

E dopo la nascita quale assistenza alle mamme e ai bambini?

Valutazione dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi.
Controllo delle interferenze mediche e sociali.
Strategie a confronto.

Testi di Riccardo Davanzo, Giovanni Fattorini,
Sandra Forni, Francesca Ginobbi,
Barbara Grandi, Paola Greco,
Piera Maghella, Sofia Quintero Romero,
Gherardo Rapisardi, Maita Sartori.



Riunione Annuale 1996

Associazione ANDRIA. Coordinamento per la Promozione di una Assistenza Appropriata in Ginecologia e Ostetricia

Introduzione

Questo quaderno trae origine dalla Riunione annuale dell'Associazione ANDRIA 1996.

"E dopo la nascita quale assistenza alle mamme e ai bambini? - Valutazione dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi - Controllo delle interferenze mediche e sociali - Strategie a confronto" , questo il titolo e i temi dell'incontro, si è svolto a Venezia il 30 novembre 1996, ed è stato il primo incontro nazionale di questa associazione .

Che cosa è ANDRIA?

ANDRIA è "una struttura permanente di confronto fra coloro che, a vario titolo interessati ad una modifica delle pratiche attinenti a gravidanza e nascita, desiderano innanzitutto partecipare ad una riflessione collettiva sul proprio operato. Per produrre nella realtà cambiamenti effettivi e profondi, coniugando la piena adesione al rigore delle evidenze scientifiche con il rispetto degli aspetti emozionali della nascita e dei bisogni di donne e bambini

Presentazione

Cari amici, sono molto contento di avere l'occasione di parlare con voi. Sarebbe meglio, certamente, essere con voi di persona, poiché sento molto la mancanza dei miei tanti amici di Andria, e poiché io stesso mi considero parte di questo gruppo. Ho avuto il grande piacere di essere con voi a Zevio, quando venne fatto il primo passo per formare questa associazione, e di nuovo ero con voi a Lugo quando prendeste la decisione di formalizzarla. E spero, in futuro, di avere l'occasione di essere di nuovo con voi.

Andria è una organizzazione importante, per quel che ne so è l'unica organizzazione di questo genere nel mondo. Molti gruppi nel mondo si dedicano all'umanizzazione dell'assistenza alle mamme ed ai bambini durante la gravidanza ed il parto, molti si dedicano a rendere la gravidanza ed il parto più sicuri. Ci sono molti gruppi in cui medici, ostetrici, o ostetriche, si uniscono per promuovere le aspirazioni, e raggiungere i traguardi delle loro professioni. E ci sono molte organizzazioni importanti come la Cochrane Collaboration internazionale, che lavorano per una valutazione critica di tutte le forme di tecnologie o interventi impiegati nell'assistenza sanitaria. Ma non conosco altre organizzazioni simili ad Andria, che mettano assieme tanti professionisti diversi, ed abbiano come obiettivo il raggiungimento di un reale cambiamento nell'assistenza alla maternità ed ai neonati, facendo grande attenzione alla salute fisica, alla salute psicologica, ed alla salute sociale delle donne e delle loro famiglie durante e dopo la gravidanza ed il parto. Siete quindi importantissimi, non solo per l'Italia, ma anche come esempio per il resto del mondo.

Sono tempi difficili per l'assistenza alla maternità. Siamo stati sommersi da un'enorme quantità di tecnologie, nuove e complicate, costose e seducenti. Molte delle quali non sono state valutate adeguatamente, ma le gente si aspetta che siamo moderni e aggiornati, e quindi le usiamo. Siamo esposti ad attacchi medico-legali se non seguiamo la pratica corrente, o se l'esito non è il risultato perfetto che il pubblico si aspetta. Allo stesso tempo siamo sotto grande pressione per economizzare, per spendere meno, per tagliare, per fornire assistenza sempre migliore con risorse sempre minori. Tutte queste pressioni sono intollerabili. Come professionisti, ci sentiamo spiacevolmente e inesorabilmente schiacciati da esse.

Oggi c'è una crisi nell'assistenza alla maternità.

Non so parlare cinese, quindi non so se è vero, ma mi hanno raccontato che in cinese la stessa parola significa crisi ed occasione. Non importa se è vero, comunque il concetto è valido. Una crisi è un periodo di tempo che ci dà l'opportunità reale di cambiare. Le stesse pressioni che ci opprimono, ci possono anche liberare. Le nuove tecnologie, se impareremo ad usarle in modo proprio ed appropriato, aumenteranno enormemente la nostra capacità di curare le donne che assistiamo. Gli spauracchi medico-legali, che ora sembrano volerci assalire, se saranno guidati da professionisti attenti come voi, e da un pubblico reso informato, potranno aiutarci a fornire una qualità assistenziale certa. E la pressione a tagliare, ad economizzare, può lavorare a nostro vantaggio nel senso che impareremo a non sprecare, e a non iperutilizzare.

Sono tempi eccitanti, tempi di crisi ed occasioni, tempi meravigliosi per essere vivi, e lavorare per un futuro migliore. Grazie per essere le persone che siete, e per il lavoro che fate.

Murray W. Enkin

ALLATTAMENTO ED INTERFERENZE MEDICHE E SOCIALI

INTERFERENZE MEDICHE CON L'ALLATTAMENTO AL SENO

di Riccardo Davanzo

L'allattamento al seno, esperienza naturale di alimentazione e di vita, trova il suo avvio nella nostra società sotto il controllo, la tutela o la supervisione degli operatori sanitari, in considerazione dell'isolamento sociale della famiglia nucleare e dell'inadeguata trasmissione trasversale delle competenze allevanti.

Così a seconda della cultura, dell'attitudine e della competenza degli operatori sanitari l'allattamento al seno può essere incoraggiato o viceversa ostacolato.

Le modalità di interferire con l'allattamento al seno possono dipendere dall'organizzazione dell'istituzione oppure dall'intervento individuale del professionista.

Nella tavola 1 è elencata una lunga serie di fattori, che potremmo definire di antipromozione dell'allattamento naturale. La maggior parte di tali fattori sono ben noti nella letteratura (1,2), ma ciò non significa che una volta riconosciuti siano poi rimossi o modificati.

Si comprende così perché a metà degli anni '90 (5/11/94) la prestigiosa rivista Lancet abbia ritenuto opportuno dedicare un suo ormai famoso Editoriale ("A warm chain for breast-feeding") ad un discorso apparentemente trito e ritrito come quello della promozione dell'allattamento al seno; nell'Editoriale, fra l'altro, si ricorda come: *"Sono ancora comuni nelle maternità pratiche che notoriamente sono dannose.....; modalità assistenziali notoriamente vantaggiose spesso non sono in uso.....; la maggior parte degli operatori sanitari non ha acquisito le conoscenze rilevanti e le competenze pratiche di base....."*.

L'essenza della questione sembra concentrarsi tutta proprio in queste poche parole!

Ci limiteremo, come esempio, a commentare alcune di queste interferenze, rinviando per un approfondimento del tema alla bella e sistematica trattazione della dottoressa Ruth Lawrence (1).

LA BASSA TEMPERATURA AMBIENTALE IN SALA PARTO (3,4).

È esperienza comune che le sale parto dei nostri ospedali presentino condizioni microclimatiche più adatte alla madre o al personale sanitario, che non al neonato. Vi è un range relativamente stretto di temperature ambientali dentro al quale un bambino può

Tavola 1. Interferenze mediche sull'allattamento al seno

A) Dipendenti dall'organizzazione dell'istituzione ospedaliera

Da parte ostetrica

- * *temperatura ambientale troppo bassa della sala parto,*
- * *somministrazione di farmaci alla madre,*
- * *induzione del travaglio,*
- * *mancato trasferimento fra ospedali della mamma a seguito del figlio (quando le condizioni materne lo consentano),*
- * *fleboclisi (per es. per terapia marziale) in puerperio,*
- * *uso routinario di "topici" per la protezione del capezzolo,*
- * *uso routinario del paracapezzolo,*
- * *visite dei parenti*
- * *dimissione troppo precoce o troppo tardiva della puerpera*

Da parte neonatologica

- * *immediata e routinaria separazione del bambino dalla madre dopo il parto per procedure assistenziali (visita, peso, bagnetto,*

aspirazione delle vie aeree e dello stomaco di routine, passaggio routinario nell'incubatrice),

- * ricovero in Neonatologia per patologia minore e prematurità leggera (35-36 settimane)*
- * Nido chiuso con poppate ad orario fisso*
- * mancanza di rooming-in (per problemi logistici o scarsità di personale)*
- * supplementazioni non necessarie di liquidi diversi dal latte materno,*
- * uso del ciuccio passatempo*
- * promozione dell'allattamento artificiale (consegna di campioni di latte, indicazione routinaria di una marca di latte artificiale ai bambini allattati esclusivamente al seno, istruzione a tappeto a preparare il latte artificiale, poster o altro materiale pubblicitario),*
- * mancato sostegno dopo la dimissione (ambulatorio dell'allattamento, disponibilità telefonica,.....)*

B) Dipendenti dal counselling del singolo professionista.

- * false controindicazioni ad allattare*
- * consigli ambigui, contraddittori o poco efficaci sull'allattamento (per scarsa attitudine, incapacità a capire il vero problema, inadeguatezza nel dare sostegno psicologico)*

mantenere la sua normale temperatura corporea con la minor attività termogenica possibile, in termini di consumo d'ossigeno e di quoziente metabolico.

Questa temperatura é detta ambientale neutra e corrisponde a circa 24-25 ° C per il neonato a termine ed a circa 28-30° C per quello pretermine.

Temperature di 20°C per un neonato nudo sono equivalenti a temperature di 0° C per l'adulto nudo. Al di sotto di queste temperature, neanche ricorrendo alla termoregolazione neonato e adulto riescono a mantenere la propria temperatura corporea e si sviluppa ipotermia.

L'ipotermia neonatale causata dalla bassa temperatura in sala parto (così come dall'inadeguato controllo termico da parte degli operatori sanitari che non asciugano adeguatamente il neonato dal liquido amniotico) oltre a rappresentare un pericolo per il neonato, ostacola la suzione del bambino e quindi in definitiva l'allattamento al seno.

Ricordiamoci quindi che oltre all'amore (le pratiche di bonding), al nutrimento ottimale (il latte materno) ed all'igiene (per evitare le infezioni) il neonato ha bisogno anche di mantenersi riscaldato. Anzi il controllo termico é la premessa fondamentale perché siano soddisfatti tutti gli altri suoi bisogni.

SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AL MOMENTO DEL PARTO. La problematica dei possibili effetti neurocomportamentali sul neonato dei farmaci, prevalentemente ad azione analgesica o sedativa, utilizzati dall'ostetrico durante il travaglio ed il parto é nota ai ricercatori da più di 30 anni (5).

Gli effetti sul neonato della *meperidina* (petidina) sono i meglio noti, visto il largo impiego in ostetricia del farmaco. La meperidina somministrata alla madre passa al feto e siccome la sua emivita nel neonato é di 13-23 h (o addirittura di 62 h per il suo metabolita attivo, normeperidina) si comprende come il comportamento del neonato possa risultare prolungatamente alterato, con riduzione della sua abilità di rispondere agli stimoli visivi e uditivi e con depressione del respiro. Alcuni autori (anche se isolati) hanno addirittura descritto un pH ombelicale più basso ed una riduzione del flusso ematico aortico.

Più recentemente Righard e Alade (6) hanno messo in luce come solo il 20% (8/40) dei bambini nati a termine, di peso normale, con Apgar 9 o 10, la cui madre aveva ricevuto una dose di meperidina di 75-100 mg in travaglio é capace di succhiare correttamente al seno entro le prime due ore di vita; l'80 % dei neonati invece succhia in maniera inadeguata (7/40) o non é per niente capace di succhiare (25/40)(tavola 2).

Anche un altro recente studio condotto da Nissen (7) mostra che la manifestazione dei riflessi cardinali e della suzione é depressa o ritardata nei neonati esposti alla meperidina, suggerendo che questi neonati dovrebbero essere lasciati più a lungo a contatto con la mamma nell'immediato dopo parto per avere un'opportunità in più di avviare la prima suzione al seno.

La letteratura disponibile non evidenzia che il *diazepam* dato alla madre possa determinare effetti negativi, anche se é ben noto che questo farmaco può determinare nel neonato che lo assuma direttamente ipotonia, letargia e difficoltà a succhiare.

Tavola 2. Rapporto fra somministrazione di meperidina alla madre durante il travaglio e suzione in sala parto di 72 neonati (Righard, 1990).

	Suzione nel neonato		
	<i>Pattern corretto</i>	<i>Pattern non corretto</i>	<i>Suzione assente</i>
<i>Petidina NO</i>	23	8	1
<i>Petidina SI</i>	8	7	25

La somministrazione epidurale di *morfina* (8) può determinare il passaggio del farmaco nel latte materno, anche se in quantità molto basse e per lo più nella forma coniugata, farmacologicamente inattiva. Il passaggio del farmaco per via transplacentare può comunque deprimere un neonato ed interferire con la sua suzione.

INDUZIONE DEL TRAVAGLIO. Questa viene solitamente ottenuta mediante la somministrazione di ossitocina sintetica endovena o l'applicazione di prostaglandine a livello della cervice uterina (gel: dinoprostone, PGE2).

Non é noto con chiarezza il ruolo delle PGE2 sulla lattazione e nemmeno fino a che punto la somministrazione di ossitocina esogena possa a medio termine interferire con la produzione ed eiezione di latte, magari per *feed-back* ormonale negativo.

IGIENE DEL CAPEZZOLO E PREVENZIONE DELLE RAGADI.

Sono in uso molti tipi di unguenti, di creme e di liquidi da applicare al capezzolo prima e/o dopo ogni poppata, per evitare l'insorgere delle ragadi. La loro utilità non é documentata, mentre si sa che l'applicazione topica di sostanze odorose così come il semplice lavaggio del capezzolo prima della poppata può disorientare il neonato (9).

I paracapezzoli possono essere causa di scarsa crescita al seno. Vanno usati solo in casi molto selezionati e mai per più di 1-2 giorni al massimo. Se il capezzolo continua a dolere anche dopo le prime poppate é possibile che il bambino si stia attaccando al seno in maniera inadeguata o che vi sia una sottostante infezione da candida del capezzolo, che andrà debitamente curata .

LA FORMAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO. Il più delle volte é carente nel campo dell'allattamento al seno, per inadeguatezza dei *curricula studiorum* di medici, infermiere e ostetriche e per la mancanza di precisi programmi di supervisione e aggiornamento a livello locale e nazionale.

Anche testi di pediatria autorevoli come il Nelson nei capitoli riguardanti l'allattamento naturale possono presentare errori sostanziali.

L'edizione 1996 del Nelson, per esempio, pur avendo dato molto più spazio all'allattamento naturale rispetto alle edizioni passate, fa le seguenti criticabili affermazioni:

1) "*.....nursing more than every 2 hours, however, may inhibit prolactin secretion.....corrected by delaying feeding to 2 1/2 hours intervals*".

Ciò mette in dubbio la fisiologicità delle poppate frequenti ed il fatto che più il bambino succhia, più latte materno avrà a disposizione.

Noi sappiamo viceversa che non é allungando l'intervallo fra le poppate che si favorisce l'allattamento al seno, bensì verificandone la validità, l'efficienza. Suggestendo di aumentare l'intervallo fra poppate invece si apre la porta automaticamente all'allattamento misto.

2) "*.....acute infections in the mothers may contraindicate breast-feeding, if the infant does not have the same infection.....*".

La conclusione che uno può trarre é che ad ogni banale sindrome influenzale della madre, se il bambino é ancora indenne, convenga evitarli il latte materno. Esattamente il contrario di quanto deve essere suggerito.

3) "*...(as a contraindication) malaria....*".

Le reali controindicazioni ad allattare sono assai rare (11). Fra queste non possiamo in alcun modo inserirvi la malaria come suggerito dal Nelson! Innanzitutto perché il plasmodio non si trasmette col latte umano. Se poi si vuole far riferimento allo stato di anemizzazione e/o deperimento organico della donna malarica, ricordiamo che la maggior parte delle forme cliniche di malaria nei paesi dove questa malattia é diffusa sono paucisintomatiche o comunque non gravi, per lo stesso fatto di essere di natura parassitaria.

Da questi esempi emerge come la cultura medica ufficiale (da cui originano i libri di testo) presenta lacune concettuali sia sulla pratica che sulla teoria dell'allattamento al seno.

A maggior ragione quindi si sente la necessità in questo campo di una formazione strutturata e completa degli operatori sanitari.

Fra i corsi di formazione disponibili esiste ora la versione italiana del corso di 18 ore dell'UNICEF (10). La denominazione ufficiale del corso é: *Promozione e Pratica dell'Allattamento al Seno. Corso per operatori sanitari*; il manuale relativo (che é un manuale per chi si impegnerà nella formazione di formatori e non per semplici partecipanti) é stato stampato a spese della Regione Friuli Venezia Giulia nell'autunno 1996 ed inviato alle Segreterie particolari degli Assessorati alla Sanità delle varie Regioni italiane e Province Autonome, dove può essere richiesto.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Lawrence R.A., Breastfeeding: a guide for the medical profession. Mosby, St Louis, 1993
- 2) Davanzo R. Manuale dell'allattamento al seno. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1995
- 3) Sinclair JC In: Effective care of the newborn infant Sinclair JC et al., Oxford University Press, 1992
- 4) Klauss M et al., Care of the high risk newborn. Pergamon Press, 1993
- 5) Stehler G, Newborn attention as affected by medications during labor. Science, 1964, 144, 315-17
- 6) Righard L, Alade MO, Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. Lancet, 1990, 336, 1105-07

7) Nissen E et al., Effects of maternal pethidine on infants' developing breast feeding behaviour. Acta Paediatr 1995, 84, 140-5

8) Bernstein J et al. Colostrum morphine concentrations following epidural administration.

Anesth Analg 1989, 68, S23

9) Varendi H et al., Does the newborn baby find the nipple by smell? Lancet, 1994, 344, 989

10) UNICEF, Nutrition Cluster Breastfeeding Management and Promotion in a Baby Friendly Hospital. UNICEF, NY, USA, 1993

11) Davanzo R. et al., Esistono situazioni in cui scoraggiare l'allattamento al seno? Rivista di Pediatria Preventiva e Sociale, 1995; 45:103

Da questa relazione é stato tratto un articolo pubblicato sulla rivista Medico e Bambino (M&B, 8, 511-513, 1997).

ALLATTAMENTO AL SENO, DONNA E SOCIETÀ

di Sofia Quintero Romero

"Il seno viene prima del nome: è la dolcezza del latte, la presenza del seno/amore che restituisce fiducia e speranza, che addomestica i sensi ancora selvaggi, e costituisce la base per la relazione amorosa. Dopo verrà il padre, il maschile, con la rete e il nome, ma è nel brancicare verso il seno del neonato, nell'adescare con il latte della madre, che si fonda la fiducia nell'avventura umana"

Lella Ravasi.

A partire dagli anni '30, quando ha avuto inizio la generalizzazione dell'uso dei lattini in polvere per lattanti e del biberon, la pratica dell'allattamento al seno ha conosciuto un declino che non ha ancora concluso il suo corso. Nel 1982 l'OMS ha pubblicato uno studio che analizzava una grande mole di dati preesistenti: inchieste condotte negli anni tra il 1960 ed il 1980 su un campione di almeno 100 bambini in 86 paesi, che rappresentavano a quell'epoca circa l'83% delle nascite in tutto il mondo. Lo studio metteva in evidenza grandi differenze nelle pratiche dell'allattamento al seno nelle diverse regioni, tra i diversi paesi, ed anche tra diversi gruppi sociali all'interno dello stesso paese. Popolazioni con lo stesso stile di vita, per esempio gli abitanti delle aree rurali, tendevano a comportarsi nella stessa maniera. In molti paesi dell'Africa e dell'Asia la maggior parte dei bambini erano ancora allattati al seno. I dati mostravano tuttavia un declino, a volte precipitoso, in sottogruppi di popolazione di questi paesi; gli abitanti delle periferie urbane, per esempio. D'altro canto, i dati mostravano anche un risorgere dell'allattamento in altri sottogruppi, soprattutto nei paesi industrializzati [1]. Nel grafico si possono distinguere tre fasi, ognuna delle quali può avere più tappe, nell'evoluzione della prevalenza dell'allattamento al seno nei tre grandi gruppi sociali analizzati: le elites urbane, le popolazioni urbane povere, e le popolazioni rurali.

- Una prima fase, tradizionale, con alta prevalenza e lunga durata.
- Una seconda fase, di transizione, con diminuzione della prevalenza e della durata.
- Una terza fase, di ripresa, con aumento della prevalenza e della durata.

È interessante osservare come la classe che tende a cambiare più rapidamente è quella che comprende, in ogni paese, le elites urbane, seguita dalle classi sociali più povere sia urbane che rurali.

In Italia, l'ultimo studio nazionale di prevalenza organizzato dall'ACP nel 1995 su un campione di 2535 bambini seguiti fino al sesto mese di età, mostra che il 4,3% non è mai stato allattato al seno, il 68% continuava ad essere allattato nel primo mese di vita, con un declino nei mesi seguenti fino al 28% del sesto mese di età. Le percentuali sono leggermente più alte in Italia centrale, con 78% al primo mese e 30% al sesto [2]. La prevalenza dell'allattamento al seno tende ad essere più elevata nelle donne con alti livelli di istruzione.

Sono molteplici le cause che hanno influenzato l'abbandono dell'allattamento al seno: la diffusione del lavoro salariato tra le donne, il passaggio dalla famiglia estesa a quella mononucleare, i modelli e le mode sociali, le teorie femministe che vedono nei fattori biologici una causa di discriminazione di genere. Però il fattore che probabilmente ha determinato in misura maggiore la caduta della prevalenza dell'allattamento materno è stata la modificazione delle routines ospedaliere, che per ragioni di organizzazione interna e per la falsa convinzione "scientifica" di un maggior rischio di infezioni per il neonato tenuto assieme alla madre, ha istituzionalizzato la separazione tra madre e bambino. Si sono così create sale speciali, i nidi, dove né le madri né i familiari possono entrare per accudire ai neonati.

Un ultimo potente fattore di cambiamento è stato il marketing aggressivo utilizzato dalle compagnie produttrici di alimenti per l'infanzia, [3] sia in forma diretta, contattando le madri, che indirettamente attraverso i servizi e gli operatori sanitari.

L'allattamento al seno è un atto strettamente legato a tutti gli aspetti della vita e della salute della donna: al suo stato di nutrizione, alla salute riproduttiva, alla prevenzione, al benessere psicosociale. Per i bambini è un fattore preventivo, nutritivo e di "bonding". Ha delle conseguenze sui servizi sanitari, in termini di qualità e tipo di assistenza alla gravidanza, al parto ed al puerperio. È intimamente associato allo status sociale e culturale della donna. Ed infine, ha un grande impatto sociale positivo in termini economici ed ecologici [4]. Nei paesi in via di sviluppo, l'alimentazione artificiale di un lattante può costare fino al 75% del reddito familiare. Il Ministero della Sanità del Mozambico ha calcolato nel 1982 che, se vi fosse stato un aumento del 20% nella percentuale dei bambini alimentati con latte in polvere, il paese avrebbe dovuto sborsare, per importazioni, circa 10 milioni di dollari in due anni.

L'aspetto forse meno studiato e nel quale vi potrebbe essere l'impatto più negativo dell'alimentazione con latte in polvere è quello ecologico. Per produrre un kg di latte in polvere si devono distruggere, in Messico, 12,5 metri quadrati di foresta tropicale. Sarebbe necessario allevare 135 milioni di mucche per sostituire il latte delle donne in India; ogni mucca ha bisogno di circa 10.000 metri quadrati d'erba, cosicché si dovrebbe assegnare ai pascoli circa il 43% della superficie del paese. Se ogni lattante nordamericano fosse alimentato artificialmente, si dovrebbero usare circa 86.000 tonnellate d'alluminio per confezionare 550 milioni di recipienti; le etichette consumerebbero oltre 1230 tonnellate di carta, oltre a quella necessaria per promuovere il prodotto [5]. Molte delle compagnie produttrici di latte in polvere non usano ancora carta riciclabile a questo scopo [6].

Per tutte queste ragioni l'allattamento al seno merita di essere trattato come un tema prioritario in tutti i programmi sanitari, ambientali e di rivendicazione dello specifico femminile. Noi donne non abbiamo ancora acquisito coscienza del grande potere che ci dà questa capacità di nutrire i nostri figli. Possediamo la capacità di produrre un liquido perfetto, equilibrato, di grande valore nutritivo ed immunologico, non contaminante, che non consuma risorse, e di bassissimo costo: è sufficiente che la madre mangi un po' più del normale. Questo potere ce lo siamo lasciate espropriare credendo ad una falsa idea: che l'alimentazione artificiale col biberon ci avrebbe liberato dalla discriminazione di genere. In questo modo abbiamo perso uno dei più grandi poteri che la natura ci ha dato e che dobbiamo rivendicare come caratteristica unica e fondamentale per la nostra salute, per quella dei nostri figli, e per quella della società. Le ragioni per le quali noi donne dobbiamo impegnarci a favore dell'allattamento al seno sono le seguenti:

- L'allattamento al seno richiede modificazioni della struttura sociale che portano a miglioramenti nella posizione e nella condizione sociale della donna.
- L'allattamento al seno conferisce alla donna il potere di controllare il proprio corpo e costituisce una sfida all'egemonia dei medici.
- L'allattamento al seno si oppone al modello predominante che ritiene la donna una mera consumatrice.
- L'allattamento al seno combatte la visione del seno come puro oggetto di desiderio sessuale.
- L'allattamento al seno richiede una nuova definizione del lavoro femminile, che integri le attività produttive e quelle riproduttive.
- L'allattamento al seno incoraggia la solidarietà e la cooperazione tra donne ad ogni livello.

Attualmente l'OMS, l'UNICEF, l'IBFAN, la WABA, e molti gruppi di donne e di consumatori stanno lavorando a livello internazionale per la protezione e la promozione dell'allattamento al seno in tre direzioni:

- La formazione degli operatori sanitari, allo scopo di modificarne le conoscenze, gli atteggiamenti e le pratiche in relazione all'allattamento.

- Il controllo, attraverso leggi nazionali, della commercializzazione dei prodotti per l'alimentazione infantile, compresi biberon e tettarelle.
- Il coinvolgimento della comunità perché si riappropri del potere, soprattutto femminile, di allattare e perché difenda e promuova la pratica dell'allattamento.

BIBLIOGRAFIA

- 1) WHO. The prevalence and duration of breastfeeding: a critical review of available information. *World Health Statistics Quarterly* 1982;92-116.
- 2) Conti Nibali S., Siracusano F. (ACP dello Stretto). Ricerca sull'odierna tendenza alla pratica dell'allattamento al seno. *Ricerca Nazionale ACP-Humana. Sintesi dei dati conclusivi della ricerca*, 30 Giugno 1995.
- 3) IBFAN European Regional Meeting. NGO Training Seminar on the Implementation of the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Debrecen, Hungary. 30 September to 4 October 1994. Summary Report.
- 4) Meershoek S. The economic value of breastfeeding. WEMOS, Amsterdam January 1993. Based on: *La Valeur Economique du Lait Maternel, Une comparaison des couts de l'allaitement maternel et l'allaitement artificiel: Le cas du Maroc*, IAM Montpellier, 1992 by the same author.
- 5) Radford A. The Ecological Impact of Bottle Feeding. *Baby Milk Action*. July 1991.1-5.
- 6) Labbok M.H. Breastfeeding as a women's issue: conclusions and consensus, complementary concerns, and next actions. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 1994; 47 Suppl: 55-61.

IL PEDIATRA-NEONATOLOGO E LA PROMOZIONE DI SALUTE NELL'ASSISTENZA AL PUERPERIO

di Gherardo Rapisardi

Il pediatra-neonatologo ha un ruolo di estrema rilevanza nell'assistenza alla madre e ai bambini dopo la nascita. Oltre al compito prioritario di assicurare la sopravvivenza e diagnosticare e curare tempestivamente eventuali patologie in atto, il suo operato può influenzare significativamente l'evoluzione e la promozione degli eventi fisiologici. Purtroppo a tutt'oggi è raro veder sfruttate appieno le potenzialità della nostra professionalità. In fondo la preparazione che la maggior parte di noi ha alla fine della formazione universitaria, tutta incentrata sulla ricerca del segno patologico, della competenza diagnostica e terapeutica, della identificazione di sindromi rare, nel migliore dei casi ci ha fornito una discreta esperienza ospedaliera, ma pochi hanno avuto esperienza dello sviluppo normale del bambino, della sua storia che ha una continuità dalla vita intra a quella extra-uterina, della nascita e dell'adattamento neonatale fisiologico e del puerperio.

I temi di cui oggi voglio parlare sono quelli della 'medicina della salute', che si fonda su una semeiotica della normalità e che ha come obiettivo primario quello di fare *promozione di salute*, muovendo dalla concezione che molte evoluzioni in senso patologico possono essere prevenute aumentando il potenziale di normalità del bambino. Non mi soffermerò pertanto ad elencare i segni clinici di sospetto o di franca patologia che impongono l'intervento del pediatra-neonatologo durante il puerperio, bensì parlerò della valutazione e della promozione del benessere del neonato, soffermandomi come esempio pratico su due condizioni cliniche comuni in età neonatale, cioè l'ittero e le infezioni.

VALUTAZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE DEL NEONATO. La valutazione del neonato deve innanzitutto privilegiare le seguenti dimensioni:

- a. *l'ottica sistemica dello sviluppo*, che ci insegna a guardare il neonato come parte integrante di un sistema in evoluzione, in cui i soggetti sono strettamente intercorrelati. Lo sviluppo psicomotorio del bambino è la risultante dell'interazione tra potenziale genetico e fattori ambientali, con diversa reciproca influenza a seconda del momento evolutivo (1,2). La stabilizzazione, l'organizzazione ciclica e l'integrazione delle sue attività neurofisiologiche (ciclo sonno-veglia, alimentazione, pianto e consolabilità, capacità di fermare i propri movimenti etc.) avvengono mediante relazioni con l'ambiente esterno e con l'adulto; il bambino si sviluppa infatti non solo all'interno ma in quanto parte di una relazione (3-5). Tali processi presentano caratteristiche personali che rendono ogni individuo diverso dall'altro.
- b. *la dimensione evolutiva*, che ci insegna a guardare il bambino ed il suo sistema di sviluppo come un'insieme in divenire', dotato di competenze e potenzialità non ancora espresse, ma comunque valutabili, prevedibili e promuovibili, mediante l'uso della semeiotica della normalità più che con quella della patologia
- c. *l'osservazione del comportamento spontaneo*, muovendo dall'assunto che il bambino crea sé stesso nel mondo attraverso una forza autopoietica interna, endogenamente generata, in un continuo adattamento (insieme di assimilazione ed accomodamento) all'ambiente esterno; fin dalle prime età della vita l'individuo produce funzioni endogenamente generate, che non sono risposte a stimoli, ma che vanno a raffinarsi nel processo di crescita e di sviluppo nell'ambiente. In tal senso anche l'interazione non va vista all'interno del 'cerchio chiuso' del modello comportamentista stimolo-risposta, ma della 'spirale aperta' generata da proposte e controproposte come proposto da Milani Comparetti (5).
- d. *la semeiotica della normalità*, che per es. non porta a definire normale una funzione "perché non si è rilevato alcun segno patologico", bensì valuta in termini qualitativi e quantitativi la ricchezza di tale normalità, come ci insegna la semeiotica neuroevolutiva (6,7).

Altro aspetto da promuovere è la collaborazione interdisciplinare tra gli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza al neonato e alla sua famiglia (ospedalieri e territoriali). Non è raro che una volta a casa, durante il puerperio, la madre si senta sola, inadeguata a far fronte ad un impegno così importante. Ritengo che, analogamente ad altri paesi europei, l'ostetrica dovrebbe costituire la figura professionale di riferimento adibita alla sorveglianza e alla promozione di salute in tale periodo, affiancata dal medico (ginecologo e pediatra-neonatologo) e da altri operatori non medici (assistente sanitaria, "assistente al puerperio"; quest'ultima figura purtroppo non è ancora presente in Italia, se non in rare esperienze di tipo privato). Già molte ostetriche si stanno riqualificando professionalmente in tal senso ed è auspicabile che con l'entrata in Europa anche le scuole di formazione ostetrica si adeguino ai programmi comunitari.

VALUTAZIONE DEL COMPORTAMENTO DEL NEONATO. Tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza alla nascita e allo sviluppo del bambino andrebbero formati nella *valutazione del comportamento del neonato*, che può essere molto affinata con specifico addestramento ed esercizio (8). Gli operatori devono guardare il neonato come un essere sociale, propositivo, dotato di competenze di autorganizzazione e di difesa, nel cui linguaggio corporeo possono essere letti i segni di stress o instabilità e quelli di autoregolazione o stabilità, secondo la teoria sinattiva della Als (9). Essa vede il funzionamento dell'organismo del neonato come la risultante di una continua interazione di 5 sottosistemi (neurovegetativo, motorio, comportamentale, dell'attenzione-interazione, autoregolatore) e di questi con l'ambiente; interpreta i comportamenti del neonato come segni di stress o di autoregolazione dell'organismo e fornisce gli strumenti per raffinare l'osservazione del comportamento del neonato e per mettere in atto le misure assistenziali più adatte a favorirne lo sviluppo.

La lettura del comportamento del neonato, del suo temperamento e delle sue caratteristiche individuali, che ne faccia un profilo descrivendone i punti di "forza" e le sue eventuali "difficoltà", può costituire un ottimo strumento per entrare in relazione con i genitori e per indirizzare di conseguenza i nostri suggerimenti per favorirne l'accudire (8,10-12). Uno degli obiettivi è di condividere con i genitori la comprensione del comportamento del loro bambino, al fine di promuovere le loro competenze nell'accudire, la salute all'interno del sistema in crescita genitori-neonato e prevenire disturbi relazionali precoci ed i loro effetti a lungo termine.

La valutazione neurocomportamentale del neonato completa ed arricchisce l'esame clinico tradizionale, che valuta la struttura e la funzione dei vari organi ed apparati. In particolare consente di cogliere le differenze individuali, quali la soglia di ricezione e di reazione ad input ambientali, la modalità di transizione tra gli stati comportamentali, la qualità dell'attenzione e l'energia utilizzate per evocare nell'adulto quell'accudire di cui il neonato ha bisogno per soddisfare le proprie necessità vitali, che costituiscono i caratteri specifici connotanti le differenze individuali. E consente di identificare quei neonati "fragili", che una bassa soglia di ricezione, unita a scarse capacità di difesa e di autoregolazione, rendono più bisognosi di aiuto e facilitazioni per organizzare il proprio comportamento. Associata alla valutazione delle principali funzioni corporee (respiro, funzionalità cardiocircolatoria, colorito, temperatura, idratazione, funzioni escretorie, crescita, modalità di alimentazione...), la valutazione del comportamento motorio spontaneo, della qualità dello stato di all'erta, della modulazione comportamentale (mimica dell'attenzione, sguardo, ascolto, coccolabilità...), della qualità del pianto e delle modalità consolatorie, nonché della qualità dell'alternarsi ciclico di periodi di sonno e veglia, consentono di avere un quadro ben più ricco delle competenze e della funzionalità del neonato nel suo sistema familiare.

FACILITAZIONI DEL COMPORTAMENTO NEONATALE. La valutazione del comportamento del neonato è uno strumento che arricchisce il repertorio dell'operatore che punta alla *promozione della salute* del sistema familiare in crescita. Va utilizzata per aiutare i genitori nella comprensione del comportamento del bambino e per promuoverne, attraverso di essi, le capacità di autoregolazione, attraverso "facilitazioni" incentrate sulla promozione della stabilità posturo-motoria. Nella famiglia nucleare di

oggi, dove sono andate largamente perdute le tradizioni e le sicurezze sull'accudire del neonato tramandate di generazione in generazione, gli operatori sanitari hanno sempre di più anche un ruolo "abilitativo", nel senso di facilitare l'acquisizione di funzioni nel sistema bambino-famiglia (13).

Nei primi giorni di vita il neonato ha dei bisogni fondamentali: "nutrimento", "calore", "contatto / contenimento" ed "intimità", intesi nel loro significato più ampio in senso psico-affettivo e relazionale. Le modalità di facilitazione del comportamento del neonato vanno indirizzate al soddisfacimento di tali bisogni.

Aspetto fondamentale di tale promozione di salute è costituito, così come in gravidanza e durante il travaglio, dalla *promozione della competenza e della fiducia materne* nell'accudire il neonato. Non si spenderanno mai abbastanza parole e sforzi nel sottolineare questo aspetto, frequentemente trascurato dagli operatori sanitari ed in particolare dai medici. Sono ampiamente dimostrati i suoi effetti positivi in gravidanza, travaglio e nascita. Gli operatori dovrebbero essere consapevoli delle potenzialità del loro ruolo di "doula", cioè di presenza di un sostegno emotivo costante, attento e sensibile ai bisogni del neonato e della famiglia anche durante il puerperio (14-17).

È auspicabile in tal senso una formazione specifica, o almeno una particolare sensibilità, nella *comunicazione* ed eventualmente anche nel "counselling" (per counselling si intende "consiglio, guida, sostegno", che vengono offerti in forma di colloquio-dialogo, flessibile, ma ben strutturato, per mettere le persone in grado di accettare di sapere, sapere, comportarsi in base al sapere). Chi non ha una formazione specifica in tal senso può comunque fare molto tenendo presente l'importanza e la complessità della comunicazione, nonché l'impossibilità di non comunicare, e seguendo due buone regole generali: a) "non dare consigli non richiesti"; b) "primum non nocere". Gli effetti negativi di una comunicazione inadeguata, incompleta o "prevaricante", sulla promozione di fiducia in sé stessi, possono essere ben più marcati e protratti nel tempo di quanto comunemente si supponga. La madre che riesce a trovare in sé stessa la forza e la capacità di accudire il proprio bambino, con la guida ed il sostegno dell'operatore sanitario quando ella ne richiede l'intervento, è nelle migliori condizioni per trasmettere fiducia e sicurezza al neonato, con messaggi chiari e coerenti, fattori prioritari per favorirne lo sviluppo fisiologico.

L'approccio secondo i canoni della "medicina della salute" si basa sulla conoscenza della fisiologia e sui meccanismi che la promuovono o che la ostacolano, prima che si giunga ad una manifestazione patologica. Tali modalità di approccio possono essere utilizzate sia per la valutazione della normalità e la promozione di salute, sia all'interno di una valutazione di situazioni potenzialmente patologiche.

Come esempio pratico considererò due situazioni frequenti in età neonatale, cioè l'ittero e le infezioni neonatali. **PROMOZIONE DI SALUTE ED ITTERO NEONATALE (18-24)**. Le moderne conoscenze sul metabolismo e gli effetti biologici della bilirubina (BR), hanno consentito di guardare all'ittero neonatale da una nuova prospettiva. In sintesi sappiamo che la BR può sì avere effetti tossici sul SNC, ma questi, come gli effetti di qualsiasi fattore aggressivo dell'organismo, sono dipendenti dal funzionamento dei meccanismi fisiologici di difesa. Questi ultimi sono costituiti dall'integrità della barriera emato-encefalica (solo una piccolissima quantità di BR la supera fisiologicamente), dalla capacità di "clearance" della BR da parte del neurone (in condizioni fisiologiche la molecola di BR si attacca a recettori della membrana neuronale, ma poi non penetra nel neurone, bensì si stacca e torna in circolo), dalla capacità legante dell'albumina che consente alla BR di essere trasportata in circolo, dall'eliminazione della BR attraverso la coniugazione e l'escrezione con la bile e quindi nell'intestino e con le feci (fisiologicamente solo una piccola quantità di BR viene deconiugata dalla flora batterica intestinale e riassorbita in circolo). In condizioni patologiche (ipossia, ipercapnia, acidosi, ipotermia, ipertermia, ipertensione, iperosmolarità, emolisi marcata...) si verifica una diminuzione delle capacità difensive, la BR passa più facilmente la BEE (anche legata all'albumina), e si deposita su un tessuto nervoso già sofferente. L'effetto tossico della BR

può essere transitorio e reversibile (fino a certi livelli e durata di esposizione), oppure permanente con morte cellulare, e vi è una diversa sensibilità individuale alla tossicità della BR.

Accanto ai ben noti effetti tossici, sono oggi conosciuti anche possibili *effetti fisiologici* della BR: essa costituisce una difesa contro il danno da radicali liberi dell'ossigeno e che potrebbe pertanto essere utile nello stress ossidativo post-partum (i livelli di altri sistemi di enzimi antiossidanti e di vitamina E endogeni sono depressi). Inoltre l'attenta revisione critica delle esperienze cliniche riportate ha evidenziato come in nati *a termine sani*, non affetti da emolisi, non sia mai stato descritto un caso di ittero nucleare, anche fino a valori di BR di 25-30 mg/dl. Ciò vale anche per quegli itteri prolungati, che possono perdurare anche fino a 10-12 settimane di vita, che si verificano negli allattati al seno e non hanno altre cause apparenti (cosiddetti "itteri da latte materno"). In seguito a ciò è stato proposto ed attuato negli ultimi anni un protocollo di assistenza all'ittero del *neonato a termine* molto meno interventista rispetto al precedente (vedi tabella). Il danno da tossicità della BR va visto, al pari di altri effetti tossici di certe sostanze prodotte dall'organismo (pensiamo ai possibili effetti benefici e dannosi della flogosi, o della febbre), come una risultante di uno squilibrio tra fattori aggressivi e meccanismi di difesa. E l'intervento deve perciò basarsi sulla riduzione dei fattori aggressivi così come sulla promozione dei fattori naturali di difesa. Oltre alla corretta valutazione dei gruppi sanguigni e del test di Coombs, con l'eventuale somministrazione di gamma-globuline anti-D alla madre O Rh negativa nelle prime ore dopo il parto, l'intervento di *promozione di salute* si fonda su due aspetti: a) la promozione di salute durante la gravidanza ed il travaglio (vedi ad es. gli effetti della "doula" di cui si è parlato sopra) al fine di ridurre i rischi di sofferenza neonatale; b) la promozione di modalità efficaci di allattamento al seno affiancate dal necessario sostegno per le madri che allattano. Se infatti è vero che l'allattamento al seno è uno dei fattori associati ad un'accentuazione dell'ittero neonatale nel neonato a termine, sia nel caso dell'ittero da latte materno ad esordio precoce che quello ad esordio tardivo, è altrettanto vero che molti itteri eccessivi dei primi 3-5 giorni di vita del neonato allattato al seno dipendono dallo scorretto utilizzo di integrazioni con acqua e dalla frequenza di pasti al seno inferiore ai 10-12 al dì, con conseguente aumento del circolo entero-epatico di BR e quindi di BR in circolo. È stato dimostrato infatti che la gravità dell'ittero tardivo da latte materno può essere ridotta prevenendo l'accumulo di BR causato da un esagerato ittero precoce da latte materno, cosa che si ottiene consentendo al neonato di attaccarsi precocemente e frequentemente al seno. In caso poi di ittero, la valutazione sulla opportunità o meno di un intervento deve fondarsi essenzialmente sulle condizioni cliniche del neonato ed in particolare del suo comportamento: se il neonato è vigile, all'erta, energico, presenta un comportamento normale, si alimenta bene ed ha un pianto ed una consolabilità buoni, non presenta un eccessivo calo ponderale (>10%) e l'ittero è insorto clinicamente in 2a-3a giornata di vita, un *neonato a termine* francamente itterico non deve destare preoccupazione. In questi casi il dosaggio della BR e gli altri esami ematochimici di prima battuta (gruppo, Coombs diretto, emocromo, vetrino per lo studio morfologico dei globuli rossi) vanno riservati a quelle situazioni in cui l'ittero è particolarmente evidente e non tende a regredire (a tal proposito può essere utile a domicilio l'uso dell'itterometro di Ingram). Sono invece situazioni che necessitano di indagini più approfondite e di intervento più aggressivo in un neonato itterico: l'anamnesi familiare positiva per patologia emolitica significativa, l'insorgenza dell'ittero nelle prime 24 ore o dopo i 3 giorni di vita, la presenza di vomito frequente, letargia, difficoltà ad alimentarsi, febbre, pianto con tonalità elevata, urine scure e feci chiare (presenza di colestasi). L'interruzione dell'allattamento materno per 24 ore, sostituito dalla temporanea somministrazione di soluzione gluco-salina, si è dimostrato efficace per quei casi di ittero da latte materno con valori elevati e prolungati nel tempo che compromettono il comportamento del neonato.

Tavola - Nuove raccomandazioni per il trattamento dei neonati a termine (Newman e Maisles, 1992).

<i>Trattamento</i>	<i>Livello di Bilirubina (mg/dL)</i>	
	<i>Non emolisi e neonato sano</i>	<i>Probabilmente emolisi o neonato malato</i>
<i>Sospensione temporanea dell'allattamento*</i>	<i>16 - 25</i>	<i>probabilmente poco utile</i>
<i>Fototerapia</i>	<i>17,5 - 22</i>	<i>13 - 17,5</i>
<i>Exanguinotrasfusione</i>	<i>25 - 29</i>	<i>17,5 - 23,5</i>

* vedi testo; questa scelta è utilizzabile da sola o in associazione con la fototerapia. Alcune donne potrebbero preferire di utilizzare la fototerapia mentre continuano ad allattare normalmente. Fornire delle supplementazioni di acqua ai neonati allattati al seno *non* riduce la bilirubinemia.

PROMOZIONE DI SALUTE ED INFEZIONI NEONATALI (25-29). Non voglio parlare in questa sede dei principali microrganismi patogeni in età neonatale, delle loro modalità di aggressione dell'organismo, della sintomatologia che ne deriva, dei mezzi diagnostici e terapeutici che abbiamo a disposizione, tutti ben descritti in recenti testi di neonatologia, bensì di uno dei principali fattori difensivi che viene tuttora largamente sottovalutato o addirittura ignorato, cioè della colonizzazione batterica del neonato. Tutte le superfici del nostro organismo, mucose e non, sono fisiologicamente colonizzate da batteri normalmente residenti (saprofiti), in prevalenza anaerobi, provenienti dall'ambiente esterno. Essi costituiscono un ecosistema che fa parte delle nostre difese verso le infezioni, con la funzione di impedire la colonizzazione e la proliferazione di altri batteri, in prevalenza aerobi, che possono essere causa di infezioni (patogeni). Il nostro sistema immunitario, con le sue componenti cellulari (linfociti, macrofagi etc.) ed umorali (anticorpi, sistema del complemento etc.) è in equilibrio con la normale flora batterica, che conosce e tollera. Prima della nascita il feto è fornito di anticorpi di provenienza materna (IgG) che lo rendono immunocompetente verso le stimolazioni antigeniche a cui è stata sottoposta la madre. In pratica egli "conosce" l'ambiente antigenico, e quello batterico in particolare, in cui vive la madre. Tale passaggio di anticorpi avvenuto in gravidanza attraverso la placenta ed il cordone ombelicale, prosegue dopo la nascita attraverso il colostro prima ed il latte materno poi. Queste due sostanze sono infatti ricche di anticorpi, in particolare IgA secretorie, che sono secrete da plasmacellule sensibilizzate nell'intestino della madre (come linfociti B) e migrano nella ghiandola mammaria ("asse entero-mammario").

La colonizzazione batterica delle mucose e della cute inizia dal momento della rottura del sacco amniotico, da parte di germi provenienti dalla madre, da chi lo accudisce e dagli oggetti dell'ambiente esterno. I primi batteri "colonizzatori", legandosi per primi ai recettori cellulari dell'ospite, sono anche quelli che proliferano per primi e tenderanno a persistere più a lungo. Consentendo il primo contatto prolungato con la madre, facciamo sì che si espliciti al meglio anche il fisiologico meccanismo della colonizzazione batterica.

Accanto ad altri meccanismi immunologici e non, una buona colonizzazione della cute e delle mucose del neonato costituisce quindi un importante fattore protettivo verso le infezioni gastroenteriche, respiratorie, genito-urinarie e cutanee.

In contrasto con tutto ciò che è predisposto ad accadere fisiologicamente, l'esposizione all'ambiente microbiologico delle moderne maternità è spesso altamente anti-fisiologico. I ceppi di *Escherichia Coli* che colonizzano l'intestino del neonato tendono ad essere acquisiti dall'ambiente. La cute dei neonati viene frequentemente colonizzata da stafilococchi provenienti dalla cute degli operatori. Ed anche negli allattati al

seno, a causa della separazione a cui sono spesso sottoposti madre e neonato nelle prime ore ed alle frequenti manipolazioni da parte del personale, la fisiologica flora anaerobica intestinale è meno ricca di bifidobatteri. *E" stato dimostrato che i neonati colonizzati da batteri diversi da quelli materni sono più a rischio di sviluppare infezioni nel corso delle prime settimane di vita.*

La colonizzazione batterica del neonato è quindi un importante fenomeno fisiologico di adattamento neonatale la cui promozione deve far parte dei compiti degli operatori sanitari. Per promuovere la salute globale del neonato e potenziarne le capacità difensive appare quindi necessario rispettare l'intimità e le prime ore del rapporto madre-neonato, consentirne la vicinanza nei giorni successivi, l'astenersi dall'uso di sostanze battericide nella pulizia del bambino, rispettando le più elementari norme igieniche da parte di operatori o visitatori che dovrebbero evitarne manipolazioni e contatti superflui e promuovere l'allattamento al seno. In **conclusione** anche in questo campo è chiaro come interventi basati sulla comprensione e la promozione della fisiologia, che hanno basso costo economico, contribuiscano significativamente alla ottimizzazione delle cure perinatali e portino notevoli benefici in termini di salute del neonato e della sua famiglia.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Changeux JP. L'homme neuronal. Paris: Librairie Arthème Fayard; 1983.
- 2) Jacobson M. Developmental Neurobiology. 3rd Edition, New York: Plenum Press; 1991.
- 3) Stern D. The Interpersonal World of the Infant. New York: Basic Books; 1985.
- 4) Bocchi G e Ceruti M (a cura di). La sfida della complessità. Milano: Feltrinelli; 1985.
- 5) Milani Comparetti A. Fetal and Neonatal origins of being a person and belonging to the world. Ital J Neurol Sci Suppl 1986; 5: 95-100.
- 6) Milani-Comparetti A. Semeiotica Neuroevolutiva. Prospettive in Pediatria 1982; 48: 305-14.
- 7) Rapisardi G. L'esame neuroevolutivo neonatale. In: M. Bottos e G.Rapisardi (a cura di). Diagnosi e Trattamento Precoce nella Paralisi Cerebrale Infantile. Come eravamo, come siamo: significato e limite negli anni '90. Atti del Convegno. Ed. Fisiory; 1994. p. 48-55.
- 8) Brazelton TB e Nugent K. La scala di valutazione del comportamento del neonato. Edizione italiana della III edizione americana (1995), a cura di G.Rapisardi. Milano: Masson; 1997.
- 9) Als H. Towards a synactive theory of development: promise for the assessment of infant individuality. Infant Ment. Health J 1982; 3: 229-43.
- 10) Als H, Duffy FH, McAnulty GB. Effectiveness of individualized neurodevelopmental care in the newborn intensive care unit (NICU). Acta Paediatr 1996;Suppl 416: 21-30.
- 11) Harrison H: The principles for Family-Centered Neonatal Care. Pediatrics 1993; 82: 643-50.
- 12) Rapisardi G, Davidson A, Donzelli GP, Scarano E. La "developmental care" nel nato pretermine. Neonatologica 1995; 9: 91-102.
- 13) Davidson A, Rapisardi G, Donzelli GP. L'Intervento Abilitativo al Neonato: la cura posturale personalizzata ed evolutiva nella terapia intensiva neonatale. Quaderni A.I.T.R. 1995; Suppl. 9: 17-29.
- 14) Klaus MH e Kennel JH. The effects of continuous social support during birth on maternal and infant morbidity. In: Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine. Encounter with the unborn. Park Ridge (NJ):The Parthenon Publishing Group; 1988. p. 469-76.
- 15) Chalmers B, Wolman W. Social support in labor -- a selective review. J Psychosom Obstet Gynaecol 1993; 14:1-15
- 16) Klaus MH, Kennel JH, Robertson SS, Sosa R. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. Br Med J (Clin Res Ed) 1986; 293: 585-9.

- 17) Gjerdingen DK, Froberg DG, Fontaine P. The effects of social support on women's health during pregnancy, labor and delivery, and the postpartum period. *Fam Med* 1991; 23: 370-5.
- 18) De Carvalho M, Klaus MH, Merkatz RB. Frequency of breast-feeding and serum bilirubin concentration. *Am J Dis Child* 1982; 136: 737-8
- 19) Gartner LM, Auerbach KG. Breast milk and breastfeeding jaundice. *Ad Pediatr* 1987; 34: 249-74.
- 20) MC Donagh AF. Is bilirubin good for you? *Clinics Perinatol* 1990; 17: 359-69.
- 21) Newman TB, Maisles MJ. Does hyperbilirubinemia damage the brain of healthy full-term infants? *Clin Perinatol* 1990; 17:331-58.
- 22) Newman TB, Maisles MJ. Evaluation and treatment of jaundice in the term newborn: a kinder, gentler approach. *Pediatrics* 1992; 89: 809-18.
- 23) Orzalesi M, Lucchini R, Sallustio GL. Aspetti controversi e basi razionali del trattamento dell'ittero neonatale. *Ped Med Chir* 1992; 14:17-28.
- 24) Watchko JF, Oski FA. Kernicterus in preterm newborns: past, present, and future. *Pediatrics* 1992; 90: 707-15.
- 25) Leyden JJ. Bacterial colonization of the skin of the newborn. In: Polin RA and Fox WW eds. *Fetal and Neonatal Physiology*. Vol.I. Philadelphia: Saunders; 1992: 585-8.
- 26) Muroso K, Fujita K, Yoshikawa M, Saijo M, Inyaku F, Kakehashi H, Tsukamoto T. Acquisition of nonmaternal Enterobacteriaceae by infants delivered in hospitals. *J Pediatr* 1993; 122: 120-5.
- 27) Winberg J, Bollgren I, Gothefors L, Herthelius M, Tullus K. The prepuce: a mistake of nature? *Lancet* 1989; 1: 598-9.
- 28) Mackowiak PA. The normal microbial flora. *N Engl J Med* 1982; 307: 83-93.
- 29) Rapisardi G. La colonizzazione batterica del neonato. *Donna&Donna* 1993; 2: 16-8.

ACCOGLIENZA AL NEONATO

di Paola Greco

Col termine di accoglienza intendiamo un atteggiamento affettuoso e un insieme di azioni che servano a facilitare la costruzione del rapporto tra persone che hanno una diversa esperienza della vita, come nel caso di un adulto e un neonato.

Noi pensiamo che questo rapporto debba nascere:

- nel rispetto dell'altro e di se stesso
- nella fiducia nell'altro e in se stesso
- nella capacità di non forzare il tempo dell'altro né il proprio.

Cioè noi intendiamo con accoglienza l'inizio della realizzazione di un rapporto armonico, facile, gradevole, nel quale le differenze vengono affrontate con grande disponibilità e mai con un atteggiamento conflittuale.

Vogliamo precisare che questo tipo di riflessione non riguarda ovviamente il neonato, ma noi adulti che, per determinati motivi, siamo diventati disattenti, frettolosi, sfiduciati, ansiosi, incapaci di credere nelle proprie capacità naturali di affrontare l'esistenza nei suoi aspetti naturali, quali appunto il rapporto con il proprio piccolo.

Il rapporto con il nuovo nato si basa su poche, semplici idee.

LA PRIMA è che il neonato non ha la padronanza dei nostri linguaggi, non conosce le nostre abitudini, non ha ancora distorto il suo rapporto con i propri bisogni e vive il tempo in maniera totalmente diversa da noi, poiché per lui il tempo è semplicemente occasione, possibilità, laddove per noi è diventato ostile e spesso causa di impossibilità.

LA SECONDA è che il bambino utilizza al meglio un linguaggio basato sulla fiducia nelle percezioni che ha sperimentato nei nove mesi di gestazione.

In questo suo modo di incontrare la vita la soddisfazione dei suoi bisogni dipende solo dagli adulti e dalla loro disponibilità a vivere in contatto con lui senza modelli preconcepiuti, dalla loro prontezza a capire e a sperimentare nuove cose, a provare e riprovare con molta pazienza e attenzione.

Noi vogliamo, lo ripeto, creare una situazione affettuosa, più godibile da tutti, nella quale gli strumenti del rapporto sono sempre affettuosi.

Per questo, nel nostro specifico, abbiamo bisogno di creare due situazioni.

La prima è quella di sanitari che aderiscono a questa idea dell'accoglienza e quindi facilitano l'esperienza voluta dalla futura madre e dal futuro padre.

La seconda consiste nel dare alle nuove mamme e ai nuovi padri l'occasione di fare una ricerca che li metta in grado di recuperare per loro stessi il rispetto delle proprie percezioni, il rispetto del loro tempo, la capacità di ascoltare se stessi, la disponibilità a tenere conto dei propri bisogni.

La nostra esperienza, per nostra scelta, è assai più ricca sul versante delle coppie.

Un paio di mesi prima dell'evento nascita, le donne chiedono di coinvolgere il loro compagno non solo in rapporto agli eventi legati al travaglio e al parto, ma anche per quello che riguarda le loro fantasie e preoccupazioni su se stessi come futuri genitori.

Proprio prendendo spunto dall'argomento travaglio e parto è possibile proporre un'esperienza di coppia nella quale i valori dell'accoglienza possono essere messi alla prova.

Propongo al compagno di sperimentare lui stesso e di far sperimentare alla sua donna cosa si prova a stare in contatto, utilizzando esperienze semplici.

Posso ad esempio proporre di toccare la propria compagna, ma di farlo con una particolare intenzione e cioè farlo con la massima attenzione.

Attenzione a che cosa prova lui mentre tocca e attenzione alle reazioni di lei in modo che il toccare diventi una forma raffinata di comunicazione.

Un'esperienza che introduco progressivamente è quella della lentezza.

Non chiedo certo loro di essere lenti, ma chiedo di notare che per sentire ci vuole tempo.

La nostra cultura va sempre più di corsa e ci propone computer che risparmiano millisecondi e auto che vanno sempre più veloci, ma il nostro sistema nervoso è sempre lo stesso, è quello di duemila anni fa, e ha bisogno di un suo tempo per sentire e guardare, non solo ma ha bisogno di associare emozioni e ricordi alle percezioni.

Tutto questo è naturale per il bambino, lui nasce così. Noi, che non abbiamo mai tempo, dobbiamo invece recuperare la disponibilità del tempo, per entrare in un buon rapporto con noi stessi e con le persone che amiamo.

Quando le coppie hanno sperimentato a sufficienza questa possibilità di stare in rapporto nel tempo, posso chiedere di fare un passo avanti nell'acquisizione di un semplice linguaggio affettivo.

Intendo parlare di quel tipo di contatto che va sotto il nome di contenimento e che tutti noi parzialmente sperimentiamo abbracciandoci in modo affettuoso e prolungato.

Propongo sia agli uomini che alle donne di mettersi in una posizione comoda, di provare a mettere la propria mano nell'altra, di sentire il contatto tra le loro due mani; chiedo loro di sentire quando il contatto fisico non c'è più il ricordo del toccare e del toccato.

Quando per loro la percezione è sufficientemente chiara, propongo al marito di prendere la compagna mettendo una mano sulla testa e una al piano perineale e di provare a sentire il contatto tra la mano e la testa, la mano e il piano perineale e lo spazio tra le due mani come una continuità, e di sentire il sentimento che si prova nel fare questo gesto e nel riceverlo.

Le esperienze che possiamo vivere nell'ambito del recupero del linguaggio dell'affettività e delle percezioni sono naturalmente molteplici e possono essere sviluppate nella continuità della propria evoluzione affettiva.

Pertanto non esistono esercizi o schemi.

Quanto gli adulti hanno recuperato il piacere e la curiosità di conoscere questa possibilità di stare insieme e di affrontare insieme la vita dico che tutto quanto hanno sperimentato sarà molto più semplice e immediato, ma altrettanto gioioso, quando l'altro del rapporto sarà il loro bambino.

Un'ultima considerazione.

Questa qualità del rapporto, che per motivi di comodità abbiamo definito accoglienza, non ha limiti temporali. Nasce più facilmente durante il periodo della gestazione, ma poi si può sviluppare nella ricerca quotidiana di una relazione con se stessi e con gli altri, fluida e soddisfacente.

Tutta questa possibilità di riflessione coinvolge anche noi che ci occupiamo di tutto quanto riguarda la nascita di un nuovo individuo, ben consapevoli che se è importante rendere questo evento e tutto quello che lo circonda molto gradevole, è altrettanto importante poter essere facilitatori di rapporti armonici ben oltre il momento coinvolgente e commovente della gestazione e della nascita.

POLITICHE DI ASSISTENZA AL PUERPERIO A CONFRONTO

LA DIMENSIONE PSICOAFFETTIVA DEL PUERPERIO

di Grancesca Ginobbi

Una prima considerazione sull'assistenza dopo la nascita è che intorno a questo periodo della maternità sembra sia da sempre esistito quasi un silenzio da parte della cultura medica, e così una assenza da parte dell'assistenza, che dopo il parto si riferisce più alle cure per il neonato o alla donna che allatta, più che alla dimensione del rapporto tra madre e figlio e ancora meno agli stati d'animo.

È significativo che tra i molti dèi venerati dai romani soltanto una fosse la protettrice della donna dopo il parto, mentre numerosi erano i riferimenti religiosi e i miti intorno alla nascita e alla donna-madre. E oggi qui, la stessa domanda che ci poniamo, su quale sia l'assistenza da offrire in puerperio, sembra confermare che un vuoto esiste ancora, una mancanza di attenzione su quale esperienza siano i primi giorni e le prime settimane dopo il parto, e soprattutto quali i desideri, e i bisogni di una donna: è proprio dall'individuazione di questi ultimi che dovrebbero nascere le nuove linee dell'assistenza.

Che serenità ed equilibrio fossero importanti per allattare e per il carattere del bambino veniva affermato nell'700, quando ad esempio la selezione delle nutrici avveniva in base a determinate caratteristiche non solo fisiche, ma anche caratteriali e "di temperamento". Che sia necessaria un'atmosfera tranquilla per allattare al seno non è quindi una acquisizione recente, ma lo è invece l'attribuire importanza al rapporto tra madre e bambino, e di conseguenza alle emozioni di questa fase, al legame tra emozioni e comportamento della madre, emozioni e comportamento del bambino, tra questi elementi e le radici di possibili traumi.

Nel 1994 si è concluso il "Progetto di assistenza domiciliare al puerperio" gestito dal Coordinamento regionale del Lazio, nell'ambito di questo progetto, per mezzo di questionari, le donne che hanno fruito dell'assistenza ci hanno fornito delle indicazioni sui loro bisogni. In primo luogo queste settimane dopo il parto sono descritte dalle donne con termini quali "una fase di transizione e di trasformazione", densa di contraddizioni e "piena di tensioni", termini che sono di per sé evocativi di richieste.

Le donne che avevano da poco partorito sentivano in special modo la mancanza di self-care (inteso come del tempo e spazio per dedicarsi a se stesso oltre che alla cura del bambino), di tranquillità, di riposo, di avere una alimentazione adeguata, di essere aiutata nella cura del bambino, e in ultimo di aiuto psicologico.

Si tratta di esigenze semplici, essenziali, forse "infantili", esigenze che richiamano alla mente le stesse necessità che ha un neonato, perché ci si riferisce a funzioni viscerali quali il rapporto con il cibo e il riposo, e questi ritmi vengono turbati in questo caso per diversi mesi: si tratta di esigenze che sembrano avere a che fare con un tipo di assistenza più familiare che non sanitaria o sociale.

Infatti l'interesse per il puerperio, per la donna nel periodo successivo al parto è sempre stato abbastanza scarso. In molti reparti di ostetricia o di neonatologia ci si riferisce di solito al puerperio sia considerato dall'assistenza medica una "fase buia" e tutto sommato poco interessante dopo l'evento più manifesto e gioioso o complicato della nascita, per quale motivo non si tiene sufficientemente conto delle necessità della donna di essere accudita per poter accudire, della necessità di tranquillità, dello spazio e del tempo per se stesse?

Se questo periodo fa emergere in ogni donna affetti contraddittori, per gli operatori cosa rappresenta?

Nel rapporto con la puerpera si aprono alcuni temi densi di significato, come quello del nutrire e quindi dell'allattamento al seno o artificiale, del prendersi cura, della dipendenza di un individuo dall'altro e del come questa dipendenza viene vissuta, gestita, l'elaborazione del parto come esperienza gratificante o frustrante, i progetti, le delusioni, le paure. Tutto questo appartiene non solo alla madre, ma viene comunicato, in qualche

modo trasmesso anche a chi ha il compito di fornire assistenza, che si può trovare a volte sovraccaricato di problemi.

Forse non è casuale che le visite alla puerpera perdono la rassicurante ritmicità mensile che avevano le visite durante la gravidanza, sono spesso frettolose, al medico non sembra interessante entrare troppo nei particolari e purtroppo la più adeguata assistenza domiciliare non è garantita che in alcune "isole".

Nel corso dei seminari di formazione con operatori alla maternità tenuti nell'ambito del progetto sopracitato, abbiamo esplorato gli stati d'animo che induce il rapporto con la donna durante il puerperio: sono emerse la tenerezza, la sicurezza, la serenità e la gratificazione nel lavoro con le madri, ma anche senso di peso, costrizione, responsabilità, paura e mancanza di riconoscimento, disagio e solitudine.

Ne ricaviamo alcune considerazioni: il puerperio non è solo il periodo dell'allattamento o di gioia dopo la nascita, ma un luogo di sentimenti contrastanti e di emozioni a volte confuse, ma è anche l'occasione importante di elaborazione di tematiche del rapporto di coppia, e per gli operatori un punto di osservazione delle relazioni familiari, un luogo di possibile prevenzione delle psicopatologie oltre che delle patologie.

Partiamo dal fatto che ostetriche, ginecologi, pediatri e puericultrici con le decisioni, gli atteggiamenti incoraggianti o allarmanti, i suggerimenti ad esempio sull'allattamento, o anche con le assenze ed i silenzi influenzano la salute psichica e fisica della madre e del bambino. Partecipando a questa fase delicata della "costruzione" di un rapporto gli operatori hanno inoltre l'opportunità di indurre alcune modificazioni nei comportamenti dei genitori; in altre parole rappresentano in questa fase un "contesto" facilitante o sfavorente (*the caregiving surround*) la relazione tra i genitori, in particolare la donna ed il bambino. Gli stessi consigli sui ritmi dell'allattamento, a richiesta o ad orario rappresentano in ogni caso il tentativo di trasmettere un modello di rapporto tra madre e figlio; poiché le modalità, i ritmi dell'allattamento sono significanti e profondamente rappresentativi della qualità della relazione, quando si consiglia di allattare "a orario" si suggerisce in realtà ad una donna di modificare il rapporto con il bambino, di instaurare per esempio in questo caso un rapporto più fermo, meno istintivo. Se si consiglia l'allattamento "a richiesta" si propone di instaurare un rapporto più legato alle sensazioni, agli impulsi, a volte all'ansia della madre che il bambino non sia nutrito a sufficienza. In generale non ci si chiede quale tipo di persona presenti un problema del ritmo delle poppate, quale modalità di attaccamento si stia costruendo tra lei ed il bambino e quale modo "altro" andiamo noi a proporre all'interno di questa diade.

Non voglio entrare qui nel tema complesso dei diversi modi dell'allattamento, quanto sottolineare come l'operatore nel puerperio possa diventare più consapevolmente "parte attiva" nel favorire un rapporto più equilibrato tra madre e bambino nel territorio di emozioni incontrollate, indefinite del dopo-parto e come rappresenti un punto di riferimento importante.

Alla domanda posta a donne che avevano partorito in un reparto ospedaliero "in che cosa è stato utile l'aiuto dell'ostetricia?" il 49% delle risposte è stato "sostegno e incoraggiamento" (le altre risposte previste erano: consigli e cure del neonato, fiducia nelle proprie capacità, fiducia nell'aver lattazione sufficiente, allattamento e sue modalità; era possibile dare più di una risposta).

Ricevere informazioni, consigli pratici e cure è quindi importante, ma essere incoraggiate, rassicurate lo è ancora di più per poter acudirle a loro volta.

L'assistenza al puerperio dovrebbe tenere in considerazione l'esperienza affettiva del dopo-parto, e rinunciare ad identificare il puerperio con l'allattamento; riconoscere che il puerperio è un'esperienza affettiva significativa, e in quanto tale problematica, a volte sconvolgente quanto il parto.

Quindi entrare in sintonia con i problemi della donna e dei genitori, privilegiare un atteggiamento empatico, riconoscendo il bisogno di essere sostenute e accolte.

L'introduzione della dimensione psicoaffettiva del puerperio nell'assistenza alla madre e al bambino non significa avviarsi verso una "psicologizzazione" o una "psichiatrizzazione" degli interventi, ma piuttosto affinare la capacità di individuare e prevenire problemi di competenza psichiatrica, favorire la gestione delle relazioni familiari, essere di supporto nelle patologie perinatali, andare verso una comprensione maggiore di una fase rappresentativa del rapporto duale.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Comune di Roma e Coordinamento regionale Lazio per una nuova coscienza del parto e della nascita (a cura di). Progetto pilota di assistenza domiciliare al puerperio. Relazione finale. Roma; 1995.
- 2) The introduction of mental health component into Primary Health Care. Geneve: WHO, 1990
- 3) Mental health: a major problem area for women. World Health Forum 1994; 15.
- 4) Ginobbi F. Formazione psicologica degli operatori del settore materno-infantile nell'assistenza alla gravidanza e al parto. Relazione presentata al convegno "Dalla preparazione al parto all'educazione prenatale", 1994.

PUERPERIO: STRATEGIE A CONFRONTO

PUERPERIO: STRATEGIE A CONFRONTO.

Introduzione alla tavola rotonda.

di Barbara Grandi

Le pratiche assistenziali post partum prevedevano quasi dovunque dopo gli anni 50 l'allontanamento del bambino dalla madre dopo la nascita, reparti separati per madri e per neonati (sulla semplice base di concettualizzazioni teoriche per il controllo delle infezioni nosocomiali).allattamento ad orari fissi , scarso contatto col mondo esterno. Per le madri vi erano trattamenti diversi che includevano analgesici, lassativi, irrigazioni ,clisteri,fumenti, fasciature. Per i neonati erano normali i supplementi di acqua glucosata o di latte artificiale. Tutti questi trattamenti si sono diffusi senza alcuna evidenza della loro utilità , e per altro va detto che ci furono scarse opposizioni e lamentele da parte delle donne a quel tempo. L'uso inflessibile delle nurseries centralizzate ha reso molto più complicato e difficile l'allattamento,ha ridotto la fiducia in se stessa della madre e l'ha resa più infelice e ha oltretutto comportato un aumento delle infezioni neonatali, proprio quello che si voleva evitare con l'isolamento nel nido .

Negli anni 70 anche in seguito alla diffusione di alcune ricerche di Bowlby(1951) e di Klaus e Kennel (1976) sull'importanza del " bonding" e delle relazioni precoci madre-bambino ,e per l'insoddisfazione che cominciava a serpeggiare fra le donne, in alcuni ospedali si cominciò a introdurre il rooming-in, a sostenere l'allattamento a richiesta, a coinvolgere maggiormente i partners e gli altri familiari.

Fu dimostrato che con la pratica del rooming-in le infezioni si riducevano (Montgomery et al.1959), ma negli ospedali si preferì combatterle aumentando l'uso di mascherine,guanti e farmaci, e questo senza il supporto di alcuna evidenza scientifica.

In ogni paese, in ogni regione , in ogni città vi è una grande differenza nell'organizzazione dell'assistenza al puerperio, ma in generale continua ad essere più adatta a persone malate che a nuove madri.

Negli anni 50, la durata della permanenza in Ospedale era di 10-15 giorni, ma in tutti i paesi c'è stata una progressiva riduzione dei tempi di ricovero fino agli anni 80 , in cui si è collocata attorno ai 3-5 di. In alcune aree degli Stati Uniti i ricoveri durano 12-24 ore dopo il parto per via vaginale e 48-72 ore per i tagli cesarei senza complicazioni. L'impulso ad attivare programmi di dimissione precoce sembra essere stata inizialmente la scarsità di letti o di personale ma anche in certi casi il desiderio delle donne. Una certa cautela è d'obbligo: riducendo la permanenza in ospedale, le donne e i bambini non sono più sotto osservazione clinica in un periodo vulnerabile, in cui ancora l'allattamento non si è stabilizzato,e inoltre alcune patologie neonatali cardiache e gastrointestinali possono manifestarsi solo il secondo o terzo giorno dopo il parto. Per le donne l'ospedale può essere anche un luogo dove ci si riposa di più, si è sollevate dalle incombenze domestiche, si può avere consigli e supporto nell'accudire il neonato.

Innumerevoli studi sono stati pubblicati su questo tema delle dimissioni precoci, e rimando per una revisione di questi al capitolo 78 (Care of the new mother and baby) di Effective care in pregnancy and childbirth,di Chalmers Enkin e Keirse, e ad un ampio lavoro comparso su Pediatrics dell'ottobre 1995 dal titolo "Problems associated with early discharge of newborn infants " (Braveman et al 1995).

Dare una valutazione sull'efficacia di questa pratica appare difficile per molti motivi: la definizione stessa di dimissione precoce varia nella letteratura, i criteri di elegibilità delle donne e dei bambini sono diversi nei vari studi, i servizi alternativi che vengono offerti successivamente hanno evidentemente un grosso impatto nella positività dei risultati, e sono quanto mai differenti da un posto all'altro. Non si possono poi paragonare ricerche che si riferiscono a una popolazione in cui la dimissione precoce è volontaria con altre in cui la dimissione precoce è obbligatoria,inoltre la scelta di andare presto a casa può dipendere da motivi economici

più che da altre considerazioni se l'assistenza non è gratuita. Benché la maggior parte degli studi concludano che la dimissione precoce è sicura in una popolazione selezionata, essi sono troppo piccoli per poter scoprire degli effetti clinici significativi su importanti outcomes. In questo campo mancano ricerche scientifiche che ci offrano un'evidenza in termini di sicurezza ed efficacia.

Quello che appare certo, è che più un ospedale è confortevole, organizza un ambiente accogliente per sostenere la madre nell'allattamento, permette il libero accesso al padre, e meno le donne sentono la necessità di uscire presto. Il problema è che in molti ospedali i ritmi, le routines, l'assistenza neonatale interferiscono nella relazione madre - bambino, per esempio sottoponendo i neonati a fototerapia quando non è necessario. Con ogni probabilità quelle mamme e quei bambini beneficerebbero delle dimissioni precoci. In ogni programma bisogna prevedere la più grande flessibilità, dando alle donne un'ampia possibilità di scelta, perché le condizioni fisiche, sociali e psicologiche delle donne variano tantissimo.

Abbiamo voluto invitare a questa tavola rotonda sia ginecologi e pediatri che a livello istituzionale si sono confrontati con l'organizzazione dell'assistenza al puerperio e hanno messo in atto programmi controllati di dimissione precoce, sia rappresentanti di associazioni da molto tempo impegnate ad aiutare le donne a risolvere positivamente i problemi in un periodo delicato della vita. Noi di Andria siamo convinti che dalla collaborazione di questi due mondi possano venire utili suggerimenti a quanti vogliono migliorare la qualità dell'assistenza in ostetricia.

- 1) Braveman P, Egerter S, Pearl M et al. Problems associated with early discharge of newborn infants. Early discharge of newborns and mothers. A critical review of the literature. *Pediatrics* 1995; 96:716-724.
- 2) Montgomery TL, Wise RI, Lang WR et al. A study of staphylococcal colonization of postpartum mothers and newborn infants. Comparison of central care and rooming-in. *Am J Obstet Gynecol* 1959; 78: 1227-1233
- 3) Bowlby J *Maternal care and mental health*. Geneva: World Health Organization, 1951.
- 4) Klaus MH, Kennel JH. *Maternal-infant bonding*. St. Louis: Mosby, 1976.

DIMISSIONE PROTETTA DOPO IL PARTO IN OSPEDALE

di Maita Sartori

Dopo il parto, se vi è una patologia della madre o del bambino è corretta una permanenza in ospedale fino alla guarigione o fino a quando il trattamento non possa essere continuato a domicilio.

Ma quanto deve durare il ricovero di una madre e un bambino sani?

Storicamente, vi è stata una graduale riduzione a partire dal mese di degenza nei reparti di maternità del secolo scorso (1), ai 7-14 giorni degli anni '40-'50 (2), ai 3-4 giorni dopo un parto spontaneo e 5-6 giorni dopo un parto cesareo, come avviene di solito in Italia.

L'attuale minor durata delle degenze sembra essere legata più alla riduzione delle lunghe degenze che all'aumento delle dimissioni precoci.

In Europa e negli U.S.A. alcuni ospedali, considerati all'avanguardia nel campo della umanizzazione della nascita, dimettono a 6-24 ore dal parto normale e a 2-3 giorni dal parto cesareo, senza differenze nel benessere materno e neonatale rispetto ai casi con degenze più lunghe.

I vantaggi della dimissione precoce sono il maggior successo dell'allattamento al seno e la minor frequenza della depressione materna post-partum. In ospedale, il bambino viene separato dalla madre per diverse ore al giorno e spesso gli viene somministrato latte artificiale o acqua e zucchero. Questo non facilita il buon avvio dell'allattamento materno. La depressione dopo la nascita di un bimbo può essere dovuta, fra le altre cause, all'esperienza esautorante dell'ospedale sulla personalità della neo-mamma (3).

Nell'Azienda Sanitaria n. 5 (Collegno, vicino a Torino), alle donne e ai neonati che tornano a casa a 12-48 ore dal parto in ospedale, viene garantita da subito l'assistenza a domicilio da parte di personale sanitario dei consultori familiari. L'esperienza, ancora in fase iniziale, sta ottenendo un discreto successo.

DONNE E METODI. Durante la gravidanza le donne vengono informate sulla possibilità di essere dimesse precocemente con il loro neonato dall'ospedale e di poter usufruire dell'assistenza domiciliare durante i primi giorni di puerperio.

L'assistenza è rivolta a madri e neonati sani ed è effettuata da ostetriche e vigilatrici di infanzia dei consultori familiari dell'USL.

Durante la gravidanza vengono illustrati i presupposti per la dimissione precoce e l'assistenza domiciliare (Tavola 1). L'assistenza è modulata sulle necessità di madre e neonato nel loro ambiente familiare, in sintonia con quanto indicato dal Piano Sanitario Nazionale(4) (Tavola 2).

Le donne presentano una richiesta scritta. In risposta ricevono una lettera che descrive i tempi e le modalità dell'assistenza. In ospedale, dopo il parto, lettere analoghe sono consegnate dalle puerpere al Direttore Sanitario e ai Responsabili di Ostetricia e Neonatologia.

La signora conferma telefonicamente dopo il parto la dimissione precoce dall'ospedale. L'ostetrica si reca a domicilio entro 12 ore. L'assistenza è garantita fino a compimento del quinto giorno di vita del neonato.

Successivamente madre e bambino potranno usufruire dei servizi consultoriali. Dal momento della dimissione dall'ospedale il neonato usufruisce inoltre dell'assistenza del pediatra di base.

Le operatrici coinvolte sono in pronta disponibilità nelle ore diurne dei giorni non lavorativi dalle 38 settimane di età gestazionale fino al parto.

Qualora si evidenzino quadri sospetti a carico della donna o del neonato verranno contattati il Medico o il Pediatra di famiglia o lo specialista dei servizi di base, o, nei casi necessari è prevista la riammissione in ospedale.

RISULTATI. Nei primi due anni di attività sono state assistite 33 donne, con esiti materni e neonatali fisiologici. Le donne hanno espresso un buon gradimento (Tavola 3).

Hanno inoltrato richiesta all'USL in 47. Quattro non possedevano i requisiti in gravidanza: malformazione fetale diagnosticata ecograficamente (1), supporto familiare non adeguato (1), patologia materna(2). Sei puerpere non hanno confermato la richiesta: due parti cesarei, due neonati trattenuti per accertamenti, due puerpere contente di rimanere in ospedale.

DISCUSSIONE. L'evidenza scientifica disponibile dimostra che le dimissioni precoci dall'ospedale dopo il parto di madri e neonati sani è realizzabile e sicura(1) .

La possibilità di usufruire di dimissioni precoci-protette, con assistenza domiciliare da parte di operatori sanitari competenti e conosciuti dalla coppia(5) favorisce il contatto e la conoscenza fra madre e neonato e crea i presupposti per un proficuo allattamento al seno(6-7).

La dimissione precoce non è però accettata dalla maggioranza delle puerpere.

Un ricovero di 4-5 giorni dopo il parto è accolto favorevolmente da molte donne per potersi riposare o per avere a disposizione a tutte le ore personale specializzato per aiuto, consigli e informazioni.

Per altre donne, come quelle assistite nel progetto, è invece importante tornare al più presto a casa propria, libere da obblighi e limiti imposti dall'organizzazione ospedaliera.

In definitiva un programma assistenziale rigido con dimissioni tutte precoci oppure tutte più lunghe non può risultare valido e gradito a tutte le donne(8).

E' più corretto proporre un'assistenza flessibile in modo che la donna abbia l'opportunità di scegliere secondo le proprie esigenze ed aspettative.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Enkin M, Keirse M, Chalmers I. L'efficacia delle procedure di assistenza alla gravidanza e al parto. Como: Red; 1993.
- 2) Schipani D. The new mom's hospital stay-is it over too soon? Child 1991; 6: 60
- 3) Kitzinger S. Il manuale del parto in casa. Como: Red; 1993.
- 4) Ministero della Sanità. Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996 Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana 23 luglio 1994; 171, supplemento ordinario: 46.
- 5) Lee KS. J Pediatr 1995; 127: 736.
- 6) Hellman LM, Kohl SG, Palmer J. Early hospital discharge in obstetrics. Lancet, 1962; 1:223-232.
- 7) Yanover MJ, Jones D, Miller MD. Perinatal care of low risk mother and infant. Early discharge with home care. N England J Med 1976; 294: 702-705.
- 8) Rush J, Chalmers I, Enkin M. Care of the new mother and baby. In: Chalmers I, Enkin M Keirse M eds. Effective care in Pregnancy and Childbirth. Oxford: Oxford University Press; 1989.p. 1333-1346.

Tavola.1 Linea guida assistenziale:

- **criteri di selezione:** richiesta espressa durante la gravidanza e confermata dopo il parto, madre e neonato sani, supporto domestico
- **colloqui in gravidanza:** informazione sui presupposti dell'assistenza domiciliare dopo dimissione precoce, conoscenza fra la coppia e le operatrici, consenso informato
- **individuazione dell'ospedale luogo del parto e del pediatra di fiducia:** predisposizione di lettera che illustra l'attività indirizzata al direttore sanitario, al responsabile dell'ostetricia e al responsabile della neonatologia
- **assistenza:** rispetto della personalità di madre e bambino, supporto all'allattamento materno a richiesta, controllo delle condizioni materne e neonatali, esecuzione degli screening neonatologici, assistenza offerta tutti i giorni della settimana
- **criteri di non adesione:** madre e neonato non fisiologici, mancata conferma dopo il parto, assenza di supporto domestico
- **criteri per la consulenza medica e di eventuale riammissione in ospedale**
insorgenza di un fattore di rischio o di una patologia per i quali è necessaria l'assistenza medica

Tavola 2 L'assistenza domiciliare consiste in:

- osservazione delle condizioni del neonato
- controllo delle condizioni materne
- supporto per l'allattamento al seno a richiesta
- supporto per l'assistenza quotidiana al neonato (igiene, postura, vestiario) e per la relazione madre-bambino
- esecuzione del prelievo venoso per gli screening neonatali
- supporto per l'igiene e l'alimentazione della madre

Tavola 3 Risultati (anni 1995-1996):

• richieste pervenute	47
• richieste accolte	43
• non idonee	4
• non confermate dopo il parto	6
• assistite	33
• riammissioni in ospedale	0
• richieste	4
• esiti materni e neonatali	fisiologici
• gradimento	ottimo

E DOPO LA NASCITA QUALE ASSISTENZA?

di Piera Maghella

PREMESSA. Con la nascita di un bambino, nascono anche due genitori: una madre e un padre. La gravidanza, il parto ed il diventare genitori sono tra i più grossi e profondi cambiamenti nella vita di una persona. Entrambi i genitori devono assorbire nuovi ruoli e responsabilità, un nuovo stile di vita per tutta la famiglia.

Lo stile che ne emergerà è influenzato dai pensieri, dalle aspettative, dalle convinzioni, dalla personalità, dall'atteggiamento, dal vissuto del parto, dalla propria storia filiale e dai valori della società nella quale si vive. Poiché il parto è un'esperienza così comune si tende a sottovalutare gli incredibili cambiamenti che porta con sé.

La gravidanza, il parto e l'iniziale vita col bimbo rappresentano un periodo di transizione, di crisi evolutiva, di estrema apertura e vulnerabilità con ramificazioni fisiche, fisiologiche, *per la donna*, per poter accogliere, sostenere il feto e per poter partorire ed allattare; emotive, per entrambi, con emozioni anche ambivalenti che il nuovo percorso porta; relazionali, prima la coppia aveva una relazione indisturbata; in altri casi, quando ci sono altri figli, è necessario riadattare la dinamica relazionale; mentali, mentalmente devono far spazio al nuovo ruolo, alle aspettative; sociali e situazionali.

Qualsiasi grosso cambiamento di vita porta con sé un senso di vulnerabilità, di stress, una naturale regressione e un senso di perdita.

- Vulnerabilità per l'estrema apertura, a tutti i livelli: è un viaggio ignoto, colmo di ansie, con emozioni ambivalenti (dall'euforia al panico).
- Stress che richiede la necessità di doversi e sapersi adattare, di risistemarsi e riorganizzarsi per qualcosa di completamente nuovo
- Naturale regressione perché in uno stato di così totale apertura è facile rimescolare e spolverare memorie, eventi, esperienze del passato. *Winnicott* afferma che: "dopo tutto, la madre, ma anche il padre, hanno memoria della propria esperienza di neonato, hanno memoria di come sono stati accuditi ed educati e queste memorie possono aiutare o rendere difficile la propria esperienza di genitore".

Per le coppie che hanno già partorito, le esperienze passate saranno determinanti. E spesso volte è necessario integrare ed elaborare le altre gravidanze, parti, perdite e gestione col bimbo. Alcune delle esperienze passate possono creare particolare ansia, paura, panico, la sensazione di non essere al sicuro e senza controllo.

- Quando viviamo un importante cambiamento, abbiamo a che fare con un certo grado di perdita: perdita del controllo sul proprio stato fisico e di salute, perdita del controllo della propria esperienza di parto, del bimbo immaginato, perdita di controllo del proprio stile di vita e dei prior ritmi (comunicazione nella relazione, risuddivisione dei ruoli e competenze, perdita di sonno per esempio...), perdita di controllo della propria cerchia di amicizie,.....

Cambiamenti così intensi richiedono un periodo di adattamento e riorganizzazione interna e pratica ed il significato di questi eventi nella famiglia e nella società vengono marcati in tutte le culture da una varietà di rituali e riti di passaggio.

Il tipo di adattamento che viene attivato dalla persona deve essere inteso come un transizione, un passaggio, tra i bisogni individuali, l'intensità dello stress vissuto e l'ambiente nel quale l'adattamento viene richiesto.

Diventare genitori è un processo che viene appreso tramite due modalità:

- l'influenza del modo, la qualità con cui si è stati accuditi

- la cultura esistente riguardo al percorso.

In questa fase della vita la coppia è estremamente vulnerabile, ma ha grandi potenzialità.

Potenzialità di crescita personale, di coppia; di acquisizione di un nuovo tipo di affettività; di completamento e realizzazione nel diventare famiglia; di cambiamento di status all'interno della famiglia: da figli si diventa genitori e da genitori si diventa nonni.

Molti genitori si adattano al nuovo ruolo col minimo livello di stress per la motivazione, la propria forza interna, per l'aspetto cognitivo e per la qualità del supporto emotivo e pratico che ricevono dalla loro rete di sostegno (tra di loro come coppia, dalla famiglia, dagli amici e dai servizi).

Molti altri genitori vivono un livello di stress molto pesante. Alcuni fattori che lo rendono così pesante, possono essere: i propri bisogni psicologici, l'adattamento fisico della gravidanza, patologie, l'immagine di sé,..... ma anche altri fattori esterni molto pesanti come difficoltà finanziarie, spostamenti, traslochi, lutti familiari, altri figli, tensione nella coppia ed altre esperienze di parto e dopo parto.

Molti si chiedono "ma *quando ci si sente genitori?*" immaginando che al momento della nascita possa sbocciare un magico innamoramento, una fontana di amore verso il proprio figlio.

Si diventa genitori in modo graduale.

Si possono distinguere alcune fasi: 1. si ha una fase iniziale, per alcuni molto conflittuale. La donna e l'uomo, con coinvolgimento ed intensità diversi, cominciano a proiettarsi, ad immaginarsi, a definire le proprie aspettative.

Per l'uomo questa fase è molto complessa in quanto non ha percezioni fisiche.

2. abbiamo una fase formale al momento della nascita. Il vissuto del parto, il sentimento di conquista, il benessere psicofisico, il sostegno, la vicinanza col bimbo, i primissimi approcci, gli apprezzamenti delle persone vicine (operatori e parenti) sono estremamente importanti.

3. Successivamente abbiamo una fase informale con i primi approcci e tentativi nella cura ed interazione col bimbo. Fase questa molto vulnerabile per le varie indicazioni, per l'immaginato che spesso cozza con la realtà, per le sensazioni ed il timore di non riuscire a gestire adeguatamente le nuove richieste e il proprio ruolo.

4. Abbiamo una fase personale quando il genitore sviluppa il proprio stile di relazione col bimbo, riconosciuto da sé e dagli altri.

IL DOPO PARTO. Il dopo parto è uno *shock*. con un senso di onnipoterza, di perdita, di frastuono, di fastidio per i possibili disturbi fisici (per molte donne con suture, contrazioni, emorroidi, ragadi,....), di intrappolamento, di euforia,.... Con il timore di non capire i bisogni del bimbo, di svolgere bene le nuove competenze di accudire, di scegliere tra le diverse indicazioni.

Per molte donne il post partum è caratterizzato soprattutto da mancanza di sostegno, isolamento, molta stanchezza, sensi di colpa e ansia, correlati anche da contemplazione, insoddisfazione e gratitudine per la presenza del bimbo.

Si parla sempre più spesso di depressione post partum, uno stato emotivo poco riconosciuto anche dalle stesse donne che non si rivolgono agli operatori o ai servizi pensando che faccia tutto parte del "pacchetto"!

Per alcuni ricercatori, la depressione è diventata così comune nel mondo industrializzato che tende ad essere vista come una normale reazione.

Le cause della depressione post partum sembrano multifattoriali ed interagenti. Il modello medico vede il *disturbo* come uno squilibrio momentaneo del sistema ormonale o endocrino e la tendenza alla depressione.

Le scienze socio-psicologiche sostengono che la regressione che avviene in gravidanza e nel primo mese dal parto possa evocare conflitti specialmente se sussiste un inadeguato modello del ruolo materno.

Da uno studio (Oakley 1986) emerge che:

1. pessime condizioni economiche e domestiche,

2. una relazione distante col compagno,
3. la mancanza di un lavoro pagato
4. precedenti esperienze con altri figli,

sono i fattori che rendono le donne altamente vulnerabili alla sensazione di depressione.

Gli operatori tendono anche a sottovalutare la durata della depressione.

Lo stato emotivo del post partum è stato classificato in 4 fasi a seconda della gravità dei sintomi.

1. **BABY-BLUES**: la tristezza iniziale, dai primi giorni dopo il parto alle prime settimane di vita del bambino. Questa tristezza sembra essere vissuta dall'80-85% delle donne, con sintomi di confusione, pianto, umore disforico, labilità emotiva. Questo stato sembra essere attribuibile al cambiamento ormonale, alla fatica, alla ripresa fisica, come risposta allo stress e adattamento alla nuova situazione. Spesso, quando le donne non sono a conoscenza di questa transizione, si possono sentire non in controllo, non capiscono la motivazione e dubitano della loro adeguatezza.

2. **SINDROME DA STRESS POST TRAUMATICA**, una nuova classificazione riferita a quelle donne che hanno vissuto in modo traumatico il parto: un travaglio troppo doloroso, un cesareo, un parto operativo, un imprevisto vissuto male, problemi sulla salute del bambino,.... per le donne che hanno subito abusi e violenze, partorire vaginamente può esser vissuto come una ripetizione dell'esperienza, rafforzando il vissuto traumatico. I sintomi sembrano essere caratterizzati da panico, incubi, forti ansie, flashback, parestesie, sentirsi perse... Rabbia, inadeguatezza.

3. **DEPRESSIONE POST-PARTUM** tra il 15-20% delle donne, nei primi 12 mesi di vita del bambino fino a 4 anni con eccessiva alternanza di umori, molta colpevolizzazione, timore di far male al bambino e a se stesse, rifiuto del bambino, disinteresse o eccessivo attaccamento (nessuno lo può toccare), incapacità ad affrontare e gestire la vita quotidiana con sintomi fisici come estrema stanchezza, insonnia, perdita appetito, mal di testa, mal di schiena.

4. **PSICOSI PUERPERALE**, estremamente grave per un 1-2% che si evidenzia subito dopo il parto o dopo alcuni mesi con sintomi come allucinazioni, manie, ossessioni accompagnate da distorsioni della realtà, crisi mistiche. E' indispensabile un intervento immediato con farmaci, psicoterapia e/o ricovero.

COSA FARE. Nell'ultima metà del 20mo secolo è stato fatto moltissimo per l'assistenza della donna e del neonato, ma poca attenzione è stata data al periodo post partum al quale viene assegnato un basso status.

L'obiettivo dell'assistenza è quella di sostenere una donna a diventare con successo una madre, partorire un bimbo sano e *raccogliere* forza, fiducia ed autostima per il suo coinvolgimento a vita nella maternità.

Coinvolgere il neo-padre e renderlo consapevole affinché possa garantire un sostegno pratico ed emotivo.

Diventare mamma è una difficile transizione. La famiglia, e la cerchia di sostegno (parenti e amici) hanno bisogno di capire ed essere preparati ai cambiamenti che seguono la nascita.

L'arte del Post partum sta nel capire come quella donna si stia adattando al nuovo ruolo, come si sente rispetto a se stessa e rispetto al bimbo, riconoscere e dar valore alle sue percezioni ed emozioni ed aiutarla a definire la modalità ed il tipo di sostegno che siano coerenti con i suoi personali bisogni.

QUINDI:

1. promuovere una buona ripresa fisica conseguentemente alla gravidanza, travaglio e parto sia per la madre che per il bambino, quindi riposo e buona alimentazione.
2. aiutare a stabilire le varie abilità di accudire e allattamento del bimbo e sostenere una buona relazione madre-neonato.
3. rafforzare la fiducia materna, l'autostima, l'immagine di sé, le competenze e risorse, le abilità di accudire e la relazione col bimbo per la particolare situazione familiare, sociale e culturale di quella donna.

"La madre è per eccellenza la primaria risorsa, in grado di sostenere il migliore sviluppo del bambino; deve venir garantito un ampio sostegno in modo che la donna possa farsi carico di questo fondamentale ruolo."
Wagner.

Il bisogno di sostegno è richiesto da subito, dopo la nascita con continuità di assistenza con gli operatori che hanno seguito quella donna già in gravidanza, con i gruppi di sostegno self-help che possano entrare ufficialmente anche in ospedale e con assistenza domiciliare.

ESPERIENZA DEL MIPA. Le nostre aree di intervento tengono conto in modo particolare delle richieste e bisogni delle donne e coppie e quindi, da sempre, abbiamo dato molto sostegno al periodo dopo parto organizzandolo in questo modo:

1. I corsi di preparazione la parto iniziano molto presto in gravidanza in modo da:
 - a. consolidare il gruppo e la formazione di amicizie e legami tra di loro. E' importante consolidare un gruppo informale, non giudicante, libero di parlare di qualsiasi argomento che sta loro a cuore perché per il dopo parto è facile ritornare e ritrovare le stesse persone. Quando si ha già poca energia, quando la necessità di riorganizzarsi e di riadattarsi è così alta, non è facile entrare in un gruppo mai visto prima e stabilire relazioni, esporsi,....
 - b. per poter ampiamente parlare insieme del dopo, ancora in gravidanza
 - c. per incoraggiare le mamme dello stesso gruppo a tornare e parlare della loro esperienza di parto e di iniziale vita dopo,
 - d. offrendo uno spazio individuale tramite colloqui per accogliere e capire la situazione di quella donna e semplicemente per dare la possibilità di parlare
2. offrendo uno spazio sociale di incontro tra donne in attesa e mamme, momenti di reciproco incontro. Organizzando incontri per i neo papà: i padri, oltre a vivere in prima persona la transizione del diventare un genitore, occupano anche il primo posto nel sostegno pratico ed emotivo della loro compagna, quindi è importante parlare del dopo, delle loro preoccupazioni, delle competenze del bimbo, della gestione dello stress, del ruolo di filtro con i parenti, della riorganizzazione,..... La prima fonte di sostegno per le donne nel post partum è il proprio compagno e/o la propria madre.
3. offrendo un servizio telefonico: quando si è in "crisi" è impensabile pensare di organizzarsi per poter uscire a una visita, un controllo,.... I gruppi di sostegno per l'allattamento, i servizi S.O.S. telefonico, sono importanti: le donne che allattano al seno per la prima volta hanno bisogno di continuo incoraggiamento e sostegno almeno per le prime 4 settimane. Ci sono spesso momenti di disperazione pensando che il bimbo possa non ricevere sufficiente latte, quando i loro capezzoli sono dolenti o con ragadi, quando il bambino si sveglia spesso e quando ha le coliche.
4. visite, andando a trovarle, in ospedale o a casa, quando ci sono stati percorsi difficili o imprevisti alla mamma o al bambino.

Incoraggiamo sempre l'ostetrica che ha seguito quella donna a continuare l'interazione dopo a domicilio o almeno trovare uno spazio per parlarle, entro le 48 ore dopo la nascita, per poterle chiedere empaticamente *"come sta, com'è andata, come le sembra ora col bimbo,...."*

Pensiamo che l'assistenza domiciliare nel post partum da parte di un'operatrice (ostetrica o assistente sanitaria a condizione che sia già conosciuta in gravidanza) sia essenziale e rientri nell'indispensabile assistenza primaria. Sarebbe anche molto utile pensare (come già possibile in altri pochi Paesi) all'assistenza domestica per almeno le prime settimane.

5. creando spazi settimanali di incontro, per trovarsi e chiacchierare. Per tentare anche di fare movimento, per alleviare il mal di schiena e rafforzare addominali, pavimento pelvico. Per *lavorare* sull'immagine di sé, sul corporeo.

Questi incontri aiutano enormemente a ridurre il senso di isolamento e a ridimensionare ansie e timori.

6. organizzando incontri monotematici sugli argomenti più richiesti:

allattamento,

massaggio al bambino,

pronto soccorso,

svezzamento,

vaccinazioni,

competenze ed abilità del bambino.

Le mamme, le coppie hanno riportato più volte l'importanza di un lungo accompagnamento, del sostegno del gruppo e della possibilità di passare dal centro e trovare qualcuno che può ascoltare e rassicurare.

BIBLIOGRAFIA

1) Ball Jean. Reactions to motherhood - the role of postnatal care. Books for midwives. Midirs.

2)Wagner Mardsen. Pursuing the birth machine. Ace Graphics

3) Depression after childbirth: the views of medical students and women compared. Birth; 24(2): 109-

4) MIPA. Questionari

UN'ESPERIENZA PRATICA CON LE DONNE NEL PRIMO ANNO DI VITA DEL BAMBINO di Sandra Forni

Se chiediamo ad una mamma quale è stata la fatica maggiore dei primi mesi di puerperio, probabilmente ci dirà: "la solitudine". Nel contesto sociale di questi ultimi cinquanta anni la donna che ha avuto un bambino non riesce a trovare alcuna collocazione che valorizzi la sua nuova identità. Crescere un figlio o una figlia, richiede un lavoro molto impegnativo, rappresenta un grosso investimento di tempo e di energia. Sappiamo che la relazione madre bambino, l'imprinting positivo alla nascita, l'allattamento materno e il contenimento della famiglia rappresentano un bagaglio inestimabile per la vita futura dell'individuo che è nato. La qualità della relazione con la madre, e quindi, con il mondo esterno, caratterizzeranno lo sviluppo globale del bambino. La donna pertanto dovrebbe essere socialmente sostenuta e riconosciuta in questo grosso lavoro che sta facendo anche per la società. Se i nostri figli rappresentano le donne e gli uomini del futuro è dalla gravidanza e dal primo anno che deve attivarsi la promozione della salute globale. La crescita di un figlio oggi non è considerata lavoro produttivo e non viene di conseguenza valorizzata e retribuita. Scegliere di allattare il bambino al seno per tutto il primo anno di vita determina una penalizzazione economica per la donna che chiede di astenersi dal lavoro oltre il terzo mese. Il processo di medicalizzazione ha trovato terreno fertile nelle mutate condizioni sociali; l'era tecnologica e medicalizzata ha espropriato la donna della sua competenza materna affidandola ai "tecnici". Nello stesso tempo l'industria e il mercato dei prodotti per l'infanzia hanno determinato le regole della trasmissione culturale sull'allevamento dei figli.

In questo contesto si inserisce il lavoro di sostegno che il Centro Informazione Maternità Il Melograno ha organizzato a Verona. Il Centro offre un servizio di supporto a donne dal primo trimestre di gravidanza fino a tutto il primo anno di vita del bambino creando così continuità tra il periodo di endogestazione e tutta la fase di esogestazione. Abbiamo organizzato un luogo, uno spazio, nel quale la donna che ha appena partorito possa incontrarsi con altre donne e bambini. Questo permette alle madri di uscire dall'isolamento della loro casa e di abitare uno spazio che valorizza e riconosce il lavoro di essere madre. E' un luogo nel quale la donna è autorizzata ad esprimere ciò che sente in questo periodo, anche la fatica e l'ambivalenza di emozioni che sempre accompagnano il puerperio.

Per dare risposta ai diversi bisogni delle donne e dei bambini i gruppi sono divisi per trimestre di esogestazione. Il gruppo zero/tre mesi si incontra una volta alla settimana perchè in questo difficile periodo dell'adattamento alla nuova identità di madre è necessario un sostegno continuativo. Nel gruppo si trova supporto per la riuscita dell'allattamento materno, si affrontano le difficoltà legate a ritmi così diversi dalla vita precedente, si trova una buona occasione per uscire di casa e incontrare altre donne con cui confrontarsi. Il gruppo è condotto da una operatrice del Centro con la collaborazione di alcuni esperti per temi specifici. All'interno di ogni singolo incontro viene proposto anche un lavoro corporeo per il recupero della tonicità del pavimento pelvico, la ripresa della buona condizione fisica e viene insegnato il massaggio per il bambino. Per favorire la riuscita dell'allattamento materno e per rispondere ai dubbi della mamme è stato organizzato un servizio telefonico di "S.O.S. primi mesi". Un'ora al giorno un'operatrice del Centro risponde alle chiamate delle donne; questo servizio si è dimostrato di grande utilità e riceve attualmente chiamate da tutta Italia. Viene fornito anche un servizio di assistenza e visita domiciliare da parte dell'ostetrica o di una puericultrice al ritorno a casa dopo il parto o su richiesta della donna. Il Centro, infine, ha istituito lo "Spazio Mamme" per bambini entro l'anno di vita. E' un'accogliente stanza con uso cucina, con fasciatoio, moquette e cuscini per i piccoli. Qui le mamme ed i bambini possono incontrarsi, soprattutto in inverno o nelle giornate di pioggia, per trascorrere un

pomeriggio insieme e uscire dall'isolamento della propria casa. Molte donne, attraverso queste occasioni di incontro, hanno stretto poi rapporti di amicizia duraturi nel tempo.

Il Centro è mantenuto in vita dal lavoro volontario delle operatrici che lo hanno fondato. Le donne che frequentano i corsi o altri servizi sono socie e partecipano così alla spesa di mantenimento della struttura.

Alcuni anni fa, con grande fatica, era stata ottenuta una convenzione con l'USL della città che consentiva l'accesso gratuito alle donne. Tale convenzione, in seguito ai tagli alla spesa pubblica, è stata recentemente tolta senza essere sostituita da altre attività del servizio pubblico. Questo sottolinea ancora una volta la distanza che spesso esiste tra il servizio offerto e i bisogni dell'utenza. Nella nostra città, come in molte altre, non esiste alcun servizio pubblico che supporti le madri al rientro a casa dopo il parto. Le donne pagano così un prezzo ancora troppo alto di solitudine e abbandono in uno dei momenti più importanti della loro vita.

DIMISSIONE PRECOCE O ANTICIPATA?

Considerazioni sul progetto della Azienda Sanitaria
della Città di Bologna
di Giovanni Fattorini

Il progetto dimissione anticipata o precoce nasce come esito di una lunga discussione tra gli operatori del Servizio Materno Infantile, da alcune esperienze realizzate negli anni passati in alcune zone della città e nel contesto della riorganizzazione dei servizi avviata dall'istituzione dell'Azienda Sanitaria, ed è frutto di una ulteriore elaborazione di un gruppo di lavoro composto dalle ostetriche che operano all'interno dei Consultori Familiari della città.

La proposta si basa sul presupposto che, al di là dei vantaggi legati ad una più rapida de-ospedalizzazione e alla possibile riduzione dei costi, elementi e vantaggi che andranno comunque verificati e documentati e non accettati per definizione, la società tutta e l'organizzazione sanitaria pubblica debbano mettere in atto percorsi facilitati e facilitanti in relazione alla scelta riproduttiva ed assicurare un sostegno particolare alle fasce di popolazione a maggior disagio sociale e relazionale. Un progetto di assistenza al puerperio domiciliare dovrebbe quindi tenere conto dei risultati che si vogliono ottenere e prevedere indicatori di processo e di esito, dovrebbe tenere conto della limitatezza delle risorse, ma nel contempo tale proposta potrebbe costituire, al di là di obiettivi

quantificabili e verificabili: riduzione delle giornate di degenza, soddisfazione dell'utenza, individuazione precoce di disfunzioni relazionali e ambientali, una forma di "accoglienza competente" ai nuovi nati e una "occasione di sostegno e cura" alla madre e alla coppia che affrontano il difficile e spesso solitario ruolo di genitori in un mix di prestazioni sanitarie e assistenziali.

Prima di descrivere il progetto che come Azienda Sanitaria della Città di Bologna è in via di definizione e che dovrebbe prendere l'avvio nel corso del 1997, vorrei segnalare alcuni punti problematici o considerazioni preliminari:

1. Concetto di dimissione:

- precoce
- anticipata
- protetta

Tenuto conto che la degenza media del post partum, nei due punti nascita della nostra città (parliamo di parti spontanei e fisiologici), è oggi intorno ai 3/4 giorni - 72/100 ore, si è stabilito di considerare dimissione "anticipata" una dimissione che avvenga tra le 24 e le 48 ore dopo il parto, per dimissione "precoce" quella che avviene entro le 24 ore e per dimissione "protetta" ogni forma di dimissione che avvenga tramite un accordo tra strutture ospedaliere e struttura territoriale e che preveda l'assistenza domiciliare nella prima parte del puerperio.

2. Tenuto conto che i tempi di degenza si sono complessivamente molto ridotti e che le condizioni di degenza sono decisamente migliorate e che i supporti familiari, parentali e sociali tendono a diventare sempre più flebili, la proposta di anticipare ulteriormente le dimissioni dovrebbe perdere ogni connotato "anti istituzionale" per intenderci, ma assumere l'aspetto di una opportunità che viene offerta alle singole donne e alle loro famiglie.

3. Una impostazione che ponga al centro, come obiettivo prioritario il contenimento dei costi è ancor prima che eticamente discutibile, metodologicamente e concettualmente un errore. Qualsiasi progetto di sanità pubblica, infatti, nel momento in cui viene programmato e acquista perciò carattere di priorità, dovrebbe porsi come

obiettivo il conseguimento di risultati sanitari, risultati cioè che incrementino in modo documentabile la qualità della salute dei cittadini a cui si rivolge, e non la riduzione della spesa sanitaria (risultati economici). L'eventuale, auspicabile riduzione dei costi per il sistema, che la realizzazione di tali progetti potrebbe comportare, dovrebbe essere quindi valutata come una conseguenza non obbligatoria di un intervento sanitario ispirato a criteri di efficacia, ma non come il risultato principale. Ciò non significa certo, che non esista la necessità di un quotidiano sforzo di compressione degli sprechi e di contenimento dei costi, ma in questo caso non di programmazione di interventi di sanità pubblica si tratta, ma di revisione di disfunzioni organizzative o di scelte più generali di politica sanitaria. L'assistenza al puerperio o meglio ancora l'assistenza domiciliare alla coppia, madre-bambino trova sostanzialmente due gruppi di indicazioni:

A) Indicazioni generali: supportare l'instaurarsi di una felice relazione madre-bambino, la promozione dell'allattamento al seno, il sostegno alla madre nella delicata fase di riadattamento dopo il parto, l'individuazione precoce di disfunzioni relazionali nel contesto familiare.

B) Indicazioni particolari: offrire continuità assistenziale nei casi a rischio attuale o potenziale, benché risulti difficile individuare le categorie a rischio, e ancor più difficile associare causalmente i risultati eventualmente ottenuti al tipo di assistenza erogata. L'attuale progetto intende muoversi tenendo presente prevalentemente il 1° gruppo di indicazioni, per quanto una particolare attenzione verrà posta a prescindere dal tipo di dimissione, ai casi che presenteranno un più elevato disagio sociale e ciò in collaborazione con il settore della pediatria di comunità e con il servizio sociale.

DATI DI RIFERIMENTO. Dal 1984 ad oggi i nati nel comune di Bologna coincidente con il territorio attuale dell'Azienda variano dai 2300 ai 2500.

I nati vivi residenti nel 1992 sono stati 2361, nel 1995 sono stati 2355, nel 1996 2503.

I nati vivi nel 1992 sono stati in realtà 4278 di cui 1527 presso l'ospedale Maternità e 2751 presso il policlinico S. Orsola, di cui però 1917 non residenti nella ASL di Bologna.

ETÀ MATERNA. I nati vivi da madre con più di 35 anni sono il 15 % circa. I nati vivi da madre con più di 30 anni sono 48 % circa

Percentuale di cesarei: 25 % circa.

OBIETTIVO GENERALE. L'obiettivo del progetto è quello di salvaguardare lo stato di benessere psicofisico di tutte le donne che fanno richiesta di essere dimesse insieme ai loro bambini tra le 24 e le 48 ore, trascorse dall'avvenuto parto spontaneo, utilizzando l'intervento domiciliare dell'ostetrica di distretto. Per le donne dimesse dopo le 48 ore la visita domiciliare da parte dell'ostetrica avverrà solo su specifica richiesta della donna stessa.

OBIETTIVI SPECIFICI. La visita domiciliare è mirata a:

- * Controllare lo stato di salute della madre attraverso l'osservazione dei fenomeni generali.
- * Controllare lo stato di salute del bambino attraverso l'osservazione dei fenomeni generali.
- * Aumentare la conoscenza della donna relativamente all'allattamento al seno e favorirne la sua promozione
- * Aumentare le competenze della madre relativamente alle cure del neonato.
- * Esecuzione del Test di Gutrie
- * Favorire la messa in campo delle risorse individuali e di coppia nella relazione madre-bambino

PROTOCOLLO. Il protocollo prevede una prima visita entro la prima giornata di dimissione, una seconda visita entro le 48 ore, quindi in seconda giornata dalla dimissione. Successivamente la donna e il bambino verranno controllati secondo necessità dalle strutture competenti. Da valutare invece la necessità e i tempi di una eventuale visita pediatrica (tale valutazione verrà fatta con i pediatri della struttura ospedaliera).

PROGRAMMA OPERATIVO. L'attivazione del programma prevede:

1. che l'ostetrica del territorio sia messa in condizione di eseguire tempestivamente la prima visita domiciliare alla donna e al bambino.
2. che il progetto sia a conoscenza e sia condiviso da tutti gli operatori che vi prenderanno parte, siano essi territoriali o ospedalieri.

Per realizzare ciò è necessario che:

Ipotesi A): venga individuata una ostetrica responsabile che comunichi quotidianamente con i reparti ospedalieri di ostetricia in orari prefissati.

Ipotesi B): venga individuato un operatore sanitario che, lavorando per un monte ore prefissato all'interno della struttura ospedaliera, sia in grado di informare l'ostetrica di distretto in tempi utili per eseguire la visita domiciliare. A tale proposito è indispensabile che l'ostetrica di distretto sia quotidianamente reperibile in orario prestabilito.

Le ostetriche garantiranno il servizio nel normale orario di lavoro dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 19 il sabato dalle 8 alle 13.

Dalle ore 13 alle ore 19 del sabato e dalle ore 8 alle ore 20 del festivo verrà attivata la reperibilità con il riconoscimento dello straordinario festivo in caso di chiamata. Nel caso in cui l'ostetrica durante la visita domiciliare evidenziasse quadri sospetti o dichiaratamente patologici a carico della donna e/o del bambino contatterà il medico di guardia della struttura ospedaliera ove è avvenuto il parto per l'eventuale invio.

FORMAZIONE. E' previsto che le ostetriche che daranno la disponibilità a cooperare con tale progetto siano messe nelle condizioni di frequentare i reparti ospedalieri di ostetricia, al fine di favorire l'integrazione fra operatori ospedalieri e territoriali omogeneizzando quindi il più possibile gli interventi.

PREVISIONI. Presupponendo una risposta attorno al 20% la richiesta dovrebbe aggirarsi attorno alle 400 puerpere che dovrebbero richiedere, prevedendo 1.5 visite a puerpera, circa 600 visite annue. A queste si aggiungerebbero quelle richieste da parte delle singole donne, richieste che oggi è difficile quantificare. Questo dato sarà uno dei primi elementi sui quali riflettere dopo il primo anno di esperienza. Tali valori in termini quantitativi non si discostano di molto dall'attività complessivamente erogata nel 1995, con il grosso vantaggio di investire sostanzialmente lo stesso sforzo in una logica di progetto e con la possibilità di verificarne i risultati.

VERIFICA DI PROCESSO. A. Sarà valutato il grado di soddisfazione dell'utenza mediante relativi indicatori. A questo proposito è allo studio un questionario apposito.

B. Valutazione del numero di eventuali ricoveri per la donna e/o il bambino per l'insorgenza di patologie imputabili al progetto.

VERIFICA DI RISULTATO.

A. Aumento a distanza della richiesta da parte delle donne.

B. Valutazione di una riduzione nel numero di giornate di degenza.

CONCLUSIONI. La scelta di fondo che il progetto individua è la tutela della scelta riproduttiva.

L'abbreviazione dei tempi di degenza, congiunta ad una sobria ma efficace assistenza domiciliare può recare vantaggi sia nei termini di un opportuno "sostegno" alla madre e al nuovo nucleo familiare sia perché favorisce la possibilità di una fattiva collaborazione-integrazione tra le strutture di diagnosi e cura e le strutture sociosanitarie collocate al di fuori dell'ospedale.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Chalmer I et al eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 1990.
- 2) Enkin MW, Keirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson JP. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Publish through Cochrane updates on disk. Oxford: Update Software, Spring 1993.
- 3) Wagner MG. *Birth and power*. In: Phaff JML ed. *Perinatal health services in Europe*. London: Cromm Helm; 1986.
- 4) WHO. *Appropriate technology for birth*. *Lancet* 1985; ii: 436-437
- 5) Balaskas J. *Manuale del parto attivo*. Como: Red; 1985.
- 6) Balaskas J., Gordon V. *Avremo un bambino*. Como: Red; 1989.
- 7) Terzian E, Regalia A. *Nè arte nè scienza: stereotipi ed ambiguità dei modelli di assistenza ostetrica*. In: Sbisà M ed. *Come sapere il parto*. Torino: Rosenberg & Sellier, 1992. p.81-116.
- 8) Braibanti L., Braibanti P. *Nascere meglio*. Roma: Editori Riuniti; 1981.
- 9) Castrogiovanni P, Andreani MF, Maremmanni I, Corradi I, Vaccaro A, Gosso S, Grassini P, Brunori-De Luca I. *Il maternity Blues: considerazioni sul suo significato e sulla sua collocazione fra sindrome psicopatologica e reazione emozionale*. *Medicina Psicosomatica* 1985; 30:225-242.
- 10) AA.VV. *Parto e maternità, momenti della autobiografia femminile*. *Quaderni storici* 1980; 44 (Agosto).
- 11) AA. VV. *Le culture del parto*. Milano: Feltrinelli; 1985.
- 12) Colombo G, Pizzini F, Regalia A. *Mettere al mondo. La produzione sociale del parto*. Milano: Franco Angeli; 1984.
- 13) Kitzinger S. *La gioia della nascita*. Milano: Bompiani; 1981.
- 14) Kitzinger S. *Bambino. L'attesa e la nascita*. Milano: Mondadori; 1982.
- 15) Leboyer F. *Nascita senza violenza*. Milano: Bompiani; 1975.
- 16) Odent M. *Ecologia della nascita*. Como: Red; 1988.
- 17) Pizzini F. *Verso una sociologia del parto e della nascita*. *Rassegna italiana di sociologia* 1982; XXII, 4: 627-634.
- 18) *Coordinamento regionale del Lazio per una nuova coscienza del parto e della nascita (a cura di). Il puerperio. Consigli utili*. Roma; 1996.
- 19) *Comune di Roma e Coordinamento regionale Lazio per una nuova coscienza del parto e della nascita (a cura di). Progetto pilota di assistenza domiciliare al puerperio. Relazione finale*. Roma; 1995.
- 20) Cutti L (a cura di). *Gravidanza ed istituzioni realtà in cambiamento. Atti del convegno*. Bologna; 1985.
- 21) Cutti L (a cura di). *Metodi di preparazione alla nascita. Un confronto di esperienze*. Milano: Franco Angeli; 1991.



Associazione ANDRIA - Coordinamento per la Promozione di una Assistenza Appropriata in Ginecologia e Ostetricia
con sede c/o Dr.G.Gori, Clinica Ostetrico - Ginecologica dell'Universita" di Bologna,
Via Massarenti 13, 40138 Bologna
C.F. 92048670373

Finito di stampare nel mese di novembre 1996