si limita a prevenire, curare, riabilitare e palliare dal punto di vista tecnico, ma si occupa anche e

soprattutto di instaurare una relazione con la persona, diventando così educatore della stessa.

Se in un primo momento egli mette in atto quello che è il “processo di nursing” nei confronti del neonato prematuro, raccogliendo dati e sviluppando un’assistenza infermieristica personalizzata, al fine di soddisfare i bisogni alla base dei problemi rilevati, deve successivamente far fronte alla figura del genitore, non per questo meno importante.

Questo prova infatti, molto spesso, un vero e proprio senso di smarrimento, di paura e di ansia circa il destino del proprio figlio e ha la necessità di essere “accompagnato” e supportato per tutto il periodo di assistenza.

Alla luce di quanto appena affermato, nasce inevitabilmente un vero e proprio rapporto infermiere-genitore che, per entrambe le parti, può risultare sia vantaggioso che non: il professionista sanitario, si impegna infatti ad erogare le cure e l’assistenza programmata al piccolo paziente e al contempo fornisce un supporto psicologico ed educativo al genitore, d’altro canto però, lavorare in un contesto come la Terapia Intensiva Neonatale può scatenare in lui quello che viene comunemente chiamato “Burnout”, ovvero stress da lavoro.

Per quanto concerne invece l’aspetto parentale, questo può essere compromesso dal senso di turbamento che prova il genitore davanti al figlio che si presenta in modo del tutto diverso da quello immaginato, tanto da far

sviluppare un disturbo da stress post traumatico anche a distanza di mesi dalla dimissione ospedaliera.

Emerge quindi l'importanza di avere un nucleo familiare presente e unito e dove fondamentale è per gli operatori sanitari che accompagnano le famiglie in questo delicato momento, ritrovare sempre un adeguato equilibrio tra un prendersi cura del neonato e della famiglia e la gestione degli sforzi che accompagnano inevitabilmente una presa in carico estremamente complessa nell'ambiente della Terapia Intensiva Neonatale.

Per i professionisti è quindi fondamentale individuare tutte le migliori strategie e interventi che potrebbero essere alla base di un processo assistenziale sicuro e di qualità per cui si ravvede la necessità di impostare una revisione della letteratura con particolare attenzione al vissuto sia dei professionisti che delle famiglie che hanno affrontato tali percorsi.

OBIETTIVO

La passione per il neonato, l'importanza di avere un nucleo familiare presente e unito e l'amore per questa professione mi hanno spinto a voler condurre uno studio sulle esperienze vissute da infermieri e genitori nell'ambiente della Terapia Intensiva Neonatale.

Molto spesso i riflettori sono puntati sul neonato, sulla sua condizione clinica e su eventuali miglioramenti o peggioramenti della stessa, oscurando così la figura della mamma e del papà.

L'obiettivo di questo studio è quello di esplorare, attraverso una revisione narrativa della letteratura, il vissuto del genitore in quello che è il contesto della TIN e come questo possa essere fortemente influenzato dal modo di pensare e di lavorare dell'infermiere, al fine di individuare strategie e interventi che potrebbero essere alla base di un processo assistenziale sicuro e di qualità elevata.

MATERIALI E METODI

Descrizione del problema

La nascita di un figlio prematuro è talmente inaspettata che rappresenta per il genitore che la vive un vero e proprio “shock”, accompagnato da sensazioni di ansia e terrore, che molto spesso lo portano a perdere di vista il proprio ruolo nei confronti del neonato.

Alla luce di quanto appena detto, occorre capire se e come l’infermiere della Terapia Intensiva Neonatale possa aiutare la mamma e il papà ad affrontare le proprie paure e ad instaurare la relazione genitore-figlio di cui hanno bisogno.

Quesito di ricerca

Popolazione	Genitori di neonati prematuri ricoverati in Terapia Intensiva Neonatale
Interventi	Coinvolgimento e supporto al genitore
Comparatore	Assenza di coinvolgimento e supporto al genitore
Out-come	-Maggiore sicurezza -Riduzione dell'ansia -Crescita e rafforzamento del legame genitore-figlio
Quesito di ricerca	In un momento delicato come quello della nascita di un figlio prematuro, come può l'infermiere della TIN aiutare il genitore a superare lo shock iniziale e ad instaurare un rapporto con il figlio stesso?

Metodi di ricerca delle evidenze

Per rispondere al quesito di ricerca è stata effettuata un'indagine bibliografica nel database Pubmed, utilizzando diverse parole chiave (“Neonatal Intensive Care Unit”, “Parents”, “Preterm infants”, “Parents involvement”) dalle quali ho ottenuto le stringhe di ricerca: “Parents involvement in Neonatal Intensive Care Unit” e “Parents of preterm infants in Neonatal Intensive Care Unit”.

Criteri di selezione delle evidenze

Per la ricerca sono stati applicati i seguenti criteri di selezione:

- Tipologia di partecipanti: genitori di neonati prematuri ricoverati in Terapia Intensiva Neonatale
- Tipologia di studio: qualitativo, osservazionale, prospettico, prospettico di coorte, quasi esperimento con gruppo di controllo non equivalente, sperimentale con trial non controllato e modello assistenziale
- Arco Temporale: ultimi venti anni (2000-2020)
- Lingua: inglese e italiano

RISULTATI

Dalla ricerca effettuata, sono stati selezionati 11 articoli come riportati nelle flowchart di selezione della letteratura (Fig. 1 e 2) poi raggruppati nella tabella di estrazione dati (Tab.1) in cui vengono considerati i seguenti aspetti: titolo, autore, anno di pubblicazione, disegno di ricerca, obiettivo, popolazione, interventi e risultati.

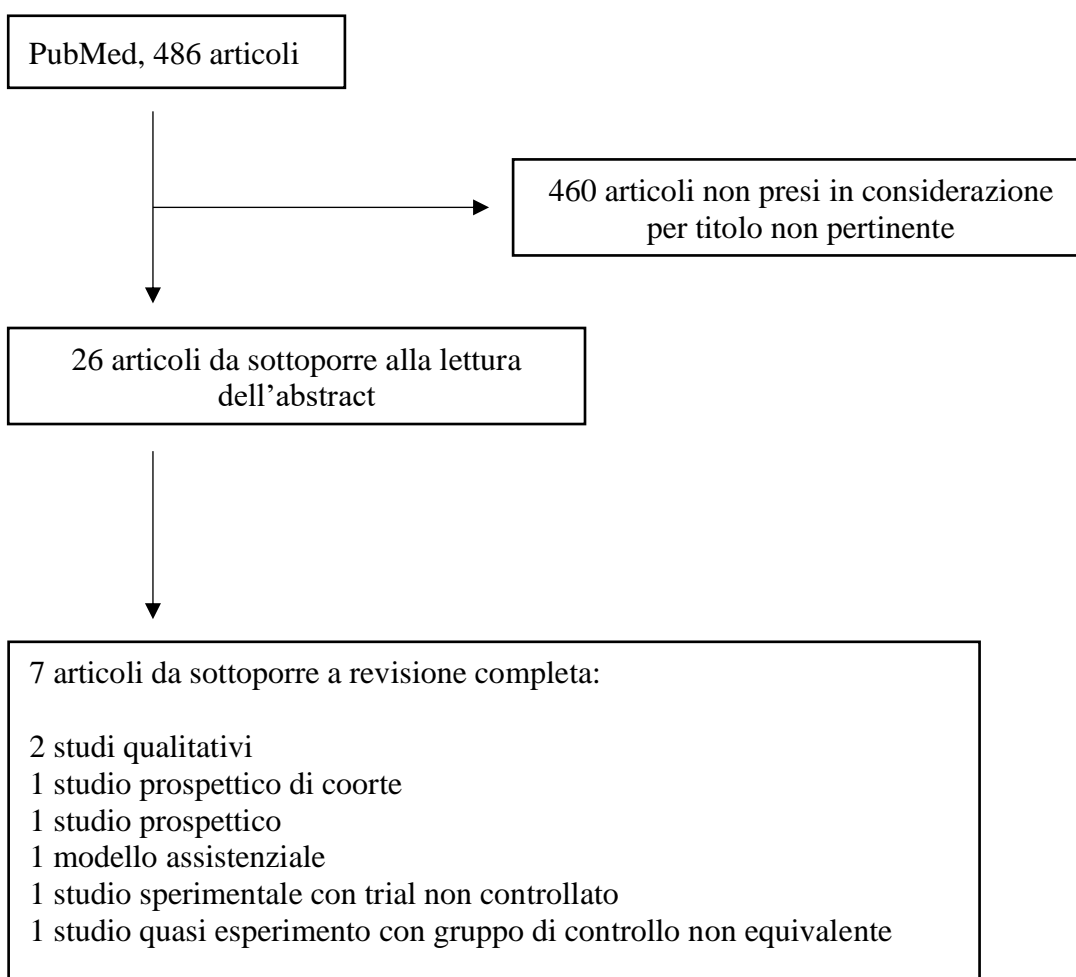


Figura 1: flowchart stringa di ricerca “Parents involvement in Neonatal Intensive Care Unit” Fonte: elaborazione propria

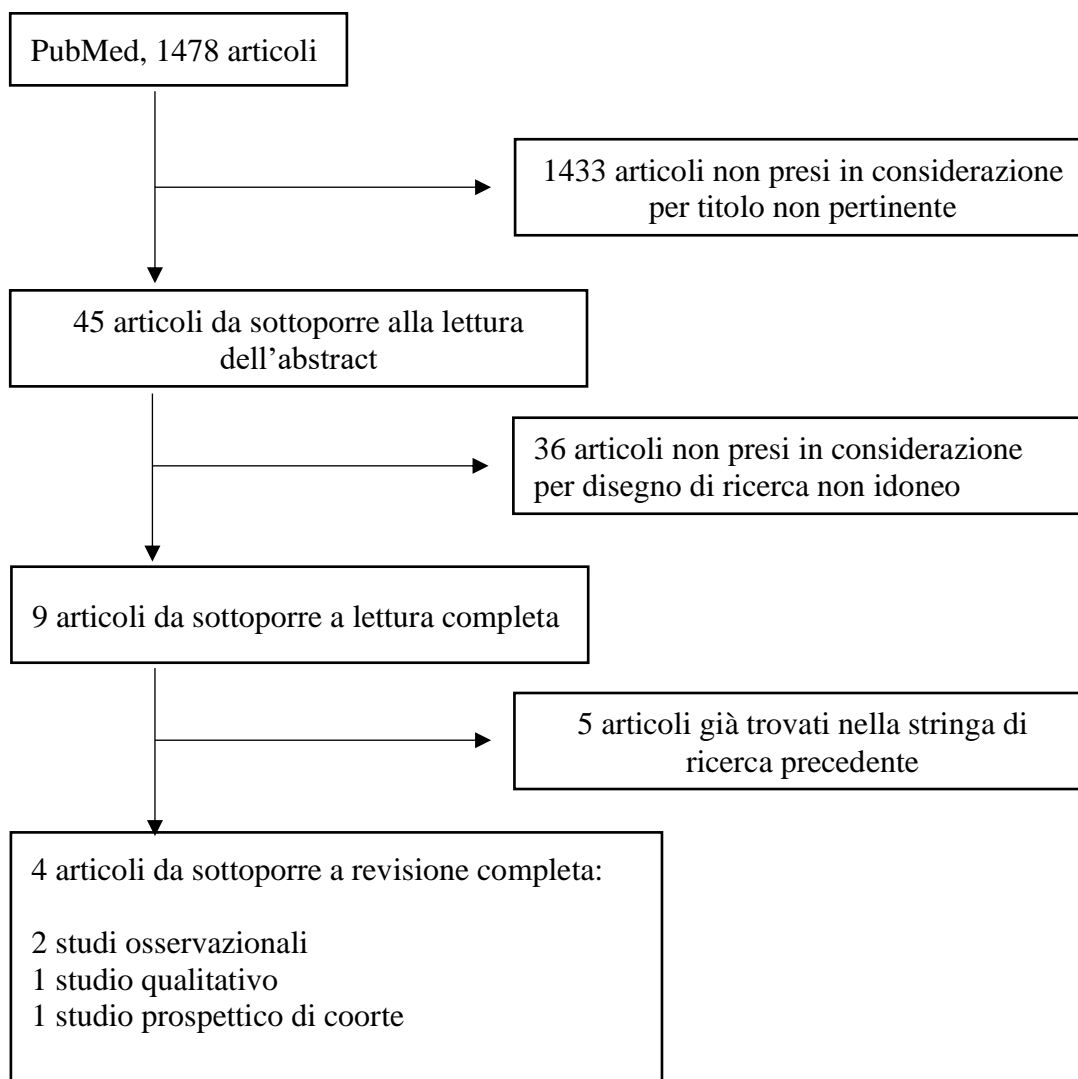


Figura 2: flowchart stringa di ricerca “Parents of preterm infants in Neonatal Intensive Care Unit” Fonte: elaborazione propria

In due degli studi revisionati viene valutato il rapporto infermiere-genitore e il grado di supporto da parte dello staff. Nel primo, attraverso un questionario anonimo di 16 domande rispondibili sia in scala Likert che in maniera aperta, rivolto a 270 genitori di neonati prematuri ricoverati in TIN, viene esplorato il vissuto delle mamme e dei papà circa l’interazione con infermieri e medici.

Nel secondo invece, i genitori di una TIN canadese vengono sottoposti a un programma educativo e di supporto, con lo scopo di valutarne gli effetti volti a migliorare la qualità dell'assistenza incentrata sull'integrazione familiare.

In altri due studi vengono analizzati, attraverso un questionario in uno e delle interviste nell'altro, le aspettative e le percezioni, ma anche il grado di coinvolgimento e la soddisfazione dei genitori circa la gestione del dolore del figlio da parte del reparto.

Un altro paio di studi mette a confronto la Terapia Intensiva Neonatale suddivisa in Single Family Rooms (stanze singole familiari) con quella dotata di una sola stanza, chiamata anche Open-Bay, con lo scopo di scoprire sia il punto di vista dell'infermiere, capire quindi se il design del reparto possa in qualche modo influenzare il lavoro, che quello del genitore per rilevare le differenze nelle due tipologie di strutture, in termini di vicinanza con il neonato, di supporto da parte dello staff e di partecipazione nella veste di parte integrante del team.

In tre studi emerge l'importanza della pratica della Canguro Terapia all'interno della TIN. Vengono infatti, attraverso questionari e programmi

educativi (Close to Me), analizzati il grado di disponibilità e conoscenza circa la Canguro Terapia sia nell'infermiere che nel genitore.

Inoltre, vengono confrontati gruppi di mamme sottoposte alla terapia e gruppi invece non praticanti, per evidenziare i vantaggi e benefici, sia per il genitore che per il neonato.

Nell'ultimo studio vengono impiegati i 10 step, elaborati da Diane Spatz, sulla promozione dell'allattamento al seno dei prematuri in una TIN di terzo livello, con l'obiettivo di incrementare il numero di neonati pretermine riceventi latte materno sin dall'inizio dell'alimentazione fino alla dimissione, oltre a sottolineare i numerosi vantaggi di quest'ultimo rispetto a quello artificiale e quanto questa pratica possa far sentire coinvolto e "utile" un genitore nel percorso di cura del figlio.

TITOLO	AUTORE	ANNO DI PUBBLICAZIONE	DISEGNO DI RICERCA	OBIETTIVO	POPOLAZIONE	INTERVENTI	RISULTATI
Strengths and weaknesses of parent-staff communication in the NICU	Helena Wigert, Michaela Blom Dellenmark & Kristina Bry	2013	Studio Osservazionale	Descrivere i punti di forza e di debolezza in termini di comunicazione tra genitori e staff in una terapia intensiva neonatale di III livello in Svezia, con lo scopo di migliorare la comprensione dello staff nei confronti del bisogno di comunicazione del genitore	270 genitori di neonati ricoverati in Terapia Intensiva Neonatale	Ai genitori è stato chiesto di compilare un questionario di 16 domande sulle loro esperienze di comunicazione con infermieri e medici vissute in TIN	I genitori hanno valutato positivamente la comunicazione con lo staff

<p>Implementing Family-Integrated Care in the NICU</p>	<p>Marianne Bracht, Lori O’Leary, Shoo K. Lee & Karel O’Brien</p>	<p>2013</p>	<p>Studio qualitativo</p>	<p>Sviluppare, mettere in atto e valutare un programma educativo e di supporto ai genitori che potenzia la Family-Integrated Care in una Terapia Intensiva Neonatale Canadese</p>	<p>39 mamme di neonati nati a 35 o meno settimane di gestazione</p>	<p>Le mamme sono state divise in gruppi da 4 o 5 e sono state educate quotidianamente per quanto riguarda la cura dei loro figli, per almeno 8 ore al giorno inoltre, sono state coinvolte durante procedure assistenziali. Gli effetti del programma educativo sono stati poi valutati attraverso delle interviste alla dimissione rivolte alle mamme.</p>	<p>Alle mamme sono stati forniti gli “strumenti” per occuparsi dei loro figli all’interno della TIN, per riconoscere i propri punti di forza, per aumentare le strategie di problem-solving e per essere più pronte, emotivamente parlando, per portare i figli a casa.</p>
<p>Parent Views of Infant Pain and Pain Management in the Neonatal Intensive Care Unit</p>	<p>Linda S. Franck, Kim Scurr & Sue Couture</p>	<p>2001</p>	<p>Studio Osservazionale</p>	<p>Determinare il grado di conoscenza e coinvolgimento del genitore nella cura del dolore del neonato in una TIN di III livello in una città della West</p>	<p>95 genitori di neonati prematuri ricoverati in TIN</p>	<p>I genitori sono stati sottoposti ad un questionario di 21 domande per rilevare le loro aspettative, il loro grado di</p>	<p>La maggior parte dei genitori riferisce di essere stato informato sul controllo del dolore e il 34% di questi sostiene di aver ricevuto questo tipo di informazioni</p>

				Coast.		coinvolgimento e di soddisfazione nella gestione del dolore del figlio in TIN	esclusivamente da personale infermieristico che ha insegnato loro quali sono i segni da conoscere per capire che il neonato sta avendo dolore.
Parents' perceptions of their infant's pain experience in the NICU	Gay Gale, Linda S. Franck, Susan Kools & Mary Lynch	2018	Studio qualitativo	Esplorare i punti di vista dei genitori in merito alle loro esperienze nell'osservare e nell'affrontare il dolore del proprio figlio in TIN	6 genitori di neonati ancora in cura in TIN e 6 genitori di neonati in follow- up precedentemente dimessi dalla TIN	I genitori sono stati sottoposti a interviste singole o in gruppo basate sul decorso clinico del proprio figlio, sulle esperienze dolorose e sull'esperienza genitoriale prima e dopo la TIN	I genitori riconoscono che il dolore del figlio è una fonte di stress psicologico ed emotivo. Tutti hanno riferito però di sentire il bisogno di avere più informazioni circa le cure mediche e assistenziali del piccolo, incluse quelle riguardanti il dolore stesso.
Staff Nurse Perceptions of Open-Pod and Single Family Room NICU Design on Work Environment and Patient Care	Regina Winner-Stoltz, Alexander Lingerich, Anna Jeanine Hench, Janet O'Malley,	2018	Studio prospettico di coorte	Mettere a confronto le percezioni dell'infermiere in merito all'ambiente di lavoro: Open Bay (stanza unica) vs SFR (stanza singola). Capire se e come i	64 infermieri di una TIN	Gli infermieri sono stati sottoposti a un questionario di 40 domande in merito alle loro impressioni sul design dell'ambiente di	Il design delle SFR è il preferito in termini di qualità e controllo dell'ambiente lavorativo, della privacy e delle interruzioni. Inoltre, le caratteristiche della SFR supportano sia il lavoro individuale

	Kimberly Kjelland & Melissa Teal			due tipi di design possano influenzare l'assistenza che essi erogano a pazienti e famiglie		lavoro.	che in team.
Parent-Infant Closeness, Parents' Participation, and Nursing Support in Single-Family Room and Open Bay NICUs	Bente Silnes Tandberg, Kathrine Frey Froslic, Renée Flacking, Hege Grundt, Liisa Lehtonen & Atle Moen	2018	Studio prospettico	Mettere a confronto la vicinanza genitore-figlio, la percezione del genitore in merito al supporto dato dall'infermiere e alla partecipazione all'assistenza nelle SFR e nelle Open Bay.	115 genitori di 64 neonati prematuri nati a meno di 35 settimane di gestazione e 129 infermieri	Domande tramite SMS per i genitori e tramite un sito web redatto appositamente per gli infermieri	I genitori delle SFR sono risultati essere più presenti in termini fisici e a livello temporale, hanno inoltre ricevuto maggiore supporto da parte dello staff e più modo di praticare la skin-to-skin therapy, rispetto a quelli nell'Open Bay
The Effects of Kangaroo Care in the Neonatal Intensive Care Unit on the Physiological Functions of Preterm Infants, Maternal-Infant Attachment, and Maternal Stress	Eun-Sook Cho, Shin-Jeong Kim, Myung Soon Kwon, Haeryun Cho, Eun Hey kim, Eun Mi Jun & Sunhee Lee	2016	Studio quasi-sperimentale con gruppo di controllo non equivalente	Identificare gli effetti della canguro terapia sulle funzioni fisiologiche dei neonati prematuri, sul legame madre-figlio e sullo stress materno.	40 neonati di età gestazionale maggiore alle 33 settimane: 20 assegnati al gruppo sperimentale (sottoposti a canguro terapia) e 20 al gruppo di controllo.	Rilevazione dei parametri vitali del neonato prima e dopo la terapia. Questionari rivolti alle mamme sul legame madre-figlio e sul livello di stress a seguito della terapia	Dopo la canguro terapia i parametri vitali dei neonati sono nettamente migliorati così come sono aumentati i punteggi relativi al legame madre-figlio e sono diminuiti quelli sullo stress materno. La canguro terapia apporta quindi effetti positivi.

<p>Close to me: Enhancing Kangaroo Care Practice for NICU Staff and Parents</p>	<p>Liza Cooper, Allison Morrill, Rebecca B. Russell, Judith S. Gooding, Laura Miller & Scott D. Berns</p>	<p>2014</p>	<p>Studio qualitativo</p>	<p>Capire se il programma “Close to Me” potesse aumentare gli atteggiamenti favorevoli nei confronti della Canguro Terapia da parte degli infermieri e dei genitori, e se potesse aiutare entrambi ad implementarla più precocemente e con maggiore durata in termini di tempo.</p>	<p>101 genitori e 48 infermieri di 5 TIN diverse. Per gli infermieri è stato utilizzato un disegno di ricerca con pre- e post- test senza gruppo di controllo. Per i genitori invece un disegno pre- e post- test con gruppo di controllo non equivalente.</p>	<p>Infermieri e genitori sottoposti al programma “Close to Me” sono stati poi invitati a partecipare a focus group e compilare questionari su diversi aspetti riguardanti la Canguro Terapia.</p>	<p>A seguito dell’esperimento, gli infermieri hanno dimostrato un’elevata conoscenza della Canguro Terapia e una propensione al prolungamento, in termini di tempo, di questa nonché la sua applicazione anche in neonati ventilati meccanicamente. Anche i genitori hanno ricevuto maggiori informazioni e raggiunto un’elevata propensione nell’essere coinvolti nella pratica.</p>
<p>Maternal and Neonatal Nurse Perceived Value of Kangaroo Mother Care and Maternal Care Partnership in the Neonatal Intensive Care Unit</p>	<p>Karen D. Hendricks-Munoz, Yihong Li, Yang S. Kim, Carol C. Prendergast, Roslyn Mayers & Moi Louie</p>	<p>2013</p>	<p>Studio prospettico di coorte</p>	<p>Esaminare i punti di vista della mamma e degli infermieri circa il valore dato alla canguro terapia</p>	<p>42 infermieri e 143 mamme</p>	<p>Genitori e infermieri sono stati sottoposti ad un questionario per capire i loro punti di vista sulla Canguro Terapia e il coinvolgimento dei genitori nel contesto di cura.</p>	<p>I risultati sono stati fortemente discordanti in quanto la maggior parte dei genitori ha riferito la necessità di praticare canguro terapia e di ricevere maggiore supporto da parte dello staff, rispetto agli infermieri che in percentuale nettamente ridotta sono risultati d’accordo con i genitori.</p>

<p>The Spatz 10-Step and Breastfeeding Resource Nurse Model to Improve Human Milk and Breastfeeding Outcomes</p>	<p>Diane L. Spatz</p>	<p>2018</p>	<p>Modello Assistenziale</p>				
<p>Improving Human Milk and Breastfeeding Practices in the NICU</p>	<p>Karen Fugate, Ivonne Hernandez, Terri Ashmeade, Branko Miladinovic & Diane L. Spatz</p>	<p>2015</p>	<p>Studio sperimentale con trial non controllato</p>	<p>Determinare se, attraverso l'implemento sistematico dei 10 Step elaborati da D. Spatz in una TIN di III livello, la percentuale di neonati riceventi latte materno dall'inizio dell'alimentazione fino alla dimissione, il numero di mamme utilizzanti il tiralatte entro le prime 6 ore dal parto e di quelle in possesso dello stesso alla dimissione, potesse incrementare.</p>	<p>Neonati prematuri con peso inferiore ai 1500 grammi</p>	<p>I dati sono stati estrapolati dalle cartelle cliniche e analizzati attraverso un processo di controllo statistico</p>	<p>Sono risultati significativi aumenti nel numero delle mamme che entro le 6 ore dal parto si sono tirate il latte, dei neonati riceventi latte materno sin dalla prima alimentazione, e delle mamme possedenti un tiralatte alla dimissione.</p>

Tabella 1: Tabella estrazione dati. Fonte: elaborazione propria

DISCUSSIONE

La prematurità è un evento inaspettato, precoce e in grado di causare uno sconvolgimento tale da mettere a repentaglio quella che dovrebbe essere la naturalezza del rapporto genitore-figlio.

È come se il neonato si trovasse in un limbo, dal quale i genitori non sono in grado di tirarlo fuori. Si sentono impotenti e soffrono, manifestando assenza di affettività e distacco nei confronti del piccolo.

Accettare il fatto che il proprio figlio sia “malato” e ricoverato in una Terapia Intensiva Neonatale, per una mamma e per un papà non è affatto semplice.

Per i suddetti motivi, sta all'équipe del reparto, soprattutto alla figura dell'infermiere, che è colui che trascorre più tempo di tutti gli altri membri della squadra accanto al piccolo paziente, creare a tutti gli effetti uno spazio di ascolto al genitore, attraverso il quale egli riesca ad individuare quali sono le preoccupazioni e le paure, al fine di mettere in atto interventi di supporto emotivo e non solo, di creare momenti di interazione e di coinvolgimento per promuovere la cosiddetta “self-confidence” ovvero la fiducia in sé stessi, fiducia che un genitore deve avere per poter essere tale.

L'infermiere è in grado di far fronte a tutto questo? Come può avvicinare il piccolo prematuro ai genitori in modo da favorire la nascita di un legame tra questi?

Prima di capire quali sono gli interventi attraverso i quali lo staff può rendere partecipi la mamma e il papà all'interno del contesto della TIN, bisogna precisare che per instaurare un rapporto solido tra genitore e infermiere occorre una componente fondamentale: la comunicazione.

Comunicare è un modo di esprimersi, può avvenire sia in maniera verbale, attraverso quindi le parole che con il linguaggio del corpo.

L'infermiere deve saper comunicare, soprattutto in contesti così delicati come una Terapia Intensiva Neonatale dove vengono presi in carico neonati prematuri e in maniera indiretta, anche i loro genitori.

Il genitore in questione, soprattutto nelle prime ore e nei primi giorni seguenti il parto, non riesce ad esternare le proprie emozioni, si isola, non accetta che il proprio figlio sia “figlio delle macchine” (i prematuri, come precedentemente accennato, vengono posizionati in incubatrice per il mantenimento di uno dei meccanismi fondamentali dell'organismo: la termoregolazione).

Alla tensione emotiva derivata dal dover stare separati dal proprio piccolo, si somma il senso di smarrimento dovuto da quello che è il contesto della TIN: un luogo caotico, privo di privacy e di macchinari dotati di sistemi di allarme che fanno agitare ulteriormente il genitore, nella maggior parte dei casi “inutilmente”.

In un ambiente sovraffollato come questo, è inevitabile non andare in confusione, ed è per questo che l'infermiere ha il dovere di andare incontro

alla mamma e al papà, i quali necessitano di spiegazioni per ogni minima cosa, anche per quella che agli occhi del professionista sembra scontata o banale.

In uno studio condotto da Wigert, Blom Dellenmark e Bry (2013), 270 genitori di neonati prematuri ricoverati in TIN sono stati sottoposti ad un questionario anonimo di 16 domande, rispondibili sia con la scala Likert che in maniera aperta attraverso quindi le parole, sulla loro esperienza circa l'interazione con infermieri e medici.

Dai risultati ottenuti, si evince che la maggior parte di loro è risultata soddisfatta della comunicazione con lo staff, sottolineando il fatto di aver ricevuto risposte chiare, esaustive e semplici da comprendere ad ogni loro domanda. Molti hanno anche scritto di essersi sentiti incoraggiati dagli infermieri nel partecipare attivamente alle cure dei figli e hanno descritto gli stessi professionisti con termini come “empatici”, “disponibili”, “carini” e “gentili”.

Altri genitori invece, non si sono sentiti coinvolti e sono entrati in confusione dal momento che ricevevano risposte discordanti e incoerenti da diversi membri dell'équipe infermieristica, che si è mostrata a detta loro “disinteressata”, “insensibile” e “stressata”.

La disponibilità dello staff nel comunicare ha quindi un impatto significativo sulla percezione che i genitori hanno di esso. Una mancanza di contatto tra

queste due parti aumenta nel genitore l'ansia, il senso di esclusione e impotenza nei confronti del figlio. In questo caso, l'infermiere è colui che gioca un ruolo importante in quanto è il professionista che trascorre più tempo all'interno del reparto ed ha più modo di avere contatti diretti con le famiglie e i piccoli pazienti, ecco perché i genitori fanno maggiore leva su di lui piuttosto che sugli altri membri. (Wigert et al., 2013)

Alla luce del fatto che instaurare una relazione infermiere-famiglia non è così semplice nel caos della Terapia Intensiva Neonatale, essendo questo uno spazio altamente tecnologico e progettato per garantire tutte le cure necessarie al neonato con problemi di salute, molti ospedali stanno via via adottando la filosofia della "Family-Centered Care" o FCC, che significa letteralmente "Cura Centrata sulla Famiglia". La suddetta è una pratica assistenziale che consiste nel coinvolgere la famiglia nelle cure e nell'assistenza al neonato e/o bambino malato. Questo fa sì che i genitori siano parte integrante del team.

Bracht, O'Leary, Lee, e O'Brien (2013), hanno condotto uno studio con lo scopo di sviluppare, mettere in pratica e di valutare poi gli effetti di un programma educativo e di supporto al genitore che migliori la qualità dell'assistenza incentrata sull'integrazione familiare in una TIN canadese. Il programma si basava perciò sulla filosofia della Family-Centered Care, che gli autori hanno riassunto in più punti, alcuni dei quali vengono riportati di seguito:

- Supportare i genitori nell'apprendimento autodiretto e fornire materiale appropriato nei momenti di bisogno
- Incoraggiare un dialogo continuo sui bisogni educativi
- Riconoscere il fatto che l'apprendimento può avvenire solo se ci si immerge nella vita familiare e che il solo materiale non può assolutamente sostituire il dialogo e il sostegno

Dallo studio è emerso che la partecipazione a programmi educativi come questo, che consistono quindi nell'informazione, nel garantire materiale scritto, in audio e video, nell'organizzare incontri di supporto settimanali, nell'offrire sostegno psicologico ed emotivo individuale e nell'insegnare alcune pratiche come la Canguro Terapia e l'allattamento al seno, riduce nettamente i livelli di stress nel genitore, promuovendone lo sviluppo delle competenze e un incremento della fiducia in sé stesso.

Dallo studio sopracitato, è risultato anche che il supporto fornito da genitori "veterani" ovvero, coloro che hanno avuto figli ricoverati in TIN in precedenza, sia fonte di speranza e sollievo per i neogenitori. Questo perché confrontarsi con chi ha già vissuto un'esperienza del genere può essere d'insegnamento e di conforto in chi non ha idea di come affrontarla.

Spetta all'équipe quindi favorire la partecipazione dei genitori veterani con la creazione di gruppi e di incontri settimanali ad esempio, tra essi e le

neomamme e i neopapà per fornire un ulteriore braccio su cui contare a chi ne ha bisogno.

Programmi come quello della FCC hanno quindi tre punti di forza: la possibilità di offrire sessioni educative, la creazione di una rete di supporto per i genitori e il rafforzamento della relazione tra le famiglie e lo staff.

I genitori riconoscono le proprie forze, la loro capacità di “Problem-Solving” aumenta sempre di più davanti a situazioni che necessitano di una soluzione e diventano così pronti per affrontare il grande passo della dimissione, del ritorno a casa. (Bracht et al., 2013)

Alla luce di quanto esposto circa l'importanza della comunicazione sorge spontanea una domanda: Cosa comunicare?

Alla nascita di un figlio, un genitore vorrebbe sentirsi dire solo cose belle, ahimè questo in una TIN non sempre accade. Essendo il piccolo neonato in una condizione di precarietà, non ci si può permettere di fornire false speranze o di far conoscere solo il bello.

Le mamme e i papà si sentono spaesati, non hanno la percezione del tempo e dello spazio, non conoscono nulla ed è per questo che hanno il diritto di sapere.

Studi affermano che il coinvolgimento del genitore in momenti come quelli di procedure invasive dolorose, non solo riduce la sensazione di dolore nel neonato che le subisce, ma contribuisce a un abbassamento dei livelli di stress

nel genitore che si sente parte attiva e fondamentale nell'alleviare le brutte sensazioni del piccolo. La famiglia deve costituire infatti la sua più grande fonte di benessere e salute.

Nel 1987, l'Associazione Americana dell'Infermiere di Terapia Intensiva, ha pubblicato un opuscolo per i genitori in cui vengono riportati i diritti del genitore in TIN. Il fascicolo sottolinea l'importanza del genitore nel ricevere informazioni sulle procedure dolorose, sull'analgesia e anestesia e sulle risposte del neonato a questo tipo di terapie.

La linea guida più idonea e semplice da comprendere circa la gestione del dolore è stata pubblicata invece dalla JCAHO (Joint Commission, organizzazione statunitense nata nel 1951 che accredita più di 21000 organizzazioni e programmi di assistenza sanitaria), in cui due capitoli in particolare sono risultati significativi nell'enfatizzazione del ruolo familiare: "Diritti del Paziente e Etica Organizzativa" e "L'Educazione di Pazienti e Famiglie". In entrambi viene rimarcata l'importanza dell'educare paziente e famiglia alla comprensione, ai rischi del dolore e alla gestione dello stesso.

In uno studio condotto da Franck, Scurr, e Couture (2001), sono stati sottoposti a un questionario di 21 domande, 95 genitori di neonati ricoverati in una TIN di III livello, per rilevare le loro aspettative, il grado di coinvolgimento e la soddisfazione personale nella gestione del dolore del proprio figlio dall'équipe di reparto. Dai risultati è emerso che il 55% dei

genitori è a conoscenza del fatto che il proprio figlio abbia vissuto esperienze dolorose, l'81% riferisce di essere stato informato sul controllo del dolore e il 34% di questi sostiene di aver ricevuto questo tipo di informazioni esclusivamente da personale infermieristico.

Il 41% dei genitori riferisce inoltre che gli infermieri hanno insegnato loro quali sono i segni da conoscere per capire che il neonato sta avendo dolore e il 52% di essi è stato istruito sull'applicazione di almeno una pratica da impiegare per calmare il proprio bimbo.

Tuttavia, solo il 53% dei genitori totali sente il bisogno e il diritto di restare accanto al figlio durante momenti di dolore, mentre la restante percentuale (47%) vorrebbe non essere presente.

Alla luce dei valori ottenuti, la figura del genitore è "classificabile" in due macrocategorie: da un lato c'è chi vuole esserci, chi si sente partecipe come parte integrante del team, d'altro canto c'è chi non si sente abbastanza considerato circa le informazioni da ricevere o semplicemente non vuole "partecipare" attivamente a questo tipo di cure.

Grazie a questo studio, l'équipe infermieristica della TIN è diventata più consapevole del fatto che ogni genitore è a sé e che dovrebbe fornire informazioni e dare lui la possibilità di scelta sull'assistere o meno il piccolo: se la mamma e/o il papà si sentono sicuri e meno ansiosi, l'infermiere deve

provvedere nel renderli partecipanti attivi nel processo assistenziale. (Franck, et al., 2001)

Lo scopo dello studio qualitativo condotto da Gale, Franck, Kools e Lynch (2004) attraverso delle interviste a genitori di neonati ricoverati in TIN e altri di neonati già dimessi, è stato di esplorare la percezione del ruolo genitoriale circa il dolore del figlio e la gestione dello stesso in TIN.

Dai risultati, è emerso che i genitori riconoscono che il dolore del figlio è una fonte di stress psicologico ed emotivo. Essi hanno descritto sentimenti di tristezza, preoccupazione, impotenza, delusione, rabbia, paura, frustrazione e colpa come risultati del fatto di vedere e sapere che il proprio figlio prova dolore e non saper come aiutare. Tutti hanno riferito di non essersi sentiti pronti nell'affrontare il dolore e per questo sentono il bisogno di avere più informazioni circa lo stato di salute, le cure mediche e assistenziali del piccolo, incluse quelle riguardanti il dolore stesso.

Molti genitori hanno anche avuto l'impressione che alcuni infermieri minimizzassero il dolore provato dai piccoli neonati, sviluppando così preoccupazione e frustrazione in quanto temevano che in loro assenza a nessuno sarebbe importato di calmare il loro bimbo.

Questo è alla base del fatto che tutti i genitori vorrebbero che lo staff infermieristico gestisse il dolore come essi stessi vorrebbero. Tuttavia, essi

dipendono proprio dall'infermiere nell'imparare a comportarsi e a rispondere in maniera efficace e appropriata ai segni di dolore.

Il supporto dello staff è fondamentale, anche il semplice far capire al genitore che in sua assenza, il piccolo non è solo, ma è circondato da più professionisti pronti a prendersene cura. Un genitore che si sente coinvolto e tranquillo, sviluppa positività, speranza e fiducia nei confronti dell'équipe.

L'infermiere può prevedere che i genitori potrebbero, nel corso del ricovero, affrontare situazioni stressanti come quelle relative al dolore. I genitori, al contrario, potrebbero non aspettarsi esperienze così negative dalla TIN come procedure cruente e invasive, davanti alle quali non si sentirebbero in grado di proteggere il proprio figlio.

Sta al professionista essere una guida, una fonte di sollievo dallo stress, incoraggiando le mamme e i papà ad esprimere le proprie preoccupazioni, fornendo informazioni in maniera precoce sulla gestione e sulla risposta al dolore del neonato ma non solo, dimostrando ad essi che la loro presenza può davvero cambiare le cose. Avere un genitore affianco durante un momento di dolore, in termini di dolore fisico, può diminuirne l'intensità, favorire un rafforzamento del legame genitore-figlio e aumentare i livelli di autostima circa il ruolo parentale. (Gay et al., 2004)

Come precedentemente accennato, la Terapia Intensiva Neonatale è un ambiente solitamente molto frequentato, attrezzato di macchinari dotati di

sensori e sistemi di allarme, abbondante illuminazione e queste caratteristiche la rendono caotica, a tratti affollata.

Lavorare in una stanza in cui vengono posti un certo numero di piccoli pazienti non è facile per l'infermiere, se si considera che il neonato è estremamente delicato e in una condizione clinica complessa e che per ognuno di essi è quasi sempre presente un genitore.

D'altro canto, per il genitore trascorrere del tempo in una TIN è ancora più complicato, in quanto si tratta di un luogo per niente familiare e non è assolutamente d'aiuto per la situazione stressante che sta vivendo.

La TIN nasce come "Open Bay" (OB), ovvero spazio aperto, concetto che riprende il modello assistenziale della pioniera dell'Infermieristica Florence Nightingale, la quale sosteneva che posizionare i pazienti in una singola stanza permettesse all'infermiere di avere una visuale completa e costante su tutti.

Tuttavia, nonostante al giorno d'oggi la maggior parte delle Terapie Intensive Neonatali e non, siano rimaste strutturalmente come la sopra citata, molti ospedali e cliniche private stanno via via introducendo le "Single-Family Rooms" (SFR), ovvero le stanze singole familiari.

Le TIN costruite in SFR sono dotate di un design che permette di posizionare un paziente per stanza insieme ai genitori. Questo tipo di struttura è atto a promuovere la FCC, migliorare gli esiti del neonato pretermine, sostenere

maggiormente la pratica dell'allattamento, aumentare la privacy e garantire cure e assistenza appropriate. (Winner-Stoltz, Lingerich, Hensch, O'Malley, Kjelland & Teal, 2018)

L'organizzazione di un reparto, sia a livello assistenziale che in termini di luogo fisico, influenza profondamente il vissuto del genitore al suo interno.

Le mamme e i papà devono essere parte integrante di tutto il percorso di cura del figlio e per questo necessitano un luogo spazioso e accogliente.

Uno studio prospettico, effettuato da Tandberg, Frey, Frosli, Flacking, Grundt, Lehtonen e Moen (2018) intitolato "The International Closeness Survey", in due TIN diverse Norvegesi, una suddivisa in SFR e l'altra dotata di una sola OB, ha avuto l'obiettivo di misurare e confrontare la vicinanza genitore-figlio, la percezione del genitore riguardante il supporto da parte dell'infermiere e la partecipazione a assistenza e cure in entrambi i reparti.

Lo studio, rivolto a genitori e infermieri, si basava sul rispondere a delle domande ricevute tramite SMS per i genitori e su un sito web redatto per l'occasione per i professionisti. Dai risultati è emerso che nelle SFR i genitori avevano la possibilità di rimanere ben 13 ore in più rispetto a quelli dell'OB, in cui oltretutto la mamma aveva la prevalenza, in termini di tempo, sul papà.

I genitori nelle SFR hanno fornito punteggi maggiori circa la loro partecipazione nelle decisioni, durante le visite mediche e il supporto degli infermieri, sia emotivo che educativo. Inoltre, i papà avevano la possibilità

di chiedere permessi a lavoro e di essere retribuiti dallo stato, secondo i Diritti Sociali Norvegesi.

La vicinanza fisica è fondamentale per creare una relazione precoce con il neonato: trascorrere del tempo insieme, legare come famiglia e sentirsi parte giorno per giorno della cura.

Dalle risposte date dagli infermieri è emerso che, in termini di assistenza, lavorare in una OB o in una SFR non cambia molto, se non per il fatto che nelle OB percepiscono una maggiore fiducia da parte del genitore, in quanto quest'ultimo non si trova 24 ore su 24 in reparto e quindi conta molto sulla presenza del professionista circa le cure da erogare al figlio.

In un altro studio prospettico di coorte, condotto da Winner-Stoltz et al. (2018), dal 2015 al 2017, 64 infermieri sono stati sottoposti a un questionario di 40 domande, rispondibili sia in Scala Likert che in maniera aperta, con lo scopo di scoprire la percezione dello staff circa l'ambiente di lavoro dell'OB e delle SFR e per confrontare l'impatto di entrambe le tipologie di reparto sull'assistenza. I risultati sono stati vantaggiosi per le SFR, infatti i professionisti hanno evidenziato quanto l'OB ostacolasse la loro abilità lavorativa sia per motivi di spazio, confusione e affollamento che per mancanza di privacy. Al contrario, le SFR sono viste come un'opportunità per erogare un'assistenza avanzata, per supportare la FCC e promuovere un ambiente migliore per pazienti e genitori.

In una TIN con SFR neonato e famiglia si trovano in stanze private, prive di rumori e eccessiva illuminazione (tipici della TIN), con tutto lo spazio e le attrezzature necessari per l'assistenza e le cure, con la possibilità di rimanere 24 ore su 24, 7 giorni su 7 in reparto. Questo favorisce un precoce avvicinamento del piccolo alla mamma e al papà e la possibilità di svolgere attività che promuovono l'instaurazione di un legame tra essi.

Che si tratti di un'unica stanza grande o di più stanze singole raggruppate nello stesso reparto, il genitore ha comunque modo di essere reso partecipe attivamente al suo interno.

Una delle attività di coinvolgimento familiare più diffuse nelle TIN è la Canguro Terapia.

La Canguro Terapia o Kangaroo Care, così chiamata perché ricorda la posizione che la mamma canguro assume con il proprio cucciolo, è un tipo di pratica che consente il contatto diretto e intimo tra genitore e neonato. Conosciuta anche come "Skin-to-Skin", ovvero contatto "pelle a pelle" e nata in Columbia negli anni '70, questa permette in primis di mantenere uno dei parametri vitali fondamentali, soprattutto nel neonato pretermine, ovvero la temperatura corporea nonché stimolarne e migliorarne crescita e sviluppo e in secundis di garantire una vicinanza alla mamma e al papà che piano piano, attraverso il calore e l'odore della pelle, aiuterà anche il piccolino a riconoscere quelli che sono i membri della sua famiglia.

Il neonato viene infatti poggiato sul petto nudo del genitore, con solo il pannolino e il cappello addosso, per un determinato periodo di tempo.

Nel 2003, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha stabilito che la Canguro Terapia non solo mantiene i meccanismi di termoregolazione, ma aiuta a prevenire le infezioni favorendo anche la stimolazione sensoriale.

Inoltre, nei prematuri, è utile per il mantenimento del respiro regolare e per la diminuzione del consumo di energia oltre a regolarizzare i ritmi e i tempi del sonno, garantendo un migliore sviluppo cerebrale e riducendo la sensazione di dolore.

In uno studio condotto da Cho et al. (2016) in un ospedale di Seoul, South Korea, sono stati messi a confronto due gruppi di madri-figli, in cui al primo (20 soggetti) veniva data la possibilità di svolgere Canguro Terapia, al contrario del secondo (20 soggetti anch'esso), con lo scopo di evidenziarne gli effetti sulle funzioni fisiologiche del neonato pretermine, sul legame madre-figlio e sul livello di stress materno.

Al piccolo paziente sono stati rilevati quindi i seguenti parametri: peso, frequenza cardiaca, saturazione di ossigeno e temperatura corporea prima e dopo la terapia, mentre per quelli che non ne venivano sottoposti, una volta al giorno ad orario fisso.

Per valutare l'affinità materna con il proprio figlio, mamme e infermiere sono state sottoposte a questionari anonimi in cui ogni domanda poteva essere

risposta in scala Likert: più alto risultava il punteggio e più efficace era la Canguro Terapia in merito al contributo nel creare un legame affettivo tra i due soggetti.

Per rilevare invece il livello di stress materno, è stata utilizzata la Scala dello Stress Genitoriale, articolata in 20 domande rispondibili attraverso degli indicatori di varia intensità come da “mai preoccupata” a “estremamente preoccupata” o da “meno stressante” a “più stressante”, in cui un punteggio elevato indicava un alto livello di stress materno.

Alla fine dello studio, dai valori rilevati, è stato appurato che in tutti i neonati pretermine sottoposti a Canguro Terapia, rispetto agli altri che non hanno avuto il contatto skin-to-skin con la mamma, il respiro si era decisamente regolarizzato.

Il gruppo sperimentale ha ottenuto punti maggiori nel questionario riguardante il legame madre-figlio e minori nelle domande sullo stress materno, rispetto al gruppo di controllo.

La Canguro Terapia è stata quindi utile sia per il neonato perché è stato stabilizzato dal punto di vista clinico, che per la mamma per la riduzione di ansia e stress, favorendo così la nascita di un rapporto via via più profondo tra i due. (Cho et al., 2016)

Cooper, Morrill, Russell, Gooding, Miller e Berns (2014) hanno condotto uno studio in cui 48 infermieri e 101 genitori provenienti da cinque TIN diverse,

sono stati coinvolti e sottoposti al programma “Close to Me”, con lo scopo di verificare il grado di conoscenza e disponibilità circa la Canguro Terapia in entrambe le tipologie di soggetti e il comportamento di questi nell’implemento della terapia in tempi precoci, frequenti e prolungati.

Nei questionari sono state formulate domande sulla conoscenza della terapia (93% risposte correttamente), sui rischi e benefici per genitori, infermieri e neonati, sugli atteggiamenti positivi nei confronti di questa e su quanto impatto il programma “Close to Me” avesse avuto in reparto.

A seguito dell’esperimento, gli infermieri hanno dimostrato un’elevata conoscenza della Canguro Terapia e una propensione al prolungamento, in termini di tempo, di questa nonché la sua applicazione anche in neonati ventilati meccanicamente.

Anche i genitori hanno ricevuto maggiori informazioni e raggiunto una maggiore propensione nell’essere coinvolti nella pratica: molti di loro, inclusi i papà, si sono dimostrati più interessati e favorevoli all’apprendimento di tecniche e benefici della terapia da parte degli infermieri, diventando più sicuri e meno ansiosi anche nel solo tenere in braccio il figlio. (Cooper et al., 2014)

La Canguro Terapia è, a tutti gli effetti, una pratica sicura che arreca benessere al genitore, ne aumenta la soddisfazione personale e ne diminuisce nettamente il rischio di sviluppare una depressione post partum.

In uno studio condotto da Hendricks-Munoz, Li, Kim, Prendergast, Mayers e Louie (2013), sono stati coinvolti 42 infermieri e 143 mamme, con lo scopo di capire, attraverso un questionario di 24 domande, i loro punti di vista sulla Canguro Terapia e il coinvolgimento dei genitori nel contesto di cura.

I risultati riguardanti quest'ultimo item sono stati fortemente discordanti: solo il 21% degli infermieri era d'accordo nell'avere i genitori in reparto rispetto al 67% dei genitori stessi.

Inoltre, solo il 40% dei professionisti contro l'87.7% delle mamme credeva che queste ultime fossero fondamentali per il percorso di cura e i miglioramenti in termini di salute del neonato.

Oltre a ciò, in termini di percentuali, queste sono risultate più elevate nei genitori circa l'impiego precoce della Canguro Terapia piuttosto che negli infermieri.

Molte volte, i professionisti sviluppano una sorta di repulsione nei confronti del genitore, poiché quest'ultimo viene visto come "un intralcio" quando in realtà, se venisse più coinvolto, svilupperebbe meno sensazioni di paura e ansia e acquisirebbe piano piano quella sicurezza di cui ha bisogno.

L'infermiere neonatale è vitale circa l'impiego e l'applicazione di questa terapia, egli educa i genitori, fornisce informazioni riguardanti le cure mediche, supporto e principi che li accompagnano via via nel mondo della

Terapia Intensiva Neonatale e che rappresentano l'importanza di praticare questo tipo di attività insieme. (Hendricks-Munoz et al., 2013).

La Canguro Terapia è considerabile quindi una sorta di “strategia”, perché non solo comporta tutti i benefici sopra elencati ma, favorisce anche l'allattamento al seno.

L'allattamento è infatti una pratica che, a detta delle stesse madri, permette al loro figlio di riconoscerle. Il latte materno contiene nutrienti che quello artificiale non ha e che apporta giovamento al neonato dal punto di vista nutritivo, immunologico e dello sviluppo. Si è visto infatti, che questo è in grado di far diminuire l'incidenza di patologie, quali le enterocoliti necrotizzanti o NEC, le sepsi e le retinopatie. Per quanto concerne i prematuri, le loro mamme in genere non sono, soprattutto nei primi giorni di vita, molto propense a far attaccare al seno e questo può essere dato dal fatto che provano paura e ansia nel vedere o nel pensare di toccare il proprio figlio malato. Oltre a ciò, si sommano altri fattori come ad esempio la mancanza di privacy tipica, come precedentemente discusso, della Terapia Intensiva Neonatale, un luogo, nella maggior parte dei casi, tutt'altro che familiare.

Nelle madri di prematuri, è diffusa quindi la sensazione di disconnessione dal proprio ruolo genitoriale, dal momento in cui hanno un figlio ricoverato e lo pensano come figlio altrui, magari di chi se ne occupa, come l'infermiere.

È il professionista infatti che deve impegnarsi nel promuovere l'allattamento al seno, incoraggiando la mamma, educandola e esponendole tutti i benefici che, sia lei che il piccolo, possono trarne.

Per iniziare il percorso, l'infermiere deve spiegare alla mamma come funziona la produzione del latte, sottolineando il fatto che questa può essere profondamente influenzata da fattori esogeni come lo stress, il sonno e la dieta, secondo poi il fatto che questa viene stimolata proprio dalla suzione del piccolo: più viene attaccato e più latte verrà prodotto.

I prematuri sono estremamente delicati e non hanno, specialmente all'inizio, la forza per succhiare il latte direttamente dal seno della mamma, ecco perché a questa deve essere insegnato l'utilizzo del tiralatte. Si tratta di un macchinario che simula la suzione e tira il latte che viene raccolto direttamente in appositi flaconi collegati.

Questo può essere poi conservato in frigo, congelato o dato direttamente al neonato tramite una tettarella artificiale. È una buona alternativa al seno quando il piccolo non può essere tirato fuori dall'incubatrice e può comunque assumere latte materno.

Nel 2004 Diane Spatz, educatrice, infermiera ricercatrice e direttrice di un programma di allattamento, ha elaborato i seguenti 10 step per promuovere l'allattamento al seno nei neonati prematuri:

- 1) **Decisione informata:** La mamma che dà alla luce un neonato prematuro dovrebbe essere informata sull'importanza del latte umano, rispetto a quello artificiale, in termini di protezione e crescita per il proprio figlio. Questa deve sentire e comprendere che il proprio corpo è in grado di produrre latte, latte che può davvero fare la differenza per un prematuro ricoverato in Terapia Intensiva Neonatale. La decisione di allattare può anche essere presa in seguito ma, lei deve essere consapevole del fatto che è l'unica in grado di produrre questa potente “medicina” e che può sentirsi così tranquillamente parte della cura del suo bambino.
- 2) **Stabilimento e mantenimento della fornitura di latte:** i primi giorni dopo la nascita sono fondamentali per stabilire la produzione di latte materno. Tutto lo staff della TIN deve supportare la mamma, educandola su ciò che c'è da sapere sulla montata lattea e all'importanza dell'utilizzo del tiralatte, in sostituzione della suzione del piccolo, per una produzione più rapida e ampia in termini di quantità.
- 3) **Cura orale con il colostro:** il passo successivo è spiegare la logica e il significato della terapia immunitaria orale del colostro (primo latte). La mamma deve essere infatti istruita su come eseguire correttamente

l'igiene orale, al fine di fornire al bambino un primo contatto con il latte e di essere coinvolta attivamente nel processo di cura.

- 4) Conservazione e alimentazione con latte materno: la raccolta, la conservazione e l'alimentazione con il latte materno sono fondamentali. Una volta iniziata l'alimentazione enterale, il neonato può e deve assumere il latte, specialmente il colostro, nell'esatto ordine in cui questo viene tirato. Una buona soluzione è quella di contrassegnare i flaconi contenenti il latte con bollini colorati o con la data in cui è stato tirato.
- 5) Cura pelle a pelle: anche il contatto pelle a pelle, conosciuto anche come Canguro Terapia stimola, attraverso il rilascio di ormoni, la produzione di latte.
- 6) Suzione non nutritiva: la mamma innanzitutto deve vuotare il seno con il tira latte. Questa pratica è indicata per i neonati che vengono ancora alimentati con Sondino Naso Gastrico e consiste nell'avvicinare il viso del piccolo al capezzolo per farlo familiarizzare con il calore e l'odore del latte e della mamma.
- 7) Passaggio al seno: una volta che il neonato è abbastanza stabile e ha la forza per essere attaccato al seno, dovrebbe iniziare l'allattamento vero e proprio. È stato dimostrato che questa transizione comporta un miglioramento degli esiti, clinicamente parlando e una riduzione del

tempo di ricovero oltre ad essere un ottimo modo per far pratica per la mamma prima della dimissione.

- 8) Misurare l'assunzione di latte: dato che a volte quella che sembra una buona suzione si rivela poi essere una mancata assunzione di latte, è bene calcolare la quantità che il piccolo assume.

Il metodo più efficace per farlo consiste nel rilevare il peso pre e post poppata.

- 9) Preparazione per la dimissione: la mamma dovrebbe essere incoraggiata ad allattare al momento giusto in modo da arrivare alla dimissione già pronta. Ecco perché occorre un programma completo e preciso da seguire, come questo.

- 10) Adeguato follow-up: a seguito della dimissione, la mamma necessita spesso di essere seguita e supportata su ciò che riguarda l'allattamento e in relazione ai bisogni del figlio.

(Spatz, 2018)

Lo studio svolto da Fugate, Hernandez, Ashmeade, Miladinovic e Spatz (2015) nel periodo tra il 2010 e il 2013 in una TIN di III livello, aveva lo scopo di determinare se l'impiego sistematico dei 10 step, per la promozione dell'allattamento nei prematuri, potesse incrementare il numero neonati riceventi latte materno sin dall'inizio dell'alimentazione fino alla dimissione.

Alla fine dei tre anni sono stati riscontrati significativi aumenti per quanto riguardava la percentuale di madri che si tiravano il latte a partire dalle prime sei ore dal parto, per il numero di neonati che ricevevano sin da subito latte materno e delle madri in possesso di tiralatte alla dimissione. Inoltre, è incrementato notevolmente il grado di soddisfazione dei genitori circa il supporto ricevuto dal personale infermieristico nell'allattamento. L'impiego dei 10 step si è rivelato quindi fondamentale e essenziale nel raggiungimento dell'obiettivo prefissato. (Fugate et al., 2015)

La Terapia Intensiva Neonatale è un ambiente molto delicato e altrettanto complesso, ecco perché la mamma, soprattutto se alle prime armi, necessita di imparare non solo le tecniche di allattamento, ma anche i segnali che le permettono di riconoscere e interpretare i comportamenti del piccolo. Per intraprendere l'allattamento al seno, la mamma deve sentirsi sicura nel reggere il proprio figlio e molto spesso, questa sicurezza viene a mancare per la paura di fargli del male o di non essere all'altezza.

L'infermiere gioca in questi casi un ruolo di guida, educativa e motivazionale nel fornire informazioni e supporto alla mamma per consentirle di vivere in maniera più serena possibile l'allattamento e l'ambiente della TIN.

A mano a mano che questa acquisisce familiarità, realizza che attaccare il piccolo al seno, non è solamente un beneficio per il suo sviluppo, ma lo è

anche per la nascita di una relazione, perché quel tipo di contatto fisico ed emotivo, può fornirlo solo lei, attraverso il calore, l'amore e anche ovviamente il latte che solo una mamma e nessun altro membro dell'équipe può dare.

CONCLUSIONI

La nascita prematura è un evento del tutto inaspettato, in grado di interrompere bruscamente il legame madre-figlio che inizia a formarsi sin dall'inizio della gravidanza.

Il genitore si ritrova catapultato in un mondo che non conosce, con un figlio difficile da accettare perché non è come se lo immaginava, così piccolo e fragile, come fosse “un alieno”.

La Terapia Intensiva Neonatale è un ambiente di per sé caotico, pieno di suoni, luci e persone, a cui la mamma ed il papà non riescono ad adattarsi in maniera autonoma e istantanea, ecco perché c'è bisogno di qualcuno che li accompagni passo per passo in quello che è, specialmente nel caso della prematurità, il difficile ma altrettanto bello mondo della genitorialità.

Dalla letteratura è emerso che è proprio l'infermiere a rappresentare la figura guida su cui i genitori fanno maggiormente affidamento, uno dei motivi principali è perché è colui che trascorre più tempo, rispetto agli altri membri del team nel reparto, fianco a fianco con i neonati.

A lui appartengono competenze tecniche, ma anche relazionali ed educative e ha quindi il compito di coinvolgere la famiglia del piccolo paziente, rendendola partecipe non solo dei momenti belli ma anche di quelli un po' più duri da affrontare.

Gli interventi da mettere in atto per rendere tutto questo possibile sono numerosi, ma dagli studi revisionati emergono quelli più diffusi all'interno della TIN. Questi sono la costante comunicazione e il continuo supporto dell'infermiere verso il genitore, la possibilità di farlo assistere durante tutte le procedure assistenziali, incluse quelle dolorose, la creazione di un ambiente più accogliente e intimo, la Canguro Terapia e l'allattamento al seno precoce.

L'ordine con cui sono state discusse tali azioni non è casuale ma del tutto logico, in quanto per poter rendere partecipe il genitore all'interno del reparto è necessario che si instauri prima di tutto un rapporto solido con lo staff.

L'infermiere deve infatti, attraverso le sue capacità relazionali e con l'empatia, accogliere la mamma e il papà, spiegare come funziona l'assistenza, quanto sia importante la presenza di un genitore per il piccolo, sia per la sua crescita e il suo sviluppo, che per favorire l'instaurazione di quel rapporto che sembra sgretolarsi di fronte ad un evento improvviso, come la nascita prematura.

Purtroppo, per un neonato che si trova in Terapia Intensiva, è del tutto comune e normale subire procedure invasive e dolorose correlate all'assistenza. Per molti genitori assistere a momenti come questo è davvero difficile perché si sentono impotenti, come se non potessero far nulla, se non guardare. Il professionista deve farli sentire importanti, far capire loro che i piccoli sentono la vicinanza del genitore e che questo fa sì che, attraverso

l'odore e il calore, emanati si riduca la sensazione di dolore e automaticamente anche tutte le ansie e paure.

Con gli studi, è stato riscontrato che anche la struttura e l'organizzazione del reparto influenzano molto il coinvolgimento dei familiari infatti, nelle TIN comunemente strutturate come stanza unica in cui vengono posti tutti i piccoli pazienti, sono più rari i momenti di privacy e di intimità di cui un genitore può godere piuttosto che nelle Single Family Rooms (stanze singole familiari).

Avere del tempo da trascorrere soli con il proprio figlio, per la mamma e per il papà, può essere un'opportunità importante per iniziare a prendere dimestichezza con il proprio ruolo e anche per l'infermiere sarebbe più semplice rendere partecipe la coppia, seguendola singolarmente piuttosto che in una stanza affollata e rumorosa.

Importantissimo è anche il contatto fisico favorito dalla molto diffusa Canguro Terapia, la quale consente al genitore di cullare il proprio piccolo per un determinato periodo di tempo e di instaurare un legame sin da subito.

Si è visto che questa pratica, creando un momento di serenità per il neonato insieme alla mamma e al papà, può agevolare altre procedure quali quelle correlate all'assistenza, un po' più fastidiose come la puntura al tallone o anche attività come l'allattamento.

Attaccare un prematuro al seno non è semplice, soprattutto nei primi giorni in cui non ha ancora la forza per tirare il latte, ma questo non deve scoraggiare la mamma nel nutrire il proprio piccolo anche perché, si sa, che il latte materno è molto più benefico rispetto a quello artificiale. Il professionista deve quindi insegnare alla mamma tutte le tecniche necessarie affinché ella possa riconoscere i segnali di fame e sazietà, capire come sorreggere il piccolo durante l'allattamento e realizzare che si tratta di un momento personale che non potrà mai essere sostituito da nessun altro.

Alla luce di quanto discusso, l'infermiere ricopre un ruolo essenziale nell'accompagnare i genitori durante tutto il periodo di ricovero del figlio.

A volte uno sguardo in più, il sentirsi dire “stai andando bene, continua così”, per una mamma e un papà stressati, spaesati e spaventati può valere tanto e può aiutarli ad andare avanti, acquisendo più positività e fiducia in sé stessi.

IMPLICAZIONI PER LA PRATICA CLINICA

Attraverso la revisione della letteratura condotta sono emerse, una ad una, diverse risposte al quesito di ricerca. L'infermiere gioca un ruolo centrale in quella che è la presa in carico del neonato pretermine e quindi anche dei genitori. Questi ultimi vengono infatti colti di sorpresa dall'evento inaspettato della prematurità, si sentono molto spesso soli, spaventati e spaesati e necessitano quindi di una figura che faccia loro da guida, sia all'interno del reparto, sia in quello che è il difficile e nuovo mondo della genitorialità.

Offrire al genitore ascolto, supporto e disponibilità in termini di tempo, può essere fondamentale per aiutarlo a prendere dimestichezza con il proprio ruolo e ad ambientarsi in un luogo per nulla familiare come quello della TIN. Molto spesso il professionista considera quest'ultimo un intralcio nell'ambiente di lavoro e si limita ad illustrargli il minimo indispensabile circa le condizioni cliniche del figlio. Quello che dovrebbe fare è invece rendere la mamma e il papà partecipanti attivi del processo di cura, spiegare loro che la loro presenza è fondamentale, sia per il piccolo per aiutarlo nello sviluppo, sia per loro che in quanto genitori possono e devono esserci, sempre.

Coinvolgere i genitori durante il lavoro, soprattutto in una terapia intensiva neonatale, non è semplice: è un ambiente caotico e altrettanto delicato da non potersi permettere di avere distrazioni ma, se si riuscisse a dedicare tempo e

spazio per ciascuna famiglia, si favorirebbe tramite l'integrazione, una riduzione dello stress nella coppia scatenato dal "non sapere abbastanza" e dal sentirsi inutili per il proprio figlio all'interno del reparto. Questo può essere possibile attraverso la partecipazione di mamme e papà durante le procedure assistenziali, incluse quelle più scomode o attraverso la canguro terapia che favorisce il contatto pelle a pelle e apporta beneficio sia per il piccolo che per i genitori. Quest'ultima, nella mamma, può essere associata all'allattamento al seno, una pratica che essa stessa pensa come impossibile da realizzare con un figlio estremamente piccolo e malato, ma che al contrario è fattibile e indispensabile anche e soprattutto nei prematuri, che hanno bisogno di sentire il contatto e di ricevere tutte le sostanze nutritive proprie del latte materno.

Programmare un'assistenza incentrata sulla Family Centered-Care è quindi vantaggioso sia per il genitore in quanto si è visto come renderlo partecipe riduca notevolmente ansie, paure ma anche l'incidenza della depressione post partum e del disturbo da stress post traumatico, che nell'infermiere in quanto favorisce una maggiore soddisfazione, sia in termini lavorativi che personali e la nascita di un rapporto tra professionista e genitore, necessario all'interno di una terapia intensiva neonatale.

FONTI BIBLIOGRAFICHE

Beck, S., Wojdyla, D., Say, L., Pilar Betran, A., Merialdi, M., Harris Requejo, J., Rubens, C., Menon, R., & FA Van Look, P. (2009). The worldwide incidence of preterm birth: A systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Health Organ*, 88, 31-38.

Bracht, M., O'Leary, L., Shoo K., L., & O'Brien, K. (2013). Implementing Family-Integrated Care in the NICU: A parent education and support program. *Advances in Neonatal Care*, Vol. 13, No. 2, 115-126.

Cho, E., Kim, S., Kwon, M. S., Cho, H., Kim, E. H., Mi Jun, E., & Lee, S. (2016). The Effects of Kangaroo Care in the Neonatal Intensive Care Unit on the Physiological Functions of Preterm Infants, Maternal-Infant Attachment, and Maternal Stress. *Journal of Pediatric Nursing*, 31, 430-438.

Cooper, L., Morrill, A., Russell, R. B., Gooding, J. S., Miller, L., & Berns, D. S. (2014). Close to me: Enhancing Kangaroo Care Practice for NICU Staff and Parents. *Advances in Neonatal Care*, Vol. 14, No. 6, 410-423.

Franck, L. S., Scurr, K., & Couture, S. (2001). Parent Views of Infant Pain and Pain Management in the Neonatal Intensive Care Unit. *Newborn and Infant Nursing Reviews, Vol 1, No. 2 (June)*, 106-113.

Fugate, K., Hernandez, I., Ashmeade, T., Miladinovic, B., & Spatz, D. L. (2015). Improving Human Milk and Breastfeeding Practices in the NICU. *JOGNN, Vol. 44*, 426-438.

Gale, G., Franck, L. S., Kools, S., & Lynch, M. (2004). Parents' perceptions of their infant's pain experience in the NICU. *International Journal of Nursing Studies, 41*, 51-58.

Hendricks-Munoz, K. D., Li, Y., Kim, Y. S., Prendergast, C. C., Mayers, R., & Louie, M. (2013). Maternal and Neonatal Nurse Perceived Value of Kangaroo Mother Care and Maternal Care Partnership in the Neonatal Intensive Care Unit. *American Journal of Perinatology, Vol. 3, No. 10*, 875-880.

Ministero della Salute. (2020). Gravidanza. Disponibile in:
<http://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4478&area=Salute%20donna&menu=nascita> [20 luglio 2020].

Quotidiano Sanità (2019). Nati prematuri. I neonatologi: “In Italia diminuisce la mortalità ma è necessario più supporto a famiglie”. Disponibile in:

https://www.quotidianosanita.it/stampa_articolo.php?articolo_id=78818

[20 luglio 2020].

Spatz, D. L. (2018). The Spatz 10-Step and Breastfeeding Resource Nurse Model to Improve Human Milk and Breastfeeding Outcomes. *The Journal Of Perinatal & Neonatal Nursing, Vol. 32, No. 2*, 164-174.

Stefana, A., & Lavelli, M. (2016). I genitori dei bambini prematuri. Una prospettiva psicodinamica. *Medico e Bambino, No. 5*, 327-332.

Tandberg, B. S., Frosli, K. F., Flacking, R., Grundt, H., Lehtonen, L., & Moen, A. (2018). Parent-Infant Closeness, Parents' Participation, and Nursing Support in Single-Family Room and Open Bay NICUs. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, Vol. 32, No. 4*, 22-32.

Unità di Neonatologia, Patologia e Terapia Intensiva Neonatale, Roma. Le principali difficoltà dei neonati pretermine. Disponibile in:

<http://www.neonatologiaroma.it/guide-8->

[principali difficoltà dei neonati pretermine](http://www.neonatologiaroma.it/guide-8-) [23 luglio 2020]

Wigert, H., Blom Dellemark, M., & Bry, K. (2013). Strengths and weaknesses of parent-staff communication in the NICU: A survey assessment. *BMC Pediatrics*, 1-14.

Winner-Stolz, R., Lingerich, A., Hench, A. J., O'Malley, J., Kjelland, K., & Teal, M. (2018). Staff Nurse Perceptions of Open-Pod and Single Family Room NICU Design on Work Environment and Patient Care. *Advances in Neonatal Care*, Vol. 18, No. 3, 189-198.

Ringraziamenti

Arrivata alla fine di questo percorso non posso far altro che ringraziare le persone che mi hanno accompagnata e supportata dall'inizio alla fine.

Grazie a *mamma Rossella e babbo Raniero*, i miei più grandi sostenitori sin dal giorno 0, coloro che hanno permesso che tutto questo diventasse realtà e che oggi più che mai sono fieri di chi sono diventata.

Grazie a *Elena*, compagna, amica e protagonista insieme a me di questa folle avventura, per non avermi mai fatta sentire sola, per i pianti, le arrabbiate, le delusioni e le risate fino alle lacrime condivise insieme. Sei la sorella che non ho mai avuto ma che così, per caso, mi sono saputa scegliere e che sono sicura farà parte del resto della mia vita.

Grazie a *Matteo*, il mio grande amore, la persona più dolce che abbia mai conosciuto, il mio migliore amico, la mia roccia, per avermi spronata, per aver creduto in me e per rendermi ogni giorno una persona migliore.

Grazie alle *amiche di una vita*, per aver vissuto con me questi tre anni e per essere state costantemente al mio fianco, per avermi fatto ridere quando ne avevo più bisogno e per aver fatto affidamento su di me ogni volta che ne sentivano la necessità.

Grazie a *Remì*, il mio cucciolo a quattro zampe, per avermi fatto compagnia durante le giornate di studio e per avermi coccolata come solo lui sa fare.

Grazie al *prof. Daniele Messi* per essere stato il mio mentore in questi ultimi passi prima dell'arrivo e per avermi guidata e aiutata nella stesura di questa tesi.

Infine, grazie a *me* che in questi anni ho avuto modo di crescere e maturare, vivendo storie di persone che hanno lasciato il segno e che porterò per sempre nel cuore.