

1. introduzione
2. situazione attuale
3. proposte per un miglioramento dell'assistenza neonatale
4. tempi e modalità di esecuzione

## **1. Introduzione**

La OMS ha da tempo sottolineato il rapporto esistente fra diminuzione della mortalità infantile e organizzazione delle cure perinatali e neonatali. E' noto che 2/3 dei bambini morti nei primi 5 anni muore nel primo mese di vita e che 2/3 di questi muore nella prima settimana, in gran parte nelle prime 24h dopo il parto.

Ne consegue che solo un'adeguata assistenza neonatale è in grado di ridurre la globalità infantile nel suo insieme.

Le ridotte risorse disponibili in molti paesi non permettono che si adottino le stesse strategie organizzative utilizzate nei paesi del nord del mondo dove la tecnologia ha assunto un ruolo di rilievo in questo ambito, ovviamente accanto ad una accresciuta cultura medica e infermieristica centrata sul neonato sano e patologico.

La difficoltà nell'utilizzo di supporti tecnologici nei PVS ha spinto a sviluppare strategie assistenziali adeguate alle caratteristiche economiche e sociali e soprattutto alle tradizioni sanitarie di quei paesi

## **2. La situazione di Uvira**

L'ospedale governativo di UVIRA svolge un ruolo di rilievo nella sanità di quell'area della Repubblica del Congo. Nell'ambito neonatale sono state evidenziate le criticità strutturali e organizzative comuni nelle strutture sanitarie di gran parte dei paesi africani, dove i caratteri dell'assistenza sono ancora lontani dai requisiti evidenziati dal WHO per una efficace riduzione di mortalità e morbilità in età infantile.

REPARTO NEONATALE:

### **a. STRUTTURA e ATTREZZATURA**

Il reparto di neonatologia è costituito da una ampia stanza di degenza con sette letti da adulto, dove sono ricoverate le mamme insieme ai loro bambini in età neonatale, e da una piccola stanza adiacente, dove sono collocate due incubatrici. I letti sono forniti di zanzariere. Non ci sono lettini dove mettere i neonati che necessitano di cure particolari (es fototerapia) o quando la mamma non è presente. Non c'è una fonte di calore (lampada radiante) da utilizzare in caso di manovre particolari, tipo posizionamento di flebo.

Le incubatrici sono funzionanti, tuttavia la manutenzione è molto carente : non c'è nessuna programma di pulizia. Non esiste alcuna possibilità di monitoraggio del paziente critico e anche la semplice osservazione dei neonati in incubatrice è resa difficile per l'isolamento della stanza in cui le incubatrici sono collocate. Ci sono un concentratore di ossigeno e un aspiratore , senza un programma di pulizia e di manutenzione. E' presente una lampada per fototerapia ma non esiste una registrazione delle ore di esercizio. E' disponibile una bilancia con piatto per neonati. Criticità rilevante è l'instabile fornitura di energia della rete nazionale, cui si sopperisce in modo incostante con i generatori per il cui funzionamento non è sempre disponibile il carburante per un problema di costi.

## b. ORGANIZZAZIONE dell' ASSISTENZA

L'assistenza al neonato sano e patologico è affidata prevalentemente alle infermiere. Il medico pediatra fa il giro visita al mattino e poi durante la giornata ritorna in reparto solo su richiesta infermieristica. L' infermiera strutturata (che è spesso coadiuvata da studenti) è presente 24/24 ore (1° turno 7.30-15.00 ; 2° turno 15.00-7.30). E' anche prevista la presenza di una caposala, che rimane prevalentemente nel reparto di pediatria.

Nel periodo trascorso ad Uvira non c'è mai stata la possibilità di poter fare un giro visita con il medico responsabile, che è apparso dedicarsi soprattutto ai pazienti più grandi.

L'infermiera si occupa della gestione della terapia e dell'alimentazione solo per i neonati non autonomi nella suzione mentre gli altri sono prevalentemente gestiti dalle loro madri.

La cartella clinica è composta da un foglio di diario clinico aggiornato giornalmente dal medico e da un foglio infermieristico dove sono registrate terapie e temperatura corporea.

La presa in carico del neonato prevede tempi spesso eccessivamente lunghi, spesso eccessivamente condizionata dal pagamento delle spese di cura, condizione che risulta essere determinante per l'avvio delle procedure assistenziali.

In effetti, quando un nuovo neonato viene ammesso in reparto, prima che l'infermiera se ne prenda cura ( es:posizionamento flebo per idratazione o terapia antibiotica) può passare parecchio tempo.

Il nursing del neonato è affidato esclusivamente alla mamma che ne gestisce l'alimentazione (se il piccolo è in grado di succhiare autonomamente) e l'igiene. Tuttavia il ruolo assistenziale delle mamme risulta poco codificato e pratiche ormai diffuse anche nei PVS - come la KMC - non risultano essere correttamente attuate: non sembra esistere alcun programma di formazione e accompagnamento della madre nella gestione del nato pretermine.

## 3. proposte per un miglioramento dell'assistenza neonatale

### a. struttura e dotazioni

Fondamentale appare migliorare se non risolvere il problema della fornitura elettrica, sia per l'illuminazione che per il corretto e continuo funzionamento delle apparecchiature basilari per l'assistenza al neonato prematuro o di basso peso ( incubatrici, monitors, eventualmente pompe di infusione per i neonati che richiedono un apporto di liquidi preciso). Deve essere presa in considerazione la possibilità di fornire almeno parte dell'ospedale di pannelli fotovoltaici.

Occorre poi procedere ad una ristrutturazione del reparto di degenza che dovrebbe prevedere:

- un'area riservata ai neonati che possono restare con le mamme
- un'area riservata ai neonati critici (necessitanti di osservazione e cure intensive) che richiedono la transitoria separazione dalle mamme, dotata di incubatrici o di culle/lettini idonei e in cui deve essere resa possibile la dotazione di sistemi di monitoraggio (apnea monitors, pulsossimetri). L'attuale sistemazione delle incubatrici non appare adeguata sia per la scarsa illuminazione che per la scarsa aerazione del locale dove sono sistemate. Occorre prevedere la possibilità di ospitare le mamme di questi neonati in un'area attigua, in modo da permettere loro un coinvolgimento guidato nell'assistenza.

-

Basilare appare la necessità di differenziare gli spazi che ospitano i nati nell'ospedale da quelli provenienti dall'esterno in quanto questi ultimi presentano un elevato rischio infettivo logico.

Occorre migliorare la situazione igienica del reparto nel suo insieme:

- imbiancatura delle pareti
- fornitura di lavandini idonei per la pulizia delle mani del personale addetto all'assistenza (possibilmente con comandi a pedale o a braccio)
- utilizzo di adeguata fornitura di asciugamani di tela puliti o - se possibile e se economicamente sostenibile - di asciugamani di carta a perdere

- creazione di un percorso unidirezionale "sporco-pulito" con scaffalature per gli indumenti puliti e recipienti per lo smaltimento degli indumenti sporchi.
- ogni letto che ospita mamma e neonato (nell'area "non critica") dovrebbe avere accanto un proprio lettino, in modo di evitare l'utilizzo di piani di appoggio promiscui.

L'intero reparto dovrebbe essere dotato di apparecchi di illuminazione con reostato, per dosare il livello di luce ambientale secondo le esigenze del personale e dei neonati. Occorre dotare il reparto di lampade riscaldanti per ridurre il rischio di ipotermia durante l'esecuzione di alcune procedure assistenziali.

## b. organizzazione dell'assistenza

Una ottimale organizzazione assistenziale in ambito neonatologico richiede che esista una figura di riferimento medico e infermieristico centrata sul neonato e quindi separata dal reparto pediatrico. Questo obiettivo può essere più facilmente raggiunto a livello infermieristico ma in ogni caso sarebbe utile un maggiore continuità della presenza del medico che non può essere limitata al solo "giro" mattutino.

Occorre codificare il ruolo del personale sanitario e quello delle mamme.

L'assistenza del neonato patologico deve essere di pertinenza medico/infermieristica; l'infermiera è responsabile delle cure (anche igiene, alimentazione e non solo della terapia), la mamma provvederà al nursing del figlio compatibilmente con la situazione clinica.

Risulta necessaria l'adozione di una cartella clinica ben strutturata che permetta un attento monitoraggio del paziente (peso, alvo, diuresi, quantità di liquidi introdotti e.v., alimentazione...), al fine di migliorarne la qualità dell'assistenza .

E' opportuno che, nel rispetto delle tradizioni locali e delle più recenti strategie assistenziali, la mamma sia progressivamente coinvolta (con un idoneo percorso educativo) nell'assistenza del proprio figlio allo scopo di ridurre al minimo il tempo della separazione e conseguentemente ridurre i tempi del ricovero.

Centrale appare la necessità di promuovere la KMC, secondo norme e procedure codificate anche dal WHO e ormai attuate in diversi paesi africani con il sostegno di non poche autorità governative.

Analogamente occorre promuovere la cultura delle "cure essenziali" e non basare la qualità dell'assistenza sull'apporto di tecnologie avanzate, ad imitazione delle strategie assistenziali dei paesi a maggiori risorse.

Occorre poi prevedere un sistema di raccolta dati che porti a delle statistiche di mortalità/morbilità stratificate per peso e età gestazionale (es.: "Baby Matrix" ) in modo da evidenziare gli ambiti che richiedono un intervento più urgente.

Non ultima la necessità di prevedere un percorso di "follow up" per i neonati maggiormente critici dopo la loro dimissione.

## 4. tempi e modalità di esecuzione

La nostra organizzazione prevede:

1. verifica della fattibilità del programma sinteticamente indicato e della eventuale accettazione delle proposte ( settembre- novembre2014)
2. fornitura delle apparecchiature necessarie ad una assistenza essenziale (gennaio aprile 2015)

3. verifica delle possibilità di dotare l'ospedale di pannelli fotovoltaici, dando la priorità a installatori che possano garantirne la manutenzione (es.: ditte europee con rappresentanze in Congo) (ottobre-dicembre 2014)
4. percorso formativo per medici e infermieri (equipe di 2-3 sanitari) tramite l'invio a turno di specialisti (2-3 medici neonatologi e infermieri) per un periodo continuativo di almeno 2 mesi (fra gennaio e aprile 2015), seguito da periodici invii di medici e infermieri per 2-3 settimane, ogni 3-4 mesi. Il percorso formativo è basato sulle cure essenziali promosse dal WHO.
5. creazione di una linea di contatto fra la nostra organizzazione e delle figure di riferimento locali (medici e/o infermiere), tramite tutti i possibili strumenti di comunicazione (es Skype, se possibile) per un continuo scambio di informazioni sul percorso di crescita.
6. durata presunta del programma: 2 anni (2015-2016)