

Rivista Italiana

La Care in Perinatologia

Editor in Chief

Arturo Giustardi

Executive Editor

Massimo Agosti

Assistant Editor

Francesco Tandoi

Editorial Board

Graziella Andrich, Marina Battaglioli, Maria Elena Bolis,
Onorina Chinetti, Elsa Del Bo, Arianna De Martino,
Giusy Di Lorenzo, Anna Maria Di Paolo, Gennaro Disiena,
Elisa Facondini, Matilde Ghinassi, Lorenzo Giacchetti,
Sandra Lazzari, Giovanna Liguoro, Gianluca Lista,
Nicoletta Mallozza, Isabella Mondello, Romeo Nicola,
Luigi Orfeo, Maria Pia Paganelli, Lorena Paghinini,
Anna Persico, Angela Bossi, Paola Serafini,
Gino Soldera, Monika Stablum, Stefania Viero,
Vincenzo Zanardo

www.careperinatologia.it



Autorizzazione Tribunale Bologna (In attesa del n. di registrazione)

Copyright © 2009



Via Gennari 81, 44042 Cento (Fe)
Tel. 051.904181/903368 - Fax 051.903368
www.editeam.it - info@editeam.it

Progetto grafico: EDITEAM Gruppo Editoriale.

Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta, tradotta, trasmessa o memorizzata in qualsiasi forma e con qualsiasi mezzo senza il permesso scritto dell'Editore.

L'Editore declina, dopo attenta e ripetuta correzione delle bozze, ogni responsabilità derivante da eventuali errori di stampa, peraltro sempre possibili.

Finito di stampare nel mese di Maggio 2009.

Indice

| | |
|--|------------|
| Editorialepag. | III |
| Francesco Tandoi, Massimo Agosti, Arturo Giustardi | |
| Rooming-in | |
| L'esperienza del dipartimento materno-infantile dell'Ospedale Civile di Piove di Sacco (Pd) | 1 |
| Carlo Crivellaro, Beatrice Moro, Sabrina Romanato, Marika Penazzo, <i>Piove di Sacco</i> | |
| Sindrome da iperattività/deficit di attenzione (ADHD) e prematurità | 6 |
| Silvia Zanato, Pier Antonio Battistella, <i>Padova</i> | |
| La gestione clinica del lutto perinatale | |
| Strategie di intervento e linee guida internazionali | 10 |
| Claudia Ravaldi, Alfredo Vannacci, <i>Firenze</i> | |
| L'Ostetrica ed il massaggio infantile | |
| Analisi di un anno di attività didattica specifica nella Scuola di Preparazione alla Nascita dell'Università di Perugia | 17 |
| Giovanna Di Bartolomeo, Concettina Cacchioni, Anna Maria Di Paolo, <i>Perugia</i> | |
| L'allattamento al seno nel neonato di madre tossicodipendente con sindrome da astinenza da narcotici | 21 |
| Anna Egidi, <i>Perugia</i> , Gabriele Cabiati, <i>Terni</i> , Nicola Michiorri, <i>Terni</i> | |
| Scelti per voi | 27 |
| Home and Abroad | 28 |

Editoriale

Per aprire questo editoriale mi viene in mente la metafora del viaggio. Sebbene siamo ancora agli inizi, molteplici sono i paesaggi, gli scorci, le sensazioni che percepiamo intorno a noi.

In un certo senso sapevamo che gettare uno sguardo sull'argomento *care* avrebbe significato aprire gli orizzonti ad una serie di aspetti che, sebbene già noti, offrono comunque spazio a considerazioni e speculazioni, trattandosi di materia sempre attuale ed in evoluzione con i tempi, con la tecnologia, con le leggi, pur rimanendo strettamente legata alle persone, sia che essi si chiamino operatori, pazienti o famiglie.

E allora quel viaggio si trasforma a volte anche nello stare fermi in un punto, guardando ciò che vi è intorno, in una osservazione a 360°, sentendosi al centro di molteplici considerazioni tutte rilevanti ed essenziali. In un momento in cui l'attenzione verso "le malattie" è equiparata all'attenzione verso "il malato" ci fa piacere essere il fulcro di coloro che hanno individuato nella *care* gli aspetti di essenzialità che tale disciplina deve ormai rivestire nella quotidianità del nostro operato.

Pensavamo questo quando ci siamo accinti a pubblicare l'attuale numero della rivista, ovvero di strutturare questo numero con un'ampia panoramica su differenti esperienze in tema di *care*.

Le opinioni materne sul tema massaggio infantile, analizzati nei corsi di preparazione al parto e dopo la nascita, sono il tema di una lettura che svela quanto l'attenzione materna sia elevata, non solo nei confronti dell'evento nascita, ma anche su aspetti se vogliamo "accessori" legati ad esso e di come sia centrale, in tal senso, il ruolo dell'Obstetrica nel tracciare i percorsi più adeguati.

Il complesso ambito di problematiche successive ad una nascita pretermine si arricchisce sempre di più di aspetti comportamentali per cui il pretermine sembra essere maggiormente a rischio. E' appunto il caso della sindrome da iper-

attività/deficit di attenzione il cui rischio nella popolazione pretermine sembra essere doppio rispetto ai neonati a termine; questo anche per quei "late preterm" a torto considerati pretermine "minori" se confrontati con quadri di maggiore gravità.

Un momento delicato non solo nella vita professionale degli operatori, ma nella capacità dell'intero sistema ospedaliero è rappresentata dalla gestione del lutto perinatale. Ci si rende ben conto che un tale momento deve richiedere la stessa capacità organizzativa di una procedura terapeutica. E' per questo che, al pari di queste ultime, i reparti moderni di Terapia Intensiva Neonatale debbono dotarsi di linee guida adeguate alla gestione di tale eventualità.

Sappiamo che quando si parla di *care* la promozione dell'allattamento materno riveste un ruolo centrale. Un valido supposto è dimostrato essere costituito dal rooming-in. Ce lo conferma l'analisi dell'Ospedale di Piove di Sacco che ha inteso valutare quest'aspetto, dandoci inoltre una idea di come quest'intervento venga percepito e vissuto dalle madri.

Il tema della tossicodipendenza implica numerose ricadute in ambito perinatale. Sempre più complessi si fanno i quadri legati, ad esempio, all'allattamento proprio nelle donne che hanno manifestato sindrome da astinenza durante la gravidanza oltre alle implicazioni medico-legali ad essa legate nonché alla tutela giuridica del neonato.

Gli aspetti quindi sono tanti, altrettante sono le esperienze che ogni Centro matura e che porta alla nostra attenzione al fine di aggiungere un sasso con cui lastricare questo percorso; e questo è un viaggio che dobbiamo percorrere tutti insieme.

Francesco Tandoi
Massimo Agosti
Arturo Giustardi

Rooming-in

L'esperienza del dipartimento materno-infantile dell'Ospedale Civile di Piove di Sacco (Pd)

Carlo Crivellaro, Beatrice Moro, Sabrina Romanato, Marika Penazzo

Ospedale Civile di Piove di Sacco U.L.S.S. 14

Abstract

Il latte materno, offerto come alimento esclusivo, è il nutrimento "ideale" per i bambini nei primi sei mesi di vita, ed apporta al neonato e alla madre basi biologiche ed affettive ineguagliabili.

Il Rooming-in, ossia la permanenza di madre e bambino nella stessa stanza 24 ore su 24 durante la degenza, è una delle pratiche ospedaliere più efficaci nel favorire l'allattamento al seno. Grazie al Rooming-in la madre può allattare a richiesta il neonato e più frequentemente, e in questo modo si anticipa la montata latte.

Il Rooming-in presenta inoltre altri vantaggi: facilita il processo di bonding tra genitori e neonato, rappresenta un'occasione per la neomamma di confrontarsi subito con i segnali ed i bisogni del suo bambino, ha un impatto positivo sulla prevenzione delle infezioni ospedaliere e crociate del neonato.

Presso l'Ospedale di Piove di Sacco (Pd) la pratica del Rooming-in è iniziata nel maggio 2006. Scopo di questo studio è di valutare a distanza di 6 mesi la sua efficacia, prevalentemente per quanto riguarda l'allattamento al seno, attraverso un questionario anonimo somministrato alle madri in dimissione.

Dai risultati ottenutisi si può affermare che tale pratica è risultata efficace. L'83% delle madri in dimissione ha allattato esclusivamente al seno, ed il 97% ha dichiarato di voler continuare ad allattare al seno dopo la dimissione.

Introduzione

Dal 1991 l'UNICEF e l'OMS hanno promos-

so una campagna mondiale conosciuta come "Iniziativa Ospedale amico del bambino" con l'obiettivo di mettere a disposizione del neonato e della madre, un ambiente adatto a promuovere, supportare e proteggere l'allattamento al seno nei punti di nascita.

Tra le 10 regole a cui devono attenersi scrupolosamente gli Ospedali per poter essere qualificati come "amici del bambino" viene inserita la pratica del rooming-in, ossia la permanenza di madre e bambino nella stessa stanza nell'arco delle 24 ore a partire dal momento in cui la madre risulti in grado di rispondere dopo il parto alle richieste del suo bambino.

Il rooming-in dovrebbe rivestire il carattere di routinaria proposta istituzionale da parte del Centro Nascita e non di semplice opportunità offerta in alternativa alla custodia del bambino presso il Nido.

Questo tipo di modello organizzativo viene considerato valido a promuovere l'allattamento al seno per i suoi innumerevoli vantaggi. Infatti, con il rooming-in sono favorite le poppate al seno a vera domanda, riducendo il bisogno di supplementazione di liquidi diversi dal latte materno, aumentando la capacità di suzione del neonato e quindi lo stimolo alla lattazione. Per quanto riguarda il neonato sono stati osservati casi marcatamente ridotti di iperbilirubinemia neonatale, grazie alla fisiologica attivazione della funzionalità intestinale ed epatica da parte del latte umano; l'allattamento di notte, inoltre, promuove la crescita del neonato, poiché la quantità di grassi nel latte di notte è più alta. Il rooming-in ha impatto positivo anche sulla prevenzione delle infezioni ospedaliere e crociate del

neonato a prevalente sede cutanea, gastroenterica e respiratoria.

Dal punto di vista materno, si riduce l'insorgenza di ragadi mammarie dovuta ad una pop-pata inefficiente; inoltre lo svuotamento continuo del seno previene la comparsa di ingorghi mammari, ascessi e mastiti. L'attaccamento al seno precoce anticipa, poi, la montata latte.

Il rooming-in rappresenta un utile periodo di conoscenza precoce tra madre e neonato: tra gli effetti a breve termine si nota che le madri guardano, parlano, toccano di più i loro bambini e viene intensificato lo stretto legame emozionale che si sviluppa tra i genitori ed il neonato alla nascita.

Un'altra caratteristica positiva del rooming-in è quella di poter contare sulla capacità materna di rilevare precocemente i bisogni del neonato e le manifestazioni proprie dei comuni disturbi. Ad esempio, i primi segnali di fame del bambino possono essere movimenti di suzione, portarsi le mani alla bocca, movimenti veloci degli occhi, tenui vagiti o sospiri.

Secondo un'accezione allargata di rooming-in si possono includere fin da subito nella stessa stanza anche il padre e altri membri della famiglia. Secondo uno studio di Erlandsson e Fagerberg vi è una riduzione del rischio di abuso e maltrattamento da parte dei genitori che partecipano attivamente alle cure del bambino in ospedale.

Per consentire una maggiore partecipazione delle madri (e delle famiglie) nella gestione del rooming-in, è necessario creare occasioni di formazioni e incontro con le famiglie, non solo durante la degenza in ospedale, ma già in gravidanza, nei corsi di preparazione al parto, da parte di medici e infermieri. Informazione, ascolto di gruppo e individuale, assistenza personalizzata alla madre diventano, quindi, parte integrante di questo modello organizzativo.

La pratica del rooming-in all'interno dell'Assistenza Neonatale facente parte dell'unità operativa di Pediatria dell'Ospedale di Piove di Sacco è iniziata nel maggio 2006. Il nuovo sistema organizzativo è nato grazie alla collaborazione fra le équipes delle unità operative di Pediatria ed Ostetricia e Ginecologia.

A distanza di 6 mesi dall'avvio, si è voluto verificare l'efficacia della pratica del rooming-in.

Scopo dello Studio

Lo scopo dello studio è stato quello di valutare:

- l'efficacia del rooming-in nell'allattamento al seno e nell'acquisizione di autonomia nell'igiene del neonato da parte della mamma;
- l'eventualità di interventi correttivi qualora emergessero aspetti negativi su questa pratica.

Materiali e metodi

I dati sono stati ottenuti somministrando un questionario in modo anonimo presso il Nido di Piove di Sacco nel periodo luglio-dicembre 2006 dalle infermiere dello stesso reparto; destinatarie erano tutte le neomamme in dimissione.

Il questionario è composto da 20 domande, prevalentemente a risposta chiusa. Nello specifico, le domande mirano ad esplorare i problemi di salute per madre e neonato dopo il parto, che possano comprendere l'allattamento al seno, il desiderio delle madri di continuare ad allattare al seno dopo la dimissione, l'assunzione durante la degenza di glucosata e/o latte formulato, l'arrivo della montata latte, le eventuali complicanze mammarie da allattamento, le conoscenze della madre riguardo il rooming-in, e i benefici del rooming-in per quanto riguarda l'allattamento e le pratiche di igiene del bambino.

Risultati

In 6 mesi sono stati raccolti 74 questionari di donne di nazionalità italiana.

Nel nostro campione le donne erano di età compresa tra 20 e 30 anni nel 43,20% dei casi, tra i 31 e i 40 anni nel 54%, una donna di età superiore ai 40 anni.

Nel 78,37% erano lavoratrici. Le donne primipare erano il 37,83%.

Dai nostri dati emerge il forte desiderio delle madri di allattare al seno (97,29% dei casi) e per un lungo periodo (44,44% dei casi almeno per sei mesi, 50% per un anno) (Fig. 1 e Fig. 2).

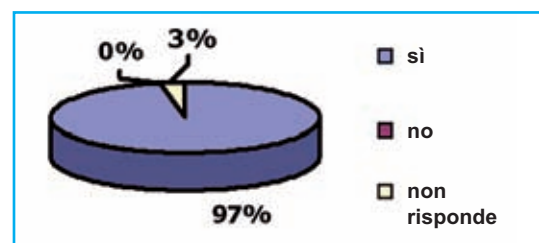


Figura 1: Vuole allattare al seno?

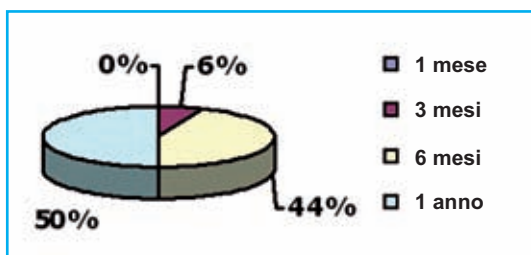


Figura 2: Per quanto tempo desidererebbe allattare al seno?

Alla dimissione l'82,43% delle donne ha dichiarato di allattare esclusivamente al seno, il 9,45% con l'aggiunta di latte formulato (Fig. 3).

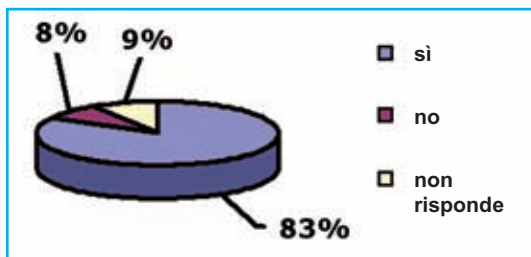


Figura 3: Sta allattando al seno?

Tra le donne che hanno dichiarato di non allattare al seno alla dimissione (8,1%), la metà erano primipare, le altre avevano allattato al massimo per tre mesi i loro precedenti bambini e spesso con aggiunta di latte formulato (Fig. 4).

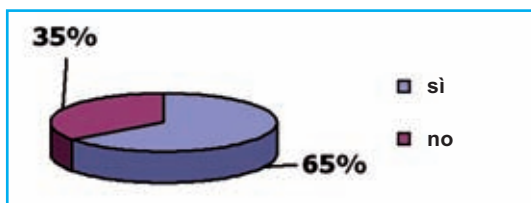


Figura 4: Se ha altri figli, li ha allattati al seno?

Dai dati raccolti emerge che il 67,56% dei neonati ha assunto glucosata durante la degenza in Ospedale, il 48,64% latte formulato. E' da sottolineare che mentre la glucosata viene somministrata dal personale del Nido soltanto in alcuni casi, quando sembra che il neonato non si sazi con il latte della madre, un latte di formula nel nostro Ospedale viene somministrato solo per decisione del Pediatra nel caso di cali ponderali superiori del 10%, a volte, per diretta richiesta della madre.

Grazie all'immediato attaccamento al seno e all'allattamento a richiesta la montata lattea nel 58% dei casi ci è stata segnalata essere arrivata entro il

terzo giorno dal parto, mentre il 25,67% delle donne non l'hanno percepita, grazie al continuo svuotamento del seno attuato dal neonato (Fig. 5).

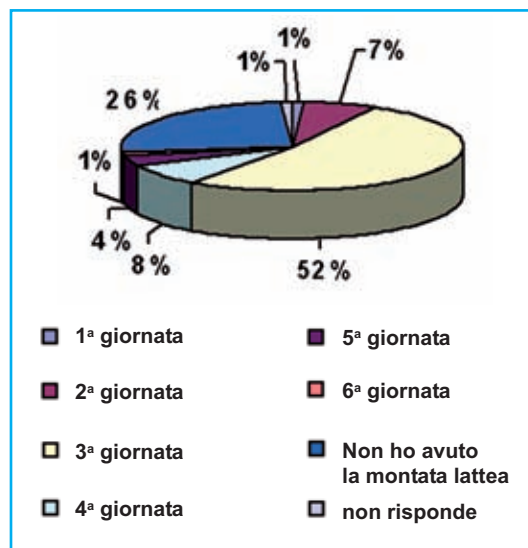


Figura 5: Quando è arrivata la montata lattea?

Sono inoltre, venute meno, nell'83,78% dei casi le complicanze mammarie da allattamento, quali ascessi, ragadi, ingorghi, mastiti (Fig. 6).

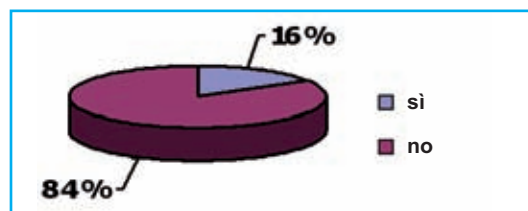


Figura 6: Durante il ricovero ha avuto complicanze come ascessi, mastiti, ingorghi mammari, ragadi al seno?

La maggioranza delle donne era a conoscenza di cosa fosse il rooming-in [75,67% grazie al corso preparto (53,57%) e ai mass media (26,78%)] (Figg. 7, 8).

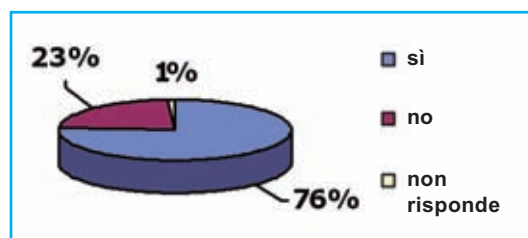


Figura 7: Era a conoscenza di cosa fosse il rooming-in prima del parto?

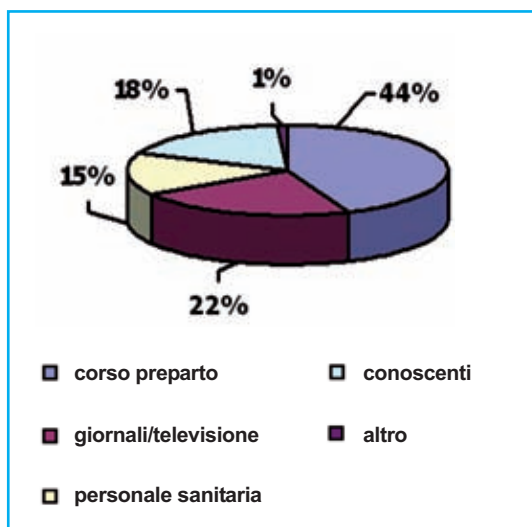


Figura 8: Se sì, da quali fonti ha avuto le informazioni?

L'85,13% delle mamme ritiene che il rooming-in sia stato utile per l'allattamento al seno, 2 madri hanno dichiarato di gradirlo solo di giorno (Figg. 9, 10).

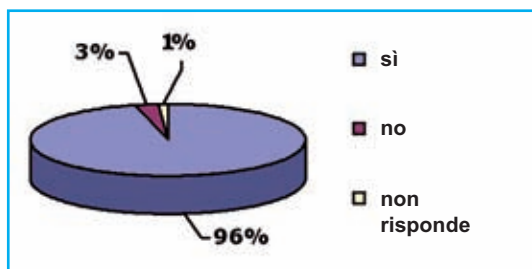


Figura 9: Ha praticato il rooming-in?

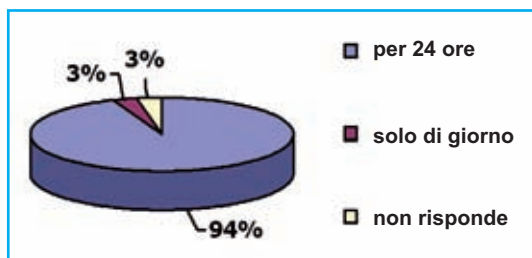


Figura 10: Se sì, per 24 ore o solo di giorno?

La presenza del bambino in stanza ed il sostegno e l'aiuto del personale del Nido ha reso l'89,18% delle donne autonome nella pratica dell'allattamento ed il 97,29% autonome nell'igiene del neonato (Figg. 11, 12, 13).

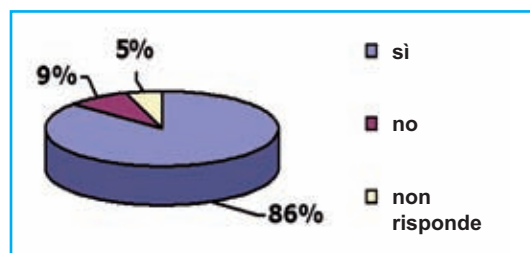


Figura 11: A suo avviso il rooming-in le è stato utile per l'allattamento?

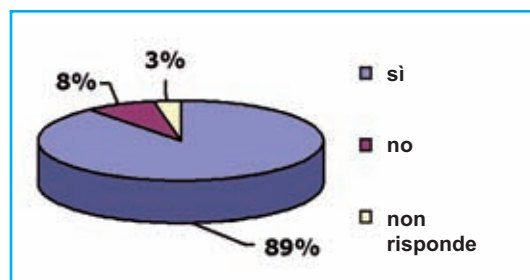


Figura 12: Durante il ricovero ha acquisito autonomia nella pratica dell'allattamento al seno?

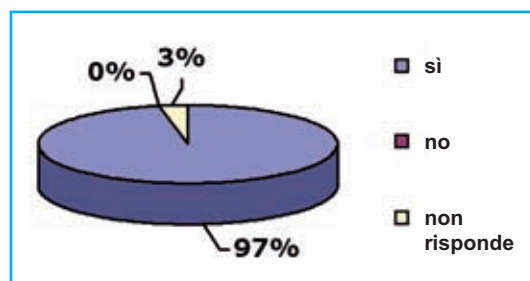


Figura 13: Durante il ricovero ha acquisito autonomia nell'igiene del bambino?

Conclusioni

Dai dati raccolti emerge il forte desiderio delle mamme di allattare al seno. Si ritengono a tal proposito efficaci gli interventi di sensibilizzazione all'allattamento al seno, quali i corsi preparato, che in questo campione sono stati frequentati dal 44% delle donne.

Si può affermare che l'avvio della pratica del rooming-in presso l'Ospedale di Piove di Sacco, applicato in modo coordinato a informazione e aiuto pratico delle madri, sia risultato un intervento efficace sia nell'allattamento al seno, sia nel rendere le puerpere il più possibile autonome nella gestione del neonato. Questo soprattutto se si considera che alla dimissione l'83% delle madri

allatta esclusivamente al seno e che l'86% dichiara che il rooming-in è stato loro utile per l'allattamento.

Tra le donne che hanno dichiarato di non allattare al seno alla dimissione, la metà (8%) erano primipare, le altre avevano allattato al massimo per tre mesi i loro precedenti bambini, e spesso con aggiunta di latte formulato, avendo avuto, quindi, esperienze negative per quanto riguarda l'allattamento.

La montata latte nella maggioranza dei casi è stata precoce, per il 6% delle donne è arrivata entro la terza giornata. Il 26% delle donne non l'ha percepita, grazie al continuo svuotamento del seno attuato dal neonato. L'immediato inizio dell'allattamento e il continuo svuotamento della ghiandola mammaria hanno sostanzialmente eliminato complicanze materne precoci dell'allattamento al seno, quali ascessi, ragadi, mastiti, ingorghi mammari.

Nei primi mesi di applicazione di questo modello organizzativo, si è riscontrata, tuttavia, qualche resistenza da parte delle mamme che hanno dichiarato in alcuni questionari di gradire che il neonato sia tenuto al Nido durante l'orario delle visite e durante la notte.

Per ovviare a tali incertezze e insicurezze è auspicabile puntare sulla corretta informazione, sul lavoro di "counselling" e sostegno delle madri, che potrà essere utile anche dopo la dimissione.

Naturalmente si dovrà lavorare ancora per ridurre il più possibile l'assunzione di glucosata e di latte formulato durante la permanenza in Ospedale.

Nonostante l'esiguità del campione, le indicazioni che emergono ci sembrano positive e interessanti, tali da stimolare a continuare nell'impegnarci in questa esperienza.

Bibliografia

- American Academy of Pediatrics. Allattamento al seno e uso del latte umano. *Pediatrics* 2005; 117: 129-130.
- Audino G. L'iniziativa OMS/UNICEF "Ospedale Amico del bambino" strumento di promozione della salute e della famiglia: l'esperienza dell'ospedale di Bassano del Grappa. 2001.
- Bennet VR, Brown LK. Manuale dell'ostetrica di Myles. Edi-Ermes, Milano 1995; 494-496.
- Biancuzzo M. Breastfeeding the newborn. Clinical strategies for nurses. Mosby 2003; 206.
- Davanzo R, Carlucci A, Giustardi A. Raccomandazioni della Società Italiana di Neonatologia, 2001.
- Dichiarazione Congiunta OMS/UNICEF. L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza del ruolo dei servizi per la maternità, Ginevra 1989.
- Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *The Cochrane Library* 2006; 2.
- Donzelli A et al. Linee guida all'allattamento. Asl Città di Milano, 2002.
- Erlandsson K, Fagerberg I. Mother's lived experience of co-care and part-care after birth, and their strong desire to be closet to their baby. *Midwifery* 2005; 21: 131-138.
- ILCA. Linee guida cliniche per l'attuazione dell'allattamento al seno esclusivo, 2005.
- Klaus M. Madre e figlio: legami emozionali precoci. *Pediatrics* 1998; 102.
- La Gamba G et al. Raccomandazioni per l'assistenza della madre in puerperio e al neonato.
- Mahlmeister LR. Couplet care after cesarean delivery. Creating a safe environment for mother and baby. *Journal of perinatal & neonatal nursing* 2005; 212-214.
- NCCPC. Postnatal care. Routine postnatal care of women and their babies. University of Leicester 2006; 274.
- Pillitteri A. Maternal & child health nursing. Lippincott 2003; 599.
- Salvatori G., Dall'Oglio I. Allattamento al seno materno, 2005.
- Sears W. Bonding with your newborn. Attachment parenting 2004.
- Svensson K, Matthiesen AS, Widström AM. Night Rooming-in: who decides? An example of staff influence on mother's attitude. *Birth* 2005; 32: 99-106.
- Tedeschi E. Rooming-in: miglioramento e sviluppo della promozione in un reparto di neonatologia dell'azienda ospedaliera di Padova. *AA* 2001/2002.
- Volta A. Rooming-in. *Vocidibimbi.it*, 2003.
- Young D. Rooming-in at night for mothers and babies: Sweden shows the way. *Birth* 2005; 32: 161-162.

Sindrome da iperattività/deficit di attenzione (ADHD) e prematurità

Silvia Zanato, Pier Antonio Battistella

Servizio di Neuropsichiatria Infantile, Università degli Studi di Padova

Riassunto

La sindrome da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) è un disturbo di origine neurobiologica fortemente influenzato dalle caratteristiche ambientali e relazionali di vita del bambino (1). Con riferimento alla letteratura e a uno studio retrospettivo condotto presso il Dipartimento di Pediatria di Padova, si descrivono le caratteristiche epidemiologiche ed eziopatogenetiche dell'associazione fra prematurità e ADHD.

Definizione

La sindrome da iperattività/deficit di attenzione (ADHD: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder o DDAI: Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività) è un disturbo dello sviluppo neuropsichico del bambino e dell'adolescente, che, se non adeguatamente trattato, può protrarsi con caratteristiche differenti anche nell'età adulta. Il disturbo si manifesta principalmente con iperattività, impulsività, incapacità a concentrarsi, ed, inoltre, attraverso una possibile costellazione sintomatologica di difficoltà scolastiche, difficoltà delle relazioni sociali, disturbi comportamentali, disturbi dell'umore. La classificazione del disturbo deriva dalla descrizione diagnostica del DSM-IV, che richiede il criterio della pervasività: i sintomi si devono manifestare in almeno 2 ambiti (casa, scuola, ecc.), compromettendo il funzionamento scolastico e sociale del bambino. L'esordio dei sintomi deve risalire a prima dei 7 anni di età e la durata degli stessi non deve essere inferiore ai 6 mesi. Esistono 3 sottotipi differenti di ADHD: uno prevalentemente disattentivo, uno prevalentemente iperattivo-impulsivo e uno di tipo combinato (2).

Sottotipi

I bambini con disturbo prevalentemente disattentivo presentano un'evidente difficoltà a rimanere attenti o a lavorare su uno stesso compito per un periodo di tempo sufficientemente prolungato, passano da un'attività ad un'altra senza averne completata alcuna, non riescono a seguire le indicazioni fornite, si fanno distrarre facilmente, sono disorganizzati (2).

Il sottotipo prevalentemente iperattivo-impulsivo presenta difficoltà di inibizione dei comportamenti inappropriati. Questi bambini parlano eccessivamente, spesso con tono di voce elevato, e frequentemente interrompono il discorso altrui; manifestano inoltre un'attività motoria intensa, quasi spinti da un "motore" sempre acceso, con difficoltà a rimanere fermi o seduti, incapaci di attendere il proprio turno (2).

In generale, i bambini con ADHD evidenziano adeguate risorse cognitive ed affettive, ma non sono sufficientemente orientati nel compito e faticano a pianificare l'esecuzione delle attività loro assegnate (3).

Epidemiologia

I dati epidemiologici in letteratura risultano estremamente variabili per i differenti strumenti ed approcci metodologici utilizzati; si stima che la prevalenza dell'ADHD in Italia oscilli fra l'1% e il 7%. Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività è maggiormente presente fra i maschi, con un rapporto maschi-femmine pari a 4:1. Viene riferita una certa familiarità nei parenti di primo grado (tra il 50 e il 90% dei fratelli mono- zigoti) (1, 4, 8).

ADHD e prematurità

Nel 1999 presso il reparto di Neonatologia del Dipartimento di Pediatria dell'Università di Padova, in collaborazione con la Facoltà di Psicologia patavina, è stato condotto uno studio valutando 40 soggetti prematuri (25% nati prima della 28ª s.g., 75% dopo la 28ª s.g.), ricoverati fra il 1994 e il 1995, con peso inferiore o uguale a 1.500 grammi, confrontati con un gruppo di controllo di bambini nati a termine, senza complicazioni alla nascita, di pari età al momento della valutazione. Lo studio ha dimostrato una maggiore incidenza di ADHD nel gruppo dei prematuri (15%), rispetto al gruppo di controllo (7,5%), con maggiore prevalenza del sottotipo iperattivo/impulsivo.

I meccanismi alla base del disturbo sono complessi, comprendendo fattori genetici, biologici, neuropsicologici e socio-ambientali. Sulla base di evidenze genetiche e neuroradiologiche si può parlare di un disturbo neurobiologico della corteccia prefrontale e dei nuclei della base, che si manifesta come alterazione dell'elaborazione delle risposte agli stimoli ambientali, per un difetto evolutivo nei circuiti cerebrali che stanno alla base dell'inibizione e dell'autocontrollo (3, 8).

Come si è osservato nella nostra casistica, questo disturbo così frequente nella popolazione pediatrica si può riscontrare con maggiore prevalenza nei soggetti nati prematuri o con basso peso alla nascita. Secondo la letteratura, i piccoli nati fra la 34ª e la 36ª settimana gestazionale e quelli nati a termine, ma con peso fra 1.500 e 2.500 g, hanno un rischio doppio, rispetto alla popolazione pediatrica di controllo, di sviluppare ADHD prevalentemente di tipo iperattivo. Nei bimbi nati prima delle 34 settimane il rischio aumenta fino a 3 volte rispetto a quello della popolazione di controllo ed anche nel campione dei prematuri viene conservata la prevalenza nel sesso maschile. Le cause dell'associazione fra ADHD e prematurità risiedono probabilmente nella vulnerabilità di sviluppo del sistema nervoso immaturo del prematuro, che può andare incontro ad eventi di ipossia e ipotensione con danni cerebrali focali a livello dei nuclei della base e conseguente disregolazione del numero dei recettori dopaminergici. La maggiore incidenza nel sesso maschile può trovare una spiegazione nei tempi più lenti di maturazione del sistema dopaminergico, più esposto, quindi, nel maschio a noxae patogene (5, 6).

Diagnosi e terapia

Il DDAI non va infine considerato un disturbo esclusivamente a carico del singolo individuo, ma va preso in carico come problema evolutivo che coinvolge il complesso sistema bambino-ambiente sia in senso etiopatogenetico che terapeutico. Per tale motivo, prima di avviare un progetto terapeutico, sarà necessario valutare il bambino attraverso un'accurata anamnesi familiare, fisiologica e patologica; seguirà un'attenta osservazione clinica e la somministrazione di materiale testistico standardizzato (7). Successivamente al processo diagnostico verrà avviata una terapia psico-comportamentale per il bambino, e verranno coinvolti anche i genitori e la scuola. Nei casi in cui questi approcci risultassero inefficaci o insufficienti, sarà possibile fare ricorso a terapie farmacologiche, che da pochi mesi sono state autorizzate anche nel nostro Paese; queste potranno essere prescritte solo presso i Centri di Riferimento selezionati e previo inserimento di dati individuali all'interno di un apposito Registro Nazionale, gestito e protetto dall'Istituto Superiore di Sanità. Il sistema descritto, integrato nella rete dei Servizi del Territorio, garantirà il monitoraggio e la sicurezza d'uso del farmaco, evitandone inoltre una prescrizione impropria (8).

Bibliografia

1. Millichap JG. Etiologic classification of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2008 Feb; 121 (2): e358-65.
2. American Psychiatric Association. DSM IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Milano 1994; Masson.
3. Zuddas A et al. Il Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività", *Prospettive in Pediatria* 2002, 35: 83-94.
4. Banerjee TD et al. Environmental risk factors for attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatr.* 2007 Sep; 96 (9): 1269-74.
5. Hack M et al. Behavioral outcomes and evidence of psychopathology among very low birth weight infants at age 20 years. *Pediatrics* 2004 Oct, 114 (4): 932-40.
6. Skranes J et al. Clinical findings and white matter abnormalities seen on diffusion tensor imaging in adolescents with very low birth weight" *Brain* 2007 Mar, 130 (pt3): 654-66.
7. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2002; 41: 26S-49S. "Practice parameters for the assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder"
8. Linee guida per il DDAI e i DSA, SINPIA, Erickson, 2006.

Risorse e letture consigliate

- AIDAI (Associazione Italiana Disturbi Attenzione e Iperattività) www.aidai.org
- AIFA (Associazione Italiana Famiglie ADHD) www.aifa.it
- www.wiss.it/adhd
- www.webmd.com/add-adhd
- Burkley RA, Bentos CM. Figli irrequieti - come migliorarne il comportamento. Armando Ed., 2007.
- Marzocchi GM. Bambini disattenti e iperattivi. Il Mulino, 2003.
- Vio C, Marzocchi GM, Offredi F. Il bambino con deficit di attenzione/iperattività - diagnosi psicologica e formazione dei genitori. Erickson, 1999.

La gestione clinica del lutto perinatale

Strategie di intervento e linee guida internazionali

Claudia Ravaldi, Alfredo Vannacci*

Psichiatra e Psicoterapeuta Presidente Associazione CiaoLapo Onlus

*Medico Farmacologo, Università degli Studi di Firenze, Associazione CiaoLapo Onlus

Introduzione

Molti operatori dell'area materno-infantile sono chiamati a confrontarsi con la morte di un bambino durante la gravidanza o dopo il parto. Di fronte alla morte, e di fronte alle reazioni di dolore e di shock dei genitori, molti operatori provano emozioni negative, come senso di impotenza, inutilità, vissuto di fallimento professionale (*non sono riuscito a fare nulla, non sono in grado di aiutare*). Il sovraccarico emotivo legato al ripetersi di situazioni luttuose, se non adeguatamente gestito all'interno del team professionale, mette l'operatore a rischio di sviluppare un profondo disagio che si ripercuote sulla qualità dell'assistenza fornita (*sono cose che capitano, non riguardano me*). Il rapporto personale con la morte e le precedenti esperienze di lutto, ma anche la scarsa condivisione nel gruppo di lavoro, condizionano l'operatore e riducono le sue capacità assistenziali ad un mero tecnicismo (distacco emotivo, freddezza, negazione del problema). Una formazione adeguata può incrementare le risorse personali e del team di fronte all'evento morte. SCOPO di questo articolo è descrivere i protocolli assistenziali del lutto perinatale e fornire agli operatori lo strumento per affiancare le famiglie colpite, assumendo un ruolo attivo nella cura psicologica dei genitori.

Corpo del testo

La morte di un figlio in epoca perinatale modifica drasticamente il percorso esistenziale del-

la coppia genitoriale: questo lutto, spesso misconosciuto ai più (*dopo 3 mesi piangi ancora?*) e negato nella sua drammaticità (*pensa a chi perde un figlio grande!*), può alterare in modo permanente l'equilibrio affettivo e psicologico dei genitori, che restano ancorati a quella perdita senza progredire nel percorso di lutto (*sarà sempre il figlio più amato; quando penso a lui soffro come il primo giorno ancora oggi dopo 10 anni*). Aver perso un bambino in epoca perinatale rappresenta un noto fattore di rischio psicologico e comportamentale anche per le gravidanze successive e per il futuro stile di attaccamento genitore-bambino: un approccio adeguato al lutto è dunque essenziale, da parte di tutti gli operatori, per la salute dei genitori e per fornire un'assistenza ottimale (1, 2).

L'operatore che si trova di fronte al lutto perinatale si trova spesso a dover gestire emozioni personali e altrui estremamente difficili e dolorose, e fa i conti con il proprio vissuto relativo al lutto e alla morte. Il rapporto personale che si ha con la morte, la perdita recente o significativa di una persona cara può condizionare fortemente il proprio modo di sostenere i genitori colpiti da lutto perinatale: non sono rare situazioni in cui l'operatore "fugge" dal dolore sia fisicamente che mentalmente, creando un distacco emotivo o fisico rispetto all'evento (*la dottoressa che mi ha fatto l'ecografia per prima si è alzata ed è uscita dalla stanza senza dire una parola; il medico mi disse: non pianga, che suo figlio sarebbe stato un vegetale*). In altre circostanze l'operatore più sensibile ed empatico viene lasciato solo a gestire l'evento (*pensaci tu che ti riesca!*) con notevole sovraccarico emotivo. In altri, sfortunati casi, l'équipe

si trincerava dietro un tecnicismo perfetto, senza dedicare una sola parola alla morte di quel bambino e al dolore dei genitori (*il parto è andato benissimo, riprova-teci subito e tornate presto a partorire!*) (3, 4).

La formazione di base spesso non prevede la cura degli aspetti psicologici e degli eventi difficili, per cui molti operatori si trovano impreparati, pur dovendo fare fronte periodicamente alla morte. Molti di loro assumono un atteggiamento di negazione nei confronti del bambino, che diventa "oggetto inanimato" da nascondere agli occhi di tutti il più velocemente possibile (*è meglio se non lo vedi e te lo immagini soltanto; è per il tuo bene, prima te lo scordi, meglio stai*). Il vissuto dell'operatore condiziona in questo modo la sua pratica, che diviene meccanica e spesso lontana dalle reali esigenze di quei genitori.

Quando si parla di lutto perinatale, dobbiamo tenere a mente che si parla di un bambino che muore lasciando dietro di sé una famiglia addolorata. Non importa quanto fosse malato, quanto la morte sia giunta inaspettata, quanto precoce sia stata rispetto all'epoca gestazionale e quante fossero le possibilità di vita di quel bambino fuori dall'utero. Anche in caso di bambini gravemente compromessi o di gravidanze gemellari, in cui muore uno solo dei bambini, i genitori si trovano a dover fare i conti con il vuoto (mentale e fisico), che quella perdita comporta. Il rispetto per quel genitore nasce anche dal rispetto per quel bambino, membro per pochissimo tempo di una famiglia, che adesso piange la sua scomparsa. L'operatore che riconosce quel bambino come essere umano degno di rispetto e di cura, che presta attenzione a quel corpo fornendo quelle poche cure di cui necessita dopo la morte, che non si fa spaventare da una minuscola vita, ma la onora, creando le condizioni per cui possa essere lasciata andare dai genitori nel migliore dei modi, aiuta in modo significativo i genitori a intraprendere un buon percorso di lutto (5, 6).

Il ruolo dell'operatore (medico ginecologo, anestesista, neonatologo, pediatra, psicologo, infermiere e, più in generale, tutta l'équipe che si muove in un reparto o in un consultorio) è quello di adottare una buona pratica (non soltanto tecnica, ma anche emotiva ed empatica) di lavorare *con* e non solo *per* il genitore, cercando di capire di volta in volta i particolari bisogni di quella coppia. Negare un aiuto psicologico, negare un supporto equilibrato ed aperto, significa traumatizzare nuovamente i genitori. Molti di loro, anche dopo anni, riportano nitidamente ricordi le-

gati ad una cattiva assistenza e al profondo stato di abbandono e trascuratezza in cui sono stati lasciati, soprattutto nel momento dell'acuzie (diagnosi di morte intrauterina, parto, dimissione) (7, 8). Numerosi studi che si occupano di trauma psichico e di resilienza, e quindi studiano la capacità del singolo di fare fronte ad un evento negativo e di superarlo senza conseguenze psicopatologiche, osservano come oltre all'evento luttuoso, anche gli eventuali traumi aggiuntivi, legati al contesto, siano fonte di notevole distress psicologico e complichino notevolmente l'elaborazione del lutto. Molti studi ci dicono che un atteggiamento comprensivo ed empatico da parte degli operatori facilita un corretto processo di lutto nei genitori (9, 10). Ricordiamo che la morte di un bambino durante la gravidanza o in epoca perinatale è un evento inaspettato e improvviso, anche durante una gravidanza a rischio; i familiari sono emotivamente (e biologicamente) impreparati quando si trovano a dover affrontare questa situazione (11). Per i genitori si tratta spesso del primo incontro diretto con la morte di una persona importante e può essere molto difficile, nelle fasi acute, organizzare con razionalità e lucidità le scelte possibili. Nelle primissime fasi di shock confusione e totale black out (*ero come un automa, mi vedevo dall'esterno ma non riuscivo a crederci, non potevo essere io*), l'operatore ha il compito di sostenere il genitore e di guidarlo senza condizionare le sue scelte o scegliere al suo posto, ha il compito di informare il genitore di tutte le possibilità presenti e deve per questo conoscere accuratamente i protocolli sul lutto perinatale e tutte le opzioni di cura possibili (12).

Una buona elaborazione del lutto dipende molto da come vengono gestiti quei pochi minuti che spesso separano la speranza di vita dalla diagnosi di morte, e dall'atteggiamento del personale nei confronti del bambino morto e della famiglia.

Per i genitori, a qualunque epoca gestazionale, un bambino è un bambino, una persona, e necessita di rispetto, ricordo e memoria; quindi particolare attenzione va riservata ai modi di riferirsi all'evento: ad esempio non si dirà "questa signora è una MIF", ma preferibilmente "questa signora ha perso il bambino/a alla x settimana di gestazione"

Per questi motivi in molti Paesi del mondo sono presenti protocolli che prevedono non solo l'assistenza al genitore, ma anche la formazione e l'assistenza all'operatore, considerato il suo ruolo centrale per l'elaborazione del lutto e per la corretta

gestione delle gravidanze successive alla perdita. Sono attualmente disponibili linee guida provenienti dall'Inghilterra (Stillbirth and neonatal death society) (13), dall'Australia (Perinatal society of Australia and New Zealand) (14) e dall'associazione internazionale che si occupa nel mondo di morte intrauterina (International Stillbirth Alliance).

In queste linee guida solitamente una sezione è dedicata alla comunicazione tra personale e genitori, una sezione è dedicata al counselling da attuare fin dai primi momenti con i genitori ed infine una sezione si occupa della relazione dell'operatore col bambino defunto, spiegando alcune semplici regole che negli anni si sono rivelate utili per i genitori e per il team ospedaliero in numerosi Paesi e in numerose culture (soprattutto di stampo occidentale).

L'operatore e il lutto: disagi e risorse

Chi svolge una professione "d'aiuto" e chi è parte di uno staff sanitario (medici, infermieri, ostetriche, ausiliari), all'interno di una struttura ospedaliera, di un distretto, o in uno studio privato, ha spesso il difficile compito di doversi confrontare con la comunicazione dell'evento e con la reazione dei familiari. L'operatore sanitario non è immune dalle emozioni negative che si associano alla morte perinatale, può trovarsi in difficoltà nell'affrontare una situazione così delicata e avere reazioni di imbarazzo, chiusura, anestesia emotiva, rabbia. Per superare l'empasse emotivo gli operatori possono attuare in modo automatico e inconsapevole comuni meccanismi di difesa (negazione, evitamento, proiezione, ecc.) e adottano stili comportamentali difensivi (come abbassare lo sguardo, chiamare altro personale e uscire dalla stanza, irrigidirsi e parlare in linguaggio tecnico, staccare comunque ogni canale comunicativo di tipo empatico o emotivo). Tali reazioni, dettate dall'emergenza di superare una situazione emotivamente critica, non sono soddisfacenti né per l'operatore in sé (che in questa maniera non ha la possibilità di osservare consapevolmente i suoi reali sentimenti e pensieri rispetto all'accaduto), né per i genitori, che si sentono soli con il loro dolore.

Attraverso l'ascolto partecipe l'operatore sanitario ha un ruolo chiave nella gestione della morte perinatale: se riesce a fornire un supporto sensibile ed una presenza di cura adeguata può facilitare l'elaborazione del lutto genitoriale, al contrario, con atteggiamenti errati, può ostacolare il processo di elaborazione.

Dal momento della diagnosi fino ad alcuni giorni dopo il parto i genitori e in particolare le madri vivono "sospese" al di là del tempo (fase di shock, disorganizzazione); l'organismo gestisce il grave stress post traumatico con il restringimento parziale della coscienza (fino alla dissociazione), creando una sorta di barriera isolante tra sé e il mondo circostante. Le madri sotto shock sanno cosa è loro capitato, ma non riescono spesso a verbalizzare o a pensare in modo progettuale e programmato a ciò che accadrà. Semplicemente, assorbite dalla tragicità dell'evento, attuano una sorta di pilota automatico, per cui spesso necessitano di dialoghi semplici, ripetuti e numerose rassicurazioni. Passata la prima fase, se adeguatamente sostenute e protette dal personale, le madri riescono a focalizzare l'attenzione sulle diverse decisioni da prendere, e possono dare un loro personale contributo a tutte le fasi che seguono la diagnosi e precedono al dimissione.

Nonostante la difficoltà iniziale le madri supportate dall'équipe possono decidere al meglio delle loro possibilità come partorire, quando partorire, se vedere e come il bambino, quali procedure diagnostiche effettuare. Dare ai genitori la possibilità di pensare al da farsi e di decidere, dando loro il giusto tempo e spiegando le giuste opzioni, li rassicura sulla loro capacità di aver saputo gestire quel momento drammatico, e rende migliore l'elaborazione del lutto (Tab. 1).

Comunicare nel lutto perinatale

Il lutto è un percorso a fasi che inizia fin dalla diagnosi di morte, e in alcuni casi ha radici ancora più lontane (ad esempio, in caso di gravidanze a alto rischio, in caso di parti prematuri, ecc.). Di fronte ad un genitore che ha perso suo figlio, l'operatore ha spesso un ruolo difficile, quello di comunicare la notizia e di offrire contemporaneamente sostegno. La comunicazione di morte è dolorosa, per chi la fa e per chi la riceve, ma è più facile se si cerca un contatto partecipe e compassionevole con il genitore. Non potendo fuggire da quella situazione, e sapendo che non si può non comunicare, perché tutto di noi parla e rivela all'altro le nostre difficoltà e il nostro disagio, come operatori dovremmo provare semplicemente a stare lì, accanto, trovando parole semplici (Tab. 1).

Non ci sono parole magiche per dare la notizia e alleviare il dolore, ci sono le parole opportune e adeguate, che non sminuiscono la perdita,

Tabella 1

Riflessioni operative su una buona care in caso di lutto perinatale

1. Sii consapevole che ogni bambino è unico e irripetibile.
2. Non tentare di razionalizzare la perdita, di per sé NON razionalizzabile. Evitare frasi tipo “Ne farai altri” o “Hai già un bambino a casa”, “E’ stato meglio così”, “E’ la volontà di Dio”, “E’ la natura che provvede quando c’è qualcosa che non va nel bambino” “Ne puoi sempre avere un altro”.
3. Se vuoi, di piuttosto “Mi dispiace”, “Deve essere davvero difficile” o, “Come posso aiutarti?”
4. L’età del bambino non ha alcuna importanza per stabilire l’entità della perdita: è importante comprendere che il legame genitore-bambino inizia molto prima della nascita, e che il neonato è da tempo parte della sua famiglia.
5. Rassicura i genitori sul fatto che le loro espressioni di dolore e le intense emozioni associate alla perdita sono normali. L’intensità del lutto non è correlata all’età gestazionale.
6. Vivi il momento in piena consapevolezza, condividi la tristezza e le sensazioni di difficoltà con i genitori. Questo non significa affatto avere un comportamento non professionale. I genitori apprezzano grandemente medici, ostetriche e infermieri che esprimono sinceramente ed adeguatamente le loro emozioni.
7. Per i bambini che muoiono durante o subito dopo il parto pensate ad un modo discreto per segnalare rapidamente l’ accaduto a tutto il personale, in modo da evitare spiacevoli equivoci (basta apporre sulla cartella un adesivo identificativo o mettere sulla porta della stanza un piccolo segnale).
8. Tratta quel bambino con la dignità che ogni essere vivente che non è più merita di ricevere.
9. E’ diritto di ogni genitore ricevere informazioni esaurienti, chiare ed adeguate relativamente ad ogni fase decisionale (dal parto, alle terapie ricevute, alle indagini post mortem, alla sepoltura).
10. E’ diritto di ogni bambino avere un proprio luogo dignitoso dove riposare in attesa della sepoltura, essere accudito per come è possibile, essere trattato con rispetto.
11. Raccogli pochi e semplici ricordi del bambino (peso, altezza, bracciale identificativo, metro usato per misurarlo, impronta delle mani e dei piedi, certificato di nascita o di battesimo ecc.): ciò è di grande conforto per molti genitori, soprattutto qualche mese dopo la perdita, quando l’assenza del bambino è più difficile da sopportare.

ma non aggiungono altro dolore. Lavorare, anche in équipe, per dare la notizia guardando i genitori in faccia, con parole semplici e promuovendo un atteggiamento (anche fisico) di apertura, disponibilità e sincero dispiacere, rappresenta un momento importante per il genitore. Tutti, a distanza di anni, si ricordano di cosa è stato detto loro e di come è stato detto, e una cattiva comunicazione ha un effetto traumatico sul genitore. In generale, tutto ciò che tende a sottovalutare l’importanza della perdita e della morte di quel bambino è comunque inappropriato: un bambino che muore è una perdita che colpisce le persone nel nucleo più profondo della loro identità, non è mai, in nessun caso, un evento trascurabile e non può essere consolato, soprattutto in fase acuta.

Molte donne non dimenticheranno mai il momento della diagnosi, e quello che accade subito dopo. Il comportamento degli operatori sanitari può contribuire ad un miglior adattamento alla situazione e facilitare ad esempio la naturalità del parto, o rendere tutto più difficile. La presenza partecipe del ginecologo o dell’ostetrica in questo momento è importantissima. La madre

non dovrebbe sentirsi sola, dovrebbe poter ricevere un conforto nella presenza empatica e rassicurante. In alcuni casi serve il silenzio partecipe, in altri può servire una spiegazione semplice delle cause, in altre basta uno sguardo umano. Sentirsi soli in un momento così drammatico aumenta i livelli d’ansia e rende difficile una corretta elaborazione del trauma.

Per non far sentire sola una persona basta sedersi di fronte a lei e ascoltare, senza preoccuparsi del fatto che potrebbe piangere o potrebbe essere disperata. Lo sarete anche voi, al suo posto, è normale esprimere emozioni dolorose in questa situazione e l’unica cosa da fare è offrire un sostegno, con una presenza partecipe.

La comunicazione con i genitori dovrebbe avvenire in modo diretto, semplice e partecipe; non ci sono frasi ideali, ma dire “Mi dispiace che vi sia capitato questo” può essere un buon inizio. Non è importante dire molto, o essere convincenti, essere partecipi è la cosa migliore che possa essere fatta in quel momento. Non bisogna mai spingere i genitori a parlare dell’ accaduto; soprattutto nel primo mese dopo la perdita i genitori possono provare emozioni contrastanti, da un lato disagio, imbarazzo, timore di espri-

mere le loro reazioni emotive di pianto o disperazione; dall'altro assoluto bisogno di comprensione e sostegno. E' importante cercare di dimostrarsi disponibili e soprattutto non evitare l'argomento. Per i genitori percepire un po' di interesse può essere di grande conforto (*"L'infermiera mi ha chiamato dicendo: lei è la mamma della piccola Anna, vero? Ha parlato di mia figlia, e mi sono sentita davvero capita."* *"Nessuno pronuncia il suo nome, nessuno la vuole ricordare."* *"Alla visita di controllo, il ginecologo mi ha chiesto se il bambino era cresciuto. Non si ricordava più che lui è morto dopo il parto"*).

L'incontro con il bambino morto

Il momento del contatto diretto con il bambino è un momento molto importante. Come è noto l'esperienza genitoriale inizia fin dal concepimento e, anche grazie alle frequenti ecografie, è possibile iniziare precocemente un legame visivo con il bambino. Questo legame rinforza le normali e comunque presenti fantasie materne e paterne sull'aspetto del bambino.

Il "bambino" immaginario ha delle sue sembianze, il bambino reale ha una sua identità fisica, che i genitori, soprattutto la madre, sentono profondamente per tutta la gravidanza. Al momento della nascita si realizza come è ovvio il primo tanto atteso incontro, incontro che è importante anche quando, purtroppo, il bambino ha smesso di vivere. Al momento della notizia relativa alla morte del bambino molte madri provano sentimenti contrastanti, di dolore, paura, rifiuto dell'esperienza. Per questo motivo è possibile che qualche madre resti incapace di decidere il da farsi, o non voglia assolutamente partorire. E' anche possibile invece che le madri chiedano espressamente di partorire il prima possibile, perché provano l'amara sensazione di essere la bara del loro figlio. Questo momento è estremamente complesso: si affronta un grave trauma e inizia il percorso di adattamento ad una realtà nuova e terribile, cioè l'elaborazione del lutto. Una buona elaborazione inizia col riconoscimento della perdita della persona cara e con l'esecuzione di precisi rituali, culturalmente determinati, che sanciscono l'addio alla persona che non c'è più. Nel caso della morte endouterina, è davvero molto triste dover dire ciao e addio allo stesso tempo, e dall'esterno può essere difficile comprendere tutto il significato e l'amore che sono contenuti in nove mesi di vita intrauterina; tuttavia è importantissimo non banalizzare mai

questa perdita, non sminuirla, non riferirsi a questo evento come passeggero e facilmente dimenticabile. Un percorso di vita si è interrotto bruscamente, e inaspettatamente la famiglia deve salutare un figlio senza averlo mai visto negli occhi, o senza mai averlo sentito piangere. In questi casi l'aspetto traumatico è molto forte, ed è possibile che i genitori non sappiano assolutamente cosa è meglio per loro, e non abbiano idea di come sia il percorso dell'elaborazione del lutto. Alcuni si lasciano andare alla rabbia, altri razionalizzano all'estremo, altri ancora subiscono un vero e proprio blocco emotivo per cui mettono una sorta di pilota automatico e appaiono indifferenti a tutto.

Spesso ci sono molti timori e paure riguardo alla morte e all'aspetto del bambino. L'operatore può contribuire a dissolvere queste paure semplicemente descrivendo con onestà e partecipazione l'aspetto del bambino.

E' importante offrire ai genitori la possibilità di abbracciare e toccare il loro bambino e avere qualche tempo per conoscere e salutare il proprio figlio, in un ambiente per quanto possibile protetto. Bisogna tenere presente che i tempi di reazione sono diversi da persona a persona e che solitamente, dopo un parto avvenuto in circostanze così drammatiche e inusuali, la madre soprattutto può essere troppo affranta per pianificare qualunque cosa, nonché troppo spaventata all'idea di aggiungere dolore a dolore. Molte madri hanno una sorta di rifiuto e inizialmente chiedono di non vedere il bambino. Questa decisione può e deve essere ponderata, in modo da non creare future angosce e sensi di colpa. Nonostante alcune ricerche condotte in modo sommario suggeriscano che il modo migliore per superare il lutto sia "allontanarsene velocemente", l'opinione di tutti i maggiori esperti internazionali di lutto perinatale e di counselling alle famiglie va decisamente in direzione opposta, come peraltro sembra confermare un recentissimo studio condotto su 2.000 madri colpite da morte intrauterina (15-18).

I genitori hanno bisogno di concludere quello specifico percorso di genitorialità con quel bambino, anche se le cose sono andate nel peggiore dei modi. Le madri hanno assai spesso bisogno di dare un volto reale al bambino immaginario, hanno bisogno di conservare ricordi per poter superare adeguatamente il lutto. Quel bambino e quella triste perdita sono nella loro vita, ne fanno parte, non saranno mai ridimensionate o cancellate dall'assenza di ricordi; disporre di

ricordi è una parte importante del lutto, laddove non avere nulla, aumenta la sensazione di precarietà e di vuoto che i genitori provano in questi casi.

Alcune madri chiedono esplicitamente di vedere il bambino già durante il travaglio; in questi casi l'operatore deve costruire un rapporto di reciproca fiducia e tranquillità, e aiutare la madre a prendere confidenza con il suo bambino in modo graduale, senza fretta. Se non è possibile in sala parto, questo incontro può proseguire in camera, sotto la guida iniziale di un operatore. Solitamente, se l'operatore è tranquillo e ben disposto ad accogliere il dolore e l'amore dei due genitori per il bambino perduto, è possibile che la madre e il padre esprimano il desiderio di prendere in braccio il bambino e stringerlo, non solo di guardarlo. Questo genere di richiesta va assecondata, sostenendo i genitori nel primo approccio all'elaborazione del lutto.

Alcune madri preferiscono invece non vedere i loro figli per paura di soffrire troppo; questa decisione va rispettata senza insistenze, ma è opportuno riflettere insieme sui significati generali della maternità e della perdita della maternità, fornendo informazioni su cosa accade psicologicamente nei mesi successivi, e rassicurando sulla normalità di certi vissuti e pensieri della perdita (19).

Bisogna anche riflettere sul fatto che al di fuori dell'ospedale, il percorso del lutto proseguirà inevitabilmente (certificazioni anagrafiche, riti funebri, scelta delle modalità di sepoltura), ed i genitori saranno chiamati a rapportarsi con la morte del proprio figlio in circostanze emotivamente difficili come, ad esempio, vegliare il figlio nella bara. In contesti così difficili, molti genitori realizzano per la prima volta la realtà delle cose, e la loro ineluttabilità; sentono che dovranno definitivamente salutare il loro bambino e quindi possono provare improvvisamente ed impetuosamente il desiderio di prenderlo in braccio o fare delle foto ricordo. Tale apertura verso il bambino e la "scoperta" di un'intimità genitoriale in un luogo non emotivamente neutro ma evidentemente associato alla morte costituisce una potenziale e pericolosa fonte di trauma aggiuntivo (sono molte le mamme che possiedono unicamente fotografie scattate prima del funerale, e che associano l'immagine del bambino alla bara, piuttosto che alla sua famiglia). Considerato ciò, poter discutere coi genitori di cosa potrebbe essere più opportuno fare per loro, anche raccontando testimonianze di altri genitori, e lasciare loro il tem-

po per decidere, è senz'altro la via più giusta da percorrere (20).

Negli ultimi 50 anni, con l'incremento delle tecnologie mediche (ecografia) e con il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie, la natalità si è ridotta (circa 5 su 1.000 la media dei Paesi occidentali). Partorire un figlio sano e vivo rappresenta dunque una regola, e le mamme, peraltro informate dei rischi di perdita legati al primo trimestre di gravidanza, qui in Italia non sono messe a conoscenza dei rischi presenti durante i successivi trimestri di gravidanza.

Chi va incontro a morte perinatale subisce un doppio shock: la perdita del proprio figlio, e la totale disinformazione relativa a questo rischio. Questo doppio shock rende particolarmente difficile mantenere una lucida aderenza alla realtà, e soprattutto, esaminare con cura e obiettività ciò che è meglio fare. Nelle ore successive alla diagnosi di morte endouterina il tempo si appiattisce, e pensare in modo progettuale al futuro è praticamente impossibile. In un momento di così grave shock, la madre è difficilmente in grado di fare programmi o di pensarsi in situazioni differenti, quindi non è capace di scegliere se non correttamente assistita, e soprattutto se non le viene dato il giusto tempo. Si deve programmare la degenza della donna per tappe intermedie:

- 1) diagnosi
- 2) ricovero in ambiente protetto (e con premurosa assistenza; lasciare sola una donna in attesa dell'induzione del parto rende tutto più difficile)
- 3) induzione e travaglio (le primipare possono essere in grave difficoltà; è necessario un supporto ostetrico valido, per facilitare la scelta del parto naturale e per condurre il parto nel modo meno traumatico possibile)
- 4) parto: (durante il parto NON si chiedono informazioni sul dopo, tipo vuole vedere il bambino, vuole fare l'autopsia) si rassicura la donna che ci sarà tempo e modo per decidere, e che in questo momento è importante che lei si concentri sul suo corpo, che sta lavorando per far nascere il suo bambino (chiamare il bambino con il suo nome è molto significativo e importante per i genitori). Rispettare il bambino, e l'essere *comunque* madre della donna è molto importante. Procedere con calma e con sicurezza, mantenendo un approccio empatico con la donna e rivolgendosi con delicatezza anche al piccolino può

di per sé aiutare la donna ad esplicitare l'affetto che prova per il figlio, sciogliendo in parte il dolore e la paura per ciò che è capitato

- 5) post-partum: se possibile riportare la madre in camera, al riparo da altri neonati. Facilitare la presenza del marito/compagno, e di un membro dello staff ospedaliero, che accompagni la fase di ripresa. Dopo qualche tempo (15 minuti, mezz'ora), se i genitori non hanno chiesto informazioni al riguardo, parlare delle diverse opzioni di scelta riguardanti il bambino e il loro incontro. L'argomento è molto delicato (per cui sarebbe opportuno dividerlo con i genitori senza la presenza di altri parenti, a meno che non siano esplicitamente richiesti dai genitori), ed è bene dare ai genitori il tempo per riflettere (considerando che abbiamo a disposizione circa mezz'ora: per i primi trenta minuti il neonato mantiene una temperatura corporea calda e dunque può essere preso in braccio con maggiore facilità, regalando ai genitori una sensazione rassicurante e "normalizzante" *"Quando mi hanno portato Allegra lei era avvolta nella copertina rosa, aveva le guance tiepide, e sembrava che dormisse. L'ho presa in braccio, ed è stata una sensazione meravigliosa, mi sono sentita a tutti gli effetti una mamma"*).

Conclusioni

L'assistenza ai bambini colpiti da morte perinatale è un momento molto particolare, complesso ed emotivamente rilevante nella pratica clinica di ostetriche, infermieri e ginecologi.

La letteratura internazionale prevede un sostegno continuativo alla coppia genitoriale, fondato sulla partecipazione e sull'organizzazione capillare di protocolli di intervento, che coinvolgano figure intra ed extra ospedaliere in modo da creare un nucleo protettivo e partecipe (brillantemente riassunto dal concetto di "cure palliative" in caso di morte perinatale). In molti ospedali esteri è presente un servizio di assistenza psicologica per le famiglie e per i membri dello staff ospedaliero, in modo da elaborare i vissuti di perdita sia nei genitori che negli operatori coinvolti in fase acuta (e non tardiva, dopo le dimissioni, quando tutto è già accaduto).

Il rispetto ed il riconoscimento indiscutibile del valore di ogni vita è fondamentale per com-

prendere il dolore dei genitori e per intervenire in modo professionale ma empatico durante tutte le fasi del percorso, dalla diagnosi alle visite di follow-up (Tab. 1).

Poter discutere con i colleghi dei propri vissuti emotivi e dei ricordi personali associati ad ogni esperienza di perdita che avviene in reparto è un modo semplice per aprirsi all'assistenza dei genitori con sensibilità ed empatia, e migliorare notevolmente il benessere psicologico dello staff e della coppia genitoriale.

Bibliografia

1. Saflund K, Wredling R. Differences within couples' experience of their hospital care and well-being three months after experiencing a stillbirth. *Acta Obstet.Gynecol.Scand.* 2006; 85: 1193-1199.
2. Cacciatore J, Bushfield S. Stillbirth: the mother's experience and implications for improving care. *J. Soc. Work End. Life Palliat. Care* 2007; 3: 59-79.
3. Condon JT. Prevention of emotional disability following stillbirth - the role of the obstetric team. *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.* 1987; 27: 323-329.
4. Hutti MH. Social and professional support needs of families after perinatal loss. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* 2005; 34: 630-638.
5. Kavanagh B. Women, men and stillbirth. How do they cope? *Pract. Midwife* 2002; 5: 18-20.
6. Kersting A, Fisch S, Baez E. Psychosocial care of mothers after stillbirth. *Lancet* 2002; 360: 1600-1602.
7. Radestad I, Nordin C, Steineck G, Sjogren B. A comparison of women's memories of care during pregnancy, labour and delivery after stillbirth or live birth. *Midwifery* 1998; 14: 111-117.
8. Saflund K, Sjogren B, Wredling R. The role of caregivers after a stillbirth: views and experiences of parents. *Birth* 2004; 31: 132-137.
9. Hughes P, Riches S. Psychological aspects of perinatal loss. *Curr. Opin.Obstet.Gynecol.* 2003; 15: 107-111.
10. Radestad I, Steineck G, Nordin C, Sjogren B. Psychological complications after stillbirth-influence of memories and immediate management: population based study. *BMJ* 1996; 312: 1505-1508.
11. Dyregrov A, Matthiesen SB. Stillbirth, neonatal death and sudden infant death (SIDS): parental reactions. *Scand. J. Psychol.* 1987; 28: 104-114.
12. Lasker JN, Toedter LJ. Satisfaction with hospital care and interventions after pregnancy loss. *Death. Stud* 1994; 18: 41-64.
13. Schott J, Henley A, Kohner N. *Pregnancy Loss and the Death of a Baby: Guidelines for Professionals.* 3rd edition, Bosun Press, London; 2007.
14. Perinatal Society of Australia and New Zealand Perinatal Mortality Audit Guideline; Section 3: Psychological and social aspects of perinatal bereavement
15. Cacciatore J, Froen F, Radestad I. Effects of contact with their stillborn babies on maternal anxiety and depression. *Birth: Issues in Perinatal Care* 2008; 35 (4): 313-320.
16. Tschetter L, Hildreth M. Grief enriched us: a model of perinatal loss support. *J. Perinat. Educ.* 2005; 14: 3-4.
17. Tumolo J. When the unspeakable happens. Helping families mourn a stillborn loss. *Adv. Nurse Pract.* 2006; 14: 62.
18. Weiss L, Frischer L, Richman J. Parental adjustment to intrapartum and delivery room loss. The role of a hospital-based support program. *Clin. Perinatol.* 1989; 16: 1009-1019.
19. Ravaldi C, Cialdi E, Biagini A, Pontello V, Mello G, Vannacci A. Il lutto in gravidanza. *Toscana Medica*, Settembre 2008; 8: 66-68.
20. Ravaldi C. La perdita in gravidanza; il dolore dei genitori, il supporto degli operatori. *Rivista di Educazione Prenatale, ANEP, Giugno*, 2007; 10: 38-51.

L'Ostetrica ed il massaggio infantile

Analisi di un anno di attività didattica specifica nella Scuola di Preparazione alla Nascita dell'Università di Perugia

Giovanna Di Bartolomeo, Concettina Cacchioni, Anna Maria Di Paolo
Corso di laurea in Ostetricia, Università di Perugia

Premessa

Durante la gravidanza, tra madre e feto si crea un profondo legame; al momento del parto la madre sente che questo legame viene spezzato e che il figlio, con il quale ha condiviso tante emozioni, sta per lasciarla. Ciò può portare ad un conflitto interiore molto intenso: la voglia di partorire il proprio bambino per vederlo, per avere un contatto fisico con lui, per sapere se ciò che si era immaginato corrisponde alla realtà, contrasta con il desiderio di non staccarsi dal figlio. Dopo il parto tuttavia, la donna si rende gradualmente conto che tra lei e il suo bambino si instaura un nuovo rapporto, un legame diverso, con un soggetto ora visibile e non più immaginario. In particolare, quando il neonato si attacca al seno, si ricrea quel legame che i due avevano in gravidanza (1, 2, 4, 6, 9, 10). Anche per il neonato, comunque, il passaggio dalle sensazioni del mondo intrauterino a quelle del mondo esterno richiede una complessa fase di riequilibrio; per far sì che tale fase si svolga in modo proficuo, si può anche utilizzare una pratica antica ed efficace: il massaggio infantile (3, 5, 7, 8). Il massaggio è un mezzo privilegiato per comunicare ed essere in contatto con il proprio bambino, in quanto favorisce il legame di attaccamento, rafforza la relazione genitore-bambino, favorisce uno stato di benessere nel bambino, aiuta il bambino a scaricare le tensioni provocate da piccoli malesseri e può rivelarsi un buon sostegno nei disturbi del ritmo sonno-veglia. La stimolazione tattile ha infatti effetti sia neurofisiologici sia comportamentali: toccare il bambino con affetto crea inoltre,

comunque, un senso di intimità, di amore, di sicurezza e di benessere. Il massaggio infantile non è una sequenza di movimenti da compiere "meccanicamente". È necessario creare un ambiente accogliente, sufficientemente caldo, con luci soffuse e suoni attutiti; un'atmosfera di agio, serenità e protezione. Il massaggio è praticato sulla pelle nuda del piccolo: il bambino può essere spogliato man mano che si prosegue il massaggio. È importante che il tocco sia gentile, delicato e ritmato. Con questi accorgimenti, il massaggio può costituire un valido strumento per rafforzare il legame madre-bambino.

Tenuto conto di quanto sopra e per un riscontro obiettivo è stato somministrato un questionario a donne che avevano frequentato il Corso di Massaggio Infantile tenuto presso la Scuola di preparazione alla nascita dell'Università di Perugia.

Materiale e metodi

Il campione, composto da 100 donne, che avevano frequentato il Corso di Massaggio Infantile negli anni 2006 e 2007, è stato reclutato tramite richiesta di collaborazione alle donne da parte dell'Insegnante di Massaggio al neonato del Corso di Preparazione alla Nascita. Il questionario, composto di ventidue domande (le prime sei riguardanti la fase prenatale, le altre sedici riguardanti il rapporto madre-bambino dopo la nascita) è stato somministrato alle donne per via telefonica, previo consenso delle stesse. Molte donne, oltre a rispondere al questionario, hanno propo-

sto un racconto spontaneo della loro gravidanza e della loro esperienza con il massaggio. Ciò è stato molto utile per ampliare il risultato dell'indagine con esperienze che hanno permesso di conoscere il legame madre-prodotto del concepimento anche da punti di vista non trattati esplicitamente nel questionario. I risultati dell'indagine si possono sintetizzare come segue. La maggior parte delle donne afferma di aver "parlato" con il bambino durante la gravidanza (Fig. 1).

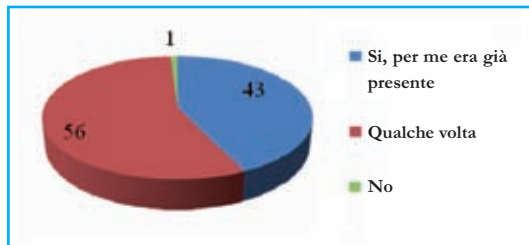


Figura 1: Ha mai parlato con il suo bambino non ancora nato?

Tutte le donne, in gravidanza, erano curiose di vedere il proprio bambino: solo il 3% non aveva mai avuto la curiosità di vedere il bambino, ma aveva aspettato con calma la nascita (Fig. 2).

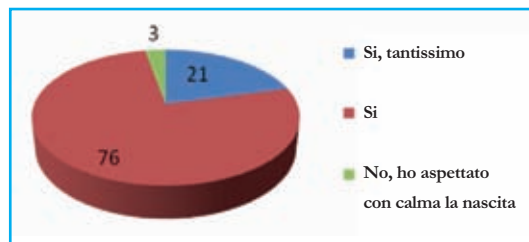


Figura 2: In gravidanza era curiosa di vedere il suo bambino?

In correlazione a quanto sopra, alcune donne, in gravidanza, fantasticavano sull'immagine del bambino: alcune si impegnavano in questa raffigurazione con il compagno, altre tenevano tale segreto per se stesse (Fig. 3).

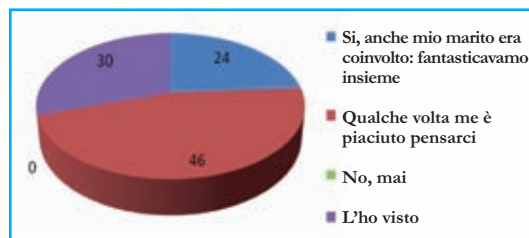


Figura 3: Si è mai soffermata ad immaginare come sarebbe stato fisicamente e caratterialmente il suo bambino?

Alla nascita, le madri hanno provato nella quasi totalità un forte attaccamento al proprio piccolo (92%), mentre solo per una piccola percentuale (5%) l'emozione dell'incontro con il proprio bambino è stata minore rispetto alle aspettative. Pochissime sono le madri che ritengono di aver provato una sensazione di estraneità nei confronti del neonato (Fig. 4).

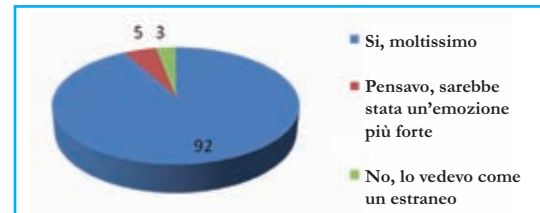


Figura 4: Alla nascita ha sentito subito un forte attaccamento al neonato?

E' noto che il bambino, per apprendere, ha innanzitutto bisogno della mamma: per il suo tramite, anche mediante canzoni, suoni, filastrocche, poesie il bambino riesce ad imparare molto. Le mamme in base alle risposte date al questionario (Fig. 5) hanno mostrato di conoscere questo aspetto; solo una percentuale minima di madri non ha mai avuto un contatto "musicale" con il proprio bambino.

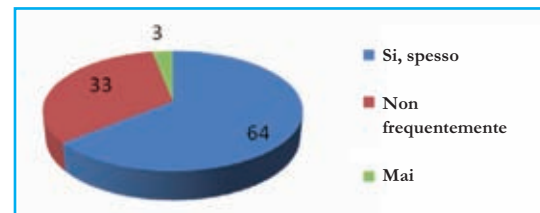


Figura 5: Quando si rivolge al suo bambino, utilizza mai canzoni, suoni, filastrocche o poesie?

Il contatto fisico tra genitore e figlio è molto importante, e di questo le mamme sono a conoscenza. Infatti la maggior parte di esse ha risposto che il contatto fisico aiuta a costruire il rapporto. Solo l'8% non ha saputo dare una risposta precisa (Fig. 6).

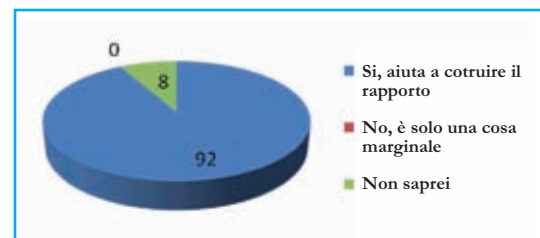


Figura 6: Secondo lei, è importante il contatto fisico tra genitore e bambino?

Il 99% delle donne ha affermato che il massaggio infantile è molto utile. I motivi sono due: uno di ordine affettivo (aiuta la madre e il bambino ad aumentare il loro legame), l'altro fisico (aiuta la madre e il bambino a rilassarsi) (Fig. 7).

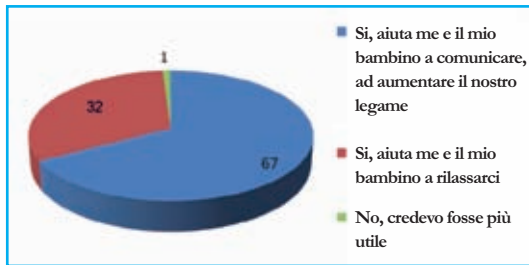


Figura 7: Pensa che il massaggio neonatale sia utile?

Il massaggio nell'opinione delle donne, ha aumentato l'attaccamento tra madre e bambino nella maggioranza dei casi; il 16% ha espresso dubbi in merito, mentre solo l'1% ha affermato di non essere stata soddisfatta dal massaggio infantile (Fig. 8) sotto questo profilo.

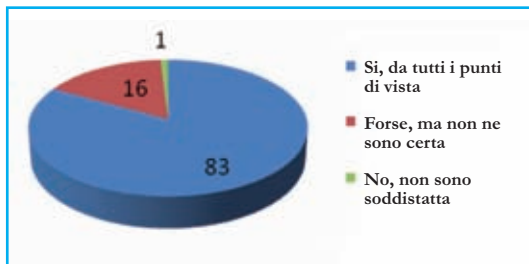


Figura 8: Il massaggio ha aumentato l'attaccamento al suo bambino?

Va rilevato, inoltre, che per la maggioranza delle donne (63%) i benefici del massaggio si prolungano nel tempo (Fig. 9); in un terzo circa, dei casi, i benefici vengono definiti come solo transitori.

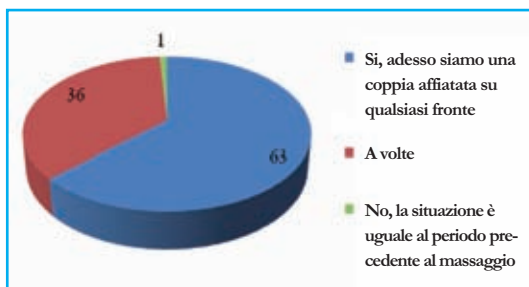


Figura 9: Ha tratto benefici per sé e per il suo bambino?

Per quanto riguarda specificamente il Corso di Massaggio Infantile, quasi tutte le mamme hanno viste soddisfatte tutte le loro aspettative (Fig. 10).

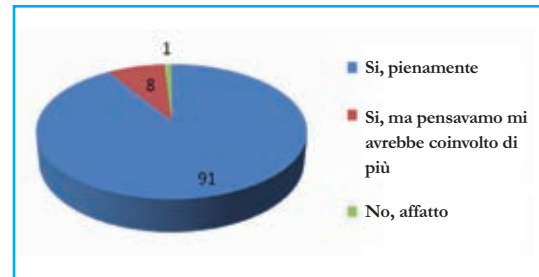


Figura 10: Il corso di massaggio neonatale ha soddisfatto le sue aspettative?

La maggioranza delle mamme ha dichiarato in particolare di avere apprezzato il fatto di poter aumentare l'attaccamento al proprio bambino.

Molte mamme hanno trovato utile l'essersi trovate con altre persone aventi le stesse necessità (avere dei bambini piccoli può infatti creare molte incertezze, che stando con altre persone possono essere almeno in parte eliminate); altre mamme hanno gradito portare il loro bambino in un luogo dove vi erano altri neonati (Fig. 11).

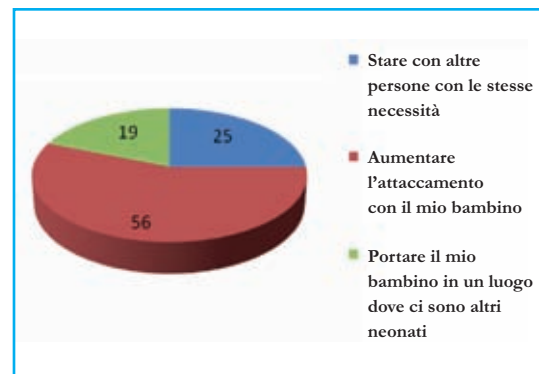


Figura 11: Quali aspetti del corso le sono maggiormente piaciuti?

Le mamme intervistate hanno quindi dichiarato in complesso di essere state soddisfatte del Corso, per la organizzazione, per la definizione degli obiettivi, per l'affiatamento e coinvolgimento del gruppo, nonché per la rispondenza alle loro aspettative e per l'insegnamento ricevuto.

I risultati hanno permesso, in conclusione, di osservare gradi abbastanza elevati di attaccamento materno-fetale nel campione di donne utilizzato, e dall'altro, di affermare l'efficienza del Massaggio e i benefici scaturiti dal suo utilizzo.

Le donne hanno confermato ciò che risulta dalla letteratura: il Massaggio Infantile è utile sia per la madre sia per il bambino e per l'attaccamento che deve instaurarsi tra i due; la madre si rilassa e trova un nuovo modo di comunicare con il proprio bambino attraverso il contatto fisico, il bambino ne ricava benefici fisici e psichici in quanto si rilassa ed inizia a percepire il proprio corpo mentre madre e bambino entrano in sintonia.

Bibliografia

- 1 Ammaniti M. La gravidanza tra fantasia e realtà, Il pensiero scientifico. Roma, 1992.
- 2 Bowlby J. Una base sicura: applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento. Cortina. Milano, 1989.
- 3 Campadello P. Shantala: l'antica tradizione indiana del massaggio per bambini. Editricepisani, Frosinone, 2006.
- 4 Ferrari Arrigoni G. Il bonding dei nove mesi. Guida alla comunicazione con il nascituro per genitori in attesa, educatori prenatali ed operatori parto. Edizioni Mediterranee, 1998.
- 5 Leboyer F. Shantala: l'arte del massaggio indiano per far crescere i bambini felici. Sorzogno, Milano, 2004.
- 6 Manfredi P, Imbasciati A. Il feto ci ascolta... e impara. Borla, Roma, 2004.
- 7 McClure V. Massaggio al bambino messaggio d'amore: manuale pratico di massaggio infantile per genitori. Bonomi, Pavia, 2001.
- 8 Oggioni S. Il massaggio infantile. Una tecnica antica per il benessere del neonato. Edizioni L'Età dell'Acquario, Torino, 2005.
- 9 Relier J. P. Amarlo prima che nasca: il legame madre-figlio prima della nascita. Le Lettere, Firenze, 1994.
- 10 Soldera G. Le emozioni della vita prenatale. Macro Edizioni, Pavia, 2001.

L'allattamento al seno nel neonato di madre tossicodipendente con sindrome da astinenza da narcotici

Anna Egidi*, Gabriele Cabiati**, Nicla Michiorri***

*Università di Perugia, Scuola di Specializzazione in Pediatria

**Azienda Ospedaliera "S. Maria" Terni, Unità Organica di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale; Giudice Ordinario Tribunale per i Minorenni di Perugia

***Avvocato esperto di Diritto Minorile, Terni

Riassunto

Gli Autori presentano un'indagine su neonati figli di madre tossicodipendente nati dal gennaio 1998 al maggio 2007 presso l'Ospedale "S. Maria" di Terni, che hanno manifestato una Sindrome da Astinenza da Narcotici.

Gli stessi, dopo aver richiamato gli aspetti clinici e terapeutici della Sindrome da Astinenza da Narcotici nel neonato, esaminano le implicazioni medico-legali della sindrome e le possibili forme di tutela giuridica del neonato da parte del Tribunale per i minorenni.

Key words: Sindrome da Astinenza da Narcotici e neonato; abuso neonato; sospensione postestà genitoriale.

Introduzione

Il neonato di madre tossicodipendente si qualifica come un bambino ad elevato livello di rischio, non soltanto in corso di gestazione, ma anche e particolarmente nel periodo perinatale.

In letteratura è documentato come le sostanze d'abuso provochino una dipendenza passiva

del neonato (da eroina, metadone, ecc.), come alcune di queste sostanze (spesso associate fra loro e/o ad alcol e barbiturici) siano teratogene, come compromettano in senso negativo lo sviluppo cerebrale fetale e come frequenti siano i parti prematuri o i neonati di basso peso alla nascita (1-3).

I narcotici assunti dalla madre giungono al feto attraverso la barriera placentare. Nel feto si accumulano i metaboliti tossici in quanto i processi catabolici nei confronti delle sostanze che richiedono attività enzimatica epatica (es. oppioidi) risultano notevolmente rallentati in relazione alla fisiologica immaturità del fegato e al potere escretivo renale, che - sempre nel feto - è fisiologicamente deficitario.

Com'è noto il movente eziopatogenetico della Sindrome da Astinenza da Narcotici (SAN) è reperibile nelle interazioni tra sostanze oppioidi e il sistema nervoso centrale.

La dipendenza fisica dal farmaco è la risultante dell'adattamento dell'organismo all'uso ripetuto della sostanza in causa. A tale adattamento segue un nuovo assetto di diversi equilibri omeostatici, che viene a mancare bruscamente nel momento in cui si sospende l'introduzione della sostanza che lo ha indotto. Spesso le madri in trattamento metadonico assumono sostan-

ze stupefacenti proibite, anche a breve distanza dal parto e dopo mesi di sospensione dall'assunzione.

Sovente agli effetti della droga si possono associare situazioni concomitanti, assai frequenti tra i tossicodipendenti: malnutrizione, alcolismo, tabagismo, infezioni con possibile trasmissione verticale, abitudini di vita irregolari, ecc., che vengono a costituire ulteriori fattori di rischio per il nascituro.

A causa del passaggio transplacentare degli oppioidi e dell'adattamento dell'organismo a questi, durante la gravidanza la dipendenza fisica da oppioidi presente nelle gestanti si trasmette al prodotto del concepimento.

Nel neonato la gravità della Sindrome da Astinenza da Narcotici non è soltanto in rapporto con il grado di tossicodipendenza materna, con l'entità e la distanza da parte dell'ultima dose assunta, ma anche con l'assunzione di più sostanze stupefacenti in cocktail (tipica l'assunzione di eroina in partorienti in trattamento metadonico).

La sintomatologia della Sindrome da Astinenza da Narcotici nel neonato è tipicamente caratterizzata da una serie di sintomi quali: ipertono muscolare, ipereccitabilità, insonnia, tremori, convulsioni, vomito, diarrea, difficoltà di alimentazione, starnuti, sudorazione, febbre, tachipnea, tachicardia e ridotta interazione con l'ambiente (4-13).

L'astinenza da metadone compare nel 60-70% dei neonati, mentre quella da eroina si manifesta con maggior frequenza, insorge più rapidamente ed ha minore durata.

Le droghe di uso comune agiscono sul feto secondo due diversi meccanismi, direttamente dopo il passaggio attraverso la placenta, ed indirettamente influenzando la circolazione utero-placentare e le condizioni di omeostasi materne.

Gli effetti sul feto possono essere molteplici e dipendono dal tipo di droga assunta, dal dosaggio, dalla via e dalla durata dell'assunzione, dal periodo di gestazione in relazione con l'ontogenesi fetale, ed infine dalla quantità della droga che raggiunge il feto e rimane nel compartimento fetale.

In epoca predifferenziata (fino alla 3^a settimana) si verificheranno nel feto effetti del tipo tutto/nulla, in epoca embrionale (3^a-14^a settimana) hanno luogo in genere gli eventi malformativi, in epoca fetale (14^a-termine) si verificano anomalie di ordine più funzionale che anatomico.

Una volta che il farmaco assunto dalla madre raggiunge il feto, l'incidenza degli effetti avversi fetoneonatali dipende non soltanto dalla

quantità che si concentra nel feto, ma anche dalla relativa distribuzione della circolazione fetale a sistemi ed organi di importanza rilevante (SNC, fegato, reni), dalla permeabilità delle barriere (es. ematoencefalica), dalla presenza di recettori tissutali e dal metabolismo operato dal feto stesso sul farmaco.

Un elemento molto importante consiste nel fatto che la concentrazione di albumina è molto più bassa nel sangue materno rispetto a quello fetale, per cui la capacità di legame del plasma per alcune droghe è doppia nel feto rispetto alla madre, per cui si concentrerà nel SNC in quantità doppia.

Il feto ed il neonato pretemine sono più suscettibili agli effetti delle droghe a causa della diminuzione della parte di proteine leganti il farmaco, degli elevati livelli di bilirubina (che compete con il farmaco per il legame con le proteine), della scarsa mielinizzazione del SNC che consente il raggiungimento di elevate concentrazioni di farmaco, dell'aumentata permeabilità della barriera emato-encefalica.

L'abuso di cocaina durante la gravidanza è legata ad una più elevata frequenza di rottura prematura delle membrane e di aborti spontanei, di morte fetale e di distacco placentare; quest'ultimo può provocare morte fetale intrauterina o, se il bambino sopravvive, maggiore incidenza di complicazioni neonatali e danno neurologico grave.

I neonati da madri tossicodipendenti presentano in genere un basso peso alla nascita, lunghezza e circonferenza cranica inferiori alla norma ed un basso indice di Apgar. Alcuni neonati possono manifestare sintomi da astinenza, se la madre ha fatto uso di cocaina poco prima del parto, ma gli effetti sono diversi e meno gravi rispetto all'astinenza da narcotici.

L'obiettivo fondamentale del trattamento metadonico in gravidanza è quello di stabilizzare la paziente ad un dosaggio di farmaco che impedisca l'insorgere di sintomatologia astinenziale e che le consenta l'abbandono delle abitudini sregolate dettate dalla necessità di procurarsi la droga. Il conseguente miglioramento delle condizioni socio-ambientali ed emozionali favorirà un trattamento farmacologico adeguatamente integrato con l'assistenza psicologica ed ostetrica.

E' tassativo evitare l'astinenza, poiché ogni sintomo astinenziale che si manifesta nella madre può causare sofferenza cronica o acuta nel feto.

La disintossicazione con metadone va presa in considerazione, sia per donne già in trattamento sostitutivo sia per donne che richiedano una rapida disintossicazione, solo in presenza di

un contorno di forte supporto o per profonde motivazioni personali (la gravidanza viene spesso idealizzata ed il bambino vissuto come elemento di riscatto); in ogni caso la disintossicazione va eseguita non prima della 14^a e non oltre la 32^a settimana, per il rischio di aborto spontaneo e di parto pretermine.

Per moltissimi anni c'è stato grande dibattito sulla pratica dell'allattamento al seno per le madri tossicodipendenti, soprattutto in quelle in terapia metadonica durante la gravidanza e dopo il parto; senza dubbio il metadone è la terapia migliore e rappresenta a tutt'oggi il trattamento di scelta.

Ci sono forti evidenze secondo le quali il metadone, pur essendo come già detto la terapia di scelta in caso di tossicodipendenza, è correlato a maggior incidenza di prematurità, di ritardo di crescita intrauterina (IUGR) e di microcefalia (Arlettaz, Kashiwagi et al.)

Esistono molti studi riguardanti la pratica dell'allattamento al seno per le madri tossicodipendenti, nei quali viene sottolineata l'importanza dell'allattamento come sempre per la formazione del rapporto madre-figlio e l'assoluta sicurezza dell'allattamento nel caso in cui la madre sia in trattamento con metadone; Jansson et al. hanno effettuato uno studio sulle concentrazioni di metadone nel latte e hanno notato che, indipendentemente dal dosaggio del farmaco, la quantità che si ritrova nel latte è bassissima e all'interno dei range accettati (21-314 ng/ml).

Alcuni Autori consigliano comunque, soprattutto nel caso di dosaggi molto elevati di metadone, una sospensione dell'allattamento al momento prestabilito, mai netta, ma graduale, per abituare il bambino a dosi sempre più basse della sostanza.

Il concetto secondo cui c'è un minimo passaggio di metadone nel latte è presente in numerosissimi studi (Geraghty, Graham, Logan et al., Lemire, Wilbourne et al., ecc.) i quali hanno rafforzato l'idea che la compatibilità dell'allattamento al seno con la terapia metadonica sia sicura.

L'allattamento al seno svolge un ruolo chiave nella formazione della diade madre-figlio ed alcuni Autori l'hanno aggiunto a rooming-in come elemento di ulteriore miglioramento: il rooming-in è associato ad una significativa riduzione della necessità di trattamento in corso di Sindrome da Astinenza da Narcotici (Abrahams, Kelly, Payne et al.)

In tutti quei neonati in cui si viene a determinare una Sindrome da Astinenza da Narcotici c'è alla base una caratteristica psichica tipica della madre tossicodipendente, rappresentata dal-

la mancata attivazione di alcuni meccanismi psichici di protezione (paura verso la morte sua e del feto o verso possibili malformazioni del feto stesso), che sviluppano un'attenzione ed una tutela, tutte materne, nei confronti del prodotto del concepimento. Il perseverare della gestante nella condotta di tossicodipendenza evidenzia questo negativo, peculiare atteggiamento psichico.

E' evidente che nei casi di neonati in condizione di Sindrome da Astinenza da Narcotici sussiste per il medico dell'Unità Organica di Neonatologia ospedaliera l'obbligo di segnalazione del fatto all'Autorità Giudiziaria (Procura della Repubblica o, meglio, Tribunale per i Minorenni). L'omissione di tale obbligo "notizia criminis" è sanzionabile come reato (art. 361 e 362 c.p.) (18).

L'intervento iniziale del Tribunale per i Minorenni si estrinseca nella prima fase attraverso la "limitazione della potestà genitoriale", sotto forma della non dimissione dall'Unità Organica di Neonatologia o - meglio - della emissione di un provvedimento di "non consegna ad alcuno" del neonato. Provvedimento che è sovente associato all'apertura di un "procedimento di adottabilità" al fine di consentire ai servizi pubblici preposti di avviare un'approfondita indagine sugli aspetti prognostici delle reali capacità dei genitori naturali o di quelli adottandi (14-17).

Per questa serie di motivi di ordine giuridico-tutelare la permanenza in ospedale si protrae per questi neonati per diversi giorni, ben oltre il divezzamento dal metadone, soprattutto perché i servizi sociali locali non possiedono strutture idonee o non sono collegati con comunità in grado di accogliere neonati, anche temporaneamente (18, 19).

Materiali e metodi

Nella presente indagine sono stati inseriti i neonati nati dal gennaio 1998 al maggio 2007 presso l'Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terzi, figli di madre tossicodipendente e che alla nascita hanno presentato una Sindrome da Astinenza da Narcotici.

Su un totale di 10.036 nati, sono stati 35 i casi di neonati da madri tossicodipendenti affetti da Sindrome da Astinenza da Narcotici, nei quali è coesistente anche la possibilità di trasmissione verticale di infezioni del genere HBV, HCV e HIV.

La gravità della sintomatologia della Sindrome da Astinenza da Narcotici è stata valutata mediante ricorso ad un sistema standardizzato de-

finito come “punteggio di Finnegan”, con valutazione delle condizioni del neonato 2 ore dopo la nascita e poi ogni 4 ore con assegnazione di relativi punteggi.

E' stata avviata una terapia farmacologica nei casi in cui lo score, secondo Finnegan, è risultato maggiore o uguale a 8, o se - indipendentemente dal punteggio totalizzato - erano comparse convulsioni o sintomi gravi (diarrea e/o vomito con disidratazione).

Si è seguito inoltre il percorso della diade madre-lattante e si è verificata l'adesione alle procedure di recupero genitoriale indicate dal Tribunale per i Minorenni, in funzione dell'allattamento materno.

Risultati dell'indagine

L'esordio della Sindrome da Astinenza da Narcotici o nei casi trattati è stato alquanto precoce (sovente prima delle 48 ore dalla nascita) sia in quella indotta da metadone che in quella determinata da eroina. E' stato rilevato un picco tra la sesta e la decima giornata di vita.

Il trattamento medico usato è stato quello metadonico, con tempi di trattamento, però, piuttosto lunghi (durata media di circa 32 giorni e talora raggiungendo dosaggi massimi). In 6 casi è stato associato il diazepam specie durante la terapia a scalare, sebbene l'efficacia sia controversa (3, 12, 20, 21).

Quasi nessuna delle madri ha dichiarato l'uso degli stupefacenti anche di fronte all'evidenza clinica della Sindrome da Astinenza da Narcotici dei propri figli; uso ammesso soltanto dopo analisi e contro-analisi dei dosaggi urinari di controllo sul neonato.

Per tutti i casi, dal momento della limitazione della potestà genitoriale al momento della dimissione, sono passati in media 46 giorni (minimo 27, massimo 89).

Ogni trattamento sanitario che prevedesse il consenso genitoriale è stato deciso dal Direttore dell'Unità Organica di Neonatologia dopo aver comunque informato il Tribunale per i Minorenni sulle alternative e sui possibili rischi.

Nelle esperienze vissute non sono mancati momenti difficili o di tensione, rappresentati da tentativi della madre, sottoposta all'influenza di sostanze stupefacenti o alcoliche, di non rispettare lo statuto e di riprendersi il neonato, o manifestazioni di pericolosità di questa per manipolazione non corretta del minore.

L'esperienza del nostro Reparto in quanto alla promozione dell'allattamento materno è ampia. Normalmente le madri vengono edotte ed educate in merito all'utilità di questa pratica, tramite la distribuzione di materiale informativo e la comunicazione diretta con il personale medico, ostetrico ed infermieristico.

Le madri inoltre sono invitate ad esporre i loro dubbi e domande per fare sì che alla dimissione l'allattamento sia pratica nota e consolidata.

Nel caso della madre tossicodipendente la pratica di educazione risulta più complessa, in quanto appena dopo il parto il neonato dovrà essere ricoverato in una Unità di Neonatologia a prescindere dal suo stato di salute generale, per consentire l'esecuzione degli esami ematochimici, tossicologici ed infettivologici di routine e degli esami strumentali (ECG, EEG, eco cerebrale, ecc.) atti a verificare l'eventuale presenza di alterazioni secondarie o meno all'abuso materno di sostanze durante la gravidanza.

Nel contempo sono stati eseguiti gli esami ematochimici, tossicologici ed infettivologici anche alla mamma, per escludere situazioni patologiche che potessero rappresentare controindicazione all'allattamento.

Nei giorni immediatamente successivi, si procedeva al graduale avvicinamento della donna alla gestione quotidiana del bambino e all'allattamento, non prescindendo naturalmente dai risultati delle analisi infettivologiche effettuate e nel caso in cui non esistessero controindicazioni all'allattamento.

Diversi sono stati gli epiloghi delle vicende: alcune a lieto fine sono sfociate in un'adozione, affidamento parentale o etero-familiare del neonato; altre purtroppo con triste epilogo.

Per molti casi la soluzione è stata reperita mediante l'inserimento della triade (neonati e genitori tossicodipendenti) nelle Comunità di Recupero.

Il problema maggiore è stata la scarsa disponibilità delle Comunità di Recupero all'inserimento immediato della coppia genitoriale durante la terapia metadonica, con allungamento dei tempi di degenza del neonato presso l'Unità Organica di Neonatologia.

Tale soluzione è stata accettata anche da genitori tossicodipendenti di “vecchia data”, che hanno vissuto la nascita del figlio come occasione ultima di riscatto dall'uso di sostanze stupefacenti, anche quando in precedenza non avrebbero mai accettato l'inserimento in una Comunità di Recupero.

L'adesione alla Comunità è stata quasi sempre un successo per le madri, mentre molti pa-

dri hanno rinunciato dopo vario periodo a proseguire il percorso terapeutico, con conseguente sospensione della potestà genitoriale.

In 4 casi, uno di madre nubile dedita all'uso di cocaina e in 3 coppie, si è scelto di recuperare la famiglia tramite un progetto del SERT locale. Purtroppo uno di questi neonati con Sindrome da Astinenza da Narcotici dopo circa un mese dalla dimissione (terzo mese di vita) è stato vittima di una S.I.D.S (sudden infant death syndrome o morte in culla).

Otto casi di neonati con Sindrome da Astinenza da Narcotici, in cui la problematicità dei genitori (fra cui un caso di ragazza madre con trasmissione verticale di HCV al neonato) non ha permesso di elaborare un progetto di recupero dalla tossicodipendenza, si sono conclusi con l'adozione, in 4 casi da parte di familiari resisi disponibili e in 4 casi con adozione eterofamiliare.

Possiamo affermare che l'allattamento ha giocato un ruolo chiave nel destino delle madri e dei loro figli.

Nella quasi totalità dei casi il legame instauratosi tra la mamma ed il bambino attraverso l'allattamento è stata la molla che ha spinto le madri ad accettare l'ingresso in comunità e a sottoporsi a percorsi di disintossicazione, esperienze notoriamente difficili da affrontare per persone con questo tipo di problemi.

Tutte le madri che avevano iniziato ad allattare il proprio bambino durante la degenza in ospedale hanno accettato di buon grado l'ingresso in strutture di recupero, probabilmente spinte da diverse motivazioni; in primis il forte desiderio di tenere e crescere il figlio, con cui inevitabilmente si era creato un legame "speciale", senza oltretutto incorrere nel rischio di perdere la potestà genitoriale e quindi il bambino stesso; in secundis, il bambino appena nato rappresentava una importantissima possibilità di riscatto personale e di riappropriazione di autostima e di consapevolezza di potersi prendere cura e di essere utile ed importante per qualcuno.

In particolare ci preme sottolineare come, al contrario, nei casi in cui per svariati motivi la mamma non ha potuto da subito allattare il proprio bambino, la situazione a distanza si è presentata profondamente diversa. Queste donne hanno accettato se non in minima percentuale l'ingresso in strutture deputate al loro recupero ed il follow-up a distanza per quanto riguarda la continuazione e la ripresa dell'uso di sostanze stupefacenti e lo stile di vita ad esse collegato ha dimostrato un miglioramento pressoché nullo; na-

turalmente i bambini sono stati in questi casi tolti alle madri e affidati ai servizi sociali per essere inseriti in percorsi di adozione, intra ed extrafamiliare come già detto.

Ciò a dimostrare ulteriormente che il precoce incoraggiamento della pratica dell'allattamento al seno è un fondamento imprescindibile per il recupero non solo della madre dal punto di vista sociale e sanitario, ma dell'intera famiglia.

Conclusioni

In conclusione corre l'obbligo di ribadire che, se da una parte il senso di umanità e di amore verso un essere indifeso (qual è il neonato), devono essere patrimonio di ogni singolo operatore attivo nell'ambito neonatologico, quest'ultimo deve essere adeguatamente informato, preparato e formato sui temi giuridici, medico-legali, psico-socio-relazionali ed assistenziali inerenti queste situazioni.

Gli operatori neonatologi debbono ben conoscere tutti gli interventi tesi ad eliminare le condizioni di disagio, dovendo svolgere anche attività di sostegno al genitore inadeguato, in modo tale che, ove possibile, recuperi una capacità genitoriale.

Le professionalità che si occupano dei bambini dalla primissima infanzia all'adolescenza, necessitano di una formazione di base che preveda non solo conoscenze cliniche, ma anche questi concetti e un aggiornamento continuo.

Le ultime acquisizioni sul funzionamento e sullo sviluppo della mente infantile e sulle possibilità di intervento sul maltrattamento, risultano di aiuto ai bambini, solo se le persone che si occupano di loro hanno tale bagaglio professionale e, soprattutto, sanno porlo in pratica, gestendo situazioni come quelle descritte.

Molto può essere fatto per prevenire le difficoltà dello sviluppo attraverso un'attenzione particolare alla salute del feto e del neonato e assicurando loro uno sviluppo più adeguato possibile.

Le Unità Organiche di Ostetricia e di Neonatologia possono e devono diventare *setting* per una prevenzione precoce dell'abuso nei neonati da genitori tossicodipendenti, perché un normale attaccamento tra neonato ed essere adulto è il presupposto per la creazione di "una base sicura", su cui costruire tutti i successivi rapporti esistenziali.

E' stato ampiamente dimostrato quali siano i danni provocati a breve e lungo termine sul neonato per l'uso di sostanze narcotiche in gravidanza, mentre molto poco si è meditato sui problemi legati ad un'adeguatezza delle cure e degli in-

terventi di tutela giuridica fin dai primi istanti di vita o addirittura già nel grembo materno.

Proprio sull'importanza delle primissime dinamiche relazionali si fondano le possibilità di una prevenzione primaria e precoce, basata sull'individuazione delle famiglie a rischio e sulla rimozione tempestiva e mirata dei fattori di rischio.

I lunghi tempi di degenza, seguenti al decreto di "non consegna ad alcuno" emesso dal Tribunale per i Minorenni in conseguenza dell'apertura di un "procedimento di adottabilità" per quel minore, sono condizionati sia dalle necessità di *nursing* e di intervento medico per il trattamento della Sindrome di Astinenza da Narcotici, ma anche e soprattutto dal necessario accertamento delle capacità genitoriali, dal loro possibile rinforzo tramite interventi di sostegno, dalla disponibilità all'inserimento dell'intero nucleo familiare e quindi - quale "ultima ratio" - dalla possibile adozione del minore.

Conoscere e saper intervenire in questa particolare forma di abuso significa spesso interrompere una probabile spirale di violenza futura, dando così la possibilità ad un bambino di una vita sicura e di una crescita sana ed equilibrata (22).

Come abbiamo espresso e dimostrato in precedenza, l'allattamento rappresenta un mezzo fondamentale per la costruzione di una relazione adeguata e sana tra la mamma ed il suo bambino e, soprattutto, per indirizzare il destino futuro dell'intero nucleo familiare di cui essi fanno parte.

Bibliografia

1. Kaltenbach KA. Effects of in-utero opiate exposure: new paradigms for old questions. *Drug Alcohol Depend*, 1999; 36: 83.
2. King TA, Perlman JM, Lupton AR. Neurologic manifestations

of in utero cocaine exposure in near-term and term infants. *Pediatrics*. 1995; 96: 259.

3. Theis JGW, Selby P, Ikizler Y et al. Current management of the neonatal abstinence syndrome: a critical analysis of the evidence. *Biol. Neonatale*, 1999; 71: 345.
4. Levy M, Spino M. Neonatal withdrawal syndrome: associate drugs and pharmacologic management. *Pharmacotherapy*, 1993; 13: 202.
5. Berghella V, Lim PJ, Hill MK, Cherpes J, Chennat J, Kaltenbach. Maternal methadone dose and neonatal withdrawal. *Am J Obstet Gynecol*, 2003; 189: 312.
6. Greene CM, Goodman MH. Neonatal abstinence syndrome: strategies for care of the drug-exposed infant. *Neonatal Netw*, 2003; 22: 15.
7. Micard S, Brion F. Management of the opioid withdrawal in the neonates: French and European survey. *Arch Pediatr*, 2003; 10: 199.
8. Bauer CR. Perinatal effects of prenatal drug exposure. Neonatal aspects. *Clin Perinatol*, 1999; 26: 87.
9. Chapman JP, Galea P. Neonatal abstinence syndrome at Glasgow Royal maternity hospital. *Health Bull*, 1999; 57: 247.
10. Johson K, Gerada C, Greenough A. Treatment of neonatal abstinence syndrome. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*, 2003; 88: F2.
11. Dashe JS, Sheffield JS, Olscher DA. et al. Relationships between methadone dosage and neonatal withdrawal. *Obstet Gynecol*, 2002; 100: 1244.
12. Lejeune C, Aubisson S, Simmat-Durant L et al. Withdrawal syndromes of newborns of pregnant drug abusers mentained under methadone or high-dose buprenorphine: 246 cases. *Ann Med Interne (paris)*, 2001; 152 (Suppl. 7).
13. D'apolito K, Hepworth JT. Prominence of withdrawal symptoms in plydrug-exposed infants. *J Perinat Neonatal*, 2001; 14: 46.
14. Montecchi F. I maltrattamenti e gli abusi sui bambini. F. Angeli, Milano, 1998.
15. Dubowitz H, Giardino A, Gustavson E. Child neglect: guidance for pediatricians. *Ped Rev*, 2000; 21: 111.
16. Caffo E. Le strategie di prevenzione dell'abuso dell'infanzia. *Riv Ital Ped* 1999; 25: 687.
17. Bernasconi S, Rossi K, Rossi S et al. Il maltrattamento infantile e le sue conseguenze a lungo termine. *Riv Ital Ped* 1999; 25: 701.
18. De Marco G. Rapporto fra magistratura e l'équipe pediatrica. *Riv Ital Ped* 1999; 25: 4-691.
19. Rondinini GF, Pirota M. Prima dell'abuso e del maltrattamento: individuazione precoce di rischio sociale. *Riv Ital Ped* 1998; 24: 546.
20. Haas C, Agostino R. Aggiornamenti in Neonatologia. 1995; (3-4): 82.
21. American Academy Of Pediatrics. Committee o substance abuse. Drug-exposed infants. *Pediatrics* 1995; 96: 364.
22. Carlini L, Cabiati G, Michiorri N, Fornaci M. Maltrattamento e abuso del neonato. *Jura Medica* 2003; 2: 333.

Scelti per voi

Una panoramica sulla più recente letteratura in tema di...

...dove c'è (olfatto e) gusto...!?

A cura di Francesco Tandoi

Collaboratori: Arianna De Martino, Lorenzo Giacchetti

Alcuni aspetti curativi legati ad appropriate stimolazioni sensoriali hanno sempre fatto parte della cultura medica sin dagli albori di questa disciplina. Nel ricercare una selezione di articoli per questa rubrica, mi sono imbattuto in alcuni articoli che, al di là della singolarità degli argomenti trattati, mi sono sembrati interessanti proprio per il loro approccio più vicino ai temi trattati dalla Rivista, pur affrontando delle tematiche molto delicate e rilevanti in ambito perinatale. Si tratta per lo più di studi piccoli che necessitano di conferme successive, ma che aprono interessanti scenari per un trattamento meno invasivo anche su aspetti di patologia importanti.

Olfactory stimulation prevents apnea in premature newborns
Marlier L, Gaugler C, Messer J. *Pediatrics* 2005; 115: 83-8.

Sebbene non recentissimo, questo articolo si è distinto come caposcuola della neonatologia moderna per impostazione e visione nei confronti della terapia delle apnee. Lo sviluppo dell'olfatto è ben presente già precocemente nella vita intrauterina, stimolando continuamente il feto mediante una serie composti (si parla di almeno 120) veicolati attraverso il liquido amniotico. Parimenti, è stato dimostrato che esperienze sensoriali avvengono attraverso il trasporto di molecole dal circolo materno nella placenta e quindi nel circolo fetale tanto da far ipotizzare, ad esempio, una "conoscenza" già in utero di alcune caratteristiche organolettiche del latte materno da parte del feto. Per questi motivi la nascita pretermine non sarebbe di ostacolo all'utilizzo di terapie sensoriali attraverso le vie olfattive.

Per la terapia delle apnee centrali l'approccio tradizionale è normalmente basato sull'utilizzo di xantine e doxapram, le quali pongono problemi relativi ad effetti collaterali oltre che ad una risposta non sempre efficace; questo gruppo di Strasburgo ha sperimentato la somministrazione di vanillina proprio nei pretermine *non responders* al trattamento farmacologico.

Nello studio venivano arruolati 14 pretermine, nati fra la 24^a e la 28^a settimana postconcezionale e al momento dello studio di età gestazionale compresa fra le 27 e le 31 settimane p.c., clinicamente stabili e non in ventilazione con CPAP.

La registrazione dei fenomeni apnoici avveniva su 3 giorni: il primo e il terzo di non trattamento, il secondo in concomitanza della somministrazione di 15 gocce di una soluzione a base di vanillina (che produce lo stesso odore della vaniglia) sul cuscino della culla. Emergeva che durante la somministrazione di vanillina (secondo giorno) si assisteva ad una importante riduzione delle apnee (c.a. 33 nei giorni 1 e 3 vs 22 il giorno 2). L'effetto era presente in 12 dei 14 neonati.

Due ipotesi venivano formulate per supportare l'effetto di tale stimolazione:

- un effetto "centrale" della vanillina sui centri del respiro, mediante passaggio delle molecole inalate nei capillari della mucosa nasale;
- un effetto facilitante della vanillina sullo stress.

Il trattamento appare promettente in quanto semplice da somministrare, privo di effetti collaterali ed economico oltre che efficace.

The effect of the odour of mother's milk on breastfeeding behaviour of premature neonates

Rainbault C, Saliba S, Porter RH. *Acta Paediatrica* 2007; 96: 368-71.

L'articolo parte dalla considerazione che l'odore del latte materno facilita l'inizio dell'allattamento al seno guidando il neonato verso il capezzolo e provvedendo a stereotipare i movimenti di su-

zione, fondamentali all'istituzione di tali automatismi. Di contro, una capacità di suzione precoce è poco sviluppata nei neonati pretermine, tuttavia tali patterns appaiono migliorabili con la crescita e l'esperienza.

Un gruppo di 13 neonati con età gestazionale alla nascita compresa fra 30 e 33 settimane, clinicamente stabili e in respiro spontaneo veniva randomizzato in due sottogruppi per ricevere una stimolazione olfattiva con latte materno fresco (7) o con acqua (6). La stimolazione con latte materno avveniva a 35 settimane p.c. per un periodo di 120 sec. prima di un tentativo di allattamento al seno per 5 giorni consecutivi. Un secondo trial era effettuato nei 2 giorni precedenti la dimissione. I patterns comportamentali analizzati erano i seguenti: tempo di latenza del *grasping* verso il capezzolo, durata e numero di salve di suzione (composte da almeno 7 movimenti di suzione ognuna), durata della sessione di suzione. Una doppia pesata veniva effettuata al termine di ogni sessione al fine di determinare la quantità di latte assunto. Veniva inoltre registrata l'età gestazionale alla dimissione.

I pretermine sottoposti a stimolazione con latte materno mostravano salve di suzione più lunghe e di numero più elevato rispetto a quelli stimolati con acqua. Inoltre assumevano maggiori quantità di latte oltre ad esser dimessi prima del gruppo di controllo. I tentativi di avvicinamento al capezzolo non differivano sostanzialmente fra i due gruppi.

Nel complesso emergeva l'effetto di promozione all'allattamento al seno che una breve stimolazione olfattiva con latte materno esercitava su neonati pretermine in termini di una maggior efficiente attività di suzione e maggior prontezza ad alimentarsi al seno oltre al minor periodo di ospedalizzazione.

Chocolate consumption in pregnancy and reduced likelihood of preeclampsia

Triche EW, Grosso LM, Belanger K, Darefsky AS, Benowitz NL, Bracken MB. *Epidemiology* 2008; 19: 459-64.

Prendendo spunto dal recente Congresso tenutosi lo scorso Ottobre 2008 a Perugia in tema di *Cioccolato, donna, gravidanza*, mi sembrava opportuno approfondire con un riferimento bibliografico uno dei temi discussi in tale contesto. Le note proprietà del cioccolato legate alla presenza di flavanoli (antiossidanti), xantine e ferro hanno spinto alcuni gruppi a ricercare gli effetti di tale cibo sulla gravidanza, spinti peraltro dall'osservazione di alcune popolazioni dell'America centromeridionale, che utilizzano il cioccolato da tempi antichissimi mostrando una bassa incidenza di malattie cardiovascolari e di gestosi.

Proprio quest'aspetto veniva preso in analisi in questo studio prospettico. Una coorte di 2.291 donne, arruolate da 1996 al 2000, che avevano partorito dopo gravidanza singola, avevano registrato il consumo di cioccolato durante il primo e il terzo trimestre di gravidanza. Era stata inoltre dosata alla nascita la concentrazione sierica di teobromina, la principale xantina del cioccolato, su sangue cordonale.

I risultati ottenuti evidenziavano che l'assunzione di cioccolato era inversamente correlato allo sviluppo di ipertensione in gravidanza; nello specifico donne che assumevano 5 porzioni di cioccolato a settimana mostravano un ridotto rischio di incidenza di preeclampsia sia nel I trimestre (aOR = 0,81) sia nel terzo (0,60), rispetto alle donne che ne consumavano solo una porzione a settimana. La concentrazione di teobromina cordonale correlava negativamente con lo sviluppo di preeclampsia. Sarà questa la strada per non considerare più il cioccolato solo il cibo dei golosi?

Home and Abroad

Uno sguardo a convegni, corsi ed eventi, in Italia e all'estero, che hanno come tema la "care" in medicina perinatale

Corsi dell'Associazione Italiana per la Care in Perinatologia

www.careperinatologia.it

Docenti: Arturo Giustardi - Monika Stablum
Sala Kolping, Via Ospedale - Bolzano

18-19 maggio 2009

"Educazione prenatale, vita prenatale e neonatale (educare i genitori durante la gravidanza)"

(19 crediti)

Crediti ECM richiesti per medici, ostetriche, infermiere pediatriche e professionali, assistenti sanitari, educatori professionali, psicologi.
Costo 180 euro, max 20 partecipanti.

8-9 giugno 2009

"La stabilizzazione del neonato"

(20 crediti)

Crediti ECM richieste per medici, ostetriche, infermiere pediatriche e professionali, assistenti sanitari, educatori professionali, psicologi.
Costo 180 euro, max 20 partecipanti.

24-25 settembre 2009

"Il neonato che non respira"

(18 crediti)

Crediti ECM richiesti per medici, ostetriche, infermiere pediatriche e professionali, assistenti sanitari.

Costo 180 euro, max 20 partecipanti.

19-20 ottobre 2009

"Pronto Soccorso emozionale"

(18 crediti)

Crediti ECM richieste per medici, ostetriche, infermiere pediatriche e professionali, assistenti sanitari, educatori professionali, psicologi.
Costo 180 euro, max 20 partecipanti.

3-4 novembre 2009

"Il pianto del neonato e del lattante come gestirlo. L'uso della fascia, prove pratiche"

(20 crediti)

Crediti ECM richieste per medici, ostetriche,

infermiere pediatriche e professionali, assistenti sanitari, educatori professionali, psicologi.
Costo 100 euro, max 20 partecipanti.

16-17 novembre 2009

"Assistenza della madre e del neonato in acqua"

(20 crediti)

Crediti ECM richiesti per medici, ostetriche, infermiere pediatriche e professionali, puericultrici, assistenti sanitari, assistenti sociali, psicologi.
Costo 180 euro, max 20 partecipanti.

9-10 dicembre 2009

"Kangaroo Mother Care e assistenza personalizzata del prematuro"

(18 crediti)

Crediti ECM richieste per medici, ostetriche, infermiere pediatriche e professionali, educatori professionali, psicologi.
Costo 180 euro, max 20 partecipanti.

Iscrizioni e informazioni:

Monika Stablum,

Tel.: 3383679491 dalle 15:00 alle 18:00

e-mail: monikastablum@yahoo.it

Convegni

I Sessione 23 Marzo/28 Settembre 2009

II Sessione 20 Aprile/19 Ottobre 2009

Corso di aggiornamento teorico-pratico per anestesisti rianimatori

"Ecografia nei pazienti in terapia intensiva"

15 maggio 2009

"Dissincronia & Resincronizzazione Cardiaca"

Iscrizioni e informazioni:

Eidomedica S.r.l. Via Aurelia, 678-00165 Roma

Iscrizioni: Eidomedica: fax 06/66502953

e-mail: info@eidomedica.it