

“Favorire il bonding e l’allattamento al seno precoce, ma... in sicurezza”

Gianluca Lista, Marina Battaglioli, Nicoletta Mallozza*

Neonatologi, caposala ostetricia

*Ospedale dei Bambini “V. Buzzi”, ICP - Milano

Il mantenimento di un neonato fisiologico accanto alla propria mamma, subito dopo il parto nonché durante tutto il periodo di degenza in ospedale (ma è auspicabile, se possibile, anche a casa) per favorire l’allattamento al seno e il bonding (= legame mamma/neonato), è indicato dalle linee guida internazionali (ostetriche-neonatologiche) e recepito in termini di legge anche dalla nostra più recente legislazione (cfr. Norme per l’assistenza alla nascita e la tutela della salute del neonato e Norme per la tutela dei diritti della madre e del neonato e per il loro sostegno prima, durante e dopo la nascita, inserite nel “Progetto-obiettivo Materno Infantile” e del quadro delineato dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, disegno di legge, sulla “tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato” proposto dal Ministro della Salute, on. Livia Turco, e approvato nel Consiglio dei Ministri del 14 luglio scorso).

Per tale motivo il neonato fisiologico, viene mantenuto in sala parto vicino alla madre o in braccio ad un suo familiare (di solito il compagno), fino ad ultimazione delle manovre ostetriche sulla puerpera (secondamento della placenta e sutura della ferita perineale) e quindi nella stanza di osservazione post-partum (periodo di osservazione di almeno due ore). In questa stanza, che deve essere attigua alla sala parto, come da indicazione dei manuali (es. “Manuale di sala parto”, di A.Valle et al., edizione Edi-Ermes del 1992, pag. 46) e delle linee guida dei reparti, deve essere effettuata dall’ostetrica una “sorveglianza intensiva nelle prime due ore dopo il parto della puerpera, controllando: perdita ematica, involuzione uterina, polso, pressione arteriosa e

temperatura”. Il costante controllo (ma non vengono indicati i tempi esatti di intervallo tra una valutazione e l’altra) è a cura dell’ostetrica o del responsabile del servizio di sala parto. Anche la valutazione del neonato fisiologico sino alla consegna del nascituro alle cure del personale del nido, è affidata in prima istanza all’ostetrica.

In neonato viene tenuto con la madre, perché come recita anche la normativa sopracitata all’articolo 2, punto 3.n, il “neonato in salute deve restare con la madre ogni volta che le condizioni di salute di entrambi lo permettano; nessun processo di osservazione della salute del neonato giustifica la separazione dalla madre” e al 3.o “si deve promuovere immediatamente l’inizio dell’allattamento, anche prima che la donna lasci la sala parto”.

Nella sala post-partum il neonato viene di solito, in ottemperanza a quanto sopra detto, adagiato nel letto con la madre e attaccato al seno per favorire il bonding e l’allattamento al seno.

Il neonato va mantenuto al caldo per ridurre la dispersione termica (di solito viene avvolto in panni caldi); per correttamente attaccarlo al seno, la sua bocca deve contenere tutta l’areola mentre il naso e il mento devono essere a contatto con il seno materno (vedi l’opuscolo, a cura del Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute: “Allattamento materno, una goccia di saggezza una grande opportunità”, in linea con il testo dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, a cura di Tine Vinther Jerris del 1993 “Allattamento al seno, come praticarlo con successo. Una guida pratica per gli operatori sanitari”).

In questa posizione è comunque in grado di respirare (il neonato è un respiratore nasale obbli-

gato: cioè respira con il naso e non con la bocca): un segno di insufficienza respiratoria da mancato passaggio d'aria attraverso le vie nasali, sarebbe l'automatica sospensione della suzione al seno.

Tuttavia è importante monitorare e presidiare questo importante momento di transizione dalla vita fetale a quella post-natale, pur rispettando la fisiologicità dell'evento nascita e rispettando l'intimità dei primi momenti di relazione, mamma-papà e bambino in fase post-partum.

In letteratura sono stati di recente segnalati però degli eventi avversi neonatali che non possiamo trascurare e che ci devono invitare a fare delle riflessioni e a prendere alcuni provvedimenti.

L'arresto cardio-respiratorio che avviene in sala post-partum, è un evento estremamente raro nel neonato a termine sano (Maimon OT et al., *Pediatrics* 2006; 118: 847-848), ma di recente in letteratura sono stati riportati alcuni casi (Espagne S, et al., *Arch Pediatr* 2004; 11: 436-439; Gatti H et al., *Arch Pediatr* 2004; 11: 432-435) alcuni fatali, altri con gravi conseguenze sull'outcome neurologico. Le ipotesi eziopatogenetiche su tali episodi sono state due: o l'ostruzione delle alte vie respiratorie o un aumentato tono vagale (es. attivato dalla suzione al seno) che sarebbe confermato anche dal riscontro di un'iperattività vagale nelle morti im-

provvisorie (Lucet V et al., *Arch Mal Coeur Vaiss* 2002; 95: 454-459). A tal proposito nonostante lo "statement" della AAP del 2005 (Gartner LM et al, *Pediatrics* 2005; 115: 496-506) di favorire il precoce attaccamento al seno già dalla sala parto e sala puerperio, comincia ad emergere la necessità di effettuarlo sotto la supervisione del personale sanitario (soprattutto se trattasi di mamme primipare e quindi inesperte a riconoscere i segnali di allarme di un neonato in difficoltà cardiorespiratoria).

Le nostre moderne sale parto e quelle dedicate al post-partum, sono spesso isolate le une dalle altre, proprio per favorire la ricostruzione anche in ospedale di ambienti confortevoli per l'intimità familiare. Ma in quei Centri in cui le nascite giornaliere sono molto elevate (10-15 al dì) e dove il personale sanitario deve "farsi in quattro" per essere sempre disponibile e attento sia da un punto di vista umano che professionale, l'evento inatteso neonatale, soprattutto nell'immediato puerperio deve essere il più possibile prevenuto.

Allora se in possiamo considerare interessanti le raccomandazioni fatte da Toker-Maimon O et al. (*Pediatrics* 2006; 118 (2): 847-848), ovvero sia l'indicazione a supervisionare la puerpera (soprattutto se primipara) e il suo neonato nel post-partum, potremmo anche pensare a formule alternative che coniughino la sicurezza (del neonato, della sua famiglia e del personale sanitario), ma anche la fisiologicità e il rispetto dell'intimità del neo nucleo familiare. Ad esempio si potrebbe pensare ad un sistema di monitoraggio (solo cardiofrequenzimetro o frequenzimetro/saturimetro) di piccole dimensioni, magari wire-less, da applicare al piede o al polso del neonato nelle prime due ore del post-partum e collegato via radio ad una centralina della sala parto, dove una persona potrebbe in "continuum" fino al trasferimento del neonato al nido, controllare l'eventuale comparsa di incidenti cardiorespiratori (soprattutto le apnee/bradicardie).

Tale metodica, è ipotizzabile che, oltre a tutelare la salute dei neonati, comporti una maggiore tutela legale del personale sanitario (la cosa potrebbe interessare favorevolmente le direzioni aziendali ai fini assicurativi), nonché generare delle ricadute organizzative, in quanto il personale sanitario (ostetrico in particolare) verrebbe anche sollevato dalla necessità di essere presente "in maniera intensiva" in sala post-partum e quindi potrebbe dedicarsi ad altre necessità assistenziali.

Lasciamo alla riflessione dei lettori e magari ad uno scambio di opinioni sulla rivista o nelle sedi appropriate (penso alle nostre Società scientifiche) quanto ci siamo sentiti di comunicarvi per iscritto.