

INDICE	
INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1 – PARTE TEORICA	3
1.1 Definizione sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS)	3
1.2 Classificazione SIDS	4
1.2.1 La SUPC	6
1.3 Fattori di rischio SIDS	9
1.4 Esame autoptico	14
1.5 Associazioni in Italia	17
1.6 Ruolo dell’infermiere: educazione e prevenzione	17
CAPITOLO 2 – REVISIONE DEGLI ARTICOLI	19
2.1 Obiettivo dello studio	19
2.2 Materiali e metodi	19
2.3 Risultati	20
2.4 Analisi dei risultati	22
2.5 Discussione	30
2.6 Conclusione	31
CAPITOLO 3 – PARTE SPERIMENTALE	32
3.1 Obiettivo dello studio	32
3.2 Materiali e metodi	32
3.3 Campione e campionamento	33
3.4 Risultati	33
3.4.1 Risultati questionario rivolto ai neogenitori	33
3.4.2 Risultati questionario rivolto agli infermieri	48
3.5 Discussione	61
4. CONCLUSIONE	65
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	66
ALLEGATO 1	70
ALLEGATO 2	77
ALLEGATO 3	82
ALLEGATO 4	83

INTRODUZIONE

La *Sudden Infant Death Syndrome* (SIDS), anche conosciuta come “morte in culla” è una morte che avviene improvvisamente ed inaspettatamente in un neonato apparentemente sano. Colpisce i neonati tra i 28 giorni di vita e fino ad un anno. Il riconoscimento di questa entità prevede l'esecuzione di un'indagine approfondita, comprensiva di un dettagliato esame delle circostanze e del luogo in cui è avvenuta la morte, della revisione della storia clinica e di un'autopsia completa.

Nonostante il relativo successo delle campagne di sensibilizzazione e dell'implementazione di misure di prevenzione, la SIDS rappresenta ancora una delle principali cause di morte tra i neonati in tutto il mondo¹.

In Italia non si conoscono dati nazionali sull'incidenza del fenomeno. Non esistendo un metodo omogeneo di rilevazione del fenomeno SIDS, si dispone attualmente di stime fornite dalle regioni Lombardia e Piemonte. Si calcola che l'incidenza del fenomeno è stimabile attorno allo 0,5%, ovvero 250 nuovi casi SIDS/anno², attualmente in netto declino rispetto al passato per la maggior attenzione nel mettere a dormire i neonati in posizione supina. Nella regione Piemonte le morti improvvise rappresentano la prima causa di morte dopo la prematurità e le malformazioni congenite³.

La prevenzione della SIDS si pone pertanto come un'assoluta priorità nella salute pubblica.

Questa tesi si sviluppa tramite una revisione della letteratura, focalizzandosi sul ruolo dell'infermiere come promotore dell'educazione alla salute. Si è voluto approfondire il tema andando effettivamente a valutare quali siano le conoscenze dei neogenitori nei

¹ Fraile-Martinez O. Sudden Infant Death Syndrome (SIDS): State of the Art and Future Directions. Int J Med Sci. 2024. 21(5):848-861.

² Salute del bambino e dell'adolescente: SIDS, Ministero della Salute, 20 Marzo 2024 (disponibile al sito internet <https://www.salute.gov.it/portale/saluteBambinoAdolescente/dettaglioContenutiSaluteBambinoAdolescenti.jsp?lingua=italiano&id=1923&area=saluteBambino&menu=nascita>).

³ Sindrome della morte in culla, Istituto superiore di Sanità, 2023 (disponibile al sito internet: <https://www.epicentro.iss.it/sids/epidemiologia>).

confronti della SIDS e della SUPC⁴ attraverso la somministrazione di un questionario divulgato tramite canali social. È stato inoltre somministrato, nelle stesse modalità, un questionario a soli infermieri con lo scopo di valutare le loro conoscenze nei confronti della SIDS e della SUPC.

⁴ SUPC: Sudden Unexpected Postnatal Collapse, improvviso collasso postnatale nella prima settimana di vita (con morte o meno).

CAPITOLO 1 – PARTE TEORICA

1.1 Definizione sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS)

Attualmente per SIDS si intende la morte improvvisa ed inaspettata di un bambino di età inferiore ad un anno ed oltre il periodo perinatale, la quale rimane inspiegata dopo un'indagine approfondita, inclusa un'autopsia completa e l'analisi delle circostanze della morte e della precedente storia clinica⁵. Viene quindi classificata la morte del neonato con il termine SIDS laddove si possono escludere tutte le cause note. Nei decessi che avvengono nel primo mese si parla di SUEND⁶, entità a sé stante. Mentre per le morti che avvengono nelle prime ore di vita ed entro una settimana si parla di SUPC.

Il termine SIDS comparve nel 1965 nell'International Classification of Diseases mentre la prima definizione risale al 1969, durante la seconda Conferenza Internazionale sulle cause delle morti improvvise in età infantile, formulata da Bruce Beckwith, patologo pediatrico americano, come “la morte improvvisa di un lattante o di un bambino giovane inaspettata per la sua anamnesi, in cui un'accurata analisi post-morte non dimostri una causa appropriata di morte”⁷.

Nel 1979 l'Organizzazione Mondiale della Sanità introduce la SIDS attraverso il codice identificativo ICD-10 R95 nell'International Classification of Diseases⁸.

Nel 1989 un gruppo di esperti del fenomeno identificarono in modo più preciso l'età dei bambini coinvolti che venne stabilita inferiore ai 12 mesi e venne ampliata l'indagine per escludere una causa integrando la storia clinica e l'autopsia con il sopralluogo.

⁵ A. Gemble. Knowledge assessment of sudden infant death syndrome risk factors in expectant mothers: A prospective monocentric descriptive study. Arch Pediatr, 2020. 27(1):33-38.

⁶ SUEND: Sudden Unexpected Early Neonatal Death.

⁷ J. Bruce Beckwith. Defining the Sudden Infant Death Syndrome. Arch Pediatr Adolesc Med. 2003. 157(3):286-90.

⁸ Carrie K Shapiro-Mendoza. The Epidemiology of Sudden Infant Death Syndrome and Sudden Unexpected Infant Deaths: Diagnostic Shift and other Temporal Changes. SIDS Sudden Infant and Early Childhood Death: The Past, the Present and the Future. 2018. Capitolo 13.

1.2 Classificazione SIDS

Il termine SIDS va estrapolato dalla SUID⁹ (Sudden Unexpected Infant Death) ovvero la morte inaspettata subitanea nell'infante entro l'anno di età e che può risultare in:

- SUID spiegata (non SIDS):
 - Non naturale: traumi, maltrattamenti, omicidio.
 - Naturale: malformazioni, infezioni, ecc.
- SUID indeterminata (borderline SIDS): non sufficientemente indagata.
- SUID inspiegata (SIDS certa): morti bianche o “mors sine materia”.

Attualmente, a causa della non applicazione nella pratica quotidiana di precisi algoritmi diagnostici, solo il 15-20% delle SUID possono trovare una spiegazione. L'80-85% delle SUID rimangono così inspiegate e, per esclusione, vengono inquadrare nella SIDS. Questi casi al contrario dovrebbero essere considerati SIDS solo se caratterizzati da una storia clinica, da dati circostanziali e da un'autopsia¹⁰.

La SIDS nel 2004 è stata suddivisa in sottocategorie (SIDS IA, SIDS IB, SIDS II). Sono inoltre presenti delle categorie per i casi che non rispondono propriamente ai criteri diagnostici per la SIDS, le quali rientrano per molte similitudini con essa in quanto accomunate dalla morte prematura del lattante.

SIDS IA

Include le morti del lattante che soddisfano i criteri della definizione generale:

- Clinica: bambino sano con un'età ben precisa (21 giorni – 9 mesi) con un regolare decorso di crescita e sviluppo neonatale, compresa la durata della gravidanza (>37 settimane) e l'assenza di precedenti clinici rilevanti o patologie ereditarie in famiglia.

⁹ SUID: acronimo di “Sudden Unexpected Infant Death”, termine che comprende tutte le morti improvvise e inaspettate.

¹⁰ Supplemento ordinario n. 89 alla GAZZETTA UFFICIALE, serie generale n 272, 2014 (disponibile al sito internet:
https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=0&art.flagTipoArticolo=1&art.codiceRedazionale=14A08847&art.idArticolo=1&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=2014-11-22&art.progressivo=0).

- Indagine completa delle circostanze della morte: il sopralluogo e la valutazione dell'ambiente di sonno non forniscono nessuna spiegazione al decesso.
- Esame autoptico negativo comprendente analisi microscopica e macroscopica, esami tossicologici, microbiologici, radiologici, del corpo vitreo e metabolici. Viene ammesso il riscontro di lieve flogosi respiratoria e petecchie intratoraciche.

SIDS IB

Le caratteristiche classiche della SIDS IA non sono presenti in maniera completa. Non sono presenti o il sopralluogo oppure l'autopsia è incompleta di uno o più esami quali l'esame microscopico, macroscopico, tossicologico, microbiologico, radiologico, del corpo vitreo o metabolico.

SIDS II

Rientrano in questa categoria le seguenti caratteristiche:

- Clinica: età atipica (< 21giorni e > 9 mesi), familiarità, prematurità.
- Indagine delle circostanze della morte: sospetta asfissia o soffocamento.
- Esame autoptico: anomalie di crescita o sviluppo, marcato processo infiammatorio o anomalie non sufficienti a determinare con certezza la morte.

MORTE IMPROVVISA DEL LATTANTE NON CLASSIFICATA

Questa categoria include le morti che non soddisfano i criteri delle categorie I o II di SIDS ma per la quale le diagnosi alternative di cause naturali o artificiali sono dubbie, inclusi i casi per i quali non sono state effettuate le autopsie.

CASI DI POST-RIANIMAZIONE

Neonati trovati in extremis ai quali viene praticata la rianimazione con esito negativo (SIDS temporaneamente interrotta) possono essere inclusi nelle categorie sopraccennate se ne soddisfano i criteri¹¹.

¹¹ Henry F. Krous, Sudden Infant Death Syndrome and Unclassified Sudden Infant Deaths: A Definitional and Diagnostic Approach. Pediatrics. 2004. 114(1):234-8.

1.2.1 La SUPC

Un fenomeno strettamente collegato alla SIDS è la SUPC (Sudden Unexpected Postnatal Collapse). Per Collasso Postnatale Improvviso ed Inaspettato (SUPC) si intende ogni caso di neonato con età gestazionale >35 settimane, con indice APGAR¹² normale (≥ 8) a 5 minuti dalla nascita, già valutato idoneo per le cure neonatali standard, che abbia presentato, nella prima settimana di vita, un'improvvisa compromissione cardiocircolatoria e respiratoria, che ha richiesto rianimazione con ventilazione a pressione positiva intermittente, con esito in cure intensive neonatali, encefalopatia o morte¹³. La SUPC include sia un grave evento apparentemente pericoloso per la vita (ALTE¹⁴) sia la morte improvvisa del lattante (SUID) che si verifica nella prima settimana di vita. Poiché la SUPC per definizione è un evento inaspettato, i neonati con un rischio ben noto, ad esempio prematurità (<35 settimane di gestazione), asfissia perinatale o malformazioni congenite, non sono inclusi nella definizione. La maggior parte degli eventi segnalati si verifica entro due ore dalla nascita, spesso al momento del primo tentativo di allattamento al seno¹⁵. Inoltre, la maggior parte dei casi segnalati, si verificano in posizione prona durante il contatto pelle a pelle con le loro madri.

La transizione dalla vita fetale a quella extrauterina potrebbe rendere il neonato più vulnerabile durante le prime ore di vita. Prima della nascita, il microambiente cerebrale fetale contiene alti livelli di neuromodulatori adenosina e prostaglandina che esercitano entrambi un'inibizione dei movimenti fetali, diminuiscono il tasso metabolico, il turnover energetico e quindi proteggono il cervello quando le risorse di ossigeno ed energia potrebbero essere scarse, ovvero durante il parto. Infatti, il parto è considerato un evento "ipossico" e stressante.

¹² Indice Apgar: è uno strumento per valutare le condizioni di salute del neonato alla nascita. Inventato dall'anestesista Virginia Apgar, questo indice considera cinque parametri: attività cardiaca, attività respiratoria, tono muscolare, reattività agli stimoli e colorito cutaneo.

¹³ Sudden and Unexpected Postnatal Collapse, British Association of Perinatal Medicine, 2022 (disponibile al sito internet: <https://www.bapm.org/resources/sudden-and-unexpected-postnatal-collapse-supc>).

¹⁴ ALTE: Apparent Life Threatening event, evento apparentemente rischioso per la vita.

¹⁵ Nicolas J Pejovic. Unexpected collapse of healthy newborn infants: risk factors, supervision and hypothermia treatment. *Acta Paediatr.* 2013. 102(7): 680–688.

Cosa accade nel neonato appena nato?

Il neonato sano è eccitato e sveglio la prima ora dopo la nascita e inizia movimenti respiratori continui dopo i primi sussulti d'aria. Fattori come la compressione e lo schiacciamento del feto, l'aumento dell'input sensoriale e il raffreddamento sono importanti. C'è anche un aumento della noradrenalina nel cervello umano e un alto livello di catecolamine plasmatiche viene rilevato dopo la nascita. Inoltre, si verifica una rapida diminuzione del neuromodulatore inibitorio adenosina nel cervello, poiché la pressione parziale dell'ossigeno nel sangue arterioso aumenta rapidamente dopo la nascita e contribuisce all'aumento dell'attività nel neonato rispetto al feto. L'ondata iniziale di adenosina e prostaglandine durante e di catecolamine dopo la nascita è seguita da un periodo di ridotta reattività agli stimoli esterni e ad un aumento del tono vagale¹⁶. Sono questi alcuni dei fattori che possono spiegare la vulnerabilità del neonato nelle prime ore di vita, sottolineando l'importanza di mantenere in modo discreto, ma continuo, una sorveglianza sicura da parte del personale sanitario.

¹⁶ Eric Helenius e Pierre Kuhn. Sudden Unexpected Postnatal Collapse of Newborn Infants: A Review of Cases, Definitions, Risks, and Preventive Measures. *Transl Stroke Res.* 2013. 4(2): 236–247.

FATTORI DI RISCHIO SUPC		
Categoria	Fattore di rischio	Descrizione
Caratteristiche materne	Primiparità	La madre è al suo primo parto aumentando i rischi per inesperienza o mancanza di supporto.
	Sedazione o stanchezza materna	La madre può essere sedata o troppo affaticata per sorvegliare adeguatamente il neonato.
Condizioni del parto	Parto distocico/operativo	Il parto difficile o assistito (es. cesareo) può contribuire a complicazioni nel periodo postnatale.
Ambiente e sorveglianza	Mancanza di familiare presente	L'assenza di un familiare limita il monitoraggio del neonato.
	Distrazione (utilizzo di cellulare o dispositivi elettronici da parte della madre o caregiver)	L'uso di smartphone o altri dispositivi può ridurre l'attenzione verso il neonato.
	Limitata supervisione da parte del personale sanitario	Poca presenza o vigilanza da parte degli operatori sanitari, specialmente nelle ore critiche.
Fattori legati alla posizione	Posizioni asfissianti	Posizioni del neonato che possono compromettere la respirazione, soprattutto in contesti di allattamento.
Fattori temporali	Ore notturne (personale ridotto, ridotta luminosità dell'ambiente)	Durante le ore notturne, la ridotta presenza del personale e l'illuminazione scarsa possono aumentare i rischi.

Tabella 1: fattori di rischio SUPC.



Figura 1: foto di un neonato con collasso scattata dal padre tratta dal sito internet

<https://www.burlo.trieste.it/sites/default/files/slides-corsi/SUPC.pdf>

Momento (in minuti dal parto)	10 minuti (a cura del neonatologo)	20 minuti	60 minuti	90 minuti	120 minuti
Parametri rilevati ad ogni scadenza					
1. Verifica sulla sicurezza della POSIZIONE DEL NEONATO (naso e bocca visibili e liberi)					
2. COLORITO roseo del viso e mucose (labbra e/o lingua)					
3. DISPNEA (alito delle pinne nasali e/o gemito espiratorio e/o rientramenti intercostali)					
4. FREQUENZA RESPIRATORIA (normale 20-60 atti/min)					
Parametri rilevati solo in momenti particolari					
Temperatura ascellare rilevata a 60 min					
Parametri rilevati in situazioni/bambini particolari					
SpO2 (>90%) eventualmente nel momento ritenuto opportuno; se normale basta un minuto di rilevazione					
Segnare se e quando nelle prime 2 ore di vita c'è stato attacco al seno materno:					

Tabella 2: scheda neonatale di sorveglianza del neonato posizionato “skin to skin”.

1.3 Fattori di rischio SIDS

La sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS) rappresenta una condizione multifattoriale con eziologia sconosciuta, in cui l'approccio preventivo riveste un'importanza cruciale. Per attuare efficacemente una strategia preventiva è essenziale identificare i fattori di rischio, che possono essere suddivisi in modificabili e non modificabili.

Fattori di rischio non modificabili

Fattori genetici:

- Sesso maschile: i neonati maschi hanno un rischio maggiore di SIDS rispetto alle femmine.
- Nascita pretermine: i bambini nati prima del termine della gravidanza sono a maggior rischio.
- Basso peso alla nascita: anche i neonati nati a termine ma con un basso peso sono più vulnerabili.
- Giovani madri: i figli di ragazze giovani mostrano un'incidenza maggiore di SIDS.

Fattori non genetici:

- Stagione: l'incidenza della SIDS è maggiore durante la stagione invernale.
- Situazione socioeconomica: le famiglie monoparentali e quelle che vivono in condizioni di povertà sono più a rischio.

L'analisi di questi fattori evidenzia che, mentre alcuni elementi di rischio non possono essere modificati, è comunque possibile implementare misure preventive per ridurre l'incidenza della SIDS. Queste misure includono l'educazione delle famiglie sui comportamenti sicuri durante il sonno, la promozione di un ambiente sicuro per il sonno del neonato e l'accesso a cure prenatali e postnatali adeguate.

Per ridurre il rischio di SIDS, è essenziale intervenire sui **fattori di rischio modificabili**. Le istituzioni sanitarie pediatriche e le campagne preventive hanno elaborato e diffuso raccomandazioni specifiche rivolte a genitori, operatori sanitari e educatori, per affrontare ogni singolo fattore modificabile:

1) Posizione durante il sonno

Nel 1944 Harold Alexander Abramson, medico americano, ha notato che, quasi il 70% dei bambini coinvolti in una sua inchiesta, sono stati ritrovati senza vita e con la caratteristica “faccia in giù”. Abramson fu il primo sostenitore della posizione supina durante il sonno nei neonati, seguito da altri studi che hanno ipotizzato che il decubito prono induca una possibile chiusura delle vie aeree principali (bocca e naso). La chiusura

delle vie aeree viene causata da un ridotto tono della lingua, dei muscoli della faringe e dell'ugola, contesto che potrebbe portare ad apnea ostruttiva. Fra le altre ipotesi, viene altresì contemplata l'influenza e la natura della superficie di appoggio poiché il pericolo di ostruzione delle vie aeree sembra aumentare in caso di materasso morbido o in compresenza di un'estesa sudorazione/vomito¹⁷. La posizione supina per dormire su una superficie piana e non inclinata non aumenta il rischio di soffocamento e aspirazione nei neonati ed è raccomandata per ogni sonno, anche per i neonati con reflusso gastroesofageo¹⁸. La tentazione di posizionare il bambino sul fianco o a pancia sotto per via della credenza che sarebbe più agevolato in caso di reflusso è da evitare. Per capire le ragioni di questa affermazione è importante conoscere l'anatomia delle vie respiratorie: in caso di reflusso, nel bambino in posizione prona il bolo potrebbe più facilmente entrare nelle vie respiratorie provocando soffocamento in quanto l'esofago, che si trova al di sopra della laringe, avrebbe a suo favore la forza di gravità; al contrario in posizione supina, e quindi con l'esofago al di sotto della trachea, il bolo dovrebbe lavorare contro la forza di gravità per riuscire ad entrare nelle vie respiratorie e questo fatto comporta un minor rischio di soffocamento.

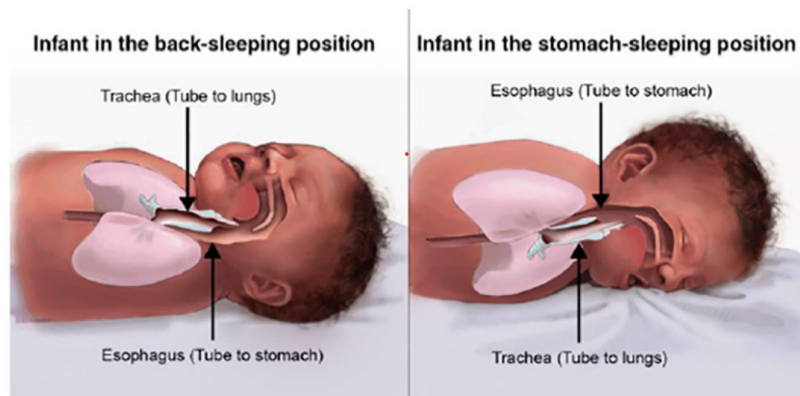


Figura 2: anatomia del neonato.

2) Temperatura della stanza

¹⁷ Jan Spherhake. The prone sleeping position and SIDS. Historical aspects and possible pathomechanisms. *International Journal of Legal Medicine*. 2018. 132:181–185.

¹⁸ Rachel Y. Moon. Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2022 Recommendations for Reducing Infant Deaths in the Sleep Environment. *Pediatrics*. 2022. 150(1).

La temperatura dell'ambiente dove dorme il bambino non dovrebbe mai essere eccessivamente calda (andrebbe mantenuta tra i 18 e i 20 °C) ed è da evitare anche l'eccesso di vestiti e coperte. L'associazione tra eccesso di calore e SIDS è particolarmente evidente nei bambini che dormono in posizione prona¹⁹.

3) Condivisione stanza

Un'attenzione particolare è rivolta alla pratica del bed-sharing, ovvero alla condivisione del letto tra il bambino e i genitori. Questo tipo di sonno è strettamente associato a un aumento dei casi di SIDS, probabilmente dovuti a soffocamento accidentale, strangolamento o schiacciamento. Si raccomanda che i neonati dormano nella stanza dei genitori, vicino al loro letto, ma su una superficie separata progettata per i neonati. Molti genitori scelgono di condividere regolarmente il letto per una serie di motivi, tra cui la facilitazione dell'allattamento al seno, le preferenze culturali e la convinzione che sia migliore e più sicuro per il loro bambino. Tuttavia, sulla base delle prove, non si raccomanda la condivisione del letto in nessuna circostanza²⁰.

4) Sistemi di monitoraggio del sonno

I prodotti non medicali che si trovano attualmente in commercio, i cosiddetti baby monitor, come materassini sensori o monitor respiratori non sono le classiche radioline che si utilizzano da anni né dei semplici dispositivi audio video che inquadrano il bambino mentre si trova nella sua culla. Sono dei dispositivi più efficaci dei vecchi sistemi di monitoraggio in quanto consentono di monitorare il bambino non solo grazie ad un microfono o ad una telecamera esterna che inquadra il neonato bensì, senza dare fastidio al piccolo, rilevano esattamente la sua attività respiratoria. I baby monitor sono dispositivi di monitoraggio della frequenza cardiaca e della pulsossimetria, venduti come dispositivi per il benessere del consumatore. Un dispositivo per il benessere del consumatore è definito come un dispositivo destinato "a mantenere o incoraggiare uno stile di vita sano

¹⁹ Salute del bambino e dell'adolescente: SIDS, Ministero della Salute, 20 Marzo 2024 (disponibile al sito internet <https://www.salute.gov.it/portale/saluteBambinoAdolescente/dettaglioContenutiSaluteBambinoAdolescente.jsp?lingua=italiano&id=1923&area=saluteBambino&menu=nascita>).

²⁰ Rachel Y. Moon. Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2022 Recommendations for Reducing Infant Deaths in the Sleep Environment. *Pediatrics*. 2022. 150(1).

e non è correlato alla diagnosi, cura, mitigazione, prevenzione o trattamento di una malattia o condizione". Pertanto, questi dispositivi non sono tenuti a soddisfare gli stessi requisiti normativi dei dispositivi medici e, per la natura della loro designazione, non devono essere utilizzati per prevenire decessi correlati al sonno. Sebbene l'uso di questi monitor possa dare tranquillità ai genitori e non vi siano controindicazioni all'uso, mancano dati che supportino il loro utilizzo per ridurre il rischio di decesso. C'è anche il timore che l'uso di questi monitor possa portare alla compiacenza dei genitori e a una minore aderenza alle linee guida per un sonno sicuro. La decisione di una famiglia di utilizzare i monitor a casa non deve essere considerata un sostituto del rispetto delle linee guida per un sonno sicuro.

5) Uso del ciuccio

Per i neonati allattati al seno, è consigliabile ritardare l'introduzione del ciuccio fino a quando l'allattamento non sia saldamente stabilito. Questo significa garantire:

1. Produzione di latte sufficiente: la madre deve avere una produzione di latte adeguata a soddisfare le esigenze del neonato.
2. Attacco costante, confortevole ed efficace: il neonato deve essere in grado di attaccarsi al seno in modo corretto, senza dolore per la madre e di trasferire il latte in maniera efficace.
3. Aumento di peso appropriato: il neonato deve crescere in modo adeguato, come definito dalle curve di crescita normative stabilite.

Ritardare l'introduzione del ciuccio fino a quando l'allattamento al seno è stabilito contribuisce a garantire che il neonato riceva i benefici nutrizionali e immunologici del latte materno, mentre si preparano le condizioni per l'uso sicuro del ciuccio come strumento preventivo contro la SIDS.

6) Esposizione prenatale e postnatale a tabacco, alcool e altre sostanze

A livello internazionale, le raccomandazioni sulla prevenzione della SIDS consigliano di non fumare durante, dopo la gravidanza e di tenere il lattante lontano dai luoghi frequentati dai fumatori. Evitare l'uso di alcool, marijuana, oppioidi e droghe illecite durante la gravidanza e dopo il parto. In letteratura troviamo diversi studi che correlano

l'esposizione al fumo ad un aumento del rischio di SIDS. L'epitelio laringeo del neonato risponde a stimoli ripetuti come infezione, inquinamento e reflusso del contenuto gastrico mediante infiammazione associata a un aumento delle ghiandole mucose che riducono le vie aeree. Inoltre, cambiamenti nella composizione del muco potrebbero ridurre la clearance mucociliare. L'infiammazione porta anche ad iperstimolazione dei riflessi tramite irritazione delle terminazioni nervose da parte di mediatori come l'istamina. L'evento finale potrebbe essere il reflusso del contenuto gastrico che provoca una risposta fatale sproporzionatamente ampia e prolungata a causa di iperreflessia e compromissione delle vie aeree²¹.

7) Culla

Il neonato dovrebbe dormire separatamente dai genitori nel suo lettino/culla che deve presentare delle specifiche caratteristiche. Il materasso dovrebbe corrispondere alla stessa misura della culla/lettino ed essere rigido. Va evitato l'uso del cuscino: porre il bambino su superfici eccessivamente morbide (anche trapunte) aumenta il rischio di SIDS. Il bambino dovrebbe essere sistemato con i piedi che toccano il fondo della culla o del lettino, in modo che non possa scivolare sotto le coperte, che dovrebbero essere ben rimboccate sotto il materasso (il "sacconanna" può rappresentare una valida alternativa). Inoltre, sulla superficie dove il bambino dorme, non dovrebbero esserci oggetti che possono soffocare, intrappolare, strangolare, ferire il bambino (es. cuscini, trapunte, piumini, paracolpi, peluche, piccoli giochi)²².

1.4 Esame autoptico

In caso di sospetta SIDS è compito del patologo/medico legale informare immediatamente il centro di riferimento regionale e/o il coordinatore epidemiologico regionale. L'autopsia rappresenta lo strumento più importante per risalire alle possibili cause del decesso e inoltre, contribuendo ad alleviare il senso di colpa dei genitori,

²¹ Glenis K Scadding. Laryngeal Inflammation in the Sudden Infant Death Syndrome. *Curr Pediatr Rev.* 2014. 10(4):309-13.

²² Salute del bambino e dell'adolescente: SIDS, Ministero della Salute, 20 Marzo 2024 (disponibile al sito internet <https://www.salute.gov.it/portale/saluteBambinoAdolescente/dettaglioContenutiSaluteBambinoAdolescente.jsp?lingua=italiano&id=1923&area=saluteBambino&menu=nascita>).

costituisce un elemento importante nel processo di elaborazione del lutto. Il riscontro dovrebbe essere effettuato al più presto, entro le 24 ore.

A tal proposito si fa riferimento alla Legge n. 31 del 2 febbraio 2006 (“Disciplina del riscontro diagnostico sulle vittime della morte improvvisa del lattante – SIDS – e di morte inaspettate del feto”) la quale prevede che i lattanti deceduti improvvisamente entro un anno di vita senza causa apparente e i feti deceduti anch'essi senza causa apparente dopo la venticinquesima settimana di gestazione devono essere prontamente sottoposti con il consenso di entrambi i genitori a riscontro diagnostico da effettuarsi nei centri autorizzati. Il 22 novembre 2014 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il decreto 7 ottobre 2014 di approvazione dei protocolli diagnostici "Protocollo di indagini e di riscontro diagnostico nella morte improvvisa infantile - Legge 2 febbraio 2006, n. 31, art.1, comma 2" e "Morte inaspettata di feto di età gestazionale superiore alla venticinquesima settimana". La pubblicazione dei protocolli diagnostici dà finalmente attuazione a quanto previsto dalla legge n.31 del 2 febbraio 2006, definendo due percorsi diagnostici distinti sulla base del parere del Consiglio superiore di sanità del 5 giugno 2008, che aveva rilevato, infatti, che la morte improvvisa del lattante e la morte inaspettata del feto sono condizioni completamente distinte che richiedono due protocolli diagnostici separati.

Le informazioni relative alla gravidanza, allo sviluppo fetale, al parto, alle situazioni ambientali e familiari in cui è avvenuto il decesso, devono essere raccolte con un'indagine familiare al fine di completare la diagnosi dall'ostetrico-ginecologo, dal neonatologo, dal pediatra curanti e dell'anatomo patologo sulla base di protocolli internazionali. I risultati delle indagini svolte vengono comunicati dai centri autorizzati alla prima cattedra dell'Istituto di anatomia patologica dell'Università di Milano, la quale provvede ad istituire una banca dati nazionale.

L'autopsia (o il riscontro diagnostico) va effettuata in maniera completa e in particolare va perseguita un'indagine sugli organi vitali:

- a) Encefalo: vanno escluse malformazioni, emorragie e infarti cerebrali e, istologicamente, quadri degenerativi o infiammatori tipo meningoencefaliti.
- b) Polmone: le vie aeree (laringe, trachea, bronchi) vanno ispezionate macroscopicamente per evidenziare eventuali ostruzioni incidentali o infiammatorie (es.

edema della glottide). Va ricordato che rigurgiti alimentari lungo le vie aeree possono avvenire in fasi agoniche terminali e non debbono essere interpretati necessariamente come causa di morte. La presenza di petecchie pleuriche può far sospettare un meccanismo anossico. L'esame istologico con molteplici sezioni (almeno una per lobo polmonare) va sempre effettuato in primo luogo per escludere polmoniti con insufficienza respiratoria, NRDS²³ o broncodisplasia.

c) Cuore: un attento esame macroscopico va fatto per individuare eventuali malformazioni congenite. Un cuore apparentemente normale può, all'esame istologico del miocardio, mostrare un quadro di miocardite o di glicogenosi, evidenza sufficiente per spiegare una fibrillazione ventricolare o uno scompenso acuto di cuore.

d) Surreni: possono presentare un'emorragia massiva, inquadrabile nella sindrome di Waterhouse-Friderichsen da setticemia meningococcica.

e) Reni: vanno escluse malformazioni e, sia con l'indagine macroscopica che con quella microscopica, condizioni di esteso danno parenchimale (rene da shock, necrosi tubulare acuta, ecc.).

L'esame microscopico, con campionatura istologica da visionare al microscopio, va condotto sistematicamente su tutti gli organi, che vanno prima pesati. Prelievi per successive eventuali indagini virologiche vanno effettuati a livello dell'encefalo, miocardio e polmone. L'indagine molecolare per virus neurotropi, cardiotropici e pneumotropici va di regola condotta in caso di encefalite, miocardite o di polmonite per l'individuazione del preciso agente etiologico virale. Se il fegato risulta steatosico, è fortemente sospetto di un disordine metabolico dell'ossidazione degli acidi grassi, responsabili dell'1-2% dei casi apparentemente SIDS. Prelievi di milza e fegato, sono d'obbligo per l'estrazione del DNA-RNA per eventuali indagini genetiche.

Va effettuato uno screening tossicologico di routine per escludere l'azione causale o concausale di alcool e dei principali sedativi o stimolanti (cocaina, morfina, anfetamina). Se l'indagine di sopralluogo, la storia clinica e l'autopsia suggeriscono la possibile azione

²³ NRDS: Sindrome da distress respiratorio neonatale.

di farmaci o xenobiotici, dovranno essere effettuate altre indagini tossicologiche specifiche. Lo studio è completato da indagini di genetica molecolare²⁴.

1.5 Associazioni in Italia

In Italia, dal 1991, è attiva l'Associazione Semi per la SIDS, fondata da genitori che hanno vissuto questa tragedia e aperta a tutti coloro che si occupano della salute dei bambini, dai professionisti sanitari ai caregiver. L'obiettivo di questa iniziativa è informare e promuovere la salute infantile per ridurre l'incidenza della SIDS, incentivare la ricerca scientifica in questo campo e offrire supporto alle famiglie colpite.

Nel 2006 è stata avviata in via sperimentale la campagna Genitori Più nella regione Veneto successivamente il Ministero della Salute, in collaborazione con la Federazione Italiana Medici Pediatri e con l'Unicef, ha deciso di estendere su tutto il territorio nazionale la campagna. Hanno aderito al progetto, oltre al Veneto (Regione capofila e coordinatrice): Abruzzo, Calabria, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Umbria e Valle d'Aosta. L'iniziativa è destinata ai genitori con l'obiettivo di promuovere la salute dei bambini attraverso sette semplici azioni: assumere acido folico, evitare il fumo, allattare al seno, mettere il bambino a dormire supino, utilizzare il seggiolino di sicurezza, effettuare tutte le vaccinazioni e incrementare la lettura di libri per infanti. La campagna di sensibilizzazione mira a comunicare con i genitori in modo semplice e comprensibile, con l'obiettivo di renderli più informati e attenti alla salute dei loro bambini, sin dalla nascita e lungo tutto il corso della loro vita.

La Regione Piemonte dispone dal 1994 di un Centro di Riferimento Regionale per la SIDS che ha tra i suoi compiti istituzionali quello di fungere da Osservatorio Epidemiologico per il fenomeno sul territorio regionale.

1.6 Ruolo dell'infermiere: educazione e prevenzione

L'infermiere riveste un ruolo fondamentale nell'educazione e nella prevenzione all'interno del settore sanitario. La Legge n. 42 del 26 febbraio 1999 è una normativa

²⁴ Protocollo di indagini e di riscontro diagnostico nella morte improvvisa infantile. Gazzetta Ufficiale n°272 del 22-11-2014, legge del 2 Febbraio 2006 n°31, articolo 1 (disponibile al sito internet: https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2014-11-22&atto.codiceRedazionale=14A08847&elenco30giorni=false).

chiave che definisce il profilo professionale dell'infermiere in Italia. Questa legge ha riformato la professione infermieristica, spostando l'infermiere verso un ruolo più autonomo e responsabile nella gestione della cura e nella promozione della salute. L'infermiere viene ora riconosciuto come un professionista sanitario, con competenze specifiche in ambito clinico, educativo e preventivo. L'infermiere è autorizzato ad esercitare la propria autonomia professionale nell'ambito della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

Attraverso il **Codice deontologico** vengono definiti i principi etici a cui l'infermiere deve fare riferimento al fine di agire per il bene della persona, della famiglia, della comunità all'interno della pratica clinica, dell'educazione e della ricerca.

ART 2 - L'Infermiere orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività. Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell'ambito della pratica clinica, dell'organizzazione, dell'educazione e della ricerca.

ART 7 - L'Infermiere promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell'ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività.

ART 10 - L'Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività. Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina.

Attraverso l'educazione alla salute, la prevenzione delle malattie e la partecipazione a programmi di sensibilizzazione, gli infermieri contribuiscono significativamente al benessere della popolazione.

CAPITOLO 2 – REVISIONE DEGLI ARTICOLI

2.1 Obiettivo dello studio

Questo studio si è proposto di esaminare, attraverso l'analisi di articoli di letteratura che riportano le principali evidenze sugli esiti della formazione post-base per infermieri, l'importanza dell'aggiornamento continuo formativo in ambito ospedaliero, con l'obiettivo di migliorare le pratiche per un sonno sicuro e ridurre l'incidenza della SIDS.

2.2 Materiali e metodi

È stata effettuata una revisione della letteratura attraverso la banca dati Pubmed. Per la costruzione delle stringhe di ricerca sono state utilizzate le parole chiave al fine di ottenere un quesito di ricerca pertinente, utilizzando il metodo P.I.C.O.M.²⁵:

P	Paziente/Popolazione	Infermieri che lavorano in ambito neonatale
I	Intervento	Formazione pratica/teorica sulle tecniche di sonno sicuro nel neonato
C	Comparazione	Conoscenze di base prima della formazione
O	Esito	Se la formazione post-base aumenta l'applicazione delle pratiche di sonno sicuro nel neonato da parte degli infermieri
M	Metodo	Revisione della letteratura

Tabella 3: formulazione del quesito clinico con utilizzo del metodo P.I.C.O.M.

Sono state utilizzate le seguenti parole chiave, unite dagli operatori booleani: "Sudden Infant Death" AND "Nurses".

²⁵ Metodo PICOM: è un modello che aiuta a formulare in modo strutturato un quesito sanitario, trasformando il problema alla base della ricerca in parole chiave per la costruzione di stringhe bibliografiche mirate. P - problem/patient/population (problema/paziente/popolazione); I - intervention (intervento); C - comparison/control (confronto/controllo); O - outcome (esito) M - method (metodo con cui è stata fatta la ricerca).

CRITERI DI INCLUSIONE	CRITERI DI ESCLUSIONE
Studi osservazionali	Revisioni della letteratura
Articoli pubblicati dal 2018 al 2024	Articoli pubblicati prima del 2018
Studi che includono la figura dell'infermiere	Studi che non includono la figura dell'infermiere

Tabella 4: criteri di inclusione ed esclusione per la ricerca degli articoli all'interno delle banche dati.

2.3 Risultati

Dalla ricerca effettuata secondo i criteri di inclusione ed esclusione sono stati selezionati cinque articoli:

Sintesi documenti analizzati con Pubmed				
AUTORE/ANNO TITOLO	CANDIDATI TIPO	TIPO DI STUDIO	SCOPO	OUTCOME
Mahitab Mohamed Abdelrahman, Reham Hashem, Lareen Magdi El-Sayed Abo-Seif, (2024). 1. Promoting infant safe sleep practices among neonatal and paediatric nurses through simulation-based training program.	57 infermieri neonatali e pediatrici.	Studio osservazionale pre e post simulazione.	Valutare le conoscenze relative alle pratiche di sonno sicuro prima e dopo un programma di formazione basato sulla simulazione.	È stato osservato un miglioramento significativo nella conoscenza delle pratiche di sonno sicuro da parte degli infermieri rispetto alle conoscenze iniziali.
Michelle Caraballo, Marisa Abbe, Jerithea Tidwell, Hayden Dutton, Mayra G Garcia, Gemmarie Punzalan, Alison Axon, (2023). 2. Steering the Titanic: One tertiary care children's hospital's experience navigating safe sleep for hospitalized infants.	Personale sanitario in due ospedali.	Studio osservazionale multicentrico.	Migliorare la pratica del sonno sicuro dallo 0% all'80%, introdurre la compilazione della documentazione della posizione e dell'ambiente di sonno del neonato ad ogni turno dallo 0% al 90% e la documentazione dell'istruzione del caregiver dal 12% al 90% entro 24 mesi.	L'aderenza documentata agli interventi per un sonno sicuro nei neonati è migliorata dallo 0% all'88%, mentre la compilazione della documentazione relativa all'educazione al sonno sicuro in famiglia è migliorata dal 12% al 97% durante il periodo di studio.
Kimberly J Patterson, Ellise D Adams, Charlotte Ramiel, (2022). 3. Infant Safe Sleep Initiative in a Small Volume Maternity Service.	26 infermieri e 2 tecnici sanitari.	Studio osservazionale pre e post simulazione.	Questo progetto attraverso l'implementazione delle raccomandazioni AAP 2016 si propone di andare a valutare l'adesione degli infermieri e il miglioramento degli ambienti di sonno dei neonati.	È stato segnalato un aumento nei seguenti elementi: uso di più coperte, fasciatura del neonato e educazione ai genitori (P-value < 0.05).
Shannon O'Shea, Lynn Mohr, Alma Blancarte, (2022). 4. Safe Sleep Program for the NICU Nursing Staff: A Pilot Program	23 Infermieri di Unità di Terapia Intensiva Neonatale.	Studio osservazionale pre e post simulazione.	Questo studio prevede la formazione degli infermieri sulle pratiche di sonno sicuro e l'utilizzo di schede di sonno sicuro.	L'aderenza alle pratiche di sonno sicuro è aumentata dal 25% al 61% e i punteggi relativi alle conoscenze degli infermieri sono aumentati dall'83% al 97%.
S Uduvana, L Garcia, S L Nemerofsky, (2020). 5. The wake project: Improving safe sleep practices in a neonatal intensive care unit.	4 infermieri, 2 medici	Studio osservazionale pre e post simulazione.	Formazione per infermieri, schede di supporto, poster, moduli di feedback, discussione in piccoli gruppi.	Dopo il progetto la posizione supina dei neonati è aumentata al 96% rispetto ad un iniziale 7%.

Tabella 5: descrizione degli articoli di ricerca inclusi.

2.4 Analisi dei risultati

Di seguito si presentano gli studi che hanno riportato una significativa importanza per la stesura dell'elaborato.

***1. Promoting infant safe sleep practices among neonatal and paediatric nurses through simulation-based training program.*²⁶**

Disegno di studio: studio osservazionale pre e post simulazione.

Obiettivo dello studio: lo scopo di questo progetto sta nella valutazione dell'effetto di un programma di formazione delle conoscenze degli infermieri neonatali e pediatrici in merito alle pratiche di sonno sicuro per i neonati, mediante l'utilizzo di test pre e post-simulazione a singolo gruppo.

Materiali e metodi: è stato sviluppato un questionario di valutazione basato sulle Linee Guida AAP 2022 per valutare la conoscenza degli infermieri neonatali e pediatrici sulla SIDS e sulle pratiche di sonno sicuro per i neonati. Successivamente sono stati sviluppati quattro scenari di formazione basati sulla simulazione: due sono stati registrati con video illustrativi mentre gli altri due sono stati sviluppati con esercitazioni su di un manichino. Alla fine dello studio è stato proposto un questionario agli infermieri per valutare la soddisfazione.

²⁶ Mahitab Mohamed Abdelrahman, Reham Hashem, Lareen Magdi El-Sayed Abo-Seif, 2024. Promoting infant safe sleep practices among neonatal and paediatric nurses through simulation-based training program. J Pediatr Nurs, 77: e474-e479.

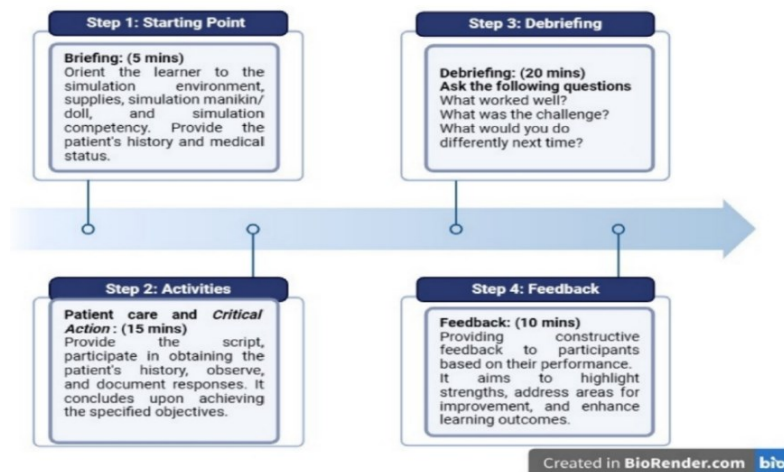


Figura 3: fasi della sessione di simulazione.

Risultati: dallo studio svolto emerge che c'è stato un miglioramento significativo nel punteggio medio della conoscenza totale negli infermieri tra le valutazioni pre-test e post-test. La differenza tra i punteggi pre e post-test per ciascun gruppo sono state statisticamente significative ($P\text{-value}^{27} < 0,05$).

Limiti dello studio: lo studio è stato oggetto di diverse limitazioni, principalmente dovute alle risorse inadeguate richieste per un programma di simulazione completo. Ad esempio, le aule didattiche degli ospedali erano prive di strumenti, come schermi intelligenti e manichini/bambole simulatori. Carenze a cui hanno dovuto provvedere i ricercatori.

2. Steering the Titanic: One tertiary care children's hospital's experience navigating safe sleep for hospitalized infants.²⁸

Disegno di studio: studio osservazionale multicentrico.

Obiettivo dello studio: lo scopo principale di questo progetto è stato quello di migliorare la conformità degli operatori sanitari alle pratiche di sonno sicuro per tutti i neonati ospedalizzati di età inferiore ad un anno, dallo 0% all'80% in 24 mesi, introducendo la compilazione della documentazione della posizione e dell'ambiente di sonno del neonato

²⁷ P-value: Il p-value (valore p) è una misura statistica che ci aiuta a capire se i risultati di un test statistico sono significativi o meno. Se il $p\text{-value} \leq 0.001$ il test si dice estremamente significativo. Se il $0.001 < p\text{-value} \leq 0.01$ il test si dice molto significativo. Se il $0.01 < p\text{-value} \leq 0.05$ il test si dice significativo. Se il $p\text{-value} > 0.05$ il test non è significativo.

²⁸ Michelle Caraballo, Marisa Abbe, Jerithea Tidwell, Hayden Dutton, Mayra G Garcia, Gemmarie Punzalan, Alison Axon, 2023. Steering the Titanic: One tertiary care children's hospital's experience navigating safe sleep for hospitalized infants. J Pediatr Nurs, 73: e1-e9.

ad ogni turno, oltre alla documentazione dell'istruzione del caregiver. Lo scopo secondario: aumentare la consapevolezza e l'istruzione in tutta l'organizzazione sul sonno sicuro sia per i genitori che per il personale sanitario.

Materiali e metodi: è stato utilizzato un *key driver* per visualizzare elementi fondamentali e interventi che sono stati identificati come essenziali per soddisfare gli obiettivi del progetto.

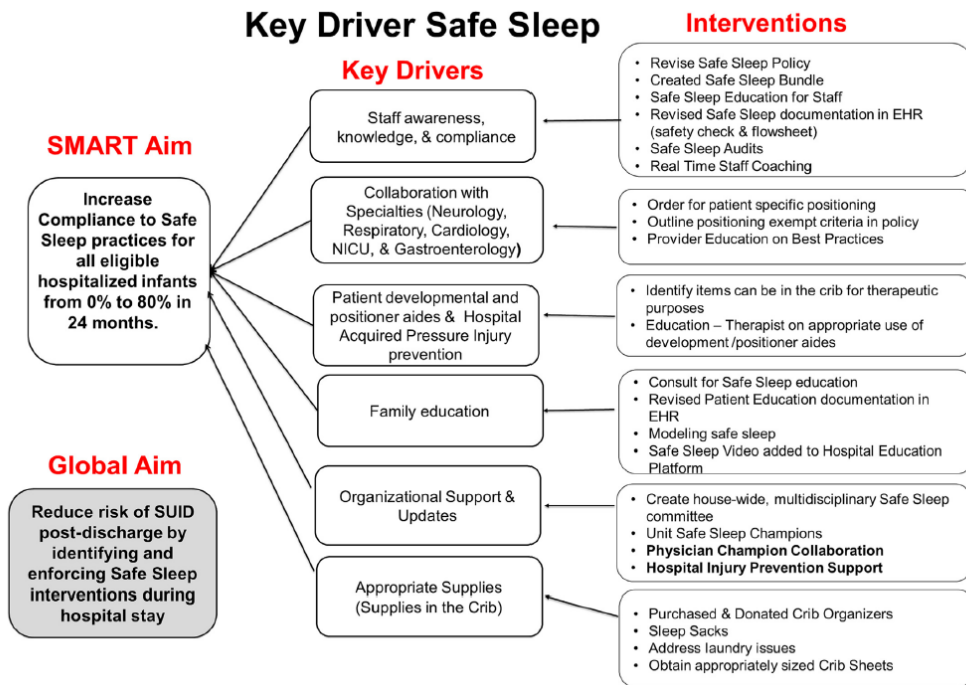


Figura 4: disegno Key Driver. Questa mappa è stata utilizzata per pianificare ed eseguire il miglioramento dei processi.

Safe Sleep Safety Card

1. **Is the Head of Bed education card posted? YES or NO**

Identify RN who is caring for the patient. Ask the nurse to show documentation:

2. Was the safe sleep flowsheet assessment completed at least once per shift in the past 2 completed shifts (Safety Checks) **YES or NO**
3. Are there any special considerations that prevent part of the safe sleep bundle?
YES or NO

If Yes Check all that apply:

- Sleeping position
- Special supplies in bed
- Head of bed elevated

Go to bedside with nurse and observe:

4. Is patient sleeping in crib or being held by awake parent or volunteer? (Yes, No, or N/A - Baby Awake)
5. Is there a tight-fitting sheet or tightly tucked sheet? **YES or NO**
6. Is the crib space free of items, such as pillows, stuffed animals, diapers, and extra blankets? **YES or NO**
7. Is patient in a sleep sack, wrapped in one thin swaddled blanket, or without a blanket? **YES or NO**
8. Is patient supine in the crib? **YES or NO**
If No, Is the patient able to roll? Yes or No
9. Is HOB flat? **YES or NO**
If No, is there a provider order or allowance per policy? YES or NO
10. Was the audit compliant (green/yes or non-compliant red/no)?

Figura 5: scheda di sicurezza del sonno, appesa alla testa del letto per ogni paziente ricoverato, di età inferiore a 12 mesi, come promemoria visivo per promuovere il sonno sicuro del bambino.

Risultati: l'aderenza documentata agli interventi per un sonno sicuro nei neonati è migliorata dallo 0% all'88%, mentre la documentazione relativa all'educazione al sonno sicuro in famiglia è migliorata dal 12% al 97% durante il periodo di studio.

Limiti dello studio: La personalizzazione del tipo di studio effettuato in base a quelle che erano le caratteristiche limitanti del reparto, comporta che esso non è considerato applicabile ad altri centri ospedalieri. Inoltre, il processo di audit non ha fatto distinzione tra personale sanitario e genitori che mettevano a dormire il neonato.

3. *Infant Safe Sleep Initiative in a Small Volume Maternity Service.*²⁹

Disegno di studio: studio osservazionale pre e post simulazione.

Obiettivo dello studio: l'obiettivo di questo progetto è stato quello di implementare un'iniziativa per promuovere il sonno sicuro in ambito ospedaliero, valutando l'aderenza

²⁹ Kimberly J Patterson, Ellise D Adams, Charlotte Ramieh, 2022. Infant Safe Sleep Initiative in a Small Volume Maternity Service. MCN Am J Matern Child Nurs, 47(4):189-194.

degli infermieri alle raccomandazioni relative alle pratiche e all'ambiente sicuro per il sonno dei neonati.

Materiali e metodi: è stata fornita una sessione formativa agli infermieri partecipanti. Dopo la presentazione è stato assegnato del tempo per domande e per esprimere preoccupazioni o idee sbagliate. Sono stati eseguiti dei controlli delle culle pre e post-intervento in un periodo di 45 giorni attraverso lo schema seguente.

Safe Sleep Audit Tool										Date: _____
Auditor: _____										Time of Audit: _____
Patient #	Head of Bed Flat? Y or N Degree of Elevation	Patient Asleep Supine? Y or N	Multiple Blankets to Crib? Y or N	Stuffed Animals in Crib? Y or N	Large or Fluffy Blankets Around Pt.? Y or N	Patient Wearing Hat? Y or N	Patient Swaddled? Y or N	Caregiver Asleep with Patient? Y or N	Positioning Device Used? Y or N	Caregiver Received Information? Y or N

Note. Y = Yes; N = No.
Adapted with permission from Cribs for Kids, Inc.®, 2022 (<https://cribsforkids.org/wp-content/uploads/Audit-Form.pdf>).

Figura 6: scheda di verifica delle culle.

Un mese dopo le sessioni educative è stato somministrato un sondaggio per valutare l'intervento.

Risultati: si è verificato un miglioramento significativo nel totale degli item corretti dai test pre-istruzione ai test post-istruzione. È stato segnalato un aumento di conoscenze nei seguenti elementi: uso di più coperte, fasciatura del neonato e educazione ai genitori.

Limiti dello studio: l'ospedale e la comunità in cui si è svolta l'iniziativa supportano una vasta popolazione di pazienti Ispanici. I neonati Ispanici hanno il quarto tasso di mortalità più alto per SIDS e morte correlata al sonno. Le barriere linguistiche hanno limitato il successo di un'iniziativa sul sonno sicuro poiché molte famiglie hanno riferito di non aver ricevuto alcuna educazione sul sonno sicuro, nonostante la disponibilità di servizi di interpretariato in ospedale.

La raccolta dati è stata influenzata perché gli ingressi erano limitati nei fine settimana a causa del covid-19.

4. Safe Sleep Program for the NICU Nursing Staff: A Pilot Program.³⁰

³⁰ Shannon O'Shea, Lynn Mohr, Alma Blancarte, 2022. Safe Sleep Program for the NICU Nursing Staff: A Pilot Program. Neonatal Netw, 1;41(2):73-82.

Disegno di studio: studio osservazionale pre e post simulazione.

Obiettivo dello studio: Questo progetto si è proposto di verificare se, attraverso l'implementazione di un programma dedicato al sonno sicuro, aumenti la percentuale di conformità degli infermieri della TIN³¹ alle pratiche di sonno sicuro.

Materiali e metodi: per la formazione degli infermieri è stato previsto un percorso pratico sul campo, integrato da un modulo online per approfondire le conoscenze. Oltre all'istruzione, il programma ha introdotto l'utilizzo di schede di pratiche di sonno sicuro.

Risultati: questo progetto ha avuto successo nell'aumentare la conoscenza del sonno sicuro degli infermieri, in quanto è stato dimostrato da un aumento del 14% nei punteggi del questionario sul sonno sicuro dopo l'intervento. Nel complesso, le verifiche delle pratiche di sonno sicuro hanno rilevato un aumento del 36% da parte del personale della TIN.

Limiti dello studio: in questo progetto sono stati effettuati solo audit del sonno pre-intervento durante il turno diurno. In secondo luogo, non tutti i neonati idonei sono stati sottoposti ad audit a causa di vincoli di tempo. Sebbene siano stati tenuti tre turni di notte e tre turni di giorno, non tutti gli infermieri hanno potuto partecipare a causa delle richieste di assistenza ai pazienti, quindi i dati sulla conoscenza del sonno sicuro per gli infermieri non sono esaustivi. Inoltre, non tutti gli infermieri che hanno compilato il questionario pre-intervento hanno completato il questionario post-intervento.

5. The wake project: Improving safe sleep practices in a neonatal intensive care unit.³²

Disegno di studio: studio osservazionale pre e post simulazione.

Obiettivo dello studio: questo studio, iniziato a gennaio 2017, si è posto come obiettivo un miglioramento del 20% nei tassi di conformità al sonno sicuro nei neonati (dal 7% al

³¹ TIN: terapia intensiva neonatale.

³² S Uduwana, L Garcia, S L Nemerofsky, 2020. The wake project: Improving safe sleep practices in a neonatal intensive care unit. *J Neonatal Perinatal Med*, 13(1):115-127.

27%) entro dicembre 2017. Inoltre, un obiettivo secondario posto è stato quello di migliorare la documentazione *safe sleep* dal 50% al 60% entro dicembre 2017.

Materiali e metodi: inizialmente sono state eliminate criticità interne al reparto, fornendo agli infermieri l'ambiente ottimale per i neonati. Tutti gli infermieri della TIN dovevano completare un modulo sul *safe sleep* e conoscere la politica sul *safe sleep* del *Montefiore Medical Center*. In un secondo momento un'infermiera ha ricevuto una formazione *safe sleep*, aderendo al test 1:1:1 in cui il cambiamento è stato testato su piccola scala, ovvero un'infermiera, un turno, un paziente e in seguito è stato ampliato quando ha condiviso le conoscenze con altre cinque infermiere che poi le hanno condivise con altre cinque nei successivi step.

È stata poi sviluppata una scheda per culla *Safe to Sleep* basata sulle raccomandazioni dell'AAP 2016 come strumento multiuso. Il personale clinico era responsabile di mettere la scheda in tutte le culle aperte quando un neonato soddisfaceva i criteri per essere idoneo.



Figura 7: scheda *safe sleep*.

Un poster è stato posizionato in vari luoghi della TIN come sopra le aree di lavaggio delle mani e le aree di riscaldamento del latte.

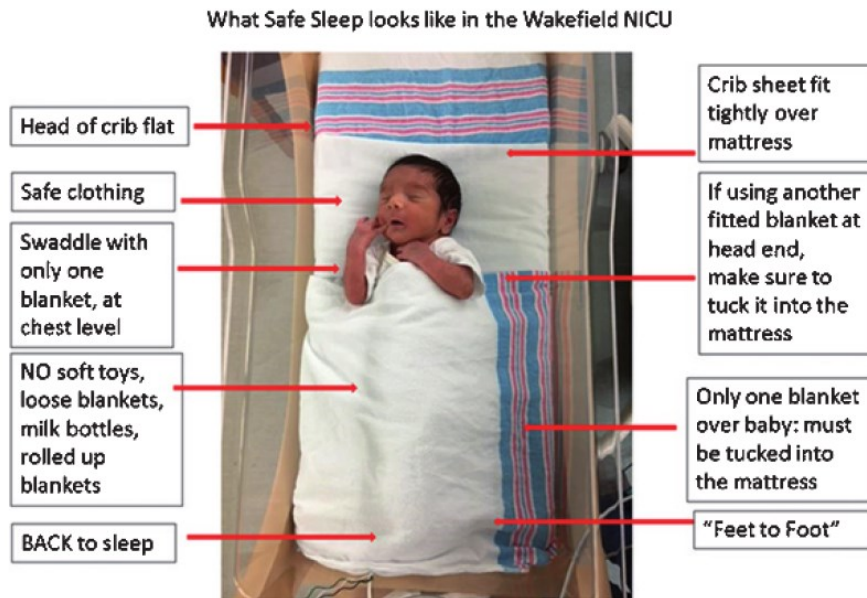


Figura 8: poster *safe sleep*.

Alla dimissione, i genitori hanno ricevuto un opuscolo e a partire da ottobre 2017 il libro “*Sleep baby. Safe and Snug*”.

Un modulo di feedback è stato distribuito agli infermieri dopo la prima metà del progetto e alla fine del progetto.

Risultati: i dati di base per la percentuale di neonati, addormentati o svegli e incustoditi nella culla, in un ambiente sicuro per dormire erano del 7%. Alla fine del progetto, questo numero è migliorato al 96%.

Il valore del numero mediano di cartelle con documentazione di *Safe Sleep Education* era del 50%. Questo numero è aumentato al 62% alla fine del progetto. Il modulo di feedback consegnato agli infermieri partecipanti a fine progetto ha mostrato che il 100% ha ritenuto il progetto un successo.

Limiti dello studio: i dati di base sono stati raccolti oltre due mesi prima del progetto. Anche se i dati sono stati raccolti sia durante i turni diurni che notturni, la percentuale raccolta durante la notte era molto più alta e il numero di controlli delle culle era più coerente. Il gruppo ha deciso di utilizzare solo i dati del turno di notte.

2.5 Discussione

Dalla revisione della letteratura sono emersi studi che descrivono diversi interventi di formazione post-base rivolti agli infermieri operanti in ambito neonatale.

In particolare, gli articoli 2, 4 e 5 mettono in luce l'efficacia dell'introduzione di una documentazione specifica destinata al personale sanitario, che ha prodotto risultati significativi nel migliorare la conformità degli operatori alle linee guida relative alle pratiche di sonno sicuro per i neonati ospedalizzati. Questi interventi non solo hanno ottimizzato l'aderenza alle procedure cliniche raccomandate, ma hanno anche influito positivamente sulla qualità dell'educazione sanitaria rivolta a genitori e caregiver. L'uso di documentazione strutturata ha favorito un approccio più consapevole e metodico nella gestione delle pratiche di cura, con risultati tangibili nel garantire la sicurezza dei neonati e nel promuovere una maggiore partecipazione delle famiglie nel processo educativo.

L'analisi degli articoli 1,3,4 evidenzia un significativo miglioramento delle conoscenze degli infermieri in merito alla SIDS, raggiunto attraverso specifiche sessioni formative. Questo progresso è stato misurato sia mediante sondaggi somministrati ai partecipanti dopo la formazione, che hanno rivelato un incremento della consapevolezza, sia attraverso verifiche oggettive delle culle, dimostrando così l'applicazione concreta delle competenze apprese. Nel primo studio, l'utilizzo di simulazioni realistiche ha emulato scenari di vita reale, consentendo agli infermieri di mettere in pratica le proprie conoscenze in situazioni che riflettevano fedelmente la loro attività clinica quotidiana.

L'analisi dei risultati emersi dai pre-test, somministrati prima dell'avvio della formazione specifica sulle pratiche di sonno sicuro, ha rivelato una conoscenza insufficiente da parte degli infermieri in merito alle corrette modalità di gestione del sonno sicuro nei neonati e alla prevenzione della SIDS.

In questa revisione della letteratura risulta che quattro studi si sono svolti facendo riferimento alle linee guida AAP del 2016, soltanto uno studio fa riferimento a quelle del 2022.

2.6 Conclusione

In conclusione, la revisione della letteratura ha evidenziato l'importanza cruciale della formazione post-base per gli infermieri che operano in ambito pediatrico, con un focus particolare sulle pratiche di sonno sicuro e la prevenzione della SIDS. Gli studi esaminati hanno dimostrato come l'introduzione di documentazione strutturata e mirata possa migliorare significativamente la conformità del personale sanitario alle linee guida cliniche raccomandate, contribuendo non solo all'ottimizzazione delle procedure, ma anche al potenziamento dell'educazione sanitaria offerta a genitori e caregiver.

In particolare, i risultati degli studi indicano un miglioramento sostanziale delle conoscenze degli infermieri successivamente ai corsi di aggiornamento. Tali progressi sono stati rilevati sia attraverso sondaggi post-formazione, che hanno evidenziato una maggiore consapevolezza degli operatori, sia attraverso valutazioni oggettive.

Tuttavia, l'analisi dei pre-test condotti prima degli eventi formativi ha rivelato lacune significative nelle conoscenze iniziali degli infermieri riguardo alle corrette modalità di gestione del sonno sicuro nei neonati e alla prevenzione della SIDS. Ciò sottolinea la necessità di un impegno costante nella formazione continua del personale sanitario, non solo per colmare le lacune, ma anche per mantenere aggiornate le competenze in un ambito così delicato come la cura dei neonati.

In sintesi, emerge chiaramente che la formazione continua e l'uso di strumenti educativi specifici sono elementi fondamentali per garantire la sicurezza dei neonati e per supportare efficacemente i genitori. La formazione del personale sanitario, dunque, non può essere considerata un'attività occasionale, ma deve essere vista come un processo dinamico e continuo.

CAPITOLO 3 – PARTE SPERIMENTALE

3.1 Obiettivo dello studio

Questo studio si è proposto di esaminare, attraverso la somministrazione di due questionari, le conoscenze dei neogenitori e degli infermieri nei confronti della sindrome della morte improvvisa neonatale (SIDS) e del collasso improvviso postnatale (SUPC) valutando quelle che sono le misure di prevenzione da attuare durante il sonno del neonato/lattante. Lo studio mira anche ad analizzare il ruolo dell'infermiere come promotore di educazione sanitaria con finalità preventive.

3.2 Materiali e metodi

La prima parte di questa ricerca ha indagato le conoscenze dei neogenitori sulle pratiche di sonno sicuro al fine di prevenire la SIDS. Il questionario n° 1 è composto da un'introduzione in cui viene spiegato il motivo dell'indagine, da una parte anagrafica riguardante informazioni sociodemografiche e da una parte contenente 17 items inerenti alle conoscenze del tema trattato. Nel complesso le domande sono strutturate nel seguente modo:

- 19 con risposta chiusa con una sola opzione;
- 2 con risposta multipla con possibilità di rispondere anche con "altro";
- 2 con risposte che contengono la scala di Likert;
- 1 con risposta aperta breve.

Per la seconda parte dell'indagine è stato creato un questionario rivolto agli infermieri con lo stesso scopo del precedente. Il questionario n° 2 è composto da un'introduzione in cui viene spiegato il motivo dell'indagine, da una parte anagrafica riguardante informazioni sociodemografiche e da una parte contenente 16 items inerenti alle conoscenze del tema trattato. Nel complesso le domande sono strutturate nel seguente modo:

- 17 con risposta chiusa con una sola opzione;

- 2 con risposta multipla con possibilità di rispondere anche con “altro”;
- 2 con risposte che contengono la scala di Likert;
- 1 con risposta aperta breve.

Entrambi i questionari sono stati creati con la piattaforma Google Moduli.

3.3 Campione e campionamento

I questionari sono stati inoltrati alla popolazione tramite l’uso di canali social. Uno dei social utilizzato per la diffusione è stato Facebook che ha permesso di inoltrare i questionari in diversi gruppi: [“Mamme e Future Mamme”](#), [“Mamme di bambini 0-6 anni”](#), [“Mamme 2022”](#), [“Spannolinamento”](#), [“Aiuto allattamento”](#), [“Infermieri Attivi”](#), [“INFERMIERI INFORMATI”](#), [“Infermieri Italiani”](#), [“Mondo Infermieri: News, Ricerca e Offerte di Lavoro”](#), [“Tesi e Ricerche Infermieristiche”](#). Sono state poi utilizzate le piattaforme Instagram e Whatsapp attraverso la condivisione dei questionari in chat private. L’indagine è stata svolta dal primo giugno 2024 al trenta agosto 2024.

3.4 Risultati

I sondaggi sono stati completati da un numero sufficiente di partecipanti ed è stato possibile analizzarne i risultati. Sono state raccolte 534 risposte dal questionario rivolto ai neogenitori e 150 risposte dal questionario rivolto agli infermieri.

3.4.1 Risultati questionario rivolto ai neogenitori

Considerando il questionario rivolto ai neogenitori dal primo quesito si può notare che la maggioranza con il 41,4% (221 risposte) di loro ha avuto l’ultimo figlio nel 2022; a seguire il 15,5 % (83 risposte) ha avuto il suo ultimo figlio nel 2023; il 14,4% (77 risposte) ha avuto il suo ultimo figlio nel 2024; il 10,3% (55 risposte) ha avuto il suo ultimo figlio nel 2021; il 6,9% (37 risposte) ha avuto il suo ultimo figlio nel 2020; il 6,4% (34 risposte) ha avuto il suo ultimo figlio nel 2019; il 3% (16 risposte) ha avuto il suo ultimo figlio nel 2018; il 2,1% (11 risposte) è in attesa di un bambino.

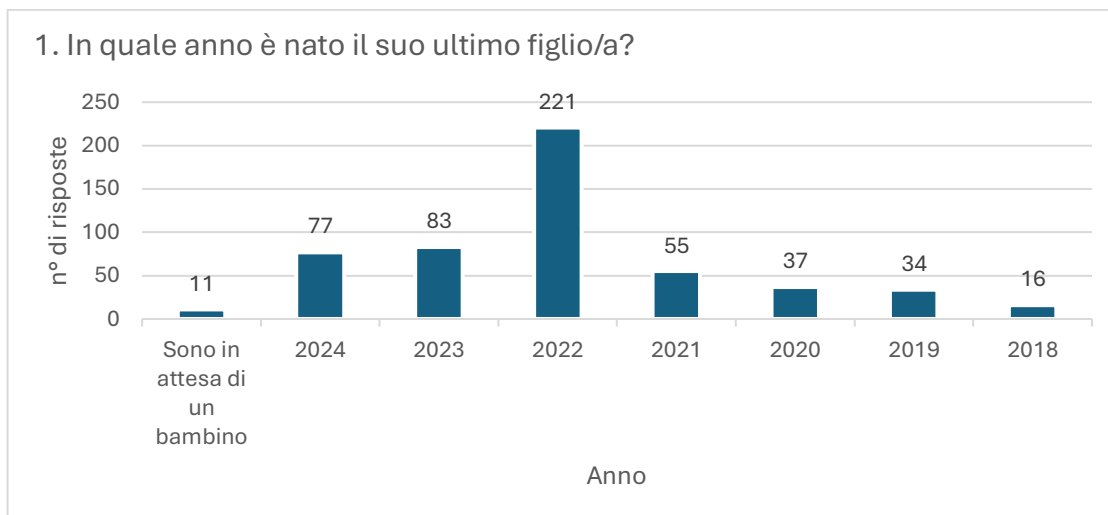


Grafico 1: anno di nascita dell'ultimo figlio dei genitori che hanno risposto al questionario.

Con la seconda domanda si è indagato se i genitori hanno altri figli: il 58% (312 risposte) ha risposto "sì" mentre il 42% (222 risposte) ha risposto "no".

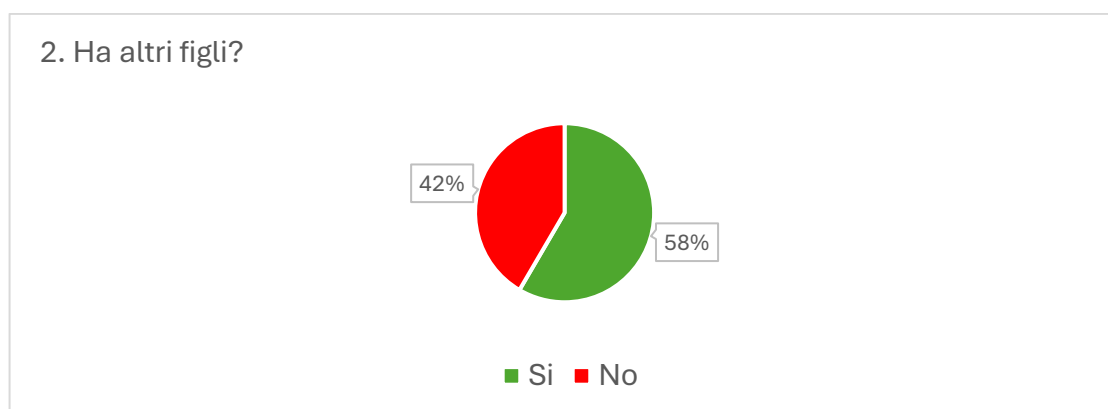


Grafico 2: domanda relativa ad eventuali altri figli.

A seguire con la domanda n° 3 è stato chiesto a coloro che hanno più di un figlio di specificare l'anno di nascita: il 52% (115 risposte) ha avuto altri figli tra il 2023 e il 2019; il 43% (96 risposte) ha avuto altri figli tra il 2018 e il 2011; il 4% (9 risposte) ha avuto altri figli tra il 2010 e il 2000; l'1% (1 risposta) ha avuto altri figli tra il 1999 e il 1990.

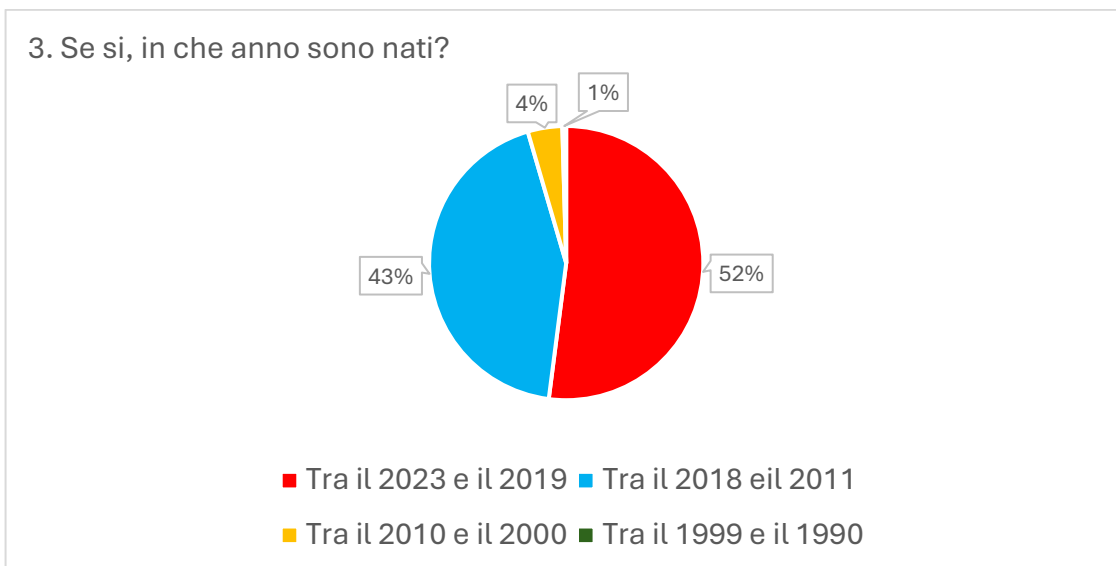


Grafico 3: anno di nascita dei figli.

In seguito con la domanda n° 4 è stato chiesto di specificare la figura genitoriale: il 98,9% (528 risposte) è madre mentre l' 1,1% (6 risposte) è padre.

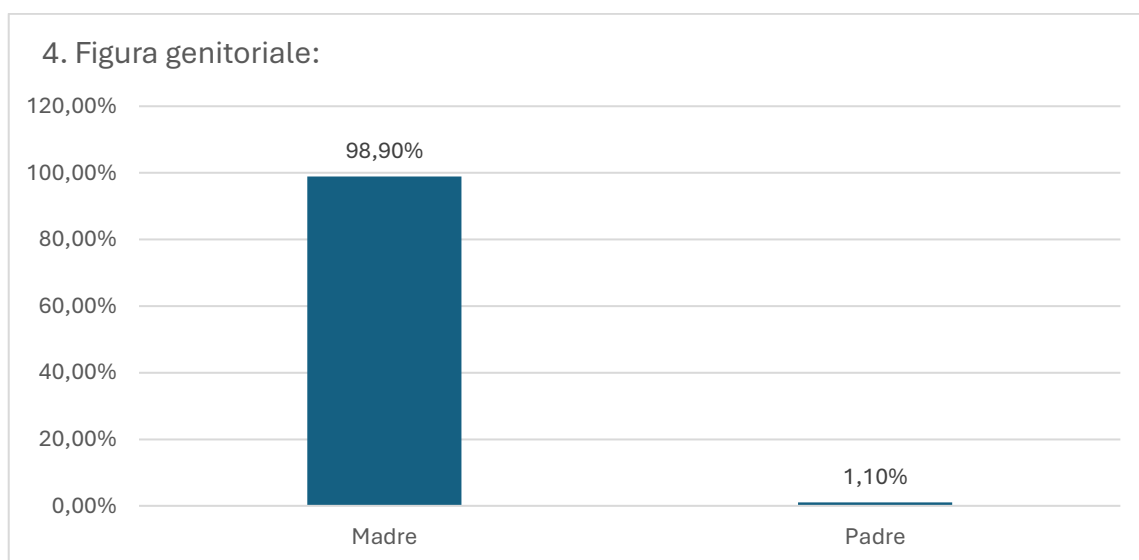
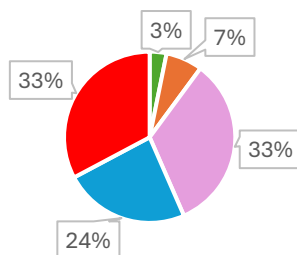


Grafico 4: figura genitoriale rivestita dall'intervistato.

Con la domanda n° 5 si è indagato il titolo di studio ed è emerso che il 33% (178 risposte) è in possesso del diploma di scuola secondaria di secondo grado; il 33% (175 risposte) possiede una laurea magistrale mentre il 24% (127 risposte) una laurea triennale; il 7% (37 risposte) possiede il diploma di scuola secondaria di primo grado ed infine il 3% (17 risposte) il diploma di scuola primaria.

5. Titolo di studio:



- Diploma scuola primaria
- Diploma scuola secondaria di primo grado
- Diploma scuola secondaria di secondo grado
- Laurea triennale
- Laurea magistrale

Grafico 5: titolo di studio dell'intervistato.

Con il quesito n° 6 si è indagata la regione d'appartenenza dei neogenitori: il 21% (112 risposte) proviene dalla Lombardia; l'11% (59 risposte) dal Piemonte; l'8,4% (45 risposte) dal Veneto; l'8,2% (44 risposte) dal Lazio; l'8,2% (44 risposte) dall'Emilia Romagna; il 6,6% (35 risposte) dalla Toscana; il 5,1% (27 risposte) dalla Puglia; il 5,1% (27 risposte) dalle Marche; il 4,9% (26 risposte) dalla Sicilia; il 4,5% (24 risposte) dalla Campania; il 3,4% (18 risposte) dalla Liguria; il 3% (16 risposte) dall'Abruzzo; il 2,8% (15 risposte) dal Trentino Alto Adige; il 2,4% (13 risposte) dalla Sardegna; l'1,9% (10 risposte) dal Friuli Venezia Giulia; l'1,9% (10 risposte) dalla Calabria; l'1,5% (8 risposte) dall'Umbria; lo 0,2% (1 risposta) dalla Valle d'Aosta.

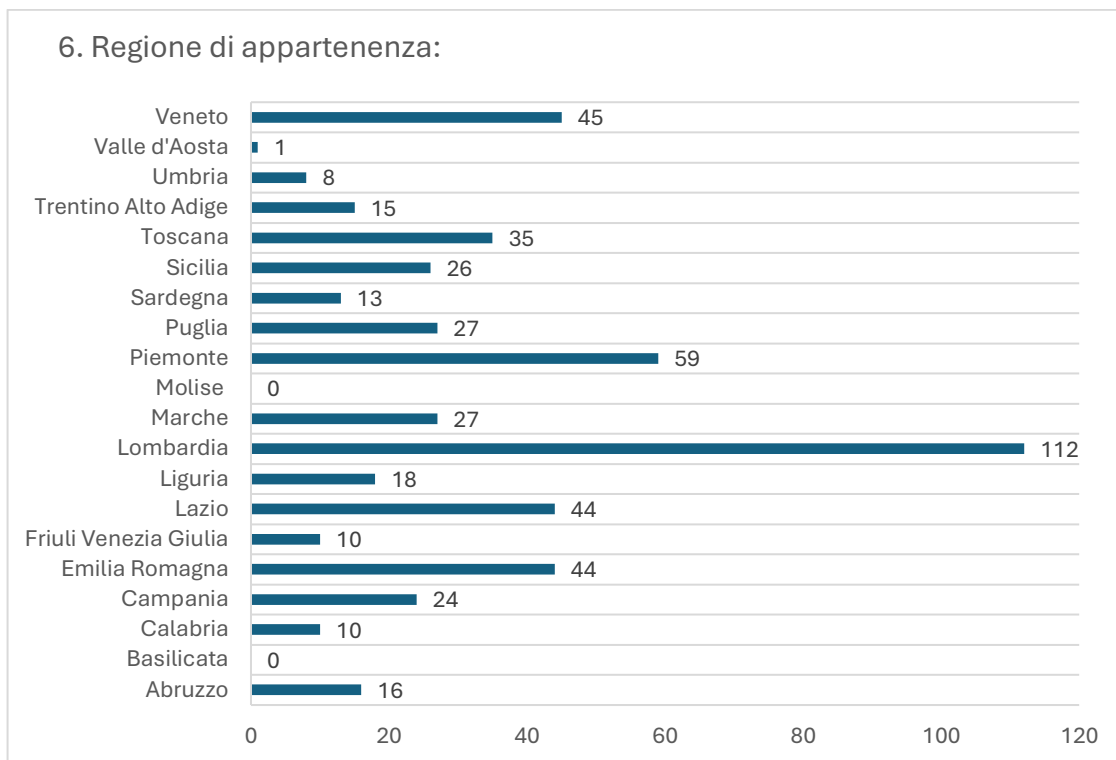


Grafico 6: regione di appartenenza degli intervistati.

L'età dei genitori è stata misurata con la domanda n° 7 del questionario con una risposta aperta. A questa domanda hanno risposto 527 persone di conseguenza 7 di loro hanno saltato la risposta. Delle 527 risposte 8 sono state annullate poiché non pertinenti con il quesito. Vengono, perciò, considerate nella tabella di seguito (vedi grafico 7) in totale 519 risposte. L'età che emerge dalle risposte è compresa tra i 20 anni e i 50 anni di cui la maggioranza risulta di 43 anni con l'8,2% (34 risposte), mentre la minoranza con lo 0,2% risulta per i 48/22/50 anni con una sola risposta per ognuno.

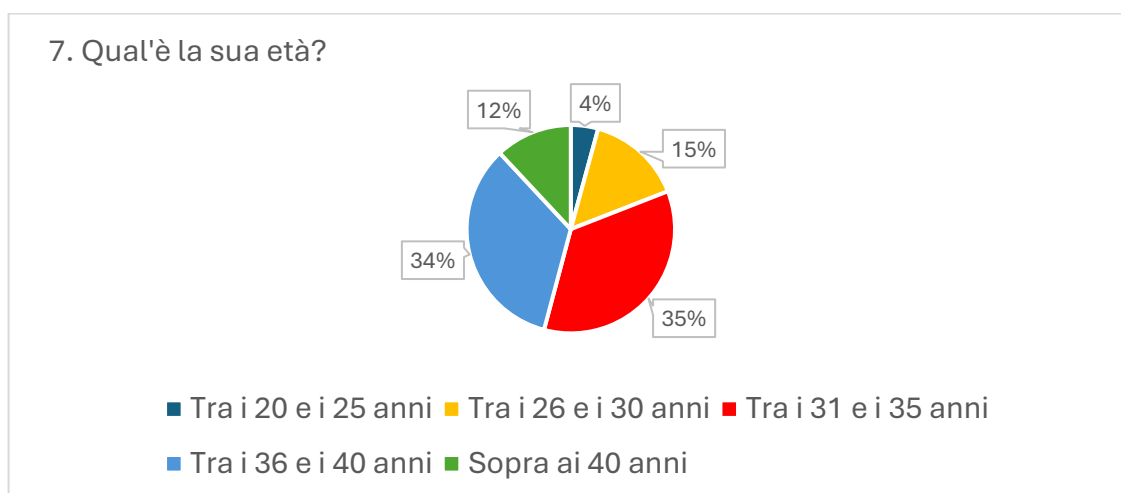


Grafico 7: età dei genitori.

A seguire con la domanda n° 8 è stato chiesto ai neogenitori se hanno mai sentito parlare della SIDS: il 99,1% (529 risposte) ha risposto “sì” mentre lo 0,9% (5 risposte) ha risposto “no”.

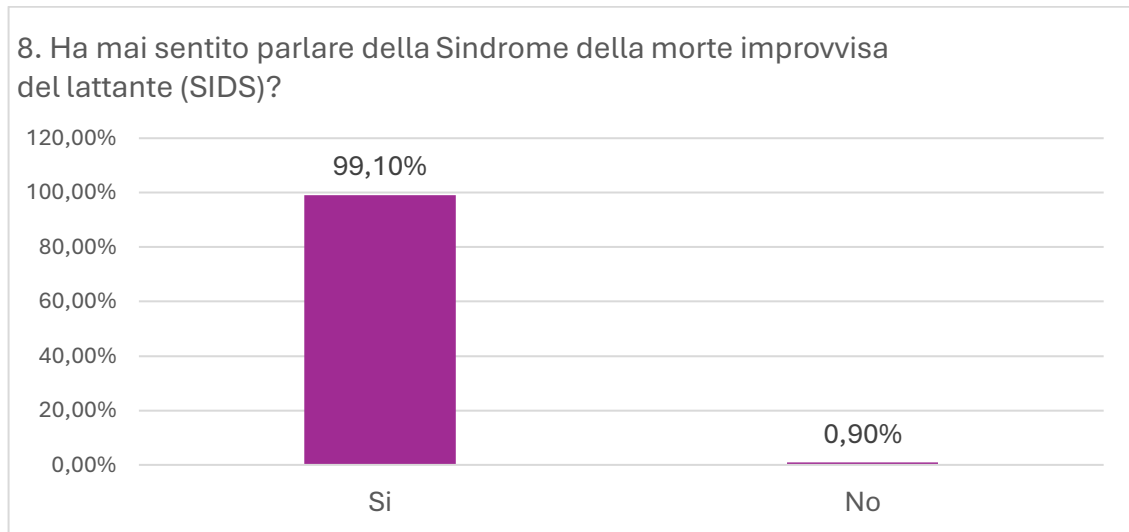


Grafico 8: il grafico mostra se gli intervistati sono a conoscenza della SIDS.

Il quesito n° 9 (con possibilità di risposta multipla), uno dei più rilevanti, raccoglie dati sulla modalità con cui i genitori sono venuti a conoscenza del fenomeno della SIDS, in particolare se da figure professionali o da altro come ad esempio da amici. L'80,5% (426 risposte) ha appreso la conoscenza della SIDS da Internet, social media, tv. Il 55% (291 risposte) è a conoscenza della SIDS grazie ai corsi preparto. Il 47,4% (251 risposte) è stato informato sulla SIDS dalla figura dell'ostetrica; il 44,01% (233 risposte) da libri, riviste; il 32,9% (174 risposte) dal pediatra, l'11,7% (62 risposte) dalla figura dell'infermiere; il 10,2% (54 risposte) dal ginecologo. Il 12,5% (66 risposte) è stato informato da amici mentre il 7,2% (38 risposte) da familiari. Il 7,6% (40 risposte) è a conoscenza del fenomeno perché accaduto a persone vicine. Il 3,8% (19 risposte) lo ha appreso attraverso corsi di formazione.

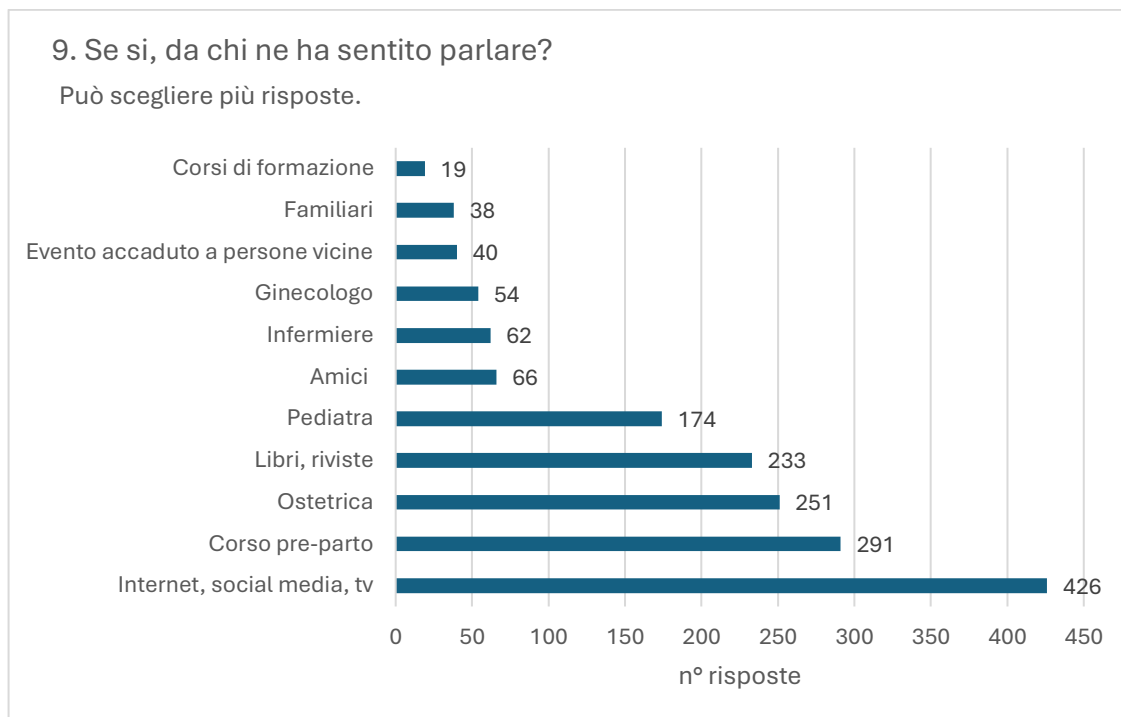


Grafico 9: modalità di apprensione del fenomeno della SIDS.

Con la domanda n° 10 è stato chiesto ai neogenitori se sono stati informati riguardo la SUPC: l'89% (473 risposte) non è stato informato mentre l'11% (61 risposte) sì.

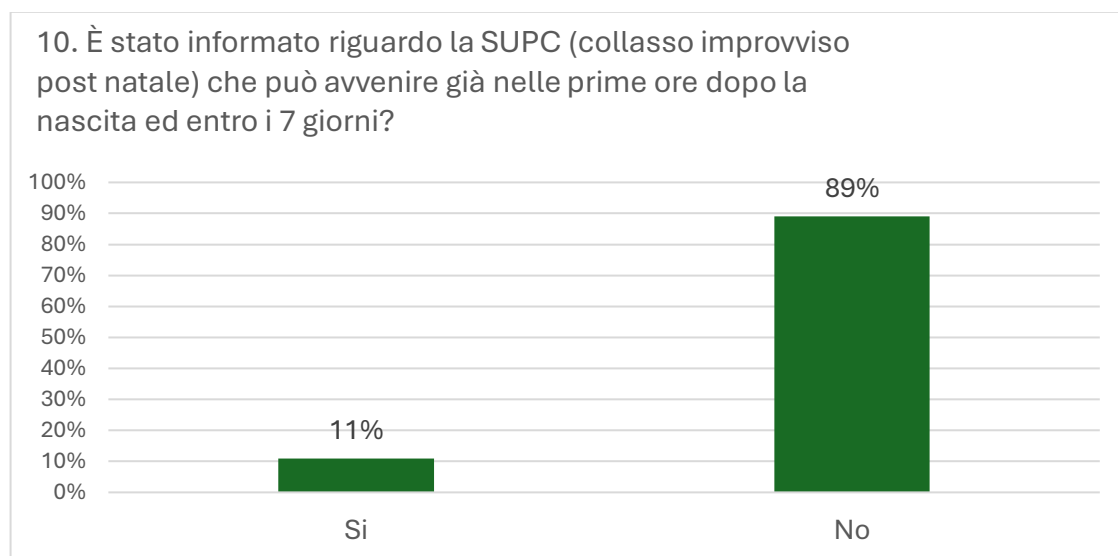


Grafico 10: domanda relativa alla conoscenza della SUPC.

A coloro che hanno risposto positivamente alla precedente domanda è stato chiesto con il quesito n°11 (con possibilità di risposta multipla) da chi hanno ricevuto informazioni riguardo la SUPC: il 40% (26 risposte) dall' ostetrica; il 36,9% (24 risposte) da Internet, tv, social media; il 33,8% (22 risposte) dal corso preparato; il 24,5% (16 risposte) da libri,

riviste; il 20% (13 risposte) dal pediatra; il 10,8% (7 risposte) dal ginecologo; il 10,8% (7 risposte) dall'infermiere; il 3,1% (2 risposte) dal medico di famiglia; l'1,5% (1 risposta) da amici; l'1,5% (1 risposta) da evento successo a persone vicine; l'1,5% (1 risposta) a causa di evento successo in prima persona. Infine, due risposte sono state annullate poiché lasciate vuote.



Grafico 11: modalità di apprensione del fenomeno della SUPC.

A seguire con la domanda n° 12 è stato chiesto ai neogenitori quanto ritengono importante ricevere informazioni riguardo al tema del collasso postnatale improvviso ed inaspettato (SUPC): il 71% (381 risposte) afferma essere estremamente importante; il 22% (119 risposte) lo ritiene molto importante; il 6% (30 risposte) sostiene essere abbastanza importante ed infine l'1% (3 risposte) sostiene che non è tanto importante.

12. Quanto ritiene sia importante ricevere informazioni riguardo al tema del collasso postnatale improvviso ed inaspettato (SUPC)?

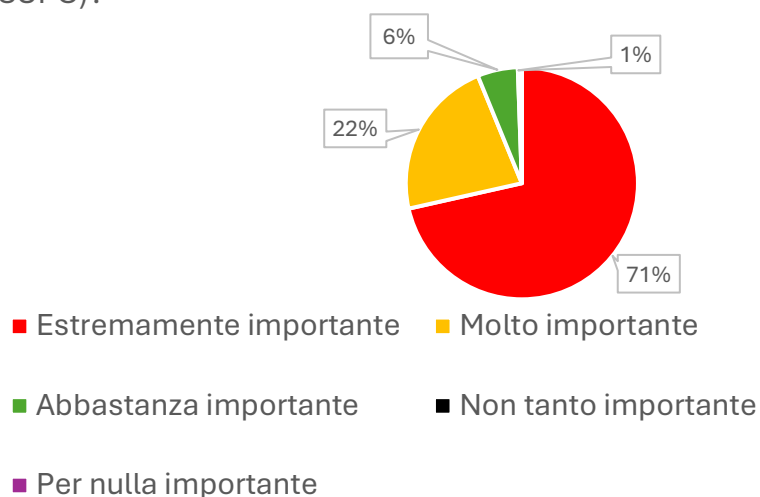


Grafico 12: importanza della conoscenza della SUPC percepita dai neogenitori.

Con la domanda n° 13 si è chiesto ai neogenitori se hanno frequentato corsi preparto: l'83% (442 risposte) ha risposto "sì" mentre il 17% (92 risposte) ha risposto "no".

13. Ha mai frequentato dei corsi pre-parto?

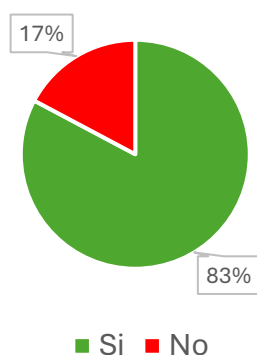


Grafico 13: frequentazione corsi preparto.

Un'altra domanda rilevante al fine dello studio è la n° 14 in cui si è indagato qual è la posizione corretta da far assumere al neonato/lattante durante il sonno secondo i neogenitori: l'89,5% (478 risposte) sostiene essere la posizione supina (pancia in su); il 5,8% (31 risposte) la posizione prona (pancia in giù); il 4,3% (23 risposte) ritiene di dover far dormire il neonato/lattante sul fianco; per lo 0,4% (2 risposte) è indifferente.

14. Durante il sonno la posizione corretta da far assumere al neonato/lattante è:

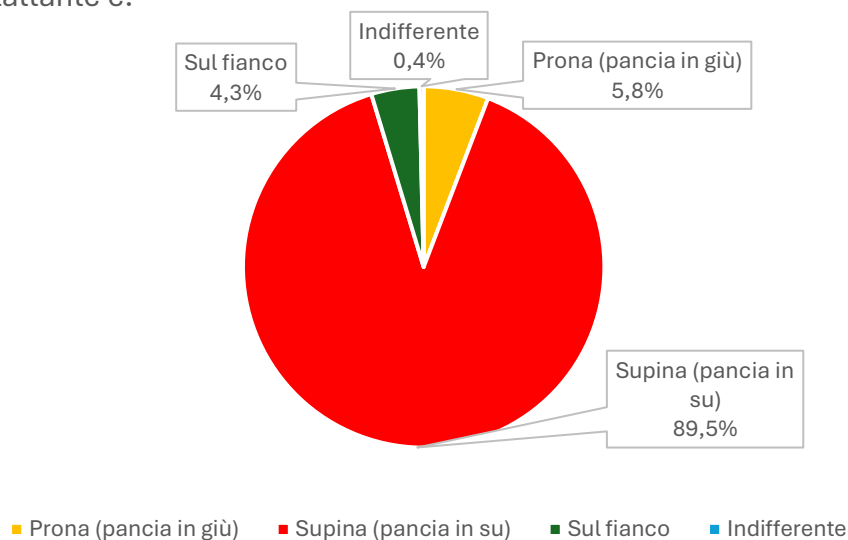


Grafico 14: posizione del neonato/lattante durante il sonno.

La domanda n°15 ha chiesto ai neogenitori qual è la temperatura idonea nella stanza del neonato/lattante: il 78% (416 risposte) tra i 18°C e i 20°C; il 14% (78 risposte) tra i 22°C e i 26°C; il 7% (36 risposte) tra i 16°C e i 18°C; l'1% (4 risposte) superiore ai 26°C.

15. La temperatura idonea nella stanza del neonato/lattante è:

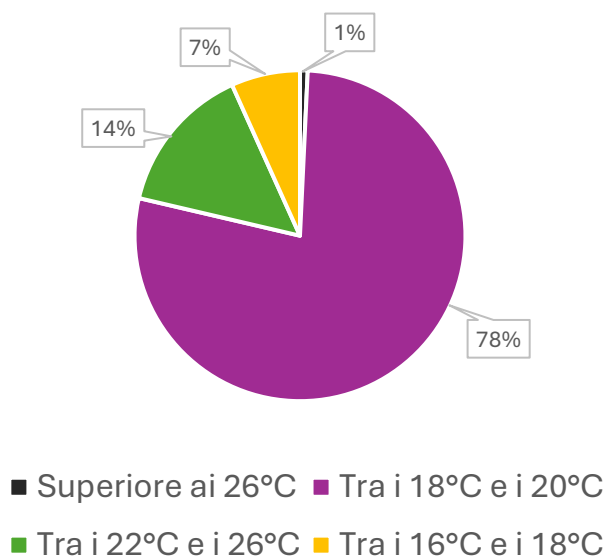


Grafico 15: temperatura nella stanza del neonato/lattante.

Con il quesito n° 16 si è indagato cosa deve avere la culla del neonato/lattante secondo i neogenitori: per il 90,6% (484 risposte) un materasso rigido; per il 7,9% (42 risposte) un

cuscino anti-soffoco; per lo 0,9% (5 risposte) i paracolpi; per lo 0,6% (3 risposte) un piumino caldo e soffice.

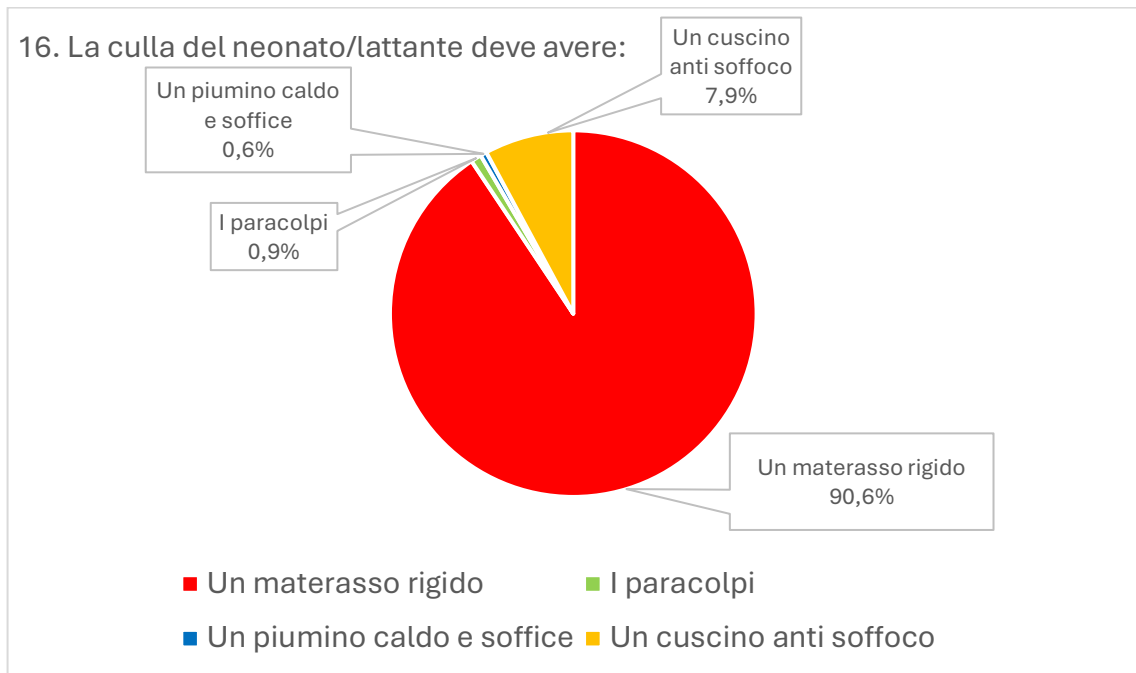


Grafico 16: culla del neonato.

Con il quesito n°17 si è chiesto ai neogenitori se il neonato/lattante deve dormire con i piedi che toccano il fondo della culla/lettino: il 62% (329 risposte) ha risposto “si” mentre il 27% (147 risposte) ha risposto “no” infine, l’11% (58 risposte) ha risposto “è indifferente”.

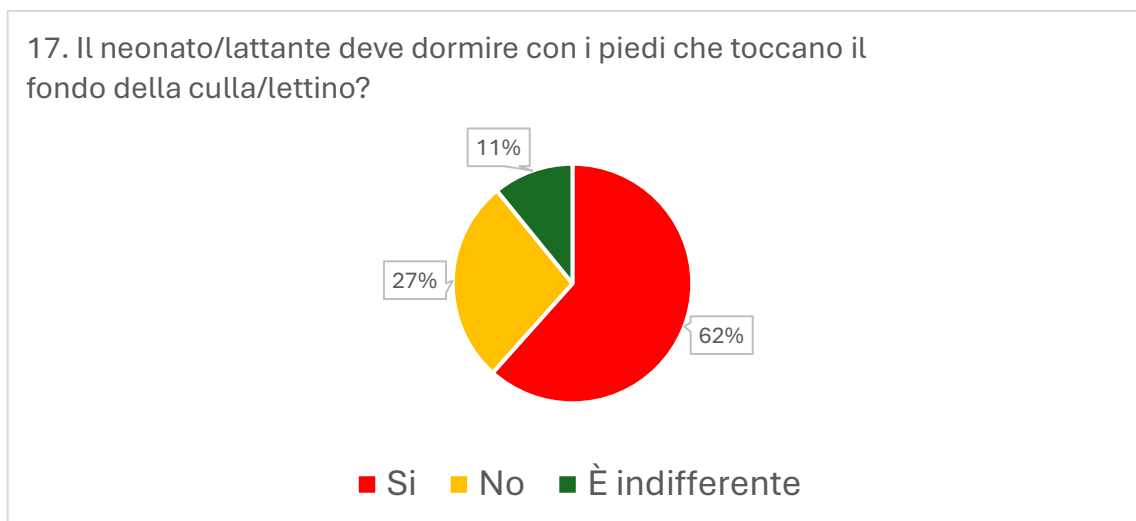


Grafico 17: posizione del neonato/lattante rispetto alla culla/lettino.

Con la domanda n° 18 si è indagato se i sistemi di monitoraggio del sonno (videocamera, monitor audio) sono utili al fine di prevenire il fenomeno della SIDS: il 64% (340 risposte) ha risposto “sì” mentre il 36% (194 risposte) ha risposto “no”.

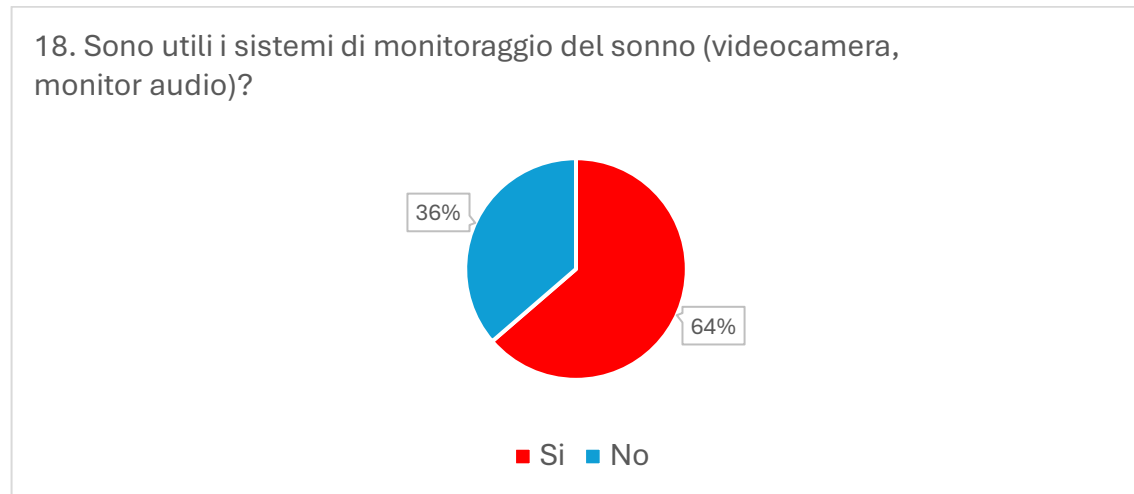


Grafico 18: utilità dei sistemi di monitoraggio del sonno.

A seguire con la domanda n° 19 è stato chiesto se la posizione prona, a pancia in giù (tummy time), è raccomandata al fine di prevenire lo sviluppo dell'appiattimento dell'occipite e per facilitare lo sviluppo della forza del cingolo scapolare superiore: il 90% (480 risposte) ha risposto “sì, i genitori sono incoraggiati a mettere il neonato/lattante a pancia in giù mentre è sveglio e sorvegliato per brevi periodi di tempo”; il 10% (51 risposte) ha risposto “no, non è raccomandata nel neonato/lattante la posizione prona”.

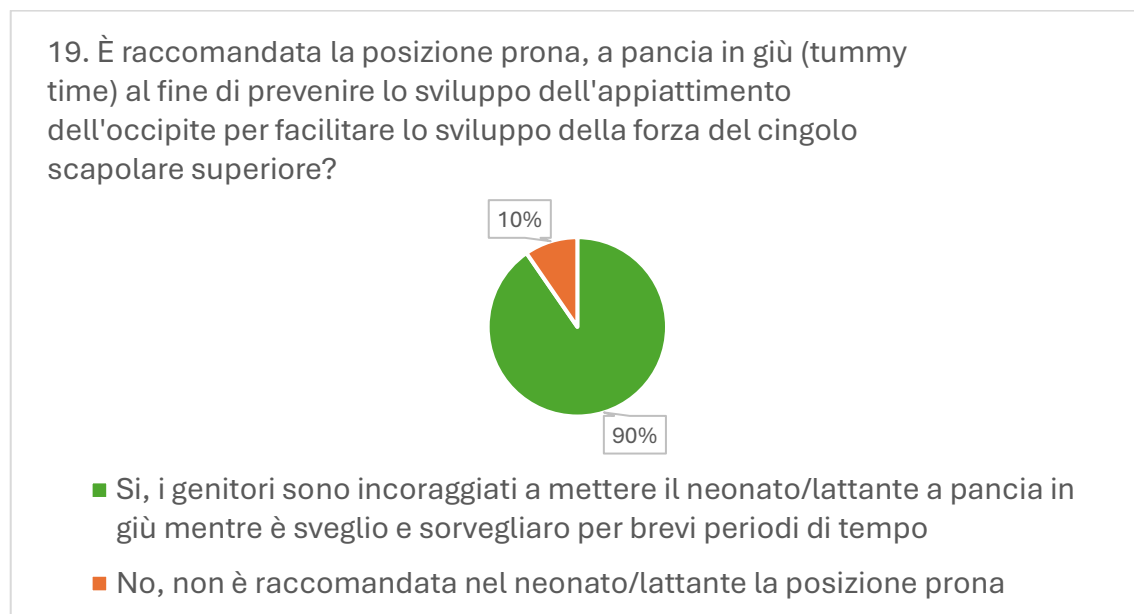


Grafico 19: utilità del tummy time.

In seguito con la domanda n° 20 è stato chiesto se la condivisione della camera con i genitori nel primo anno di vita è utile per ridurre il rischio di SIDS: il 92% (492 risposte) sostiene “sì, ma non va associata alla condivisione del letto con i genitori”; il 6% (31 risposte) ha risposto “è indifferente in quale stanza dorma il bambino”; il 2% (11 risposte) sostiene “sì, ma solo se associata alla condivisione del letto con i genitori”.

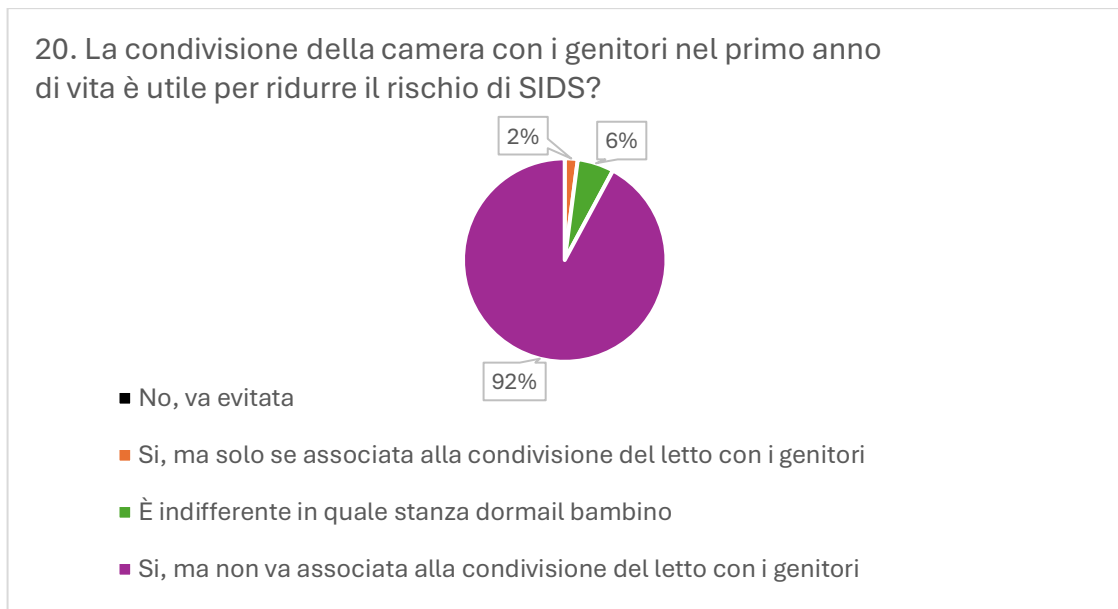


Grafico 20: luogo in cui deve dormire il neonato/lattante nel primo anno di vita.

Con la domanda n° 21 si è indagato su quando fare uso del ciuccio in sicurezza: il 76% (405 risposte) ha risposto “ad allattamento ben avviato e stabilizzato”; il 13% (72 risposte) ha risposto “dopo il 40° giorno di vita”; l’ 11% (57 risposte) ha risposto “dal momento della nascita”.

21. Quando è possibile fare uso del ciuccio in sicurezza?

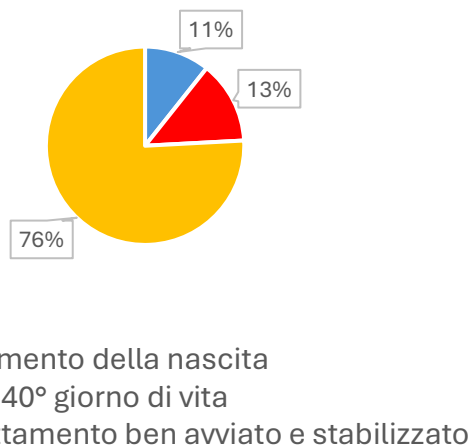


Grafico 21: uso del ciuccio.

Con la domanda n° 22 si è indagato sull'utilità dell'allattamento al seno al fine di ridurre il rischio di SIDS: il 75,7% (404 risposte) sostiene che "sì, il latte materno è l'alimento migliore per il lattante"; il 22,8% (122 risposte) "è indifferente"; lo 0,9% (5 risposte) sostiene che "sì, ma solo nel primo mese di vita del bambino"; lo 0,6% (3 risposte) ha risposto "non è utile, anzi andrebbe evitato".

22. Allattare al seno è utile per ridurre il rischio di SIDS?

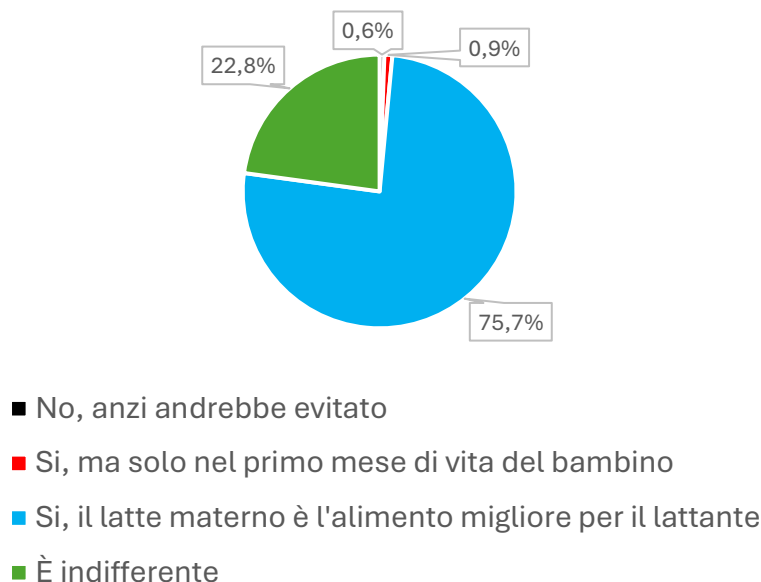


Grafico 22: utilità dell'allattamento al seno al fine di prevenire la SIDS.

A seguire con la domanda n° 23 è stato chiesto ai neogenitori se il fumo è un fattore di rischio per la comparsa della SIDS: il 95% (506 risposte) ha risposto "sì, in ogni caso"; il

3% (19 risposte) ha risposto “si, solo se si fuma in presenza del bambino”; il 2% (9 risposte) ha risposto “no, se si fuma 3-4 ore prima di vedere il bambino”.

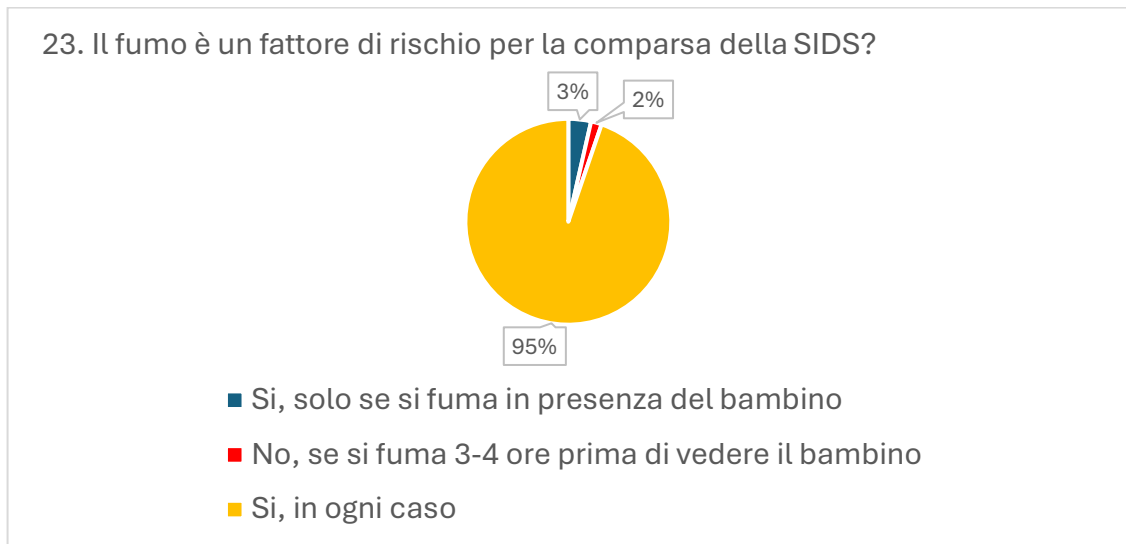


Grafico 23: indagine sul fumo come fattore di rischio per la SIDS.

Infine, con la domanda n° 24 è stato chiesto se è necessaria una maggiore informazione ai genitori riguardo la SIDS: il 69% (371 risposte) è fortemente d'accordo; il 26% (137 risposte) è d'accordo; il 2% (13 risposte) è incerto; il 2% (10 risposte) è fortemente in disaccordo; l'1% (3 risposte) è in disaccordo.

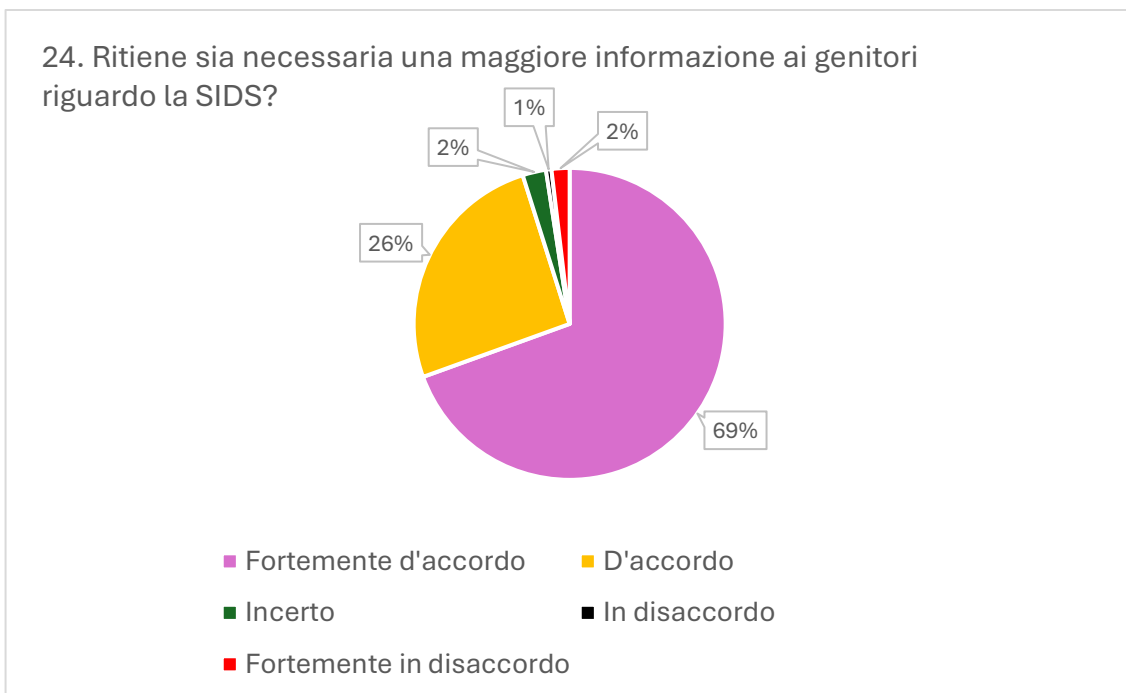


Grafico24: quesito sull'utilità di una maggiore informazione ai genitori sul fenomeno trattato.

3.4.2 Risultati questionario rivolto agli infermieri

Analizzando i dati del questionario somministrato agli infermieri con la domanda n° 1 si può notare che il genere degli intervistati maggiormente espresso, per l'83% (125 risposte), è femmina mentre per il 17% (25 risposte) è maschio.

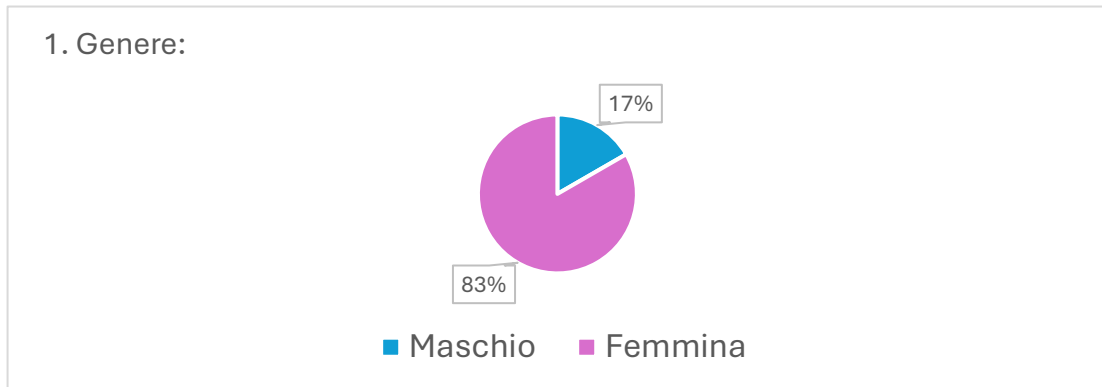


Grafico 25: il grafico mostra il genere degli infermieri.

L'età degli infermieri è stata misurata con la domanda n° 2 del questionario con una risposta aperta. L'età che emerge dalle risposte è compresa tra i 22 anni e i 67 anni, di cui la maggioranza risulta avere 32 anni con l'85%, mentre la minoranza con lo 0,7% risulta per i 30/43/46/48/49/52/55/67 con una sola risposta per ognuno.

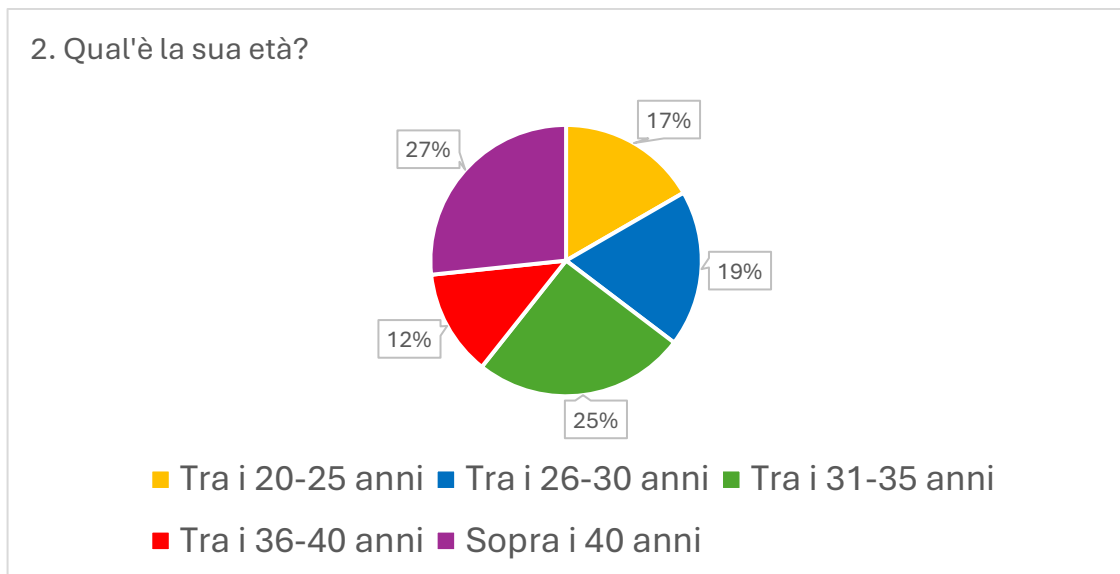


Grafico 26: età degli infermieri.

A seguire è stato chiesto agli infermieri in quale regione esercitano la loro professione: il 25,3% (38 risposte) lavora nelle Marche; il 13,3% (20 risposte) lavora nel Lazio; il 12%

(18 risposte) lavora in Lombardia; il 10,7% (16 risposte) lavora in Piemonte; il 5,3% (8 risposte) lavora nel Veneto; il 5,3% (8 risposte) lavora in Campania; il 4,7% (7 risposte) lavora in Friuli Venezia Giulia; il 3,3% (5 risposte) lavora in Sicilia; il 3,3% (5 risposte) lavora in Emilia Romagna; il 2,7% (4 risposte) lavora in Toscana; il 2,7% (4 risposte) lavora in Calabria; il 2% (3 risposte) lavora in Puglia; il 2% (3 risposte) lavora in Sardegna; il 2% (3 risposte) lavora in Trentino Alto Adige; il 2% (3 risposte) lavora in Abruzzo; l'1,3% (2 risposte) lavora in Umbria; l'1,3% (2 risposte) lavora in Liguria; lo 0,7% (1 risposta) lavora in Basilicata.

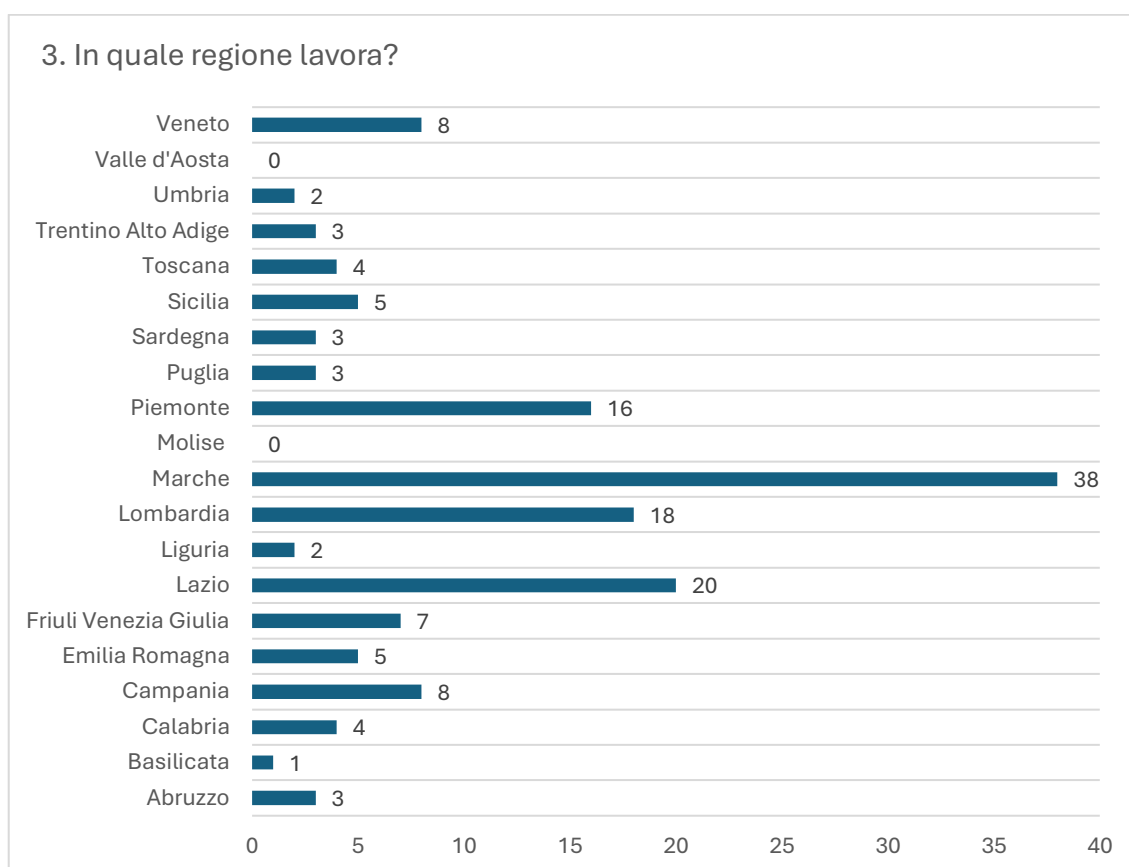
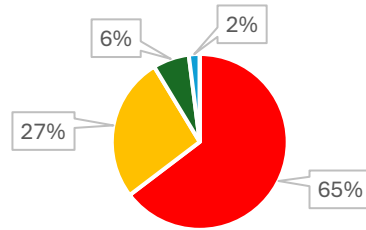


Grafico 27: il grafico mostra la regione in cui gli infermieri, che hanno partecipato al questionario, lavorano.

In seguito con il quesito n° 4 è stato chiesto agli infermieri il più alto livello di istruzione da loro conseguito: il 65% (97 risposte) ha una laurea triennale/diploma professionale infermiere; il 27% (40 risposte) ha un master di I° livello; il 6% (10 risposte) ha una laurea magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche; il 2% (3 risposte) ha un master di II° livello.

4. Qual è il suo più alto livello di istruzione?

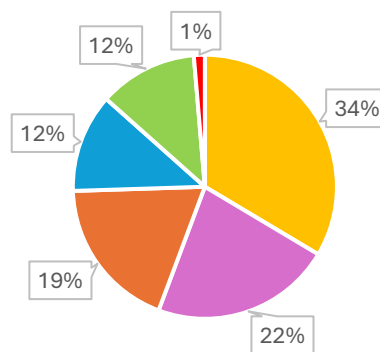


- Laurea triennale/Diploma professionale infermiere
- Master di I° livello
- Laurea magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche
- Master di II° livello
- Dottorato di ricerca

Grafico 28: titolo di studio.

Il quesito n° 5 ha indagato l'area lavorativa: il 34% (50 risposte) lavora nell'area medica; il 22% (33 risposte) lavora nell'area materno infantile; il 19% (28 risposte) lavora nel territorio; il 12% (18 risposte) lavora nell'area critica; il 12% (18 risposte) lavora nell'area chirurgica; l'1% (2 risposte) lavora nell'area di salute mentale.

5. In quale area lavora?



- Area medica
- Area meterno infantile
- Territorio
- Area critica
- Area chirurgica
- Area di salute mentale

Grafico 29: area di appartenenza degli infermieri.

Con la domanda n° 6 si è chiesto agli infermieri se hanno dei figli: ne è risultato che il 51,3% (77 risposte) non ha figli mentre il 48,7% (73 risposte) ha figli.

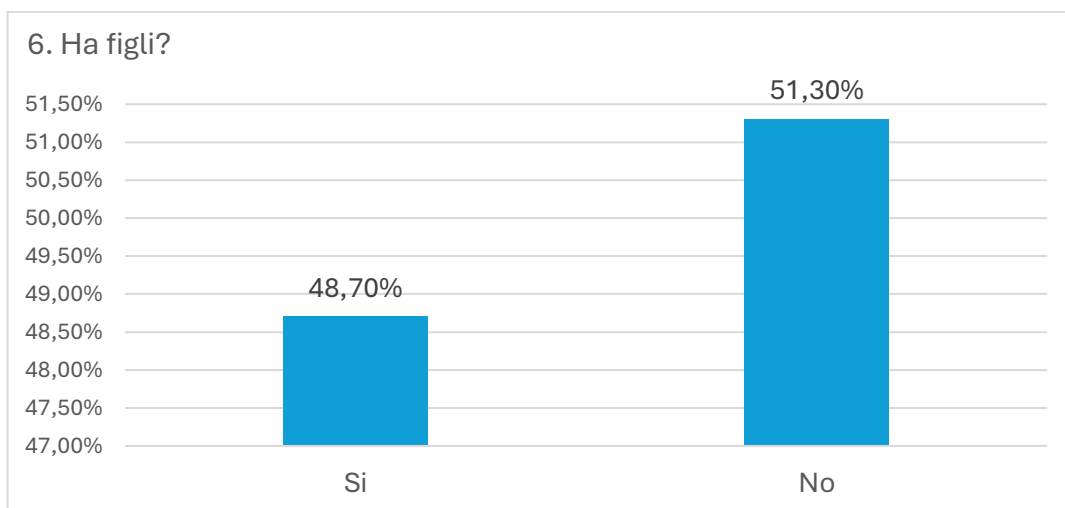


Grafico 30: il grafico mostra il numero degli infermieri che hanno/non hanno figli.

A seguire è stato chiesto agli infermieri se hanno mai sentito parlare della SIDS: la maggioranza con il 97,3% (146 risposte) ha risposto “sì” mentre il 2,7% (4 risposte) “no”.

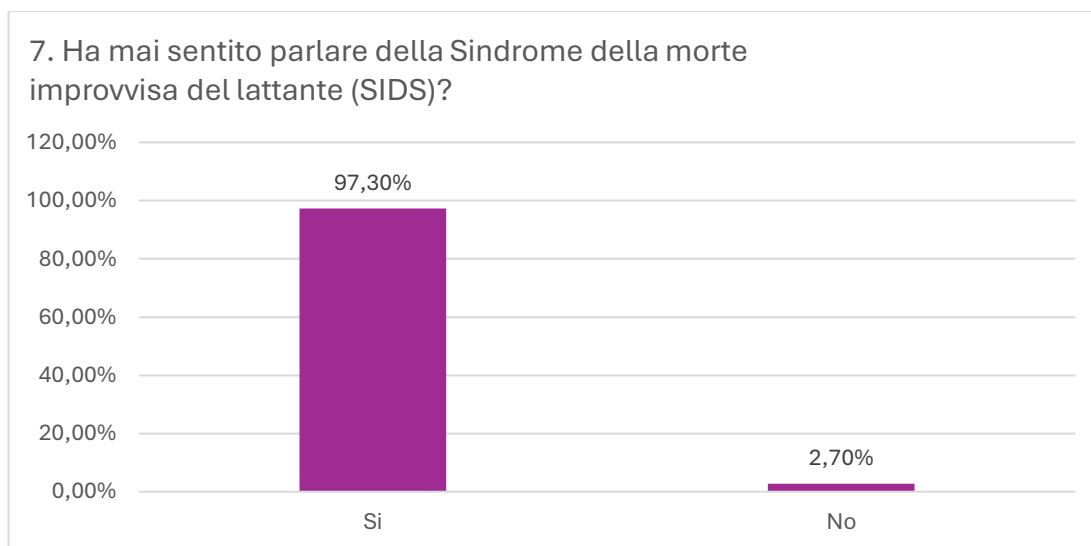


Grafico 31: il grafico mostra la conoscenza della SIDS.

A coloro che hanno risposto positivamente alla domanda precedente è stato poi chiesto di specificare da chi hanno sentito parlare della SIDS con una domanda a risposta multipla, a cui hanno risposto 146 infermieri. Il 72,6% (106 risposte) ha acquisito informazioni sulla SIDS attraverso la formazione di base mentre il 24,7% (36 risposte) attraverso la formazione post-base. Il 32,9% (48 risposte) si è informato sulla SIDS attraverso Internet, social media, tv. Il 18,5% (27 risposte) è venuto a conoscenza della SIDS tramite altri

professionisti non specificati. Infine, il 2,8% (4 risposte) ha appreso la SIDS a causa di un evento successo a persone vicine.

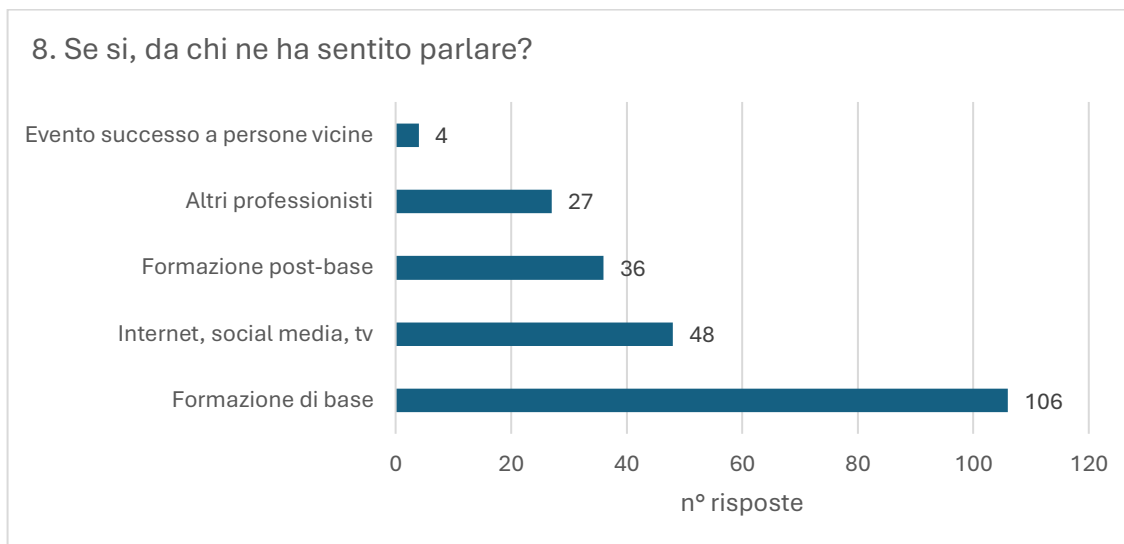


Grafico 32: studio sulle modalità con cui gli infermieri hanno acquisito conoscenze sul fenomeno della SIDS.

Con il quesito n° 9 si è chiesto agli infermieri se ritengono essere necessaria una maggiore formazione sul tema della SIDS agli infermieri stessi: il 52% (79 risposte) è d'accordo; il 41% (61 risposte) è fortemente d'accordo; il 6% (9 risposte) è incerto; l'1% (1 risposta) è in disaccordo.

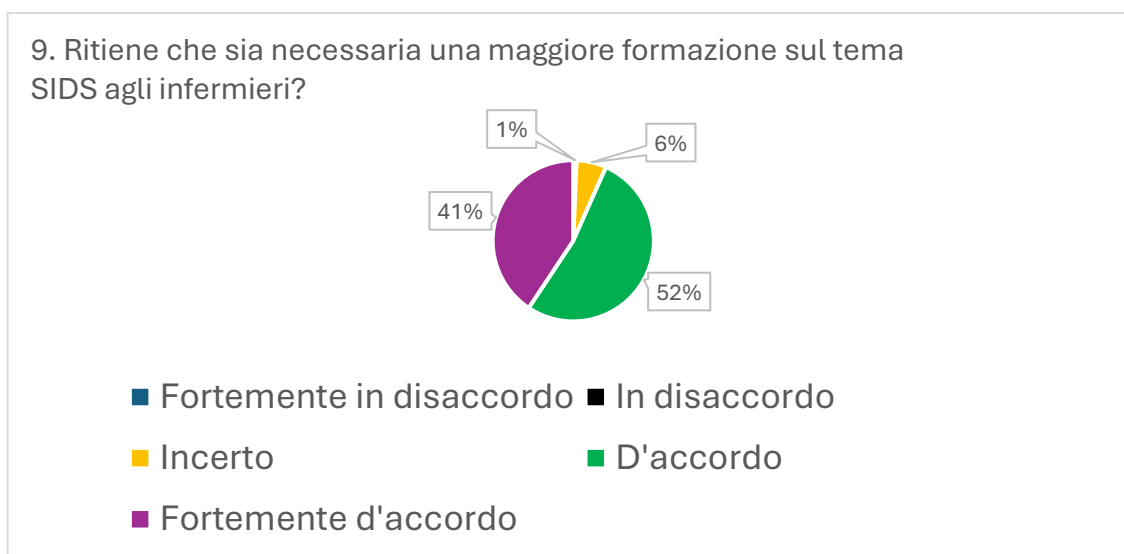


Grafico 33: importanza della conoscenza della SIDS percepita dagli infermieri.

A seguire con il quesito n° 10 si è indagato sulla conoscenza della SUPC tra gli infermieri: il 64,7% (97 risposte) non ne ha mai sentito parlare mentre il 35,3% (53 risposte) sì.

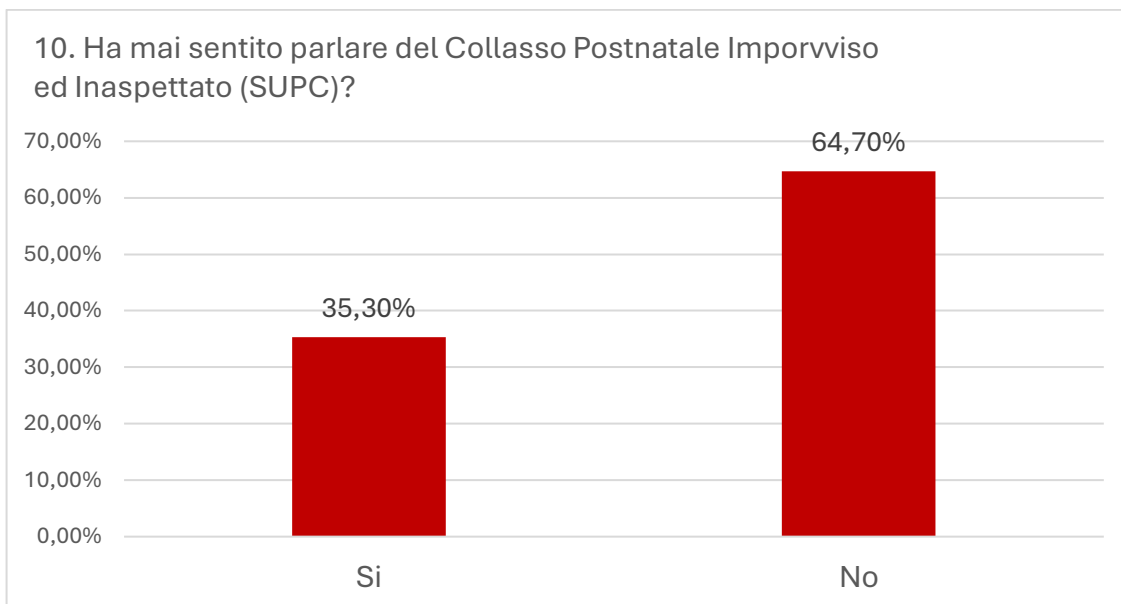


Grafico 34: indagine sulla conoscenza della SUPC tra la popolazione infermieri.

Per coloro che hanno risposto positivamente alla domanda precedente è stata poi proposta la domanda n° 11 con possibilità di risposta multipla a cui hanno risposto 56 persone. La domanda in questione chiede loro di specificare come hanno acquisito informazioni sul fenomeno della SUPC: il 48,2% (27 risposte) dalla formazione di base; il 41,4 % (23 risposte) dalla formazione post-base; il 26,8% (15 risposte) da altri professionisti; il 12,5% (7 risposte) da internet, social media, tv. Due risposte non sono attinenti con il quesito in quanto una lasciata vuota e un'altra risposta "no".

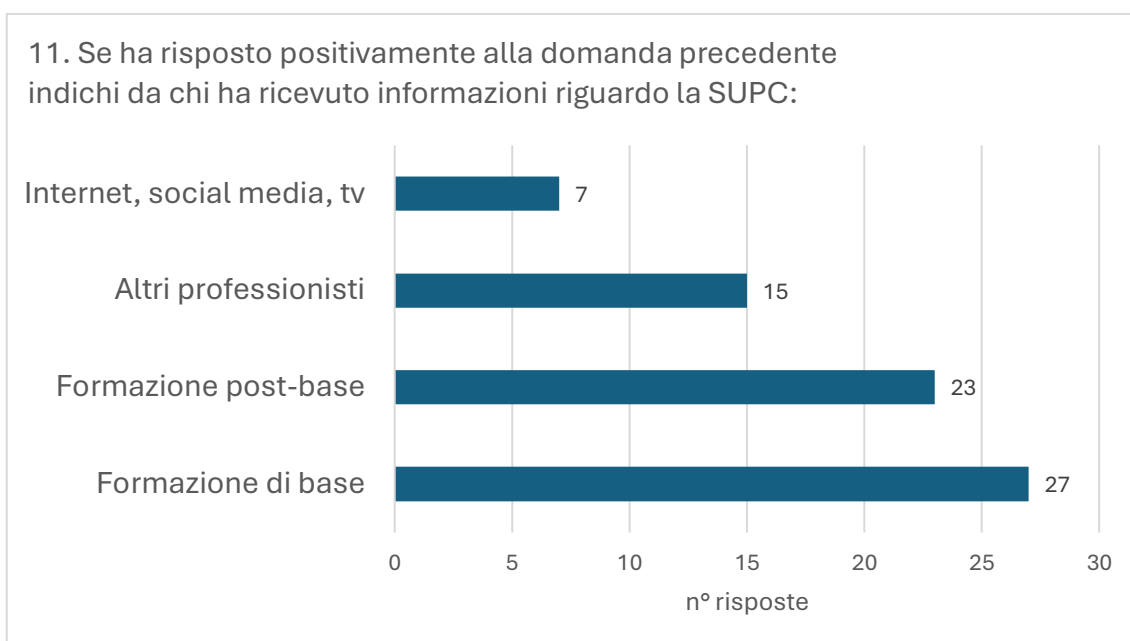


Grafico 35: modalità con cui gli infermieri hanno acquisito conoscenze sulla SUPC.

Con il quesito n° 12 è stato chiesto se è necessaria una maggiore formazione sul tema della SUPC agli infermieri: il 50% (75 risposte) è fortemente d'accordo; il 47% (70 risposte) è d'accordo; il 3% (5 risposte) è incerto.

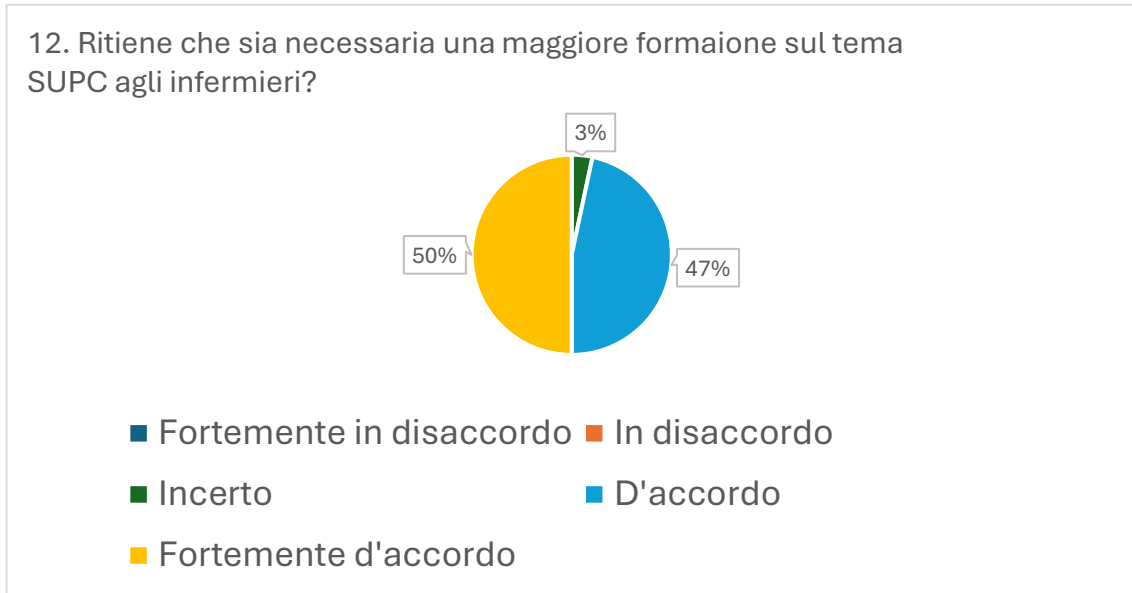
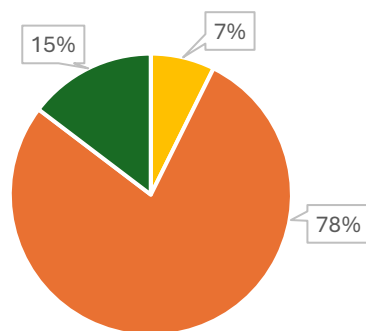


Grafico 36: importanza della conoscenza della SUPC percepita dagli infermieri.

Con la domanda n°13 si è iniziato ad indagare sulle conoscenze degli infermieri riguardo le corrette tecniche di sonno sicuro nel neonato/lattante. È stato chiesto qual è la posizione corretta da far assumere al neonato/lattante durante il sonno: il 78% (117 risposte) ha risposto “supina (pancia in su)”; il 15% (22 risposte) ha risposto “sul fianco”; il 7% (11 risposte) ha risposto “prona (pancia in giù)”.

13. Durante il sonno la posizione corretta da far assumere al neonato/lattante è:

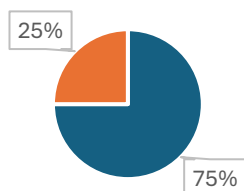


- Prona (pancia in giù)
- Sul fianco
- Supina (pancia in su)
- Indifferente

Grafico 37: posizione corretta del neonato/lattante durante il sonno.

Dall'elaborazione dei dati con la domanda n° 14, che indaga se la posizione prona (tummy time) è raccomandata al fine di prevenire lo sviluppo dell'appiattimento dell'occipite e per facilitare lo sviluppo della forza del cingolo scapolare superiore, è emerso che il 75% (111 risposte) sostiene essere raccomandata nel neonato/lattante la posizione prona mentre è sorvegliato e per brevi periodi; per il 25 % (37 risposte) la posizione prona non è raccomandata in nessun caso.

14. È raccomandata la posizione prona (Tummy Time) al fine di prevenire lo sviluppo dell'appiattimento dell'occipite e per facilitare lo sviluppo della forza del cingolo scapolare superiore, necessaria per il raggiungimento tempestivo di alcune tappe motorie?



- Si, i genitori sono incoraggiati a mettere il neonato/lattante a pancia in giù mentre è sveglio e sorvegliato per brevi periodi di tempo
- No, non è raccomandata nel neonato/lattante la posizione prona

Grafico 38: utilità del tummy time percepita dagli infermieri.

A seguire la domanda n° 15 sulla temperatura idonea nella stanza del neonato/lattante: il 64% (96 risposte) sostiene deve trovarsi tra i 18°C e i 20°C; il 30% (45 risposte) tra i 22°C e i 26°C; il 4% (6 risposte) tra i 16°C e i 18°C ed infine per il 2% (3 risposte) deve essere superiore ai 26°C.

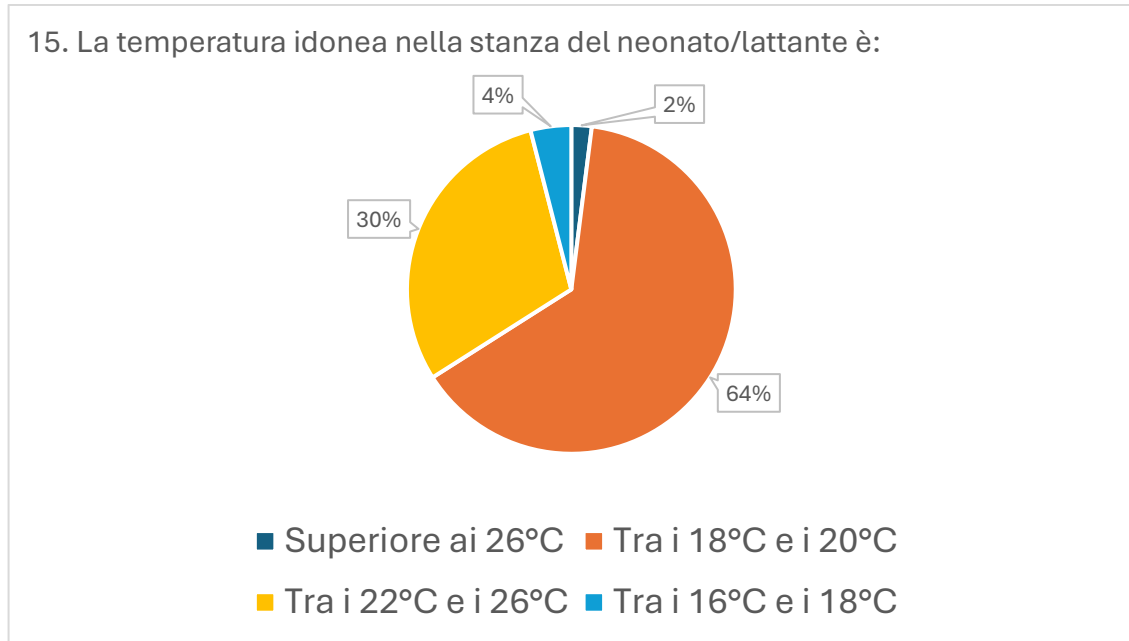


Grafico 39: temperatura nella stanza del neonato/lattante.

Nella domanda n° 16 è stato chiesto agli infermieri cosa deve essere presente nella culla del neonato/lattante: il 53% (79 risposte) ha detto “un materasso rigido”; il 34% (51 risposte) ha risposto “un cuscino anti soffoco”; l’11% (17 risposte) ha risposto “i paracolpi” ed infine per il 2% (3 risposte) “un piumino caldo e soffice”.

16. La culla del neonato/lattante deve avere:

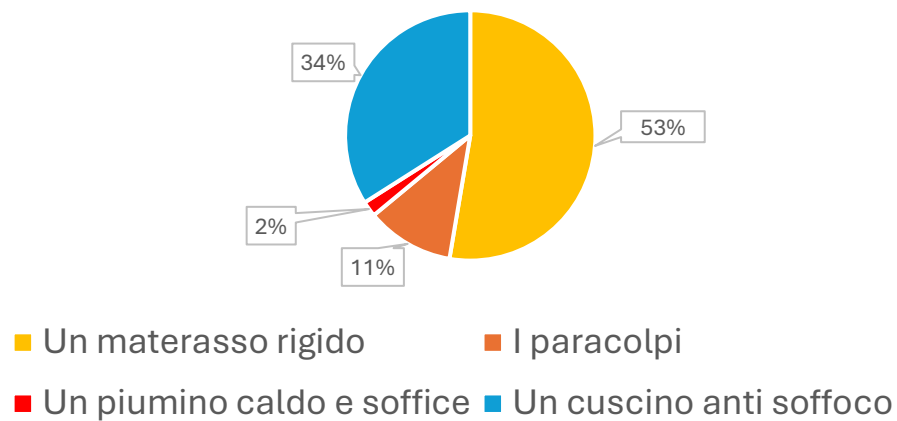


Grafico 40: culla del neonato.

A seguire è stato chiesto se il neonato/lattante deve o no dormire con i piedi che toccano il fondo della culla/lettino con il quesito n° 17: il 45% (67 risposte) ha risposto “no”; il 40% (61 risposte) ha risposto “sì” e per il 15% (22 risposte) “è indifferente”.

17. Il neonato/lattante deve dormire con i piedi che toccano il fondo della culla/lettino?

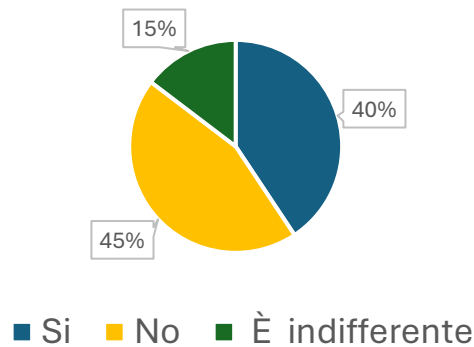


Grafico 41: posizione del neonato/lattante rispetto alla culla/lettino.

Con il quesito n° 18 è stato chiesto se i sistemi di monitoraggio del sonno (videocamera, monitor audio) sono utili al fine di prevenire la SIDS: il 79% (119 risposte) ha risposto “sì” mentre il 21% (31 risposte) “no”.

18. Sono utili i sistemi di monitoraggio del sonno (videocamera, monitor audio)?

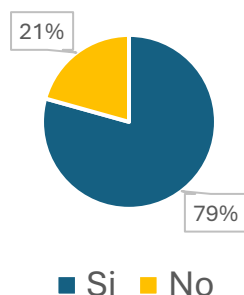
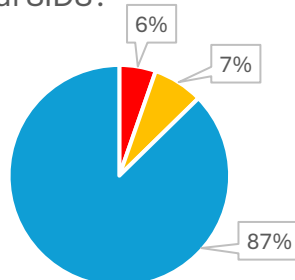


Grafico 42: utilità dei sistemi di monitoraggio del sonno.

Con il quesito n° 19 è stato chiesto se la condivisione della camera con i genitori nel primo anno di vita è utile per ridurre il rischio di SIDS: l'87% (131 risposte) ha risposto "sì, ma non va associata alla condivisione del letto con i genitori"; il 7% (11 risposte) ha risposto "è indifferente in quale stanza dorma il bambino"; il 6% (8 risposte) ha risposto "sì, ma solo se associata alla condivisione del letto con i genitori".

19. La condivisione della camera con i genitori nel primo anno di vita è utile per ridurre il rischio di SIDS?



- No, va evitata
- Si, ma solo se associata alla condivisione del letto con i genitori
- È indifferente in quale stanza dorma il bambino
- Si, ma non va associata alla condivisione del letto con i genitori

Grafico 43: luogo in cui deve dormire il neonato/lattante nel primo anno di vita.

Con la domanda n° 20 è stato chiesto quando è possibile fare uso del ciuccio in sicurezza: il 67% (100 risposte) ha risposto “ad allattamento ben avviato e stabilizzato”; il 22% (33 risposte) ha risposto “dopo il 40° giorno di vita”; l’11% (17 risposte) ha risposto “dal momento della nascita”.

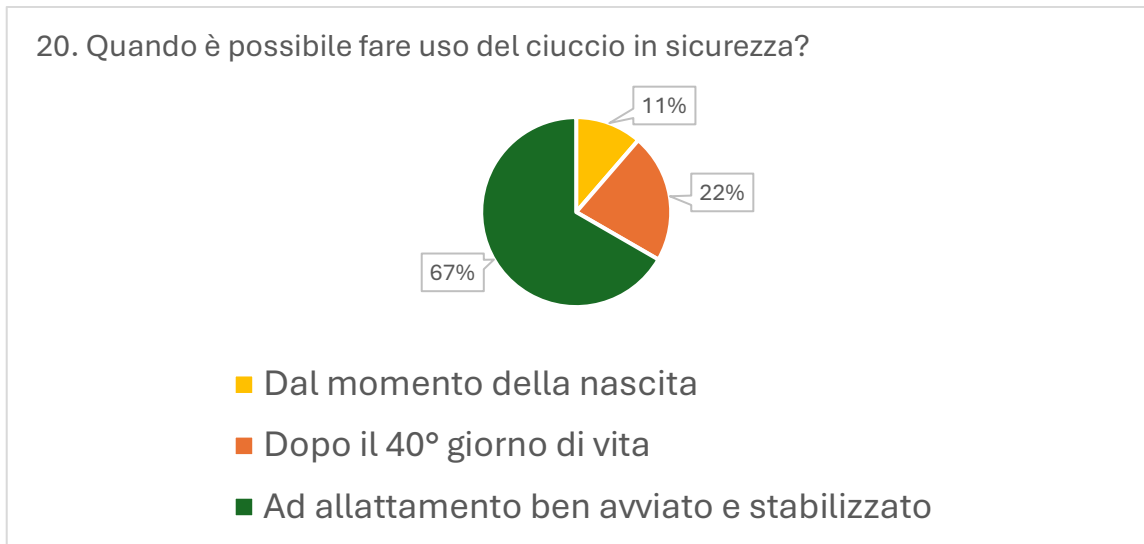
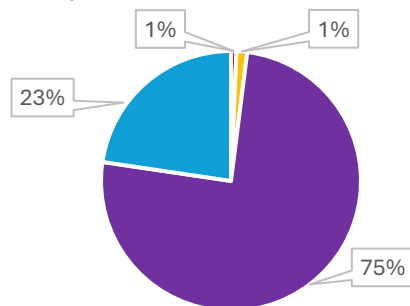


Grafico 44: uso del ciuccio in sicurezza.

A seguire si è indagato sull’utilità dell’allattamento al seno al fine di ridurre il rischio di SIDS nel neonato/lattante: il 75% (113 risposte) sostiene “sì, il latte materno è l’alimento migliore per il lattante”; il 23% (34 risposte) “è indifferente”; l’1% (2 risposte) “sì, ma solo nel primo mese di vita del bambino”; l’1% (1 risposta) “no, anzi andrebbe evitato”.

21. Allattare al seno è utile per ridurre il rischio di SIDS?

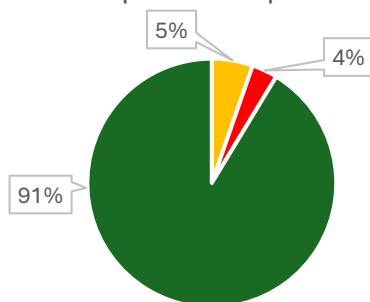


- No, anzi andrebbe evitato
- Si, ma solo nel primo mese di vita del bambino
- Si, il latte materno è l'alimento migliore per il lattante
- È indifferente

Grafico 45: utilità dell'allattamento al seno al fine di ridurre il rischio di SIDS.

Con l'ultima domanda è stato chiesto se il fumo è un fattore di rischio per la comparsa della SIDS: il 91% (137 risposte) ha risposto "sì, in ogni caso"; il 5% (8 risposte) ha risposto "sì, solo se si fuma in presenza del bambino"; il 4% (5 risposte) ha risposto "no, se si fuma 3-4 ore prima di vedere il bambino".

22. Il fumo è un fattore di rischio per la comparsa della SIDS?



- Si, solo se si fuma in presenza del bambino
- No, se si fuma 3-4 ore prima di vedere il bambino
- Si, in ogni caso

Grafico 46: indagine sul fumo come fattore di rischio per la SIDS.

3.5 Discussione

Nell'analisi dei risultati dei dati pervenuti è stata fatta una distinzione tra i due questionari somministrati in quanto sono oggetto di studio due popolazioni differenti: da una parte i neogenitori e dall'altra gli infermieri.

Nell'analisi della conoscenza della SIDS nei neogenitori è stata riscontrata una notevole maggioranza di risposte da parte di mamme con il 98,9% rispetto all'1,1% di risposte da parte di papà. Un dato importante risulta essere che la maggioranza di loro con un 41,4% ha avuto il suo ultimo figlio nel 2022, questo permette di avere dei risultati piuttosto recenti, in particolare per la valutazione della conoscenza del tema principale. Dai risultati della ricerca emerge che 529 mamme/papà (99,1%) sostengono di essere a conoscenza della sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS) di cui la maggioranza con un 80,5% ha ricevuto tali informazioni tramite internet, social media, tv. Il 47,4% ha ricevuto informazioni sulla SIDS da parte della figura dell'ostetrica mentre soltanto un 11,7% dichiara di essere stato informato da parte della figura dell'infermiere.

Nello studio si è voluto indagare inoltre su un altro tema molto vicino a quello principale, ossia il collasso improvviso post-natale (SUPC), che può avvenire già nelle prime ore dopo la nascita ed entro i primi sette giorni. Dall'analisi dei risultati emerge che la maggioranza con un 89% non ha mai ricevuto nessuna informazione riguardo la SUPC. Per coloro che invece sono stati informati sulla SUPC, che corrispondono all'11%, risulta che tali informazioni sono arrivate per la maggior parte (40%) dall'ostetrica. Solamente un 10,8% ha dichiarato che l'apprendimento della SUPC è stato grazie all'infermiere. Dall'analisi dei risultati emerge poi che un 83% dei genitori ha almeno una volta partecipato ad un corso preparto.

Lo studio si è poi incentrato sugli aspetti significativi delle corrette metodiche da applicare con il neonato/lattante durante il sonno al fine di ridurre l'insorgenza della SIDS. Questa parte è costituita da una serie di domande che permette di valutare effettivamente se le informazioni ricevute sono attinenti alle raccomandazioni sulle pratiche di sonno sicuro dell'AAP del 2022. La popolazione con un valore significativo pari al 89,5% ha dimostrato da subito di essere a conoscenza riguardo la posizione da far assumere al neonato/lattante durante il sonno: la posizione supina. La temperatura della stanza, che si deve attenere tra i 18°C e i 20°C risulta essere meno conosciuta rispetto alla

posizione del neonato/lattante durante il sonno, con un 78% di risposte corrette. Emerge poi dai risultati un 90,6% di neogenitori che sono a conoscenza della giusta gestione della culla/lettino del neonato/lattante: non deve contenere paracolpi, piumino caldo e soffice né tantomeno un cuscino anti soffoco piuttosto deve presentare un materasso di tipo rigido. Nell'indagine risulta poi una percentuale piuttosto elevata del 64% la quale sostiene che i sistemi di monitoraggio sono utili al fine di prevenire la sindrome della morte improvvisa nel lattante. Secondo la letteratura si evidenzia che i dispositivi di monitoraggio vengono distinti in due categorie: da una parte videocamere, monitor audio e dall'altra quei dispositivi moderni che permettono di rilevare la frequenza respiratoria. Sebbene questi ultimi possono risultare più affidabili non sono tenuti a soddisfare gli stessi requisiti normativi dei dispositivi medici e, per la natura della loro designazione, non devono essere utilizzati per prevenire decessi correlati al sonno. Sebbene l'uso di questi monitor possa dare tranquillità ai genitori e non ci sono controindicazioni all'uso, mancano dati a supporto del loro utilizzo per ridurre il rischio di decesso. C'è anche il timore che l'uso di questi monitor può portare alla compiacenza dei genitori e a una minore aderenza alle linee guida per un sonno sicuro. La decisione di una famiglia di utilizzare i monitor a casa non deve essere considerata un sostituto del rispetto delle linee guida per un sonno sicuro.

Per quanto riguarda l'utilizzo del ciuccio in sicurezza con una percentuale del 76% si è giunti alla risposta corretta: ad allattamento ben avviato e stabilizzato. Il latte materno è riconosciuto da un 75,7% come il migliore alimento per il neonato/lattante, funzionale per ridurre il rischio di SIDS.

Una percentuale molto alta, pari al 94,8%, identifica il fumo come un fattore di rischio per l'insorgenza della SIDS.

Dall'analisi dei risultati dei questionari rivolti agli infermieri emerge che il 51,3% di loro non è genitore.

Dalla ricerca si evidenzia che il 97,3% degli infermieri è a conoscenza della sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS). Mentre risulta un 64,7% non informato sul collasso improvviso postnatale (SUPC). Per quanto riguarda questo aspetto appena citato è stata fatta un'analisi più approfondita andando ad analizzare le risposte individualmente ponendo l'attenzione sugli infermieri di area materno infantile. Dall'analisi dei risultati

emerge che il 100% di loro è informato per quanto riguarda la SIDS, mentre per quanto concerne la SUPC la conoscenza risulta essere più carente. Infatti, hanno risposto positivamente alla domanda “Ha mai sentito parlare del Collasso Postnatale Improvviso ed Inaspettato (SUPC)?” il 72,7% (24 risposte) contrapposto ad un 27,2% (9 risposte) di infermieri, specializzati in area materno infantile, che hanno dichiarato di non avere conoscenze sulla SUPC.

Lo studio si è poi incentrato sugli aspetti significativi delle corrette metodiche da applicare con il neonato/lattante durante il sonno al fine di ridurre l'insorgenza della SIDS. La popolazione di infermieri con un 78% ha dimostrato da subito di essere a conoscenza riguardo la posizione da far assumere al neonato/lattante durante il sonno: la posizione supina.

Dall'analisi dei risultati riguardo la temperatura che deve essere mantenuta nell'ambiente di sonno del neonato/lattante emerge un 64% che ha risposto tra i 18°C e i 20°C, un significativo 30% però la attribuisce tra i 22°C e i 26°C.

Per quanto riguarda la predisposizione della culla del neonato/lattante il 53% ha risposto che deve essere presente un materasso rigido. Nonostante la percentuale precedente rappresenti la maggioranza delle risposte emerge comunque un 34% di risposte, le quali definiscono necessaria la presenza di un cuscino anti soffoco all'interno della culla accompagnata da un 11% a sostegno dei paracolpi.

La domanda n° 17 ha chiesto agli infermieri come deve essere posizionato il neonato/lattante rispetto a quello che è il fondo della culla/lettino. L'analisi dei risultati fa emergere che la maggioranza delle risposte con un 45% sostiene che il neonato deve dormire con i piedi che non toccano il fondo della culla. Questo dato risulta essere in disaccordo con le raccomandazioni in quanto per il neonato/lattante è favorevole essere posizionato con i piedi che toccano il fondo del lettino per evitare eventuali scivolamenti al di sotto di lenzuolo/coperta.

Per quanto riguarda i sistemi di monitoraggio il 79% sostiene che sono utili al fine di prevenire la SIDS. Sebbene l'uso di questi monitor possa dare tranquillità ai genitori e non ci sono controindicazioni all'uso, mancano dati a supporto del loro utilizzo per ridurre il rischio di decesso.

In seguito dall'analisi dei risultati emerge che l'87% degli infermieri sono informati sulla condivisione della camera con i genitori per il primo anno di vita se non associata alla condivisione del letto con i genitori.

Sull'uso del ciuccio in sicurezza un 67% dimostra di sapere che esso deve avvenire ad allattamento ben avviato e stabilizzato, contrapposto al 22% che lo attribuisce dopo il 40° giorno di vita e un 11% dal momento della nascita.

Il latte materno è noto come l'alimento migliore per il neonato/lattante al fine di ridurre il rischio di SIDS per la maggioranza degli infermieri con un risultato positivo al 75%. Così come è noto che il fumo è sempre un fattore di rischio per la comparsa della SIDS per il 91% degli infermieri intervistati.

4. CONCLUSIONE

Nella conclusione di questo lavoro è possibile affermare che la conoscenza della SIDS, soprattutto tra i neogenitori, risulta essere generalmente completa e soddisfacente, frutto delle campagne di sensibilizzazione e dell'informazione fornita durante i corsi preparto e l'assistenza postnatale. Tuttavia, emerge una significativa lacuna riguardo al fenomeno della SUPC, sia tra i neogenitori che tra gli infermieri, evidenziando la necessità di potenziare la formazione di base e post-base degli operatori sanitari.

Un'educazione sanitaria più completa sugli aspetti legati alle pratiche di sonno sicuro è essenziale per garantire la salute e la sicurezza dei neonati. Le informazioni fondamentali, infatti, dovrebbero essere trasmesse non solo durante i corsi preparto, ma anche proseguire con un follow-up strutturato sia in ambito ospedaliero che domiciliare. Questo approccio garantirebbe che i genitori siano costantemente supportati, riducendo i rischi associati a una conoscenza incompleta di tali tematiche.

Inoltre, vista la crescente rilevanza dei social media come fonte d'informazione, è cruciale che l'opuscolo informativo dedicato alla SIDS, promosso dal Ministero della Salute, venga diffuso anche attraverso canali digitali. Di fondamentale importanza risulta l'ampliamento delle conoscenze riguardo al fenomeno della SUPC. Le piattaforme social, infatti, offrono un'opportunità unica per raggiungere un pubblico più ampio, fornendo informazioni accurate e aggiornate, e promuovendo la consapevolezza su questi temi essenziali. Una strategia di comunicazione digitale ben strutturata potrebbe, in futuro, contribuire in modo significativo a una maggiore diffusione delle buone pratiche di sonno sicuro, garantendo un accesso immediato e continuo alle informazioni da parte di tutti.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Fraile-Martinez O. Sudden Infant Death Syndrome (SIDS): State of the Art and Future Directions. *Int J Med Sci.* 2024. 21(5):848-861.
2. Salute del bambino e dell'adolescente: SIDS, Ministero della Salute, 20 Marzo 2024 (disponibile al sito internet <https://www.salute.gov.it/portale/saluteBambinoAdolescente/dettaglioContenutiSaluteBambinoAdolescente.jsp?lingua=italiano&id=1923&area=saluteBambino&menu=nascita>).
3. Sindrome della morte in culla, Istituto superiore di Sanità, 2023 (disponibile al sito internet: <https://www.epicentro.iss.it/sids/epidemiologia>).
4. A. Gemble. Knowledge assessment of sudden infant death syndrome risk factors in expectant mothers: A prospective monocentric descriptive study. *Arch Pediatr,* 2020. 27(1):33-38.
5. J. Bruce Beckwith. Defining the Sudden Infant Death Syndrome. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003. 157(3):286-90.
6. Carrie K Shapiro-Mendoza. The Epidemiology of Sudden Infant Death Syndrome and Sudden Unexpected Infant Deaths: Diagnostic Shift and other Temporal Changes. *SIDS Sudden Infant and Early Childhood Death: The Past, the Present and the Future.* 2018. Capitolo 13.
7. Supplemento ordinario n. 89 alla GAZZETTA UFFICIALE, serie generale n 272, 2014 (disponibile al sito internet:

https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=0&art.flagTipoArticolo=1&art.codiceRedazionale=14A08847&art.idArticolo=1&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=2014-11-22&art.progressivo=0

8. Henry F. Krous, Sudden Infant Death Syndrome and Unclassified Sudden Infant Deaths: A Definitional and Diagnostic Approach. *Pediatrics*. 2004. 114(1):234-8.
9. Sudden and Unexpected Postnatal Collapse, British Association of Perinatal Medicine, 2022 (disponibile al sito internet: <https://www.bapm.org/resources/sudden-and-unexpected-postnatal-collapse-supc>).
10. Nicolas J Pejovic. Unexpected collapse of healthy newborn infants: risk factors, supervision and hypothermia treatment. *Acta Paediatr*. 2013. 102(7): 680–688.
11. Eric Helenius e Pierre Kuhn. Sudden Unexpected Postnatal Collapse of Newborn Infants: A Review of Cases, Definitions, Risks, and Preventive Measures. *Transl Stroke Res*. 2013. 4(2): 236–247.
12. Jan Sperhake. The prone sleeping position and SIDS. Historical aspects and possible pathomechanisms. *International Journal of Legal Medicine*. 2018. 132:181–185.
13. Rachel Y. Moon. Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2022 Recommendations for Reducing Infant Deaths in the Sleep Environment. *Pediatrics*. 2022. 150(1).

14. Glenis K Scadding. Laryngeal Inflammation in the Sudden Infant Death Syndrome. *Curr Pediatr Rev.* 2014. 10(4):309-13.

15. Protocollo di indagini e di riscontro diagnostico nella morte improvvisa infantile. *Gazzetta Ufficiale* n°272 del 22-11-2014, legge del 2 Febbraio 2006 n°31, articolo 1 (disponibile al sito internet: https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2014-11-22&atto.codiceRedazionale=14A08847&elenco30giorni=false).

16. Mahitab Mohamed Abdelrahman, Reham Hashem, Lareen Magdi El-Sayed Abo-Seif. Promoting infant safe sleep practices among neonatal and paediatric nurses through simulation-based training program. *J Pediatr Nurs.* 2024. 77: e474-e479.

17. Michelle Caraballo, Marisa Abbe, Jerithea Tidwell, Hayden Dutton, Mayra G Garcia, Gemmarie Punzalan, Alison Axon. Steering the Titanic: One tertiary care children's hospital's experience navigating safe sleep for hospitalized infants. *J Pediatr Nurs.* 2023. 73: e1-e9.

18. Kimberly J Patterson, Ellise D Adams, Charlotte Ramieh. Infant Safe Sleep Initiative in a Small Volume Maternity Service. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2022. 47(4):189-194.

19. Shannon O'Shea, Lynn Mohr, Alma Blancarte. Safe Sleep Program for the NICU Nursing Staff: A Pilot Program. *Neonatal Netw.* 2022. 1;41(2):73-82.

20. S Uduwana, L Garcia, S L Nemerofsky. The wake project: Improving safe sleep practices in a neonatal intensive care unit. *J Neonatal Perinatal Med.* 2020. 13(1):115-127.

ALLEGATO 1

Questionario per genitori: il sonno nel neonato/lattante.

Sono Ilaria Grifonelli, laureanda del Cdl in Infermieristica presso l'Università Politecnica delle Marche, sede di Fermo.

Sto conducendo uno studio per la mia tesi al fine di valutare quali sono le conoscenze degli infermieri riguardo al sonno sicuro nel neonato/lattante per la prevenzione della SIDS (sindrome della morte improvvisa del lattante) e della SUPC (collasso postnatale improvviso ed inaspettato)

Chiedo cortesemente la Sua collaborazione attraverso la compilazione di un questionario della durata di due minuti.

Il questionario è in forma anonima, in conformità con le attuali normative vigenti sul trattamento dei dati personali e sul rispetto della privacy, e tutti i dati saranno utilizzati esclusivamente a scopo didattico.

Per chiarimenti può contattare la seguente e-mail: ilaria.grifonelli@gmail.com

La ringrazio per la Sua collaborazione.

1. In quale anno è nato il suo ultimo figlio/a?

- Sono in attesa di un bambino
- 2024
- 2023
- 2022
- 2021
- 2020
- 2019
- 2018

2. Ha altri figli?

- Sì
- No

3. Se sì, in che anno sono nati?

- 2023

- 2022
- 2021
- 2020
- 2019
- 2018
- 2017
- 2016
- 2015
- 2014
- 2013
- 2012
- 2011
- 2010
- 2009
- 2008
- 2007
- 2006
- 2005
- 2004
- 2003
- 2002
- 2001
- 2000
- 1999
- 1998
- 1997
- 1996
- 1995
- 1994
- 1993
- 1992
- 1991
- 1990

4. Figura genitoriale:

Madre

Padre

5. Titolo di studio:

Diploma scuola primaria

Diploma scuola secondaria di primo grado

Diploma scuola secondaria di secondo grado

Laurea triennale

Laurea magistrale

6. Regione di appartenenza:

Abruzzo

Basilicata

Calabria

Campania

Emilia-Romagna

Friuli-Venezia Giulia

Lazio

Liguria

Lombardia

Marche

Molise

Piemonte

Puglia

Sardegna

Sicilia

Toscana

Trentino-Alto Adige

Umbria

Valle d'Aosta

Veneto

7. Qual è la sua età?

8. Ha mai sentito parlare della Sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS)?

Sì

No

9. Se sì, da chi ne ha sentito parlare?

Ostetrica

Infermiere

Pediatra

Ginecologo

Medico di famiglia

Corso parto

Evento successo a persone vicine

Amico/a

Familiare

Libri, riviste...

Internet, social media, tv...

Altro: _____

10. È stato informato riguardo la SUPC (collasso improvviso post-natale) che può avvenire già nelle prime ore dopo la nascita ed entro i 7 giorni?

Sì

No

11. Se ha risposto sì alla precedente domanda, da chi ha ricevuto informazioni al riguardo della SUPC?

Ostetrica

Infermiere

Pediatra

- Ginecologo
- Medico di famiglia
- Corso parto
- Internet, tv, social media...
- Libri, riviste...
- Amico/a
- Familiare
- Evento successo a persone vicine
- Altro: _____

12. Quanto ritiene sia importante ricevere informazioni riguardo al tema del collasso postnatale improvviso ed inaspettato (SUPC)?

- Estremamente importante
- Molto importante
- Abbastanza importante
- Non tanto importante
- Per nulla importante

13. Ha mai frequentato dei corsi parto?

- Sì
- No

14. Durante il sonno la posizione corretta da far assumere al neonato/lattante è:

- Prona (pancia in giù)
- Supina (pancia in su)
- Sul fianco
- Indifferente

15. La temperatura idonea nella stanza del neonato/lattante è:

- Superiore ai 26°C
- Tra i 18°C e i 20°C
- Tra i 22°C e i 26°C
- Tra i 16°C e i 18°C

16. La culla del neonato/lattante deve avere:

- Un materasso rigido
- I paracolpi
- Un piumino caldo e soffice
- Un cuscino anti-soffoco

17. Il neonato/lattante deve dormire con i piedi che toccano il fondo della culla/lettino?

- Sì
- No
- È indifferente

18. Sono utili i sistemi di monitoraggio del sonno (videocamera, monitor audio)?

- Sì
- No

19. È raccomandata la posizione prona (Tummy Time) al fine di prevenire lo sviluppo dell'appiattimento dell'occipite e per facilitare lo sviluppo della forza del cingolo scapolare superiore?

- No, non è raccomandata nel neonato/lattante la posizione prona
- Sì, i genitori sono incoraggiati a mettere il neonato/lattante a pancia in giù mentre è sveglio e sorvegliato per brevi periodi di tempo

20. La condivisione della camera con i genitori nel primo anno di vita è utile per ridurre il rischio di SIDS?

- No, va evitata
- Sì, ma solo se associata alla condivisione del letto con i genitori
- È indifferente in quale stanza dorma il bambino
- Sì, ma non va associata alla condivisione del letto con i genitori

21. Quando è possibile fare uso del ciuccio in sicurezza?

- Dal momento della nascita
- Ad allattamento ben avviato e stabilizzato
- Dopo il 40° giorno di vita

22. Allattare al seno è utile per ridurre il rischio di SIDS?

- No, anzi andrebbe evitato
- Sì, ma solo nel primo mese di vita del bambino
- Sì, il latte materno è l'alimento migliore per il lattante
- È indifferente

23. Il fumo è un fattore di rischio per la comparsa della SIDS?

- Sì, solo se si fuma in presenza del bambino
- No, se si fuma 3-4 ore prima di vedere il bambino
- Sì, in ogni caso

24. Ritiene sia necessaria una maggiore informazione ai genitori riguardo la Sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS)?

- Fortemente in disaccordo
- In disaccordo
- Incerto
- D'accordo
- Fortemente d'accordo

Grazie per la collaborazione!

ALLEGATO 2

Questionario per Infermieri: il sonno nel neonato/lattante.

Sono Ilaria Grifonelli, laureanda del Cdl in Infermieristica presso l'Università Politecnica delle Marche, sede di Fermo.

Sto conducendo uno studio per la mia tesi al fine di valutare quali sono le conoscenze degli infermieri riguardo al sonno sicuro nel neonato/lattante per la prevenzione della SIDS (Sindrome della morte improvvisa del lattante) e della SUPC (collasso postnatale improvviso ed inaspettato)

Le chiedo cortesemente di dedicare due minuti del suo tempo alla compilazione di un questionario.

Il questionario è in forma anonima, in conformità con le attuali normative vigenti sul trattamento dei dati personali e sul rispetto della privacy, e tutti i dati saranno utilizzati esclusivamente a scopo didattico.

Per chiarimenti può contattare la seguente e-mail: ilaria.grifonelli@gmail.com

La ringrazio per la Sua collaborazione.

1. Genere:

Maschio

Femmina

2. Qual è la sua età?

3. In quale regione lavora?

Abruzzo

Basilicata

Calabria

Campania

Emilia-Romagna

Friuli-Venezia Giulia

Lazio

Liguria

Lombardia

Marche

- Molise
- Piemonte
- Puglia
- Sardegna
- Sicilia
- Toscana
- Trentino-Alto Adige
- Umbria
- Valle d'Aosta
- Veneto

4. Qual è il suo più alto livello di istruzione?

- Laurea triennale/Diploma professionale infermiere
- Master di I° livello
- Laurea magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche
- Master di II° livello
- Dottorato di ricerca

5. In quale area lavora?

- Area medica
- Area materno infantile
- Area chirurgica
- Area critica
- Territorio
- Altro: _____

6. Ha figli?

- Sì
- No

7. Ha mai sentito parlare della Sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS)?

- Sì
- No

8. Se sì, da chi ne ha sentito parlare?

- Formazione di base
- Formazione post – base
- Altri professionisti
- Internet, social media, tv...
- Evento successo a persone vicine
- Altro: _____

9. Ritiene che sia necessaria una maggiore informazione sul tema SIDS agli infermieri?

- Fortemente in disaccordo
- In disaccordo
- Incerto
- D'accordo
- Fortemente d'accordo

10. Ha mai sentito parlare del Collasso Postnatale Improvviso ed Inaspettato (SUPC)?

- Sì
- No

11. Se ha risposto positivamente alla domanda precedente indichi da chi ha ricevuto informazioni riguardo la SUPC:

- Formazione di base
- Formazione post – base
- Altri professionisti
- Internet, social media, tv...
- Altro: _____

12. Ritiene che sia necessaria una maggiore formazione sul tema SUPC agli infermieri?

- Fortemente in disaccordo
- In disaccordo
- Incerto
- D'accordo
- Fortemente d'accordo

13. Durante il sonno la posizione corretta da far assumere al neonato/lattante è:

- Prona (pancia in giù)

- Supina (pancia in su)
- Sul fianco
- Indifferente

14. È raccomandata la posizione prona (Tummy Time) al fine di prevenire lo sviluppo dell'appiattimento dell'occipite e per facilitare lo sviluppo della forza del cingolo scapolare superiore, necessaria per il raggiungimento tempestivo di alcune tappe motorie?

- No, non è raccomandata nel neonato/lattante la posizione prona
- Sì, i genitori sono incoraggiati a mettere il neonato/lattante a pancia in giù mentre è sveglio e sorvegliato per brevi periodi di tempo

15. La temperatura idonea nella stanza del neonato/lattante è:

- Superiore ai 26°C
- Tra i 18°C e i 20°C
- Tra i 22°C e i 26°C
- Tra i 16°C e i 18°C

16. La culla del neonato/lattante deve avere:

- Un materasso rigido
- I paracolpi
- Un piumino caldo e soffice
- Un cuscino anti-soffoco

17. Il neonato/lattante deve dormire con i piedi che toccano il fondo della culla/lettino?

- Sì
- No
- È indifferente

18. Sono utili i sistemi di monitoraggio del sonno (videocamera, monitor audio)?

- Sì
- No

19. La condivisione della camera con i genitori nel primo anno di vita è utile per ridurre il rischio di SIDS?

- No, va evitata
- Sì, ma solo se associata alla condivisione del letto con i genitori
- È indifferente in quale stanza dorma il bambino
- Sì, ma non va associata alla condivisione del letto con i genitori

20. Quando è possibile fare uso del ciuccio in sicurezza?

- Dal momento della nascita
- Ad allattamento ben avviato e stabilizzato
- Dopo il 40° giorno di vita

21. Allattare al seno è utile per ridurre il rischio di SIDS?

- No, anzi andrebbe evitato
- Sì, ma solo nel primo mese di vita del bambino
- Sì, il latte materno è l'alimento migliore per il lattante
- È indifferente

22. Il fumo è un fattore di rischio per la comparsa della SIDS?


- Sì, solo se si fuma in presenza del bambino
- No, se si fuma 3-4 ore prima di vedere il bambino
- Sì, in ogni caso

Grazie per la collaborazione!

ALLEGATO 3

Using a Dummy while sleeping can also reduce the risk of SIDS

Anche l'impiego del Succhiotto durante il sonno può ridurre il rischio di SIDS



è tuttavia importante

- Introdurlo dopo il primo mese di vita
- Non forzare il bambino se lo rifiuta
- Se lo perde non va reintrodotta
- Evitare di immergerlo in sostanze edulcoranti
- Sospenderne l'uso entro l'anno di vita

However, it is important to remember


- To give your baby a dummy only after the first month of life
- Not to force your baby if he/she does not want it
- Not to reuse it if it falls out
- To avoid coating it in sweeteners
- To stop using it before the age of one

per informazioni rivolgersi oltre che al vostro Pediatra for enquiries, ask your Paediatrician, and also contact:

Associazione Semi per la SIDS onlus - Seeds for SIDS che svolge attività di sostegno alle famiglie e stimolo alla ricerca.
The Association Seeds for SIDS onlus that gives support to families and encourages research

Associazione Semi per la SIDS onlus
50122 Firenze - Piazza S.S. Annunziata, 12
Tel. 346 1864791
e-mail: posta@csitalia.it
www.sidsitalia.it


per sostenere le attività dell'Associazione:
for donations:
IBAN IT75 0093 5901 0001 0000 0142802
C.C. Postale n° 12424552
Via Web: www.sidsitalia.it alla pagina Sostenitori/Donazioni e sx. 3000



Ministero della Salute


Con l'approvazione di
Società Italiana di Pediatria
Società Italiana di Neonatologia
Federazione Italiana Medici Pediatri

Associazione Semi per la SIDS onlus
Italian Association Seeds for SIDS



It's Better for them

Per loro è Meglio



It's Better for them


Per loro è Meglio

La SIDS - Sudden Infant Death Syndrome è la morte improvvisa del lattante chiamata anche morte in culla e può colpire i bambini nel primo anno di vita. Le cause sono ancora sconosciute ma sono ben conosciuti alcuni comportamenti preventivi che sono stati qui descritti.

The Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) is the sudden and unexpected death of an infant, also known as "cot death". Even though its causes are still unknown the preventive measures described below are well known.

Sleeping Safely

Nanna Sicura



nei primi mesi di vita


- La posizione più idonea per dormire è quella sulla schiena
- Non fatelo dormire a pancia sotto né di fianco
- Fatelo dormire su materasso rigido senza cuscino, nella vostra stanza ma non nel letto con voi

During the first months of life

- The best sleeping position for your baby is on his/her back
- Never let your baby sleep face down or on his/her side
- Let your baby sleep on a firm mattress without a pillow in your room, but not in your bed with you

Keep your baby Smoke-Free

Non fatelo Fumare

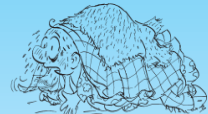


- Durante la gravidanza
- Quando è nato
- Non fumate e non tenete il bambino in ambienti dove si fuma

- During pregnancy
- Once born
- Do not smoke or keep your baby in smoke-filled rooms

Cool is Best

Fresco è Meglio




- Non copritelo troppo
- Non avvolgetelo stretto nelle coperte
- Tenetelo lontano da fonti di calore: la temperatura ambientale ideale è di 18-20 °C
- Se ha la febbre può aver bisogno di essere coperto di meno, mai di più

- Do not cover your baby too much
- Do not wrap your baby tightly in blankets
- Keep your baby away from heat sources: the ideal room temperature is 18-20°C
- If your baby has a high temperature he/she needs to be covered less, not more!

Breastfeed him/her

Allattatelo al Seno



- Il latte materno è il miglior alimento
- Fate il possibile per allattare il vostro bambino al seno

- Breast milk is the best food
- Do your best to breastfeed him/her

Figura 9: opuscolo SIDS, Ministero della Salute.

Keeping Babies Safe

Skin to skin contact in the early hours after birth helps babies to make an easier transition to life outside the womb

During the early hours of life all babies need **close observation** by parents or staff for

- **A good position that keeps baby's airway open**
- **Easy, regular breathing**
- **Good colour**

(your midwife will explain all of these to you)

If at any time your baby

- **Does not have easy, regular breathing**
- **Does not have good colour**

RING YOUR EMERGENCY BELL OR CALL FOR HELP IMMEDIATELY



If mother has recently had sedation, or is being sutured in lithotomy position, she will not be able to observe her baby properly.

Dad, or hospital staff may be able to observe baby so skin contact with mother may be maintained.

In some cases, placing baby in skin contact with Dad, or in a cot, may be the safer option.

PLEASE try not to interrupt skin contact until after baby has had a good first feed.



Figura 10: opuscolo SUPC tratto dal sito internet <https://www.burlo.trieste.it/sites/default/files/slides-corsi/SUPC.pdf>

