

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale

Corso di laurea in Cure infermieristiche

Tesi di Bachelor
(Bachelor Thesis)
Chiara Cremaschi

Assistenza infermieristica post parto in ragazze madri

Direttore di tesi
Giorgio Tarabra

Anno accademico 2015 – 2016

Manno, 2 Agosto 2016

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale

Corso di laurea in Cure infermieristiche

Tesi di Bachelor
(Bachelor Thesis)
Chiara Cremaschi

Assistenza infermieristica post parto in ragazze madri

Direttore di tesi
Giorgio Tarabra

“ L'autrice è l'unica responsabile dei contenuti del Lavoro di Tesi ”

Anno accademico 2015 – 2016

Manno, 2 Agosto 2016

ABSTRACT

Background: L'impatto sociale del fenomeno quale maternità in adolescenza può essere diverso tra paesi in via di sviluppo e paesi economicamente sviluppati. Tra i 14 e i 15 milioni di ragazze adolescenti di età compresa tra i 15 e i 19 anni danno alla luce ogni anno più del 10% dei nati a livello mondiale. Accanto a queste nascite vanno anche considerati, sempre a livello mondiale, oltre 5 milioni di aborti volontari. Nei paesi sviluppati invece, il fenomeno riguarda soprattutto ragazze non ancora coniugate ed è in genere percepito più come un indicatore sociale o socio-sanitario "negativo" (WHO, 2004). Trattando il tema della maternità in adolescenza, in questo lavoro di Tesi si considera il periodo di vita compreso tra i 13 e i 19 anni.

Scopo: In ogni ambito sociale o geografico, l'evento nascita nelle adolescenti si accompagna a situazioni di rischio, connesse in modo rilevante da un lato all'impossibilità/incapacità della giovane madre di accedere ai servizi materno-infantili e dall'altra all'effettiva capacità dei sistemi sociali e sanitari di farsi carico dell'insieme delle problematiche che questo fenomeno può comportare (WHO, 2004). Lo scopo del lavoro è comprendere l'assistenza infermieristica nel periodo del puerperio in pazienti quali neomamme adolescenti, passando da una concezione patogenica a una salutogenica nell'assistenza, ovvero all'assunzione del ruolo infermieristico quale "promotore della salute".

Metodologia: Il lavoro di Tesi è stato svolto tramite una ricerca qualitativa; il presente lavoro utilizza l'approccio fenomenologico, ovvero una ricerca qualitativa che si prefigge l'obiettivo di studiare delle esperienze soggettive di altre persone sul campo. In tal caso è stato scelto l'utilizzo di interviste semi-strutturate, ma solamente dopo un approfondimento mirato e completo sulla tematica tramite una ricerca in letteratura.

Per la ricerca sul territorio sono state interpellate ed in seguito intervistate cinque persone, tra cui quattro infermiere materno-pediatriche di differenti consultori e una levatrice indipendente. Tutte e cinque hanno lavorato e lavorano sul territorio cantonale.

Risultati: Prendendo in considerazione i rischi che la gravidanza in giovane età comporta, è stata segnalata una maggiore frequenza di complicanze ostetriche, parto prematuro, basso peso alla nascita e maggiori possibilità di depressione postpartum. La diade madre-bambino è maggiormente esposta a difficoltà e fallimenti relazionali.

Dalla ricerca evince che in questo momento di cura l'infermiere può agire su due fronti principali: i fattori di rischio e la promozione della salute.

Conclusioni Il tema della gravidanza in adolescenza è un tema complesso. Ed è ancora più complesso per l'adolescente porsi come madre, sia a livello fisico che psicologico, rispetto ai tempi fisiologici, seppur variabile, di una gravidanza. Per rispondere a tali problematiche, è necessario il coinvolgimento di più figure professionali e di più risorse territoriali. Il percorso della maternità adolescenziale ha quindi bisogno di un approccio multidisciplinare. Gli obiettivi dell'assistenza in puerperio sono quelli di andare a curare e controllare i bisogni della sfera fisica della puerpera e del neonato ma anche i bisogni della sfera psico-emotiva e sociale della donna. Gli interventi da parte di un team multidisciplinare dovranno avere come obiettivo quello di aumentare la responsabilità della madre verso il bambino favorire la creazione del legame di attaccamento sicuro. Dovranno inoltre favorire il processo di costruzione della propria identità adulta.

SOMMARIO

1. Introduzione

- 1.1 Motivazione
- 1.2 Domanda di ricerca
- 1.3 Scopo
- 1.4 Obiettivi
- 1.5 La mia esperienza in Centro America

2. Metodologia di ricerca

- 2.1 La ricerca qualitativa

3. Fenomeno locale, globale e culturale

- 3.1 Epidemiologia: tra problema e normalità
- 3.2 Adolescenza in termini culturali
- 3.3 I bisogni specifici in adolescenza
- 3.4 Identità femminile: maternità, gravidanza e genitorialità
- 3.5 Sessualità in adolescenza
- 3.6 Gravidanza in adolescenza
- 3.7 Il percorso di maternità in adolescenza

4. Il rischio di gravidanza e la gravidanza come rischio

- 4.1 Adolescenza e cultura del rischio
- 4.2 Rischio di gravidanza
- 4.3 Rischi dopo la gravidanza
- 4.4 Vulnerabilità alla psicopatologia
- 4.5 La famiglia e il gruppo dei pari

5. Il puerperio

- 5.1 Assistenza nel puerperio fisiologico
- 5.2 Gli accertamenti nell'adolescente
- 5.3 L'infermiere come promotore della salute: da patogenesi a salutogenesi

5.4 Interventi con madri adolescenti

5.5 La diade mamma-bebé e levatrice-infermiera

6. Discussione

6.1 Indagine sul territorio

6.2 Criticità

6.3 Differenze tra mamma adolescente e mamma adulta

6.4 Cosa si è fatto

6.5 Le nozioni conosciute in relazione all'argomento

6.6 Quali le competenze

6.7 Quali le considerazioni culturali

6.8 Quali i fattori di rischio

6.9 Il processo di attaccamento mamma adolescente e bébé

6.10 La diade levatrice e infermiera: i ruoli

6.11 Quali le risorse da far emergere

7. Conclusioni

8. Ringraziamenti

9. Bibliografia

9.1 Articoli scientifici

9.2 Libri di testo

9.3 Sitografia

9.4 Letteratura grigia

10. Allegati

10.1 Consenso informato

10.2 Interviste

1. Introduzione

La parte iniziale dell'elaborato si focalizza sulla motivazione, gli obiettivi e la descrizione del metodo scelto per la realizzazione di questo lavoro di Tesi.

Essendo la domanda di ricerca centrata sul campione adolescenziale femminile, l'inizio del quadro teorico riporta la descrizione di questa fase della vita, concentrandosi su i concetti identitari, sui bisogni e sulle problematiche, con una stretta correlazione con la costruzione dell'identità femminile e la sessualità, legate, a loro volta, al tema della genitorialità e maternità. Questo capitolo vuole quindi introdurre il tema della gravidanza in adolescenza. Essenziale è lo sguardo epidemiologico del problema, facendo riferimento alla maternità in adolescenza in termini mondiali, partendo da una ricerca sull'adolescenza vista con punti di vista differenti in base alle diverse culture.

Seguendo invece la stretta correlazione tra adolescenza e cultura del rischio, la decisione è stata quella di approfondire il tema del rischio di gravidanza in adolescenza ma soprattutto la gravidanza come rischio e quindi i maggiori rischi che la giovane madre e il neonato ricorrono successivamente al parto, sia in termini fisici, sia in termini psico-affettivi.

Questo lavoro descrive inoltre quella che in termini scientifici è l'assistenza nel puerperio e soprattutto il ruolo svolto dalla figura infermieristica quale promotore di salute, facendo quindi riferimento alla teoria salutogenica e ad un cambio di paradigma in questo preciso momento di cura.

La parte finale del quadro teorico definisce il concetto di cura erogata alla diade mamma-bebé, con la stretta correlazione della diade levatrice-infermiera.

Il lavoro è nato con l'obiettivo di voler comprendere come il personale curante possa anticipare eventuali e possibili problematiche che sorgono, in questo momento difficile, prendendo in considerazione in particolare i fattori di rischio e un approccio salutogenico.

Trattando il tema dell'adolescenza, in questo lavoro di Tesi si considera il periodo di vita compreso tra i 13 e i 19 anni: l'adolescenza è quella fase del ciclo della vita umana in cui si verifica la transizione dallo stato di bambino a quello adulto. Come tale, essa copre un periodo piuttosto lungo, mutevole da individuo a individuo e da cultura a cultura (Canfalonieri, 2002).

Come verrà in seguito descritto, l'adolescente deve affrontare una confusione e una sperimentazione di identità. Identità e sperimentazione sono quindi i due processi cruciali per la costruzione dell'identità in questa fase di vita (Canfalonieri, 2002).

1.1 Motivazione

Le motivazioni professionali legate al tema oggetto di studio sono nate da un particolare interesse personale per l'ambito materno-pediatrico, interesse nato sin dall'inizio del mio percorso formativo in Cure Infermieristiche e per la curiosità che questa materia ha creato in me e da una certezza a voler sviluppare la mia tesi su un tema di questo specifico ramo della sanità, soprattutto pensando al mio futuro professionale quale infermiera in questo campo.

Sviluppando riflessioni su fattori sia professionali che personali, è nata la curiosità di comprendere io, giovane infermiera, con un bagaglio esperienziale ancora quasi tutto da costruire, ma allo stesso tempo con un bagaglio esperienziale in un contesto di cooperazione internazionale in un servizio materno-neonatale, con frequenti fenomeni di madri adolescenti: capire le necessità mancanti, se sono pronta e cosa necessito invece in questo contesto.

Trattandosi di un tema in continua evoluzione e avendo delle considerazioni culturali e sociali differenti sul globo, ecco che una forte spinta motivazionale nasce dal comprenderne il differente valore e significato e come rendere possibile un accesso alle informazioni paritarie anche alle nostre latitudini, in vista anche qui, delle molteplici culture e la loro evoluzione.

1.2 Domanda di ricerca

Come anticipare le eventuali problematiche in un momento di cura complesso che una maternità in adolescenza comporta, integrando una visione infermieristica salutogenica e un approccio mirato sui fattori di rischio.

1.3 Scopo

Comprendere il ruolo che l'infermiera occupa nella presa a carico multidisciplinare di ragazze madri nella fase del post parto sul territorio, considerando la scarsa frequenza del fenomeno, come pure la sua multiculturalità.

Comprenderne ruolo, competenze e bisogni anche dal punto di vista di un'altra figura professionale, quella della levatrice.

1.4 Obiettivi

Il lavoro di ricerca si fonda sui seguenti obiettivi:

- Identificare le caratteristiche del ruolo infermieristico nel post parto con pazienti neo mamme adolescenti.
- Riconoscere le implicazioni di un approccio salutogenico relativo ad una presa a carico di ragazze madri adolescenti.
- Comprendere come anticipare le eventuali problematiche grazie ad un approccio interdisciplinare, con particolare riferimento ai molteplici fattori di rischio.

1.5 La mia esperienza in Centro America

Tra settembre e dicembre 2015 ho svolto uno stage nel settore della cooperazione internazionale presso l'ospedale Bertha Calderon Roque a Managua, la capitale del Nicaragua. Ospedale nazionale definito "della donna" in quanto offre esclusivamente servizi di maternità, con quattro sale parto e un reparto di terapia intensiva neonatale.

Essendo l'unico centro specializzato in tutto il paese, ho avuto modo di interagire con persone differenti provenienti da diverse zone tra cui quelle più rurali. Vi era però un filo comune che legava le donne provenienti da grandi città e le donne provenienti dalla campagna e da zone più periferiche del paese: l'età giovanissima del primo figlio.

Oltre ad un fattore numerico e percentuale superiore rispetto alle nostre latitudini, era evidente la normalità ma soprattutto la quotidianità del fenomeno. Difficile definirlo fenomeno, in quanto piuttosto di fenomeno si poteva definire una donna primipara tra i 25 e 30 anni.

Durante questi tre mesi la maggior parte delle pazienti con cui ho lavorato aveva dai 15 ai 20 anni. Tuttavia vi erano, settimanalmente, alcuni ma non isolati, casi di ragazze di età compresa fra i 12 e 15 anni.

Cercando di capire e indagare qual'era la concezione di adolescenza e maternità nei reparti, sia fra curanti sia fra le pazienti, ho constatato che questo concetto presenta svariate sfumature, ma che in realtà nemmeno fra il popolo nicaraguense lo si considera un avvenimento "normale". Anche in questo contesto vi è il concetto di "evento fuori fase". Ma, il grande problema persistente rimane uno solo: i molteplici e maggiori fattori di rischio. Tra questi figurano l'estrema povertà, tasso di scolarizzazione basso, la violenza e gli abusi, senza dimenticare la scarsa conoscenza della contraccezione o la non possibilità di potersela permettere.

Questi erano i primi concetti rilevati quali rischi di una gravidanza in età adolescenziale. Importante quindi ribadire che anche in questo paese dell'America Latina, questo "fenomeno" non è da considerare "normale", ma piuttosto molto più presente che nei paesi sviluppati per via di una forte presenza di tutti i fattori di rischio di una gravidanza in giovane età.

2. Metodologia di ricerca

2.1 La ricerca qualitativa

Data l'area di interesse del tema e considerata la scelta di focalizzare la mia ricerca sul territorio del Canton Ticino, il mio lavoro di Tesi è stato svolto tramite una ricerca qualitativa. La metodologia di ricerca è stata scelta a seguito di un approfondimento del tema attraverso la letteratura e dopo aver constatato la presenza sul territorio di servizi extra ospedalieri materno-pediatrici che hanno collaborato o collaborano con la casistica oggetto di studio.

La ricerca qualitativa, si caratterizza per una forte attenzione sull'aspetto dell'unicità dell'esperienza (Cardano, 2011). Si tratta di un campo d'indagine vasto; il suo scopo consiste principalmente nella raccolta di dati non strutturati, come osservazioni, interviste e sondaggi. Grazie a questo genere di informazioni si possono individuare significati profondi legati all'oggetto di studio e altre prospettive. Questo tipo di ricerca ha solitamente l'obiettivo di svelare i motivi alla base di comportamenti, atteggiamenti e motivazioni. Gli obiettivi della ricerca qualitativa sono quindi quelli di approfondire un fenomeno cercando di cogliere la complessità del fenomeno stesso (Cipriani, 2008). Tale approccio può essere utilizzato in molteplici discipline tra cui figurano le scienze sociali e il settore sanitario (Cardano, 2011).

Come per altre ricerche, anche quella qualitativa presenta varie fasi da seguire e la prima è quella di avere una domanda di ricerca. Il secondo passo è quello di andare a fare una revisione della letteratura esistente.

Il passo seguente prevede la valutazione relativa al campione ideale a cui sottoporre l'intervista. Contrariamente ai metodi di ricerca quantitativa, gli approcci qualitativi non si fondano su grandi campioni. Il materiale di osservazione raccolto è in genere ampio, ricco e diversificato e può coinvolgere diversi soggetti. Importante è la scelta relativa al tipo di approccio qualitativo da adottare. Il presente lavoro utilizza l'approccio fenomenologico, ovvero una ricerca qualitativa che si prefigge l'obiettivo di studiare delle esperienze soggettive di altre persone. Tale approccio consiste nel condurre una ricerca attraverso gli occhi di terze persone, scoprendo come esse interpretano le loro esperienze. Al termine della fase di raccolta di tutti i dati, gli stessi vengono analizzati e solo in seguito viene redatto il testo definitivo della ricerca (Corbetta, 2003).

La fenomenologia si occupa di una descrizione analitica e scientifica dei fenomeni. Per analitica intendiamo una ricerca con metodo, con esposizione dei dati, mentre per il

concetto di fenomeni parliamo dell'insieme di quest'ultimi che caratterizzano un processo e la loro conseguente osservazione e descrizione (Silverman, 2004).

Una delle fasi più importanti di un lavoro qualitativo è l'intervista. Essa consiste nella raccolta di informazioni, permettendo di accedere alle percezioni e alle opinioni di altri individui. Nella ricerca qualitativa l'intervista è importante perché è in grado di offrire una descrizione approfondita e può fornire dati utili per formulare delle ipotesi (De Lillo, 2010).

L'intervista qualitativa presenta due approcci; il primo è dato dalle interviste semi-strutturate costituite solitamente da domande aperte di diverso tipo, dove l'intervistatore è libero di approfondire quesiti che si sviluppano nel corso dell'intervista e che ritiene importanti ai fini della comprensione del vissuto del soggetto intervistato; il secondo è invece quella delle interviste non strutturate, ovvero interviste prive di struttura iniziale. Sono molto simili a conversazioni, naturalmente sempre guidate dagli interessi del ricercatore. In entrambi i casi, fondamentale per il ricercatore è non influenzare i contenuti, neppure con la comunicazione non verbale. L'ascolto deve essere sempre attivo, tralasciando le proprie opinioni e i propri giudizi (De Lillo, 2010).

Nella preparazione dell'intervista semi-strutturata è necessario costruire delle domande principali, che sono quelle che costituiscono lo scheletro dell'intervista e che assicurano la copertura delle aree tematiche indispensabili per rispondere agli interrogativi della propria ricerca (De Lillo, 2010).

L'analisi è il passo seguente: è in questa fase che le interviste vengono trascritte, con successivo riordino e sintesi del materiale. Solo in seguito si potrà effettuare un'analisi esplicativa dei dati e della ricerca svolta, andando a stabilire le associazioni tra l'apporto teorico e concettuale iniziale e i dati raccolti (Cardano, 2011).

Per la traccia delle interviste e per la loro preparazione, la scelta personale è stata quella di comporre una mappa tematica, ovvero una mappa con tutte le macro-aree essenziali per l'indagine. Il lavoro è proseguito con la stesura degli interrogativi specifici e delle domande semi-strutturate, pensate per il campione di persone da intervistare.

Le interviste sono state registrate con un apparecchio digitale grazie al consenso ottenuto dalle persone intervistate.

Successivamente le interviste sono state trascritte, il materiale empirico riordinato e sintetizzato. In seguito vi è stata l'analisi descrittiva, ovvero l'identificazione di dimensioni teoriche sottostanti al materiale empirico.

Le caratteristiche di questo metodo di ricerca mi hanno spinto ad adottarlo in quanto ho reputato fosse la scelta più mirata e che rispondesse in maniera ottimale alle esigenze del mio studio. Si è trattato infatti di somministrare poche interviste, ma molto approfondite e con spazio alla persona intervistata.

Lo strumento privilegiato è stato l'uso di interviste semi-strutturate, sottoposto a quattro infermiere materno-pediatrie e ad una levatrice che lavorano sul territorio del Canton Ticino. Le interviste sono costituite da domande personalmente sviluppate analizzando precedentemente le caratteristiche della fase della vita delle puerpere adolescenti e il ruolo infermieristico durante il periodo del puerperio. L'obiettivo è stato quello di indagare e fare emergere l'esperienza lavorativa di questo personale curante e compararla con la letteratura.

Il campione di studio a cui sono state sottoposte le domande è stato intervistato nel rispetto dell'anonimato.

In questo lavoro di tesi sono inclusi riferimenti relativi alla letteratura ricercata, un supporto valido per lo studio del fenomeno. Tutto ciò è avvenuto tramite l'uso di banche dati quali Medline, PubMed, Wile, oltre a libri di testo, la siti internet e il materiale accademico.

Il progetto per lo sviluppo di questa ricerca è avvenuto secondo le tappe seguenti, sempre nel rispetto delle scadenze prestabilite dal DEASS:

❖ Luglio 2015 – 16 Agosto 2015:

- ricerca, lettura e studio di materiale inerente al tema da trattare nel Lavoro di Tesi (letteratura scientifica, libri di testo, epidemiologia, materiale accademico...)
- Stesura della scheda di progetto

❖ 16 Agosto 2015 – Dicembre 2015:

- ricerca e contatto con il Direttore di Tesi
- eventuali modifiche della scheda di progetto
- consegna della scheda di progetto al Direttore di Tesi

❖ Gennaio 2016:

- ricerca, lettura e studio di ulteriore materiale per la stesura della tesi
- preparazione di una scaletta del Lavoro di tesi e ideazione dell'ordine dei capitoli

❖ Febbraio 2016 – Marzo 2016:

- sottoporre le interviste al Direttore di Tesi per un feed back
- Revisione della scaletta del Lavoro di Tesi
- Stesura e modifica del quadro teorico

❖ Febbraio – Giugno 2016:

- persistente sviluppo e stesura del Lavoro di Tesi
- Somministrazione delle interviste
- analisi dettagliata dei dati raccolti con le interviste
- analisi dettagliata delle evidenze scientifiche sul tema
- Discussioni e conclusioni

❖ Luglio 2016:

- revisione del Lavoro di Tesi

❖ 2 Agosto 2016:

- consegna lavoro di Tesi.

3. Fenomeno locale, globale e culturale

3.1 Epidemiologia: tra problema e normalità

Tra i 14 e i 15 milioni di ragazze adolescenti di età compresa tra i 15 e i 19 anni danno alla luce ogni anno più del 10% dei nati a livello mondiale. Accanto a queste nascite vanno anche considerati, sempre a livello mondiale, oltre 5 milioni di aborti volontari di cui una quota non piccola risulta essere assistita, specie nei paesi in via di sviluppo, in modo non sicuro, con i conseguenti riflessi negativi sulla morbosità e la mortalità (WHO, 2004).

Nonostante si registri un *trend* temporale declinante, soprattutto nei paesi industrializzati, anche come effetto collaterale dell'aumento dell'istruzione e dell'urbanizzazione e parzialmente delle politiche pubbliche di contrasto, il fenomeno delle gravidanze precoci resta di tutto rilievo (WHO, 2004).

La frequenza maggiore si registra nei paesi in via di sviluppo dove il tasso di fertilità (numero di parti/1.000 donne) in età 15-19 anni varia mediamente da 115/1.000 dell'Africa, a 75/1.000 dell'America Latina e a 39/1.000 dell'Asia. Il fenomeno non esclude peraltro i paesi economicamente sviluppati, se si tiene conto ad esempio che il tasso di fertilità in età 15-19 anni negli Stati Uniti risulta pari, sulla base dei dati più aggiornati, a 58/1.000 e quello della Gran Bretagna a 28/1.000, a fronte di una media UE di 25/1.000 (WHO, 2004). I valori più elevati in Europa, al di fuori del contesto UE, si riscontrano nei paesi dell'Est, anche come effetto degli ostacoli alla politica di pianificazione familiare in senso lato e non solo in riferimento all'età adolescenziale (WHO, 2004).

La maggior parte di queste gravidanze, sia nei paesi in via di sviluppo sia nei paesi economicamente sviluppati, non risulta desiderata o pianificata. Negli stessi Stati Uniti, fino all'85% delle gravidanze in età adolescenziale non sarebbero pianificate o volute. Inoltre una quota importante, pur differente nei vari paesi, va attribuita ad abusi o a costrizioni da parte di pari età o di soggetti più adulti. Il sesso forzato è stato riferito dal 40,9% delle partecipanti ad uno studio longitudinale effettuato negli Stati Uniti e nella maggior parte dei casi la ragione che portava le giovani donne ad accettare la situazione era la paura che il partner potesse arrabbiarsi (WHO, 2004).

L'impatto sociale di questo fenomeno può essere diverso tra paesi in via di sviluppo e paesi economicamente sviluppati. Nella maggior parte dei primi l'età al matrimonio è diffusamente molto precoce, quindi l'evento nascita in età 15-19 anni, riguarda una quota rilevante di donne, spesso già coniugate, rappresentando così una situazione che si cala

nelle tradizioni storico-culturali dei paesi. Per esempio, più della metà delle donne in Africa sub-sahariana e circa 1/3 in America Latina, partoriscono prima dei 20 anni. Nei paesi sviluppati invece, il fenomeno riguarda soprattutto ragazze/donne non ancora coniugate ed è in genere percepito più come un indicatore sociale o socio-sanitario “negativo” che come un evento naturale, tale quindi da richiedere l’adozione di specifici programmi finalizzati ad un suo controllo (WHO, 2004). Al di fuori del contesto specifico dei paesi in via di sviluppo dove le consuetudini, il ruolo spesso subalterno della donna, le condizioni di povertà e le difficoltà di accesso all’istruzione ed ai servizi sanitari giocano un ruolo rilevante, nei Paesi occidentali, la gravidanza in età così precoce può essere la conseguenza di situazioni molto diverse tra loro. Alcune volte può essere il frutto di una disinformazione sui metodi contraccettivi, altre volte può essere conseguenza di uno stupro, altre volte ancora può essere una volontà inconscia dell’adolescente di avere quella “vera” famiglia che non ha mai avuto, dalla quale ricevere amore e attenzioni e cerca in tal modo di colmare questo "vuoto affettivo" attraverso un figlio (Inamura et al., 2007).

In ogni ambito sociale o geografico, l’evento nascita nelle adolescenti si accompagna comunque a situazioni di rischio, connesse in modo rilevante da un lato all’impossibilità/incapacità della giovane madre di accedere ai servizi materno-infantili e dall’altra all’effettiva capacità dei sistemi sociali e sanitari di farsi carico dell’insieme delle problematiche che questo fenomeno può comportare (WHO, 2004).

Le madri adolescenti tra i 15 e i 19 anni, sul piano internazionale, hanno un probabilità più elevata rispetto alle madri adulte di:

- sperimentare malattie o complicanze nel corso della gravidanza, con maggiore incidenza nei paesi in via di sviluppo. Queste possono essere di natura “medica” (anemia da carenza marziale o da malaria, ipertensione arteriosa, parassitosi, deficienze nutritive), oppure “ostetrica” (complicanze al momento del parto, tipo travaglio prolungato con necessità di ricorrere ad un cesareo non programmato, maggior rischio di fistole ostetriche, ecc);
- maggior rischio di mortalità materna, specie nei paesi in via di sviluppo: la mortalità materna connessa alle madri di età 10-14 anni è cinque volte superiore a quella manifestata dalle donne di età di 20 anni e oltre e nelle madri di 15-19 anni di età due volte quella manifestata dalle donne di età di 20 anni e oltre;

- avere con maggior frequenza rispetto alle madri adulte neonati pretermine e/o di basso peso e con indici più elevati di morbosità/mortalità perinatale ed infantile (Inamura et al., 2007).

3.2 Adolescenza in termini culturali

Margareth Mead (1926), effettuò uno studio sulle popolazioni dell'isola di Samoa e si rese conto di quanto l'adolescenza fosse vissuta in maniera differente presso questa cultura, sostenendo che la stessa è un fenomeno di tipo socio-culturale e quindi i suoi termini temporali e la sua durata vengono stabiliti dalla società. In effetti appare troppo limitativo attenersi esclusivamente agli aspetti biologici o esclusivamente a quelli culturali (Palmonari, 2012). Sostenne inoltre che le difficoltà personali incontrate dalle adolescenti occidentali, americane in particolare, non sono universali ma contingenti e generate prevalentemente dalla società. Le adolescenti samoane, al contrario, verrebbero lasciate libere di giungere alla maturità fisica, identitaria, sessuale, sociale, senza condizionamenti eccessivi e non soffrirebbero delle crisi e delle difficoltà incontrate dalle occidentali (Palmonari, 2012).

Altri studi antropologici che seguirono quelli della Mead contribuirono a dare credito alla tesi dell'interdipendenza fra contenuti, forme e durata dell'adolescenza e il contesto socio-culturale entro cui si situa. Gli studi etnologici mettevano in risalto le grandi variazioni che esistevano nello sviluppo umano in culture diversificate, al punto che in alcune società non esisteva l'adolescenza. Con la descrizione di adolescenze tranquille, essi contraddicevano anche le teorie diffuse della crisi adolescenziale derivante dalla pubertà fisiologica. Un'esperienza relativamente semplice e gratificante o profondamente difficile e problematica proprio a seconda della biografia dell'adolescente, del suo modo di costruire gli eventi e del contesto (Palmonari, 2012).

Non esiste peraltro l'adolescente "tipo" in quanto la natura e l'esperienza dell'adolescenza variano molto in base al sesso, allo stato coniugale, alla classe sociale, alla residenza, al contesto culturale e socio-economico.

3.3 I bisogni specifici in adolescenza

L'adolescente si caratterizza per un dibattito aperto fra i bisogni di sicurezza legati all'ambiente familiare e i desideri di un distacco dalle relazioni familiari e di

sperimentazione in autonomia. Nell'adolescenza infatti si verificano dei cambiamenti nella gerarchia delle figure di attaccamento rispetto alle quali vengono attivate separazioni sempre più lunghe e frequenti, pur con periodiche riattivazioni dell'attaccamento ai genitori. L'adolescente è quindi perennemente alla ricerca di nuove figure di attaccamento (Simonelli et al., 2011).

In relazione ai compiti vitali, di socializzazione e di bisogni, di seguito viene riportato un ordine crescente:

- 1) acquisizione di autonomia e indipendenza emotiva dai genitori e altri adulti;
 - 2) acquisizione di un ruolo sociale femminile o maschile;
 - 3) acquisizione di un comportamento socialmente responsabile;
 - 4) preparazione al ruolo professionale futuro, indipendenza economica
- (Simonelli et al., 2011).

3.4 Identità femminile: maternità, gravidanza e genitorialità

Il desiderio di avere un figlio è un desiderio complesso che fa parte, fin dalle prime fasi di sviluppo, del mondo fantastico della bambina. Il desiderio di maternità farebbe dunque parte della storia di ogni donna fin dall'infanzia, desiderio che però si modifica nel corso del tempo rispondendo a motivazioni interne e anche a condizioni socio-culturali esterne (Stern, 2000).

Gravidanza e maternità rappresentano indubbiamente una tappa fondamentale per la costruzione dell'identità femminile: è come se fosse l'opportunità di un completamento del processo di separazione nei confronti della propria madre (Speranza, 2006).

Il desiderio di gravidanza in adolescenza esprime il bisogno narcisistico di provare che il proprio corpo funzioni come quello della propria madre. In questi casi la gravidanza è un processo di costruzione della propria identità femminile perché la ragazza adolescente può sperimentarla come prova e risultato de facto che il proprio corpo sia come quello di una donna e quindi di trovarsi in una nuova condizione, ovvero quella di essere adulta. Si può confermare che sia un desiderio inconscio di liberarsi dalla dipendenza dagli adulti (Ammanati, 2001).

Dal canto suo la gravidanza rappresenta, in qualsiasi momento della vita, un periodo che viene vissuto dalla donna come fase evolutiva. Può essere considerato un processo che porta alla costruzione dell'identità femminile e può comportare una vulnerabilità

psicologica particolare nella donna che si trova ad dover affrontare mutamenti capaci di mettere in forse il suo senso di identità, attraverso nuove difficoltà (Speranza, 2006). Il binomio madre-adolescente rappresenta quindi la duplice condizione di essere madre e, al tempo stesso, adolescente, portando con sé le tipiche problematiche che caratterizzano questa fase evolutiva.

Le dinamiche della gravidanza, unite alla conflittualità tipica della fase adolescenziale, rende ancora più difficile per l'adolescente incinta il raggiungimento di un'identità stabile e di un ruolo definito non più semplicemente di adulta, ma di adulta-madre. L'adolescente va incontro al rischio di una confusione identitaria (Speranza, 2006).

La genitorialità di per sé è un fenomeno molto complesso. Lo diventa ancora di più con l'intrecciarsi delle complessità adolescenziali.

3.5 Sessualità in adolescenza

In generale il fenomeno della maternità adolescenziale è collegato all'inizio precoce dei primi rapporti sessuali in adolescenza. Sebbene l'età media delle persone che decidono di sposarsi e l'età dei primi rapporti sessuali si sta sempre più abbassando. L'adolescente può iniziare l'attività sessuale ben prima della completa maturazione psicofisica e del consolidamento dei rapporti affettivi (Liverani et al., 2015).

La maturità sessuale oggi si acquisisce molto prima della maturità psico-sociale, età in cui gli aspetti cognitivi, emotivi e sociali non sono ancora adeguati per affrontare in modo consapevole i rischi legati alla sessualità (Ammanati, 2001).

3.6 Gravidanza in adolescenza

La gravidanza in adolescenza si colloca, sia per le femmine sia per i maschi, sul confine fra il compito evolutivo adolescenziale dell'acquisizione di un'identità di genere e quello adulto d'assunzione del ruolo genitoriale. Questa esperienza in tale fase di vita viene a collocarsi fra i compiti a rischio, in quanto espressione di difficoltà nella costruzione della propria identità di genere (Schaffer, 2005).

Nelle società occidentali l'esordio alla vita sessuale in adolescenza è vissuto, per entrambi i sessi, come una sorta di libertà personale e identitaria.

Nonostante vi sia sempre di più una maggiore conoscenza e legalizzazione delle pratiche contraccettive, non vi è spesso un'effettiva maturazione psicosessuale che consenta all'adolescente di cogliere tutte le implicazioni coinvolte nell'attività sessuale e nella sua corretta pianificazione contraccettiva. Non necessariamente quindi una gravidanza in adolescenza sarà in relazione alla mancanza d'informazioni sul meccanismo di concepimento (Schaffer, 2005).

L'adolescente alla ricerca di conferme della propria identità avrà la tendenza ad avere una condotta sessuale a rischio, non utilizzando il preservativo o prendendo la pillola in modo discontinuo (Guana, 2006).

Al di là della concezione del rischio, la gravidanza in questo periodo di vita è una sfida che per essere risolta chiede di saper integrare un'identità materna o paterna con la propria identità di genere e che può spingere e far saltare alcuni traguardi verso la conferma della propria autonomia e la realizzazione di sé. Ma spesso tutto ciò determina un blocco del percorso evolutivo, creando un grande muro verso la realizzazione personale (Schaffer, 2005).

3.7 Il percorso di maternità in adolescenza

Una delle sfide tipiche dell'adolescenza è accettare il proprio corpo e usarlo in maniera efficace. Proprio in relazione a tale compito evolutivo, le modificazioni legate alla sfera sessuale porterebbero l'adolescente a comportamenti di precocità e promiscuità nei rapporti, tanto da causare gravidanze indesiderate (Ammaniti, 2001).

Il tema della gravidanza in adolescenza è un tema complesso. Ed è ancora più complesso per l'adolescente porsi come madre, sia a livello fisico che psicologico, rispetto ai tempi fisiologici, seppur variabile, di una gravidanza.

Le molteplici problematiche che ne derivano riguardano sì la giovane donna ma successivamente anche al benessere complessivo del neonato (Frodi, 2000).

Per rispondere a tali problematiche, è necessario il coinvolgimento di più figure professionali e di più risorse territoriali. Il percorso della maternità adolescenziale ha quindi bisogno di un approccio multidisciplinare.

4. Il rischio di gravidanza e la gravidanza come rischio

4.1 Adolescenza e cultura del rischio

“Il comportamento sessuale è il principale responsabile del ricorso a cure specialistiche e di ricoveri ospedalieri dei giovani in tutto il mondo. (...) Le gravidanze indesiderate e le malattie sessualmente trasmesse rappresentano due tra i principali problemi di salute degli adolescenti.” (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1998)

I comportamenti a rischio possono entrare in gioco improvvisamente o, in casi diametralmente opposti, con una lunga preparazione. Questi ultimi possono essere prove o esperimenti studiati a tavolino con lo scopo di fare esperienze formidabili (Nizzoli, 2004). Il periodo adolescenziale rappresenta la prima separazione intrapresa in piena consapevolezza e attraverso il proprio sviluppo personale. A tutto ciò si unisce la comparsa di nuove esigenze, nuovi bisogni di attaccamento, di autonomia e autostima. Appare il bisogno di sentirsi un'entità a sé, separata dagli altri. Parte integrante è anche la sessualità (Schaffer, 2005).

L'adolescenza rappresenta la fase del ciclo di vita in cui il bisogno di rischiare, inteso come assunzione di rischi in termini comportamentali, si esprime con particolare intensità. Esso si emerge tramite numerosi comportamenti di sperimentazione che fanno parte dei normali processi di sviluppo (Nizzoli 2004).

Nell'adolescenza il rischio è la tendenza che ha l'adolescente a cercare di raggiungere o superare il limite personale che la sua mente ha individuato. Tutto ciò è assolutamente fisiologico in questa fase della vita che viene prima di tutto definita evolutiva. Si tratta di un percorso di scoperta nel quale si disegnano nella propria testa i propri limiti per scoprirsi di più come persona. È un miglioramento attraverso la sfida con se stesso. Il ragazzo o la ragazza si confronta con la paura che nasce nell'andare verso l'ignoto, verso il non noto, verso l'inconsapevole. La paura è una componente normale legato a questo genere di esperienza.

È un percorso di ricerca fisiologico: si tratta di andare oltre a quello che già si conosce. Non è corretto dire che i comportamenti a rischio vanno tollerati, ma è piuttosto corretto dire che vanno capiti e compresi. Le condotte a rischio negli adolescenti vanno capite e ascoltate da un adulto che però deve rimanere libero di manifestare la sua autorità. Sarebbe scorretto non ricordare ai giovani e non insegnargli che viviamo in una comunità che si è data dei propri limiti e delle regole (Nizzoli, 2004). Si tratta di condotte che consentono all'adolescente di mettere alla prova le proprie abilità e competenze, di concretizzare i livelli di autonomia e di controllo, di sperimentare nuovi e diversi stili di comportamento. In quest'ottica, si può sostenere che, in generale, l'assunzione di rischio e la sperimentazione durante l'adolescenza possono essere considerati normali in quanto aiutano gli adolescenti a raggiungere un'indipendenza normale, un'identità e una maturità. Tuttavia praticare comportamenti estremamente dannosi per la propria salute e per la salute altrui, come con consumo di droghe o la pratica di rapporti sessuali promiscui o non protetti, non potrà più essere considerato un comportamento normale (Nizzoli, 2004).

Riferendoci al tema della sessualità e dei comportamenti a rischio, si può affermare che all'inizio di questo periodo l'identità infantile è "stravolta" dalla maturazione puberale dove il corpo cambia, divenendo sessuato. Avviene quindi un'elaborazione dovuta all'irruzione della sessualità e alle perturbazioni che porta. La conquista della sessualità adolescenziale con le sue caratteristiche diviene così una tappa fondamentale nella definizione dell'identità. Le esperienze sessuali possono confermare ipotesi e scoprire novità, perturbazioni, bivi, emergenze. Non hanno sicuramente un valore uguale per tutti. In questa fase il corpo rappresenta anche uno strumento per relazionarsi e per scoprire l'altro (Schaffer, 2005).

Un dato che appare interessante e rilevante riguarda le differenze di genere. I ragazzi e le ragazze sembrano dare interpretazioni diverse rispetto ai significati, alle emozioni e alle relazioni in gioco nei comportamenti sessuali. Riferendoci ad esempio al primo rapporto sessuale, i ragazzi tendono a considerarlo come una sorta di esperimento, un'esperienza per comprendere i mutamenti, le funzionalità. Per le ragazze invece è un evento affettivo e relazionale, il potersi fidare ed essere "affidate" a questa nuova coppia (Nizzoli, 2004).

Inoltre, sempre con riferimento al tema delle differenze di genere, le ragazze sembrano più sensibili e consapevoli a proposito dei possibili rischi riguardo le malattie sessualmente trasmissibili, anche per entrambi i sessi, in egual modo, vi è il pensiero che questo rischio

riguardi esclusivamente gruppi particolari come omosessuali, tossicodipendenti o prostitute.

La preoccupazione maggiore negli adolescenti riguarda però al rischio di “maternità indesiderata”. A tal proposito, la presenza di molteplici comportamenti a rischio negli adolescenti moltiplica purtroppo il loro rischio, limitando l’efficacia di interventi preventivi volti alla protezione di malattie sessualmente trasmissibili o di gravidanze indesiderate (Nizzoli, 2004).

4.2 Rischio di gravidanza

La gravidanza in adolescenza spesso non è cercata né voluta, ma anche quando lo è, porta con sé quasi sempre elementi problematici. Uno dei primi fattori di rischio si trova nelle dinamiche psichiche dell’adolescente che si sviluppano all’interno di un contesto familiare e sociale fragile e svantaggiato (Wendland et al., 2011). L’adolescente che si trova ad affrontare l’esperienza di gravidanza parte spesso da una situazione a rischio caratterizzata da conflitti familiari, condizioni economiche svantaggiate e insuccessi scolastici (Wendland et al., 2011).

Durante quest’età si istaura una dinamica di separazione dell’adolescente rispetto alle figure genitoriali, cosa che scatena dinamiche e condotte trasgressive.

La maternità nella giovane, all’interno di questo processo, può assumere il significato di una fuga in avanti, un’individualizzazione precoce rispetto alle proprie figure genitoriali. È infatti tipica l’esigenza di unicità e visibilità che conduce l’adolescente a mettere in atto comportamenti eccentrici di provocazione per anticipare l’età adulta (Lezzi, 2015).

Tra i fattori di rischio di una gravidanza in adolescenza si possono individuare delle condizioni che incrementano ulteriormente il rischio. Tra questi fattori troviamo famiglie poco presenti, il basso livello economico e di scolarità, un’attitudine culturale favorevole alle unioni di giovane età, condotte delinquenti, rapporti precoci con l’altro sesso per colmare vuoti affettivi e concretizzare la possibilità di un concepimento indesiderato (Wendland et al., 2011).

4.3 Rischi dopo la gravidanza

Prendendo in considerazione i rischi che la gravidanza in giovane età comporta, è stata segnalata una maggiore frequenza di complicanze ostetriche, parto prematuro, basso peso alla nascita e maggiori possibilità di depressione postpartum. Inoltre, la diade madre-bambino è maggiormente esposta a difficoltà e fallimenti relazionali (Wendland et al., 2011).

Nei primi giorni e nei primi mesi seguenti la nascita del bambino è quindi di grande importanza l'attenzione al destino della mamma e del bambino: le giovani mamme affrontano un rischio elevato di interruzione del percorso scolastico con conseguenti difficoltà di inserimento in contesto lavorativo, di relazioni instabili con il proprio partner e con la famiglia di origine. Ma non solo: nel percorso di cura vi è quindi la consapevolezza riguardo i possibili rischi nello sviluppo psico-affettivo del bambino dal momento in cui vi è una maggiore probabilità che il rapporto madre-bambino sia più povero dal punto di vista relazionale e della comunicazione verbale, che risulta più povera (Lezzi, 2015).

Inoltre, non è ancora stato dimostrato che il ritardo nell'attaccamento o le separazioni precoci temporanee dalla madre abbiano effetti significativi e/o danni a lungo termine sul bambino. I bambini che soffrono per questa mancanza di legame potrebbero comunque crescere stentando, mostrando un arresto dello sviluppo cognitivo ed emotivo e difficoltà nello sviluppo delle relazioni con i coetanei (Scotland et al., 2002). Questi neonati affrontano inoltre maggiori rischi di abuso e di essere rifiutati.

Oltre ad incorrere in diversi fattori di rischio, sia per sé stessa sia per il proprio figlio, la mamma adolescente si confronta con la responsabilità di guidare il proprio bambino nel suo sviluppo evolutivo prima ancora che essa stessa abbia avuto l'opportunità di maturare e sviluppare una propria identità autonoma.

La difficoltà principale che si riscontra nelle madri adolescenti nell'istaurare col proprio bambino un attaccamento sicuro sembra essere influenzata non tanto dalla particolare storia personale di ciascuna, quanto dalla mancata rielaborazione di questa storia (Lezzi, 2015).

Proprio per questo il percorso della maternità in adolescenza ha bisogno di un approccio multidisciplinare che accompagni la gravidanza, il parto e l'istaurarsi della relazione primaria madre-bambino.

Nel mondo occidentale, rimanere incinta nella fascia d'età che va dai 14 ai 18 anni è considerato un incidente, una cosa non positiva, un problema (Franzoni, 2004). L'accesso a tutte le fonti di supporto può risultare problematico, non tanto perché le stesse non siano presenti, ma piuttosto perché il sentimento di vergogna provato dalla ragazza prevale sulla domanda di aiuto. Vi può essere la sensazione di non sentirsi madre in piena regola (Villand, 2012).

4.4 Vulnerabilità alla psicopatologia

I sintomi depressivi durante la fase postpartum sono risultati correlati a complicazioni del bambino alla nascita e ad una cattiva salute di quest'ultimo oltre allo stress parentale e alla salute psicofisica della madre stessa. Tutto ciò rappresenta un fattore capace di influenzare negativamente la relazione e le interazioni precoci tra mamma e bambino.

Una depressione materna può portare ad un ritiro e quindi ad una non risposta ai segnali e alle richieste infantili che potrebbero, a loro volta, determinare nei bambini problemi nell'ambito della regolazione degli affetti (Wendland et al., 2011).

Facendo riferimento al caso specifico della maternità in adolescenza, la responsabilità dell'accudimento di un bambino in questa fase, periodo di fisiologica crescita psicologica del sé, contribuisce alla presenza di stimoli depressivi, anche perché in adolescenza si vive naturalmente uno stato lievemente depressivo pur in assenza di una gravidanza o maternità (Schiefelbein et al., 2005).

La vulnerabilità dell'adolescente naturalmente dipende e dipenderà dalle caratteristiche della persona stessa, dalla famiglia, dalla cultura e dalle condizioni socio-economiche.

4.5 La famiglia e il gruppo dei pari

Dal momento che la maggioranza delle madri adolescenti rimane a vivere con i genitori dopo la nascita del bambino l'identità materna della ragazza, il suo modo di accudire il bambino e il suo ritorno a scuola sono influenzati, positivamente o meno, dal sostegno offerto dai genitori e dal grado del loro coinvolgimento nella cura del nipote.

I neo nonni vicini alla nuova diade mamma-bambino possono fungere da nonni ma anche da genitori del bambino. Allo stesso tempo, la neomamma può continuare e non riuscire a superare la barriera di figlia, di persona fragile e ancora da accudire (Speranza, 2006).

Una fonte di sostegno per le madri adolescenti e il loro bambino è certamente costituita dal gruppo dei pari. Un ruolo importante soprattutto laddove la madre adolescente sente il bisogno di confidarsi con qualcuno rispetto alle proprie emozioni o semplicemente raccontando le attività quotidiane (Ammanati, 2001).

Il compito principale che la madre adolescente deve affrontare, estremamente difficile alla sua età, è comprendere i propri limiti, riconoscendo la sua potenziale, sana e naturale incapacità, e permettendosi quindi di sfruttare, per il bene suo e del proprio bambino, tutto l'aiuto che le viene offerto (Speranza, 2006).

Allo stesso tempo può sorgere una problematica: nel nucleo intimo tra mamma e bambino la presenza della famiglia d'origine può risultare eccessiva, ostacolando la madre nella funzione caregiver principale (Frodi, 2000). In questo caso uno dei rischi più frequenti per il bambino è di trovarsi nella condizione di avere a che fare con più figure che danno indicazioni educative differenti tra loro.

5. Il puerperio

Il periodo dopo il parto, definito puerperio, è pieno di grandi cambiamenti fisici, psichici e familiari. Il puerperio ha una durata di circa 6-8 settimane durante le quali il bambino vive le sue prime esperienze a contatto con l'ambiente esterno. Il suo inizio lo detta il momento del postpartum, quindi due ore dopo il parto (Bick, 2008).

In questo periodo la mamma riprende progressivamente il suo stato pre-gravidico. Durante il puerperio infatti, avvengono una serie di modificazioni fisiche, ormonali e psicologiche che possono destabilizzare l'equilibrio psico-fisico della neomamma. L'intero organismo della donna è interessato da profonde modificazioni: in un tempo relativamente breve, infatti, si osserva il ritorno progressivo alla normalità di funzioni ed apparati che durante la gestazione avevano subito adattamenti anche notevoli. Il puerperio è quindi per la donna un periodo particolarmente delicato durante il quale vi è l'assunzione del ruolo genitoriale, l'allattamento e la cura del neonato (Guana, 2006).

Dopo il parto subentra di solito un periodo di stanchezza e di rilassamento dovuto al notevole lavoro che la donna ha sopportato. Nei giorni successivi il bambino rappresenta il fulcro del pensare, dell'ideare e dell'agire della donna e tale rimane non solamente per la durata del puerperio, ma generalmente di tutta la vita (Volta, 2008).

Un altro discorso fondamentale in questo periodo è il tema degli ormoni. Intorno al momento del parto e dopo, calano a picco gli estrogeni e sale il livello di prolattina: tutto l'assetto ormonale cambia bruscamente per permettere l'avvio della lattazione (Guana, 2006). Gli ormoni sono interruttori fondamentali a livello corporeo, ma anche emotivo. La tempesta ormonale che succede dopo il parto si traduce spesso in instabilità emotiva: purchè non diventi una tristezza profonda, è un fenomeno del tutto naturale e non preoccupante.

L'ormone che gioca un ruolo fondamentale durante il travaglio ma anche dopo il parto, come ad esempio nell'allattamento e la produzione di latte è l'ossitocina, definito anche "ormone dell'amore", ormone che il nostro corpo produce da solo. Nel momento in cui ha inizio il travaglio, la produzione di ossitocina aumenta e compaiono le contrazioni. Man mano che il travaglio prosegue aumenta la produzione di ossitocina e quindi le contrazioni diventano più intense e più frequenti fino al momento del parto. Dopo il parto la produzione di ossitocina non termina, questo perché durante l'allattamento la suzione del bambino sul capezzolo stimola il rilascio di ossitocina che a sua volta favorisce la contrazione della muscolatura liscia attorno alle ghiandole mammarie, aumentando l'eiezione del latte.

Secondo alcuni recenti studi, l'ossitocina rende più generosi, fiduciosi ed empatici, ma allo stesso tempo può aumentare lo stress e il livello d'invidia (Mitchell, 2015). Nella settimana dopo il parto, gli alti e bassi del tono dell'umore sono una frequente reazione di adattamento al cambiamento che comporta la nascita di un figlio, soprattutto del primo. La neo-mamma potrebbe sentirsi triste e insofferente al pianto del proprio bambino. La stanchezza e il cambiamento dei ritmi quotidiani sono motivi sufficienti per suscitare rabbia (Volta, 2008). Si tratta di un fenomeno frequente che prende il nome di Baby Blues (Volta, 2008). Non è però una malattia e neppure un vero disturbo; è semplicemente una difficoltà momentanea che se ne va spontaneamente. Il fatto che non si tratti di una malattia lo dimostra l'alto numero di mamme che nei primi giorni dopo il parto presentano questo tipo di umore: tra il 40 e il 70% a seconda degli studi (Volta, 2008).

A volte i problemi possono apparire alla donna come insormontabili perché suscitano emozioni e ricordi legati all'esperienza personale e non alla richiesta del bimbo. È importante ricordare che il bambino generalmente risponde allo stato d'animo di chi si prende cura di lui. La sensazione di una mamma in questo periodo potrebbe essere quella di non essere una mamma perfetta come lei stessa aveva desiderato (Guana, 2006).

Per superare questo periodo, il primo passo è quello del riconoscimento delle proprie emozioni, parlando con il personale sanitario o con altre mamme e neomamme. Bisogna avere pazienza, fiducia e lasciarsi sostenere ed amare dal proprio compagno e dalla famiglia: solo così questa spiacevole malinconia finirà nel giro di pochi giorni. Attenzione poi a non confondere questo stato con la "depressione postpartum", che invece è una vera e propria malattia da tenere sotto controllo medico (Ferrari, 2004).

È inoltre un periodo di grandi mutazioni anche dal punto di vista psicologico, perché la mamma si trova ad affrontare un nuovo inizio con il piccolo che ha continuamente necessità di lei e delle sue attenzioni e questa mutazione si avverte maggiormente se la mamma è alla sua prima gravidanza (Volta, 2008).

Rimane quindi fondamentale ricordare che dopo il parto è inevitabile dover ricostruire un nuovo equilibrio e una nuova organizzazione, anche mentale.

5.1 Assistenza nel puerperio fisiologico

L'assunzione del ruolo genitoriale, le modificazioni corporee, l'allattamento e la cura del neonato emergono in concomitanza con l'inizio della fase postpartum. Questo periodo necessita di una presa a carico assistenziale nei confronti della donna neomamma.

Per il personale infermieristico e per l'ostetrica, prendersi cura di una donna dopo aver dato alla luce suo figlio significa svolgere una funzione di aiuto, di sostegno, di compensazione, di sostituzione e di educazione. Queste attività devono favorire e sviluppare le capacità della paziente, le sue potenzialità, le sue abilità, in modo da portarla verso una propria autonomia nell'aver cura di sé e del suo bambino (Guana, 2006).

Nell'attività infermieristica orientata al "prendersi cura" della persona, si includono quegli interventi che la paziente dedica a se stessa e che si identificano nell'autocura o auto assistenza. In questo caso l'infermiera ha un ruolo educativo nei confronti della paziente, volto a valorizzare le sue capacità e potenzialità nella propria cura in autonomia e quindi occuparsi da sola della propria salute e del proprio benessere e di quello della nuova creatura (Guana, 2006).

Il ruolo genitoriale comincia nove mesi prima della nascita del figlio. Diventare genitori è però un percorso: essere madre ed essere padre implicano l'assunzione responsabile del ruolo genitoriale, dal punto di vista socioculturale e psicologico (Romero, 2012).

La gravidanza, il parto e il puerperio sono eventi naturali di solito fisiologici che tuttavia hanno subito negli ultimi decenni un graduale processo di ospedalizzazione e di medicalizzazione. Una tendenza che ha contribuito e contribuisce ad associare a questi periodi un'immagine di malattia (Guana, 2006).

Sebbene si tratti di un evento naturale, durante l'assistenza è importante ricordare la singolarità della paziente che si cura; ciò significa praticare una presa a carico personalizzata per ogni donna, in quanto essa vive a modo suo questo momento, ha un passato, una personalità e un suo sfondo socioculturale differente rispetto a chiunque altro (Ferrari, 2004). Da un punto di vista sia fisico che psicologico, il puerperio si manifesta e viene vissuto in modo differente a seconda di come vengono affrontati la gravidanza e il parto. Oltre ai mutamenti biofisici ai quali la donna deve far fronte, la puerpera è esposta a un notevole stress poiché deve adattare questa condizione al rapporto con se stessa, con il suo partner e con il suo bambino. Il periodo puerperale necessita pertanto non solo di una sorveglianza clinica, ma anche di cure rivolte a sostenere, guidare e incoraggiare la coppia e il ruolo genitoriale, consolidare le loro capacità e promuovere il legame e l'attaccamento tra genitore e figlio (Guana, 2006).

Nell'assistenza postpartum volta a favorire il legame precoce e continuo tra mamma e bambino, sin dai primissimi giorni di vita c'è la stimolazione a praticare il cosiddetto "*roaming-in*", ovvero la compresenza tra la mamma e il suo bambino nella stessa stanza.

Tale pratica presenta molti vantaggi, in particolare consente alla mamma una maggior conoscenza del proprio figlio, promuove l'allattamento al seno e previene le infezioni ospedaliere date da una minore manipolazione del neonato da parte del personale sanitario (Guana, 2006).

Il processo di assistenza in puerperio inizia dall'accertamento dello stato di salute della puerpera, e prevede dunque un'anamnesi fisica, emotiva e sociale.

Gli obiettivi dell'assistenza in puerperio sono quelli di andare a curare e controllare i bisogni della sfera fisica della puerpera e del neonato ma anche i bisogni della sfera psicoemotiva e sociale della donna e della coppia. È quindi importante vigilare accuratamente sullo stato di salute globale, assistere la ripresa delle normali funzioni corporee, sostenere l'allattamento materno, offrire una consulenza riguardo lo stile di vita e soprattutto la ripresa dell'attività fisica. È inoltre importante sensibilizzare ad un'adeguata prevenzione a livello domestico per prevenire incidenti tra le mura di casa e soprattutto ad un'educazione efficiente sulla presa a carico autonoma nei confronti del neonato (Bick, 2008).

5.2 Gli accertamenti nell'adolescente

Il personale infermieristico ha il compito di creare un clima accogliente ed empatico oltre ad instaurare un dialogo; tutto ciò per evitare che in futuro la giovane donna abbia ricordi negativi legati alla forte esperienza vissuta. L'adolescente infatti desidera forse più di qualunque altro tipo di utente che le venga dedicato tempo e che l'aspetto comunicativo venga curato nei minimi dettagli, per esempio utilizzando un linguaggio idoneo.

La riservatezza va rispettata e garantita durante e dopo i momenti di cura e di colloquio con la paziente, instaurando così un clima di fiducia con la giovane e con la famiglia, laddove sia la stessa paziente a richiederlo (Guana, 2006).

Ogni qual volta si esegue una pratica o si sottopone l'adolescente ad un esame, occorre avere particolare attenzione nello spiegare ciò che si sta facendo, soprattutto se si tratta della prima volta. Superare la barriera dell'imbarazzo ed entrare in sintonia con un'adolescente rimane tuttavia un compito non facile per il personale sanitario. Un metodo valido è sicuramente quello di ricordarsi che le adolescenti sono persone molto recettive e quindi sarà utile mostrare disponibilità, comprensione, condivisione dei loro problemi,

senza porsi in un atteggiamento di giudizio. In tal modo sarà più facile anche per le pazienti stesse a chiedere aiuto nel momento del bisogno (Guana, 2006).

5.3 L'infermiere come promotore della salute: da patogenesi a salutogenesi

Adolescenza e maternità, due termini che possono avere un significato differente a seconda del luogo dove queste ultime vengono definite. Problema o normalità, malattia o salute, assistenza o sostegno. Anche il ruolo e la presa a carico infermieristica può avere connotazioni differenti. La prima considerazione da fare è quella dello sguardo con cui si osserva e si assiste la persona in uno specifico momento di cura.

Considerando il periodo del puerperio e all'assistenza ad una neomamma adolescente, passando però da una concezione patogenica a una salutogenica nell'assistenza, ovvero all'assunzione del ruolo infermieristico quale "promotore della salute" in questo specifico momento e con questo specifico target di pazienti, ecco il quesito rilevato:

Come si può definire questo ruolo e quali sono le relative implicazioni? Ovvero: come questa figura professionale attua strategie volte a risolvere problematiche legate alla salute e alla qualità di vita delle pazienti, immedesimandosi quindi nel ruolo di "promotore della salute" (*Health Advocate*)?

Il modello salutogenico in maternità prevede una conduzione protettiva dell'assistenza, la continuità dell'assistenza e la capacità di sviluppare la salute tramite il cambiamento e la facilitazione dei processi che la maternità comporta, a medio e a lungo termine.

La salutogenesi si occupa di tutto ciò che produce salute in una situazione di esposizione costante a degli stimoli stressogeni. Studia quindi le risorse, le capacità reattive o di adattamento e di *coping*, anche da un punto di vista cognitivo. Essa definisce la salute come il risultato delle modalità con cui l'essere umano affronta la vita e nel significato che riesce a dare agli eventi (Schmid, 2007).

Il concetto di *coping*, sinonimo di fronteggiamento, gestione attiva, risposta efficace, capacità di risolvere i problemi, indica l'insieme di strategie mentali e comportamentali che sono messe in atto per fronteggiare una certa situazione (Lazarus, 1991). È un processo dinamico, in quanto è costituito da una serie di risposte reciproche, attraverso le quali ambiente e individuo si influenzano a vicenda; comprende una serie di azioni, sia cognitive

che comportamentali intenzionali, finalizzate a controllare l'impatto negativo dell'evento stressante (Lazarus, 1991).

Dal canto suo l'evento è definito stressante sulla base delle proprie risorse cognitive ed emotive, adottate per affrontarlo.

Il divenire madre, portare al mondo un figlio, accudirlo e crescerlo comporta uno stress fisiologico per il corpo e per la psiche della donna non indifferente. Uno stress regolato da prolattina e facilitato dall'ossitocina e endorfine, quindi potenzialmente salutogenico, vitalizzante. Esso può però divenire patogenico se la capacità di *coping* nella donna è insufficiente (Stotland et al, 2002).

Nel percorso di maternità e nel benessere della donna si prevede un modello di assistenza caratterizzato dalla continuità dell'assistenza e del sostegno, la scelta informata della donna e l'assistenza personalizzata.

Per la continuità dell'assistenza e del sostegno nei confronti della donna è auspicabile la verifica continua sugli effetti a medio o lungo termine della responsabilità della paziente. La maternità spinge la donna verso l'apertura, quindi la rende più vulnerabile, la pone in un contesto di continuo cambiamento, di adattamento e la espone a diversi stress fisici e psicologici. Questa condizione richiede protezione, contenimento, accompagnamento, guida e conoscenze, trasmesso dal personale curante (Schmid, 2007).

Per la scelta informata della donna si intende la scelta di un processo che passa attraverso una crisi e comporta una presa di responsabilità. Ovvero, l'intento è quello di costruire un ponte tra sapere e sentire, tramite un accompagnamento, con l'obiettivo di aumentare l'istinto di autorealizzazione per comprendere di più le proprie capacità ed utilizzarle. Dare quindi l'opportunità e i mezzi per lasciar scegliere e decidere alla donna, ovvero sviluppo delle capacità decisionale tramite l'empowerment (Schmid, 2007).

Per assistenza personalizzata si intende invece il protagonismo della donna e questo perché la scelta, definita nel passo precedente, la rende protagonista. Significa quindi partecipazione attiva, assieme al personale curante. E sempre assieme al personale curante, la scelta di un'assistenza personalizzata per essa stessa (Schmid, 2007).

Riferendoci al ruolo di promotore della salute che ricopre l'infermiere in questo specifico momento di cura, per sviluppare e potenziare il *coping* della neomamma, gli obiettivi professionali saranno quelli di favorire un adattamento attivo nella donna tramite azioni ben direzionate, creare un'opportunità per lo scarico della tensione e per favorire

rilassamenti profondi che permettano il ritorno ciclico dell'omeostasi (Stotland et al., 2002). Naturalmente è necessario offrire alla donna strumenti per individuare e affrontare il percorso con le sue difficoltà possibili, i suoi pericoli, basandosi sulla sua realtà personale e sulle aspettative realistiche individuali. Tra gli obiettivi figura anche quello di facilitare l'emergere dell'istintualità e valorizzarla come elemento di sicurezza personale (Stotland et al., 2002).

Uno strumento salutogenico è rappresentato dall'indagine relativi ai "credo" della persona, alle sue aspettative, ma soprattutto delle sue risorse, ovvero, il riconoscimento di queste ultime. Durante la gravidanza può crearsi un forte carico emotivo e di stress, ma anche nel periodo del puerperio possiamo ritrovare questi fattori che sotto certi aspetti risultano addirittura modificati se si pensa alla nuova vita da gestire. Ecco che lo stress nel puerperio può avere effetti negativi quali difficoltà nell'allattamento o mancanza di latte, coliche del bambino, depressione post parto, difficoltà relazionali con il bambino, senso di inadeguatezza. In questi casi, il *coping* e il riconoscimento delle proprie risorse è fondamentale per evitare un forte stress negativo e arrivare a questi problemi (Schmid, 2007).

5.4 Interventi con madri adolescenti

L'intervento con madri adolescenti può potenzialmente presentare più difficoltà per gli operatori rispetto ad un intervento con madri adulte poiché la domanda che le gestanti o neomamme rivolgono all'ambiente e ai servizi sociosanitari può essere di tipo infantile e dipendente: poca attitudine all'impegno e all'assunzione delle proprie responsabilità, vengono spesso avanzate pretese di tipo concreto (Frodi, 2000).

Risulta maggiormente efficace un intervento preventivo e un sostegno precoce, soprattutto laddove le situazioni sono più a rischio, grazie all'unione di molteplici figure multidisciplinari coinvolte e prendendo a carico la madre sotto vari punti di vista.

Visti i fattori di rischio, gli interventi da parte di un team multidisciplinare dovranno avere come obiettivo quello di aumentare la responsabilità della madre verso il bambino diminuendo stati d'ansia e depressione, oltre a favorire la creazione del legame di attaccamento sicuro, l'informazione delle cure per il bambino. Dovranno inoltre favorire il processo di costruzione della propria identità adulta (Lezzi, 2015).

5.5 La diade mamma-bebé e levatrice-infermiera

Per ogni neomamma del mondo e nelle differenti culture, è necessaria la presenza di un'altra donna esperta. Nella realtà occidentale sono le levatrici e le infermiere a svolgere questa figura. Nel postpartum l'attenzione della diade mamma-bambino deve essere messa al centro dell'attenzione di queste due figure professionali. Non per nulla vi è uno stretto confine nella cura, un sovrapporsi di queste due discipline: da una parte il mondo dell'ostetricia e dall'altro quello della pediatria. Questo in risposta al fatto che da un lato la levatrice veglia sulla salute della mamma, mentre dall'altra l'infermiera vigila la salute del bambino: il tutto si unisce in un unico insieme (Villand, 2012).

Tuttavia in quest'ultimo caso la salute e il benessere del bambino possono dimostrare l'*outcome* di cura e di benessere della mamma. Ecco che le due discipline in questo momento di cura si incrociano, lavorando su due micro-focus differenti, ma su un macro-focus uguale: la salute e il benessere di mamma-bambino.

Nel mondo della maternità si privilegiano due metodi: da una parte la presa a carico semi-diretta e sostenuta, e dall'altra l'osservazione. La levatrice si occupa e risponde alla mamma, mentre l'infermiera si occupa e risponde al bambino che in questo momento di cura è compreso in un unico universo con la mamma (Villand, 2012). Ecco che la risposta ai bisogni della nuova diade mamma-bambini è sostenuta dalla diade levatrice-infermiera.

6. Discussione

6.1 Indagine sul territorio

Il presente capitolo ha l'obiettivo di affiancare, valutare e discutere quella che è la parte teorica di questo lavoro di Tesi con le testimonianze raccolte tramite interviste semi-strutturate da me svolte sul territorio a professionisti della salute ¹.

Per la ricerca sul territorio sono state interpellate ed in seguito intervistate cinque persone, tra cui quattro infermiere materno-pediatriche di differenti consultori e una levatrice indipendente. Tutte e cinque hanno lavorato e lavorano sul territorio cantonale.

Per le interviste è stato garantito l'anonimato dei dati e il rispetto del segreto professionale oltre alla garanzia che il materiale non verrà distribuito a terzi.

Per lo sviluppo di queste cinque interviste semi-strutturate ho deciso di procedere indagando genericamente le seguenti tematiche:

- *Le differenze tra mamma adolescente e mamma adulta*
- *Cosa si è fatto*
- *Le nozioni conosciute in relazione all'argomento*
- *Le competenze acquisite*
- *Le considerazioni culturali legate al tema*
- *I fattori di rischio*
- *Il processo di attaccamento mamma adolescente e bébé*
- *La diade levatrice e infermiera: i ruoli*
- *Le risorse da far emergere*

Partendo da questi elementi principali riscontrabili nel quadro teorico, ho svolto la mia ricerca sul territorio, andando a porre domande dirette sull'argomento, ma lasciando la persona intervistata libera di esprimersi come meglio ha creduto.

Qui di seguito proporrò l'analisi dei dati emersi dalle interviste rispetto al quadro teorico strutturato in precedenza.

¹¹ Le interviste integrali possono essere visionate negli allegati: *Capitolo 10.2*

6.2 Criticità

Il tema affrontato in questo lavoro di tesi non è stato vissuto in prima persona da molti professionisti, questo ha fatto sì che la ricerca del personale da intervistare ha richiesto molto tempo. Occorre altresì precisare che, a fronte di un campione formato da un numero limitato di soggetti, le informazioni emerse sono state ricche e più che soddisfacenti rispetto alle aspettative e alle risorse territoriali.

6.3 Differenze tra mamma adolescente e mamma adulta

“ Una cosa che bisogna dire che può fare la differenza sono le paure che noi professionisti possiamo avere quando andiamo incontro alla mamma giovane. Magari parlano troppo i nostri pregiudizi. ” (Intervista nr. 3).

Andando ad analizzare quali possono essere le potenziali differenze piuttosto che le similitudini tra una neomamma adolescente ed una neomamma adulta, si nota come le professioniste intervistate abbiano espresso pensieri differenti.

Una delle infermiere intervistate afferma che la mamma adolescente presenta genericamente maggiori fattori di rischio rispetto ad una mamma adulta e di conseguenza l'assistenza è caratterizzata da uno sguardo più attento. Vengono dunque confermate una visione e un'assistenza differenti. Un'altra infermiera afferma che questi sono casi potenzialmente complessi e che la presa a carico deve avvenire prima, quindi tempestivamente. Queste due opinioni si ricollegano al capitolo “Rischi dopo la gravidanza”, dove si conferma una maggiore frequenza di complicanze ostetriche, parto prematuro e maggiore possibilità di depressione post-partum, oltre ad un maggior rischio di fallimenti relazioni da tra mamma e bambino (Wendland et al., 2011).

Dal canto loro, altre due infermiere intervistate hanno espresso le loro difficoltà nel rispondere a questa domanda, in quanto confermano che il tutto dipende molto dalla persona con la quale ci si rapporta: una mamma molto giovane, ma comunque assolutamente cosciente, oppure l'esatto contrario. Le differenze non possono e non devono per forza essere negative, confermano, in quanto vi possono essere differenze negative e positive in entrambi i casi.

Per quanto riguarda l'identità femminile, il desiderio di avere un figlio rappresenta un fattore complesso, un elemento con il quale ogni donna si confronta, sin dall'infanzia. Un desiderio che è in continua evoluzione durante la vita (Stern, 2000).

Ecco che l'ultima professionista intervistata, una levatrice, risponde a questo quesito confermando come non vi sia una risposta concisa da dare: il tutto dipende dalla ricerca della maternità e dal motivo per il quale quest'ultima sia arrivata. Ma anche come è stata accettata e come è stata vissuta. L'intervistata conferma che un ulteriore fattore di rilievo è rappresentato dalla concezione di "donna adulta" (una donna di 30 anni, oppure una donna over 40, che l'intervistata definisce "attempata"). Al tempo stesso occorre sottolineare come sia una differenza tra una ragazza adolescente e una donna di 30 anni.

Ecco che le sfumature sono molteplici: come analizzato nel quadro teorico, il binomio madre-adolescente rappresenta una duplice condizione evolutiva, ovvero essere madre ed essere adolescente, con le tipiche problematiche di queste fasi (Speranza, 2006).

Tramite questa domanda sottoposta durante le cinque interviste, ne deriva un'ulteriore conclusione: il tutto dipende dalla mamma e quindi dalla singola persona.

6.4 Cosa si è fatto

La prima infermiera intervistata conferma l'importanza, nei casi ai quali ha assistito, di valutare e cogliere i bisogni della mamma, ma soprattutto conferma l'importanza di cogliere le eventuali necessità finanziarie. Ed è qui che in taluni casi, a suo parere, emerge l'importanza degli assistenti sociali. Inoltre, si dice convinta dell'importanza dell'avere accanto il proprio compagno quando nasce un bambino, poiché se quest'ultimo non c'è stato, la prima cosa è stata quella di non lasciare la neomamma sola.

Ecco che può essere fatto un collegamento con i bisogni specifici e le problematiche che emergono in adolescenza, suddivise tra bisogni di sicurezza legati all'ambiente familiare e i desideri di un distacco dalle relazioni familiari e di sperimentazione in autonomia (Simonelli et al, 2011). Questi bisogni di sicurezza in concomitanza con i desideri di distacco vengono maggiormente sfumati dai bisogni del nuovo nascituro e quelli della sua mamma.

La seconda infermiera intervistata conferma di aver assistito a questi casi, ma sottolinea altresì come non siano emersi problemi, spiegando che le ragazze adolescenti erano contente della loro maternità e che la stessa sia stata ben accettata; conferma inoltre l'importanza di questi due fattori, senza i quali sarebbero emerse probabilmente delle

problematiche. Ricollegandoci infatti al tema dell'identità femminile, la maternità rappresenta una tappa fondamentale per la costruzione dell'identità di una donna (Speranza, 2006). In taluni casi, la gravidanza viene anche vissuta come prova che il proprio corpo funzioni; è il risultato concreto di distacco dalla propria madre, quindi dalla dipendenza degli adulti (Ammanati, 2011).

La terza persona intervistata, un'infermiera, afferma che nei pochi casi che ha seguito è stata contattata e avvisata prima della nascita, per progettare poi una presa a carico regolare a domicilio, al fine di poter vedere mamma e bambino. Si dice convinta dell'importanza della rete che la mamma ha per eventualmente focalizzare parte delle proprie energie su questo aspetto; ne descrive l'importanza, ma non per forza solo in caso di una gravidanza in gioventù.

La quarta infermiera intervistata parla di presa a carico differente e particolare, non tanto per l'età, quanto piuttosto per il fatto che in tutti i casi da lei seguiti le mamme erano sole, senza un compagno. Conferma inoltre che se la mamma è sola, ha spesso bisogno di essere supportata poiché le difficoltà aumentano. Ecco che anche lei, in quanto professionista, ha agito in questo senso.

Come si evince dalla teoria, la maggioranza delle madri adolescenti continua a vivere con i genitori dopo la nascita del bambino: a tal proposito è possibile affermare che l'identità materna della ragazza e il suo modo di accudire il bambino, come pure il suo futuro educativo, sono influenzati dal sostegno o meno dei genitori e dal grado di coinvolgimento nella cura del nipote (Speranza, 2006).

L'ultima persona intervistata, una levatrice, sottolinea come in alcuni di questi casi sia stata contattata da ginecologi e le sia stato chiesto di seguire queste giovani durante la gravidanza. Spiega inoltre che l'intento iniziale è quello di capire come funzionano le cose, soprattutto a livello sociale e familiare (si pensi, ad esempio, alla presenza di una relazione stabile o di progetti di vita futuri ipotizzati dalla ragazza). Spiega che tutto ciò viene fatto, laddove necessario, con lo scopo di attivare una rete sociale. In conclusione, afferma che nei casi che ha seguito è stato importante vedere e prevedere quali fossero i bisogni concreti della ragazza.

Come conferma la teoria riguardo l'assistenza nel puerperio fisiologico, la neomamma necessita di una presa a carico per via dei molteplici cambiamenti: prendersi cura di una donna dopo il parto significa svolgere una funzione di aiuto, sostegno, compensazione, sostituzione e di educazione da parte del personale infermieristico e da parte della levatrice (Guana, 2006). Inoltre, come viene confermato nelle interviste, il processo di

assistenza nel puerperio parte sicuramente dall'accertamento di stato di salute della puerpera, ma anche da una valutazione emotiva, sociale e culturale (Bick, 2008).

6.5 Le nozioni conosciute in relazione all'argomento

La prima infermiera intervistata spiega come, in particolar modo a livello formativo, non abbia ricevuto a distinzione sulla giovane mamma, poiché quest'ultima andava direttamente sotto il cappello di genitori a rischio. Allo stesso tempo ricorda e conferma che già nella fase di formazione si è parlato di un accumulo di fattori di rischio, come ad esempio, la presenza di una mamma adolescente e tossicodipendente, spiegando che in tal caso vi erano una distinzione e uno studio a sé stanti. Come viene spiegato anche in letteratura, l'adolescente che si trova ad affrontare l'esperienza di gravidanza durante questa fascia d'età, parte spesso già da situazioni rischio, economiche, famigliari, scolastiche, condotte delinquenziali (Wendland et al., 2011). Ecco che si potrebbero trovare fattori di rischio concomitanti in un'unica situazione.

La seconda intervistata, un'infermiera, afferma che il tema è emerso durante la sua formazione ma in maniera limitata. Per quanto concerne la pratica sul territorio e la realtà, l'intervistata racconta che in Svizzera interna se ne parlava di più, poiché vi sono delle città e delle realtà più grandi rispetto a quella ticinese. Spiega altresì come in questo contesto vi sia la tendenza ad avvicinare le ragazze madri affinché non si sentano sole.

È sempre la seconda intervistata ad aver raccontato un caso che ha personalmente seguito alla nostre latitudini durante il quale una ragazza neomamma voleva lasciare per un anno la sua formazione scolastica a tempo pieno per seguire il neonato. Tuttavia, grazie ad un approfondimento effettuato dalla ragazza con l'aiuto della professionista, è emersa l'impossibilità di poter compiere questo passo in quanto la legge non concede il congedo maternità ad una studentessa. È un concetto ancora assente. Ecco che tra le giovani mamme emerge un elevato rischio di interruzione del percorso scolastico con conseguenti difficoltà di inserimento nel mondo del lavoro (Lezzi, 2015).

La terza infermiera intervistata sottolinea l'importanza del partner e il suo coinvolgimento, fattore che talvolta viene trascurato. Spiega come il papà sia fondamentale durante i primi giorni.

La quarta infermiera spiega come questo sia un argomento di cui si parla e se ne parlerà sempre: è riconosciuto come questo sia un lavoro di rete con una presa a carico globale, in quanto vi sono differenti bisogni fisici ma anche economici. Afferma che il lavoro globale è riconosciuto, non solo sul bambino, ma anche nei confronti della mamma. Tramite un

collegamento teorico si può confermare che il percorso di maternità in adolescenza ha bisogno sì di un approccio multidisciplinare durante e dopo la gravidanza: nel mondo occidentale, essendo considerato un evento fuori fase, può recare forte vergogna alla ragazza, instaurando meccanismi problematici. Ecco che, come prima cosa, è importante un accesso alle informazioni e un sostegno in team (Villand, 2012).

L'ultima intervistata, una levatrice, spiega che è un argomento di cui si parla poco: nella sua formazione ha ricevuto nozioni sulla gravida adolescente, ma da un punto di vista strettamente sanitario, in relazione ai rischi maggiori che si potrebbero incontrare, quindi rimandi medicocentrici.

Sostiene che si tratta probabilmente di un argomento di cui si parla poco in quanto "si ricorre piuttosto a qualcosa prima", riferendosi all'interruzione volontaria di gravidanza.

A livello statistico, spiega come annualmente i casi siano pochi, sottolineando comunque come il dato non coincida con la cifra zero. A livello numerico, i casi si avvicinano a quelli che coinvolgono donne over 45.

Un altro aggancio interessante che spiega è il riferimento all'età, e in particolar modo alle modalità attraverso le quali le tempistiche si dilatano e i percorsi formativi finiscano sempre più tardi, rendendo paragonabile l'età di 17 anni di oggi a quelli di 12 di un tempo. La ragazza sarà probabilmente più matura ma i suoi bisogni saranno in linea con quelli di una dodicenne.

6.6 Quali le competenze

La prima infermiera intervistata spiega come le ragazze madri incontrate siano state tutte più dirette, si siano "lanciate" maggiormente rispetto ad una donna di 30 anni. Più dirette anche nei confronti delle infermiere: per questo motivo il loro approccio e il loro rapporto professionale è risultato diverso. Le competenze si adattano a dipendenza del paziente.

La seconda infermiera conferma l'importanza di ascolto ed empatia come pure l'importanza di cercare di capire la situazione: non solo la ragazza come mamma, ma lei come persona. Sottolinea inoltre come nella maggior parte di questi casi sia importante ricordare che la ragazza si trova in una situazione indesiderata.

Anche la terza infermiera intervistata conferma l'importanza dell'empatia, sostenendo che in questi casi le competenze sociali sono prioritarie, più delle tecniche mediche. Ricollegandoci al quadro teorico, viene spiegato come l'adolescente desideri ancora di più

di altri utenti che le venga dedicato del tempo soprattutto per l'aspetto comunicativo, tramite un linguaggio idoneo e un ascolto attivo (Guana, 2006).

La quarta infermiera spiega come abbia avuto la possibilità di acquisirele sul territorio, con un lavoro sempre di équipe, anno dopo anno. Conferma altresì che situazioni come queste emergono, in particolar modo, laddove la situazione familiare risulta di per sé problematica.

Facendo riferimento alla letteratura, è importante sottolineare come un sostegno precoce risulti determinante, soprattutto laddove le situazioni sono più a rischio, grazie all'unione di molteplici figure professionali coinvolte (Lezzi, 2015).

L'ultima professionista, una levatrice, spiega l'importanza di attuare competenze specifiche soprattutto dopo il parto per valutare la relazione tra donna e bambino: racconta che in alcuni casi vissuti da vicino è emersa la nonna quale figura molto presente, facendole sorgere alcuni dubbi su chi fosse la mamma per il bambino. Si tratta di situazioni in cui è necessario disporre di competenze per valutare i bisogni del bambino, tenendo ben presente che i bambini hanno sempre i bisogni di attaccamento, figura primaria e d'imprinting. L'intervistata spiega altresì come le competenze principali in questi casi siano quelle di valutare la globalità. Infatti, facendo riferimento agli interventi con mamme adolescenti, uno dei principali obiettivi emersi è quello di aumentare la responsabilità della madre verso il bambino, favorendone l'attaccamento e la creazione del legame, oltre che favorire il processo di costruzione di identità adulta della giovane (Lezzi, 2015).

6.7 Quali le considerazioni culturali

Dall'indagine effettuata emerge come quattro intervistate su cinque abbiano fatto risaltare riflessioni culturali sul tema, anche se con nozioni e sfumature differenti.

Durante la prima intervista, effettuata con un'infermiera, questo discorso emerge in modo rilevante, soprattutto perché questa professionista ha lavorato sul campo confrontandosi con questo tema: afferma infatti che nella sua carriera non ha lavorato esclusivamente con famiglie e mamme adolescenti di origine europea in quanto, insieme ad alcune colleghe, ha intrapreso un percorso e una collaborazione con un centro ticinese per persone richiedenti l'asilo. Si sono occupate, in particolar modo, di promozione della salute: l'intervistata racconta di aver incontrato diverse mamme giovanissime e di aver trattato con loro temi quali l'alimentazione, l'igiene e le emergenze pediatriche. Conferma inoltre

che per loro era normalissimo aspettare o avere già un secondo figlio, mentre ricorda bene la vergogna che provava un'altra mamma, di 40 anni, nell'aspettare il quarto figlio, rispetto alla giovanissima che viveva la gravidanza o la maternità come una cosa molto normale. Facendo riferimento ad un discorso epidemiologico e culturale, i dati mondiali confermano che il fenomeno può essere diverso tra paesi in via di sviluppo e paesi economicamente sviluppati, dove nella maggior parte dei primi casi sopracitati, l'età al matrimonio è maggiormente precoce e l'evento nascita di pari passo, in età tra i 15 e i 19 anni; rappresentando così una situazione che si cala nelle tradizioni storico-culturali dei paesi (WHO, 2004).

Sempre nella stessa intervistata è emerso un aspetto fondamentale in questi casi, ovvero il lavoro in rete, tramite un approccio quale la promozione della salute, lavorando principalmente sulla prevenzione, soprattutto per lo sviluppo fisico e cognitivo del bambino.

Collegandomi ad un discorso sociale e geografico, l'evento della nascita nelle adolescenti si accompagna a situazioni di rischio, con una connessione sottile fra impossibilità e incapacità delle giovani ad accedere a servizi materno-infantili (WHO, 2004).

La terza infermiera intervistata sostiene che tutte le ragazze con cui ha lavorato erano di origine svizzera e che si ricorda di una sola coppia di origine africana con la quale il processo e il percorso di cure é andato molto bene, nonostante le difficoltà iniziali. Difficoltà emerse prevalentemente per lei nel ruolo di curante e non tanto per la giovane coppia: a tal proposito spiega come abbia notato un differente approccio nel processo di crescita del bambino e una differente mentalità alla quale è riuscita ad avvicinarsi, mettendosi nei panni della paziente e uscendo dalle personali convenzionalità. Spiega inoltre che è stato importante lavorare sulle risorse della coppia per oltrepassare le loro difficoltà. Come sottolineano gli studi etnologici, vi sono grandi variazioni nello sviluppo umano in culture differenti, adolescenza compresa, ad esempio per quanto concerne l'interdipendenza fra contenuti, forme e durata dell'adolescenza (Polmonari, 2012).

La quarta infermiera intervistata conferma di aver affrontato dei casi di neomamme adolescenti provenienti da un paese extra europeo, lavorando con loro su vari fronti, avendo collaborato con pluriculture conferma che le componenti in gioco sono state differenti e diverse da caso e caso, poiché cambiava molto l'approccio della professionista in base alla formazione, al ceto sociale e al paese di origine. Ecco che non riesce a definire una sottocasistica o un percorso di cure specifici.

L'ultima intervistata, una levatrice, spiega che nei casi adolescenziali si è confrontata con ragazze indigene. Per quanto riguarda casi che hanno coinvolto ragazze più grandi, tra i 19 e i 21 anni, racconta di essere intervenuta in situazioni caratterizzate da culture molto differenti. A tal proposito sottolinea come in occasione dei suoi interventi non percepisse tali differenze e non ci pensava, anche perché si trattava di una cosa molto normale per loro e quindi la sentiva e la viveva anche lei in prima persona.

In alcuni casi si trattava di ragazze ben radicate nella società, formate e già sposate, che hanno voluto e accolto il bambino, e in questo caso il discorso è totalmente differente. Tuttavia conferma che l'età di queste ragazze è emersa quale elemento sorprendente in un primo momento, ma che in conclusione si tratta di una situazione analoga a quella vissuta alle nostre latitudini qualche decennio fa. Come spiegò nella sua teoria Margareth Mead (1926), sostenendo che l'adolescenza è un fenomeno di tipo socio-culturale e quindi i suoi termini temporali e la sua durata vengono stabiliti dalla società, non attendendosi solo a termini biologici (Polmonari, 2012).

6.8 Quali i fattori di rischio

Ponendo questa domanda ho riscontrato temi e concetti differenti da parte di tutte e cinque le intervistate.

La prima intervistata afferma che il rischio maggiore è quello di trascuratezza, poiché il fulcro per l'infermiera è il neonato che non ha possibilità di esprimersi o dare segni d'allarme come in un bambino più grande. Aggiunge inoltre che un vero e proprio rischio emerge tipicamente quando si sommano diversi fattori di rischio. Precisa inoltre che laddove è a conoscenza della data di nascita di una mamma non agisce preventivamente, ma osserva ciò che succede, perché in realtà tutto può procedere per il meglio.

A supporto di quanto emerso nella prima intervistata, anche la terza infermiera racconta di non vedere fattori di rischio in una puerpera adulta se non vi siano in concomitanza altre patologie, per esempio una tossicodipendenza o una depressione. La letteratura conferma che la diade mamma-bambino in questi casi è maggiormente esposta a difficoltà e fallimenti relazionali (Wendland et al., 2011).

Dal canto suo la seconda infermiera spiega come per lei tutto dipenda molto dal rapporto che la ragazza ha con la propria mamma o la propria famiglia, quindi ciò che sta alle spalle della giovane. Questo emerge su vari fronti quali la volontà, le opportunità e la

componente economica. Conferma inoltre che la famiglia, per scarsa o eccessiva presenza, può risultare in tal senso il principale fattore di rischio.

Con riferimento alla seconda intervista, anche la quarta infermiera sostiene che il maggiore fattore di rischio è relativo all'essere una mamma adolescente sola; un fattore che si riferisce alla variabile famiglia.

Si può confermare che nel caso specifico della maternità in adolescenza la responsabilità dell'accudimento di un bambino, in questo periodo caratterizzato da una crescita psicologica del sé, venga intaccata dalla presenza di stimoli depressivi, già lievemente presenti in assenza di una maternità. Inoltre, la vulnerabilità dell'adolescente dipende sempre dalle caratteristiche della persona stessa, dalla sua famiglia, dalla cultura e dalle condizioni economiche (Schiefelbein et al., 2005).

Durante l'ultima intervista sottoposta ad una levatrice, la professionista ribadisce i fattori di rischio ampiamente riconosciuti per il bambino, quali soprattutto le malformazioni. Tale aspetto viene confermato dalla letteratura che cita le maggiori complicanze ostetriche, il parto prematuro, il basso peso alla nascita e il maggiore rischio di depressione postpartum (Wendland et al., 2011). In generale, viene specificato come i fattori di rischio dipendano molto da elementi e dal livello socio-culturale, dalla formazione e dall'accedere o meno a centri di pianificazione familiare, ma anche dall'inibizione data dal nucleo familiare. A tal proposito viene spiegato come vi possano essere delle famiglie che possono condizionare e mettere paura alla figlia, facendo sì che quest'ultima non riferisca della gravidanza, superando così le venticinque settimane di gestazione e non potendo ricorrere ad un'altra strada. In tal caso vi sarà il primario fattore di rischio: una gravidanza non desiderata.

6.9 Il processo di attaccamento mamma adolescente e bebé

Questo tema fondamentale per la salute, soprattutto per quella del neonato, è stato raccontato dalle professioniste intervistate in modo differente e con uno sguardo diverso; qui di seguito discuterò le principali tematiche emerse.

La prima infermiera intervistata sostiene che laddove vi è una buona rete sociale attorno alla mamma, per esempio se vi sono i nonni, un compagno, oppure se la situazione finanziaria è positiva, la neo mamma si sentirà tranquilla e automaticamente sarà facile occuparsi del bambino; di conseguenza non vi sarà alcun impatto sull'attaccamento.

La seconda intervistata invece, mette l'accento sull'importanza dei primi istanti di vita del neonato poiché questo, sostiene, è il momento più importante di tutti per l'attaccamento

mamma e bambino, dove il personale curante deve essere attento e agevolarlo, soprattutto facendo sì che il bambino si attacchi il più presto possibile al seno.

La terza intervistata ricorda di non aver visto nessuna problematica in tal senso, ma che anzi ha potuto osservare un attaccamento molto forte, sostenendo che questo fosse dovuto al fatto che la ragazza fosse sola e che quindi dava il suo affetto e le sue attenzioni a sé stessa e al bambino. Conferma altresì che nel caso in cui la ragazza, per vari motivi, lascia che sia soprattutto la nonna ad occuparsi del bambino, emerge un problema tale per cui quest'ultima diventerà la figura di riferimento. Come viene citato in letteratura, nel nucleo intimo tra mamma e bambino, la famiglia di origine può risultare anche troppo forte, ostacolando la madre nella funzione di caregiver principale, dando così al bambino la sensazione di aver a che fare con più figure di attaccamento e con indicazioni educative differenti (Frodi, 2000).

Riferendomi a ciò che mi ha spiegato l'ultima intervistata, una levatrice, è emerso il pensiero che laddove, in qualità di curanti, si stimola l'allattamento, i primi mesi saranno per forza a carico della mamma e la nonna non sarà quindi compresa in questo forte legame che andrà a crearsi. Quindi, in generale, l'intervistata dice che non vede alcun rischio nell'attaccamento in questi casi e che dipende molto da quello "che hai nel cuore". Aggiunge inoltre che più una ragazza è giovane e più riesce a capire tutto ciò, forse perché è più aperta e ha meno costruzioni attorno. L'accettazione è maggiore e questa apertura va a scemare con il passare degli anni a tal punto da non ritrovarla più in una donna over 40. Inoltre, l'intervistata chiude il discorso affermando che l'imprinting è centrato sul contatto fisico, pelle a pelle, occhi a occhi e sull'allattamento e che la ragazza non riscontra problemi in questo.

Nella maggior parte dei casi i discorsi emersi durante le interviste si discostano da ciò che viene riportato dalla letteratura, lasciando un'impressione più ottimistica rispetto a ciò che ha confermato la teoria: da quest'ultima si riscontra che la relazione primaria con il neonato risulta più povera, con una comunicazione verbale inferiore e una scarsa accoglienza emotiva rispetto alle mamme in età adulta. Quindi vi sono più rischi nello sviluppo psico-affettivo del bambino poiché il rapporto madre-bambino è più povero (Lezzi, 2015).

Allo stesso tempo, non è ancora stato dimostrato che le separazioni precoci temporanee dalla mamma abbiano effetti significativamente dannosi sul bambino a lungo termine (Scotland et al., 2002).

6.10 La diade levatrice e infermiera: i ruoli

“ In situazioni specifiche o problematiche si può entrare in gioco assieme, partire sullo stesso binario” (intervista nr. 2)

La letteratura spiega l'importanza di un intervento preventivo e di un sostegno precoce con mamme adolescenti, unendo lo sguardo di molteplici figure professionali (Frodi, 2000).

Ecco che nasce il collegamento con la prima infermiera intervistata che conferma l'importanza del lavoro in rete e il fatto che la giovane debba poter avere uno o più punti di riferimento, quali levatrici e infermiere consulenti. Nel secondo caso, l'intervistata afferma che per un'adolescente il rapporto con questa figura può essere vissuto come rassicurante grazie alla presenza di un esperto da contattare in caso di incertezza.

La seconda infermiera spiega come sul territorio la collaborazione con le levatrici indipendenti sia fondamentale per svolgere un buon lavoro ed è molto importante ritrovarsi ogni tanto per fare il punto della situazione e per discutere di chi farà che cosa, poiché conferma che le due professioni sono complementari e non concorrenziali. La stessa intervistata spiega come, in linea di massima, le levatrici seguano il primo periodo dopo il parto, mentre le infermiere giungono in un secondo momento. Racconta che più di una volta, quando la situazione lo ha richiesto, la prima consultazione si è svolta in maniera congiunta, entrando in gioco insieme e facendosi conoscere prima, come appunto in casi che hanno coinvolto ragazze adolescenti. Spiega inoltre che percepisce il suo ruolo come un accompagnamento educativo. Effettivamente la teoria spiega che gli interventi da parte di un team multidisciplinare dovranno avere obiettivi comuni (Lezzi, 2015).

La terza persona intervistata conferma che le mamme vedono più spesso e già in un primo momento le levatrici, ma che nei momenti seguenti le situazioni complesse come quella di una ragazza adolescente o in una forte depressione postpartum, l'infermiera entra in gioco prima. Tale approccio consente di effettuare un passaggio insieme alle levatrici affinché la mamma conosca le due persone di fiducia e professioniste insieme. A suo avviso tutto ciò ha più senso nel lungo periodo, poiché trova scorretto che la ragazza ma anche la sua famiglia debbano costruire due legami in due momenti differenti, dovendo così affrontare uno stacco. Per quanto riguarda i ruoli di entrambe le professioni, afferma che il concetto alla base è quello di non sostituirsi alla mamma nel prendersi cura del bambino, ma piuttosto osservare ed insegnare a prendere delle decisioni. È corretto accompagnare, ma alla fine sarà la mamma a intraprendere i passi necessari in quanto si tratta di un ruolo educativo. In ultima battuta spiega come sia corretto affermare che la

levatrice in generale segue molto la mamma mentre l'infermiera segue prevalentemente il bambino. Effettivamente, in maternità si privilegiano due metodi: da un lato la presa a carico semi-diretta e sostenuta e dall'altra l'osservazione. La levatrice si occupa di rispondere alla mamma e l'infermiera al bambino; il concetto prevede la sovrapposizione delle due discipline, da un lato il mondo dell'ostetrica e dall'altro quello della pediatria (Villand, 2012).

L'ultima delle quattro infermiere intervistate sostiene che il tutto dipenda da quando il/la professionista entra in gioco e a contatto con la famiglia. Dice che nelle prime settimane di vita del bambino entrambe le professioni possono farsi conoscere, anche se tipicamente la levatrice si presenta prima, possibilmente ancora prima che il bambino nasca. Ciononostante in casi particolari e labili, come quello di una ragazza madre, il percorso di cura può essere differente e le infermiere possono instaurare un rapporto già prima, soprattutto per creare un rapporto di fiducia forte e per non spezzarlo. Afferma che in casi labili sia stata creata una collaborazione stretta e di pari passo con le levatrici, ovvero in casi in cui era necessario seguire la mamma quotidianamente, creando un'alleanza in cui un giorno intervenisse l'infermiera e un giorno la levatrice. La cosa più importante sostiene sia stata che la ragazza non si sentisse mai sola.

Durante l'intervista con la levatrice, la professionista spiega come per via dei suoi mandati non abbia contattato i consultori prima che la ragazza abbia partorito. Allo stesso tempo sostiene che con una ragazza molto giovane il consulto e l'autorizzazione avvengono prima e il tutto risulta più pressante: dal canto suo afferma che in questi casi non lascia tanto la possibilità alla mamma di chiamare le infermiere, ma lo fa lei e questo perché ha la necessità di sapere che vi sarà qualcun altro in questo primo periodo, una figura che interverrà e vedrà con occhi esperti.

In conclusione spiega come la grande possibilità di entrambe le professioniste sia quella di entrare in casa. Anche la letteratura conferma che per ogni neomamma del mondo è necessaria la presenza di un'altra donna esperta, e che nella realtà occidentale ci riferiamo a levatrici e infermiere materno-pediatriche (Villand, 2012).

6.11 Quali le risorse da far emergere

“Non è detto che una gravidanza iper ricercata poi dia una madre 100 e lode. Non è una garanzia”. (Intervista nr. 5)

Durante l'ultima intervista con una levatrice emerge il discorso di possibili risorse che potrebbero essere molto importanti per un'adolescente: i pediatri.

Secondo la professionista, i pediatri dovrebbero seguire le ragazze e i ragazzi fino ai 16 anni e non fino ai 10-11 come spesso accade e solo per le malattie esantematiche e le vaccinazioni. Quindi un programma che parta da questo aspetto, con una persona di cui il giovane si fida e con cui può parlare quando la mamma aspetta fuori dallo studio per far fronte alle gravidanze in adolescenza. Poiché il problema primario non è solo l'età, ma anche il fatto che non sia desiderata. Con riferimento ad un'età lievemente più matura, a 20 anni per esempio, il problema non è tanto l'età quanto piuttosto il fatto che la gravidanza non sia desiderata e basta.

Come rilevato nel concetto di promozione della salute, la maternità spinge la donna verso l'apertura, quindi la rende più vulnerabile, la pone in un contesto di continuo cambiamento, di adattamento e la espone a diversi stress fisici e psicologici. Questa condizione richiede protezione, contenimento, accompagnamento, guida e conoscenza, elementi trasmessi dal personale curante (Shimd, 2007). È necessario offrire alla donna strumenti per individuare e affrontare il percorso con le sue possibili difficoltà, i suoi pericoli, in base alle proprie realtà e aspettative personali (Stotland et al., 2002).

7. Conclusioni

Come prima riflessione conclusiva tengo a precisare le difficoltà e le criticità che questo lavoro di Tesi ha comportato; innanzitutto il fatto di essere un tema poco affrontato dalla letteratura, in passato ma anche nel presente, mentre vi è certamente una prolifera bibliografia sulle due macro-aree di questo lavoro: l'adolescenza e la gravidanza. La seconda critica emersa è relativa al fatto che nel periodo del post parto il coinvolgimento del personale infermieristico può essere limitato dalla presenza di un'altra figura professionale, ovvero quella della levatrice. A tal proposito occorre sottolineare che, a causa delle difficoltà che questo lavoro di ricerca ha riscontrato, è stato necessario cambiare e riformulare più volte il suo scopo, i suoi obiettivi e la sua domanda di ricerca: ho iniziato focalizzando la mia attenzione su un'idea specifica dopodiché, attraverso approfondimenti e indagini sul campo, sono emersi nuovi orizzonti che hanno dato il via definitivo alla stesura di queste pagine.

Se in un primo momento il dubbio più grande era quello di essermi imbattuta in un processo assistenziale nel quale noi come infermieri non abbiamo molto margine di manovra, ho potuto sfatare il tutto e rispondere alla mia domanda di ricerca considerando libri di testo, articoli di approfondimento e colloqui con il personale curante qualificato, scoprendo che l'infermiere può agire su due fronti principali: i fattori di rischio e la promozione della salute.

Come si evince dal quadro teorico, i fattori di rischio correlati ad una gravidanza adolescenziale sono molteplici, sia per la neomamma sia per il neonato. È interessante ritrovare questa tematica anche nelle parole delle persone intervistate; altrettanto interessante è stato il fatto di non ritrovarle tutte. Marcato è stato il pensiero, pressoché condiviso, tale per cui se non vi sono ulteriori fattori di rischio già precedentemente correlati, quali ad esempio una tossicodipendenza o un'adolescente sola, i fattori di rischio non emergeranno.

In tal senso è risultato importante inserire il tema di promozione della salute in questo contesto, per comprendere l'importanza di aiutare la giovane madre a riconoscere le proprie potenzialità e le proprie risorse interne ed esterne in un momento di grande cambiamento identitario di vita tramite risposte efficaci nei confronti di tale situazione.

Ecco che, vestendo i panni di infermiere, salutogenesi e fattori di rischio si incontrano anche nell'assistenza a una puerpera adolescente: il coping e il riconoscimento delle proprie risorse risulta fondamentale per evitare e per fronteggiare problematiche e fattori

stressogeni in un periodo di vita molto labile. Labile perché la giovane affronta due momenti identitari complessi, quali adolescenza e maternità. E oltre a dover conoscere sé stessa, deve fronteggiare un'altra piccola e nuova identità, quella di suo figlio.

Ciò che mi ha lasciato maggiori margini di approfondimento è stato il tema delle considerazioni globali e culturali. Questo argomento in particolare ha mille sfaccettature a livello globale, che ne fa comprendere le differenti esigenze, come pure i differenti approcci e pensieri. Lo conferma l'epidemiologia e le cinque persone intervistate. La mia ricerca è nata per rispondere a una domanda territoriale ma si è poi imbattuta in considerazioni culturali che hanno permesso a questo lavoro di confermare che da una sola tematica possono nascere più e più risposte ed esigenze assistenziali sul pianeta.

I paesi occidentali stanno tutt'ora vivendo una svolta e un accrescimento multiculturale a conferma del fatto che il personale di cura deve conoscere e ampliare gli schemi conoscitivi.

Oltre alle singole conoscenze è risultato importante il concetto di multidisciplinarietà e di lavoro in team per entrare in contatto con un'adolescente dopo il parto. Il personale conferma l'importanza di un lavoro di cooperazione e collaborazione, in équipe e con lo stesso obiettivo: la salute della mamma e del neonato. Lavorare su più fronti, poiché intervenire solo sulla salute fisica della paziente non basta; occorre infatti intervenire anche sulla sua persona, la sua famiglia, le sue finanze, la sua educazione e il suo futuro, suo e del nuovo arrivato.

A livello di implicazioni personali rispetto a me stessa quale curante, questo lavoro, e in particolare le testimonianze delle interviste, ha fatto emergere la necessità di un approccio empatico e di ascolto attivo nei confronti della neomamma e dei suoi bisogni, l'importanza di conoscere realmente e profondamente la persona curata, di riconoscere i segnali d'allarme, di "lasciar fare" e guidare e soprattutto l'importanza di collaborare con altre figure professionali e con altri colleghi, riconoscendone quindi la complessità della tematica.

8. Ringraziamenti

Grazie a Giorgio Tarabra per avermi guidata in questo importante lavoro.

Grazie ai professori e professionisti che mi hanno ispirata durante questi tre anni.

Grazie a chi mi ha permesso un anno fa di partire per un viaggio che ha dato una grande impronta a questo lavoro.

Grazie alla mia famiglia che mi ha supportata e sopportata.

Grazie alle persone a me più care per avermi sempre sostenuta.

Grazie ai miei compagni di banco (e di viaggio) per il continuo confronto e incoraggiamento. Senza di voi nemmeno questo lavoro sarebbe stato lo stesso.

9. Bibliografia

9.1 Articoli scientifici

- A.Villand, N. Gabai, Y. Gaansel, C. Maggi-Perpoint, *“états des liens” en maternité: paroles de soignants, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n°60, pp 487-491, 2012.
- Ammanati M., *Psicopatologia dello sviluppo*, Raffaello Cortina, Milano, 2001.
- Anna Chiara Lezzi, *Madri adolescenti: uno studio clinico*, Rivista “psychofenia”, n°31, Università del Salento, 2015.
- Anna Maria Speranza, *Quella voglia di...Maternità*, Rivista “Và Pensiero”, n° 258, Università “La Sapienza” di Roma, 2006.
- Antonella Liverani, Licia Massa, Teresa Ercolanese, Enrico Valletta, *La gravidanza nell'adolescente: perché dobbiamo e come possiamo prendercene cura*, Quaderni ACP, n°5, 2015.
- Barbara Simonelli, Simona Fassina, Elisabetta Cairo, Andrea Ferrero, *Identità e personalità in adolescenza. Funzioni guida e rischio psicopatologico*, Rivista psicologia individuale, n° 24, 2011.
- Frodi A., *Infant of adolescent and adult mothers*, Journal of adolescence, n°74, pp 25-98, 2000.
- Inamura M., Tucker J., Hannaford P., et al: *Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review*. Eur.J.Pub.Health 2007.
- Jaqueline Wendland, Daniela Centenaro Levandowski, *Parentalité à l'adolescence: déterminants et conséquences, l'évolution psychiatrique*, n°79, pp 411-419, 2011.
- Marta Lucia Vásquez T., Luz Ángela Argote O., *Transition of the adolescent through post-partum: threats, dangers and protecting actions during the “diet” stage*, Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, settembre 2004.
- Nascimento Cassiano, *Nursing care to woman in immediate puerperium: a narrative description*, Biomedical, gen-mar 2015.
- Ospina Romero, *Coping and adaptation process during puerperium*, Colombia Medica, 2012.
- Stefanie Mollborn, *“Children” Having Children*, Contexts, vol. 10, pp. 32-37, Febbraio 2011.

9.2 Libri di testo

- Bick D., Christine MacArthur, *Postnatal Care, Evidence and Guidelines for management*, Elsevier, Londra, 2008.
- Bonino S., *Dizionario di psicologia dello sviluppo*, Einaudi, 1994.
- Canfalonieri E., Gavazzi I., *Adolescenza e compiti di sviluppo*, Edizioni Unicopli, Milano, 2002.
- Cardano M., *La ricerca qualitativa*, Il Mulino, Bologna, 2011.
- Cipriani R., *L'analisi qualitativa, teorie, metodi e applicazioni*, Armando Editore, Roma, 2008.
- Corbetta P., *La Ricerca sociale : metodologie e tecniche. I. I paradigmi di riferimento*, Il Mulino, Bologna, 2003.
- De Lillo A., *Il mondo della ricerca qualitativa*, UTET Università, Milano, 2010.
- Ferrari A., *Manuale di ginecologia e ostetricia*, McGraw-Hill Compagniers, Milano, 2004.
- Guana M., *La disciplina ostetrica, Teoria, pratica e organizzazione della professione*, McGraw – Hill, Milano, 2006.
- Lazarus R.S., *Emotion and adaptation*, Pxford University Press, Londra, 1991.
- Nakajima, M.D., Ph.D. Director-General, *The world health report 1998 – Life in the 21st century: a vision for all*, World Health Organization, Geneva, 1998.
- Nizzoli U., Claudio C., *Giovani che rischiano la vita, Capire e trattare i comportamenti a rischio negli adolescenti*, McGraw – Hill, Milano, 2004.
- Schaffer H.R., *Psicologia dello sviluppo*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2005.
- Schmid V, *Salute e nascita, la salutogenesi in gravidanza*, Urta, Milano, 2007.
- Silverman D., *Come fare ricerca qualitativa*, Carocci Editore, Roma, 2004.
- Stern D, Nadia Bruschiweiler – Stern, *Nascita di una madre, come l'esperienza di maternità cambia una donna*, Oscar Mondadori, Milano, 2000.
- Stotland N., Stewart D., *Aspetti psicologici nella cura della salute della donna*, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2002.
- Volta A., *Nascere genitori, Vivere con serenità l'avventura di dare la vita e crescere un figlio*, Urta, Milano, 2008.
- WHO – Europe. *Health Behaviour in school aged children (HBSC) sudy. International Report 2001-02 survey*. WHO Europe. Copenhagen, 2004.
- Wieland Ladewig Patricia e Marcia L. London e Sally Brookens Olds, *Soins Infirmiers: maternité et néonatalogie*, Saint Lorent, pp 846, 857, 858, 1992.

9.3 Sitografia

- www.pianetabebe.it/mamma-donna/post-parto-puerperio (20.01.16)
- www.plus.cdt.ch/svizzera/cronaca/92529/meno-ragazze-madri-in-svizzera.html (10.10.15)
- www.psicopedagogika.it/view.asp?id=393; (23.04.16)
- www.psicoterapiarca.it/186_0/default.ashx (17.02.16)
- www.tio.ch/News/Ticino/Attualita/1030027/La-Croce-Rossa-chiude-in-rosso-e-chiede-aiuto/ (10.10.15)
- www.statistica.admin.ch (10.10.15)
- [www.treccani.it/enciclopedia/eta_\(Universo_del_Corpo\)/](http://www.treccani.it/enciclopedia/eta_(Universo_del_Corpo)/) (10.08.15)
- www.who.int/en/ (20.01.16)

9.4 Letteratura grigia

- Modulo: *Percorsi di cura ad alta intensità e breve durata 5: percorso nascita e assistenza alla donna.*

10. Allegati

10.1 Consenso informato

Manno, 10 maggio 2016

Egregio signore / Gentile signora,

sono una studentessa all'ultimo anno del corso di laurea in Cure Infermieristiche presso il Dipartimento economia aziendale, sanità e socialità (DEASS) di Manno, della Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI).

Con il presente documento firmato darò l'autorizzazione a partecipare ad un'intervista finalizzata alla raccolta di dati che confluiranno in una ricerca dal seguente tema: "*Assistenza infermieristica post parto in ragazze madri*".

Tale ricerca costituisce la base del Lavoro di Bachelor, che si propone di:

- Identificare le competenze del ruolo infermieristico nel post parto con pazienti neo mamme adolescenti
- Riconoscere le implicazioni di un approccio salutogenico di una presa a carico di ragazze madri adolescenti

Questa indagine si svolgerà in servizi e consultori dedicati alle cure materno pediatriche del Cantone.

Le è stato richiesto di partecipare a questo studio poiché è un professionista che lavora e collabora nella rete sopracitata e quindi potrà essere una risorsa importante in questo mio lavoro di ricerca.

Per questo motivo la Sua partecipazione è per me preziosa. La Sua partecipazione a questa indagine è volontaria. Se ora decide di partecipare potrà comunque ritirarsi in qualsiasi momento senza alcuna motivazione.

L'indagine consisterà in un'intervista semi – strutturata, svolta in una sala riservata, della durata massimo di 30 minuti.

Le garantisco che i dati raccolti saranno trattati in modo anonimo e nel rispetto del segreto professionale e il materiale verrà custodito in sicurezza e non diffuso a terzi, ma prenderà parte nell'analisi globale della Tesi.

Con il presente documento intendo richiedere il suo consenso informato per la registrazione dell'intervista e il trattamento dei dati secondo i criteri sopracitati.

Vi ringrazio cordialmente per l'opportunità dataci,

Chiara Cremaschi

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO:

Io sottoscritto:

Dichiaro di aver compreso lo scopo del Lavoro di Bachelor e le modalità di trattamento dei dati personali.

Dichiaro il mio consenso informato a questa intervista.

Luogo:

Data:

Firma:

.....

.....

.....

10.2 Interviste

Intervista numero 1: consultorio materno-pediatrico, 14.06,2016:

D: A tuo avviso, confrontando i casi di una mamma adulta e una adolescente, la presa a carico è differente?

R: L'esperienza ci insegna che la mamma adolescente ha dei fattori di rischio maggiori rispetto alla mamma adulta. Quindi sì, devo dire che nel secondo caso andiamo con un occhio più attento.

D: Pensando ai casi con cui avete collaborato, che cosa avete fatto concretamente?

R: Di per sé, fortunatamente, i casi che abbiamo seguito non sono stati casi problematici. Erano tutte ragazze convinte, contente della maternità, e questo facilita sicuramente. È anche vero che sarebbe interessante vedere tra 15-20 anni se queste mamme faranno uscire dubbi o rimpianti non emersi all'inizio. Di per sé, davvero, queste mamme con cui abbiamo collaborato non hanno fatto emergere questi fattori di rischio. Questi ultimi non si sono evidenziati.

D: Se pensi alla vostra formazione o a quello che riscontrate nella realtà, è un tema di cui si parla e di cui si conoscono bene le particolarità?

R: Devo dire che non si è fatta distinzione sulla giovane mamma. Quest'ultima fa parte della categoria di genitore a rischio, anche se non viene penalizzata. Abbiamo però sì altri fattori, come nel caso di un genitore giovane con in più problemi di dipendenze o altre cose. In questo caso la distinzione si fa ancora più netta in quanto vi è un accumulo di fattori di rischio.

D: Quindi si può dire che un vero fattore di rischio è considerato tale se si presenta in concomitanza con un altro?

R: Sì, esatto. Devo anche aggiungere un'altra cosa: si possono paragonare i rischi di una mamma giovanissima alla pari dei rischi che ha una mamma non più così giovane. Perché per una mamma che ha superato i 40 anni, di nuovo, ci sono altri fattori di rischio. Sono due fasce d'età diverse, e quando abbiamo sotto gli occhi la data di nascita della mamma abbiamo il nostro campanello d'allarme e ci diciamo: "okay, osserviamo e vediamo cosa succede."

D: Se pensi all'approccio usato con queste giovani mamme, quali consideri le competenze fondamentali da mettere in gioco?

R: Devo dire che queste mamme sono molto più istintive, mentre le mamme sui 30-35 sono più riflessive, ci pensano di più. Le mamme giovanissime si buttano maggiormente, si dicono che le cose andranno bene. Sono più dirette, anche nei nostri confronti. In tal senso anche il nostro approccio e il nostro rapporto con queste mamme può essere diverso e le accompagniamo in modo differente.

È anche vero che le mamme così giovani che abbiamo seguito hanno avuto dietro i nonni. Quindi hanno un bellissimo supporto, fondamentale, la differenza. Perché la situazione cambia se hai 18 anni e fai la mamma ma hai dietro di te i nonni di questo bambino. Al contrario, se non ci sono e si è sole, tutto diventa più difficile.

D: Sapendo che siamo in un paese sviluppato in cui essere una ragazza madre è considerato un evento fuori fase, che considerazioni puoi trarre dalle esperienze che hai avuto per quanto riguarda l'aspetto culturale?

R: I casi che abbiamo avuto non sono assolutamente stati tutti da famiglie con origini europee. Ad esempio il nostro consultorio ha iniziato un percorso di collaborazione con Soccorso Operaio Svizzero. Io personalmente sono andata, con due gruppi di mamme di differenti etnie, a fare promozione della salute. Sono stati fatti 5 incontri e in 3 ero presente io come infermiera materno-pediatrica. In questi incontri sono stati trattati temi quali l'alimentazione, l'igiene, le emergenze pediatriche,... Qui ho incontrato diverse mamme giovanissime, la maggior parte delle quali aspettavano il secondo figlio. Questo era normale.

Ho visto una mamma di 40 anni che aspettava il suo quarto figlio. Per lei era una vergogna, perché per loro equivale ad avere un figlio sui 60 anni per noi. La percezione e l'emozione che trasparivano su questa donna erano tristezza, sentirsi fuori luogo, vergognarsi. Allo stesso tempo la giovanissima viveva la gravidanza come un cosa normalissima. La loro cultura è diversa, certo, ti sposi in adolescenza, hai un figlio e probabilmente ne avrai uno dietro l'altro.

D: Quindi avete agito direttamente rivolgendovi ad un centro asilanti, giusto?

R: Sì esatto, ad Arbedo. Collaboriamo con loro. Seguiamo anche le famiglie che hanno avuto un neonato. Se necessario collaboriamo anche con altre colleghe sul territorio, perché alcune di queste persone poi vengono trasferite a Bodio o a Biasca. Quindi diamo

consegna, sempre con il consenso della mamma. È un lavoro in rete sul territorio. Lavoriamo con la maternità, le levatrici e altre colleghe infermiere sul territorio.

D: In questi casi si è agito a livello di promozione della salute?

R: Sì, nel senso che il nostro lavoro è principalmente quello di prevenzione. Se vediamo, diciamo, dei sintomi, questi sono campanelli d'allarme su cui dobbiamo agire, tal volta anche con altri specialisti del settore. Questo anche per lo sviluppo fisico e cognitivo del bambino.

D: Quali pensi possano essere i fattori di rischio in queste neomamme, sia per quanto riguarda loro stesse che per i neonati?

R: Diciamo che questo vale per tutte le neomamme, ovvero il rischio di trascuratezza. Il nostro fulcro è il neonato, perché non ha possibilità di dare lui l'allarme come un bambino più grande. Il neonato è in balia completamente dei genitori, per questo bisogna fare attenzione alla trascuratezza.

D: Secondo te ci sono o hai visto dei fattori che possono favorire o, al contrario, sfavorire il processo d'attaccamento tra questa neomamma e il suo bebé?

R: Se pensiamo a come favorire il rapporto tra mamma e bambino dobbiamo pensare che se una mamma è serena è più facile che possa occuparsi al 100% del proprio bimbo. Se invece sono una mamma con parecchie preoccupazioni, il mio compagno non c'è o ho dei problemi magari economici o con il lavoro, è chiaro che mi occupo del bambino, ma sempre con il pensiero che va da altre parti. Se ho una rete attorno a me, se ci sono i nonni, se c'è un compagno, se ci sono delle entrate per poter dare da mangiare al bambino e a noi stesse, automaticamente occuparmi del neonato diventa più facile.

D: In questa rete possiamo dunque inserire infermiera e levatrice?

R: Sicuramente, sono fondamentali. Abbiamo fatto proprio di recente un sondaggio per il nostro lavoro, tramite la SUPSI, per capire che cosa ne pensano, e i risultati sul consultorio sono stati assolutamente positivi. È emerso che è molto apprezzato, che è necessario e che è un punto di riferimento importante, anche perché per qualsiasi neomamma, penso soprattutto a una giovanissima, alzare la cornetta e chiedere a qualcuno di esperto se quello che sta facendo è giusto spesso rassicura.

D: A proposito di figure professionali, quali possono essere i ruoli della levatrice e dell'infermiera materno-pediatrica in queste situazioni, pensando al macro-focus mamma-bambino?

R: Noi siamo molto fortunati sul territorio. C'è un'ottima collaborazione con le levatrici indipendenti. Ci siamo più volte sedute ad un tavolo e abbiamo parlato di chi si occupa di quali settori. Il risultato che ne è sempre emerso è che siamo complementari e non siamo concorrenziali. Per noi, se una mamma ha un problema al seno e nell'allattamento, viene spontaneo chiamare la levatrice, come è altrettanto normale che se c'è un problema alimentare la levatrice chiama il consultorio. Funziona bene.

Le levatrici seguono il primo periodo, dalla maternità ai primi giorni a casa. Ma più di una volta, se la situazione lo richiede, magari come una ragazza adolescente, la prima consultazione la si svolge assieme, quindi noi entriamo in gioco e ci facciamo conoscere prima, agendo sia da levatrici che da consulenti.

Sempre come consulenti facciamo tanto accompagnamento educativo, che non è più solo misurare e pesare il bambino. Questa figura infatti si è sviluppata molto negli anni, e accompagna la paziente su vari fronti, dando per esempio supporto.

Quindi in generale possiamo dire che le levatrici arrivano prima e le infermiere dopo, ma in situazioni più specifiche o problematiche si può entrare in gioco assieme, partendo sullo stesso binario. Ciò funziona perché è meno stancante anche per la famiglia stessa, è più rassicurante e permette di dare continuità nelle cure.

Intervista numero 2: consultorio materno-pediatrico, 2.06.2016:

D: Potresti descrivermi cos'hai fatto di concreto con la mamma e il suo bambino nei casi che hai seguito personalmente?

R: Nei pochi casi con cui ho collaborato la presa a carico è iniziata prima della nascita. Ricordo un caso in particolare in cui siamo state chiamate durante la gravidanza della ragazza e dalla tutrice. Questa ragazza viveva con la madre, ma la situazione era molto difficile. Io sono appunto intervenuta prima. Mi hanno chiamata, ho spiegato loro la possibilità di accompagnamento. L'idea era appunto quella di seguirla a domicilio regolarmente, vedere lei e il bambino assieme.

D: Durante la tua formazione questo tema è stato trattato? Se sì, cosa si sapeva a riguardo?

R: Durante la mia formazione se ne è parlato, ma poco. Vi è un'associazione a livello svizzero che pubblica regolarmente una rivista. Ricordo che in passato di questo tema, ovvero le mamme adolescenti, se ne è parlato. Bisogna dire che in Svizzera Interna, essendovi proprio delle grandi città, se ne parla di più. Il concetto che cercano di mettere in atto è quello di riunire e mettere in contatto le ragazze madri per far sì che non si sentano sole.

La cosa più difficile che ho potuto osservare anche io nella mia pratica in queste situazioni è l'essere sole. Una sedicenne o una diciassettenne ha ben altro in testa che curare un bambino, no? Vuole uscire con gli amici, fare shopping, studiare e finire la propria formazione.

Una ragazza che ho seguito ha interrotto la propria formazione e aveva intorno a lei amici che stavano andando avanti a studiare.

Una ragazza che ho incontrato subito dopo il parto e che non ha incontrato una levatrice, di 18 anni e anche lei in formazione, si è cercato di sostenerla in tal senso, vedendo cosa si potesse fare per farle terminare la formazione. Ciò che abbiamo riscontrato nella nostra legge è questo: tu come mamma non hai il diritto a un congedo maternità. Con lei sono proprio andata a cercare. Cercavo e credevo di trovare il diritto che c'è anche nel congedo dal lavoro, ma non abbiamo trovato il congedo da studio nella legge.

Questa ragazza non voleva perdere l'anno ma la scuola non le è andata incontro, e per lei ciò ha significato perdere un intero anno. Quindi finché sei sotto apprendistato va bene, ma se vai a scuola a tempo pieno la legge non è lo stessa.

D: Per quanto concerne noi professionisti, quali pensi possano essere le competenze che dobbiamo mettere in gioco quando ci troviamo di fronte a una situazione delicata come questa?

R: Più che altro io trovo sia l'ascolto e il creare empatia. Cercare di capire che è vero che è mamma, che ha un grosso dovere, ma dall'altra parte è anche una situazione che lei non ha voluto. O per lo meno da noi, perché ci sono altri paesi dove diventare madre a 16/17 anni è la cosa più normale del mondo, mentre da noi non è così.

Io penso che non bisogna dimenticarsi di lei come persona e non vederla solo come madre, ma anche come ragazza, come giovane, con tutti i suoi bisogni. Fatto questo, bisogna trovare il modo per far sì che tutte le cose vadano bene. In che modo? Sostenendola in tutto, dagli aspetti fisici a quelli finanziari.

D: A livello culturale si nota come vi siano delle grandi differenze su questo tema. Le situazioni di cui mi parlavi avevano aspetti culturali o religiosi particolari?

R: Tutte le ragazze madri che ho incontrato erano di nazionalità svizzera, quindi effettivamente no, non c'era l'aspetto culturale nelle loro storie.

D: Secondo te in queste situazioni, facendo riferimento al rapporto mamma-bambino, intercorrono più fattori di rischio?

R: Io credo che dipende tanto dal rapporto che la ragazza ha con la propria madre o i propri genitori. La famiglia che sta alle spalle della ragazza può determinare il cammino su vari fronti, quindi parliamo anche di risorse economiche e della volontà dei genitori di condividere con la figlia appena divenuta mamma.

Ci sono famiglie che proprio ci tengono che la figlia abbia una vita tra virgolette normale e di conseguenza fanno grandi sacrifici per lei. Altre volte invece le situazioni sono più instabili e meno chiare. Quindi la famiglia può in tal senso essere già lei di per sé un fattore di rischio.

La mamma della ragazza e la sua presenza in questo percorso può essere davvero un fattore protettivo. È anche molto una questione di responsabilità, da condividere però in modo appropriato, perché altrimenti per il bambino sarà la nonna ad essere la sua mamma e anche questo certamente non va bene. In sostanza, dipende tutto molto dalla famiglia che hai.

D: Per concludere, questa coppia levatrice ed infermiera, che si occupano dello stesso macro-focus, cioè della salute della mamma e del bambino: A tuo avviso, qual'è il ruolo dell'infermiera in questa diade?

R: Pensando ad adesso, nella nostra realtà, la ragazza vede forse più spesso la levatrice e soprattutto già da prima. Per quanto riguarda la mia esperienza però non è stato così: non si è chiamata la levatrice perché si è pensato soprattutto alla costruzione del legame e quindi di evitare di legare con una persona e poi dover ricostruire un rapporto di fiducia con un'altra. Staccare la ragazza e la sua famiglia per andare a cercare di ricostruire un nuovo legame è meglio evitarlo. Noi infatti possiamo aver un ruolo sin dall'inizio.

Bisogna poi ricordare che la levatrice è limitata al primo anno, mentre noi possiamo proseguire il contatto fino a che il bambino non ha 3 o 4 anni. Quindi volendo possiamo da subito creare davvero un grande legame con la famiglia. Ciò ha molto senso soprattutto

sul lungo periodo. Quindi credo che i due ruoli nella realtà non siano così differenti come si crede.

Entrambe le professioni comunque non vogliono sostituire la mamma nel prendersi cura del bambino ma vogliono insegnare ad osservare, a decidere.

Questo è appunto il nostro ruolo: accompagnare e sostenere. Ma alla fine è lei che fa. Ecco, qui le due professioni non si differenziano ma se mai collaborano.

Il ruolo del consultorio è cambiato molto negli ultimi 20/30 anni. Prima si curava molto, ci si sostituiva ai pediatri. Oggi oltre a questo c'è soprattutto l'educazione, dare le competenze.

Sarebbe corretto affermare che le levatrici seguono molto la mamma, mentre il consultorio segue più il bambino.

Bisogna ricordare che le levatrici sono nella prima parte, tre visite dopo la nascita, e noi le seguivamo dopo. Questo fino all'anno scorso. Il compito per entrambe era un po' lo stesso, sulla stessa strada, su mamma e bambino. Vi è stata molta collaborazione soprattutto sulla depressione postpartum. Da giugno-maggio dell'anno scorso la legge dice che la levatrice, senza prescrizione, può seguire una mamma fino ad 8 settimane. Ma dopo basta, entrano in gioco le infermiere.

Loro sì che sono all'inizio del percorso di nascita e intervengono anche prima della nascita, ma come possiamo fare noi; non per nulla abbiamo seguito una formazione sia sulla mamma che sul bambino.

D: Per avere un'idea, quando arrivate voi infermiere nel "dopo"?

R: In situazioni particolari, come una mamma adolescente, entriamo in gioco prima. Questa è una cosa che abbiamo concordato con la levatrice. Il concetto è fare un passaggio assieme.

Di solito la levatrice è la persona di fiducia della mamma nel post parto, ma appunto, in situazioni particolari e per essere credibili in tutti i sensi, è giusto farsi conoscere prima ed entrare in gioco insieme. È inutile che la levatrice dia il nostro numero alla mamma dicendole di contattarci in caso di bisogno, perché vorrebbe dire che la mamma non ci contatterà mai.

D: Quindi la peculiarità rispetto ad una neomamma adulta è un po' questo binario comune tra infermiera e levatrice, con una presa a carico più tempestiva?

R: Sì. Devo dire che questo avviene in tutti i casi difficili. Questo è uno dei casi difficili, particolari. Noi vediamo il bambino e la mamma, questo sì.

Intervista numero 3: servizio cure a domicilio pediatriche, 3.06.2016:

D: Confrontando una mamma adulta con una adolescente, secondo lei ci possono essere delle differenze?

R: Non è facile rispondere. Una cosa che bisogna dire e che può fare la differenza sono le paure che noi professionisti possiamo avere quando andiamo incontro alla mamma giovane. Magari parlano troppo i nostri pregiudizi. Dopo, quando hai questa mamma di fronte, vedi davvero chi hai davanti e vedi la persona. Magari è una mamma molto giovane, però comunque assolutamente cosciente. Magari vi sono delle cose a cui noi diamo immensa importanza mentre la ragazza le può vivere come più superficiali. Però alla fine quello che noi guardiamo è che il bambino sia ben accudito. Questa è la cosa più importante.

D: Cosa fate?

R: Quello che facciamo è vedere la rete che ha la mamma e gli appoggi che può avere, valutare il carico che lei si sente,...cioè, in altre parole, vedere a che punto è. Se questa giovane mamma ha sua mamma vicino o ha una buona rete sua, solida, noi facciamo i nostri controlli. Ma una volta che vediamo che la cosa è stabile va lasciata, noi ci ritiriamo, dicendo comunque che ci siamo sempre e che può chiamarci per qualunque cosa.

La gioventù non vuol dire davvero niente. Infatti abbiamo avuto delle mamme mature che erano tra virgolette un disastro totale. Magari mamme che hanno fatto sacrifici per avere questo bambino, ma che dopo hanno avuto un sacco di ostacoli.

D: Pensando al passato, lei si ricorda concretamente che cos'ha fatto o qualche particolarità?

R: Particolarità forse no. Ciò che si è fatto è vedere concretamente i bisogni della mamma, com'è lo stato della mamma. Ecco, forse la particolarità che mi viene in mente è vedere se ha bisogni di tipo finanziari. Ricordo che, sempre con l'accordo della mamma, si è messo a contatto una giovane con l'assistente sociale, una figura importante in questi casi.

Per noi in primis c'è sicuramente il benessere di mamma e bambino, senza però dimenticare l'importanza della collaborazione sul territorio, ad esempio con il consultorio materno.

Abbiamo avuto una giovanissima mamma che aveva molta paura, molta ansia, perciò abbiamo contattato anche una psicologa pediatrica.

Quando si ha di fronte una mamma giovane è importante vedere chi è davvero questa donna, ma anche vedere se c'è il suo compagno e cercare di rinforzare i due anelli dal primo giorno.

Una cosa che ho visto e che potenzialmente può creare tanti problemi è lasciare la ragazza sola. È vero che noi donne siamo forti, ma in certe situazioni limite non sai come muoverti e cosa fare. Quindi non lasciarla mai da sola è cruciale.

D: Pensando alla sua formazione e confrontandola con il presente, è un tema di cui si è sempre parlato?

R: Personalmente sì, durante la mia formazione a Zurigo ho ricevuto informazioni al riguardo. Ho lavorato anche sei mesi in sala parto e maternità, e questo tema l'ho vissuto. Un aspetto che con gli anni mi sono resa conto che è sempre mancato in questo accompagnamento è stato il coinvolgimento del partner, vuoi perché non c'era o vuoi perché il personale sanitario non l'ha abbastanza preso in considerazione.

In questi situazioni, come nelle altre d'altronde, il papà è fondamentale. La partenza e i primi giorni devono essere in comune. Questa idealmente è la situazione ottimale.

D: Quali pensa possano essere le competenze e le attitudini più importanti da adottare in questi casi?

R: Secondo me le competenze più sociali. Essere umili, educate, non volersi mettere in primo piano, non fare le saputelle ed essere capaci di attuare l'empatia. Tutto questo vale più della tecnica. Essere chiari su chi siamo e non giudicare mai, anche se siamo infermiere da 20 anni, visto che la persona che abbiamo davanti è una persona che non conosciamo ancora.

D: Pensando sempre a queste giovani mamme con cui ha collaborato, secondo lei erano presenti anche dei fattori culturali?

R: Ricordo che erano tutte ragazze di origine svizzere, mentre adesso abbiamo una coppia di un paese africano, molto giovani e molto carini. Con loro è stato importante capire che sul processo della crescita vi è una differente mentalità, ma questo è stato un click che abbiamo dovuto attuare giustamente noi e non loro. Lo abbiamo visto sin da subito nelle primissime cose, come nell'alimentazione del neonato, che ci sono grandi differenze. Abbiamo lavorato, come facciamo con tutti, con le risorse della coppia.

D: Ha percepito maggiori fattori di rischio in queste neomamme adolescenti?

R: No, non necessariamente. Ho vissuto tutte situazioni normali. Dove non c'è una patologia della mamma, come una tossicodipendenza o una depressione, non vi sono fattori di rischio in più.

D: Cosa mi può dire invece a proposito del processo di attaccamento tra mamma e bambino?

R: Qui è molto importante il momento esatto in cui il bambino nasce, nel quale noi personale dobbiamo essere attenti. Pensando al momento del parto, dobbiamo vedere la donna e i suoi bisogni, ma dobbiamo anche far sì che il bambino si attacchi il più presto possibile al seno, e sostenere la mamma nelle sue decisioni. È un momento troppo importante e noi dobbiamo agevolarlo. Per creare la relazione i primi giorni sono tutto.

D: Focalizzandoci sulle levatrici e le infermiere, che idealmente dovrebbero collaborare, cosa accade nella realtà e quali sono i compiti ?

R: Nella realtà oggi le levatrici vanno a casa della paziente subito e spesso purtroppo non annunciano questi casi. Purtroppo c'è poca collaborazione.

In questi casi trovo che le levatrici dovrebbero avvisare noi e allo stesso tempo la mamma, presentando il nostro servizio piuttosto che un consultorio materno-pediatrico, e magari segnalarlo anche al pediatra.

Il senso sarebbe quello che la professionista che arriva per prima in queste situazioni non faccia solo il suo lavoro e poi se ne torni a casa, ma costruisca una rete di sostegno.

Queste situazioni sono fragili e hanno bisogno di più figure. L'infermiera pediatrica, se inserita in questo contesto fragile nei primi mesi di vita del piccolo, potrebbe avere una visione dell'insieme, su tutto, e quindi anche sulla mamma.

Intervista numero 4: consultorio materno-pediatrico, 7.06.2016:

D: Dal vostro punto di vista, in quanto professioniste, vi è capitato di notare delle differenze tra una neo mamma adulta e una neo mamma adolescente?

R: Ci sono sempre delle differenze. Ce ne sono anche tra una mamma giovane e una in età più avanzata, ma non per forza sono negative. Si possono trovare delle caratteristiche positive e negative in entrambi i casi, però sì, spesso c'è una differenza.

D: Cos'avete fatto concretamente con queste ragazze giovani e quali sono state le peculiarità nella presa a carico?

R: La nostra presa a carico si è differenziata non tanto per via dell'età, ma per il fatto che erano da sole. Già una donna sposata, con una famiglia, all'arrivo di un bebé affronta un grande cambiamento. Soprattutto nelle mamme che hanno alle spalle un gran percorso formativo, una carriera perfetta, molti amici, una regolarità... e una volta che arriva un bambino la vita prende una svolta molto diversa. Quindi, se già è impegnativo in una situazione dove ci sono delle risorse, che potrebbero essere anche solo quelle del marito, se la mamma è sola il tutto si ingigantisce e spesso c'è questo bisogno di essere accompagnate. Le difficoltà aumentano, pensiamo anche solo all'essere sola di notte. Non è sempre facile.

D: Pensando alla sua formazione e alla sua équipe, è un argomento di cui si parla e che viene trattato?

R: Se ne parlava, se ne parla e se ne parlerà sempre. Se ne è parlato soprattutto in team, anche perché il lavoro non è individuale. È un lavoro di rete e si lavora insieme su tutto il territorio. I bisogni delle famiglie li si scoprono tutti insieme. Quindi si sa che se una mamma è molto giovane e in più è sola ha bisogno di determinate attenzioni e agganci. Oggigiorno, anche e soprattutto per questioni e aspetti economici, bisogna capire anche lì, in équipe, se una persona è organizzata o se bisogna organizzare qualcosa e dare una mano, se deve essere agganciata ai servizi sociali piuttosto che ad un supporto psicologico o, ancora, ad una visita in più. Tutto il lavoro è molto collegato e di conseguenza non ci prendiamo a carico solo il bambino o la mamma, ma l'insieme.

D: Lei, in quanto infermiera, pensa che bisogna avere delle specifiche competenze con questa casistica di mamma?

R: Di per sé la casistica fa parte delle particolarità delle famiglie con maggior problematiche che normalmente ci prendiamo a carico, quindi non ci vogliono competenze in più. Le capacità e le competenze le acquisisci lavorando sul territorio a poco a poco e in situazioni più o meno complesse. Imparando a poco a poco le competenze sul territorio, si arriva poi a riuscire a prendersi a carico queste situazioni più complesse. Al giorno d'oggi, la segnalazione di una mamma molto giovane o di una mamma sola, fa parte di una normale presa a carico. Forse questo è dovuto al fatto che la nostra équipe collabora da anni e anni, quindi alcune situazioni le abbiamo incontrate più di una volta.

D: Dall'esperienza che ha maturato, pensa che ci siano delle considerazioni culturali riagganciabili al tema?

R: Abbiamo visto di tutto a livello culturale, sia mamme che venivano dall'estero che mamme ticinesi. Ad esempio abbiamo avuto mamme che venivano dall'Eritrea, con un percorso molto particolare e che arrivavano da sole, con o senza già il bambino, magari all'ultimo mese di gravidanza. Come abbiamo seguito ragazze di qua, abbiamo affrontato anche donne con culture diverse, e di per sé non penso che a livello culturale si possa delineare una casistica particolare. Abbiamo lavorato davvero su vari fronti a livello culturale ed effettivamente, se mettiamo in rapporto età molto piccole, neomamme... le componenti sono davvero diverse. Anche tra formazione, ceto sociale,... la varietà è molto ampia e non abbiamo mai visto nemmeno qui una particolare sottocasistica specifica.

D: In questi casi appena citati ha percepito maggiori fattori di rischio, sia per quanto riguarda la mamma che per il bambino?

R: Assolutamente sì, come già solo il fatto di essere delle mamme sole, già solo questo un fattore di rischio. Poi non per forza va male piuttosto che bene. Abbiamo avuto esperienze infatti dove tutto è andato benissimo, dove la mamma si è presa a carico il bebé in un modo molto bello e dove c'è stato un attaccamento molto buono e un percorso di crescita insieme molto, molto bello. Però ecco, si sa che vi sono dei fattori di rischio, bisogna tenerlo a mente e riconoscerlo.

D: Quanto influisce tutto ciò nell'attaccamento tra mamma e bambino, sapendo che il primo periodo è importantissimo?

R: Se penso ai casi dove la mamma non ha particolare patologie come può essere una dipendenza, l'attaccamento è stato davvero molto forte. Nel senso che c'è stato un attaccamento molto importante dove la mamma si è presa a carico il bebé per sé e anche per chi avrebbe dovuto farlo attorno a lei. Potrei farti l'esempio di una mamma che ha avuto questo bebé mentre il papà era in un paese straniero e nel post parto non era presente. La situazione era quella di una mamma sola, con questo papà che c'è ma non c'è. Qui l'attaccamento è stato fortissimo tra mamma e bambino. Si vede molto la differenza di quando il papà non c'è. Se pensiamo al rapporto con un papà che arriva dopo e che non è subito presente, l'attaccamento con il bambino sarà molto differente.

Poi ho visto dei casi dove la ragazza, magari ancora in formazione, viveva ancora con i genitori, e in questi casi la nonna è diventata la figura di attaccamento del bambino. Sia perché la mamma, per via della formazione, era piuttosto assente, sia perché la nonna ha prevalso sulla situazione e quindi si è occupata più lei del bambino. Qui la nonna è diventata la mamma di riferimento. Il discorso che in queste situazioni ha complicato la cosa è stato che tutti e tre erano nello stesso nucleo. E qui la domanda è stata: chi si deve occupare di cosa? Qui la nonna è andata a tamponare le problematiche, a fare in modo che tutto andasse bene e che tutti avessero tutto, occupandosene in certi casi anche troppo per essere la nonna.

D: Per quanto riguarda la diade levatrice-infermiera, per una presa a carico a 360°, come funziona il tutto e dove ci collochiamo noi in questi casi?

R: In questi casi dipende davvero molto quando ti prendi a carico la famiglia. Nel senso che si sa che, dalla nascita ai primi due mesi, di per sé sia una levatrice che un'infermiera materno pediatrica possono occuparsi sia della mamma che del bambino. È vero che la levatrice conosce bene e segue la mamma anche prima della nascita e quindi ha un certo rapporto con lei, fa parte di questo nucleo. Rispetto a qualche anno fa noi tendiamo ad arrivare un pò dopo, cioè quando il bambino ha uno, due o tre mesi, ma come dici tu in questi casi particolari il percorso può essere diverso. Le infermiere possono allacciare un rapporto già prima del parto, sia in queste situazioni che in altre più labili.

Devo dire che di per sé le competenze non sono tanto differenti in una professione rispetto all'altra. Con le levatrici abbiamo collaborato insieme in situazioni molto particolari dove c'era bisogno di seguire la mamma giornalmente. Abbiamo creato un'alleanza per far sì che un giorno andasse l'infermiera e un giorno la levatrice.

È chiaro che per la mamma, che ha conosciuto la levatrice prima e durante il parto, questa figura è molto importante. Appunto per questo, in casi come si diceva prima particolari, se si vuole creare una buona presa a carico e un buon rapporto di fiducia anche con il personale infermieristico, bisogna entrare in gioco e farsi conoscere prima. È un periodo molto importante quello prima e durante la nascita e nelle primissime settimane. Trovo che non ci sia, così per dire, una figura che svolga una presa a carico meglio o peggio in questo periodo. L'importante è, dove necessario, collaborare.

Per me la cosa più importante è che la ragazza sappia che non è sola, ma soprattutto che non è solo la levatrice che può seguirla, ma che ha una rete intorno a lei, di cui anche noi come professioniste ne facciamo parte. Per noi la collaborazione è facilitata dal fatto che

siamo un servizio che lavora sul territorio e il resto della rete ci conosce e riconosce, come in questi casi.

Intervista numero 5: levatrice indipendente, 14.06.2016:

D: Dal tuo punto di vista, facendo riferimento a una mamma adolescente e una adulta, quali sono le diversità principali?

R: Dipende però cosa intendiamo anche per adulta, cioè se adulta o attempata. Adulta è una donna di 30 anni, mentre per attempata intendo una donna dopo i 40 anni. Ecco, qui vedo una grande differenza. Vedo anche una differenza se parliamo di una ragazza adolescente molto giovane o di una donna sopra i 30 anni.

Lo sguardo invece dal punto di vista della mamma... anche qui dipende. Non è detto che questa donna in base all'età veda le cose in modo differente. Dipende dalla ricerca della maternità e anche per cosa è arrivata questa maternità, ma anche da come è stata accettata e vissuta. Ecco, mi è difficile generalizzare.

D: Se pensi a dei casi che hai avuto di maternità e mamma adolescente, cos'è stato fatto?

R: Generalmente si parte dalla gravidanza. Bisogna dire che i ginecologi sono abbastanza sensibili sull'argomento, quindi se vedono una ragazza in una fascia d'età dai 15 ai 20 anni, insomma, ci contattano. Certo, innanzitutto loro indagano: si informano sulla cultura, se ha un compagno, una relazione stabile o è sposata, perché nessuno vieta ad una ragazza di 18 anni di sposarsi. Dopo tutto questo, generalmente, viene chiesto a noi levatrici di vederla qualche volta durante la gravidanza. Questo avviene soprattutto perché magari da loro in studio alcune dinamiche non si comprendono. Il nostro intento durante la gravidanza è quello di capire innanzitutto come funzionano le cose a livello sociale e familiare, ad esempio scoprendo se ha una relazione stabile, un compagno e se ha un progetto di vita futuro. A tal proposito mi vengono in mente due ragazze che hanno dovuto interrompere gli studi. Da ultimo valutiamo anche se c'è, o ci sarà in seguito, una famiglia alle sue spalle.

Tutto ciò ha lo scopo di attivare tutta una rete sociale che è anche quella per gli aiuti, come degli assegni per la prima infanzia, e vedere di che cosa avrà bisogno effettivamente questa ragazza.

Tutto questo discorso mi fa venire in mente dei casi completamente diversi. Sto pensando a tre ragazze, tutte e tre della stessa identica età, una delle quali ben radicata, con una relazione stabile, dove questo bambino non è stato cercato, però erano molto felici che

fosse arrivato. Un altro caso invece riguarda una ragazza che era nel pieno della sua formazione quando è arrivata la gravidanza, ed è stato un grande scambussolamento. Però dietro c'era una bella famiglia, un ragazzo affidabile, e tutto è andato perfettamente. Il terzo caso è stato uno sfacelo, un disastro completo su tutta la linea, tanto che il tutto è andato a finire in un affido. Insomma, non è stata una situazione molto semplice.

D: Se pensi alla tua formazione e al tuo passato come professionista, questo è un argomento di cui se ne parla e se n'è parlato?

R: Se ne parla poco. Se penso alla mia formazione ricordo che avevo il mio capitoletto sulla gravida adolescente, ma era molto incentrato sul punto di vista sanitario, soprattutto sui rischi maggiori che potrebbe incontrare, quindi solo su discorsi medicocentrici.

Ora c'è da dire che l'incidenza cantonale è bassa, anche se di casi ce ne sono. Diciamo che probabilmente si ricorre a qualcosa prima. Ecco, quindi di questo no, non molto. Certo che magari a livello sociale non è una cosa molto conosciuta, ma noi professionisti la conosciamo. Sulla statistica non ne ho tanti tutti gli anni, ma non ne ho neanche zero. Quindi, come ho una donna di 46 anni in piccola percentuale, così ho anche la ragazza molto giovane.

Che poi, quando parliamo di ragazza giovanissima, io nella mia carriera ricordo pochissimi episodi. Però sinceramente, visto che oggi i tempi si stanno dilatando, le formazioni non finiscono più e l'autonomia arriva dopo, a 17 anni non è che cambi qualcosa. Diciamo che i 17 di oggi sono un po' i 12 di prima, anche se magari emotivamente sei un po' più matura, ma non cambia moltissimo.

D: Pensando a noi professionisti della salute, quali pensi possano essere le competenze fondamentali da avere così da aiutare queste ragazze?

R: Di competenze ce ne vogliono tante e fin dall'inizio, dall'ospedale. A me in ospedale è capitato di sentire delle consegne dove si diceva: "sì, è giovane, però è carina e ci sa fare". Per me questo non è un commento. Cosa significa? È chiaro che avrà più difficoltà, ma non perché è giovane. Il fatto che è giovane di per sé può anche avere dei risvolti positivi, può essere geniale! I grandi problemi nascono quando si cerca di avere figli dopo i 30 anni. Però, per il fatto che la situazione non è stabile, probabilmente non ha un lavoro e deve ancora costruirsi la sua vita, ecco che ci saranno delle problematiche in più per questa donna che è diventata madre. È anche vero che se parlo di una ragazza di 15 anni non per forza siamo ancora in una fase biologica per avere figli.

Ci vogliono però soprattutto delle competenze per il dopo, per valutare la relazione tra donna e bambino e l'insieme. Ci sono dei casi che ho visto in cui la nonna era molto presente, ma chi è diventata la mamma in questi casi? Ho visto situazioni in cui la nonna ha preso veramente il posto della mamma per diversi motivi: o perché la mamma era un po' latitante o perché la ragazza ha ricominciato, giustamente, a studiare.

Ecco che qui bisogna avere delle competenze per valutare i bisogni del bambino. In queste situazioni c'è sempre di mezzo un bambino, e i bambini sono uguali, hanno tutti gli stessi bisogni, come quelli di attaccamento, di figura primaria e d'imprinting.

Le competenze fondamentali stanno nel valutare la globalità, non solo di giovani e mamme, ma di tutta la situazione nel suo insieme.

D: Rispetto alle differenze culturali e all'adolescenza, cos'hai vissuto o visto rispetto alle neomamme?

R: A dirti la verità i casi che ho seguito erano tutti indigeni, o comunque di donne del posto. Se parlo di gravidanze molto giovani, non penso alla cultura.

Devo anche dire che se penso alle mie pazienti un po' più grandicelle, dai 19 ai 21 anni, ho avuto sì dei casi con culture molto differenti, ma mentre lavoravo con loro non sentivo questa cosa e nemmeno ci pensavo, perché era una cosa talmente normale che la sentivo e la vivevo anche io. Magari era sposata, con un certo tipo di formazione e ben radicata che in quel momento di vita hanno accolto e voluto un bambino. Ecco, un discorso totalmente differente, però appunto per dire come lo vivevo anche io. Questa era la loro vita. Quando è un desiderio della coppia anche io dall'esterno l'ho vissuto in modo differente, la percezione è diversa, ben sapendo che l'aspetto anagrafico dà all'occhio. In fondo, è come qua qualche anno fa.

D: Nelle situazioni che hai visto, hai percepito maggiori fattori di rischio, fisici e sociali?

R: I fattori di rischio per il bambino sono ampiamente riconosciuti: sicuramente le malformazioni, molto frequenti da mamme ai due estremi delle età.

Poi, secondo me, i fattori di rischio dipendono anche molto dai fattori e dal livello socio-culturale. Poi anche dalla tua formazione e dall'accedere o meno a centri di pianificazione familiare, sapere che ci sono, che puoi andare a chiedere aiuto e sostegno. Dipende anche magari dall'inibizione data dal tuo nucleo familiare.

Che poi, una mia critica ai centri di pianificazione familiare è che spesso la prevenzione è repressione. C'è la pillola del giorno dopo, c'è l'aborto. Ecco che però c'è anche un'altra

possibilità. Forse dovrebbero mostrare tutto, il vero ventaglio. Non che io sia contro l'aborto.

Ecco appunto, tutto questo fa tanto. Se una ragazza è ben inserita e riceve una formazione, fa e farà i dovuti interventi di prevenzione. Conosce bene il territorio e non ha paura di andare dove possono aiutarla. Perché le pianificazioni familiari entrano nelle scuole e quindi la ragazza, in teoria, dovrebbe conoscere questo servizio, sa che lei può accedervi.

Poi però ci sono anche ragazze con quelle famiglie che possono mettere paura. In questi casi spesso la ragazza inizialmente non si confida e riferisce della gravidanza tardi, magari portandola avanti solo perché ha passato le 25 settimane. Ecco, quello è il problema: non è voluta. Di storie di ragazze che hanno negato la gravidanza fino al momento del parto tutte noi ne abbiamo vissute. Qui i conflitti familiari sono ampiamente riconosciuti, enormi. In queste famiglie le ragazze non possono parlare di contraccezione o sono intimorite da questo. Questo penso che sia un fattore di rischio.

D: Guardando la cosa al contrario, pensi che ci siano delle risorse che la ragazza può avere o che noi possiamo trasmettere in queste situazioni?

R: Sicuramente per me delle risorse sono i pediatri. Penso che i pediatri debbano seguire i ragazzi fino a 16 anni. Questo è molto poco utilizzato. Io ho sentito spesso e volentieri delle mamme che dopo i 10 o 11 anni non portano più i loro bambini dal pediatra. Peccato, ci vorrebbe un'educazione su questo tema. Vanno bene le vaccinazioni e le malattie esantematiche, ma se ti trovi di fronte una giovane donna o un ragazzo di 14 anni dovresti veramente lavorare. Ecco, ci vorrebbe un programma che parta da lì, perché in quel momento tu stai parlando con un adulto, la mamma aspetta fuori, e questo è molto importante per garantire una certa privacy. Sei davanti ad una persona nella quale hai fiducia, perché i ragazzi hanno fiducia nel pediatra che l'ha visto e seguito da quando è piccolo. Io sfrutterei tutto questo in primis come risorsa per far fronte ad una gravidanza in età giovanile. Una gravidanza, anche qui diciamo, non desiderata. In fondo è proprio questo il problema, cioè non solo l'età, ma il fatto di non essere voluta.

A proposito di questo, bisogna dire che a 14 anni il problema è l'età e il fatto che non sia desiderata. A 20 anni invece il problema non è l'età, ma rimane comunque il fatto che non sia desiderata.

Nella mia carriera ho avuto un sacco di donne che non hanno desiderato la gravidanza, magari soprattutto in quel determinato momento, ma questo non vuol dire niente quando

nasce il bambino, e anche questa è una grande cosa. Ho visto donne in una fase conflittuale dire: “non era adesso il momento, non lo volevo”. Ma questo non ha tolto niente nella sua relazione con il bambino, ed è dato dal potere grandissimo della maternità.

Viceversa, anche le gravidanze ultra ricercate con le varie inseminazioni lasciano una polarità ai genitori grandissima, un’ambivalenza. Non è detto che una gravidanza iper ricercata poi dia una madre 100 e lode, non è una garanzia.

D: Per quanto riguarda il processo di attaccamento tra mamma e bebé con questa giovane mamma, secondo te le difficoltà sono maggiori o minori?

R: Se tu stimoli l’allattamento, i primi mesi sono a carico della mamma per forza, non c’entra la nonna. Probabilmente dopo la ragazza riprenderà con la sua vita, magari con gli studi, ma qui parliamo dopo un anno. In generale però nell’attaccamento io non vedo nessun fattore di rischio per una giovane ragazza: dipende da quello che uno ha nel cuore, di quello che uno ha capito. Io spesso noto che una ragazza più è giovane e più capisce queste cose. Quando io vado a dire ad una quarantenne che è importante che si tenga il suo bambino addosso, spesso lei non lo attua, questo perché ha dei retaggi culturali già molto forti. Ma questo avviene anche semplicemente con una donna realizzata, che ha fatto, che ha l’età giusta.

Ecco, la maggior parte delle volte mi è apparso più semplice lavorare in tal senso con una giovanissima. Non so se è perché è più aperta o ha meno costruzioni attorno, ma se le dici che quella cosa è importantissima, lei la farà. Poche volte ho avuto problemi di allattamento con ragazze giovani, con loro le cose vanno, c’è un’accettazione maggiore e non ho mai capito perché. Se sei più plastica, hai meno retaggi o meno cornici.

L’imprinting è centrato sul contatto fisico, pelle a pelle, occhi a occhi, l’allattamento. Nella ragazza su queste cose non c’è alcun problema.

D: Pensando alla coppia in rete levatrice-infermiera e a tali situazioni nel post parto, com’è funzionata la collaborazione e quali sono stati i ruoli?

R: Diciamo che funziona in modo uguale in tutti casi, anche se è vero che più il caso è complesso più vi saranno magari strade un po’ diverse.

In un caso standard dove non ci sono problematiche, noi levatrici vediamo tutte le mamme che vanno a casa e poi passiamo le informazioni, tutte, alle infermiere del consultorio.

In situazioni così, con una ragazza molto giovane, di solito io dò l'autorizzazione a intervenire prima. Se in casi normali noi stiamo accanto alla mamma per il primo mese o mese e mezzo, in questi casi sono più pressante, soprattutto nei confronti della mamma, nel senso che non lascio tanto la possibilità a lei di chiamare le infermiere ma magari lo faccio io. Questo perché io ho proprio bisogno di sapere che ci sarà qualcun altro in questo primo periodo che andrà e vedrà.

La grande possibilità che noi due professioni abbiamo è proprio quella di entrare in casa, una cosa molto diversa dal lavorare fuori.

Diciamo che prima che la ragazza partorisca non ci è mai capitato di anticipare nulla ai consultori per via dei nostri mandati.

Lavoro di Tesi approvato in data:/...../.....