



Dalla parte del bambino

20

La neonatal developmental care nei paesi in via di sviluppo

L'esperienza descritta nell'articolo della collega rappresenta sicuramente un valido esempio di realizzazione della personalizzazione dell'assistenza infermieristica attuata con risorse limitate e nel pieno rispetto della diversità culturale della persona assistita. Questa modalità di approccio rappresenta sempre più una sfida anche per i reparti di Terapia Intensiva Neonatale dei nostri paesi. L'impegno anche per gli infermieri di neonatologia è volto a garantire non solo la sopravvivenza ma una vita qualitativamente migliore per il neonato durante la degenza in ospedale e dopo la dimissione e il coinvolgimento dei genitori e della famiglia.

*P. Stillo infermiera pediatrica, Firenze
K.H. Aiello ostetrica, Firenze*

Ogni anno, nel mondo, nascono circa 20 milioni di neonati a basso peso (Low Birth Weight), il 97% di questi vede la luce nei paesi in via di sviluppo (PVS) come risultato di una combinazione di fattori sociali, culturali, della mancanza o inadeguatezza di un sistema sanitario. All'interno di una società, il valore conferito ad alcuni gruppi determina il loro accesso alle risorse primarie, come cibo, acqua, cure sanitarie ed educazione; allo stesso modo, l'investimento dei governi su determinati problemi di salute riflette lo stato sociale di chi ne è affetto.

Non è quindi difficile capire, come, in contesti caratterizzati da un' elevata mortalità materno-infantile, le donne si trovino al gradino più basso nella società; se possibile i neonati si trovano ad un livello ancora più basso, spesso considerati come non esistenti per il loro primo anno di vita.

Il neonato, nato prima del tempo, di basso peso, quasi ovunque non viene nemmeno considerato come nato e quindi raccogliere dati specifici è difficile se non impossibile: non esistono per i PVS dati certi sul numero di neonati pretermine, sul tasso di mortalità neonatale tra i pretermine e ancor meno sugli esiti esiti a distanza di nascite difficili o premature. La valutazione dell'età gestazionale utilizzando Dubowitz o il punteggio semplificato di Parkin, richiede competenze cliniche di alto livello, difficilmente disponibili in questi paesi, e il basarsi solamente sulla data dell'ultima mestruazione può essere fuorviante specialmente in realtà culturali che usano calendari diversi da quello occidentale.



Il peso è uno dei pochi dati registrati, sebbene spesso per pesi molto bassi, il neonato non viene nemmeno considerato tale e quindi non registrato. In maniera poco ortodossa quindi, parleremo di LBW includendo tra loro anche i neonati pretermine, derivando per analogia che tra i pesi bassi ci siano sicuramente anche dei nati prima della 37a settimana di età gestazionale.

Questi bambini con una partenza difficile come i LBW o con asfissia o sepsi, possono sopravvivere ma sono ad alto rischio di disabilità a lungo termine o a morte del periodo dell'infanzia.

Nel giugno 2003, l'ONG italiana Emergency ha inaugurato presso il suo ospedale in Panjshir a nord-est di Kabul in Afghanistan, il centro di maternità, che fornisce gratuitamente cure ostetriche e ginecologiche ad una delle popolazioni femminili più deprivate.

Emergency è un'associazione italiana indipendente e neutrale, nata per offrire assistenza medico-chirurgica gratuita e di elevata qualità alle vittime civili delle guerre, delle mine antiuomo e della povertà.



Attualmente è presente in diversi paesi con i suoi ospedali, centri di primo soccorso, centri pediatrici e con il centro di cardiocirurgia Salam Centre a Khartoum.

Quando nel 2003 ci è stato chiesto di occuparci dell'avvio delle attività del centro di maternità in Afghanistan, per scelta consapevole e condivisa, l'approccio "care" è diventato l'elemento essenziale delle cure al neonato.

Gli obiettivi del progetto dovevano essere sostenibili con le risorse disponibili; introdurre tecnologia significava aumentare la complessità assistenziale che diventa insostenibile quando il livello di formazione del personale non è adeguato.

In Afghanistan l'80% delle donne con più di 15 anni è analfabeta e questa percentuale aumenta nelle aree extraurbane; lo staff selezionato per la maternità, esclusivamente femminile, possedeva il titolo equivalente alla nostra terza media, in quel momento storico post-talabano, il titolo più elevato che le giovani donne afgane avevano potuto raggiungere.

Erroneamente si ritiene sia necessaria una costosa tecnologia per salvare la vita ai neonati e che interventi a basso costo non possano essere usati efficacemente. Numerosi studi, nei paesi industrializzati, hanno oramai confermato come l'avvio precoce della Developmental Care porti ad una diminuzione complessiva delle giornate di ricovero, di assistenza ventilatoria, di maggior incremento ponderale e riduzione di esiti a distanza.

Così come la Kangaroo Mother Care è nata per sopperire ad una carenza di risorse nei PVS, è venuto assolutamente naturale esportare la Developmental Care come strategia low-tech e low-cost in grado di aumentare le possibilità di sopravvivenza e la riduzione di esiti a distanza nei neonati pretermine in un contesto caratterizzato da scarsità di risorse materiali e umane.

In particolare, nel centro di maternità del Panjshir, sono stati applicati una serie di interventi atti a minimizzare lo stress ambientale a partire dal momento della nascita, con l'obiettivo di facilitare la transizione e l'adattamento al mondo esterno del neonato, in particolare, ma non solo, del pretermine.

Supportare l'adattamento al mondo esterno di neonati nati da parto difficile o pretermine e facilitare la stabilizzazione e maturazione del sistema neurovegetativo, sono gli unici strumenti disponibili

in grado di ridurre la mortalità neonatale in assenza di tecnologie e risorse come la ventilazione assistita e la Nasal CPAP.

Gli interventi attuati, includono il controllo degli stimoli esterni luminosi, uditivi, tattili e vestibolari e il



contenimento corporeo.

Durante il travaglio e al momento della nascita, la sala parto viene lasciata in penombra (compatibilmente alle condizioni del parto), riducendo al minimo il traffico di persone necessarie all'assistenza.

Alla nascita il neonato, dopo esser stato asciugato con panni morbidi precedentemente riscaldati, viene posizionato sull'isola neonatale leggermente declive per facilitare l'uscita di eventuale muco.

L'aspirazione delle vie respiratorie viene utilizzata solo ed esclusivamente nei casi di liquido tinto e rianimazione neonatale.

In Afghanistan, dove tutto ciò che è corporeità viene costantemente e sistematicamente represso, c'è il rifiuto da parte delle donne di avere il neonato sul proprio corpo in attesa dell'espulsione della placenta e su questo non abbiamo voluto creare una situazione di violenza, imponendo il pelle a pelle.

Durante il periodo di espulsione della placenta, quindi, il neonato rimane sull'isola neonatale, con il wrapping, in attesa di poter andare al seno.

Seguendo le indicazioni dell'OMS, il "bagnetto" non viene fatto prima delle sei ore di vita.

In caso di neonati con distress respiratorio si segue la stessa procedura, evitando il più possibile le manipolazioni, le stimolazioni luminose e uditive, utilizzando il contenimento corporeo (wrapping) e somministrando eventualmente O₂ con occhialini. Il neonato viene quindi lasciato tranquillo ma in osservazione costante per un'ora e monitorato con



un pulsossimetro.

Dopo un'ora, al persistere del distress, o prima in caso di aggravamento, al neonato viene posizionata una agocanula, avviata una perfusione di soluzione glucosata ed eventualmente l'antibiotico terapia secondo protocollo e modificata la modalità di somministrazione di somministrazione di O₂ con mascherina.

L'assistenza durante la degenza ai pretermine o ai neonati con un avvio difficoltoso, è incentrata sulla "care": manipolazioni ridotte al minimo, contenimento con wrapping o nido per facilitare la stabilità delle funzioni vitali attraverso la stabilità e la maturazione del sistema neurovegetativo.

Appena è possibile l'allattamento al seno o con latte materno spremuto e cucchiaino o siringa.

Le difficoltà incontrate con il personale nazionale sono frutto di due diverse culture che riconoscono alla donna e al neonato status sociali differenti.

In una realtà dove la mortalità infantile raggiunge il 178/1000 e dove è normale che una donna partorisca 10-12 figli di cui ne sopravvivono 5-6, ci è voluto molto impegno per far comprendere che anche un neonato, in particolare se molto piccolo, deve essere considerato persona e quindi soggetto di cure.

L'altro aspetto riguarda la corporeità, pressochè negata in Afghanistan.

La KMC è vissuta come qualcosa di sbagliato, con un disagio palpabile da parte delle donne, abbiamo quindi deciso, si di proporla, ma di non utilizzarla sistematicamente per evitare ulteriori violenze ad una popolazione femminile già sofferente.

Con lo staff nazionale abbiamo lavorato molto sulla "manipolazione" del neonato, sul tatto/contatto e sul gentile handling così lontano dal loro mondo che abbiamo dovuto utilizzare delle bambole morbide per far prender loro confidenza e sicurezza.

Sul fronte dello staff internazionale, a parte la continuità iniziale del progetto per un anno, il turnover ogni sei mesi circa di ostetriche, infermiere e pediatri provenienti spesso da paesi diversi ha un po' rallentato il consolidarsi della Developmental Care.



L'esperienza descritta non è uno studio formale e sarebbe difficile attribuire un impatto specifico per ciascuno degli interventi, tuttavia sarebbe incorretto non tener conto, sulla base dell'esperienza professionale, dei risultati ottenuti.

L'introduzione della Developmental Care nei suoi elementi di base, ha portato ad un' aumentata sopravvivenza dei LBW, ad una rapida stabilizzazione del distress respiratorio, ad una diminuzione del fabbisogno di ossigeno.

A sei anni dall'apertura del centro di maternità, dopo una formazione costante del personale locale, ora in grado di affrontare autonomamente il parto, all'implementazione tra le donne dei controlli prenatali, agli standard elevati di igiene durante il parto, al consolidamento della "care" come pratica routinaria nell'assistenza al neonato sono stati raggiunti risultati molto lontani dai dati che caratterizzano i PVS e lo stesso Afghanistan.

Nel 2008 ci sono stati 1631 nati, 179 con un peso inferiore ai 2500 gr. La mortalità neonatale intraospedaliera è stata di 31 neonati, pari al 1.9% sul totale delle nascite.

Questi primi risultati hanno bisogno di essere sistematizzati e approfonditi, ma ci sentiamo di affermare che la Developmental Care deve essere inserita, insieme alla Kangaroo Care tra gli interventi essenziali nelle cure dei LBW e dei neonati a rischio nei programmi di salute materno-

BIBLIOGRAFIA

- P. Hopkirk. Il grande gioco. ed. Adelphi
- M. Barry. Massoud - Il leone del Panjshir. ed. Ponte alla Grazie
- G. Rapisardi, A. Davidson, G.P. Donzelli, E. Scarano, C. Vecchi. L'assistenza personalizzata allo sviluppo del neonato pretermine in un reparto di terapia intensiva neonatale. Riv Pediatr Prev Soc 1993; 43:45-58
- N.S. Wood et al. Neurological and developmental disability after extremely preterm birth. N Engl J Med 2000; 343:378-84

