

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui professionisti e pazienti dovrebbero parlare

Cinque raccomandazioni di IPASVI - Federazione Italiana Collegi Infermieri - ambito pediatrico infermieristico

1	<p>Non eseguire lo screening uditivo alla nascita ma almeno dopo 48 ore di vita in un centro nascita di 1° livello.</p> <p>Lo screening audiologico neonatale consente l'identificazione precoce delle ipoacusie congenite, la cui prevalenza è di 1-3 casi ogni mille nati, in assenza di fattori di rischio. Deve essere praticato a tutti i neonati, prima della dimissione, in tutti i centri nascita, da personale appositamente formato, in condizioni ambientali ideali ben definite e con strumenti adeguati, allo scopo di effettuare diagnosi entro i primi 3 mesi ed intervenire entro i 6 mesi di vita. Lo screening neonatale di primo livello prevede la valutazione automatica delle Otoemissioni Acustiche Evocate (TEOAE) in risposta a un segnale. Esse non sono sempre rilevabili precocemente, per persistenza di materiale nel condotto uditivo esterno o mascheramento del segnale da altri rumori o nei nati da parto cesareo, con più risultati falsamente positivi rispetto all'atteso e preoccupazioni dei genitori.</p> <p>Eseguire di routine il test direttamente dopo 48 h dalla nascita può semplificare la diagnosi, può ridurre i falsi positivi, le ansie nei genitori e lo spreco di tempo e denaro necessari per ripetere lo screening di primo livello nel corso di uno stesso ricovero o per effettuare i potenziali evocati uditivi del tronco automatici (A-ABR) in centri di 2° livello.</p>
2	<p>Non sostituire dispositivi senza avere prima verificato l'integrità cutanea.</p> <p>La skin breakdown ovvero la distruzione dei tessuti molli è una realtà misconosciuta: la convinzione che i bambini siano meno esposti al danno tissutale è errata per cui un bimbo ha maggior rischio di subire danni conseguenti all'azione di forze quali pressione, frizione e stiramento.</p> <p>Prima di sostituire un dispositivo per alimentazione, peristomale, ventilazione e/o respirazione è necessario ispezionare la cute, ottimizzare la nutrizione, gestire l'umidità ambientale e verificare l'integrità dei dispositivi. È importante che non si segua la routine o la scadenza del tempo.</p> <p>Sostituire i dispositivi sulla base della valutazione della skin breakdown dà risultati sovrapponibili in termini di costi e complicanze secondarie con minore stress per il bambino.</p>
3	<p>Non riscaldare più volte il latte artificiale e materno prima di somministrarlo al bambino.</p> <p>È prassi comune riscaldare più volte il latte, materno e in formula, utilizzando modalità che non garantiscono la corretta temperatura come ad esempio pentolino, scaldabiberon, microonde. La preparazione del latte, prima di essere somministrato, può avvenire tramite scaldabiberon reimpostati; per ciò che concerne il latte in formula liquido ci si avvale di un riscaldamento in acqua calda fino a 35 °C, mentre il latte in polvere deve essere aggiunto ad acqua a temperatura di 70°C. Il latte materno va somministrato a temperatura ambiente.</p> <p>Ad una temperatura inadeguata molte proprietà benefiche del latte soprattutto materno scompaiono. Il latte una volta riscaldato se non utilizzato entro mezz'ora deve essere eliminato per evitare che i batteri proliferino. In mancanza di monodose evitare che l'intera bottiglia di latte si raffreddi per poi essere nuovamente riscaldato. Gli operatori sanitari e i genitori devono essere consapevoli di questi problemi soprattutto quando ci si riferisce a neonati malati e prematuri.</p>
4	<p>Non riscaldare il latte a temperature inadeguate per evitare la decomposizione nutritiva e conservarlo in maniera adeguata.</p> <p>Le alte temperature (superiori agli 80 °C) alle quali il latte è esposto possono indurre variazioni nel profilo di grasso rispetto al latte umano fresco. È necessario rispettare la giusta preparazione per non provocare la distruzione dei nutrienti. Le modifiche maggiori nel latte surriscaldato rilevate da evidenze scientifiche riguardano amminoacidi essenziali per la crescita umana. Il giusto riscaldamento del latte (in particolare quello in polvere) deve essere garantito ad una temperatura non inferiore ai 70°C per evitare la proliferazione di batteri, di cui il più temuto e comune è <i>E. sakazakii</i>, responsabile di meningite, setticemia ed enterocolite necrotizzante. Anche la conservazione del latte artificiale (liquido o preparato), una volta aperta la confezione, riveste importanza: deve restare in un frigorifero funzionante a 4°C fino al momento dell'uso successivo poiché si riduce la crescita batterica rispetto a temperature comprese tra 5° - 65 °C.</p>
5	<p>Non utilizzare la contenzione fisica come prima scelta durante le procedure dolorose nel bambino</p> <p>Frequentemente, per l'esecuzione di procedure invasive e/o il posizionamento di dispositivi, si ricorre alla contenzione fisica del bambino, senza sufficienti spiegazioni su ciò che accadrà e senza una appropriata copertura analgesica; il mancato controllo del dolore e la mancata gestione dell'ansia generano rifiuto, pianto, angoscia, stress, non collaborazione del piccolo, preoccupazione ed ansia nei genitori. Oltre alle note procedure convenzionali, esistono valide metodiche alternative quali: posizione comoda del bambino, respirazione controllata, distrazione e incoraggiamento della madre e del bimbo, simulazione di messa in scena di una storia attraverso burattini e, in particolare, la tecnica con audiovisivi che va ad influenzare maggiormente la componente emozionale-cognitiva del dolore. Il ricorso all'uso locale di anestetici quali lidocaina in crema / cerotto/ polvere può essere considerato in base alla durata delle procedure. Il controllo del dolore e del disagio associato a procedure diagnostico/terapeutiche è efficace nel ridurre le reazioni del bambino agli eventi dolorosi che si manifestino nel tempo e può favorire l'accettazione di qualsiasi altro tipo d'intervento assistenziale successivo.</p>

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del professionista. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica, è necessario rivolgersi al professionista.

Come si è giunti alla creazione della lista

Il collegio IPASVI partecipa al progetto "Fare di più non significa fare meglio" attraverso l'elaborazione di 5 pratiche riguardanti il campo dell'infermieristica pediatrica. Le pratiche sono state elaborate tenendo in considerazione il danno che si arreca al paziente a causa dell'inappropriatezza delle prassi e della mancata collaborazione tra colleghi e tra infermiere –bambino / famiglia. Si è voluto mettere in luce tematiche cui l'attenzione è scarsa da parte della ricerca e di studi clinici, con conseguente carenza di prove d' efficacia. Queste pratiche hanno lo scopo di supportare le attività professionalizzanti dell'infermiere pediatrico come sussidio di consulto per la pratica quotidiana per migliorare la qualità e la sicurezza di azioni che spesso possono risultare "automatiche" senza sottovalutare l'utilizzo equo delle risorse disponibili evitando sprechi.

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Joint committee on infant hearing. American speech-language-hearing association. Position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs; 2007. 2. Palmieri G; Fisiologia della sordità infantile in La sordità infantile: classificazione, eziologia, diagnosi e terapia della sordità del bambino; Firenze, 2012. 3. Alberelli MC, Pavanello L, Orzan E: Lo screening uditivo neonatale :un'esperienza a misura di nido ; Medico e bambino; maggio 2012. 4. Smolkin T, Mick O, Dabbah M et al: Birth by cesarean delivery and failure on first otoacoustic emission hearing test; pediatrics; june 2012. 5. Khoza K, Joubert K: The influence of epidural anesthesia on new born hearing screening :a pilot study .Journal of pharmacy & bioallied sciences; 2011 Jan-Mar; 3(1):135-141.
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Camporeale M: Il wound care in pediatria. Strumenti per la cura della cute dei bambini. Giornale italiano di scienze infermieristiche pediatriche.2009; 4(2): 3-7. 2. Colleen T, Butler A: Dermatology Nursing. Pediatric skin care: Guidelines for assessment, prevention and treatment. 2009; Vol. 19. 471-485. 3. Lesioni da compressione (LdC) in eta' pediatrica protocolli integrati di trattamento delle ferite. Advanced Wound Care. Ostomy Wound Manage. 2007; 53(6):34-55. 4. American Nurses Association. (1995): Nursing care report card for acute care. Washington, DC: American Nurses Publishing.
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infant nutrition and feeding; Reference Handbook for Nutrition and Health Counselors in the WIC and CSF Programs. 2009. 2. Cappozzo. Koutchma, Barnes: J Dairy Sci. Chemical characterization of milk after treatment with thermal (HTST and UHT) and non thermal (turbulent flow ultraviolet) processing technologies; 2015 May 28.98(8):5068-79. 3. Bennett R: Preparing and warming formula, 2003. Available from: www.babycareadvice.com. 4. Badon P, Zampieron A: Procedure infermieristiche in pediatria, 2014.
4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meltretter A, Becker C, Pischetsrieder F: Identification and site-specific relative quantification of beta-lactoglobulin modifications in heated milk and dairy products. Pubmed J Agric Food Chem. 2008 Jul 9;56(13):5165-71. 2. Bransburg-Zabary S, Virozub A, Mimouni: PUBmed. Human Milk Warming Temperatures Using a Simulation of Currently Available Storage and Warming Methods. 2015 Jun 10;10(6):e0128806. 3. Giovannini M, Verduci E, Ghisleni D, and al: The Journal of International Medical Research; Enterobacter sakazakii: An Emerging Problem in Paediatric Nutrition 2008; 36: 394-399.
5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bartolozzi G: Attenuazione del dolore da venipuntura nel bambino. Medico e Bambino pagine elettroniche 2008; 11(9.) 2. Zempsky WT, Bean-Lijewski J, Kauffman RE et al: Needle-free powder lidocaine delivery system provides rapid effective analgesia for venipuncture or cannulation pain in children: randomized, double-blind comparison of venipuncture and venous cannulation pain after fast-onset needle-free powder lidocaine or placebo treatment trial. Pediatrics 2008;121(5):979-87. 3. William T. Zempsky: Management of Peripheral Venous Access Pain in Children: Evidence, Impact, and Implementation. Pediatrics. November 2008, VOLUME 122 / ISSUE Supplement 3. 4. Lessi E: Il dolore da venipuntura nel bambino: il beneficio della distrazione con audiovisivi; Società italiana di scienze infermieristiche pediatriche; 2011. 5. Lysakowski C1, Dumont L, Tramèr MR, Tassonyi E. A needle-free jet-injection system with lidocaine for peripheral intravenous cannula insertion: a randomized controlled trial with cost-effectiveness analysis. PubMed. Anesth Analg. 2003 Jan;96(1):215-9. 6. Perricone G, Di Maio MT, Nuccio FR: Raccontando Aladino - vincoli e possibilità del lavoro psico-socio-educativo in pediatria. Milano: Franco Angeli Edizioni. 2008. 7. "Il dolore nel bambino" - Ministero della Salute. www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1256_allegato.pdf

Slow Medicine, rete di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto **"Fare di più non significa fare meglio- Choosing Wisely Italy"** in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Il progetto ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriatezza in Italia, per giungere a scelte informate e condivise. Il progetto italiano è inserito nel movimento Choosing Wisely International. Sono partner del progetto: FNOMCeO, IPASVI, ASI, Change, Altroconsumo, Partecipasalute, Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano. Per ulteriori dettagli: www.choosingwiselyitaly.org; www.slowmedicine.it

IPASVI (Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia) conta 103 collegi e 415.681 iscritti in Italia. Dagli anni Cinquanta gli infermieri si organizzano in collegi includendo gli infermieri professionali, vigilatrici d'infanzia e assistenti sanitarie visitatrici. Al loro interno i collegi prevedevano distinti albi professionali tra cui uno per gli Infermieri professionali e uno per le vigilatrici d'infanzia. Attualmente il profilo della vigilatrica di infanzia è equivalente ed equipollente all'infermiere pediatrico il cui profilo professionale (DM 70/97) cita: "L'infermiere pediatrico è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza infermieristica pediatrica".

Per approfondimenti www.ipasvi.it.