

SUPSI

Scuola Universitaria della Svizzera Italiana – SUPSI
Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale DEASS
Corso di Laurea in Cure Infermieristiche

Il ruolo infermieristico nella gestione di pazienti tossicodipendenti in gravidanza

Lavoro di Tesi
(Bachelor Thesis)

di

Angelica Mauroner

Direttore di Tesi: Vincenzo D'Angelo

Anno accademico: 2022/2023
Luogo e data di consegna: Manno, 6 agosto 2023



*Dedico questo lavoro di Tesi alla mia dolce e amata nonna, mancata inaspettatamente al nostro affetto durante l'ultimo anno del mio percorso universitario.
Da sempre, e per sempre, mia prima e indiscussa sostenitrice.*

7.12.1940 – 10.12.2022

ABSTRACT

Introduzione:

La gravidanza è quasi sempre considerata uno dei periodi più magici nella vita di una donna. In concomitanza ad essa difficilmente viene tollerato un disturbo di tossicodipendenza, eppure possono essere due condizioni coesistenti. Per questo motivo, ho deciso di trattare il tema del ruolo infermieristico nella gestione delle pazienti tossicodipendenti in gravidanza, affrontando tutte le sue peculiarità.

Obiettivi:

I principali scopi del lavoro sono quelli di scoprire quanto il fenomeno sia frequente all'interno dei servizi sanitari ticinesi indicati, comprendendone l'organizzazione. D'identificare l'iter terapeutico messo in atto per rispondere adeguatamente ai bisogni delle donne tossicodipendenti e dei loro neonati. Infine, di analizzare i vissuti, le emozioni e le opinioni del personale infermieristico implicato, capendo anche quanto sia presente il concetto di stigma e quanto influisca sulla presa a carico.

Metodologia:

La parte iniziale del lavoro è costituita da un approfondimento teorico e successivamente da una ricerca qualitativa sottoforma di interviste a cinque infermieri del settore che operano sul territorio in servizi per le dipendenze, di maternità e di neonatologia.

Conclusioni:

Dalle interviste affrontate ci sono dei punti che accomunano le diverse esperienze lavorative, ma le rendono interessanti per gli elementi che le differenziano. Le istituzioni in questione prestano servizi diversi a pazienti con bisogni comuni, da un lato viene evidenziato l'aspetto della gravidanza e dall'altro quello della tossicodipendenza. Dall'indagine emerge come la professione infermieristica comporta la messa in gioco di numerose conoscenze e competenze, ma anche la necessità di un indirizzamento più sistemico delle cure a questo genere di casistica.

Parole chiave:

drug, addiction, substance abuse, pregnancy, newborn, nursing, polysubstance use disorder, stigma

Indice

1. Introduzione	2
1.1. Motivazioni	2
1.2. Descrizione del tema	2
1.3. Domanda di ricerca	4
1.4. Metodologia	4
1.5. Obiettivi	5
2. Quadro teorico del tema	6
2.1. La persona tossicodipendente	6
2.2. La politossicodipendenza	8
2.3. La tossicodipendenza femminile	8
2.4. Gravidanza, parto e puerperio... in una parola: maternità	9
2.5. La (poli)tossicodipendenza associata alla gravidanza	10
2.6. Conseguenze fetali e neonatali	12
2.7. Lo stigma	13
3. Indagine	15
3.1. Applicazione pratica della metodologia d'indagine	15
3.2. Descrizione dell'indagine	15
3.3. Analisi dell'indagine	29
3.4. Supporto teorico all'indagine	32
3.4.1. Riduzione del danno e competenze al consumo	32
3.4.2. Multidisciplinarietà e interdisciplinarietà	32
3.4.3. Negazione della gravidanza e gravidanza isterica	32
3.4.4. Il ciclo della violenza	33
3.4.5. Conseguenze cerebrali dell'abuso di sostanze	34
3.4.6. Terapia metadonica	34
4. Implicazioni infermieristiche	35
5. Conclusioni	37
6. Ringraziamenti	39
7. Bibliografia	40
8. Allegati	45
8.1. Trascrizioni interviste	45
8.1.1. Trascrizione intervista nr.1 – Servizio per le dipendenze di Ingrado	45
8.1.2. Trascrizione intervista nr. 2 – Reparto di maternità della Clinica Sant'Anna	51
8.1.3. Trascrizione intervista nr. 3 – Reparto di neonatologia della Clinica Sant'Anna	55
8.1.4. Trascrizione intervista nr. 4 – Servizio per le dipendenze Antenna Icaro	57
8.1.5. Trascrizione intervista nr. 5 – Reparto di maternità della Clinica Sant'Anna	64
8.2. Punteggio di Finnegan	69

1. Introduzione

1.1. Motivazioni

Al fine di ottenere il Bachelor in Cure Infermieristiche, il percorso triennale della Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI) si conclude con l'elaborazione del lavoro di Tesi. Uno strumento che ha lo scopo di unire gli apporti teorici e metodologici al futuro mondo lavorativo, affinché durante la pratica professionale venga agevolata la ricerca di proposte utili e documentate.

La scelta dell'argomento non è stata particolarmente semplice e, nonostante l'enormità di temi riguardanti l'assistenza infermieristica, e alcuni di essi già trattati, si ricerca la novità. Sono giunta al tema decisivo grazie all'esperienza lavorativa e personale vissuta all'interno di un reparto di maternità e grazie anche al forte coinvolgimento maturato durante il secondo stage SUPSI presso un reparto per le tossicodipendenze.

Fin dal termine delle scuole medie ho sentito il desiderio di intraprendere l'indirizzo di ostetricia. Dopo uno stage di sei mesi in maternità, previsto dal mio precedente percorso formativo e dove per altro vi sono state partorienti tossicodipendenti, ho sempre più meditato su quest'idea. In particolare, non ho mai dimenticato il caso di una giovane donna eroinomane, in fase di disintossicazione con terapia metadonica, che partorì una bellissima bambina. Ricordo ancora con facilità l'agitazione dei neonati nati da donne fumatrici accanite. Dopo quell'esperienza, ho sempre abbracciato l'ambito della maternità.

Nonostante le difficoltà affrontate nel tentativo di accedere a una scuola di ostetricia fuori Cantone, dovute soprattutto a barriere linguistiche, prima di iniziare la SUPSI non avevo ancora trovato un ambito sanitario che mi piacesse e interessasse tanto quanto la maternità. Finché non mi sono imbattuta nella psichiatria, in particolare nella cura delle tossicodipendenze. Ho sempre avuto una certa sensibilità rispetto alle persone con problemi di dipendenza da sostanze.

Con l'esperienza vissuta nel settore psichiatrico, e in vista del terzo e ultimo anno scolastico presso la SUPSI, ho pensato che l'unione di questi due temi potesse suscitare forte impatto e originalità. Nella speranza che, al termine del percorso di tesi, io possa comprendere in profondità i bisogni di cura di queste donne. Le priorità, le difficoltà e le soluzioni affrontate e adottate in merito alla tematica, specialmente da parte del personale infermieristico coinvolto.

1.2. Descrizione del tema

Il mio progetto è improntato sulla conoscenza della complessità gestionale infermieristica di pazienti tossicodipendenti in gravidanza. L'area di studio approfondita comprende varie sfaccettature della presa in cura di queste donne, come; la dipendenza e la politossicodipendenza, sperimentate più precisamente dal genere femminile, la gravidanza fisiologica e la maternità, le conseguenze del periodo di gestazione concomitante all'uso di sostanze tossiche, gli effetti sul neonato, l'organizzazione e la collaborazione tra le diverse figure sanitarie professionali e lo stigma.

Seppur sia stato difficile individuare una definizione comune fra le tante proposte, con il termine "dipendenza" la medicina e le neuroscienze intendono un fenomeno biologico e psicosociale (Ufficio federale della sanità pubblica, 2015). La descrivono come una malattia che procede secondo un'interazione tra fattori biologici, psichici e sociali, dove il

cervello si adatta biologicamente al modo di consumare della persona (UFSP, 2015). Lugoboni (2018) preferisce definirla come “la perdita della capacità di astenersi” (p. 8).

Franceschini e Fattore (2018) sottolineano come sia sempre più evidente che il sesso influenzi l'origine, la prevalenza, la progressione e gli esiti dei disturbi da uso di sostanze. Questo si potrebbe spiegare grazie al fatto che il cervello dell'uomo e quello della donna sono strutturalmente molto diversi tra loro (Franceschini, Fattore, 2018).

La gravidanza può essere definita come uno stato fisiologico modificato della donna a basso rischio. È considerata “normale” quando dura tra le 37 e le 42 settimane (Coad et al., 2019). Generalmente, viene suddivisa in tre trimestri di circa tre mesi l'uno e, considerata la difficoltà a stabilire il momento esatto di fecondazione, gli operatori sanitari cominciano a contare le settimane dall'ultima mestruazione (Belsky, 2020). Dal punto di vista anatomico e fisiologico avvengono diverse importanti modificazioni (Coad et al., 2019).

Le gravidanze sono quasi sempre frutto di un reale desiderio (Hinnental, 2021), si pensa ad esse come un momento straordinario per una donna e il suo feto. Eppure, l'uso del tabacco durante la gestazione è estremamente diffuso, seguito da alcol, cannabis, cocaina e altre droghe illegali (Cook et al., 2017).

Nella maggior parte dei casi di tossicodipendenza, gli effetti della droga causano abitudini di vita irregolari, malnutrizione, consumo di più sostanze tossiche e possibili infezioni trasmissibili al feto (Egidi et al., 2009). Questi fattori di rischio rappresentano un ulteriore pericolo per il bambino e le conseguenze possono essere molte, ma dipendono soprattutto dal tipo di droga assunta, dal dosaggio, dalla durata dell'assunzione e dall'effettiva quantità che oltre passa la placenta (Egidi et al., 2009).

Per garantire la salute della donna, del neonato e lo sviluppo di una corretta genitorialità nel post-parto risulta di fondamentale importanza attuare un lavoro multidisciplinare coordinato tra i diversi servizi e operatori sociosanitari che se ne occupano (Liverani et al., 2017). Secondo la definizione internazionale, s'intende un lavoro di collaborazione interprofessionale (Office fédéral de la santé publique, 2020). Ovvero, quando un certo numero di professionisti della salute, provenienti da ambiti specialistici diversi, collaborano tra di loro per fornire la migliore qualità di assistenza, senza dimenticare i pazienti, le famiglie e la comunità. Ciò consente di non escludere chiunque abbia competenze tali da agevolare il raggiungimento degli obiettivi di salute. Tuttavia, è importante non confondere l'interprofessionalità con la messa in comune di competenze. Il termine “interazione” funge da parola chiave (OFSP, 2020).

Chiaramente, la persona tossicodipendente necessita un aiuto, un trattamento. Purtroppo, tra le tante cose che ostacolano la buona riuscita di un trattamento, c'è lo stigma. Quest'ultimo può giungere da diverse fonti e manifestarsi in svariati modi (Hammarlund et al., 2018).

1.3. Domanda di ricerca

In funzione della descrizione del tema, la domanda di ricerca è la seguente;

“In che modo operano e come esprimono il proprio vissuto gli infermieri nel percorso di presa a carico di una gravidanza in concomitanza alla tossicodipendenza nei servizi presenti sul territorio ticinese?”

Essa possiede gli scopi di analizzare le esperienze e i vissuti del personale curante e delle donne in questione. Di identificare possibili ostacoli che rendono difficile questo tipo di relazione d'aiuto. Di approfondire strategie di coping e competenze utilizzate e sviluppate dagli infermieri. E, per ultimo, di indagare sull'organizzazione delle istituzioni nella gestione di situazioni simili e su quali siano gli elementi che influiscono maggiormente su di essa.

1.4. Metodologia

Anche se al termine del mio percorso formativo SUPSI non sarò un'infermiera ricercatrice, sto comunque acquisendo una competenza di base nella ricerca e, durante la mia futura professione, potrei essere coinvolta in attività correlate.

La ricerca infermieristica, infatti, consiste in un'indagine sistemica volta a sviluppare metodi più efficaci di assistenza ai pazienti (Polit, Tatano Beck, 2014). Partendo da problemi pratici e quesiti sollevati, indirizza la pratica infermieristica a ricorrere a prove d'efficacia e a risolvere dilemmi rilevanti. Da qui nasce la pratica basata sulle prove d'efficacia (EBP, Evidence-Based-Practice) (Polit, Tatano Beck, 2014).

A seguito di quanto scritto fino a qui, adotterò un approccio qualitativo. La ricerca qualitativa non richiede necessariamente conoscenze sul tema d'indagine, esorta il ricercatore a scegliere metodi e teorie appropriati (Flick, 2009). Favorisce la riflessione, analizzando i casi nel loro contesto naturale e da prospettive diverse (Flick, 2009). Non possiede alcun metro di misura, si basa sull'esperienza dei partecipanti in un determinato contesto e permette di immedesimarsi nei loro panni (Bagnasco et al., 2015). Di conseguenza, vi è maggiore comprensione del fenomeno studiato (Corbetta, 2003)

Di fatto, somministrerò cinque interviste semi-strutturate, con domande aperte e formulate da me, a infermieri che lavorano nell'ambito della maternità, della psichiatria e della neonatologia. Disporrò di un documento che fungerà da traccia con gli argomenti da affrontare nel corso delle interviste, ma sarò libera di scegliere con quale ordine affrontare i temi e in che modo formulare le domande.

L'indagine rivolta al personale infermieristico coinvolto nella presa a carico di donne tossicodipendenti e gravide mi fornirà ricchi dati sulla loro esperienza, permettendomi di far emergere i loro ruoli, i loro vissuti e le loro rappresentazioni, ma anche di scoprire i bisogni, i comportamenti, le specificità e le ripercussioni rispetto a questa tematica. Mi auguro che la loro narrazione possa mettere in luce aspetti molto significativi, che mi consentiranno di migliorare le mie competenze di ascolto e di approfondimento, al fine di attuarle nella mia futura esperienza lavorativa come professionista della cura. In generale, sarà interessante scoprire come vengono gestite tali situazioni e cosa suscitano negli infermieri le storie di queste donne.

Inoltre, consulterò libri di testo, banche dati (PubMed e CINAHL Complete Ebsco), articoli e siti d'interesse allo scopo di ricercare fonti appropriate per lo sviluppo del quadro teorico, bensì di perfezionare le competenze di ricerca e integrazione.

1.5. Obiettivi

- Scoprire quanto il fenomeno della tossicodipendenza in gravidanza sia frequente all'interno dei servizi sanitari ticinesi indicati per questo genere di casistica
- Comprendere l'organizzazione territoriale rispetto alla presa in cura di donne tossicodipendenti in gravidanza e dei loro neonati alla nascita
- Identificare le strategie, i mezzi e le risorse messi in atto per favorire una gestione idonea dei bisogni di queste donne
- Conoscere e analizzare i vissuti e le emozioni del personale infermieristico implicato in queste specifiche situazioni di cura
- Capire quanto sia presente il concetto di stigma, rispetto al tema, nella realtà sanitaria alle nostre latitudini e quanto influisca sulla presa in cura

2. Quadro teorico del tema

2.1. La persona tossicodipendente

“Dall’antichità l’essere umano conosce e usa droghe. Ogni popolo usa le droghe della sua terra, della sua cultura... Da sempre le droghe vengono usate per alcuni delimitati scopi”

(Nizzoli, 2018, p. 13)

Trovo che questa citazione aiuti a comprendere quanto l’abuso di sostanze sia da sempre presente nella storia dell’uomo, desideroso per natura. Non lo tratterò come un tema tabù, bensì come una realtà incessante e ricca di particolarità. Una realtà sulla quale, come professionista di cura, voglio prestare la mia attenzione.

L’eccesso e la dipendenza da sostanze stupefacenti oggi sono più diffusi che mai (Rossi, Valenti, 2019). Una gran parte della popolazione le ha provate almeno una volta nella vita e in numeri ridotti sviluppano tutta una serie di comportamenti additivi (Lugoboni, 2018). Qualsiasi sostanza psicoattiva provoca una serie di effetti che possono causare pochi problemi, o nessuno, oppure una dipendenza (Latt et. al., 2014). Per un soggetto infelice e sofferente la dipendenza diventa la fuga da una realtà insopportabile (Mezzelani, 2018). Un’evasione in grado di provocare delle conseguenze negative nel suo contesto sociale, familiare ed economico, limitando la sua qualità di vita. Inoltre, le dipendenze patologiche possono interessare qualsiasi gruppo sociale e fascia d’età (Mezzelani, 2018).

Nel linguaggio più comune la dipendenza da sostanze o il disturbo da uso di sostanze vengono chiamati “tossicodipendenza”. Lugoboni e Zamboni (2018) definiscono la tossicodipendenza come un disturbo del comportamento, dove la droga influisce significativamente sui meccanismi neurobiologici dei processi cognitivi, motivazionali ed emotivi. L’incapacità di astenersi e i fattori ambientali favoriscono e mantengono il consumo di sostanze tossiche (Lugoboni, Zamboni, 2018). È descritta come una relazione complessa tra droga, paziente ed ambiente (Lugoboni, Zamboni, 2018). Pertanto, bisogna tenere conto del tipo di droga e del livello di dipendenza (Nizzoli, 2018). Per rimpiazzare questo termine, seppur difficile da tradurre in italiano, viene utilizzata anche l’espressione “addiction”, dall’inglese. Riguarda tutte quelle abitudini eccessive che i soggetti favoriscono a scapito di altre (Nizzoli, 2018).

La Società Americana di Medicina delle Addiction (ASAM) circoscrive la dipendenza come “una malattia neurobiologica cronica con fattori genetici, psicosociali e ambientali che influenzano il suo sviluppo e le sue manifestazioni... caratterizzata da comportamenti che includono uno o più dei seguenti elementi; controllo deteriorato oltre l’uso di droghe, uso compulsivo, uso continuato nonostante il danno e craving” (Nizzoli, 2018, p. 13). Il craving è un forte ed inevitabile desiderio di assumere una sostanza o, più in generale, di soddisfare un bisogno (Mezzelani, 2018).

Mentre, Nizzoli e Pissacroia (2003) presentano la dipendenza da sostanze come “una modalità patologica d’uso della sostanza che conduce a menomazione o a disagio clinicamente significativi, che ricorrono in un qualunque momento dello stesso periodo di dodici mesi” (p.387), contraddistinta dall’incontrollabile desiderio di continuare ad assumere la sostanza e di procurarsela con ogni mezzo, dalla tendenza ad aumentare la dose e dalla dipendenza psichica e fisica della sostanza (Divisione della salute pubblica, n.d.).

Inizialmente le droghe trasformano gli stati di coscienza e dell'umore, donando effetti eccitanti, come ad esempio l'euforia, la disinibizione, l'analgesia o l'attività senso-percettiva (Sollini et al., 2018). Il piacere delle droghe annulla il piacere di stare in compagnia e fare attività piacevoli (Lugoboni, 2018). Talvolta, a dipendenza della frequenza e della durata dell'assunzione della droga, l'individuo percepisce la necessità di aumentarne il dosaggio o assumerla assiduamente in maniera tale da continuare a sentire gli stessi effetti (Nizzoli, 2018). Questo concetto prende il nome di "tolleranza" e consiste proprio nella diminuzione degli effetti della sostanza a uso prolungato (Nizzoli, 2018). Al contrario, i suoi effetti possono aumentare gradualmente e mettere in atto la "tolleranza inversa" o la "sensibilizzazione", quando anche dopo l'interruzione dell'uso cronico l'individuo è ipersensibile agli effetti della droga ed è più facile che ci ricade (Nizzoli, 2018).

A tal proposito, Sollini et al. (2018) citano due nozioni differenti, ma anche complementari: la nota tossicodipendenza e la tossicofilia. Alla prima, come ripetuto in precedenza, appartiene il bisogno incontrollabile di una sostanza che permette di mantenere un equilibrio ormai fisiologico e ad evitare i malori dell'astinenza (Sollini et al., 2018). La seconda, invece, raffigura il mondo del desiderio e del piacere espresso attraverso i significati, i valori e le ragioni che la droga attribuisce nella ricerca di una particolare percezione somatopsichica di sé e nel trovare un senso della propria esistenza (Sollini et al., 2018).

I soggetti che hanno precocemente iniziato a fare uso di tabacco e alcol, abituati da sempre a un'immagine "normale" delle sostanze illecite, dove in famiglia si fuma e si beve, possiedono una bassa autostima (Latt et al., 2014). Sono poco informati sui rischi e, in genere, continuano ad abusare di droghe fino a svilupparne una dipendenza (Latt et al., 2014). Molti degli effetti dell'uso di sostanze possono essere dovuti da altri fattori, come disturbi della salute mentale, malnutrizione e più fonti di stress sociale, per esempio la mancanza di soldi o di supporti adeguati (Cook et al., 2017).

Quando un individuo tenta di interrompere l'assunzione di sostanze avverte un certo disagio e si manifesta una sindrome dovuta proprio dall'astinenza. (Nizzoli, Pissacroia, 2003). Si possono presentare; craving, tremore, sudorazione, nausea, diarrea, midriasi¹, febbre, convulsioni dopo 12-48 ore dall'ultima assunzione, tachicardia, ipertensione, disturbi del sonno, irritabilità, disturbi della percezione, agitazione psicomotoria o allucinazioni (Lugoboni, 2018).

Un primo passo importante per trattare il disturbo da uso di sostanze è la disintossicazione sostenuta mediante cure mediche (Lugoboni, 2018). Permette di eliminare la dipendenza fisica e ridurre quella psichica. L'approccio clinico con questi pazienti è fondamentale, in quanto i tossicodipendenti presentano aspetti clinici caratteristici (perdita di controllo sul consumo, diminuzione dell'autostima, paura di essere inefficienti senza la sostanza e incapaci ad astenersene) (Maremmanni, Castrogiovanni, 2018). A complicare questa procedura sono; il tipo di sostanza da cui ci si astiene, il tempo, il dosaggio assunto prima del ricovero, la presenza di patologie psichiatriche e la condizione di polidipendenza (Lugoboni, 2018).

¹ "Dilatazione della pupilla. Nel soggetto normale si determina m. nell'esposizione al buio o sotto l'effetto di stimoli emotivi, oppure farmacologici (colliri midriatici, farmaci simpaticomimetici, anfetamine, allucinogeni)" (<https://www.treccani.it/vocabolario/teratogeno/#:~:text=terat%C3%B2geno%20agg...%3B%20l%27effetto%20t.>, n.d.)

2.2. La politossicodipendenza

L'uso di polisostanze è stato definito come l'uso di qualsiasi combinazione di sostanze in qualsiasi periodo di tempo; quotidianamente, ogni tanto o una volta sola. Vengono incluse le sostanze lecite e illecite (Goodwin et al., 2022). Sebbene l'uso di una singola sostanza sia comune, Goodwin et al. (2022) dichiarano che molte persone raccontano di aver fatto uso di più sostanze nel corso della loro vita.

Il poliabuso è un fenomeno collettivo e preoccupante, tanto negli adolescenti quanto negli adulti (Goodwin et al., 2022). Inoltre, può portare a complicazioni, poiché le sostanze interagiscono tra loro (Rossi, Valenti, 2019). In base all'effetto generato sull'organismo, le interazioni possono essere di tre tipi: additive, sinergiche o antagoniste (Rossi, Valenti, 2019). L'interazione additiva si verifica quando le azioni di due o più droghe assunte contemporaneamente danno origine a un determinato effetto. Quest'ultimo si può ottenere anche con una doppia dose di sostanze presa separatamente (Rossi, Valenti, 2019). Poi, vi è un'interazione sinergica quando una droga potenzia l'effetto di un'altra. Infine, l'effetto noto come antagonismo si ha quando la risposta a una droga può essere ridotta o annullata in presenza di un'altra (Rossi, Valenti, 2019). In ogni caso, più droghe vengono assunte, maggiori sono le probabilità che si verifichino situazioni complesse e indesiderate. Le interazioni tra le droghe sono un vero problema nei tossicodipendenti (Rossi, Valenti, 2019).

A partire dagli anni 2000, i tassi di uso di più sostanze simultaneamente sono aumentati più velocemente per gli uomini che per le donne. I dati epidemiologici mostrano che gli uomini fanno un uso multiplo di sostanze più delle donne (Goodwin et al., 2022).

Due ricercatori svizzeri, Maffli e Astudillo (2018), hanno identificato alcuni miscugli di sostanze più comuni negli uomini (alcol con cannabis, cocaina, oppioidi o tabacco e cocaina con oppioidi) e la combinazione alcol e ipnotici-sedativi nelle donne.

Il disturbo da uso di polisostanze è la diagnosi più comune tra i pazienti che cercano una cura, ma soprattutto è associato a diverse sfide (Hagen et al., 2017). Confronto ai consumatori di una sola sostanza, i polidipendenti iniziano più precocemente e riportano maggior disagio psicologico generale (Hagen et al., 2017). Riportano più sintomi di ansia e depressione, il che è clinicamente importante perché i disturbi mentali multipli aumentano il rischio di ricaduta (Hagen et al., 2017). La possibilità di recupero è compromessa e si registrano maggiori abbandoni del trattamento. Di conseguenza, i tentativi di cura per il disturbo da uso di polisostanze sono meno proficui rispetto ai trattamenti per l'uso di singole sostanze (Hagen et al., 2017).

2.3. La tossicodipendenza femminile

Uomini e donne possiedono specificità fisiologiche e socioculturali differenti. In risposta agli stimoli ambientali e sociali, allo stress e alle malattie fisiche e mentali sperimentano emozioni diverse (Franceschini, Fattore, 2018).

Gli uomini analizzano i problemi più rapidamente e agiscono più impulsivamente, mentre le donne sono più ponderate, attente e capaci di empatia (Franceschini, Fattore, 2018). Per questo motivo, tendono ad approcciarsi con meno frequenza alle droghe rispetto ai maschi, ma quando iniziano ad abusarne percorrono molto rapidamente le fasi della dipendenza, diventando decisamente più dipendenti e vulnerabili (Franceschini, Fattore, 2018). Iniziano per far fronte a situazioni problematiche, sentimenti negativi, condizioni di stress o disturbi psichiatrici clinicamente significativi, anche se questo non fa altro che aggravare le circostanze (Franceschini, Fattore, 2018). Tipicamente, entrano in terapia

di disintossicazione con un profilo clinico peggiore degli uomini, nonostante si droghino da meno tempo (Franceschini, Fattore, 2018).

Addirittura, si pensa che gli ormoni ovarici e i livelli ormonali influenzino considerevolmente il desiderio di una donna di assumere una sostanza (Franceschini, Fattore, 2018). Pensare quanto questo possa essere rilevante nel caso di una gravidanza, caratterizzata da bruschi cambiamenti ormonali.

Di estrema importanza è anche la relazione fra uso di sostanze ed esperienza di violenza. La letteratura conferma che l'uso di sostanze pone la donna in situazioni a rischio di esposizione alla violenza, all'interno della propria vita domestica, ma anche da parte di estranei, come per esempio nell'ambiente dello spaccio o in caso si prostituiscano per ottenere soldi o droghe (Franceschini, Fattore, 2018). La prostituzione a sua volta potrebbe causare gravidanze indesiderate.

Inoltre, sono più sensibili ai maltrattamenti infantili e se in passato ne hanno subiti, questi hanno un impatto maggiore sulla loro vita (Franceschini, Fattore, 2018), col rischio quindi che possano portarle ad abusare di droghe.

Ostacolate maggiormente da tutta una serie di motivi, generalmente le donne tossicodipendenti accedono meno ai servizi specialistici rispetto agli uomini (Franceschini, Fattore, 2018). Gli ostacoli si possono tradurre nel seguente modo: maggiori barriere intrinseche (es. timore di perdere la custodia dei figli, partner con dipendenza, minimizzazione del problema, senso di vergogna e di colpa) ed estrinseche (es. forte stigma sociale o mancato riconoscimento del problema da parte dei professionisti della salute) (Franceschini, Fattore, 2018).

Le donne hanno spesso anche difficoltà a conciliare il loro bisogno di essere curate con il ruolo di caregiver che rappresentano (Franceschini, Fattore, 2018).

Sfortunatamente, sono ancora troppe le barriere culturali e organizzative nei servizi sociosanitari che frenano la partecipazione della donna alle cure specifiche (Franceschini, Fattore, 2018).

2.4. Gravidanza, parto e puerperio... in una parola: maternità

Durante la gravidanza l'organismo della madre si adatta profondamente alle modifiche, con lo scopo di salvaguardare il benessere materno-fetale. I cambiamenti iniziano subito dopo la fecondazione e si protraggono (Blott, 2020).

Nella pratica infermieristica, è essenziale e indispensabile riconoscere lo stato gravidico della donna e controllare i cambiamenti dovuti dalla gravidanza, al fine di evitare interpretazioni scorrette e di acquisire informazioni, conoscenze e abilità per essere in grado di adattarsi ad un mondo in continua evoluzione (Maciel da Silva et. al., 2022).

Il travaglio e il parto sono i processi grazie ai quali avviene l'espulsione del feto, della placenta e degli annessi fetali. È anch'esso fisiologico quando inizia spontaneamente, a termine della gravidanza, e si completa senza che si sviluppino complicanze (Coad et. al., 2019).

Subito dopo il parto, inizia la fase del puerperio. Un periodo di sei settimane ricco di cambiamenti di natura fisica e psicologica, dove si realizza concretamente il rapporto genitori-figli (Blott, 2020). Si verifica un riarrangiamento del nucleo familiare e la gioia per la nascita del bambino, associata all'ansia, mette a dura prova la donna appena diventata madre, nonché responsabile delle eventuali difficoltà nell'accudimento del neonato (Blott, 2020).

Tutte le donne affrontano momenti di difficoltà e crisi, ma sembrerebbe che la storia affettiva e relazionale della donna rivesta un ruolo molto importante sul suo essere madre (Fava Vizziello, Stocco, 1998). Se durante la propria infanzia, la donna si è sentita amata

dalla propria madre, è più facile che consideri il bambino come una parte del proprio corpo e del proprio *Io* (Fava Vizziello, Stocco, 1998).

Generalmente, molte neomamme provano un senso di paura quando si rendono conto che la vita di un piccolo e indifeso essere umano è nelle loro mani (Stern et al., 2000). Si ritrovano a fare i conti con una responsabilità incondizionata. Il momento della nascita le pone di fronte alla consapevolezza di doverlo aiutarlo a crescere sano e robusto (Stern et al., 2000). Non sono più libere di agire come vogliono, non possono più render conto di ciò che fanno soltanto a loro stesse e, indipendentemente da quello che sentono, sono diventate madri agli occhi del mondo (Stern et al., 2000)

2.5. La (poli)tossicodipendenza associata alla gravidanza

Questa tendenza tra le donne in gravidanza varia ampiamente e riflette le differenze di età, etnia, razza e stato socioeconomico (Cook et al., 2017).

L'uso di più sostanze contemporaneamente può verificarsi in ben la metà di tutte le gravidanze da parte di donne tossicodipendenti (Cook et al., 2017), soprattutto per quanto riguarda alcol, marijuana e/o tabacco (Tran et al., 2023). Rispetto all'abuso di una sola sostanza, la politossicodipendenza può aumentare il rischio o la gravità degli esiti dannosi per la madre e il bambino (Tran et al., 2023)

Trattandosi di un tema molto delicato, trovo sia importante proseguire questo capitolo dando un'idea più chiara, mediante l'aiuto di fonti attendibili, di quello che può succedere quando una gravidanza procede in contemporanea all'uso di sostanze.

Scoprire di essere incinta per alcune donne può essere un'opportunità preziosa per consolidare la rinuncia del fumo e renderla permanente (Tinghino, 2021). La maggior parte delle donne smettono di fumare dal momento in cui il test di gravidanza risulta positivo, ma riprendono a fumare entro sei mesi dalla nascita del bambino (Tinghino, 2021). Il fumo può intervenire davvero su tutti i fronti, nuocendo alle funzioni cognitive, al sistema respiratorio, metabolico-endocrino, cardiovascolare, urinario e immunitario (Tinghino, 2021).

Anche l'alcol può provocare gravi danni alla crescita del feto. Nuoce allo sviluppo di tutti gli organi e, in particolare, al sistema nervoso centrale (Berg et al., 2020). Comprende anche alterazioni cranio-facciali tipiche, ritardo della crescita, malformazioni e anomalie congenite (Riscica, 2021). Normalmente, le donne che intendono diventare madri, che sono incinte oppure che allattano, assumono un comportamento responsabile. Tuttavia, Berg et al. (2020) dichiarano che, in Svizzera, circa il 14% delle donne ammette di aver occasionalmente bevuto alcol durante la gravidanza. Nonostante questo interessante dato, per lo sviluppo del mio lavoro di tesi non intendo concentrarmi sul tema dell'alcolismo in gravidanza, in quanto altrettanto ampio e complesso.

Sebbene non siano noti effetti teratogeni², anche l'uso di canapa durante la gravidanza ha effetti spiacevoli (Occupati, 2021). Ciò che ha colpito maggiormente la mia attenzione navigando sul sito nazionale del gruppo di lavoro Medico e Dipendenze Svizzera è il fatto che il THC presente nel sangue della madre circola nel latte in una misura otto volte più concentrata (Gammeter e Goldmann, 2018) e attraversa la placenta (Occupati, 2021).

L'uso di cocaina in gravidanza ha prima di tutto numerose complicanze sulla madre (Occupati, 2022). Tale droga è una delle più simboliche nel gruppo degli psicostimolanti (Rossi, Valenti, 2019). Il suo consumo può causare danni cardiovascolari, cerebrovascolari, polmonari, digestivi ed endocrini nel soggetto che ne fa uso (Rossi,

² "teratògeno [...] che può determinare anomalie e malformazioni nel corso dello sviluppo embrionale." ([https://www.treccani.it/vocabolario/teratogeno/#:~:text=terat%C3%B2geno%20agg...%3B%20l%27effetto%20t.](https://www.treccani.it/vocabolario/teratogeno/#:~:text=terat%C3%B2geno%20agg...%3B%20l%27effetto%20t.,), n.d.)

Valenti, 2019). Nell'arco dei nove mesi di gestazione può causare rottura o distacco della placenta, eclampsia³ o aborto spontaneo (Occupati, 2021). Implica un doppio rischio di parto prematuro⁴ e morte intrauterina (Berg et al., 2014). A queste donne è consigliato interrompere il consumo di cocaina entro il primo terzo della gravidanza. Difatti, l'obiettivo terapeutico in questi casi è l'astinenza (Berg et al., 2014).

Per non farsi mancare niente, un ulteriore grande sfida per le donne e chi se ne prende cura è la dipendenza da oppioidi, che possono essere illegali come l'eroina oppure farmacologici come la morfina (Keough, Fantasia, 2017). Anch'essi sono in grado di portare a conseguenze negative per la salute di entrambi (Keough e Fantasia, 2017). A differenza della cocaina, il consumo d'eroina non viene interrotto, bensì sostituito il prima possibile con metadone o altri farmaci, considerando e valutando i loro rischi e benefici (Beck et al., 2014). Una volta avviato il trattamento, è necessario un monitoraggio frequente, soprattutto nel terzo mese (Beck et al., 2014).

Non solo l'esposizione ad agenti tossici da parte della madre assume un ruolo fondamentale, ma anche quella paterna. Ad esempio, l'alterazione della spermatogenesi può determinare un aborto nella donna. In questo caso si parla di tossicità riproduttiva e si esprime all'interno della coppia (Riscica, 2021).

Cook et al. (2017) hanno riportato alcuni fattori bio-psico-sociali associati ad un rischio maggiore di disturbi da uso di sostanze durante la gravidanza, cioè:

- Età <25: il tasso di fumo e d'uso di sostanze illegali durante la gravidanza sono correlati all'età materna e, in entrambi i casi, i tassi più alti si aggirano intorno alla fascia d'età compresa tra i 15 e 24 anni.
- Livello di istruzione: la mancata o interrotta istruzione aumenta la possibilità di abusare di droghe
- Livello di reddito: le donne che vivono in una famiglia pari o inferiore al livello di povertà hanno maggiori probabilità di sviluppare una tossicodipendenza
- Disturbi psichiatrici concomitanti (es. disturbi dell'umore e d'ansia) e disturbi alimentari
- Storia traumatica: s'intendono l'abuso sessuale infantile o in età adulta e la violenza domestica o extradomestica. Eventi associati all'uso di sostanze
- Uso di polisostanza: l'uso contemporaneo di alcol, tabacco, cocaina, marijuana e benzodiazepine è stato riportato tra le donne in gravidanza dipendenti da oppioidi
- Storia familiare di dipendenze: le figlie di tossicodipendenti sono più propense a consumare droghe in futuro attraverso influenze genetiche e ambientali.

Il sistema di monitoraggio delle Dipendenze e delle Malattie non trasmissibili (MonAM) dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) all'interno del suo sito dichiara che, in Svizzera, la percentuale di bambini i cui genitori consumano in modo rischioso droghe illegali è bassa (1.8%). Risulta più alta (5.8%) la percentuale di bambini che vivono in famiglie in cui uno o entrambi i genitori consumano alcol in modo pericoloso (<https://ind.obsan.admin.ch/it/monam/topic/1CAN>, n.d.). Nonostante le percentuali siano basse, sono dati che a mio parere non possono essere ignorati, per questo motivo ho deciso di citarli all'interno del capitolo.

Oltre a quanto scritto fino ad ora, le relazioni di coppia in cui è implicata una persona tossicodipendente sono spesso caratterizzate da forte instabilità e fragilità, dove la

³ "Sindrome associata a un'encefalopatia ipertensiva acuta; nella forma più completa è caratterizzata da manifestazioni convulsive simili a quelle dell'epilessia e da disturbi focali." (<https://www.treccani.it/enciclopedia/eclampsia>, n.d.)

⁴ È considerato prematuro un neonato che nasce prima della 37esima settimana di gravidanza o con un peso inferiore ai 2500g (Blott, 2020).

gravidanza non è quasi mai prevista o desiderata e risulta difficile pensare all'impegno e alla responsabilità che questo cambiamento porterà (Liverani et al., 2017). Queste donne sono molto fragili e segnate da storie traumatiche e difficili, a loro volta caratterizzate da rapporti affettivi ambigui e faticosi, eventi sconvolgenti e rappresentazioni di sé stesse compromesse (Liverani et al., 2017). Ciò significa che agiscono in maniera impulsiva e incontrollabile, influenzando negativamente la relazione con il nascituro e il loro attaccamento (Liverani et al., 2017).

L'attaccamento non è nient'altro che un forte legame affettivo tra un bambino e la persona che lo accudisce, una vera e propria relazione d'amore, che può crescere anche tra due adulti qualsiasi (Belsky, 2020). Come scritto nel capitolo precedente, il passato affettivo e relazionale della donna ha un ruolo fondamentale, poiché se le proprie figure di attaccamento sono state contrastanti o sono mancate del tutto, non riuscirà a identificarsene e tenderà di distanziarsene. Probabilmente, ricompariranno conflitti e fantasie appartenenti al passato (Fava Vizziello, Stocco, 1998).

Hinnental (2021) afferma che per le donne con problemi di dipendenza i figli vengono percepiti ancora di più come il senso della propria vita, che non necessariamente la mamma tossicodipendente riveste un ruolo peggiore della mamma sana, perché il parto crea le condizioni per le quali il sistema cerebrale del bambino e quello della mamma vengono inondati di ossitocina e avviene il cosiddetto "attaccamento biologico". La mamma riconosce il proprio bambino, lo vede, lo sente e ci si lega profondamente.

2.6. Conseguenze fetali e neonatali

Il periodo neonatale è il periodo compreso tra la nascita del bambino e il suo 28esimo giorno di vita extrauterina (Blott, 2020). Il neonato di una madre tossicodipendente è esposto a un elevato livello di rischio nel periodo di gestazione e in quello perinatale, ovvero subito dopo la nascita (Egidi et al., 2009). Sfortunatamente, come scritto in precedenza, la placenta permette alle sostanze assunte dalla madre di arrivare al feto e i rischi possono essere; dipendenza passiva, malformazioni, disturbi dello sviluppo cerebrale, parti prematuri, basso peso alla nascita, lunghezza e circonferenza cranica inferiori rispetto alla norma o un basso indice di Apgar⁵ (Egidi et al., 2009).

Ancora prima che una donna si accorga di essere incinta, alla terza/quarta di gravidanza, l'alcol può essere la causa di malformazioni e anomalie cerebrali negli embrioni. Dalla nona settimana, può dare origine a danni cerebrali funzionali (Riscica, 2018). I problemi causati da un'esposizione del feto all'alcol possono manifestarsi a qualsiasi età e non solo in utero o alla nascita. L'insieme di questi disturbi viene indicato come lo "spettro dei disordini feto-alcolici" (FASD, Fetal Alcohol Spectrum Disorder). Alla "sindrome feto-alcolica" (FAS, Fetal Alcohol Syndrome), invece, sono legati i danni più gravi e rari (Berg et al., 2020). Attualmente rientra nell'elenco delle malattie rare (Riscica, 2021). Alcuni dei bambini nati FASD, in futuro, vanno più facilmente incontro a problemi di uso di sostanze e/o di dipendenza, ma più tipicamente presentano anche; deficit attentivi e d'apprendimento, comportamento impulsivo, difficoltà di linguaggio e povertà di giudizio (Riscica, 2021).

⁵ "Sistema di valutazione più diffuso [...] permette di valutare il neonato sulla base di cinque parametri: frequenza cardiaca, attività respiratoria, tono muscolare, eccitabilità riflessa, colorito cutaneo. A ogni segno clinico viene attribuito un punteggio da 0 a 2 e l'indice totale si ottiene sommando i vari punteggi." (https://www.treccani.it/enciclopedia/neonato_%28Universo-del-Corpo%29/#:~:text=Apgar%2C%20e%20permette%20di%20valutare,ottiene%20sommando%20i%20vari%20punteggi,n.d)

Gli effetti spiacevoli della marijuana sul feto possono essere, per esempio, ritardo della crescita intrauterina, prematurità, basso peso alla nascita o difficile adattabilità del neonato alla nascita con tremori neonatali che regrediscono entro circa un mese (Occupati, 2021). L'esposizione al THC durante la gravidanza e l'allattamento è fonte di preoccupazione, poiché può causare cambiamenti epigenetici nello sviluppo del cervello (Henschke, 2019 in Occupati, 2021). Inoltre, quando il consumo di canapa è regolare durante la gravidanza e l'allattamento, vi sono limitazioni cognitive ed effetti negativi sull'affettività (sintomi depressivi o disturbi d'ansia). Per regolare s'intende consumo giornaliero o più volte alla settimana (Gammeter, Goldmann, 2018). Nel consumo occasionale non si notano effetti neonatali (Occupati, 2021).

L'effetto vasocostrittore della cocaina aumenta la probabilità d'interruzione dell'apporto nutritivo al feto (Berg et al., 2014). Può danneggiare gli organi e tessuti del nascituro e implica un doppio di ritardi dello sviluppo fetale e, spesso, anomalie di comportamento dopo la nascita, oltre che basso peso, complicanze intestinali e sindrome cocainica (Berg et al., 2014). Già all'interno dell'utero il feto si muove maggiormente (Occupati, 2021). A 2-3 giorni dal parto, i tremori, l'irritabilità, il pianto acuto, l'iperattività, i disturbi del sonno e la suzione eccessiva corrispondono alla sindrome d'astinenza (Hudak et al., 2012 in Occupati, 2021). Sono stati individuati anche disturbi dell'udito (Occupati, 2021). Le complicanze della cocaina si protraggono anche nell'età evolutiva tramite disturbi neurocomportamentali (Occupati, 2021). Anche a causa dell'abuso di eroina da parte della madre vi è la possibilità che il neonato dopo la nascita presenti sintomi di astinenza (Keough e Fantasia, 2017). Quest'ultima, che più specificamente prende il nome di "sindrome di astinenza neonatale (SAN)", è una condizione che si verifica attraverso "un quadro di segni e sintomi clinici che si manifestano dopo la nascita, a seguito della improvvisa sospensione di tali sostanze" (Apuzzo e Iodice, 2021, p. 1). I sintomi possono essere pericolosi e persino fatali (Apuzzo e Iodice, 2021). I neonati con la sindrome di astinenza neonatale sono più irrequieti e si infastidiscono più facilmente. Anche se vengono solo sfiorati o disturbati da un lieve rumore, iniziano a piangere a tal punto che risulta difficile calmarli. Inoltre, spesso appaiono distanti o apatici (Berg et al., 2014).

L'identificazione precoce dei disturbi da uso di sostanze potrebbe migliorare gli esiti neonatali (Oni et al., 2022).

2.7. Lo stigma

Lo stigma viene definito come qualcosa che scredita profondamente e limita il soggetto interessato da persona integra e ordinaria a persona disprezzata ed esclusa (Andersen et al., 2022). In altre parole, quando vengono attribuite qualità negative a qualcuno.

Nel caso dei disturbi da uso di sostanze, lo stigma etichetta la dipendenza come una scelta personale che equivale a un fallimento morale e una carenza di forza di volontà. Per di più, varia a seconda della sostanza (Weber et al., 2021).

Innanzitutto, c'è lo *stigma sociale*, ovvero quando un individuo riconosce i pregiudizi della società in cui vive e crede possa essere discriminato a causa loro. Nel caso di un tossicodipendente, questo aspetto gli impedisce di chiedere aiuto per paura di reazioni negative e addirittura schifate. Spesso, vi è la convinzione che possano essere violenti, manipolatori e poco motivati al cambiamento. Parrebbe che quando una persona con disturbi da uso di sostanze subisce delle discriminazioni è più orientata verso comportamenti dannosi per la propria salute (Hammarlund, et al., 2018). E purtroppo, lo stigma sociale può mutare in *auto-stigma*, nonché la conferma personale di stereotipi su sé stessi, auto-pregiudizio e auto-discriminazione. Entrambi i tipi di stigma possono scoraggiare queste persone a cercare aiuto o a continuare un trattamento, a causa

dell'imbarazzo, della vergogna, dei dubbi e della perdita di rispetto per sé stessi (Hammarlund et al., 2018).

Lo stigma sociale ha sempre rappresentato un problema anche all'interno delle strutture socio-sanitarie, non soltanto nell'immaginario collettivo (Sollini et al., 2018). Tra le diverse figure professionali compare una rappresentazione del tossicodipendente come persona priva di un senso di controllo sul mondo, quella di un individuo incapace di autodeterminarsi e con poca maturità cognitiva (Sollini et al., 2018). Da sempre, questo campo della medicina è soggetto a pregiudizi molto influenti (Maremmani, Castrogiovanni, 2018). Anche se, a poco a poco, sembrerebbe che le esperienze concrete degli operatori stiano sempre più allontanando lo stereotipo del tossicodipendente come "diverso" e "deviante" (Sollini et al., 2018). Non a caso, cambiare gli occhiali con i quali si osserva il mondo dà luogo a letture diverse (Cottino, 2018). La devianza può essere vista in due modi: responsabilità della società oppure colpa della singola persona. Un crimine oppure una malattia (Cottino, 2018).

Mezzelani (2018) sostiene che a causa dei danni psicofisici subiti dagli individui le dipendenze sono una priorità sul piano socio-sanitario. Anche in questi casi l'approccio clinico possiede una notevole importanza. E per la sua buona riuscita è necessario che il personale sanitario, i pazienti e le loro famiglie siano diretti un iter terapeutico adeguato (Maremmani e Castrogiovanni, 2018)

Nella nostra società alle donne vengono attribuiti i ruoli di madre, moglie e caregiver (Weber et al., 2021). Una donna drogata è ritenuta incapace di compiere i suoi doveri; perciò, le donne con figli che abusano di droghe hanno maggiori probabilità di essere stigmatizzate per aver violato questo pensiero sociale (Weber et al., 2021). Rispetto alle donne non incinte che fanno uso di sostanze o a quelle incinte che non ne fanno uso, le gravide tossicodipendenti sono giudicate più duramente e subiscono maggiori discriminazioni, pregiudizi ed emarginazione, anche da chi in precedenza tollerava l'uso di droghe illecite (Weber et al., 2021). Rischiano maggiormente di essere indirizzate a servizi di assistenza all'infanzia e di vedersi togliere i diritti di genitore, proprio a causa di idee stigmatizzate secondo le quali una persona che fa uso di sostanze non è adatta a fare il genitore (Weber et al., 2021).

Lo *stigma istituzionale*, in termini di organizzazioni o comunità, è il processo in cui gli atteggiamenti e le convinzioni di un'organizzazione influenzano negativamente, e a volte in modo invisibile, il modo in cui un individuo o un gruppo di persone viene trattato all'interno di una struttura, che sia il posto di lavoro o un'altra istituzione (Weber et al., 2021). Nel contesto terapeutico la donna dovrebbe sentirsi non giudicata, supportata e al sicuro fisicamente e psicologicamente, senza temere di intraprendere relazioni positive, equilibrate e avvertite come degne di fiducia (Franceschini, Fattore, 2018).

3. Indagine

3.1. Applicazione pratica della metodologia d'indagine

Nel capitolo introduttivo ho affermato di voler somministrare cinque interviste a cinque infermieri attivi nell'ambito del servizio per le dipendenze, in un reparto di maternità e in uno di neonatologia.

Data la mia esperienza lavorativa passata, nel reparto maternità, presso la Clinica Sant'Anna di Sorengo la scorsa estate, durante lo sviluppo del progetto del lavoro di tesi, mi sono permessa di contattare privatamente la caporeparto. Negli anni siamo rimaste in buoni rapporti. Le ho chiesto se da parte loro ci potesse essere l'interesse a partecipare alla mia indagine. Dopo aver letto il materiale da me inviatole ed essersi confrontata con la direttrice della clinica, entrambe hanno accettato di sottoporre tre delle loro dipendenti alle domande da me redatte; due infermiere del reparto maternità e una del servizio di neonatologia.

Per quanto riguarda i servizi per le dipendenze e dopo aver cercato alcuni contatti in internet, mi sono rivolta ai responsabili dei servizi Ingrado a Lugano e Antenna Icaro a Bellinzona. Con estrema velocità, interessamento e disponibilità, entrambi hanno confermato la loro partecipazione alla ricerca. Essendo stati contattati con largo anticipo, e volendo essere certa della possibilità di concretizzare definitivamente i nostri incontri, già lo scorso autunno le loro disponibilità alle interviste erano ormai confermate. Il responsabile del servizio infermieristico d'Ingrado era disposto a rispondere in prima persona alle domande, suggerendomi di incontrare anche altre figure professionali attive nel servizio. Il direttore di Antenna Icaro, mi ha messa direttamente in contatto con un'infermiera, in modo tale da concordare data e ora dell'incontro.

Durante la scorsa primavera ho potuto così incontrare i cinque intervistati. Mi sono recata in ognuna delle istituzioni, quindi a Viganello per Ingrado, a Sorengo per la Clinica Sant'Anna e a Bellinzona per Antenna Icaro. Prima di procedere con le domande mi sono assicurata che avessero firmato il consenso informato necessario per eseguire le interviste e ho spiegato loro i termini dell'indagine. Ogni intervista è durata all'incirca tra l'ora e l'ora e un quarto. L'intervista rivolta all'infermiera pediatrica è durata meno, in quanto minore il numero di domande. Con l'ausilio del cellulare, ho registrato i colloqui e, una volta tornata a casa, ho trascritto quanto raccolto a computer.

Sono rimasta piacevolmente colpita dalla gentilezza di ognuno degli intervistati, che si sono presi il tempo per rispondere a tutte le mie domande, fornendomi informazioni curiose e preziose. I contenuti delle interviste si trovano nel capitolo 8 degli allegati.

3.2. Descrizione dell'indagine

Al fine di sviluppare domande pertinenti e che mi permettessero di raccogliere più dati utili e possibili, ho individuato diversi macro-temi e, di conseguenza sotto-temi. È stato un passaggio ideale per evidenziare gli argomenti più interessanti volti allo sviluppo del mio lavoro. L'obiettivo era quello di realizzare domande aperte e condurre gli intervistati a rispondere in maniera esaustiva, permettendo loro di attingere alle proprie esperienze lavorative. Di fatto, ho maturato le domande riflettendo sull'aspetto organizzativo e di presa in carico delle pazienti tossicodipendenti in gravidanza; sullo stigma, sulla dimensione relazionale curante-paziente, sul vissuto e le emozioni dei curanti e in egual modo delle pazienti, sui bisogni principali di quest'ultime, individuati dagli infermieri e, infine, sulla gestione infermieristica del neonato scelta per elaborare le domande rivolte

all'infermiera pediatrica. Di seguito, riporterò i contenuti dei colloqui, suddividendoli per temi e istituzioni.

Organizzazione e presa a carico

Nella prima parte delle interviste ho voluto indagare sulla presa a carico generale di un qualsiasi paziente che accede ai rispettivi servizi. Successivamente, mi sono focalizzata sull'organizzazione di presa a carico qualora vi fossero pazienti tossicodipendenti e gravide. Ho indagato sull'eventuale esistenza di protocolli da seguire durante lo specifico percorso di cura con le pazienti di mio interesse e anche circa la collaborazione con altre figure professionali riguardo a quali fossero le maggiori difficoltà incontrate e quali messe in atto dal personale per favorire una cura adeguata a ogni situazione.

Infermiere Ingrado: In genere, il servizio per le dipendenze di Ingrado attua un approccio terapeutico di tipo bio-psico-sociale. La malattia viene presa in considerazione dal punto di vista sociale, psichico e somatico. Quindi, prevedono una presa in cura multidisciplinare e interdisciplinare a 360°. In relazione alle pazienti tossicodipendenti in gravidanza, non esiste un iter diversificato o un protocollo da seguire. La presa in cura viene adeguata alla situazione con l'elaborazione di una rete che consideri la gravidanza. Essa viene trattata soprattutto da un punto di vista internistico, quindi specialistico, e psichiatrico, per quanto riguarda la prescrizione di terapie sostitutive. La necessità di organizzare le cure secondo un approccio multidisciplinare e interdisciplinare è alta, "anche perché all'interno d'Ingrado siamo molto multisetoriali" (p. 45). Gli infermieri di Ingrado collaborano fortemente con diverse figure professionali, quali medici per la parte sanitaria, educatori, consulenti e operatori di prossimità per quella sociale e psicoterapeuti-psicologi, che chiudono il cerchio e rendono la presa a carico completa e bio-psico-sociale. L'intervistato riferisce che raramente queste pazienti sono seguite da esterni, ma in tal caso parte una collaborazione con chi già attivo e impegnato ad assisterle.

In attesa della fine della gravidanza, il servizio segnala la situazione alle autorità di protezione, e ad altri organi competenti, e continua il percorso di cura con la paziente. In seguito, gli infermieri non hanno alcun diritto d'azione sul neonato⁶. Per altro, nella maggior parte dei casi, i neonati vengono allontanati dalle mamme immediatamente. Purtroppo, in alcuni casi, nel corso degli anni, i figli non allontanati dalle madri tossicodipendenti sono diventati a loro volta pazienti.

Secondo l'intervistato, il problema principale che l'infermiere incontra nel confrontarsi con situazioni di questo tipo è soprattutto di forma etica, personale e ideologica. Hanno l'obbligo di consegnare la terapia metadonica o sostitutiva alle pazienti, ma non possono intervenire direttamente per salvaguardare la vita del feto in utero, se non segnalando e sperando che gli enti incaricati intervengano. "È una cosa molto difficile, soffro io da uomo, figuriamoci una donna che ha la capacità di procreare. Sono delle situazioni molto pesanti" (p. 46). Secondo la sua esperienza, gli interventi sono tardivi e consistono più che altro nel togliere i bambini alle mamme subito dopo la nascita, mentre durante la gravidanza a queste donne viene lasciata la libertà di drogarsi.

Considerando i casi non indifferenti di pazienti tossicodipendenti gravide, in passato era nato un progetto pensato per seguire e aiutare più attentamente queste donne, soprattutto nella propria cura personale. Al progetto ha partecipato una dottoressa esterna, ma sfortunatamente è stato interrotto a causa di un suo trasferimento lontano,

⁶ "Rispetto al neonato noi non abbiamo margine, non abbiamo neanche margine quando le nostre pazienti consumano durante la gravidanza. Segnaliamo questa cosa agli organi competenti e queste donne continuano a consumare e hanno tranquillamente i figli che devono avere." (p. 45)

che ha impedito l'adeguato accompagnamento alle pazienti. Tra l'altro, è stata l'unica dottoressa ad essersi messa a disposizione per questo genere di lavoro.

Infermiere Clinica Sant'Anna: L'ingresso delle pazienti nel reparto maternità della Clinica Sant'Anna avviene attraverso l'annuncio da parte dello studio ginecologico del medico accreditato al servizio, il quale fornisce per iscritto la diagnosi per il ricovero e ulteriori informazioni sulle donne (identità, età gestazionale, parto naturale, taglio cesareo programmato, disturbo di gravidanza, eccetera). Dal momento in cui il medico di guardia e il medico ginecologo definiscono l'approccio terapeutico e le donne si trovano in un regime di non-urgenza, le infermiere possono procedere con l'accoglienza e le cure in reparto. Al contrario, se entrano in travaglio spontaneamente a casa e si recano urgentemente in clinica, vengono accolte direttamente in sala parto, a qualsiasi ora del giorno e della notte, a quel punto le infermiere intervengono dopo il parto.

In merito alle donne gravide e tossicodipendenti non esiste un protocollo, ma l'annuncio viene fatto con più largo anticipo, fornendo un quadro completo della donna. Ossia, se si trova in fase di disintossicazione, se ci sono state ricadute, come si presenta l'entourage familiare/sociale e così via. Spesso vengono annunciate già nelle prime settimane di gravidanza, cosa che non avviene con le donne non tossicodipendenti. Questo perché possono aver bisogno di essere monitorate e controllate per maggiori ragioni, tra cui i problemi conseguenti all'abuso di stupefacenti durante la gravidanza. Capita che vengono ricoverate anche solo per ricevere sostegno psicologico, a causa di situazioni complicate in famiglia, come la tossicodipendenza nascosta ai familiari oppure, in anonimato, se necessitano di protezione nei casi in cui sono vittime di violenza da parte dei partner o ex-partner. Durante la degenza vengono eseguiti esami tossicologici che attestano l'effettiva astinenza o meno. In base ai risultati vengono attuati approcci terapeutici differenti in previsione dell'arrivo dei neonati.

Alla Clinica Sant'Anna il personale lavora a turni di dodici ore, questo consente maggiormente alle infermiere di instaurare un rapporto di fiducia con le donne. Anche in questo contesto il processo di cura avviene grazie a una rete multidisciplinare e interdisciplinare organizzata, attiva e composta da figure professionali quali infermieri, assistenti di cura, curatori, psichiatri, ginecologi, pediatri, capo reparto e direttrice dell'istituto.

Nella loro pratica professionale, le intervistate espongono difficoltà differenti. La prima infermiera sostiene di aver vissuto delle complessità sia con le mamme tossicodipendenti sia con quelle non tossicodipendenti. Mi racconta di aver addirittura percepito più istinto materno in pazienti con tossicodipendenza, piuttosto che in quelle che non vivono le stesse problematiche⁷. Precisa che quando le donne sono assopite dai farmaci, presentano disturbi psichiatrici, hanno problemi con la giustizia o sono intralciate da un ambiente familiare poco accogliente e compliant, il lavoro diventa senza dubbio più critico.

La seconda infermiera, invece, ha riscontrato maggiori difficoltà nella negazione o minimizzazione della tossicodipendenza da parte delle donne. La causa, secondo lei, è il loro stato alterato della percezione della realtà. Tutto ciò le ha reso più complicato stabilire un rapporto di cura, empatico e di fiducia. Nonostante questo, racconta casi di mamme che si sono impegnate molto per dimostrare di poter gestire efficacemente i propri nascituri.

⁷ “[...] Mi è capitato di vedere più istinto materno in donne con questo tipo di problemi, che non vedono l'ora di stare con i loro bambini, piuttosto che in donne che magari hanno tutto, non gli serve niente e ti lasciano il bambino tutta la notte perché vogliono dormire.” (p.53)

Entrambe le dichiarazioni delle infermiere dimostrano come le strategie da attuare per favorire una presa in cura adeguata delle pazienti tossicodipendenti dipendano dai casi e dalle indicazioni da parte dei servizi sociali. Saltuariamente, è necessaria l'impostazione di una terapia metadonica durante la quale i momenti tra mamma e neonato avvengono sotto-sorveglianza, a determinate ore del giorno. In altri casi, c'è il divieto assoluto per la mamma di vedere il neonato. Altre volte, infine, hanno la massima libertà nella gestione dei propri neonati. Come infermiere, vige la massima attenzione al caso e sono tenute a documentare tutto ciò che accade in un diario giornaliero.

Infermiera Antenna Icaro: Anche il servizio Antenna Icaro assume una presa a carico dei propri pazienti in maniera globale e olistica. Alcuni pazienti vengono seguiti sia dagli operatori o infermieri di referenza, che si occupano prettamente dell'accompagnamento sociale e si recano a domicilio per eseguire attività concrete insieme a loro, sia dagli infermieri dell'infermeria, come l'intervistata, impegnati più che altro nella somministrazione delle terapie prescritte dai medici. Oltre a pazienti con problemi di dipendenza, vengono seguiti parenti di tossicodipendenti senza dipendenze. Vengono accettati anche mandati, ovvero quando dall'esterno sono le Autorità regionali di protezione (ARP)⁸ a richiedere controlli delle urine, del sangue o altro. In generale, dal momento dell'ammissione l'operatore accoglie i pazienti e li indirizza verso le figure professionali necessarie, come medico psichiatra, generalista, infermiere e, al bisogno, ginecologo, levatrice oppure ospedali. Laddove è possibile le famiglie vengono coinvolte, in quanto i medici tendono a essere molto sistemici.

La paziente tossicodipendente e gravida viene presa in cura come un paziente ordinaria. "La gravidanza non compromette le nostre prestazioni, perciò agiamo allo stesso modo con tutti i pazienti" (p.58). La differenza sta nel coinvolgimento di ulteriori figure professionali indispensabili e nella gestione di tipo più urgente rispetto allo stato di gravidanza. Di fatto, vengono valutate più rapidamente quali sono le sostanze utilizzate, così da introdurre terapie farmacologiche che possono ridurre i rischi sulla gravidanza e sullo sviluppo fetale. Tra gli infermieri vige la proattività, quindi fissano gli appuntamenti con le figure professionali esterne e accompagnano le pazienti. L'intervistata sostiene che spesso a scoprire la gravidanza delle loro pazienti è il personale stesso. Questo permette loro di possedere grosso margine di indirizzamento nelle cure. Dopo il parto queste donne continuano a essere seguite, soprattutto a livello psicologico nel caso in cui le vengono tolti i figli. Al contrario, se vengono lasciati alle loro mamme gli infermieri non si occupano dei bambini. Anche ad Antenna Icaro capita che, una volta maggiorenni, i figli dei pazienti diventano pazienti.

Grazie soprattutto all'esperienza lavorativa dell'infermiera fuori Cantone, risulta che le difficoltà incontrate nel processo di cura sono l'adattamento e l'aderenza farmacologici. Dapprima, il problema di stabilizzare i dosaggi delle terapie farmacologiche sostitutive al consumo, poi capire se effettivamente i pazienti si prendono l'impegno di assumerla correttamente. Senza dimenticare le classi di medicinali non prescrittibili alle donne incinte, come le benzodiazepine o gli antidepressivi. Eppure, possono essere medicinali necessari alla donna per controllare i suoi disturbi d'ansia. L'intervistata lo definisce come un "gioco da equilibrista".

⁸ "Nell'ambito della protezione dei minori e degli adulti, la legislazione federale prescrive l'istituzione dell'autorità di protezione (art. 440 CC). Nel nostro cantone tale funzione è esercitata dall'autorità regionale di protezione (art. 2 LPMA). Complessivamente sono state costituite 16 autorità regionali di protezione, le quali esercitano la loro funzione su determinati comprensori giurisdizionali (art. 1 RPMA)." (<https://www4.ti.ch/poteri/giudiziario/justizia-civile/autorita-regionali-di-protezione>, n.d.)

La seconda problematicità, secondo lei, è la rete. Seppure sia attiva, è anche molto estesa e questo fa sì che ogni membro della rete osservi e agisca nella situazione soltanto dal proprio punto di vista. Quindi, per lei risulta difficile far capire ad altri servizi che, nonostante i rischi, non sempre tutto va male e una donna che consuma non sarà per forza una cattiva mamma. “Non perché consuma, non si occupa bene del proprio figlio” (p. 58).

Infine, come ulteriore difficoltà mi espone quella dei problemi clinici insorgenti nella maggior parte dei casi; ritardi di crescita, aborti spontanei, più o meno precoci, parti difficili e il periodo di disintossicazione del bambino.

Alla domanda quali siano, invece, le particolari potenzialità del lavoro con questo genere di pazienti, risponde che quando si riesce ad instaurare una buona relazione con la donna il percorso diventa molto arricchente e si ha la possibilità di costruire progetti individuali sui mesi di gravidanza e la nascita del bebè. Fortunatamente, non si tratta di una casistica vista costantemente.

Stigma

Ho basato la seconda parte delle interviste sull'accertamento delle rappresentazioni personali degli infermieri, sullo stigma presente negli ambienti sanitari rispetto al tema, sulle paure e sugli ostacoli osservati in queste donne quando accedono ai loro servizi.

Infermiere Ingrado: L'intervistato ci tiene a precisare che il loro è un servizio di cure per le dipendenze di riduzione del danno e competenze al consumo. A parole sue, significa che i loro pazienti possono farsi del male assumendo droghe, ma nel minor modo possibile usufruendo della loro assistenza. Per questo motivo, la sua opinione personale consiste nell'idea che le sue pazienti donne non dovrebbe concepire. A meno che non si trovino in una situazione di protezione e di astinenza totali. Pensa sia più considerevole la vita dei bambini che nascono, piuttosto che il loro sogno di diventare madri, definito da lui un modo per sfuggire a una normalità malata, "... avere un bambino, spesso, è un modo per sfuggire a una normalità che invece è molto malata. Avere un bambino le fa avvicinare di più al senso di vita, di procreazione." (p. 47). Durante l'intervista mi riferisce di poter contare con le dita di una mano le donne riuscite ad uscire dalla tossicodipendenza e a crescere i propri figli. Ha anche visto pochi figli di tossicodipendenti non avvicinarsi a quel mondo, poiché crescendo molti vengono ricoverati in comunità di recupero, ripetutamente in ospedale, fanno dentro o fuori dalla psichiatria o diventano utenti dell'OTAF.

Per quanto questo possa essere il suo pensiero personale, afferma che nel loro settore non c'è stigma. “Siamo tutti i giorni con loro. Io amo i miei pazienti, ne sono innamorato” (p. 47). Da parte degli infermieri vige l'accoglienza per ogni paziente allo stesso modo. Inoltre, precisa di esser confrontati con la casistica peggiore del Ticino, con persone in pessime condizioni e senza fissa dimora. Ammette di leggere lo stigma negli altri, di analizzarlo e di agire per far sì che venga meno. Cercano di insegnare, sensibilizzare e rilasciare informazioni al personale sanitario, ad agenti di polizia e ai giovani partecipanti ad eventi sociali⁹.

⁹ “Ci sono tante cose in cantiere, progetti da attuare, soprattutto per il personale medico e infermieristico negli ospedali. Il rilascio di informazioni viene fatto da noi infermieri e dai medici. Sono cose che nascono da esigenze e iniziative personali. Cancellare lo stigma è impossibile, ma almeno far sì che ce ne sia meno.” (p. 47)

La più grande paura osservata nelle donne è che gli operatori facciano qualcosa per interrompere la gravidanza oppure per togliere loro i figli. Secondo lui, questo è ciò che le spinge a non rivolgersi ai servizi territoriali. Gli stessi servizi che, sempre a parer suo, sono la ragione di una lentezza burocratica ostacolante per queste pazienti e l'operato del personale infermieristico.

Infermiere Clinica Sant'Anna: Le due infermiere mi presentano due rappresentazioni personali e due opinioni differenti sullo stigma. L'intervistata nr.1 sostiene che inizialmente queste donne tendono a non fidarsi degli infermieri, finché non si riesce a entrare in empatia con loro. In tal modo, si guadagna fiducia e si apre un mondo¹⁰. Tutto ciò le dona un senso di adorazione per le proprie pazienti. L'intervistata nr.2 fa cenno a un'opinione definita da lei "riduttiva" di come non dovrebbero essere generati figli in queste situazioni. Tuttavia, dal momento che succede, prevale in lei la speranza che queste donne riescano ad accedere a strutture e a servizi sociali in grado di seguirle e aiutarle, così da permettere una sembianza di famiglia tranquilla.

Alla domanda se lo stigma sia ancora presente nel settore sanitario e in che modo lo si può constatare, le due intervistate forniscono nuovamente due risposte contrastanti. La prima infermiera dichiara che all'interno del loro reparto non ci sono giudizi e pregiudizi. Per loro è fondamentale avere in chiaro la situazione, assicurando una presa a carico ben organizzata e sapendo a chi rivolgersi in caso di bisogno durante le cure. La seconda invece, crede che lo stigma sia ancora presente, anche se meno rispetto al passato. Riporta un po' di titubanza da parte del personale rispetto alla casistica, anche se dipende dalla gravità della situazione. Riconosce però di essere confrontata con casi non gravi e gestibili. Per di più, è sempre presente una rete di aiuto per lei non indifferente.

Ciò che accomuna le due interviste è l'idea condivisa, che la paura principale di queste donne sia perdere i figli subito dopo la loro nascita. Entrambe le infermiere credono, che non ci siano particolari ostacoli da parte degli enti. Tuttavia, la prima intervistata esprime perplessità riguardo alla mancata continuità dell'assistenza infermieristica dopo le dimissioni.

Infermiera Antenna Icaro: L'intervistata trova normale che anche una donna tossicodipendente senta il desiderio di diventare mamma. A differenza di altre future mamme, quelle con tossicodipendenze vanno incontro a più ostacoli. Secondo lei una volta che queste donne annunciano la gravidanza alla rete di professionisti, sono costrette a superare prove difficili e a rispettare criteri molto rigidi e severi¹¹. Si dice spaventata quando la gravidanza viene vissuta come speranza di cambiamento.

Per quanto riguarda lo stigma, crede che i curanti dovrebbero imparare a fidarsi dei pazienti, ma anche il contrario. Pertanto, spera che le persone impegnate nel suo settore

¹⁰ "[...] all'inizio, loro sono sempre sulla difensiva e si chiudono, ma quando capiscono che possono fidarsi, si apre un mondo e comprendi veramente che ci vuole davvero tanta forza. E, a volte, il fatto di avere dei bambini e rendersi conto di essere mamma le aiuta tanto. Quando riesci ad entrare in empatia con loro, è bello." (p. 53)

¹¹ "Paradossalmente, una persona che è in difficoltà e annuncia le sue difficoltà alla rete di professionisti, si ritrova poi a dover superare delle prove e a dover rispettare certi criteri, ancora più stretti e rigidi di una persona normale. E quindi, è un po' difficile, perché pensi 'cavoli, una donna che arriva da noi è stata onesta e ha avuto il coraggio di dirci di aver un problema di consumo e poi come risultato si trova a rispettare tutta una serie di criteri'... Io non lo so, non ho avuto figli, però ho visto tante persone nella mia sfera personale avere bambini e se la stremavano. Domandare a una donna tossicodipendente che tutto sia perfetto a casa, quando non so chi riesca davvero a farlo, anche senza avere problemi." (p. 58)

non siano stigmatici. Secondo la sua opinione, un approccio terapeutico di giudizio, controllo e repressione non è mai favorevole.

Le paure e le problematiche osservate nelle sue pazienti sono la minaccia di perdere la custodia dei bambini e la mal comprensione dei ruoli dei professionisti all'interno della rete. Queste donne distinguono con difficoltà i principali compiti di ognuno dei professionisti, a chi appartengono determinare responsabilità e autorità e in che modo avviene il passaggio di informazioni. La rete, secondo lei, segue lo stigma e minimizza il problema della tossicodipendenza, rifiutando il consumo di sostanza e accogliendo più facilmente il totale non-consumo. "In realtà non è così lineare, così semplice. Sarebbe troppo bello se qualcuno avesse risolto i suoi problemi semplicemente perché ha uno screening negativo delle urine... io mi sento anche molto limitata, perché devo seguire i controlli delle urine e trasmettere i rapporti e, allo stesso tempo, dare una sorta di sostegno a questa donna" (p. 59), citando il caso di una paziente seguita recentemente. "Noi forse siamo anche troppo pro-pazienti tossicodipendenti, perché abbiamo le loro versioni" (p. 59), quindi un problema è anche capire dove cosa è giusto e cosa è sbagliato.

Dimensione relazionale

Ho scelto di includere domande volte a indagare circa la relazione infermiere-paziente, la considerazione che le donne hanno di loro stesse e del proprio corpo, il legame madre-bambino e il coinvolgimento delle famiglie.

Infermiere Ingrado: Il personale infermieristico è composto da uomini e donne. Solitamente, le pazienti tossicodipendenti in gravidanza si appoggiano con più facilità alle infermiere donne. Sebbene siano pazienti abituate a relazionarsi con tutto il personale curante, sembrerebbe che diano più fiducia a figure sociali, educative e di prossimità. L'operatore di prossimità, ad esempio, può essere un infermiere o un educatore, che opera direttamente sul territorio (nei parchi, a domicilio, ecc.). Ciò significa che è più a stretto contatto con i pazienti. Quest'ultimi preferiscono parlare con lui, sperando che quanto detto rimanga tra di loro. In realtà è obbligato a riportare tutto al resto dell'équipe. Secondo l'intervistato, con una donna tossicodipendente coinvolta in una situazione di gravidanza e di stigma vissuto all'esterno del contesto di cura, è indispensabile entrare in relazione partendo da un rispetto e da un'accoglienza massimi e profondi. Dal suo punto di vista quanto scritto vale per tutti i tipi di pazienti, in qualsiasi ambito. Anche perché, secondo lui, pensare che ci voglia un approccio particolare in questi casi significa già stigmatizzare. "I nostri pazienti quello stigma non è che sanno che c'è, lo vivono, ce l'hanno cucito addosso... è brutto pensarla così, avere un rispetto particolare. Sembra già stigmatizzabile. Perché dobbiamo averlo questo rispetto particolare? Sono uguali, sono esseri umani. L'aspetto fondamentale è l'accoglienza massima, assoluta, acritica. Almeno nella parte iniziale, poi ovviamente vai a prendere delle criticità... se la paziente continua ad utilizzare sostanze e te lo dice, non è che le dici "ah brava, stai facendo bene", solo perché c'è accoglienza massima. No, bisogna anche entrare in discussione con la paziente." (p. 48). Bisogna dire la propria e giocare bene la propria parte, rimanendo ospitali e educati.

Basandosi sulla propria esperienza professionale, non crede di poter confermare che le sue pazienti siano in grado di considerare il proprio essere donna come tale, indipendentemente dalla tossicodipendenza e dallo stato gravidico. Sono donne alle quali manca un rapporto con il proprio corpo. A causa della tossicodipendenza perdono la

propria corporeità, il rapporto con l'igiene e la salute fisica. Tutto ciò, non viene reintegrato con la gravidanza. Gli infermieri tentano con discrezione di sensibilizzarle sulla cura personale. Per esempio, quando riescono a organizzare controlli ginecologici, migliora l'attenzione rivolta alla cura del proprio corpo, ma nella maggior parte dei casi il comportamento osservato prima della gravidanza rimane uguale anche durante. Più il personale le rende attente su cosa prestare attenzione, più si scatena in loro ribellione. L'intervistato deduce che nel consumo di sostanze queste donne trovano una via di fuga dai loro problemi. Si lasciano guidare da un istinto di sopravvivenza legato alla volontà di rimarcare alla società, che anche loro riescono ad avere dei figli, nonostante il "marchio" che si portano addosso. Prendendosi a carico unicamente di maggiorenne, l'infermiere entra poco nella relazione madre-bambino. Se le donne si presentano con i loro figli, questo non gli impedisce di accoglierli e di notare se vi sono situazioni particolari, come atteggiamenti violenti nei confronti dei bambini.

All'interno del loro servizio sono pochi i casi ben strutturati di accompagnamenti con i caregivers. Sono persone sole. Raramente gli infermieri hanno contatti con i famigliari, soprattutto con quelli che potrebbero essere una risorsa. È più probabile che siano i compagni delle donne ad accompagnarle alle sedute, ma non è una regola. Nelle dinamiche relazionali entra in gioco lo psicoterapeuta, che trasmette le informazioni agli infermieri, i quali intervengono di rado.

Infermiere Clinica Sant'Anna: La prima infermiera riferisce di aver avuto maggiori difficoltà relazionali con i parenti, piuttosto che con le pazienti stesse. Nello specifico, con le mamme delle pazienti. Con l'intenzione di proteggere le proprie figlie, si intromettono nelle cure e nella gestione del neonato.

Facendo riferimento alle pazienti, invece, non dichiara grandi complessità. Per lei è fondamentale l'empatia. Le descrive come donne in grado di mettersi in gioco con tutti gli operatori e mantengono uno stretto contatto con le infermiere e le assistenti di cura. La seconda infermiera intervistata trova difficile relazionarsi con le pazienti quando sono caratterialmente alterate a causa delle sostanze. Manifestano nervosismo, rabbia, impazienza e hanno richieste bizzarre durante la degenza. Nonostante ciò, quale professionista della cura, si impegna ad entrare in empatia con loro. Dal suo punto di vista, le infermiere vengono scelte come punti di riferimento, poiché hanno il tempo di instaurare un legame più intenso.

Alla domanda *"In quale misura ha potuto osservare nella sua esperienza professionale la considerazione dell'essere donna come tale, a prescindere dallo stato di gravidanza e di tossicodipendenza?"* mi hanno fornito due risposte discordanti. Dalla prima intervista emerge quanto nella maggior parte dei casi le donne siano sempre molto curate, anche nell'igiene. Contrariamente, l'intervistata nr.2 non è in grado di riferire quale sia la percezione del proprio corpo di queste donne. Ciò che ha notato, è che fanno un percorso di controlli regolari. E se, generalmente, le donne si preoccupano della pancia o del peso in eccesso conseguenti al parto, le mamme tossicodipendenti non manifestano mai queste preoccupazioni. Relativamente alla considerazione di sé stesse, l'intervistata sostiene che i periodi di ricovero sono troppo brevi per approfondire questo aspetto. A suo parere, il fatto di dimostrare attaccamento ai neonati o di avere un rapporto stabile con i partners dimostra che, al di là dell'essere diventate mamme e aver avuto problemi di dipendenza, sono donne con rapporti sentimentali e affettivi.

Essendo un reparto di maternità, il personale curante ha lo scopo di favorire la relazione madre-bambino. A tal proposito le infermiere valutano singolarmente ogni situazione e tengono in considerazione quanto determinato dai servizi sociali. A seconda dei comportamenti assunti dalle mamme, viene deciso se possono vedere i bebè solo qualche ora al giorno, in momenti diversi dai papà o sorvegliate dal personale. Questo diventa un grosso ostacolo nella gestione del neonato e nell'unione mamma-bambino. Fortunatamente, sono pochissime le donne che rifiutano la relazione con i propri figli. Dove non ci sono restrizioni da parte dei servizi sociali, le mamme sono libere di gestire i neonati. Le infermiere hanno l'obbligo di attenersi a quanto indicato. Ritengo importante rendere attento il lettore che, alla Clinica Sant'Anna, "di tossicodipendenti in gravidanza arrivate brutalmente, fatte, non seguite e senza appoggio, non ce ne sono mai state" (p. 54). In termini di casistica, questo sarà un elemento rilevante da tenere in considerazione per il capitolo successivo, dedicato all'analisi dell'indagine.

Le strategie comuni adoperate dalle due infermiere nel coinvolgimento della famiglia sono quelle di comportarsi con tutte le mamme e le famiglie allo stesso modo, fornendo le informazioni adeguate, senza fare distinzione e rispettando le indicazioni. La scelta di far partecipare la propria famiglia al percorso di cura dipende dalle volontà e dalle richieste di queste donne, ma anche dalla figura professionale responsabile di valutare la situazione familiare. Una delle due infermiere ha seguito casi in cui la famiglia della paziente era una risorsa, casi in cui non era a conoscenza della situazione e altri in cui la presenza diventava asfissiante. Spesso le famiglie vengono valutate e rivalutate anche durante la degenza, in modo da decidere se a fine ricovero mamma e bambino possono rientrare a domicilio con il sostegno di un parente oppure no. Lo stesso vale per i compagni/mariti. A meno che le donne non si rechino in una casa protetta mamma-bambino, dove gli uomini non sono ammessi.

Infermiera Antenna Icaro: L'infermiera è convinta che instaurare un legame di fiducia con i propri pazienti sia una delle cose più impegnative, per la quale ci vuole molto tempo. Si tratta di donne con un percorso di vita di abbandoni e tradimenti. Hanno avuto storie catastrofiche e faticano a credere che i professionisti possano agire per il loro bene. L'intervistata non crede di poter confermare quanto questo tipo di utenza scelga più facilmente gli infermieri o altre figure professionali come persone di riferimento. Secondo lei, dipende dal ruolo professionale, dal carattere, dal tempo trascorso insieme o dall'anzianità in termini di anni di lavoro all'interno del servizio. Dal canto suo, ciò che conta maggiormente è metterci empatia, non giudicare e accompagnare queste donne nel loro percorso dal primo momento in cui accedono al servizio.

A volte, in attesa del parto si presentano un po' dissociate e non si rendono conto nel concreto di ciò che le aspetta. Idealizzano la vita con il bambino, perciò gli infermieri di Antenna Icaro cercano di prepararle.

Sono donne che hanno relazioni difficili con il proprio corpi. La sfera intima risulta qualcosa di molto delicato. Alcune non si recano mai dal ginecologo. È difficile specificare se ci sia una componente di vergogna, magari per un'igiene non impeccabile. Per l'intervistata è dura rendersi conto di cosa vivono queste donne. Spesso subiscono abusi e continuano a subirne, anche sessualmente. Ancor di più se vi sono delle sostanze di mezzo, perché si prostituiscono per procurarsi la droga oppure in stato d'intossicazione non sono in grado di opporsi. Descrive questo mondo come un ambiente piuttosto antifemminista, dovuto forse al fatto che i livelli di cultura sociale e scolarizzazione medi

non sono molto alti. Durante i suoi anni di carriera, nei contesti in cui ha lavorato, la proporzione di donne è sempre stata minore rispetto a quella degli uomini. Ha potuto anche notare come le donne assumano comportamenti di dipendenza diversi, oltre alla differenza di sostanza scelta. Conferma di quanto esposto nel capitolo 2.3 del quadro teorico.

A un certo punto dell'intervista, ho ignorato la mia traccia di domande e le ho chiesto “*ma pensi che siano in grado di riconoscere il loro essere donna o abbiano la capacità di imporsi come tale rispetto anche a questo aspetto un po' misogino?*”. Secondo lei, seppur non vive le dinamiche esterne al servizio, è un aspetto normalizzato, l'unica realtà da loro conosciuta. Quindi la risposta è no. Sono donne sole che instaurano relazioni tossiche con uomini che non le trattano bene, dove si stabilisce un ciclo di violenza domestica e la sostanza costituisce il terzo “soggetto” della coppia.

Nella relazione madre-bambino, invece, gli infermieri non sono coinvolti. Non vedono quasi mai i bambini, a meno che le mamme non si rechino ad assumere la terapia insieme a loro. Se vengono richiesti dei consigli, e/o sono pronte a riceverli, gli infermieri partecipano con piacere. Secondo lei, i consigli devono essere adattati e mirati a livello individuale, perché ogni donna è madre a modo suo¹².

Il servizio di Antenna Icaro pone molto l'accento sull'importanza della famiglia e sulla rete personale dei pazienti. Ad occuparsene è principalmente lo psichiatra, ma l'intera équipe può prendere l'iniziativa d'invitare e accogliere i famigliari, sia come risorsa sia come pazienti. In tal caso, non viene assegnato lo stesso operatore di referenza. Possiede un programma chiamato *FAST* (famiglia, adolescente, sostanza e terapia), di cui se ne occupano lo psicologo e altre persone designate, voluto per i pazienti molto giovani.

Vissuto ed emozioni

Durante l'indagine ho fortemente voluto che gli infermieri mi raccontassero episodi vissuti e quali sono state le emozioni prevalenti, in loro e nelle pazienti.

Infermiere Ingrado: L'infermiere mi racconta una storia davvero straziante, per la quale ci siamo commossi entrambi durante l'intervista, perché sono trasparse tutte le emozioni da lui provate. Inoltre, il solo pensiero di una gravidanza così tanto trascurata mi ha creato una stretta al cuore.

Non molto tempo fa c'è stato il caso di una paziente, segnalata più volte e a più istituzioni, che abusava di cocaina in tutti i modi possibili (iniettata, sniffata e fumata), dal terzo mese di gravidanza fino al giorno prima di partorire. Subito dopo aver dato alla luce il bimbo, le è stato tolto. “Noi costretti a darle anche la terapia sostitutiva, a vederla in quello stato. Lei qui non veniva a raccontare questa cosa, ma gli operatori di prossimità ce la raccontavano. Quindi, quella diatriba lì ti fa entrare in un vortice etico di battaglia personale, perché sei costretto ad accettare.” (p. 50). Inevitabilmente, il primo pensiero dell'infermiere era rivolto al neonato. Nato già tossicodipendente, in astinenza e con un imprinting compromesso. Se la tossicodipendenza crea dei solchi nel cervello a livello neurobiologico nell'adulto, accade anche nel cervello di un feto. Nei dettagli questa storia

¹² “Possiamo dare consigli se la donna lo richiede o è aperta a riceverli. Secondo me la relazione madre-bambino è anche una relazione che cambia da donna a donna, ci sono quelle che vogliono e possono allattare oppure quelle che vorrebbero, ma non possono. Dipende molto da persona a persona. Penso che il miglior modo da parte nostra per favorire quest'ultima sia adattare i consigli e mirarli a livello individuale.” (p. 61)

è poi stata seguita meglio dagli operatori di prossimità, vincolati appunto dall'obbligo di riportare i fatti al resto del team.

Gli infermieri d'Ingrado provano ad aiutare le donne a ragionare e a valutare più punti di vista differenti, ma non sono mai riusciti a dissuaderle dall'averne figli. La cosa migliore, secondo l'intervistato, sarebbe poter intervenire e ragionare insieme alla paziente rispetto a un'interruzione di gravidanza, quando è ancora possibile. Eppure, effettivamente non succede. Questo crea sentimenti di rabbia, di impotenza e di sconfitta.

Le gravidanze delle loro pazienti arrivano quasi sempre casualmente, quando non vengono usati preservativi o anticoncezionali. Possono anche essere gravidanze volute e cercate. In generale, si parla di donne con figli già avuti in precedenza e allontanati. Donne che non lavorano e non lo hanno mai fatto, a parte qualche eccezione.

Infermiere Clinica Sant'Anna: L'intervistata nr.1 ricorda con piacere il recente caso di una coppia di genitori. La donna in cura metadonica e il compagno alcolista. Entrambi erano molto presenti per il bimbo, palesemente adorato. La mamma ci teneva tanto a tenerlo addosso, anche di notte, nonostante non allattasse. Chiamava le infermiere a tutti i pasti per nutrirlo, si organizzava, lo cambiava e faceva tutto senza approfittare del fatto che avrebbe potuto lasciare il neonato al nido. Il compagno era a conoscenza del passato da tossicodipendente della ragazza, ma non sapeva che lei si stesse ancora disintossicando. Lo ha scoperto durante il ricovero, ma questo non ha creato grossi conflitti tra di loro e hanno saputo gestire bene la propria genitorialità.

Mi racconta anche di situazioni in cui le mamme vengono dimesse e i neonati rimangono degenti. Una volta rientrate a domicilio hanno delle ricadute e non si presentano agli appuntamenti per vedere i bambini. Oppure, circostanze in cui oltre alla tossicodipendenza sono presenti anche disturbi psichiatrici. Le donne scappavano di nascosto dalla clinica, non si facevano più trovare e non si presentavano agli appuntamenti, ma se lo facevano, tornavano in condizioni pietose.

L'infermiera si dice alleggerita dal fatto che, grazie alla rete attiva di presa in cura, siano sempre meno presenti situazioni simili, da trattare con delicatezza.

L'intervistata nr.2 racconta il caso di una paziente gestita per un periodo piuttosto lungo. Si trattava di una donna con una grave tossicodipendenza, piena di problemi e con un rapporto conflittuale con il padre del bambino. I servizi sociali avevano dettato il divieto assoluto di lasciare il neonato in camera da solo con la mamma. Sia lei sia il padre potevano vederlo solo due ore al giorno in momenti diversi. In seguito, con grande tristezza, il bambino è stato dato in affidamento ad un'altra famiglia e la donna si è suicidata a distanza di un anno e mezzo. "Era una situazione davvero al limite. E questo è stato un caso che mi è rimasto molto impresso" (p. 67).

In egual modo rimangono impressi i casi di genitori che rinascono all'arrivo delle creature. Danno anima e corpo per far valere la propria voglia di riscatto, di superare e lasciarsi alle spalle le brutte esperienze. "Io penso che due persone, grazie all'arrivo di un bambino, possano anche rinascere diversi, intraprendere la strada della normalità. Bella questa cosa, mi è piaciuta tantissimo" (p.68).

In generale, la casistica rispecchia sempre casi di donne con figli avuti in precedenza. Molto giovani, ma mai in carriera. I compagni delle donne ci sono e, complessivamente, anche loro presentano disturbi da uso di sostanze. Questo genere di casistica, per il personale infermieristico della clinica Sant'Anna, è fonte di preoccupazione e di allerta, ma anche di consapevolezza, di tenerezza e di senso di protezione per i neonati.

Infermiera Antenna Icaro: L'esperienza lavorativa dell'intervistata è senza dubbio arricchita dal periodo di lavoro vissuto nel Canton Vaud. Lì esiste un programma chiamato ADV (Addiction Dépendance et Vie), gestito da una ginecologa e due levatrici specializzate nelle situazioni di gravidanza con problemi di sostanze. Nei casi di donne tossicodipendenti e incinte, il programma dimostrava funzionare molto bene, qualificato e personalizzato in tutte le complicanze possibili della gravidanza. Ogni situazione veniva segnalata e le specialiste se ne prendevano a carico dall'inizio, assicurandosi di farlo senza mettere la donna in condizioni di disagio. Seguivano e gestivano la situazione anche nel post-partum. Erano in prima linea per tutto ciò che riguardava la gravidanza.

Ricordando il Canton Vaud, mi racconta di una paziente che consumava metadone, cocaina, THC e benzodiazepine. Era rimasta incinta erroneamente, in quanto non seguiva regolarmente il depot anticoncezionale prescritto. La gravidanza è stata quasi portata a termine con taglio cesareo, a causa di un ritardo di crescita del neonato, sottoposto a un periodo di disintossicazione. In seguito, la mamma ha deciso di dare il bimbo in adozione alla stessa donna che, a sua volta, la adottò all'età di 8 anni. In sostanza, la nonna ha adottato il nipote. Quest'ultima viveva in un altro Paese e con l'aiuto di un curatore è stata avviata tutta una serie di pratiche, per permettere il trasferimento del minore. Di tanto in tanto la donna riceveva notizie del bambino.

Da quando lavora in Ticino, invece, le è successo di seguire una ragazza che non consumava più sostanze, ma che era sottoposta a continui test delle urine. Da uno di questi controlli è stata scoperta la gravidanza, poi interrottasi spontaneamente. Un ulteriore caso è quello di una ragazza già incinta, con dipendenza da farmaci e THC, inserita nel servizio in coppia con il ragazzo, anch'egli paziente seguito. Si trattava di una relazione amorosa molto instabile, un continuo tira e molla. Confermavano di essere entrambi i genitori e subito dopo lo smentivano. A un certo punto si sono lasciati e la ragazza ha interrotto la gravidanza.

Mi spiega che di norma sono gravidanze scoperte tardivamente, di conseguenza resta poco tempo per aiutare le donne a ponderare bene le proprie scelte. Le gravidanze possono essere cercate e desiderate, altre volte no. Spesso le pazienti hanno la convinzione di non poter avere figli, perché le mestruazioni sono assenti o irregolari e poi rimangono incinte inaspettatamente.

A livello emozionale trova che le donne provino paura ed apprensione, miste a gioia ed entusiasmo, per il grosso carico di responsabilità. Secondo lei, vivono più o meno le stesse tappe di tutte le donne in gravidanza, considerando anche lo scompenso ormonale che entra in gioco. Per quanto riguarda l'équipe, l'emozione che prevale è quella di preoccupazione, perché si tratta di un grosso cambiamento, di un carico di lavoro importante e anche complicato. Gli infermieri provano a essere empatici, soprattutto verso le emozioni che vivono le donne, accogliendo i loro vissuti¹³.

Anche il team di Antenna Icaro, come quello di Ingrado, segue i casi più complessi. Si tratta di donne in età fertile, quindi l'età è molto variabile. Ragazze molto giovani o donne sulla quarantina. Alcune hanno già figli, mentre altre sono alla prima gravidanza.

Inoltre, mi cita anche casi interessanti, dei quali ha sentito parlare durante i suoi anni di carriera, di negazione della gravidanza o di gravidanza isterica. La prima succede quando

¹³ "Ad esempio, oggi ha chiamato una paziente convinta di essere incinta. Ha fatto tre test di gravidanza con risultati negativi, è andata dal ginecologo e attraverso l'ecografia ha confermato che non è incinta. Le ho detto 'non so bene se dirti bene oppure peccato, dimmi tu come la vivi'" (p. 62).

la donna è incinta, ma non se ne rende conto, perché la pancia non cresce, il seno non si gonfia e vi sono perdite vaginali che assomigliano molto a quelle mestruali. La seconda, invece, accade quando la persona è convinta di essere incinta, ma di fatto non lo è. Durante l'intervista ho voluto domandare se, in generale, il tipo di casistica all'interno del loro centro corrispondesse davvero a quella descritta dall'infermiere di Ingrado. Mi conferma che, a livello di gravità, la peggiore è sicuramente più concentrata sul territorio luganese. Tuttavia, come centro specializzato, anche il loro tipo di utenza è molto variato. Ci sono pochi pazienti ben integrati, con una famiglia e un lavoro, altri in formazione e molti altri in assistenza o in disoccupazione.

Racconta che a Losanna si presentavano situazioni molto più degradate. Casi molto più complessi, anche a livello psichiatrico. Erano anche nettamente più alti i numeri di senza tetto. Il lavoro degli infermieri era particolarmente mutevole e arricchente, attuava molteplici approcci terapeutici.

Bisogni principali

In conclusione, ho posto una precisa domanda riguardo ai principali bisogni di queste madri tossicodipendenti.

Infermiere Ingrado: Dal suo punto di vista, i bisogni principali delle pazienti sono quelli di comprensione, ascolto e accudimento nel consumo. “Come quando vai a piangere sulle spalle dell'amico, ecco. Il dolore rimane, ma lo butti sulle spalle dell'amico. Il bisogno di essere ascoltato, di essere accudito, ma nel consumo. Loro non vogliono che noi diciamo “devi smettere di consumare”, perché sarebbe assurdo. Se arriva il paziente cardiopatico non gli si può dire di smettere di soffrire col cuore. ‘Lei deve smettere di essere cardiopatico’, è uguale, cioè la tossicodipendenza è una malattia. Pensare che l'hanno voluto loro, tipico, rientra nello stigma... È il bisogno di appoggiarsi sull'altro per vivere meglio quella convinzione che loro sanno che sarà l'unica convinzione della loro vita” (p. 51).

Secondo lui nella presa a carico di una paziente tossicodipendente, gravida non vi sono enormi differenze rispetto alla presa a carico di un qualsiasi altro paziente tossicodipendente. È necessario mettersi in gioco maggiormente, ma si lavora soprattutto sulle competenze al consumo, relazionali e di accompagnamento. Nel loro servizio, un infermiere impara a fare questo. Se poi un paziente riesce ad uscire dalla tossicodipendenza, non può che essere per loro un grande successo, seppur raro.

Infermiera Clinica Sant'Anna: Secondo la prima infermiera il bisogno prioritario delle pazienti è quello di avere con sé i propri bambini una volta dimesse, in modo tale da vivere la propria maternità quasi come qualsiasi altra donna, poiché continuano comunque ad essere seguite dai servizi sociali. Alcune hanno anche bisogno di essere accolte in un'altra struttura per allontanarsi dalla famiglia o sentirsi più protette.

Stando a quanto detto dalla seconda infermiera, una volta rimaste incinte e aver partorito, queste donne maturano il bisogno di cure e di grande supporto da parte del personale medico-infermieristico e della famiglia, ad esempio nella disintossicazione. Di conseguenza, spesso capiscono che lo stesso vale anche per i loro bebè. “Penso che comunque, in generale, quando si guarda un figlio si capisce che quello che è stato fatto fino al momento della sua nascita non andava molto bene e che bisogna voltare pagina,

per lui.” (p. 68). Dunque, la sua speranza è quella che lungo il loro cammino trovino delle persone che sappiano prendersi cura di loro.

Infermiera Antenna Icaro: Evidenzia il bisogno delle donne di essere ascoltate e sostenute. Durante il suo lavoro l’infermiera si è chiesta, più volte, se queste donne non fossero le prime ad auto-stigmatizzarsi o a essere troppo severe con sé stesse per dimostrare di potercela fare. Alcune hanno il forte desiderio di essere completamente pulite. C’è chi ce la fa e chi no. Non tutte sono pronte a smettere di consumare. Prevale il bisogno di definire degli obiettivi insieme, paziente e curante.

Presa a carico neonatale

Ho chiesto all’infermiera pediatrica come funziona l’iter terapeutico generale di un qualsiasi neonato, in che modo agiscono in situazioni specifiche come quelle della tematica, quali strategie vengono attuate, qual è la sua opinione personale, quali sono le emozioni prevalenti e quali complicanze neonatali ha osservato in prevalenza nella sua esperienza lavorativa.

Infermiera pediatrica Clinica Sant’Anna: Le infermiere pediatriche vengono a conoscenza di come è andata la gravidanza all’annuncio della paziente tossicodipendente prossima al parto. Insieme al medico pediatra pianificano l’assistenza. La pianificazione presta attenzione ad eventuali patologie, terapie particolari compatibili o meno con l’allattamento, assunzione di altre sostanze (es. psicofarmaci), presenza di crisi d’astinenza, eccetera. Per recuperare i farmaci necessari, ma soprattutto per rispondere a problemi di salute del neonato, è sempre necessario attivarsi con anticipo. Alla nascita di un neonato, da madre tossicodipendente, è presente un protocollo da seguire. Nello specifico si tratta di una scala adibita per valutare il livello di astinenza del nascituro, chiamata “Punteggio di Finnegan”¹⁴. I neonati che risultano positivi agli esami tossicologici o che sono stati esposti a sostanze durante la gestazione necessitano un monitoraggio regolare, perché potrebbero andare in contro a crisi d’astinenza. Le scale di valutazione come quella sopracitata aiutano a capire quanto è grave la crisi. Aiutano a monitorare eventuali miglioramenti o peggioramenti. Permettono, inoltre, di valutare l’approccio terapeutico attuato e capire se necessita delle modifiche.

A intervenire sul neonato sono direttamente le infermiere pediatriche e i pediatri, poi c’è tutta la rete citata dalle sue colleghe. Nessuno all’interno della rete si occupa unicamente della mamma, senza accertarsi delle condizioni di salute del neonato. L’infermiera pediatrica ammette di aver incontrato più casi di neonati nati da madri tossicodipendenti alla Clinica Sant’Anna rispetto a dove ha lavorato per diversi anni in patologia neonatale. Eppure, si occupano di tali casi soltanto una o massimo due volte all’anno.

Si dichiara personalmente dispiaciuta quando assiste a problemi di salute nei bambini dovuti alla negligenza materna. Infatti, cerca di tenersi emotivamente distante, per non causare ulteriore dolore. Le mamme che si rendono conto delle circostanze sono già affrante e si auto-colpevolizzano abbastanza.

L’équipe ha sempre l’obiettivo di sostenere entrambi, mamma e bambino. Punta a un’assistenza millimetrica, dove viene misurata ogni decisione presa, perché la difficoltà sta nel garantire la sicurezza di uno e dell’altro. Ci sono mamme inibite dall’effetto di psicofarmaci o che si presentano con compagni segnalati o potenzialmente violenti. Tutto

¹⁴ Vedi capitolo 8.2 degli allegati

dipende dai casi, ma il passaggio di consegna tra gli infermieri è fondamentale per comportarsi tutti allo stesso modo e sapere cosa è ammesso e cosa no.

3.3. Analisi dell'indagine

In questo capitolo mi occuperò di analizzare e interpretare le informazioni ottenute dalle cinque interviste. L'obiettivo è quello di comprendere la tendenza rispetto al tema, quali sono gli elementi che ritornano nella messa in comune delle interviste e quali si differenziano, definendo il mio lavoro. Attraverso l'elaborazione di questo capitolo, dovrei riuscire inoltre a rispondere alla mia domanda di ricerca.

Gli infermieri hanno parlato di donne con percorsi di vita traumatici. Sono sorti temi come violenza, relazioni tossiche con persone problematiche, prostituzione, gravidanze casuali e raramente desiderate. Sono tutte storie di vita che mettono a dura prova il lavoro di cura dei cinque professionisti intervistati e accomunano i bisogni dell'utenza. È un tipo di casistica che si presenta saltuariamente.

Come ho immaginato ancor prima di conoscere l'esito delle interviste, è affiorata chiaramente l'importanza delle competenze relazionali per la presa a carico di pazienti gravide tossicodipendenti. Elementi quali accoglienza, rispetto, fiducia, ascolto, empatia, educazione, consapevolezza, speranza, dedizione, costanza e non-giudizio sembrano essere correlate a una migliore presa a carico. Eppure, rabbia, senso di impotenza e di sconfitta, preoccupazione, prudenza, inquietudine e un maggior carico di lavoro caratterizzano simultaneamente l'esperienza con questo tipo di utenza.

Ciò che sorge chiaramente dalla messa in comune delle interviste è come i percorsi di cura delle pazienti tossicodipendenti in gravidanza dipendano dal caso e dal contesto. Le strategie individuate e le modalità adottate nella presa a carico non possiedono una sistematicità. Malgrado si tratti della stessa clientela, questa tematica crea una sottile spaccatura tra un ambito e l'altro (servizi di dipendenze e reparto di maternità). In altre parole, è come se venisse prestato un servizio diverso alle stesse clienti.

Infatti, tranne la neonatologia della Clinica Sant'Anna, che usufruisce di una scala di valutazione e monitoraggio delle crisi d'astinenza dei neonati durante un periodo di stretta sorveglianza, nessuna delle istituzioni basa le proprie prestazioni su un protocollo definito e motivato da questo genere di utenza. Gli infermieri si occupano di accompagnare e sorvegliare queste donne nel loro percorso, ma una sola intervistata ha esplicitamente parlato di interventi messi in atto per definire obiettivi di cura insieme alle donne. Da un lato si agisce in modo che queste donne riescano ad arrivare al parto procurando a sé stesse e al neonato i minori danni di salute possibili, prima di doversene separare per sempre. Dall'altro si opera in modo che riescano a tornare a casa con i bambini e s'impegnino a occuparsene. A seconda della situazione, purtroppo, sono ancora tanti i bambini che vengono portati a casa quanto quelli a cui viene cercata una nuova famiglia. Le necessità principali delle pazienti sembrano essere ben chiare a tutti gli intervistati. Necessitano di appoggio, comprensione, ascolto e accudimento nel loro stato di tossicodipendenti. E allo stesso tempo nutrono il bisogno di vivere la maternità e, nel loro presupposto di madri, non vogliono perdere i propri bebè. Evidentemente non è facile soddisfare questi bisogni, trattandosi di due condizioni quasi incompatibili.

Dall'indagine risulta che i servizi in questione rispondano in maniera distinta alle esigenze. Ciò corrisponde coerentemente alle prestazioni che abitualmente offrono a tutti i pazienti. I servizi per le dipendenze affrontano la tossicodipendenza e, quando succede, creano una rete che agevoli la risposta al bisogno di gravidanza. Il servizio di maternità, invece, risponde alla gravidanza adattando le proprie cure e offrendo assistenza e

continuità alla rete incaricata alla gestione della tossicodipendenza. Non vi è una risposta concreta che consideri la problematica nel complesso.

A più riprese, è emersa la sottile differenza di casistica e di presa a carico. Innanzitutto, soprattutto Ingrado, ma anche Antenna Icaro, si occupano di pazienti con serie difficoltà di dipendenza e tutto ciò che ne consegue (isolamento sociale, condizioni di salute precarie o povertà). Sembra che la maggior parte delle loro pazienti rimangano incinte quasi incuranti di quanto la nascita di un figlio possa cambiare le loro vite e, alla fine, gran parte dei nascituri vengono loro tolti dai servizi sociali. Inoltre, le gravidanze non sempre sono un valido motivo di cambiamento. Contrariamente la Clinica Sant'Anna si occupa soprattutto di donne già seguite da più figure professionali, in condizioni di salute più stabili e prevalentemente circondate da un entourage di gran lunga differente, come ad esempio la presenza dei compagni e dei famigliari. Per le loro pazienti lo stato gravidico spesso diventa uno stimolo al cambiamento. Chiaramente si presentano delle eccezioni, ma molto raramente.

Cambiano anche i tempi di cura, in quanto i due servizi per le dipendenze sono molto più vicini alle pazienti nella loro quotidianità ed effettivamente i curanti sono tra i primi a scoprire delle gravidanze. Il personale della clinica, invece, si dedica a gravidanze al capolinea per un periodo di tempo più breve e determinato logicamente dal ricovero temporaneo. Anche quando si tratta di disturbi in gravidanza e/o di altre situazioni per le quali è necessario un monitoraggio.

In seguito, le infermiere della clinica Sant'Anna hanno un ruolo molto più attivo nella gestione dei neonati, intervengono direttamente per favorire la relazione madre-bambino. I due servizi per le dipendenze, al contrario, non hanno alcun tipo di coinvolgimento. Credo che sia un peccato, poiché a mio modo di vedere l'infermiere possiede tutte le carte in tavola per occuparsene e possa essere una figura fondamentale nell'assistenza al neonato e anche nell'elaborazione del lutto, poiché di questo si tratta quando queste storie non finiscono bene.

Una delle maggiori risposte all'esigenze di queste pazienti pare essere la rete emergente a seguito della complessità delle loro situazioni. Puntualmente, nelle interviste compare la risposta citante la creazione di una rete multidisciplinare e interdisciplinare, dove le figure professionali coinvolte si coordinano tra di loro e si impegnano ad attuare pratiche volte ad occuparsi delle singole situazioni. È inevitabile affermare che le condizioni di tossicodipendenza e gravidanza di queste donne cambiano in qualche modo per sempre le loro vite. Le iniziative e l'efficienza della rete dipendono da vari motivi, ma gli infermieri intervistati non hanno esternato le stesse opinioni in merito al successo della rete. Secondo le infermiere di maternità la rete è ben strutturata, funzionante e soddisfacente. Nella loro realtà, l'obiettivo comune sembra essere più indirizzato alla buona riuscita di gestione del neonato da parte delle mamme. Secondo gli infermieri dei servizi per le dipendenze la rete presenta molti inghippi (freni burocratici, provvedimenti tardivi e regole rigide e severe). Come se l'obiettivo finale fosse quello di allontanare i bambini dalle proprie madri a fine gravidanza. La rete pare essere la causa di paure e confusione per queste pazienti. Paura, perché se non rispondono correttamente ai criteri, viene tolta loro la possibilità di crescere i propri figli. Confusione, in quanto i ruoli professionali all'interno della rete, spesso molto estesa, non sono chiari a tutte. Quest'estensione, a sua volta, fa sì che ogni figura professionale si concentri maggiormente sui propri compiti e scopi. Tutto ciò può allontanare le utenti dall'idea di accedere a questi servizi. Insomma, la realizzazione della rete risulta necessaria, considerata la complessità della casistica, ma non sempre sembra favorire l'assistenza infermieristica. Addirittura, un'intervistata crede che alcuni membri della rete siano coloro che tendono a stigmatizzare.

Nel corso dell'indagine sono rimasta sorprendentemente colpita da come, tutto sommato, da parte del personale infermieristico si delinea in particolar modo la necessità di presentare una moltitudine di conoscenze e competenze.

Come persone molto vicine alle pazienti, sono chiamati a mantenere una visione globale della situazione, ponendo maggiore attenzione sugli elementi rilevanti, collaborando con tutte le figure professionali coinvolte e riconoscendo quali sono i determinati compiti da delegare alle persone più indicate. Senza dimenticare il passaggio di consegna, fondamentale per condividere e richiedere aggiornamenti al resto dell'équipe multidisciplinare. Queste competenze appartengono al "ruolo di membro di un gruppo di lavoro e di manager", uno dei sette ruoli definiti dal profilo di competenze finali per le professioni sanitarie SUP (SUPSI, 2019).

Il "ruolo di promotore della salute (Health Advocate)" è messo in pratica dall'infermiere quando coinvolge direttamente la paziente nel processo di cura, e se possibile le persone a lei care, offrendo una continuità delle cure. Valutare gli obiettivi comuni insieme a queste donne, come suggerito dall'intervistata di Antenna Icaro, dà modo di prevenire possibili complicanze e valutare l'impatto dei propri interventi. Gli infermieri intervistati dimostrano di essere promotori della salute quando dichiarano di riadattare le terapie sostitutive alle sostanze tossiche insieme al medico oppure quando fissano appuntamenti (es. ginecologici) per la salute delle pazienti (SUPSI, 2019).

Essere disponibili ad apprendere continuamente e fornire insegnamento, come per esempio spiegare alle donne tossicodipendenti in gravidanza come assumere la terapia sostitutiva, imparare a lasciare alle donne il tempo di instaurare rapporti di fiducia prima di esprimere i propri bisogni oppure sviluppare capacità riflessiva dopo esser stati confrontati con le loro storie personali, prende il nome di "ruolo di apprendente e insegnante" (SUPSI, 2019).

La consapevolezza del proprio ruolo, dei propri doveri, dei propri limiti e delle priorità assistenziali riporta al "ruolo legato all'appartenenza professionale" (SUPSI, 2019). Consiste nella capacità di agire in situazioni particolarmente complesse come queste e di attenersi all'obbligo professionale, senza imporre le proprie opinioni personali, seppur possano scatenare emozioni come senso di impotenza, rabbia o sconfitta.

Il "ruolo di esperto in cure infermieristiche" sorge quando si conoscono i farmaci che si somministrano, distinguendo quelli compatibili con la gravidanza da quelli non compatibili. L'esperto in cure infermieristiche sa che le sostanze tossiche impattano sulla struttura del cervello, valuta continuamente lo stato generale di salute delle pazienti, considerando la gravidanza e/o la tossicodipendenza (SUPSI, 2019).

Parrebbe che questa tipologia di pazienti si avvicinino maggiormente a chi offre loro ascolto, comprensione ed empatia. Pertanto, agli infermieri in questione non resta che avvalersi del "ruolo di comunicatore", fondamentale per adeguare il proprio linguaggio al paziente e per instaurare rapporti di fiducia (SUPSI, 2019).

3.4. Supporto teorico all'indagine

3.4.1. Riduzione del danno e competenze al consumo

L'infermiere d'Ingrado mi specifica più di una volta di essere un centro specializzato per le dipendenze che lavora sulla riduzione del danno e sulle competenze al consumo. Il concetto di riduzione del danno è il perno del terzo dei quattro pilastri appartenenti alla Strategia nazionale dipendenze ampliata dalla commissione federale per le questioni relative alla droga (CFQD) (UFSP, 2015). S'intendono misure volte a consolidare lo stato di salute delle persone con disturbi da uso di sostanze, favorendo e preservando la loro (re)integrazione sociale. L'obiettivo principale è quello di appoggiare queste persone a mantenere una buona qualità di vita, in maniera indipendente e senza disagi, sebbene ci sia una dipendenza e una serie di comportamenti a rischio/condotta rischiosa. La speranza è che siano in grado di avviare un percorso terapeutico o che riescano ad abbandonare il vizio. I restanti pilastri sono; promozione della salute, prevenzione e riconoscimento precoce, terapia e consulenza e regolamentazione ed esecuzione (Ingrado, n.d.). In ordine, contemplano interventi mirati a prevenire e impedire lo sviluppo di una dipendenza, individuando precocemente problemi di salute o comportamentali (UFSP, 2015). Ad agire qualora si sia già manifestata una dipendenza, migliorando le condizioni fisiche e psichiche attraverso consulenze psicosociali, trattamenti medici, aiuto prestato da volontari o non professionisti, richieste d'aiuto da parte dei soggetti, assistenza dopo la terapia, appartamenti protetti e cure sostitutive (UFSP, 2015). E infine, a limitare l'accesso alle sostanze e la loro disponibilità mediante interventi giuridici (UFSP, 2015).

Il termine "competenze al consumo" significa possedere la capacità di regolare le proprie abitudini di consumo, in modo da preservare la propria salute mentale, fisica e sociale, così come quella altrui. Un individuo è reputato competente al consumo quando conosce ed è in grado di gestire correttamente le sostanze, così come i possibili comportamenti conseguenti (GFD, n.d.).

3.4.2. Multidisciplinarietà e interdisciplinarietà

Frequentemente, nel corso delle interviste, è stato fatto riferimento alla multidisciplinarietà e l'interdisciplinarietà (approfondito brevemente nel capitolo 1.2.), come principio della presa a carico di situazioni di cura inerenti alla tematica della tesi. L'approccio della multidisciplinarietà si presenta quando all'interno di un gruppo di esperti con differenti competenze ognuno espone criticità, soluzioni, suggerimenti e pareri secondo la propria specializzazione. La multidisciplinarietà dà una giustapposizione delle conoscenze. Si può parlare di approccio multidisciplinare e interdisciplinare quando, oltre all'esposizioni di ognuno, i membri del gruppo dialoghino tra loro e mettano in pratica uno scambio che permetta di trovare i punti d'accordo per risolvere e gestire insieme le difficoltà (Łuszczynska, 2020).

3.4.3. Negazione della gravidanza e gravidanza isterica

Sempre l'infermiera di Antenna Icaro, ha indicato due fenomeni di gravidanza che hanno suscitato particolarmente il mio interesse, ovvero la negazione della gravidanza e la gravidanza isterica. Ballerini M. et al. (2022) definiscono il rifiuto della gravidanza un problema di salute fisica e mentale. Generalmente comporta l'assenza dei segnali fisici associati alla gravidanza, come gonfiore addominale, amenorrea, aumento di peso o persino percezione dei movimenti fetali. Presuppone potenziali rischi per la madre e il bambino. Nonostante ciò, ci sono ancora pochi dati sulle sue caratteristiche cliniche e sugli aspetti neurocognitivi coinvolti (Ballerini et al., 2022). La negazione può essere

compresa come un disturbo dell'adattamento, o dell'ansia, e serve ad allontanare inconsciamente i conflitti psichici (Rott, 2016). Prima d'ora, non avevo mai sentito parlare di questo fenomeno, infatti, secondo Rott (2016) nella nostra società esiste un certo tabù su questo argomento. La gravidanza e la maternità devono rappresentare uno stato associato a grande gioia. Qualsiasi altra esperienza, che non integri questa emozione, non è socialmente accettabile (Rott, 2016). È importante che dopo aver scoperto della gravidanza, la rete di professionisti possa far comprendere alla donna che la negazione della gravidanza non è un sintomo psicotico ed è più comune di quanto possa sembrare (Rott, 2016). L'aiuto di professionisti impatta fortemente sulla riduzione dei rischi e le prospettive per la madre e il bambino migliorano (Rott, 2016).

La gravidanza isterica, o detta anche "pseudociesi", "pseudogravidanza", "falsa gravidanza" o "lattazione nervosa", invece, è una sindrome frequente osservata in femmine non gravide (Gobello, 2021). È caratterizzata da diversi gradi di ingrossamento delle ghiandole mammarie, con secrezione del latte, e comportamento materno. È ancora necessario approfondire la conoscenza di questo evento per garantire diagnosi e strategie di trattamento ottimali (Gobello, 2021)

3.4.4. Il ciclo della violenza

Dall'indagine emerge il tema degli abusi e della violenza subita da alcune pazienti. Possibili cause, tra l'altro, di gravidanze involontarie. Nel capitolo 2.3 ho accennato la correlazione tra uso di sostanze ed esperienza di violenza, dove le donne sono poste a maggior rischio di esposizione alla brutalità all'interno della loro sfera privata o meno. L'infermiera di Ingrado fa riferimento a relazioni intime e tossiche. Merzagora (2008) afferma che la violenza all'interno di una relazione tende a persistere in maniera ricorrente e si presenta in quattro fasi, costituendo il ciclo della violenza.

La prima fase si concretizza nel rapporto con un graduale aumento di tensione e insoddisfazione da parte della persona violenta, ancora relativamente controllata. Tende a colpevolizzare la vittima, a criticarla, a insultarla e a farle osservazioni altezzose e minacciose (Merzagora, 2018). Nella speranza di controllare questi atteggiamenti, la vittima tenta di accontentare l'autore di violenza in ogni modo. Come primo risultato, la vittima si ritiene responsabile dell'umore e del comportamento della persona violenta. La percepisce come una persona afflitta da problemi e bisognosa di aiuto, anche se diventa sempre più difficile da controllare (Merzagora, 2018).

La seconda fase è il momento più pericoloso per la vittima. Il carico di tensione accumulato si scarica provocando le percosse. Lo shock provoca il desiderio di minimizzare la violenza considerandola una parentesi. Si illude di riuscire a cambiare il compagno violento e tende a minimizzare i primi episodi di violenza (Merzagora, 2018). Nella terza fase la persona violenta manifesta il rimorso e promette che quanto accaduto non si ripeterà più. A volte attribuisce la sua violenza a una forza incontrollabile, a un disagio, a una frustrazione, a una malattia (Merzagora, 2018). La vittima spesso si illude che questo sia un nuovo inizio e si convince di dover restare nel rapporto per farlo funzionare. Si sente indebolita e bisognosa di aiuto, ma dato che è stata sistematicamente isolata, non sa a chi rivolgersi e l'unica fonte di sostegno rimane la persona violenta ed è così che finisce per dipendere da lui (Merzagora, 2018).

Nella quarta fase i due si riavvicinano e iniziano un periodo di falsa rappacificazione. La ciclicità della violenza è tale che il periodo della pace dura sempre meno, e il ciclo ricomincia (Merzagora, 2018). Quando il ciclo si ripete, la violenza tende ad essere più grave e la fase delle scuse sempre più breve. La persona violenta assume un dominio sempre maggiore sulla vittima, investe sempre meno energie per averne il perdono e trova difficile uscire dalla relazione violenta anche se ha i mezzi e l'opportunità per farlo

(Merzagora, 2018). Bisogna tener presente che la maggior parte delle vittime provano sentimenti di vergogna per ciò che hanno subito e soprattutto di ambivalenza verso il partner: una parte di lei vorrebbe rompere il legame con la persona violenta, l'altra parte pensa ai momenti belli e ha paura del futuro e delle possibili conseguenze (Merzagora, 2018).

3.4.5. Conseguenze cerebrali dell'abuso di sostanze

L'infermiere d'Ingrado accenna brevemente le conseguenze dell'abuso di sostanze sul cervello. Mi pare opportuno, spiegare cosa succede all'interno del cervello di un tossicomane, usufruendo della teoria trovata per affrontare questa tematica. Oltre a causare gravi problemi di salute e a modificare il comportamento, anche in maniera duratura, la dipendenza colpisce il cervello, modificandone la sua normale attività. Più precisamente, può generarne cambiamenti fisiologici, come modifiche al normale funzionamento della comunicazione neuronale. Un grosso problema della dipendenza da tutti i tipi di droghe (Rossi, Valenti, 2019). Il sistema nervoso centrale dell'essere umano è composto da circa 100 miliardi di neuroni, ognuno dei quali può connettersi con migliaia di altri neuroni. Le loro funzioni principali sono quelle di ricevere informazioni, elaborarle e trasmetterle. In poche parole, il trasferimento dell'informazione avviene attraverso il rilascio di sostanze chimiche chiamate neurotrasmettitori (Rossi, Valenti, 2019). Tutte le droghe modificano questo sistema di comunicazione, a seconda della concentrazione e della dose assunta. La cronicizzazione del consumo di sostanze modifica le funzioni cognitive, emozionali e motivazionali del cervello (Rossi, Valenti, 2019). Risulta fondamentale non dimenticare che l'alterazione cerebrale è un disturbo che esordisce sempre in un determinato ambiente sociale ed è fortemente condizionato da *problemi* psicologici, socioeconomici e dal vissuto personale della persona in questione (Rossi L., Valenti A., 2019). Per questo motivo, si cerca di bilanciare i cambiamenti neuronali intervenendo farmacologicamente o psicologicamente (Rossi, Valenti, 2019).

3.4.6. Terapia metadonica

Di frequente, gli intervistati hanno fatto riferimento all'uso della terapia metadonica. Prima di concludere la redazione di questo capitolo, ritengo doveroso farne chiarezza. Il metadone è un'agonista oppioide altamente efficace (Walker et al., 2018). È l'argomento centrale del trattamento della dipendenza da oppiacei (Shahid et al., 2017), la cosiddetta terapia metadonica sostitutiva. In Svizzera, una terapia sostitutiva a base di metadone è riservata alle persone dipendenti da oppiacei e viene prescritta quando è necessario un aiuto terapeutico che comprende misure somatiche, psichiatriche, psicoterapeutiche e socioeducative (UFSP, 2023a). Tra i vari obiettivi della terapia sostitutiva ci sono quelli di creare un legame terapeutico a lungo termine, migliorare lo stato di salute psicofisico, indurre un consumo a basso rischio, creare le condizioni per un'astinenza durevole, allontanare le persone interessate dagli ambienti illegali (UFSP, 2023a)

Per le persone che soffrono di una dipendenza grave dall'eroina, nei centri specializzati svizzeri possono seguire una terapia sostitutiva a base di diacetilmorfina, nonché la forma farmaceutica dell'eroina, monitorata a livello medico e psicosociale. I consensi, il controllo e l'informazione relativi a questa terapia sono di competenza dell'Ufficio federale della sanità pubblica. Gli obiettivi sono gli stessi, ma sono stati stabiliti dei criteri per poter accedere a questa prescrizione, ovvero età maggiori di 18 anni, dipendenza grave da almeno due anni, almeno due tentativi di trattamento infruttuosi precedenti con risultati insoddisfacenti o discontinui e ripercussioni fisiche, psichiche o sociali dovute al consumo (UFSP, 2023b).

4. Implicazioni infermieristiche

Definire il ruolo infermieristico nei due contesti d'indagine risulta complesso anche a questo punto del lavoro. La gravidanza sembra costituire una grande sfida per i due professionisti delle cure per le dipendenze e, seppur in maniera differente, anche la tossicodipendenza sembra rappresentare un impegno per le infermiere di maternità e neonatologia. La presenza dell'infermiere mette in luce l'aspetto della gravidanza da un lato e l'aspetto della tossicodipendenza dall'altro. Sembrerebbe opportuno introdurre un elemento di diversificazione nel ciclo di presenza di queste pazienti, qualcosa che indirizzi maggiormente il personale infermieristico alla totale risposta dei bisogni di queste donne. Identificare le strategie, i mezzi o le risorse messe in atto dagli infermieri nella gestione di questa tipologia di pazienti, era uno degli obiettivi prefissati. A tal proposito, fra i numerosi articoli da me proposti per l'elaborazione del lavoro, lo studio di Weber et al. (2021) riporta dei suggerimenti per la pratica professionale infermieristica e alcuni di questi potrebbero essere fonte di spunto anche per gli enti attivi nel nostro cantone.

Oltre alle cure mediche, il benessere può essere promosso da numerose strategie valide a ridurre l'uso di sostanze durante la gravidanza. Ad esempio, la pianificazione degli interventi, l'uso di materiali scritti e tecniche di colloquio motivazionale. L'identificazione dell'uso di sostanze nel periodo peri e post partum richiede la presenza di protocolli e risorse per il supporto e il trattamento (Weber et al., 2021). Come dimostrasi dall'indagine, non sono stati designati dei protocolli da seguire in merito alla tematica, ma potrebbe essere un buon punto di partenza. Anche perché, l'attivazione di protocolli pertinenti funge da sostegno alle famiglie, facilitano l'attaccamento genitore-figlio e migliorano la capacità dei genitori di prendersi cura dei propri figli (Weber et al., 2021).

Partendo dal presupposto che si tratta di una casistica specifica e complessa, fornire istruzione e sostegno, basati sull'evidenza, alle popolazioni in gravidanza è fondamentale per promuovere la salute e il benessere della diade genitore-neonato, in modo tale che ricevano trattamenti adeguati alle loro dipendenze (Weber et al., 2021). Si può approfittare della gravidanza, in quanto è un momento in cui molte persone sono fortemente motivate al cambiamento (Weber et al., 2021).

Uno dei punti fondamentali nella presa a carico delle pazienti tossicodipendenti in gravidanza riguarda il lavoro d'équipe multidisciplinare. Quest'ultimo dev'essere rivolto verso il sostegno e l'accompagnamento alla maternità e all'essere genitori, senza interrompere la presa in cura, ma piuttosto con l'obiettivo di fornire alla donna e/o alla coppia la possibilità di avere maggiore stabilità, fidandosi di chi dà loro una mano e non percependo i loro interventi come azioni di controllo (Liverani et al., 2017).

Gli infermieri intervistati non sembrano essere condizionati dallo stigma sociale verso questa popolazione di pazienti, ma per combatterlo Weber et al. (2021) suggeriscono agli operatori di utilizzare un approccio che incorpori la riduzione del danno e il colloquio motivazionale, concentrandosi sulla costruzione della fiducia, sul miglioramento dell'autoefficacia, sul rafforzamento delle competenze e delle risorse personali necessarie per ottimizzare la salute della coppia genitore-neonato (Weber et al., 2021).

A rafforzare la loro tesi, anche lo studio di Liverani et al. (2017) afferma che nella gestione del caso della donna in condizione di tossicodipendenza è necessario che i professionisti non si facciano sopraffare dal pregiudizio e siano in grado di accogliere la donna e la sua storia nella sua completezza. Utilizzare un linguaggio incentrato sulla persona e non stigmatizzante, così come atteggiamenti non giudicanti, compassionevoli e volti a identificare e soddisfare i bisogni (Weber et al., 2021). Vuole essere un'ottima strategia e gli infermieri intervistati sembrano essere sulla buona strada. Per raccomandare il diritto

delle pazienti e i loro neonati a ricevere un'assistenza conveniente, potrebbe essere utile distribuire opuscoli informativi per sensibilizzare l'opinione pubblica su questa questione. In grandi linee, sarebbe indicato concentrarsi sulle cause della dipendenza a livello sistemico, piuttosto che sui singoli individui (Weber et al., 2021). Le istituzioni sanitarie possono fare grandi passi avanti concentrandosi meno sul controllo delle popolazioni in gravidanza che fanno uso di droghe e concentrandosi di più su una solida accoglienza, sul sostegno e sull'integrazione multidisciplinare di tutti i metodi che hanno dimostrato di migliorare i risultati dei genitori e i bambini esposti a sostanze (Weber et al., 2021).

Le infermiere della maternità hanno sottolineato le restrizioni da parte dei servizi sociali che, per buone e valide ragioni, impongono alle mamme determinati momenti insieme ai loro bambini. La possibilità di tenere vicino il proprio neonato fin dai primi momenti di vita, l'integrazione familiare e una maggiore formazione degli operatori in materia di astinenza neonatale sono stati associati a un miglioramento degli esiti anche per i neonati, tra cui una minore necessità di farmacoterapia e degenze ospedaliere più brevi (Weber et al., 2021). Un dato interessante è che la realizzazione di queste strategie può essere limitata da strumenti di valutazione istituzionali inadeguati e da una limitata promozione dell'allattamento al seno. L'informazione in merito a quanto tempo impiega una sostanza per raggiungere la sua concentrazione massima nell'organismo, ad esempio, può contribuire a ridurre i danni, incoraggiando la pianificazione dell'uso della sostanza e dell'allattamento (Weber et al., 2021).

In generale, i risultati degli studi sollevano soluzioni orientate ad ampliare il più possibile la visione del problema da affrontare. Tutto ciò, potrebbe essere supportato dall'organizzazione di corsi o seminari per gli infermieri e le altre figure professionali coinvolte.

5. Conclusioni

Giunta alle conclusioni, ci tengo a precisare che fin da subito ero consapevole della specificità e della complessità del tema scelto. Eppure, avendo fortemente desiderato di approfondire questa tematica, non ho mai perso la motivazione e la determinazione.

Gli obiettivi posti a inizio progetto sono stati soddisfatti principalmente grazie alla modalità d'indagine scelta, nonché le interviste. Da quest'ultime sono emerse situazioni concrete e particolari che mi hanno permesso di scoprire quanto sia frequente il fenomeno della tossicodipendenza in gravidanza nei servizi sanitari su suolo ticinese, e non solo. Le testimonianze degli intervistati mi hanno consentito di comprendere l'organizzazione territoriale rispetto alla presa a carico di queste donne, annessa a tutte le sue peculiarità e difficoltà. Gli anni di esperienza lavorativa degli intervistati e la loro autenticità hanno agevolato la mia esplorazione dei loro vissuti e delle emozioni che prendono il sopravvento. L'ultimo obiettivo, ovvero quello del concetto di stigma presente all'interno dei contesti sanitari territoriali, è stato soddisfatto in parte dalle interviste svolte, ma soprattutto con il supporto della letteratura nel quadro teorico. Dalla teoria, lo stigma sembra avere una fortissima influenza sulla presa a carico di queste pazienti. Di fatto, fortunatamente, nessuno degli intervistati ha davvero confermato questo dato nella propria pratica professionale. Al contrario, hanno dimostrato tutti di avere uno spiccato senso di empatia e riguardo nei confronti delle loro pazienti. Rimane comunque un discorso aperto, in quanto mi sono concentrata unicamente sulla figura infermieristica, ma per poter affermare che lo stigma non è presente nel contesto sanitario (e sociale), avrei dovuto allargare l'indagine a tutte le figure professionali coinvolte. In realtà, mi sarebbe piaciuto poter intervistare anche altre figure, considerata l'importanza della rete multidisciplinare e interdisciplinare. In particolare, mi sarebbe interessato confrontarmi con un assistente sociale con esperienza in questo genere di contesti. Visto il ruolo decisivo nella presa di decisioni, sono sicura che mi avrebbe permesso di avere un quadro molto più ampio rispetto al tema.

Venire a conoscenza della necessità dell'attivazione della rete, mi ha reso più consapevole dell'importanza della coesione tra professionisti competenti, dell'aiuto reciproco, della collaborazione e della condivisione. Trovo sostanziale che ogni costituente del gruppo si senta libero di portare le proprie idee per trovare soluzioni comuni ed efficaci a situazioni così complesse, indipendentemente dai gradi di autorità, ma che sia anche consapevole di quanto gran parte del proprio lavoro non sarebbe possibile senza il supporto di ognuno dei membri della rete.

Attraverso lo sviluppo di questo lavoro, l'intento era anche quello di definire meglio il mio ruolo di professionista della cura. Ascoltare ed entrare in relazione con gli intervistati mi ha permesso di riflettere su come la crescita professionale avvenga nel tempo, con l'esperienza. L'idea di essere a un passo dall'entrata nel mondo del lavoro mi crea molte paure. Ho il timore di non essere pronta, sufficientemente adeguata alla professione e capace a gestire situazioni complesse. Dalle interviste sono affiorati elementi acquisiti dagli infermieri negli anni, rimodellati e fatti propri. Allo stesso tempo però, sono emersi anche le difficoltà, tutt'ora presenti nonostante la lunga esperienza lavorativa.

Sarei contenta se il mio lavoro di Bachelor intrigasse l'interesse di futuri studenti per continuare ed approfondire la ricerca anche nei prossimi anni. Provo sincera soddisfazione per aver scelto e dedicato il mio tempo ad esaminare questa tematica. Ho acquisito maggior conoscenza e consapevolezza. Il lavoro prodotto ha richiesto molto impegno, ma sento di avere una visione diversa rispetto a quando ho cominciato ad affrontare il tema.

A prescindere da quali siano le opinioni personali, spero che, nel suo piccolo, il mio lavoro di Tesi abbia sfatato il mito della madre tossicodipendente come cattiva madre. I racconti degli infermieri e il supporto teorico riflettono chiaramente quanto possa essere difficile la vita di una donna in questa situazione. Mi auguro che la lettura di questo elaborato possa agevolare i lettori a interfacciarsi verso la tematica con occhiali diversi.

6. Ringraziamenti

Prima di concludere definitivamente il mio lavoro di Bachelor, vorrei dedicare questo capitolo ai ringraziamenti per le persone che hanno preso parte significativamente al mio percorso universitario.

Innanzitutto, ringrazio il mio direttore di tesi, il professor Vincenzo D'Angelo, per aver accettato di seguirmi durante questa lunga e soddisfacente esperienza, per avermi accolta in un momento di crisi e sconforto e per avermi fornito sempre importanti consigli e raccomandazioni.

Ritengo doveroso ringraziare di cuore i cinque infermieri intervistati per aver messo a disposizione il loro tempo e le loro esperienze, ma soprattutto per aver risposto con spontaneità e interesse alle mie domande. Lo sviluppo del mio lavoro non sarebbe stato possibile senza il loro contributo.

Esprimo gratitudine anche alla mia famiglia, sempre presente e pronta a supportarmi. In particolar modo, a mia mamma Cristiana, che ha fortemente creduto in me dal primo giorno e mi ha permesso di proseguire negli studi con grande sforzo e sacrificio.

Ringrazio gli amici che in questi tre anni non mi hanno mai lasciata sola e rappresentano i migliori compagni d'avventura. Nello specifico, Mattia, Myriam, Vanessa, Julie, Isabelle, Tommy, Valentina e Deborah.

E infine, ci tengo a ringraziare Ahmed. Una persona molto speciale che, dal momento in cui è entrato nella mia vita, mi ha sempre incoraggiata e spinta a credere in me stessa e nelle mie potenzialità. La distanza non gli ha mai impedito di essere presente nella mia quotidianità.

7. Bibliografia

Agpar (n.d.). In Treccani https://www.treccani.it/enciclopedia/neonato_%28Universo-del-Corpo%29/#:~:text=Agpar%2C%20e%20permette%20di%20valutare,ottiene%20somm%20i%20vari%20punteggi [consultato il 10 settembre 2022]

Andersen M.M, Varga S., Folker A.P. (2022). *On the definition of stigma*. United Kingdom of Great Britain & Northern Ireland: Journal of Evaluation in Clinical Practice

Apuzzo L., Iodice M. (2021). *Sindrome di astinenza neonatale – SAN*. Rimini: Nurse24.it. [online].

<https://www.nurse24.it/studenti/patologia/sindrome-astinenza-neonatale-san.html#:~:text=La%20sindrome%20di%20astinenza%20neonatale%20si%20riferisce%20a%20una%20costellazione,dalla%20madre%20durante%20la%20gravidanza> [consultato il 29 agosto 2022]

Ballerini M., Raimbaud M., Joly L., Bottemanne H. (2022). *The invisible pregnancy: Clinical characteristics and perspectives about denial of pregnancy*. Francia: Journal de Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). DOI: [10.1016/j.gofs.2022.02.079](https://doi.org/10.1016/j.gofs.2022.02.079)

Beck T., Bruggmann P., Hensel-Koch K., Mäder R. (2014). *TAO durante la gravidanza*. Impressum Eroina. 2014 teilweise überarbeitete Ausgabe. St.Gallen: Medico e Dipendenze Svizzera. [online]. <https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/it/eroina/impressum>

Berg A., Mäder R., Schaub M., Schönwälder J. (2014). *Gravidanza*. Impressum Cocaina. 2014 seconda edizione interamente rivista. St.Gallen: Medico e Dipendenze Svizzera. [online]. <https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/it/kokain-3/gravidanza-cocaina>

Berg A., Ridinger M., Mäder R. (2020). *Gravidanza*. Impressum Alcool. 2020 terza edizione interamente rivista. St.Gallen: Medico e Dipendenze Svizzera. [online] <https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/it/alcol/gravidanza> [consultato il 6 settembre 2022]

Belsky J. (2020). *Psicologia dello sviluppo*. Seconda edizione italiana condotta sulla quinta edizione americana. Bologna: Zanichelli editore S.p.A.

Blott M. (2020). *Alles über meine Schwangerschaft Tag für Tag*. München: Dorling Kindersley Verlag GmbH

Coad J., Pedley K., Dunstall M. (2019). *Anatomy and Physiology for Midwives. 4th Edition*. Oxford: Elsevier

Cook J. L., Green C. R., De la Ronde S., Dell C. D., Graves L., Ordean A., Ruiters J., Steeves M., Wong S. (2017). *Epidemiology and Effects of Substance Use in Pregnancy*. Canada: Journal of Obstetrics Gynecology. DOI: [10.1016/j.jogc.2017.07.005](https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.07.005)

Corbetta, P. (2003). *La ricerca sociale: metodologia e tecniche. Volume III. Le tecniche qualitative*. Bologna: Il Mulino.

Cottino A. (2018). Le dipendenze: fatti o interpretazioni?. In Lugoboni F., Zamboni L. (Cur.). *In Sostanza – Manuale sulle dipendenze patologiche. Volume 1.* (pp.52-56). Verona: Edizioni CLAD-Onlus

Divisione della salute pubblica (n.d.). *Dipendenze*. Bellinzona: Repubblica e Cantone Ticino. [online] <https://www4.ti.ch/dss/dsp/umc/cosa-facciamo/sostanze-stupefacenti-e-psicotrope/dipendenze/introduzione/> [consultato il 3 settembre 2022]

Eclampsia (n.d.). In Treccani <https://www.treccani.it/enciclopedia/eclampsia> [consultato il 3 agosto 2023]

Egidi A., Cabiati G., Michiorri N. (2009). *L'allattamento al seno nel neonato di madre tossicodipendente con sindrome da astinenza da narcotici*. Ferrara: Rivista Italiana Care in Perinatologia

Fava Vizziello G., Stocco P. (1998). *Tra genitori e figli la tossicodipendenza*. Milano: Masson S.p.A.

Flick U. (2009). *An introduction to qualitative research. 4th Edition*. London: Sage.

Franceschini A., Fattore L. (2018). Differenza di genere. In Lugoboni F., Zamboni L. (Cur.), *In Sostanza – Manuale sulle dipendenze patologiche. Volume 1.* (pp.121-127). Verona: Edizioni CLAD-Onlus

Gammeter H., Goldmann B. (2018). *Canapa e gravidanza*. Impressum Cannabis. 2018 Ergänzung Cannabinoide in der Medizin. St.Gallen: Medico e Dipendenze Svizzera. [online] <https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/it/thc/gravidanza>

Gobello C. (2021). *Revisiting canine pseudocyesis*. Inghilterra: Science Direct. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.theriogenology.2021.03.014>

Goodwin Shelby R., Moskal D., Marks R.M., Clark A.E., Squeglia L.M., Roche D. J. O. (2022). *A Scoping Review of Gender, Sex and Sexuality Differences in Polysubstance Use in Adolescents and Adults*. Oxford: Oxford Journals. DOI: [10.1093/alcalc/agac006](https://doi.org/10.1093/alcalc/agac006)

Groupe d'experts Formation Dépendances (n.d.). *Compétence en matière de consommation: entre responsabilité individuelle et responsabilité collective. Fondements et pistes de réflexion*. Académie des dépendances. Suisse

Hagen E., Erga A.H., Hagen K.P., Nesvåg S.M., McKay J.R., Lundervold A.J., Walderhaug E. (2017). *One-year sobriety improves satisfaction with life, executive functions and psychological distress among patients with polysubstance use disorder*. USA: Journal of Substance Abuse Treatment. DOI: [10.1016/j.jsat.2017.01.016](https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.01.016)

Hammarlund R., Crapanzano K. A., Luce L., Mulligan L., Ward K. M. (2018). *Review of the effects of self-stigma and perceived social stigma on the treatment-seeking decisions*

of individuals with drug- and alcohol-use disorders. USA: Dove Press journal. DOI: 10.2147/SAR.S183256

Hinnental I. (2021, 17 novembre). *Disturbo da Uso di Sostanze in gravidanza* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=hUM7eZDI39Y>

Ingrado (n.d.). *Modello dei quattro pilastri*. <https://ingrado.ch/informazioni/> [consultato il 4 luglio 2023]

Keough L., Fantasia H. C. (2017). *Pharmacologic Treatment of Opioid Addiction During Pregnancy*. Massachusetts: Nursing for Women's Health. DOI: [10.1016/j.nwh.2016.12.010](https://doi.org/10.1016/j.nwh.2016.12.010)

Latt N., Conigrave K., Saunders J., Marshall J. E., Nutt D. J. (2014). *Medicina delle dipendenze*. Berlino: Springer

Liverani A., Ercolanese T. I., Pulvirenti R. M., Valletta E. (2017). *Gravidanza, neogenitorialità e tossicodipendenza III. Aspetti psicologici e socio-sanitari nell'assistenza alla donna e nella tutela del neonato*. Narbolia: Quaderni ACP, Associazione Culturale Pediatri.

Lugoboni F., Zamboni L. (2018). *In Sostanza – Manuale sulle dipendenze patologiche. Volume 1*. Verona: Edizioni CLAD-Onlus

Łuszczżyńska M. (2020). *Researching Ageing – Methodological Challenges and their Empirical Background*. London and New York: Routledge

Maciel da Silva O. B., Bernardino E., Encarnação P. (2022). *Strengths-based Nursing and Healthcare in maternities: rethinking practices and continuity of care*. Brazil: SciELO25. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0597>

Maffli E., Astudillo M. (2018). *Multiple substance use among patients attending treatment for substance-related problems in Switzerland*. United Kingdom: Emerald Publishing Limited. DOI: <https://doi-org.proxy2.biblio.supsi.ch/10.1108/DAT-06-2018-0033>

Maremmani I., Castrogiovanni P. (2018). Il sapere psichiatrico nel Disturbo da Uso di Sostanze. In Lugoboni F., Zamboni L. (Cur.), *In Sostanza – Manuale sulle dipendenze patologiche. Volume 1*. (pp.65-71). Verona: Edizioni CLAD-Onlus

Merzagora Betsos I. (2008). *Uomini violenti – I partner abusanti e il loro trattamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore

Mezzelani P. (2018). Prefazione. In Lugoboni F., Zamboni L. *In Sostanza – Manuale sulle dipendenze patologiche. Volume 1*. (pp.6-7). Verona: Edizioni CLAD-Onlus

Midriasi (n.d.). In Treccani [https://www.treccani.it/enciclopedia/midriasi %28Dizionario-di-Medicina%29/#:~:text=midriasi%20midr%C3%ACa%E1%B9%A1i%20s.%20f.%20%5Bdal%20gr,accessi%20epilettici%2C%20lesioni...&text=midriatico%20midr%C3%AF%C3%A0tico%20agg.](https://www.treccani.it/enciclopedia/midriasi_%28Dizionario-di-Medicina%29/#:~:text=midriasi%20midr%C3%ACa%E1%B9%A1i%20s.%20f.%20%5Bdal%20gr,accessi%20epilettici%2C%20lesioni...&text=midriatico%20midr%C3%AF%C3%A0tico%20agg.) [consultato il 7 giugno 2023]

MonAm – Sistema di monitoraggio svizzero delle Dipendenze e delle Malattie non trasmissibili (n.d.). *Canapa e altre droghe*. Neuchâtel: Osservatorio svizzero della salute. [online]. <https://ind.obsan.admin.ch/it/monam/topic/1CAN> [consultato il 12 agosto 2022]

Nizzoli U. (2018). Definizione del Disturbo da Uso di Sostanze. In Lugoboni F., Zamboni L. (Cur.), *In Sostanza – Manuale sulle dipendenze patologiche. Volume 1.* (pp.11-19). Verona: Edizioni CLAD-Onlus

Nizzoli U., Pissacroia M. (2003). *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze.* Volume I. Padova: Piccin

Occupati B. (2021, 17 novembre). *Cocaina e Cannabinoidi in gravidanza* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=ONMika7xui8>

Office fédéral de la santé publique OFSP. (2020). *Rapport du groupe thématique "Interprofessionalité"*.

Oni Helen T., Buultjens M., Mohamed A.L., Islam M.M. (2022). *Neonatal Outcomes of Infants Born to Pregnant Women With Substance Use Disorders: A Multilevel Analysis of Linked Data*. United Kingdom of Great Britain & Northern Ireland: Substance Use & Misuse - Taylor & Francis Ltd. DOI: [10.1080/10826084.2021.1958851](https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1958851)

Polit D. F., Tatano Beck C. (2014). *Fondamenti di Ricerca infermieristica*. Milano: McGraw-Hill Education

Repubblica e Cantone Ticino. (n.d.). *Autorità regionali di protezione*. <https://www4.ti.ch/poteri/giudiziario/giustizia-civile/autorita-regionali-di-protezione> [consultato il 12 giugno 2023]

Riscica P. (2021, 17 novembre). *Alcol e gravidanza* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=Ov6qJ1F6b2A>

Rossi L., Valenti A. (2019). *La scienza della dipendenza – Come le droghe cambiano il nostro cervello. Le frontiere della scienza*. Milano: RBA Italia S.r.l.

Rott P. (2016). *Wie di Jungfrau zum Kinde*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. DOI: [10.1055/s-0042-120519](https://doi.org/10.1055/s-0042-120519)

Sasso L., Bagnasco A., Ghirotto L. (2015). *La ricerca qualitativa: Una risorsa per i professionisti della salute*. Milano: Edra.

Shahid A., Barira T., Shagufta J., Madeeha M. (2017). *Methadone Treatment of Opiate Addiction: A Systematic Review of Comparative Studies*. Tennessee, USA: Innovations in Clinical Neuroscience

Sollini R., Rocelli M., Mazzaferro P. (2018). Le dipendenze nel nuovo millennio. In Lugoboni F., Zamboni L. (Cur.), *In Sostanza – Manuale sulle dipendenze patologiche. Volume 1.* (pp.57-64). Verona: Edizioni CLAD-Onlus

Stern D.N., Bruschiweiler-Stern N., Freeland A. (2000). *Nascita di una madre. Come l'esperienza della maternità cambia una donna*. Milano: Oscar Saggi Mondadori

SUPSI DEASS (2019). *Rapporto 4° stage*. Documento interno

Teratogeno (n.d.). In Treccani <https://www.treccani.it/vocabolario/teratogeno/#:~:text=terat%C3%B2geno%20agg,..%3B%20l%27effetto%20t.> [consultato il 10 settembre 2022]

Tinghino B. (2021, 17 novembre). *Il fumo in gravidanza* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=1uK6UMs6Uwc>

Tran E.L., England L.J., Park Y., Denny C.H., Kim S.Y. (2023). *Systematic Review: Polysubstance Prevalence Estimates Reported during Pregnancy, US, 2009-2020*. USA: Maternal & Child Health Journal. DOI: 10.1007/s10995-023-03592-w

Ufficio federale della sanità pubblica – UFSP. (2015). *Strategie nazionale dipendenze 2017-2024* [online]. <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html>

Ufficio federale della sanità pubblica – UFSP. (2023a, 5 maggio). *Terapia sostitutiva in caso di dipendenza dagli oppiacei*. <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/suchtberatung-therapie/substitutionsgestuetzte-behandlung.html> [consultato il 16 luglio 2023]

Ufficio federale della sanità pubblica – UFSP. (2023b, 11 aprile). *Terapia basata sulla prescrizione di diacetilmorfina (eroina)*. <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/suchtberatung-therapie/substitutionsgestuetzte-behandlung/heroingestuetzte-behandlung.html> [consultato il 16 luglio 2023]

Walker P.W., Palla S., Pei B., Kaur Guddi, Zhang K., Hanohano J., Munsell M., Bruera E. (2008). *Switching from Methadone to a Different Opioid: What Is the Equianalgesic Dose Ratio?*. USA: Journal of Palliative Medicine. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2007.0285>

Weber A., Miskle B., Lynch A., Arndt S., Acion L. (2021). *Substance Use in Pregnancy: Identifying Stigma and Improving Care*. USA: Dove Medical Press. DOI: 10.2147/SAR.S319180

<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours> [consultato il 3 settembre 2022]

8. Allegati

8.1. Trascrizioni interviste

I: Intervistatore - PI: Persona intervistata

8.1.1. Trascrizione intervista nr.1 – Servizio per le dipendenze di Ingrado

I: Qual è il suo ruolo all'interno dell'équipe di Ingrado?

PI: Il mio ruolo è quello di responsabile degli infermieri della parte ambulatoriale... quindi tutto ciò che riguarda il settore ambulatoriale di Viganello, di Chiasso, dell'addiction care, quindi di alcolologia eccetera. Io sono il responsabile degli infermieri, poi abbiamo una parte residenziale che ha un'altra responsabile, una collega, e siamo divisi così.

I: Da quanti anni lavora presso il servizio di Ingrado?

PI: Lavoro dal 2008 come infermiere e nel 2021 sono diventato responsabile.

I: Qual è l'approccio terapeutico messo in atto dall'accoglienza alla dimissione di un qualsiasi vostro paziente?

PI: L'approccio terapeutico è un approccio di tipo bio-psico-sociale. È proprio il metodo che scegliamo, un approccio a 360°... quello che succede un po' dappertutto oggi. Si prende in considerazione la malattia della persona come un processo di degenerazione dal punto di vista sociale, psichico e somatico. Ad esempio, se arriva il paziente con l'influenza, non si tratta soltanto l'influenza, ma c'è tutta una parte relazionale oppure se il paziente ha qualche problema anche di tipo sociale, lo si aiuta anche in quello. Quindi c'è una presa a carico totale, proprio multidisciplinare. Il nostro approccio è multidisciplinare e interdisciplinare, anche perché all'interno d'Ingrado siamo molto multisettoriali.

I: Esiste un iter o un protocollo da seguire qualora si presentasse una pz gravida tossicodipendente? Se sì, in che cosa consiste l'iter, altrimenti quali sono le modalità di presa in cura delle donne tossicodipendenti in gravidanza? E rispetto al neonato?

PI: Non c'è un iter, non abbiamo un iter diversificato. Il paziente tossicodipendente è un paziente tossicodipendente, questo non per sminuire la tossicodipendenza, però prima di tutto c'è una presa a carico per quest'ultima. Se c'è il "malus" della gravidanza della paziente, quella cosa lì viene trattata da un punto di vista internistico. Noi qui abbiamo un pool di medici, di internisti, che se ne occupa e insieme si cerca di costruire almeno una piccola rete che prenda in considerazione anche la gravidanza della paziente. Invece, se c'è un aspetto di presa a carico esterna, perché magari la paziente è seguita, anche se raramente succede, in questi casi si collabora con il ginecologo esterno, l'ostetrica di turno eccetera. Si crea una collaborazione di tipo internistica, ma anche di tipo psichiatrica, perché comunque la prescrizione del metadone e delle terapie sostitutive comunque sono ad appannaggio più che altro della parte psichiatrica. Abbiamo avuto in passato un'idea che era nata proprio da questo tipo di emergenza, perché comunque qualche paziente gravida ci è capitata. Ci sono pazienti che partoriscono. Il progetto consisteva in una sorta di collaborazione con una dottoressa in esterno. Aiutava le nostre pazienti nella propria cura e nella propria salute di donne. Quindi anche tutto ciò che riguarda la parte ormonale, la gravidanza, la contraccezione, eccetera. Era un progetto ad hoc che purtroppo è finito, perché la dottoressa è stata l'unica a mettersi a disposizione per questo tipo di situazioni. Ha iniziato a lavorare lontana da qui e c'era il problema per noi di accompagnare le pazienti, siccome non siamo un servizio di trasporto, ma in sede. Detto ciò, tu mi parli di protocollo? Il protocollo non c'è, prendiamo a carico la paziente e poi facciamo il possibile per prenderla in cura anche dal punto di vista internistico, creando una collaborazione, se c'è già una rete esterna, oppure creandola da zero. Non si lascia sicuramente la paziente così.

Rispetto al neonato noi non facciamo nulla, anche perché di solito i neonati che nascono dalle nostre pazienti vengono allontanati dalla mamma un minuto dopo la nascita. Rispetto al neonato noi non abbiamo margine, non abbiamo neanche margine quando le nostre pazienti consumano durante la gravidanza. Segnaliamo questa cosa agli organi competenti e queste donne

continuano a consumare e hanno tranquillamente i figli che devono avere. Purtroppo, abbiamo le mani legate da questo punto di vista. Il neonato nasce e viene preso subito sotto l'ARP, le autorità di protezione, le varie istituzioni eccetera. Da noi non passa proprio il neonato, capito? A meno che non è il figlio di una donna che sta abbastanza bene, le viene lasciato e lo vediamo crescere. Poiché lavoro già da un po' di tempo, ho visto dei ragazzini che arrivavano a 11 anni coi genitori e oggi ce li ho come pazienti. Succede anche questo.

I: Quali strategie vengono messe in atto per favorire l'iter terapeutico e una presa in cura adeguata?

PI: La strategia è attuare una presa a carico normale. Quindi, arriva la segnalazione della gravidanza e si riadegua la rete alla situazione. Se una nuova paziente arriva già gravida probabilmente qualche domanda in più ce la facciamo e prepariamo già la cosa prima, anche se non è così evidente. Se arriva con urgenza e bisogna prenderla a carico, si attua una presa a carico normale di paziente che viene al nostro servizio, che ha bisogno di metadone o della terapia sostitutiva e la si cura in questo senso. In sostanza, se c'è già una rete esterna, già di internistica, di ginecologia o ostetricia si collabora, altrimenti si crea una rete per poi collaborarci. La presa in cura va in questo senso.

I: Quali sono le altre figure professionali che vengono coinvolte maggiormente con questa tipologia di pz e in che modo collaborate?

PI: Le figure che prendono a carico un paziente sono molteplici. La parte sanitaria riguarda i medici e gli infermieri. La parte sociale riguarda l'educatore, il consulente e l'operatore di prossimità che segue i pazienti sul territorio. Poi ci sono gli psicoterapeuti-psicologi che si occupano di una presa a carico totale, proprio perché bio-psico-sociale. Bisogna avere una capillarizzazione anche della presa a carico. Collaboriamo all'insegna dell'interdisciplinarietà e della multidisciplinarietà, quindi c'è uno scambio di informazioni continua. La nostra struttura è molto orizzontale, verticistica solo per quanto riguarda la. È presente una collaborazione molto stretta a tutti i livelli.

I: Quali sono le problematiche o le difficoltà che l'infermiere incontra della presa in cura di una mamma con problemi di tossicodipendenza e il suo neonato?

PI: La difficoltà maggiore che abbiamo noi infermieri quando si presenta una paziente tossicodipendente, sia nei servizi di dipendenze che in quelli di cure generali, è vederla pronta a partorire e chiedersi "cavoli, questa donna deve partorire e io devo darle il metadone?!"...Ecco, quello è già il primo grosso punto interrogativo. Poi, la legge ti ricorda che la terapia gliela devi dare. Però, i nostri pazienti quando arrivano qua, e noi conosciamo anche il percorso esterno perché abbiamo degli operatori di prossimità che vanno al parco, e sappiamo che magari quella paziente due ore prima era al parco a sniffare la cocaina sul bidone della spazzatura, delle domande in più ce le facciamo, come "ma è legale questa cosa? Perché lasciamo che continui così, non si può chiamare qualcosa?". Quindi il problema principale dell'infermiere è un problema di tipo etico. L'etica ti dice che non si può lasciare che un neonato nasca da una donna che si droga fino all'ultimo giorno di gravidanza. È un problema a cui si può dare una risposta? No, perché purtroppo non c'è un modo per intervenire, se non segnalare e sperare che qualcuno e qualche ente a cui hai segnalato si muova a fare qualcosa. Diciamo che nell'esperienza non abbiamo quasi mai visto delle risposte, se non tardive, ovvero che quando nascono, prendono il bambino e glielo tolgono. Nel frattempo, però, si lascia che si droga di cocaina iniettata anche in vena fino all'ultimo giorno. Di fatto, è un problema molto etico, personale e anche ideologico. È una cosa molto difficile, soffro io da uomo, figuriamoci una donna che ha la capacità di procreare. Sono delle situazioni molto pesanti.

I: Può raccontarmi quale è la sua opinione in base alla sua rappresentazione personale in merito al tema in questione?

PI: Purtroppo, la mia opinione, è un'opinione che non va verso la creazione, ecco. Ma piuttosto verso l'anticoncezionale, nel senso che, anche se vige la libertà di procreare, io penso ai bambini che nascono e, come sanitario, devo più salvare la vita a un bambino che nasce anziché esaudire

il sogno della donna... che poi sono dei sogni falsi. La paziente che ti dice che sogna di avere un bambino, spesso, è un modo di sfuggire a una normalità che invece è molto malata. Avere un bambino magari le fa avvicinare di più al senso di vita, di procreazione. Alcune ce la fanno, ma ne avrò viste una o due. Alcuni figli anche ce l'hanno fatta, nel senso che si sente di tantissimi figli di nostri pazienti ricoverati in comunità di recupero, chi è in ospedale, chi in psichiatria, chi all'OTAF. È davvero difficile sentire che qualche figlio ce l'abbia fatta, che arriva e ti dice "io sono fuori da questa roba qua". Capita, succede. La rappresentazione personale purtroppo io la sommo in un'unica frase "le nostre pazienti non dovrebbero concepire", se non in una situazione veramente di protezione massima e di assoluta astinenza totale, cosa che per un servizio come il nostro è quasi impossibile, perché noi siamo un servizio di cure delle dipendenze di riduzione del danno. Riduzione del danno significa, in parole povere, che tu puoi farti del male, ma lo fai il meno possibile. Poiché i nostri pazienti non riescono a farsi meno possibile male, non dovrebbero procreare.

I: Dalla letteratura emerge che lo stigma nei confronti dei pz tossicodipendenti è un fenomeno molto attuale nella nostra società. È stato presente però anche negli ambienti sanitari. Crede che quest'ultimo esista ancora nel nostro settore? In che modo e da che cosa lo può constatare?

PI: Nel mio settore non c'è stigma, non esiste. Io posso davvero dire che noi qui non siamo stigmatici verso i nostri pazienti, non potremmo fare questo lavoro. Siamo tutti i giorni con loro. Io amo i miei pazienti, ne sono innamorato, ma qui arrivano persone che davvero "strisciano" per terra dalla fatica. Sono accolti tutti e tutti allo stesso modo. Poi ci sta che c'è quello che ti sta più simpatico e quello un po' meno e dici al tuo collega, ma questo avviene anche in urologia o in nefrologia, dove l'infermiere pensa "mamma mia, questo qui...". Ad ogni modo, se noi avessimo lo stigma dovremmo chiudere. Leggiamo lo stigma negli altri, cerchiamo di analizzarlo e cerchiamo anche di fare qualcosa per gli altri affinché questo stigma venga meno. Non viene fatto ancora nulla di preciso, perché abbiamo le mani legate in questo senso. Si dovrebbe andare nelle scuole, prima di tutto, a rilasciare questo tipo di informazioni inerenti i nostri pazienti, per insegnare ai giovani come comportarsi, non solo dal punto di vista della profilassi, ma proprio nei confronti di questa determinata popolazione di pazienti. Per diminuire la diffidenza nei loro confronti e per aumentare la compliance. Prima Ingrado faceva una serie di rilascio di indicazioni informative all'interno dell'ambito scolastico, ma era più una cosa incentrata sull'informazioni delle droghe. Continuiamo a farlo nelle manifestazioni dove sono presenti molti giovani, come ad esempio in alcuni rave o alla festa di vendemmia di Mendrisio. Interveniamo con banchetti per sensibilizzare al pericolo del consumo delle droghe. Nello specifico non viene fatto niente per quanto concerne il tipo di comportamento da avere rispetto ai pazienti tossicodipendenti. E neanche viene fatto nulla di incentrato sullo stigma o sulla diminuzione dello stigma. Noi cerchiamo giornalmente di sensibilizzare i colleghi che lavorano nei reparti con i nostri pazienti, cercando di insegnare come andare incontro e rispondere a determinate situazioni. C'è un'opera di sensibilizzazione con formazioni verso la polizia, si cerca di intervenire su di loro che poi intervengono quando ci sono situazioni particolari. Oppure per coloro che lavorano nelle carceri o nei pronti soccorsi. Sono formazioni abbastanza precise, strutturate e suddivise nell'arco dell'anno. Se ne occupa il nostro caposettore, insieme a educatori ed operatori di prossimità che fanno delle lezioni formative e aiutano il personale a meglio rispondere. Ci sono tante cose in cantiere, progetti da attuare soprattutto per il personale medico e infermieristico negli ospedali. Il rilascio di informazioni viene fatto da noi infermieri e medici. Sono cose che nascono da esigenze e iniziative personali. Cancellare lo stigma è impossibile, ma almeno far sì che ce ne sia meno.

I: Dal momento in cui queste pazienti accedono ai servizi territoriali, quali problematiche o paure osserva in queste donne?

PI: La paura principale che queste donne hanno è che tu faccia qualcosa per far togliere loro i figli oppure per interrompere la gravidanza, anche se, se non c'è la volontà nessuno può obbligare una donna a interrompere la gravidanza. La paura di perdere il bambino è quella che le spinge a non farsi curare, a non farsi agganciare e a non rivolgersi ai servizi del territorio. È molto difficile

che arrivi una donna in gravidanza che vuole farsi curare, perché se non ti conosce, avrà sicuramente paura che tu le faccia togliere il figlio e collabori con le autorità. Abbiamo avuto dei casi di donne che poi si sono riagganciate al nostro servizio prima del parto, ma erano già nostre pazienti che si sono allontanate dal servizio e poi sono tornate gravide. Però ci conoscevano già. Secondo me, è impossibile che arrivi una nuova, gravida e dica “voglio curare la mia tossicodipendenza”, proprio a causa di questo timore. Questa è la paura più grande. Altre paure non mi vengono in mente, perché i nostri pazienti sono pazienti che hanno talmente una serie di problematiche che non sono associabili a noi. Potrebbe esserci il timore delle troppe restrizioni, magari pensare che il fatto di essere incinta porti ad avere più restrizioni, come venire qua da noi tutti i giorni fino a tre volte al giorno. Oppure di essere obbligate poi ad utilizzare l'anticoncezionale. Ma in realtà, credo che questi siano timori di un po' tutti i pazienti.

I: Dalla sua esperienza professionale con pz tossicodipendenti incinte, sa dirmi quali ostacoli incontra quest'ultima rivolgendosi ai servizi territoriali?

PI: L'ostacolo è un ostacolo burocratico. La classica lentezza burocratica. La burocrazia non viaggia alla stessa velocità della sanità. Noi sanitari siamo molto più interventisti, vogliamo una risposta subito. L'infermiere se va al letto del paziente e deve curare qualcosa, vuole una risposta subito. Il tossicodipendente anche vuole una risposta immediata, non può aspettare. Quindi, la maggiore difficoltà che abbiamo rispetto all'amministrazione generale è che la velocità nostra è completamente discordante rispetto alla velocità loro. Loro viaggiano a canoni d'ufficio, a tempi burocratici. Per noi non dovrebbe esserci un tempo per, io ti segnalo una paziente gravida che ha questo problema e mi aspetto che intervenga nell'immediato, la sera stessa. E, invece, questa cosa qui non succede. Non è che loro sbagliano, semplicemente agiscono secondo i loro tempi e noi secondo i nostri.

I: Ha avuto modo di osservare se l'infermiere all'interno del servizio per le dipendenze venga scelto più facilmente rispetto ad altre figure professionali come persona di fiducia?

PI: Sì, di solito la donna gravida si appoggia di più sulla donna. Sulla specializzazione della figura professionale, invece, no. I nostri pazienti sono abituati a relazionarsi con tutti, magari vanno più dalle persone che ricoprono dei ruoli un po' più sociali. Noi abbiamo varie figure infermieristiche, quindi, magari c'è l'infermiere un po' più attento, strutturato e perfezionista e vanno meno da lui e parlano maggiormente con quello più spicciolo eccetera. Ecco, si scelgono spesso più figure sociali, educative e di prossimità. L'operatore di prossimità è sul territorio, quindi magari preferiscono parlare più con lui, con la speranza che la cosa rimanga lì, anche se poi non è così ovviamente.

I: Secondo lei, esistono dei comportamenti indispensabili per entrare in relazione con una donna tossicodipendente che sta per diventare madre/è diventata madre?

PI: Questo vale per tutti, lo si può dire anche sugli uomini. Io credo che alla base di tutto ci sia il rispetto di chi hai davanti e ci vuole verso tutti i pazienti, non soltanto verso i pazienti tossicodipendenti. È talmente un dato di fatto ed è talmente una cosa ovvio che non la si dice spesso. Si parte da un rispetto, da un'accoglienza in generale che bisogna avere verso le persone, verso l'altro. Se poi l'altro, si trova in una situazione di gravidanza, di tossicodipendenza e di stigma vissuto all'esterno, la prima cosa che devi fargli vivere è che tu non hai stigma, non lo leggi e non esiste qui dentro. Anche se è qualcosa di molto difficile e quasi impossibile, perché i nostri pazienti quello stigma non è che sanno che c'è, lo vivono, ce l'hanno cucito addosso. Però, gli atteggiamenti che bisogna avere sono atteggiamenti di accoglienza allargata e profonda, vissuta. E questa è qualcosa che noi dobbiamo avere con tutti, quindi è brutto pensarla così, avere un rispetto particolare. Sembra già stigmatizzabile. Perché dobbiamo averlo questo rispetto particolare? Sono uguali, sono essere umani. L'aspetto fondamentale è l'accoglienza massima assoluta, acritica. Almeno nella parte iniziale, poi ovviamente vai a prendere delle criticità... se la paziente continua ad utilizzare sostanze e te lo dice, non è che le dici “ah brava, stai facendo bene”, solo perché c'è accoglienza massima. No, bisogna anche entrare in discussione con la paziente. E può essere che, in un secondo momento, dopo che c'è stata questa accoglienza, la paziente vuole anche sentire la tua e lì devi essere bravo a giocarti bene la tua parte. Diciamo

che si parte dalla normalità, accogliere il prossimo, farlo senza le fette di prosciutto sugli occhi e nella maniera più pura e cristallina possibile. Pulita proprio. E poi, ti lasci guidare.

I: In quale misura ha potuto osservare nella sua esperienza professionale la considerazione dell'essere donna come tale, a prescindere dallo stato di gravidanza e la sua tossicodipendenza?

PI: Questa è una domanda importante, perché secondo me le ragazze che vengono qua e poi vogliono partorire, non lo fanno tanto per rimarcare quell'essere donna. Lo fanno più per rimarcare alla società "anche io sono capace di avere un figlio", capisci? Ma questa è una lettura mia personale che si basa su cose che le pazienti stesse mi hanno detto. Ad esempio, la paziente che ti viene a dire "sai, voglio dimostrare a quella p*****a di mia madre che mi ha messa al mondo che io un figlio almeno so tenermelo". Questo non è un modo per dire "voglio essere donna", è più che altro un modo per dimostrare a qualcuno che può tenersi un figlio. È molto comune nelle nostre pazienti, quindi si deduce che probabilmente non c'è proprio un istinto materno, ma piuttosto un istinto di sopravvivenza, legato a volontà di rimarcare alla società che anche loro riescono ad avere dei figli nonostante siano stigmatizzate, che sono donne come le altre. Non si basa però soltanto sull'essere donna. È qualcosa di molto più profondo e le nostre pazienti te la spiegano in due secondi.

I: Saprebbe descrivere come viene percepito il rapporto di queste pz con il proprio corpo (controlli ginecologici, cura di sé, ...)?

PI: Il rapporto con il proprio corpo non c'è. Se si perde una cosa nella tossicodipendenza è proprio la corporeità, il rapporto con l'igiene, con lo stare bene fisicamente, eccetera. Le nostre pazienti continuano a usare sostanze, quindi il rapporto col proprio corpo, con la salute del corpo non c'è. Non viene proprio vissuto e viene perso già all'inizio. E non viene sicuramente reintegrato con la gravidanza. Da parte nostra si cerca di fare qualcosa in più portandoli in quell'ottica lì, ma tranne alcuni casi sporadici, non si riesce a farlo. Se siamo noi a organizzare i controlli ginecologici allora forse sì, si riesce a far qualcosa magari sulla cura di sé o a somministrare farmaci. Ma è qualcosa di molto complesso. Alle nostre pazienti, ad esempio, non si può dire "stia attenta a non mangiare il prosciutto". Diciamo che bene o male io ho visto un comportamento quasi uguale a prima che fossero gravide. Se è buono anche prima della gravidanza rimane tendenzialmente abbastanza abbordabile dopo, ma se non è buono anche prima rimane uguale dopo. Anzi, spesso a dir loro di non partorire, di stare attente, eccetera, queste donne si fanno ancora di più.

I: Quali sono gli ostacoli o i benefici che si osservano nella relazione madre-bambino? E quali sono le strategie, i mezzi e le risorse messi in atto per coinvolgere e/o favorire quest'ultima?

PI: Allora, noi entriamo poco in quella roba lì, devo dire. Prima di tutto, perché noi qui trattiamo pazienti maggiorenni, quindi tecnicamente anche se ti arriva il bambino e lo vuoi trattare come co-dipendente, che sarebbe uno di famiglia che vive in quella situazione di disagio familiare, non lo consideri come un co-dipendente. Perché è un minorenne in primis e non lo puoi neanche curare in alcuni aspetti, perché noi trattiamo i maggiorenni. Bene o male, con il bambino, più che salutarlo e dargli la caramellina quando arriva insieme al padre e alla madre, noi non facciamo. Notiamo se ci sono delle situazioni un po' particolari, ecco. Magari la mamma che urla contro il neonato nella carrozzina, particolarmente nervosa. Ci chiediamo per caso a casa non lo picchia. Arriva il bambino viola in volto e ti dicono che è caduto sulle scale, conoscendo alcuni pazienti ti chiedi se possa essere vero o meno. Ci sono storie di percosse ricevute dai bambini, figli dei nostri pazienti. Oppure conosci la storia di un genitore che magari è stato seviziato, violentato e picchiato dai propri genitori e ti chiedi "ma non è che questo farà sui figli la stessa roba?". Queste domande qui te le fai. Ma te le fai molto in esterna, son domande che restano domande e le risposte non è che le hai facilmente lì, eh. Nella relazione madre-bambino noi non entriamo in quella roba lì. Forse ci entra lo psicoterapeuta, ma le sedute di psicoterapia rimangono allo psicoterapeuta. Vengono trasmesse delle informazioni, però noi come infermieri non ci entriamo. Ci entriamo solo mettendoci di traverso quando sappiamo che sta avvenendo qualcosa di strano in casa, ecco.

I: Quali sono le strategie, i mezzi e le risorse messi in atto per facilitare la partecipazione della famiglia della paziente nell'iter terapeutico oppure per coinvolgerla?

PI: Noi raramente abbiamo a che fare con dei caregiver o con dei caregiver che siano soprattutto una risorsa per noi. Spesso il paziente tossicodipendente è solo. Se è in famiglia, la famiglia non capisce quello che sta vivendo, non lo concepisce e non lo accetta. Quindi è più che altro un remare contro, come a dire "fate qualcosa per questo qua perché non vogliamo più vederlo così", ma non è un valido accompagnamento e un valido diciamo supporto per noi. Abbiamo a che fare con veramente pochi famigliari. Devo dire che per quelle situazioni di pazienti gravi, la famiglia non si è mai vista. O non c'era proprio oppure non si è fatta proprio assolutamente viva. Il compagno spesso si vede. Vengono a fare anche le sedute qui insieme prima di partorire. In alcuni casi i compagni spariscono, perché sono magari gente così che capita del loro giro. Abbiamo davvero poche situazioni di caregiver e di accompagnamenti strutturati bene.

I: Potrebbe raccontarmi uno o più episodi vissuti nella sua esperienza professionale in merito a questa tematica?

PI: Sì, in particolare una paziente che in pratica si è sfasciata di cocaina, iniettata, sniffata, fumata, consumata in tutti i modi possibili, dal terzo mese di gravidanza fino al giorno prima in cui andava a partorire. Noi costretti a darle anche la terapia sostitutiva, a vederla in quello stato. Lei qui non veniva a raccontare questa cosa, ma gli operatori di prossimità ce la raccontavano. Quindi, quella diatriba lì ti fa entrare in un vortice etico di battaglia personale, perché sei costretto ad accettare. Ovviamente è stata segnalata ad istituzioni e non so a quanta altra gente e quando la paziente ha partorito, le hanno tolto il figlio. Però capisci che il figlio che nasce da una paziente così è un figlio che nasce in astinenza, in manco, e con un imprinting comunque compromesso. Dal momento della sua nascita è necessario dargli il metadone e fare lo scalo. Nasce un figlio tossicodipendente. Si dice comunque che una tossicodipendenza crea dei solchi nel cervello a livello proprio neurobiologico. Quindi, se li crea nell'adulto, li crea anche a quell'età, anzi ancora di più. Infatti, non è un caso che comunque ci sia una percentuale molto alta di figli di tossicodipendenti che sviluppano qualcosina, anche se non so la percentuale precisa.

I: In genere, come rimangono incinte queste pazienti?

PI: Allora, o volutamente. E spesso capita che vogliono avere un figlio e lo fanno con il compagno che hanno in quel momento lì o con chi capita, senza protezione, magari facendo anche apposta, anche se sanno di avere delle malattie, dei virus. Oppure, il più delle volte succede così, nel senso, per errore, perché non usano il preservativo o altri anticoncezionali. Chi lo fa volontariamente vuole affermare quella cosa che ti dicevo prima e in quei casi magari c'è un po' di margine. Si chiede cosa può diventare la loro vita poi con un bambino, le si aiuta a capire che se già adesso non riescono a prendersi cura di loro stesse, come fanno con anche un bambino. Non siamo mai riusciti a convincere nessuna a non avere il figlio. Abbiamo provato anche con questa paziente di cui parlavo prima a condurla verso un pensiero del genere, ma non ci siamo riusciti. Non si può obbligare nessuno, perché comunque sia, è per la vita. Però in questo caso qua veramente si entra in un campo minato e c'è un problema etico di fondo. Noi ci soffriamo molto.

I: Quali sono le emozioni che prevalgono rispetto a queste situazioni, in generale in lei, all'interno dell'équipe e nelle donne?

PI: Di rabbia, cioè la rabbia di non poter fare qualcosa di diverso. Non di più, perché di più non possiamo fare niente, noi curiamo le persone, ma di diverso. La rabbia di non poter decidere tu al posto di quella donna. Perché è rabbia quella impotenza, capito? Tu, li dovresti portare la donna a decidere che forse è meglio interrompere la gravidanza, quando lo si può fare ancora è. Eppure, non puoi farlo, ci provi, ma non succede. Quindi c'è una rabbia, un senso di impotenza e un senso di sconfitta proprio. Fortunatamente, non ne succedono così tante ultimamente, prima forse qualcuna in più. Ovviamente sono numeri che vanno sui numeri ticinesi.

I: Nella maggior parte dei casi di che tipologia di donne si parla? Giovani donne, donne in carriera, donne con figli avuti in precedenza, donne sole o così via.

PI: Purtroppo, si tratta di donne che hanno già figli che li son stati tolti. Di solito le persone che reiterano in questo comportamento qua sono persone che hanno fallito al primo, hanno al secondo e glieli tolgono tutti. Si arriva a pensare che magari quella gravidanza è la volta buona, ma alla fine glielo tolgono uguale. Però mi è un po' varia la cosa, chi ne ha già, chi non ne ha. Donne in carriera non ne abbiamo, le nostre pazienti, ma in generali i nostri pazienti, sono persone che non lavorano, che non hanno mai lavorato, tranne qualche atro. Abbiamo la casistica peggiore del Ticino, da noi arrivano tutti i pazienti che non hanno più dove andare.

I: Considerando la tossicodipendenza e la maternità come due condizioni della donna distinte tra loro, mi vengono in mente temi come l'astinenza, il percorso di disintossicazione, le visite mediche, la cura del neonato, l'allattamento, le visite pediatriche, ecc. Quali sono, secondo lei, i principali bisogni di queste donne rispetto al loro essere madri, ma al tempo stesso anche madri tossicodipendenti?

PI: Il bisogno del tossicodipendente probabilmente è un bisogno di continuare e forse c'è un bisogno di appoggio, di essere capiti sul volersi comunque continuare a fare. Un bisogno di comprensione. È raro che il paziente tossicodipendente arrivi da noi e dice "mi voglio curare". Lo dicono pure, ma non è vero, non ce la fanno. Magari c'è più bisogno di farsi capire, tipo; "io uso queste sostanze qua. Io non ce la faccio a smettere. Aiutami, riesci a capire che io non ce la faccio a smettere?". Non è facile, ma lui su di te divide quel suo senso di sconforto. Come quando vai a piangere sulle spalle dell'amico, ecco. Il dolore rimane, ma lo butti sulle spalle dell'amico. Il bisogno di essere ascoltato, di essere accudito, ma nel consumo. Loro non vogliono che noi diciamo "devi smettere di consumare", perché sarebbe assurdo. Se arriva il paziente cardiopatico non gli si può dire di smettere di soffrire col cuore. "Lei deve smettere di essere cardiopatico", è uguale, cioè la tossicodipendenza è una malattia. Pensare che l'hanno voluto loro, tipico, rientra nello stigma. Nasci figlio di tossicodipendenti e poi dimmi un attimo se l'hanno voluto loro, vedi come è essere figlio di un tossicodipendente. Nessuno può dire questa roba qui. È difficile. Anche i ragazzi che vanno a usare le sostanze il sabato sera in discoteca perché hanno bisogno di buttare fuori quella roba là. Non è che tutti lo fanno, quelli che lo fanno è perché hanno qualcosa da risolvere. Non è che lo usi perché ti diverti. Nessuno si diverte a decidere di usare la cocaina la prima volta quando non l'hai mai usata. Piuttosto significa che ha quel bisogno di dentro, che i nostri pazienti lo spiegano così; "quella roba che senti e ti dici che forse stai facendo la cosa giusta", capito? Quindi i bisogni dei nostri pazienti non sono bisogni di smettere. Lo dicono, ma non smette quasi nessuno. È il bisogno di appoggiarsi sull'altro per vivere meglio quella convinzione che loro sanno che sarà l'unica convinzione della loro vita. Lavori appunto più sulla riduzione del danno che su altro. Per questo all'inizio dicevo che le differenze nelle prese a carico di una paziente tossicodipendente gravida e di una paziente tossicodipendente e basta sono completamente uguali, sovrapponibili. C'è un qualcosa di più, sicuramente lo metti in gioco, ma lavori sulle competenze al consumo. Competenze relazionali e accompagnamento. L'infermiere qua impara a fare questo o già lo sa fare. La parte relazionale per noi è fondamentale. Poi c'è la parte medica, perché siamo pur sempre dei sanitari, però devi essere molto relazionale. È quello che cercano i nostri pazienti. Uscire dalla tossicodipendenza sì, il sogno è quello, ma è più il sogno americano, che poi non lo raggiungi mai. Il sogno americano forse è più facile raggiungerlo rispetto all'uscita dalla tossicodipendenza.

8.1.2. Trascrizione intervista nr. 2 – Reparto di maternità della Clinica Sant'Anna

I: Qual è il suo ruolo all'interno dell'équipe del reparto di maternità della Clinica Sant'Anna?

PI: Sono infermiera nel reparto di maternità della Clinica Sant'Anna.

I: Da quanti anni lavora presso la clinica?

PI: Dal 1995, quindi da 28 anni.

I: Qual è l'approccio terapeutico messo in atto dall'accoglienza alla dimissione di una qualsiasi vostra paziente?

PI: Se sono in regime non-urgente, le pazienti vengono annunciate da delle mail che provengono direttamente dagli studi medici con informazioni sulle pazienti (nome, cognome, età gestazionale e quando va oltre termine per l'induzione oppure se è un taglio cesareo programmato). Oppure, in regime d'urgenza, quando la paziente va in travaglio spontaneamente a casa, entrano a qualsiasi ora del giorno e della notte e dall'accettazione viene inviata in sala parto. Se non è d'urgenza, dall'accettazione viene inviata in reparto, dove vengono preparate le cose con calma.

I: Esiste un iter o un protocollo da seguire qualora si presentasse una pz gravida tossicodipendente? Se sì, in che cosa consiste l'iter, altrimenti quali sono le modalità di presa in cura delle donne tossicodipendenti in gravidanza? E rispetto al neonato?

PI: Quando capita, è una paziente che viene annunciata molto prima, molti mesi prima. Addirittura, anche nelle prime settimane di gravidanza, perché spesso hanno bisogno di essere controllate e monitorate per vari problemi, come una ricaduta nell'uso di droghe o problematiche legate alla gravidanza per uso di stupefacenti. Noi lo sappiamo presto, anche perché appunto entrano come disturbi di gravidanza e non per partorire o fare il taglio cesareo. A volte, anche solo per essere sorrette psicologicamente, poiché spesso la cerchia familiare non ne è a conoscenza oppure ne è a conoscenza, ma non ha un buon appoggio. Delle volte vengono anche in anonimato per essere protette, perché ci sono casi di violenza, magari del compagno, marito o ex marito.

Essendone a conoscenza in anticipo, anche per quanto riguarda il neonato lo sappiamo ben prima. Durante la degenza facciamo i controlli, gli esami tossicologici, alle mamme e vediamo se effettivamente sono pulite oppure se dicono di esserlo e poi non lo sono. Comunque, dalla comunicazione dello studio ginecologico sappiamo già a che livello è, se in fase di disintossicazione, alla fine o all'inizio, se c'è ricaduta. Sappiamo com'è l'entourage familiare. Abbiamo un quadro completo del tipo di donna che arriva. Per cui, in base anche ai risultati, abbiamo diversi approcci col neonato, perché in base a quanto la mamma sia libera o non dalla droga, bisogna approcciarsi diversamente con il piccolo. Dopodiché, viene affidata all'ostetrica che facendo il turno di 12 ore, spesso capita che l'accompagna per gran parte del travaglio e, a volte fortunatamente, anche del parto. Quindi si instaura un bel rapporto, magari con una o più ostetriche se è possibile, così almeno si instaura un bel rapporto di fiducia appunto e cominciano a conoscerla.

I: Quali strategie vengono messe in atto per favorire l'iter terapeutico e una presa in cura adeguata?

PI: Dipende dal caso, perché sono talmente diverse le storie di queste povere mamme che arrivano, che a volte sono davvero storie tragiche. Ad esempio, c'è anche quella che forse non è positiva al tossicologico, però si imbottisce di sonniferi, piuttosto che di tranquillanti e allo stesso tempo vuole avere il contatto con il bambino. Per cui, noi dobbiamo stare attente a capire se c'è l'ordine che la mamma può vedere il neonato, perché poi ci sono anche casi in cui non viene fatto vedere alla mamma, poco o sotto controllo. Altrimenti, invece, c'è la mamma che è compensata e pulita e che, ti giuro, è di una dolcezza e di un istinto materno superiore a tante altre mamme non tossiche. Ogni caso è a sé, non ci sono degli standard, ma ogni caso ha bisogno strategie differenti.

I: Quali sono le altre figure professionali che vengono coinvolte maggiormente con questa tipologia di pazienti e in che modo collaborate?

PI: C'è proprio una rete e quando arrivano qui è già tutto predisposto e organizzato. E ci sono spesso, soprattutto nelle degenze lunghe, degli incontri voluti per fare un punto della situazione con tutte le figure professionali coinvolte, come l'assistente sociale, il curatore, lo psichiatra, il

ginecologo, la nostra direttrice, la nostra capo reparto, che ha avuto più a che fare con queste mamme. È sempre un lavoro d'équipe.

I: Quali sono le problematiche o le difficoltà che l'infermiere incontra nella presa in cura di una mamma con problemi di tossicodipendenza e il suo neonato?

PI: Anche qui, dipende dalla mamma. Le difficoltà ci sono, come ci sono con una mamma che non è tossicodipendente. Però ripeto, mi è capitato di vedere più istinto materno in donne con questo tipo di problemi, che non vedono l'ora di stare con i loro bambini, piuttosto che in donne che magari hanno tutto, non gli serve niente e ti lasciano il bambino tutta la notte perché vogliono dormire. Sono comunque sempre donne segnalate, quindi essendo segnalate e noi dovendo fare rapporti a chi ha in carico mamma e bambino, vogliono stare con i loro neonati. Noi siamo tenute a segnalare tutto in un diario giornaliero, le ore in cui i bebè non sono in camera, come si avvicinano a loro, se lo sanno gestire bene, eccetera. E loro lo sanno e hanno proprio questa paura di sbagliare qualcosa e di perdere il proprio figlio. Ma anche in questo caso c'è quella che capisce meglio il rischio che corre e quella che non ha abbastanza forza per comportarsi bene.

I: Quali sono le particolari potenzialità e criticità del lavoro con questo genere di pazienti?

PI: Le criticità sono quando sono assopite, quando sono disturbate da una ambiente familiare che non è accogliente e compliant e quando ci sono disturbi psichiatrici. Spesso dobbiamo anche stare attente alle visite che ricevono, perché poi c'è l'amico o il pusher ed è capitato che venissero segnalate le persone che si presentavano all'accettazione. Per alcuni casi, i bambini devono restare fissi al nido e le mamme non possono stare sole con loro. Se hanno avuto problemi con la giustizia, sono segnalate alla polizia e noi abbiamo l'ordine della direzione di chiamare la polizia che è allertata. Queste sono sicuramente delle importanti criticità.

I: Può raccontarmi quale è la sua opinione in base alla sua rappresentazione personale in merito al tema in questione?

PI: Eh, vabbè, io le adoro. Nel senso che poverine, c'è sempre un problema sotto. La cosa brutta, ma anche bella è che, soprattutto all'inizio, loro sono sempre sulla difensiva e si chiudono, ma quando capiscono che possono fidarsi, si apre un mondo e comprendi veramente che ci vuole davvero tanta forza. E, a volte, il fatto di avere dei bambini e rendersi conto di essere mamma le aiuta tanto. Quando riesci ad entrare in empatia con loro, è bello. Dispiace, perché ci sono sempre delle storie molto difficili. Anche se non sono storie critiche, ci sono anche donne che hanno avuto problemi di tossicodipendenza in passato

I: Dalla letteratura emerge che lo stigma nei confronti dei pazienti tossicodipendenti è un fenomeno molto attuale nella nostra società. È stato presente però anche negli ambienti sanitari. Crede che quest'ultimo esista ancora nel nostro settore? In che modo e da che cosa lo può constatare?

PI: No, noi non abbiamo pregiudizi. La cosa a cui noi teniamo tanto è che, quando ci vengono annunciate queste entrate, ci sia tutto chiaro ed esista già una presa a carico ben fatta, così come si sappia chi chiamare in caso di necessità. Difatti, la nostra direttrice e la nostra capo reparto voglio sempre essere informate. Sono sempre molto presenti e, allo stesso modo, lo siamo anche noi, senza giudizi e pregiudizi.

I: Dalla sua esperienza professionale con pazienti tossicodipendenti incinte, sa dirmi quali ostacoli incontra quest'ultima rivolgendosi ai servizi territoriali e quali sono gli ostacoli incontrati da parte degli enti stessi?

PI: Non saprei. La cosa strana, è che quando vengono dimesse, nonostante tutto, noi poi non sappiamo praticamente più niente, non c'è più una continuità. Capita che se devono andare in queste strutture territoriali mamma e bambino, ma non c'è posto e devono attendere di essere accogliere, trattengono i neonati e le mamme vengono qui quotidianamente, perché dovevano essere dimissioni protette in un ambiente protetto

I: Quali sono state le maggiori difficoltà incontrate nell'instaurare una relazione significativa con queste donne?

PI: Personalmente, non ho vissuto grandi difficoltà. Se si entra in empatia con loro, poi si aprono. La difficoltà all'inizio è quella che rimangono sulla difensiva, finché non iniziano a conoscerci e prendono fiducia. A quel punto accettano anche i consigli. A volte, risultano esserci più difficoltà con i parenti, come le mamme delle mamme, che cercando di proteggere le figlie si mettono al loro posto anche per quanto riguarda il neonato.

I: Ha avuto modo di osservare se l'infermiera nel reparto di maternità venga scelto più facilmente rispetto ad altre figure professionali come persona di fiducia?

PI: No, non direi. Viene scelta l'infermiera tanto quanto l'assistente di cura, ad esempio, perché siamo a contatto con loro la maggior parte del tempo. Però, secondo me, riescono a mettersi in gioco con tutti, parlano, si lasciano andare.

I: In quale misura ha potuto osservare nella sua esperienza professionale la considerazione dell'essere donna come tale, a prescindere dallo stato di gravidanza e la sua tossicodipendenza?

PI: A parte qualche caso, devo dire che arrivano molto curate, anche nell'igiene. Non ho un ricordo di qualcuno che è stata aiutata o spinta ad occuparsi alla sua igiene o alla sua figura di mamma. Anche perché, al di là del fatto che sia gravida e che ha partorito, noi facciamo anche attenzione alla sua situazione antecedente alla gravidanza.

I: Quali sono gli ostacoli o i benefici che si osservano nella relazione madre-bambino? E quali sono le strategie, i mezzi e le risorse messi in atto per coinvolgere e/o favorire quest'ultima?

PI: Gli ostacoli che si osservano maggiormente dipendono proprio dal loro comportamento, anche per la sicurezza. Noi dobbiamo sempre controllarle. Non ho mai vissuto storie di donne che hanno rifiutato la relazione con il proprio figlio, ma alle quali è stato tolto sì. Fortunatamente, nella maggior parte dei casi loro sono molto attaccate ai loro bimbi. Da parte nostra, tentiamo sempre di favorire la relazione tra i due. Almeno che non ci siano casi molto gravi e delicati, come quello di tanti anni fa, dove a una donna gravida ricoverata per disturbi in gravidanza ho trovato in camera dell'eroina. Ma ai tempi non si sapeva chi chiamare e cosa fare, non esisteva questa rete di cui si parla tanto. Sono cambiati i tempi ed è da ricordare, che tutto quello che succede nella nostra Clinica succede quando la donna vuole farsi seguire in gravidanza, perché nelle situazioni di disagi non sempre c'è il ginecologo che visita e prepara. Di tossicodipendenti in gravidanza arrivate brutalmente, fatte, non seguite e senza appoggio, non ce ne sono mai capitate. Adesso forse c'è un po' più la cura e anche la tossicodipendenza è cambiata, è diventata un po' più "fine", non so in che altro modo dirlo. Qui alla fine arriva una parte un po' più scremata o che fa uso di droghe più "leggere", anche se si parla spesso comunque di cannabis o cocaina.

I: Quali sono le strategie, i mezzi e le risorse messi in atto per facilitare la partecipazione della famiglia della paziente nell'iter terapeutico oppure per coinvolgerla?

PI: Dipende sempre. A volte è una risorsa, a volte non fanno niente e sono all'oscuro di tutto oppure a volte sono troppo presenti e asfissianti e magari cercano di coprire i loro familiari tossicodipendenti. Dipende sempre dalla richiesta che fa la donna, se vuole che i parenti vengano coinvolti o tagliati fuori. Poi comunque c'è sempre qualcuno che si occupa di fare una valutazione familiare. Addirittura, viene fatta una valutazione della paziente anche quando è degente e si decide se può rientrare in famiglia con l'aiuto di un parente oppure se è meglio di no. Lo stesso vale per i compagni, almeno che non vadano in una casa protetta mamma-bambino, dove gli uomini non sono ammessi.

I: Potrebbe raccontarmi uno o più episodi vissuti nella sua esperienza professionale in merito a questa tematica?

PI: Una delle ultime. Mi ha colpito proprio quanto le ci tenesse a tenersi addosso questo bambino, anche di notte. Lei se lo teneva addosso, nonostante prendesse il latte artificiale e lei non dovesse

allattare. A tutti i pasti chiamava, si organizzava, lo cambiava e faceva tutto senza approfittare del fatto che finché son qui possono ancora riposare e lasciare il neonato al nido. Il compagno anche era molto presente ed entrambi adoravano questo bimbo. Lei stava ancora scalando con il metadone e il compagno era alcolista, ma non era a conoscenza al 100% del fatto che lei stesse disintossicando ancora. Seppur alla fine lui lo ha scoperto.

A volte, però, succede che vengono dimesse, il bambino continua la degenza e loro hanno delle ricadute e non si presentano agli appuntamenti per vedere il bambino. Tanti anni fa, abbiamo avuto il caso di una donna tossicodipendente e psichiatrica che scappava da qui e non la si trovava, quando aveva un appuntamento non si presentava oppure se arrivava era in condizioni pietose. Ma detto questo, fortunatamente, casi così gravi non ce ne sono più, perché secondo me riescono a compensarli un pochino con questa rete di presa in cura.

I: In genere, come rimangono incinte queste pazienti?

PI: Onestamente, non è un aspetto sul quale entriamo molto o che ci riguarda particolarmente. Apparentemente, sembrano donne coinvolte in relazioni pseudo-stabili, anche se non ho mai sentito dire al neonato “oh che bello, sei arrivato, quanto ti abbiamo cercato”.

I: Quali sono le emozioni che prevalgono rispetto a queste situazioni, in generale in lei, all'interno dell'équipe e nelle donne?

PI: Preoccupazione, perché alla fine sono sempre situazioni da trattare con le pinze. Essere sempre allerta, sull'attenti, e consapevoli di chi avvisare se succede qualcosa.

I: Nella maggior parte dei casi di che tipologia di donne si parla? Giovani donne, donne in carriera, donne con figli avuti in precedenza, donne sole o così via

PI: In carriera una l'abbiamo avuta, sì. O più che altro, una donna che avrebbe potuto avere una bella carriera, se non si fosse imbattuta nella tossicodipendenza. Molte con figli avuti in precedenza e anche molte giovani.

I: Considerando la tossicodipendenza e la maternità come due condizioni della donna distinte tra loro, mi vengono in mente temi come l'astinenza, il percorso di disintossicazione, le visite mediche, la cura del neonato, l'allattamento, le visite pediatriche, ecc. Quali sono, secondo lei, i principali bisogni di queste donne rispetto al loro essere madri, ma al tempo stesso anche madri tossicodipendenti?

PI: Il bisogno di avere con sé il bambino anche quando escono, quindi di vivere la loro maternità, quasi come una donna qualunque. E sanno benissimo che appena sgarrano vengono segnalate. Infatti, tante accettano di buon grado l'essere accolte in un'altra struttura, perché si sentono magari più distaccate dalla famiglia che in quel momento non è di sostegno oppure semplicemente più protette.

8.1.3. Trascrizione intervista nr. 3 – Reparto di neonatologia della Clinica Sant'Anna

I: Qual è il suo ruolo all'interno del servizio di neonatologia della Clinica Sant'Anna?

PI: Sono infermiera pediatrica all'interno del nido, come lo chiamiamo noi.

I: Da quanti anni lavora per la neonatologia della Clinica Sant'Anna?

PI: Da 12 anni.

I: Qual è l'approccio terapeutico messo in atto dalla nascita alla dimissione di un qualsiasi neonato della nursery?

PI: In genere, sappiamo quando avviene il parto e dalla cartella del neonato capiamo come è andata la gravidanza, se era una gravidanza a termine, se ci sono state delle patologie, Di conseguenza, l'assistenza viene pianificata sia dal momento della nascita, per vedere come nasce il bambino e se sta bene, e sia in base a quello che potrebbe aver subito la mamma durante

il periodo di gravidanza, se ci sono stati settici, terapie particolari compatibili con l'allattamento, se prende psicofarmaci, se ci possono essere crisi di astinenza e così via. E poi si accompagna.

I: Esiste un iter o un protocollo da seguire qualora nascesse un neonato da madre tossicodipendente? Se sì, in che cosa consiste l'iter, altrimenti quali sono le modalità di presa in cura di questi neonati?

PI: Sì, esiste e te lo lascio così puoi allegarlo alla tua intervista. Anche in questi casi, lo sappiamo prima, perché arrivano abbastanza scremate. Quando sappiamo che sono madri tossicodipendenti ci attiviamo prima per avere ad esempio i farmaci necessari in reparto che possono esserci d'aiuto in caso di crisi d'astinenza oppure quando nascono un po' depressi dal punto di vista respiratorio.

I: Quali strategie vengono messe in atto per favorire l'iter terapeutico e una presa in cura adeguata?

PI: I bambini che nascono da madri tossicodipendenti e risultano ancora positivi agli esami tossicologici o per lo meno sono stati esposti alle sostanze durante una parte del periodo di gestazione devono essere monitorati regolarmente, perché possono comunque andare in crisi d'astinenza. La crisi può essere da droghe, come da farmaci, fumo e alcol. Abbiamo un certo periodo di sorveglianza stretta da attuare nei confronti del bambino. Abbiamo delle scale che utilizziamo anche per capire quanto è grave la crisi di astinenza e ci permette di monitorarla e valutare se è in miglioramento o in peggioramento. Queste scale ci permettono anche di vedere se il nostro approccio terapeutico funziona oppure bisogna modificare il dosaggio.

I: Nell'assistenza al neonato, quali sono le altre figure professionali che vengono coinvolte di più?

PI: Noi infermiere del nido e i pediatri interveniamo direttamente sul neonato. Poi c'è tutta questa rete di cui ha parlato la mia collega prima (curatore, assistente sociale, psichiatra, capo reparto, direzione, ...), perché comunque ad esempio l'assistente sociale che segue la mamma viene anche ad accertarsi delle condizioni del neonato. Potrei aggiungere la farmacista che vuole sapere magari se i tempi di degenza saranno lunghi o l'approvvigionamento di farmaci particolari.

I: Nella sua esperienza professionale, ha incontrato tante situazioni di neonati nati da madri tossicodipendenti? Se sì, può dirmi quali sono le sue opinioni personali, le emozioni e le difficoltà prevalenti rispetto a queste situazioni?

PI: Eh sì, qualcuno. Devo essere sincera, ne ho incontrati più qua che durante gli anni di esperienza professionale in patologia neonatale. Forse i tempi sono cambiati, ma qui la casistica è leggermente più alta, nonostante non sia così ampia, perché a dirla tanta abbiamo uno o massimo due casi, ma dipende. Dall'ultimo sono passati un paio di mesi. Il penultimo, lo abbiamo tenuto qui tanto, perché la madre non era pulita e lui ha avuto parecchie crisi. Abbiamo fatto fatica a gestirlo e quando lo ha portato a casa era appena alla fine della disintossicazione del neonato. Personalmente, mi dispiace molto quando vedo bambini che stanno male a causa dell'incuria materna. Io tendo a tenermi un po' a distanza emotivamente, perché ho paura di fare male. Anche perché già le mamme si sentono in colpa, sono affrante, e se si inizia ad aprire quella voragine, si rischia di fare solo più danni. È anche vero, che non tutte se ne rendono conto. In qualsiasi caso, noi cerchiamo di sostenere entrambi, mamma e bambino. La difficoltà è sempre la sicurezza, perché una cosa è curare il bambino dalle crisi o dagli inghippi che può avere, un'altra cosa è cercare di riunire mamma e bambino, tante volte devono restare qui sotto monitoraggio oppure se stanno bene possono uscire, ma c'è il problema della mamma che prende psicofarmaci o la situazione familiare in cui arriva il compagno segnalato e potenzialmente violento. C'è sempre da misurare bene ogni decisione che prendi, se puoi, se può essere mantenuta. Dev'essere proprio un'assistenza ad hoc, millimetrica. Difatti, il passaggio di consegna è fondamentale per siamo tutte tenute a comportarci allo stesso modo e a conoscere cosa è ammesso e cosa no.

I: Dalla letteratura emergono anche gravi conseguenze nel neonato esposto a un prolungato uso di sostanze tossiche durante il periodo gestazionale, come la sindrome d'astinenza neonatale, ma anche malformazioni, prematurità, basso peso alla nascita, ecc. Quali complicanze neonatali osserva maggiormente?

PI: Qui teniamo i neonati sopra le 34 settimane di gestazione, ma qui la complicanza che osserviamo maggiormente è proprio la crisi d'astinenza. Poi capita che hanno problemi di tipo gastroenterico, come vomito o difficoltà a scaricarsi.

8.1.4. Trascrizione intervista nr. 4 – Servizio per le dipendenze Antenna Icaro

I: Qual è il suo ruolo all'interno dell'équipe di Antenna Icaro?

PI: Sono infermiera ad Antenna Icaro.

I: Da quanti anni lavora presso il servizio di Antenna Icaro?

PI: Lavoro ad Antenna Icaro da un anno. Prima ero sempre in un servizio ambulatoriale per tossicodipendenze, ma nel Canton Vaud.

I: Com'era nel Canton Vaud?

PI: Era molto diverso, più complesso e più grande. Questa è una struttura più piccola e una realtà più piccola.

I: Qual è l'approccio terapeutico messo in atto dall'accoglienza alla dimissione di un qualsiasi vostro paziente?

PI: La presa a carico è abbastanza generale, olistica. Le cure sono abbastanza globali. Ci sono pazienti che vengono seguiti sia dagli operatori che hanno le referenze sia da noi infermieri dell'infermeria. Noi non abbiamo delle referenze infermieristiche, però conosciamo tutti i pazienti che passano da qui. I pazienti possono venire perché hanno un problema di dipendenza o perché hanno un parente affetto da dipendenze. Accettiamo anche mandati, quindi bisogna fare controlli delle urine, del sangue e la maggior parte delle volte sono le ARP che ce le chiedono. Tutti i pazienti che vengono hanno un primo colloquio con l'operatore e poi è lui che decide se c'è bisogno di vedere anche un medico psichiatra o uno psicologo... È l'operatore che poi indirizza. Una volta che il medico lo ha visto e prescrive farmaci, il paziente viene da noi. Negli approcci il nostro psichiatra e il nostro psicologo sono molto sistemici, orientati e cercano anche di coinvolgere molto le famiglie.

I: Esiste un iter o un protocollo da seguire qualora si presentasse una pz gravida tossicodipendente? Se sì, in che cosa consiste l'iter, altrimenti quali sono le modalità di presa in cura delle donne tossicodipendenti in gravidanza? E rispetto al neonato?

PI: Direi che l'iter è uguale all'iter seguito per un paziente classico. Se c'è però una situazione di gravidanza, viene presa in "urgenza", anche in funzione delle sostanze che la persona utilizza. Quindi sappiamo che, se c'è bisogno di introdurre un farmaco contro il manco da oppiacei, lo mettiamo in atto per ridurre i rischi sulla gravidanza e lo sviluppo fetale. Dipende tanto da caso a caso, ma se c'è bisogno, prendiamo anche contatto con centri ginecologici o ospedali. Spesso siamo noi i primi a scoprire queste gravidanze e quindi poi a indirizzare i pazienti.

Chiaramente continuiamo a seguire la donna anche dopo la gravidanza, anche a livello psicologico se poi il bambino non è più affidato alla madre per vari motivi, ma di norma i bambini non li vediamo più e non li prendiamo a carico, almeno che le mamme non vengano al centro insieme a loro. Succede piuttosto che prendiamo a carico figli di pazienti che hanno 18 o 19 anni.

I: Quali strategie vengono messe in atto per favorire l'iter terapeutico e una presa in cura adeguata?

PI: Mettiamo in atto una specie di "urgenza", quindi cerchiamo di fissare un primo appuntamento con il medico se c'è bisogno di instaurare una farmacoterapia abbastanza presto e poi cerchiamo

di essere abbastanza proattivi, se c'è bisogno di fissare appuntamenti e accompagnarla. Diciamo che la gravidanza non compromette le nostre prestazioni, perciò agiamo allo stesso modo con tutti i pazienti.

I: Quali sono le altre figure professionali che vengono coinvolte maggiormente con questa tipologia di pz e in che modo collaborate?

PI: Di sicuro un operatore, il medico psichiatra, il generalista, il ginecologo, a volte anche la levatrice e se la persona passa dal centro l'infermiere.

I: Voi avete la figura dell'infermiere di prossimità?

PI: No. Noi abbiamo un'attività che è il sostegno abitativo, in cui degli infermieri o degli operatori si recano a domicilio delle persone, però è più un accompagnamento sociale, vengono fatti colloqui, ma anche proprio attività concrete a casa dei pazienti.

I: Quali sono le problematiche o le difficoltà che l'infermiere incontra della presa in cura di una mamma con problemi di tossicodipendenza e il suo neonato?

PI: Beh, nelle situazioni che ho potuto vivere io, anche se erano tutte nel Canton Vaud, i problemi principali erano diversi. Per una paziente mi ricordo che era difficile stabilizzarla su un dosaggio, quindi si introduceva il metadone, lei era anche più motivata a prenderlo, perché era stata messa al corrente dei rischi che incombeva se non era protetta, rispetto al consumo in nero. Però, nonostante questo, non veniva spesso al centro, aveva dei buchi e si cercava sempre di trovare un compromesso. Bisognava valutare il dosaggio, se la copriva, e le si dava qualche giorno così aveva un po' di margine e non doveva venire da noi tutti i giorni. Quindi, un po' l'aderenza farmacologica. E poi anche tanti problemi con la rete, perché chiaramente noi guardavamo la persona tossicodipendente, però quando c'è una rete molto estesa ognuno guarda dal suo lato. Quindi, anche cercare di far capire magari al servizio delle ARP che sì, ci sono dei rischi, ma non tutto va male. Nel senso che si può relativizzare un po' e spesso far capire loro che non perché una mamma è tossicodipendente allora è una cattiva mamma. Non perché consuma, non si occupa bene del proprio figlio.

I: Quali sono le particolari potenzialità e criticità del lavoro con questo genere di pazienti?

PI: Penso che se si ha una buona relazione con la paziente è percorso che arricchisce molto, perché è anche molto una cosa particolare che non si vede tutti i giorni. Non sono tantissime le donne incinte che frequentano questo genere di servizio. Ed è bello, perché si ha anche la possibilità di costruire con ognuna di loro dei progetti individuali sui mesi a venire, sulla nascita. Anche preparare insieme la nascita del neonato. Poi però ci sono anche tutti i problemi medici che quasi sempre insorgono, come ritardi di crescita, aborti spontanei, più o meno precoci, parti difficili e poi tutto il periodo di disintossicazione del bambino. È molto difficile anche adattare la terapia, perché tutta la questione di medicinali agonisti oppiacei, sì, bisogna darli, perché diminuiscono il rischio rispetto alle consumazioni esterne, però poi ci sono tantissime altre classi di medicinali, come ad esempio le benzodiazepine o gli antidepressivi, che non puoi prescrivere alle donne incinte. Quindi, come coprire una persona già di base ansiosa in questo periodo senza i farmaci che di solito ha? È abbastanza un gioco da equilibrista.

I: Può raccontarmi quale è la sua opinione in base alla sua rappresentazione personale in merito al tema in questione?

PI: Io penso che alla fine loro rimangono persone come noi, quindi, è anche normale che anche una persona tossicodipendente senta il bisogno di diventare mamma, o abbia voglia di farlo. Poi è difficile, perché si va incontro a tante barriere da parte della società e dei curanti. Paradossalmente, una persona che è in difficoltà e annuncia le sue difficoltà alla rete di professionisti, si ritrova poi a dover superare delle prove e a dover rispettare certi criteri, ancora più stretti e rigidi di una persona normale. E quindi, è un po' difficile, perché pensi "cavoli, una donna che arriva da noi è stata onesta e ha avuto il coraggio di dirci di aver un problema di consumo e poi come risultato si trova a rispettare tutta una serie di criteri" ... Io non lo so, non ho avuto figli, però ho visto tante persone nella mia sfera personale avere bambini e se la

stremavano. Domandare a una donna tossicodipendente che tutto sia perfetto a casa, quando non so chi riesca davvero a farlo, anche senza avere problemi. Ecco, la mia rappresentazione è un po' questa. L'unica cosa che mi fa un po' paura è che delle volte le gravidanze sono vissute come speranza di un cambiamento. Magari una donna che ha problemi di tossicodipendenza, oppure li ha il compagno, rimane incinta per caso ed entrambi decidono di tenere il bambino e impegnarsi a non consumare più. Purtroppo, non è così facile disintossicarsi. Oppure ancora, se i bambini vengono tolti dall'affidamento della mamma, cercano di farne un altro convinti che questa volta rimarrà a casa e invece no... Quest'idea di avere figli di "rimpiazzo". Questa è un po' la criticità di cui parlavamo prima durante la presa a carico, perché appunto una gravidanza non risolve tutti i problemi.

I: Dalla letteratura emerge che lo stigma nei confronti dei pz tossicodipendenti è un fenomeno molto attuale nella nostra società. È stato presente però anche negli ambienti sanitari. Crede che quest'ultimo esista ancora nel nostro settore? In che modo e da che cosa lo può constatare?

PI: No, spero di no. Spero che le persone che lavorino qui non siano stigmatici. Chiaramente c'è sempre, soprattutto all'inizio forse, quando non sai ancora bene che tipo di pazienti sono. Loro devono imparare a fidarsi di noi, ma anche noi di loro. Quindi, c'è una parte di conoscenza reciproca, ma se si lavora qui non si abbiano troppi stigmi nei loro confronti. Alla fine, un approccio che controllo o che reprime, a mio modo di vedere, non è molto favorevole.

I: Dal momento in cui queste pazienti accedono ai servizi territoriali, quali problematiche o paure osserva in queste donne?

PI: Quello un po' detto prima. La rete, la minaccia sempre attuale di togliere la custodia del figlio oppure se viene tolta i criteri richiesti affinché il bambino possa tornare a casa un giorno. Anche gli stigmi della rete, quando il consumo di sostanza viene associato a qualcosa che senza dubbio non va bene e il non-consumo di sostanza va bene, quando in realtà non è così lineare, così facile. Sarebbe troppo bello se qualcuno avesse risolto i suoi problemi semplicemente perché ha uno screening negativo delle urine. Poi, forse c'è anche un problema di coordinazione e trasmissione delle informazioni, cioè cosa io posso trasmettere e cosa no. Ho avuto il caso di una donna che ha partorito qualche mese fa ed è tutt'ora seguita dall'ARP. È sempre "sotto minaccia" di perdita dell'affidamento del figlio e io mi sento anche molto limitata, perché devo eseguire i controlli delle urine e trasmettere i rapporti e, allo stesso tempo, dare una sorta di sostegno a questa donna. Quindi quando lei inizia a dire "sento un craving più forte di cocaina", lo dico al medico e lui dice "aspetta, perché noi queste cose dovremmo segnalarle all'ARP" allora pensi "non dico più niente, non chiedo neanche". Una problematica per loro è anche sapere chi fa cosa, chi dice cosa e chi prende le responsabilità. Noi forse siamo anche troppo pro-pazienti tossicodipendenti, perché abbiamo le loro versioni; perciò, anche capire davvero dov'è il giusto.

I: Dalla sua esperienza professionale con pz tossicodipendenti incinte, sa dirmi quali ostacoli incontra quest'ultima rivolgendosi ai servizi territoriali e quali sono gli ostacoli incontrati da parte degli enti stessi?

PI: Non lo so, non ho mai riscontrato troppi ostacoli personalmente. Potrebbe esserci il caso di un medico ginecologo che non accetta donne sotto determinati trattamenti oppure farmacie che non vogliono prendere a carico pazienti in cura metadonica o altro.

I: Quali sono state le maggiori difficoltà incontrate nell'instaurare una relazione significativa con queste donne?

PI: Io trovo che chiaramente è tutto molto soggettivo, però un paziente o una paziente tossicodipendente fa molto fatica a dare fiducia alle persone, perché non sono loro pari, ma fanno parte di una rete di professionisti. Perché spesso durante il loro percorso di vita sono state abbandonate, tradite e hanno avuto storie di vita catastrofiche. Quindi instaurare un legame di fiducia è la cosa difficile, che richiede tanto tempo e non si può costruire in due o tre settimane. Questa può essere una difficoltà. E poi dipende tutto da come la persona vede il nostro servizio,

se ci vede come fornitori di sostanza in modo gratuito e legale oppure se veramente si apre e ci permette di fare un lavoro più approfondito.

I: Ha avuto modo di osservare se l'infermiere all'interno del servizio per le dipendenze venga scelto più facilmente rispetto ad altre figure professionali come persona di fiducia?

PI: Non so se è qualcosa che dipende di più dalla figura professionale, dal carattere o dall'anzianità all'interno del reparto. Io lavoro qui da un anno, il mio collega ha aperto l'infermeria qui nel 2012 o 2013 e l'altro mio collega lavora qui in infermeria da quattro anni, però prima era al centro residenziale. E il collega che ha aperto l'infermeria qui ancora prima lavorava al centro residenziale, bene o male conosce i nostri pazienti da 20 anni forse... Alcuni anche di più; quindi, è ovvio che loro hanno un rapporto molto diverso rispetto a quello che ho io. Poi ci sono pazienti molto diversi, molto timidi, che vengono qui per terapie e magari li conosciamo meglio noi infermieri piuttosto che gli operatori di riferimento. E poi, a volte noi dobbiamo essere un pochino più "severi", nel senso che dobbiamo stare alle prescrizioni mediche, ai dosaggi e ogni tanto siamo anche confrontati al dire "no, non posso, questa cosa non si può fare". Non so dirti se è l'infermiere. Dipende, se io faccio sostegno abitativo con una paziente, è molto più probabile che si rivolga a me, perché mi vede maggiormente.

I: Secondo lei, esistono dei comportamenti indispensabili per entrare in relazione con una donna tossicodipendente che sta per diventare madre/è diventata madre?

PI: Penso che per tutti, indipendentemente da una situazione di gravidanza o meno, si applica l'empatia, il non giudicare, soprattutto in fasi critiche, non permettersi di esprimere un giudizio. Alla fine, ognuna è libera di scegliere se volere una gravidanza o meno. Chi sono io per giudicare? Anche se dentro di me penso "ma questa veramente sarà una difficile e non penso che la donna si stabilizzerà per avere il bambino a casa" la accompagno nelle situazioni. Si cerca forse di preparare, perché a volte possono essere un po' dissociate e non rendersi conto nel concreto, idealizzano molto la vita col bambino. Una volta una paziente mi diceva "ma sì, comunque gli darò da mangiare tutti i giorni" e ti viene anche da sorridere, perché ti dici "sì va bene, però un bambino piccolo ha bisogno di mangiare più volte al giorno". Anche perché loro possono vivere situazioni di grande precarietà, quindi per loro è normale mangiare poco. Però appunto, tutto ciò per dire che si prende la paziente dove è e la si accompagna.

I: In quale misura ha potuto osservare nella sua esperienza professionale la considerazione dell'essere donna come tale, a prescindere dallo stato di gravidanza e la sua tossicodipendenza?

PI: È brutto da dire, però le pazienti donne spesso sono abusate e continuano ad essere abusate, se ci sono poi sostanze nella situazione ancora di più, perché o si prostituiscono per avere la sostanza oppure in stati di intossicazioni si fanno abusare. Purtroppo, sono situazioni piuttosto complesse se avvengono. E poi, c'è da dire che trovo che sia un ambiente piuttosto misogino, anche perché il livello di cultura sociale e scolarizzazione medie non sono è altissimo. È abbastanza patriarcale come cosa. Di donne ce ne sono meno. In tutti i reparti in cui ho lavorato era più o meno così, cioè sempre una proporzione molto piccola di donne rispetto a quella dei maschi. Poi hanno dei comportamenti di dipendenza diversi. Le donne non vengono molto spesso qui ed è più facile che abbiano problemi di alcool piuttosto che di sostanze illegali. Però ci sono anche studi che purtroppo dimostrano che una donna tossicodipendente ha molte più probabilità di farsi abusare. È un po' dura a volte rendersi conto di ciò che vivono loro.

I: Ma pensa che siano in grado di riconoscere il loro essere donna o abbiano la capacità di imporsi come donna rispetto anche a questo aspetto un po' più misogino?

PI: Io non penso. È vero anche che non vivo le dinamiche esterne. Però dai racconti che sento non credo, perché magari viene un po' normalizzato. Ed è l'unica realtà che conosco. Forse non si pongono la domanda o non vogliono porsela, perché le risposte fanno troppo male. Anche lì poi ci sono tutti dei pro e dei contro. Si sentono molto sole, hanno queste relazioni con uomini che non le trattano bene, ma allo stesso tempo sono convinte che siano gli unici a tenere davvero a loro. Si instaurano proprio dei cicli di violenza domestica. Le relazioni non sono più relazioni a

due, bensì a tre, perché c'è anche la sostanza in mezzo. Si creano queste relazioni tossiche veramente difficili da smuovere.

I: Saprebbe descrivere come viene percepito il rapporto di queste pz con il proprio corpo (controlli ginecologici, cura di sé, ..)?

PI: Non posso farti una generalità, non posso dire che per tutte vale così, però spesso hanno una relazione difficile con il proprio corpo e di fatto anche le sostanze sconnettono a livello cerebrale, ma anche proprio dal corpo. In molti casi ci sono stati abusi, tante volte anche sessuali, quindi, la sfera intima è qualcosa di molto delicato e difficile. Ci sono donne che non vanno mai dal ginecologo. Ce ne sono altre che hanno troppa paura. È difficile dire che per tutte è così, ma in generale è molto difficile. A Losanna abbiamo avuto il caso di una donna che aveva una spirale da tipo 10 anni e non voleva andare a cambiarla. Era una paziente abusata con tutta una serie di cause e processi in corso. E appunto, alle visite ginecologiche proprio non riusciva ad andare. Non so se entra in gioco anche una componente di vergogna rispetto al proprio corpo, magari non hanno un'igiene al 100% impeccabile.

I: Quali sono gli ostacoli o i benefici che si osservano nella relazione madre-bambino? E quali sono le strategie, i mezzi e le risorse messi in atto per coinvolgere e/o favorire quest'ultima?

PI: Questo non siamo noi a farlo. Non le vediamo partorire e molte volte i bambini non li vediamo neanche. Possiamo dare consigli se la donna lo richiede o è aperta a riceverli. Secondo me la relazione madre-bambino è anche una relazione che cambia molto da donna a donna, ci sono quelle che vogliono e possono allattare oppure quelle che vorrebbero, ma non possono. Dipende molto da persona a persona. Penso che il miglior modo da parte nostra per favorire quest'ultima sia adattare i consigli e mirarli a livello individuale.

I: Capita che si rechino qui insieme ai figli per prendere la terapia?

PI: Sì, ogni tanto succede. Dipende anche quanto un bambino è grande. Più sono piccoli e più facile, perché non si rendono conto e non capiscono. E poi se diventano preadolescenti/adolescenti no, non è molto adeguato.

I: Quali sono le strategie, i mezzi e le risorse messi in atto per facilitare la partecipazione della famiglia della paziente nell'iter terapeutico oppure per coinvolgerla?

PI: Come detto prima, il nostro psichiatra mette molto l'accento sull'importanza della famiglia e sulla rete personale della persona. Soprattutto nelle situazioni di pazienti molto giovani, per lui è molto importante coinvolgere ad esempio il padre e la madre per vedere come possono aiutare e sostenere la persona in difficoltà. Noi siamo aperti anche per accogliere i famigliari, quindi li si invita a venire, se vogliono. Ovviamente non avranno la stessa persona referente. Possono fare incontro di rete con la famiglia e chiaramente è sempre basato sulla volontà. Ciò vuol dire che se un paziente non vuole assolutamente vedere il parente siamo un po' bloccati, cerchiamo di fare leva e capire i motivi. Poi c'è il programma FAST (famiglia, adolescente, sostanza e terapia) dell'Antenna Icaro mirato per pazienti giovani che mira appunto a coinvolgere le famiglie. Si fa in modo che partecipano a un paio di incontri almeno, è presente lo psicologo e ci sono un paio di persone designate ad occuparsi di questo programma.

I: Potrebbe raccontarmi uno o più episodi vissuti nella sua esperienza professionale in merito a questa tematica?

PI: Sì. Molto spesso è difficile scoprire a tempo una gravidanza, perché sono anche donne che non hanno un ciclo regolare. Qui mi è successo di avere una paziente che non consumava più e veniva a fare solo i test delle urine, ma purtroppo ha avuto un'interruzione di gravidanza. Un'altra ragazza che veniva aveva dipendenza piuttosto da farmaci e THC. È arrivata incinta. E anche lì c'era molta ambivalenza riguardo alla coppia. Lui anche era un paziente seguito qui. Era un continuo tira e molla, un dire che stavano insieme e poi negarlo. Con la gravidanza era la stessa cosa, poi si sono lasciati e alla fine lei si è recata in clinica ad effettuare un'interruzione di gravidanza. E questa è stata una gravidanza scoperta abbastanza tardivamente e quindi poi c'è

veramente poco tempo per decidere, per cercare di aiutare le donne a ponderare bene le loro scelte. È stata anche inviata da una ginecologa per gli accertamenti e i controlli necessari e poi appunto si è decisa a non proseguire la gravidanza. È appena arrivata settimana scorsa una ragazza nuova, che ha svolto un primo colloquio, segnalata dall'ARP perché è incinta ed è conosciuta per aver avuto in passato problemi di THC. Quindi, dovrà venire a fare i controlli periodici delle urine. In questo caso, valutare anche i rischi sulla gravidanza. E, invece, nel Canton Vaud ho seguito un paio di donne incinte. Tutti iter un po' diversi, però lì a livello cantonale c'era un programma che si chiama ADV (addiction dépendance et vie) gestito da due levatrice e una ginecologa. E loro erano proprio specializzate nelle situazioni di gravidanza con problemi di sostanze. La collaborazione funzionava molto bene e quindi si segnalavano a loro le situazioni. Seguivano dall'inizio. Una volta ho portato una paziente in consultazione all'inizio della gravidanza, perché anche lei era ambivalente e da subito alla prima consultazione controllano se c'è una gravidanza, ma si accertano che la donna sia a proprio agio prima di vedere l'ecografia, eccetera. Era super personalizzato e specializzato in tutte le complicanze possibili della gravidanza. Seguivano anche nel post-parto e prendevano in mano le redini della situazione. Era proprio in prima linea per tutte le cose che riguardavano la gravidanza. Funzionava bene. C'è stata un'altra situazione in cui la paziente ci diceva di non avere più il ciclo, in teoria sotto un depot di anticoncezionale che però non faceva regolarmente. A un certo punto la gravidanza si è rilevata reale, portata a termine, anche se c'è stato un taglio cesareo prima del termine. Il bambino aveva un ritardo di crescita e c'è stata tutta la parte di disintossicazione, perché la mamma comunque consumava metadone, cocaina, THC e un po' di benzodiazepine. Alla fine, il bimbo è stato dato in adozione. Lei aveva un curatore generare e la donna stessa era stata adottata all'età di 8 anni. In seguito alla nascita del neonato, ha espresso il desiderio di darlo in adozione a sua mamma adottiva. Quindi, in realtà la nonna ha adottato il bambino, che viveva in un altro Paese, quindi, ci sono state tutte le pratiche da portare avanti, di cui si è occupato il curatore chiaramente. Ogni tanto la donna riceveva notizie dal bambino, mails, foto e chiamate.

I: In genere, come rimangono incinte queste pazienti?

PI: A volte apposta, nel senso che a volte la gravidanza è cercata e desiderata, e altre volte no. Spesso c'è la convinzione di non poter più avere bambini, perché il ciclo è assente o sballato e invece poi rimangono incinte lo stesso.

I: Quali sono le emozioni che prevalgono rispetto a queste situazioni, in generale in lei, all'interno dell'équipe e nelle donne?

PI: Non saprei dirti. A livello di emozione forse le donne hanno un po' paura, un misto di gioia, apprensione, un grosso carico di responsabilità che arriva. Però questo penso che sia indipendente da una situazione di tossicodipendenza o meno. Come ho detto prima sono persone come noi che hanno un desiderio spesso di gravidanza come possiamo averlo noi. Mi immagino che vivano un po' le stesse tappe. Entusiasmo, dopo due minuti terrore, poi ci sono anche gli ormoni che entrano in gioco, quindi sono un po' altalenanti. All'interno dell'équipe apprensione, perché comunque è un grosso cambiamento e sicuramente per noi è anche un grosso carico di lavoro, duro e crudo da dire, però ti "complica" la presa a carico, ma si cerca comunque di essere un po' empatici rispetto alle emozioni che vive la donna. Ad esempio, oggi ha chiamato una paziente convinta di essere incinta. Ha fatto tre test di gravidanza con risultati negativi, è andata dal ginecologo e attraverso l'ecografia ha confermato che non è incinta. Le ho detto "non so bene se dirti bene oppure peccato, dimmi tu come la vivi. Oppure c'è un ragazzo diciottenne che sta per diventare papà e anche lì ho detto "okay, tu come la vivi, è una cosa bella per te e per la tua coppia oppure no?".

I: Nella maggior parte dei casi di che tipologia di donne si parla? Giovani donne, donne in carriera, donne con figli avuti in precedenza, donne sole o così via.

PI: Allora, donne in carriera piuttosto no, perché noi siamo un centro specializzato, seguiamo i casi più complessi. In realtà fuori ci sono purtroppo molte altre persone che hanno problemi di dipendenza che non vengono seguite qui, non vengono seguite del tutto o più che altro presso studi medici eccetera. Beh, si tratta di donne in età fertile ovviamente, quindi possiamo avere

appunto ragazze come una ragazza che ha appena compiuto 18 anni oppure donne anche sulla quarantina. È veramente molto variabile. Ci sono donne che hanno più figli o donne che sono alla prima gravidanza. Dipende. E poi, io non l'ho mai visto, però non so se hai sentito della negazione della gravidanza, quando la persona è incinta, ma non se ne rende conto. È davvero impressionante, perché tutto il corpo non cambia, il feto si sviluppa verso la colonna vertebrale, la pancia non cresce, il seno non gonfia e poi spesso sono persone che si rendono conto di essere incinte perché vanno in pronto soccorso lamentando forti dolori al vento. Ad occhio nudo non si vede niente e in più le donne hanno perdite che somigliano molto alle perdite mestruali. Ci sono degli studi che mostrano che a partire dal momento in cui è avvenuta questo tipo di gravidanza, si è più a rischio di averne altre. Io ho un'amica ostetrica che ha assistito una donna partorire più figli da una negazione della gravidanza. Ci sono anche le gravidanze isteriche, dove la persona è convinta di essere incinta e non l'ho è.

I: Ma in generale che tipo di casistica avete voi, sono pazienti che lavorano, in AI, ..? Perché la settimana scorsa ho intervistato invece un infermiere ad Ingrado e lui mi ha detto di avere la casistica peggiore del Ticino.

PI: Noi abbiamo un po' di tutto, è vero che a livello di gravità forse molti casi si concentrano un po' di più sul luganese, perché è un po' più vasto, c'è un po' più di rete e anche a livello di sostanze possono circolare più facilmente. Però qui abbiamo un po' di tutto. Chiaramente in proporzioni diverse, però abbiamo qualche poco paziente ben integrato con una famiglia e un lavoro. Abbiamo pazienti in formazione. Abbiamo pazienti che hanno l'assistenza, che hanno l'AI, che hanno la disoccupazione. Ovviamente i pazienti attivi che lavorano sono pochi, ma una delle cose che mi ha colpito molto quando sono arrivata dalla Romandia è stata che a Losanna c'erano situazioni molto più degradate, casi molto più complessi, anche a livello psichiatrico. Un sacco di senza tetto, qui ce ne sono, ma molto bene e tutti hanno un appartamento, o quasi. Moltissimi hanno un appartamento e una macchina, cosa che a Losanna era impossibile che una persona avesse ancora la patente e la macchina e potesse permettersela. Era molto variabile e anche quello era bello, perché arricchisce il lavoro, perché chiaramente l'approccio è anche un po' diverso rispetto a qualcuno che una formazione o un lavoro, piuttosto che con qualcuno che può avere un ritardo mentale, disturbi cognitivi che si aggravano via via che la persona invecchia e l'esperienza di consumo alle spalle aumenta.

I: Considerando la tossicodipendenza e la maternità come due condizioni della donna distinte tra loro, mi vengono in mente temi come l'astinenza, il percorso di disintossicazione, le visite mediche, la cura del neonato, l'allattamento, le visite pediatriche, ecc. Quali sono, secondo lei, i principali bisogni di queste donne rispetto al loro essere madri, ma al tempo stesso anche madri tossicodipendenti?

PI: Forse il bisogno di essere ascoltate, sostenute, perché cambia tutto. Soprattutto se è il primo figlio e non sanno bene come prenderlo. E al tempo stesso essere madre dipendente forse mi chiedo se loro stesso non si mettono uno stigma e anche tanta pressione di voler, o di dover, dimostrare agli altri e a loro stesse che ce la possono fare. E poi chiaramente ogni percorso è diverso. C'è qualcuno che riesce a diventare astinente. Altre che vorrebbero, ma hanno molta più difficoltà ad arrivare a tale obiettivo. Penso che definire gli obiettivi insieme sia la cosa più importante. Se vogliono smettere di consumare e tutto, va bene. Se non se la sentono ok, magari cercare di diminuire droghe come cocaina ed eroina e mantenere sigaretta e THC. Appunto, l'allattamento spesso a livello medico non è permesso, perché ci sono sostanze in gioco. Tutta la parte dopo, come già detto, il parto la vediamo meno in prima linea.

I: Prima di salutarci, mi spiegherebbe brevemente come funziona Antenna Icaro?

PI: Allora, l'associazione Comunità familiare e Antenna Icaro collaborano. La Comunità familiare ha un servizio per le dipendenze ed implica tre siti; il posto di Bellinzona, la sede di Muralto, che sono uguali in termini di prestazioni, e poi c'è il Laboratorio 21, che è un laboratorio di atelier protetti e occupazionali. Qui a Bellinzona e Muralto abbiamo sia l'Antenna Icaro che si occupa piuttosto di accoglienza e prestazioni non mediche che il centro di competenza che comprende l'infermeria, il medico psichiatra e lo psicologo e che si basa su prestazioni mediche, fatturato alla

cassa malati eccetera. Quindi, una persona può venire, anche solo per la parte più sociale, come un colloquio di motivazione o di aiuti amministrativi, e poi c'è la parte più medica, quindi figure più sanitarie. Abbiamo anche un medico epatologo che viene una volta al mese, è un medico esterno non stipendiato da Antenna Icaro che collabora con noi una volta al mese. Noi possiamo fare anche delle piccole cure a livello di medicazioni, vaccini, iniezioni, depot, prelievi o quelle cose lì, ma rimane anche molto ristretto, perché appunto non siamo specialisti in queste cose.

Prima c'era anche un servizio foyer residenza, che ha chiuso 4-5 anni fa. Ora in Ticino c'è solo Villa Argentina che permette di fare percorsi terapeutici, però direi che la disintossicazione spesso viene fatta in un quadro ospedaliero. Ci sono pazienti che si disintossicano a casa, ma tutto dipende dalla situazione, dagli obiettivi dei pazienti, dai suoi desideri. Collaboriamo anche tanto con la Clinica Santa Croce a Orselina e con la CPC.

8.1.5. Trascrizione intervista nr. 5 – Reparto di maternità della Clinica Sant'Anna

I: Qual è il suo ruolo all'interno dell'équipe del reparto di maternità della Clinica Sant'Anna?

PI: Io sono un'infermiera.

I: Da quanti anni lavora presso la clinica?

PI: Lavoro nel reparto di maternità della Clinica Sant'Anna da circa 12 anni.

I: Qual è l'approccio terapeutico messo in atto dall'accoglienza alla dimissione di un qualsiasi vostro paziente?

PI: L'ingresso della paziente in reparto avviene tramite annuncio da parte del medico accreditato. Le pazienti arrivano in Clinica, passando dalla ricezione, poi vengono accolte in reparto e comunque vengono precedute da un fax d'annuncio, dove viene già scritta la diagnosi per la quale vengono ricoverate. A quel punto, viene chiamato il medico di guardia, che si mette in contatto con il medico accreditato per definire l'approccio terapeutico. Una volta che questo viene scritto nero su bianco noi possiamo procedere, però appunto se si tratta di una patologia durante la gravidanza comunque in ogni caso viene fatto un prelievo di sangue, un'anamnesi e poi viene impostata la terapia.

I: Esiste un iter o un protocollo da seguire qualora si presentasse una pz gravida tossicodipendente? Se sì, in che cosa consiste l'iter, altrimenti quali sono le modalità di presa in cura delle donne tossicodipendenti in gravidanza? E rispetto al neonato?

PI: No, esattamente non c'è un protocollo. Viene valutato caso per caso, sia dal medico accreditato che dal medico assistente che vede la paziente al momento del ricovero. In base alla gravità della tossicodipendenza magari la paziente arriva già che è seguita da un servizio a domicilio, per cui in base a quello ci si comporta. Sia per quanto riguarda la terapia che assume (ad esempio il metadone) sia per delle consultazioni con il servizio assistenziale che la segue a domicilio. Comunque, anche per quanto riguarda il trattamento del neonato, il fatto che la mamma possa gestire il neonato tutto dipende dalla gravità del caso.

I: Quali strategie vengono messe in atto per favorire l'iter terapeutico e una presa in cura adeguata?

PI: Allora, intanto generalmente quando la tossicodipendenza è abbastanza grave le pazienti arrivano già con una terapia impostata di metadone. Questo farmaco in genere è autogestito e noi ci assicuriamo sempre che questa terapia venga assunta. Il neonato, invece, viene valutato tramite una scala e in base al punteggio si valuta quanto il bimbo, o la bimba, è in astinenza. E purtroppo, in alcuni casi è stato dato il metadone anche ai neonati.

I: Quali sono le altre figure professionali che vengono coinvolte maggiormente con questa tipologia di pazienti e in che modo collaborate?

PI: Sicuramente un ruolo centrale, per quanto riguarda il neonato, ce lo ha il neonato e assolutamente le mie colleghe infermiere pediatriche che hanno una preparazione specifica sui neonati patologici. Noi ci avvaliamo certamente sul loro appoggio. Per quanto riguarda le mamme, molto spesso c'è una rete già attivata, quindi i servizi sociali, che collaborano con noi e i nostri medici. Vi è uno scambio di informazioni.

I: Quali sono le problematiche o le difficoltà che l'infermiere incontra nella presa in cura di una mamma con problemi di tossicodipendenza e il suo neonato?

PI: La difficoltà maggiore riscontrata, almeno da parte mia, e che mi è capitata di vivere è che queste donne negano assolutamente la loro dipendenze, oppure la minimizzano. In alcuni casi, uno in particolare, questa mamma si faceva addirittura portare delle sostanze dall'esterno. È un rapporto molto difficile, anche perché mi è capitato di vedere queste pazienti molto sulle righe. Trovo difficile instaurare un rapporto empatico con loro e generalmente non hanno fiducia nel personale che gravita attorno a loro. È come se non si fidassero, inizialmente almeno. Però secondo me questo dipende più da questo stato alterato della percezione della realtà. In un altro caso, invece, abbiamo avuto una ragazza che si occupava pienamente e in maniera efficace del neonato, perché i servizi sociali avevano stabilito che il neonato sarebbe tornato a domicilio con lei. Quindi lei si è impegnata tantissimo per dimostrare che aveva buone capacità di assistenza nei confronti del neonato, in altri casi purtroppo no. In altri casi, il neonato sembrava venir visto quasi come un oggetto da utilizzare per arrivare a un fine che non era certamente quello di una normale gestione tra una mamma e un bimbo.

I: Quali sono le particolari potenzialità e criticità del lavoro con questo genere di pazienti?

PI: A me è piaciuto molto appunto vedere questa mamma, alla quale sicuramente sarebbe stato tolto il neonato, perché entrambi i genitori erano tossicodipendente, che invece di fatto si sono impegnati al massimo per riuscire a gestire il neonato. E con loro si è instaurato un rapporto in cui recepivano perfettamente le informazioni che venivano date. Ed era una soddisfazione, perché comunque si vedeva che quello che veniva loro consigliato veniva poi applicato nella gestione. Questo è bello. Le criticità invece sono un po' quelle dette prima.

I: Può raccontarmi quale è la sua opinione in base alla sua rappresentazione personale in merito al tema in questione?

PI: D'emblée mi verrebbe da pensare che questi genitori forse non dovrebbero generare dei figli. Però è riduttivo, nel senso che comunque i bambini ci sono e io mi auguro sempre che loro trovino delle strutture e dei servizi sociali in grado di aiutarli poi a casa, in modo da creare una parvenza di famiglia tranquilla.

I: Dalla letteratura emerge che lo stigma nei confronti dei pazienti tossicodipendenti è un fenomeno molto attuale nella nostra società. È stato presente però anche negli ambienti sanitari. Crede che quest'ultimo esista ancora nel nostro settore? In che modo e da che cosa lo può constatare?

PI: Eh, purtroppo quando a noi viene comunicato che avremo ricoverata una paziente tossicodipendente è chiaro che un pochino le antenne si alzano, perché comunque non sono sempre pazienti facili da gestire. Quindi sì, c'è un po' di remora nei confronti di questi pazienti, poi dipende tanto dalle persone. Non sono tutte uguali, non tutte reagiscono allo stesso modo. Alcune vogliono farsi aiutare, vogliono uscirne, perché prendono atto che sono diventate madri e che quindi la responsabilità che le aspetta dev'essere di massimo impegno. Però, secondo me, lo stigma c'è, non c'è molto da fare. Sempre meno, perché comunque loro hanno già una rete di aiuto domiciliare non indifferente, non arrivano dei casi gravi o così incontrollabili da non poterle gestire.

I: Dal momento in cui queste pazienti accedono ai servizi territoriali, quali problematiche o paure osserva in queste donne?

PI: Forse la paura principale è che a loro venga tolto il neonato. Questo sicuramente, perché comunque benché loro abbiano questo stato di coscienza a volte alterata, il neonato poi fa parte

di loro. Non ho mai avuto il modo di approfondire perché nasce questa paura che il neonato possa essere portato via, perché di fatto credo possano esserci mille motivazioni. Però, effettivamente questa paura c'è.

I: Dalla sua esperienza professionale con pazienti tossicodipendenti incinte, sa dirmi quali ostacoli incontra quest'ultima rivolgendosi ai servizi territoriali e quali sono gli ostacoli incontrati da parte degli enti stessi?

PI: Ma... Io credo che i servizi territoriali qui sul territorio ticinese sono ottimi, secondo me. Quindi la paziente tossicodipendente viene indirizzata verso servizi competenti. Poi è chiaro dipende tanto dalla personalità della paziente.

I: Quali sono state le maggiori difficoltà incontrate nell'instaurare una relazione significativa con queste donne?

PI: Il fatto che appunto alcune sono proprio alterate. Alterate nel loro carattere. Magari manifestano nervosismo, rabbia, impazienza, hanno delle richieste strane. Ad esempio, a me è capitato di gestire una paziente tossicodipendente che nei giorni successivi al taglio cesareo ci ha dato moltissimi problemi, da tutti i punti di vista. E io mi ricordo che l'ho portata in camera, a due ore dal taglio cesareo, e lei pur avendo un'infusione sul piede, perché non c'era modo di trovare un'altra vena sulle braccia o sulle mani, comunque ha voluto alzarsi in tutti i modi per andare sul balcone a fumare, che oltretutto non è neanche permesso. Ecco, quindi non è stato indifferente.

I: Ha avuto modo di osservare se l'infermiera nel reparto di maternità venga scelto più facilmente rispetto ad altre figure professionali come persona di fiducia?

PI: Questo di sicuro, perché con noi, per il fatto che siamo in contatto con loro moltissime ore, si instaura davvero un rapporto stretto.

I: Secondo lei, esistono dei comportamenti indispensabili per entrare in relazione con una donna tossicodipendente che sta per diventare madre/è diventata madre?

PI: Allora, sicuramente bisogna approcciarsi in maniera molto tranquilla. Non dico facendo finta di nulla, ma molto tranquillamente. Bisogna cercare di capire la paziente. Io non so come dirlo, ma per me, ormai dopo 30 anni, è diventato un fatto normale, che a seconda della paziente che mi trovo davanti utilizzo delle frasi piuttosto che altre. Ho imparato un po' a individuarle, quindi cerco di entrare veramente in empatia, altrimenti risulta ancora più difficile con queste pazienti.

I: In quale misura ha potuto osservare nella sua esperienza professionale la considerazione dell'essere donna come tale, a prescindere dallo stato di gravidanza e la sua tossicodipendenza?

PI: Questo è difficile, perché a volte il periodo di ricovero è così breve che tu non puoi renderti conto di questa cosa. Però, è anche vero che il fatto di dimostrare attaccamento al neonato, o di avere un rapporto tranquillo con i loro partner, in alcuni casi è evidente. Ciò vuol dire che, al di là dell'essere diventate mamme e aver avuto problemi di tossicodipendenza, loro comunque rimangono delle donne che hanno un rapporto sentimentale, che avranno un rapporto affettivo con loro figli. Ma ripeto, il periodo di degenza è troppo breve, non si può valutare a pieno questa cosa.

I: Saprebbe descrivere come viene percepito il rapporto di queste pazienti con il proprio corpo (controlli ginecologici, cura di sé, ..)?

PI: Forse i controlli ginecologici sì, quelli sì. Perché una volta che subentra la gravidanza, credo che loro seguano un iter, un percorso medico che le porta a fare dei controlli regolari. Anche per verificare la salute del feto. Ma che percezione hanno del loro corpo non saprei dirtelo. Allora, circa il 90% delle pazienti che non sono tossicodipendenti, in gravidanza, durante i ricoveri per disturbi di gravidanza o dopo il parto, tutte bene o male si preoccupano della pancia, del peso. Loro, le mamme tossicodipendenti, sinceramente non le ho mai sentite. Alcune di loro non hanno

grande cura di sé. Non dico che vivano in ambienti poco sani, però spesso sono persone trasandate... Un pochino sì.

I: Quali sono gli ostacoli o i benefici che si osservano nella relazione madre-bambino? E quali sono le strategie, i mezzi e le risorse messi in atto per coinvolgere e/o favorire quest'ultima?

PI: Allora, c'è da fare una premessa. Ci sono persone che non potevano approcciarsi al loro bebè, se non in presenza di uno di noi e all'interno del nido che è un luogo protetto. E quello per me quello è già una cosa orribile, perché credo che una donna si senta davvero limitata e in gabbia in questo modo. Poi, abbiamo avuto dei casi, dove invece le situazioni erano più tranquille, il neonato è stato portato in camera, loro potevano gestirselo, potevano cambiarlo, vestirlo e allattare tranquillamente senza la sorveglianza stretta di uno di noi. E lì cambia molto eh... Bisogna un po' valutare queste cose, perché laddove la mamma non ha il permesso di poter gestire il neonato, se non in presenza di una di noi, per alcune donne diventa un grosso problema. Mi è capitato, con la paziente di cui parlavo prima, dove sono scoppiate le scintille un sacco di volte. Lei non accettava questa cosa, non accettava che il suo bimbo rimanesse al nido tutto il giorno, che ogni volta che lei o il papà entravano, doveva esserci qualcuno di noi. Addirittura, in quel caso, loro due non potevano vedere in contemporanea il figlio. Bisogna valutare qual è la situazione reale, cosa vogliono i servizi sociali per il dopo. È un discorso molto lungo. Mi è capitato solo in un caso, dove la mamma non ha assolutamente voluto sapere nulla del bimbo. Lei era tossicodipendente, ha partorito e aveva detto che avrebbe rinunciato da subito al suo bambino. In tutti questi anni mi è capitato una volta sola. Per il resto, le donne lo sentono il fatto di essere diventate madri, anche perché a volte si è trattato di parti non semplici.

I: Quali sono le strategie, i mezzi e le risorse messi in atto per facilitare la partecipazione della famiglia della paziente nell'iter terapeutico oppure per coinvolgerla?

PI: La strategia è sicuramente quella di comportarsi come ci si comporta con le altre mamme, qualora non ci siano restrizioni da parte dei servizi sociali, quindi diamo le informazioni che servono, facciamo i controlli di routine che servono, con un occhio maggiore magari sul neonato per verificare se sviluppa qualche sintomo particolare nelle ore successive alla nascita. Generalmente, l'approccio è identico, anche perché non puoi fare una differenziazione. Per me, la paziente tossicodipendente è uguale a un'altra, se non ha manifestazioni particolari. Se invece il neonato è rilegato al nido e i genitori sono costretti a gestirlo in nostra presenza, allora ahimè, bisogna attenersi a questa cosa e io mi rendo conto che queste mamme e papà sono piuttosto limitati nell'assistenza, perché si sentono comunque osservati, giudicati. Più che se non fossero in camera. Mi riferisco ai genitori, perché i famigliari nei casi che ho seguito io non erano presenti, pochissimo.

I: Potrebbe raccontarmi uno o più episodi vissuti nella sua esperienza professionale in merito a questa tematica?

PI: Il caso più eclatante è stato quello della paziente di cui ho già parlato. Lei l'abbiamo gestita per tanti giorni, perché comunque era una paziente molto problematica ed è rimasta qui ricoverata un numero di giorni più elevato rispetto alle altre. Successivamente, il bambino è stato dato in affidamento ad un'altra famiglia ed è stato con noi al nido praticamente sempre. Era un bimbo che non poteva essere gestito dalla madre in camera, perché i servizi sociali avevano dato il divieto assoluto. Addirittura, mi ricordo che, trattandosi di una tossicodipendenza grave, lei poteva vederlo solo 2 ore al giorno. Anche il papà poteva vederlo solo 2 ore al giorno, ma non in presenza della madre, perché tra di loro c'era un rapporto conflittuale. Era una situazione davvero al limite. E questo è stato un caso che mi è rimasto molto impresso, perché poi a distanza di un anno e mezzo circa, la donna si è suicidata. Poi, c'è capitato il caso di una coppia molto giovane, entrambi tossicodipendenti, dove il bambino è stato lasciato in camera con loro. E loro lo gestivano alla grande, notte e giorno. Anche loro sono rimasti qui qualche giorno in più con noi, avevano il permesso di portare il neonato a casa. Si sono impegnati tantissimo per dare comfort al loro neonato. Lei lo allattava, anche molto bene. Si faceva veramente in quattro. Cosa che tante volte in una mamma non tossicodipendente non vediamo. Lei ha dato anima e corpo i primi giorni, per

il suo bambino. E questo mi è rimasto impresso perché si vedeva la voglia di riscatto, la voglia di superare e di lasciarsi alle spalle questa brutta esperienza. Io penso che due persone, grazie all'arrivo di un bambino, possano anche rinascere diversi, intraprendere la strada della normalità. Bella questa cosa, mi è piaciuta tantissimo.

I: In genere, come rimangono incinte queste pazienti?

PI: Nel caso della prima paziente di cui ti ho raccontato, il figlio era voluto fortissimamente. Anche perché lei era abbastanza avanti con l'età e quella era stata una gravidanza desiderata. Mentre, sono convinta che nella maggior parte dei casi sono gravidanze che capitano.

I: Quali sono le emozioni che prevalgono rispetto a queste situazioni, in generale in lei, all'interno dell'équipe e nelle donne?

PI: C'è sempre questo senso di protezione nei confronti del neonato, perché comunque pensiamo sempre che sarà un neonato che va a far parte di una famiglia problematica, quindi scatta questa sorta di tenerezza. Nelle donne non so, non so rispondere. Com'è per loro prima non lo so, perché quando arrivano qua sono già prossime al parto.

I: Nella maggior parte dei casi di che tipologia di donne si parla? Giovani donne, donne in carriera, donne con figli avuti in precedenza, donne sole o così via

PI: In carriera non direi proprio, no. Generalmente sono abbastanza giovani e che magari hanno già avuto dei figli in precedenza. Mi ricordo una signora alla quale avevano già tolto dei bambini. I compagni ci sono, anche se solitamente sono compagni tossicodipendenti. Addirittura, nel caso della paziente di prima, era lui che portava dentro delle sostanze per la compagna e l'ha anche aiutata due sere a fuggire dalla Clinica.

I: Considerando la tossicodipendenza e la maternità come due condizioni della donna distinte tra loro, mi vengono in mente temi come l'astinenza, il percorso di disintossicazione, le visite mediche, la cura del neonato, l'allattamento, le visite pediatriche, ecc. Quali sono, secondo lei, i principali bisogni di queste donne rispetto al loro essere madri, ma al tempo stesso anche madri tossicodipendenti?

PI: Io credo che, una volta che loro vengono a partorire, ma anche prima del parto, e sono sottoposte a dei controlli medici, a degli esami eccetera eccetera, si rendono conto che è necessario seguire delle cure. Soprattutto se hanno avuto un parto difficoltoso, cesareo o se hanno avuto delle lacerazioni. Allora lì capiscono che devono farsi seguire. Forse qualcuna di loro, secondo me, dopo la presa di coscienza della maternità, arriva a pensare che è veramente il caso di instaurare un percorso serio e duraturo per la disintossicazione. Io ho fiducia. Penso che comunque, in generale, quando si guarda un figlio si capisce che quello che è stato fatto fino al momento della sua nascita non andava molto bene e che bisogna voltare pagina, per lui. Poi, per quanto riguarda l'astinenza, è una parola che mi fa paura. Nel senso che, le crisi di astinenza credo siano devastanti e quindi mi piacerebbe che queste pazienti si mettessero in mano ai servizi sociali per instaurare una terapia che le porti a disintossicarsi, senza che si verifichi questa famosa crisi d'astinenza. Che secondo me è la cosa peggiore, soprattutto avendo fra le mani un neonato. E poi, quando queste donne prendono coscienza del fatto di essere madri e hanno un bebè che ha bisogno di cure, secondo me seguono anche il percorso dal pediatra. Io ho grande fiducia. La cosa che mi viene da dire, prima di concludere, è che non si può generalizzare e va visto caso per caso. Perché veramente c'è un varietà di situazioni e motivazioni che hanno portato queste ragazze, queste donne, ad assumere delle sostanze stupefacenti. Poi, bisognerebbe valutare la famiglia di origine, come poi questa famiglia vadano incontro nel momento in cui entra in casa un neonato. Io spero davvero che nel loro cammino trovino delle persone che sappiano prendersene cura, perché chiaramente se uno arriva alla tossicodipendenza forse è un po' fragile e quindi c'è bisogno di grande supporto. Sia da parte del personale medico, infermieristico, che da quella della famiglia. Forse tanti problemi partono da lì, inizialmente... Chi lo sa.

8.2. Punteggio di Finnegan

NEONATOLOGIA

PUNTEGGIO DI FINNEGAN

DATA	inizio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Pianto acuto	2																								
Pianto acuto continuo	3																								
Dorme meno di 1 ora dopo aver mangiato	3																								
Dorme meno di 2 ore dopo aver mangiato	2																								
Dorme meno di 3 ore dopo aver mangiato	1																								
Riflesso Moro vivace	2																								
Riflesso Moro molto vivace	3																								
Tremori medio-lievi quando disturbato	1																								
Tremori marcati quando disturbato	2																								
Tremori medio-lievi quando non disturbato	3																								
Tremori marcati quando non disturbato	4																								
Incremento del tono muscolare	2																								
Convulsione generalizzata	5																								
Frenetica suzione dei pugni	1																								
Difficoltà nell'alimentazione	2																								
Rigurgiti	2																								
Vomito a getto	3																								
Feci liquide	2																								
Feci acquose	3																								
Deidratazione	2																								
Shadigli frequenti	1																								
Starnuti	1																								
Congestione nasale	1																								
Sudorazione profusa	1																								
Marezzatura	1																								
Febbre < 38.5° C	1																								
Febbre > 38.5° C	2																								
Frequenza respiratoria > 60/min	1																								
Frequenza respiratoria > 60/min + dispnea	2																								
Escoriazioni del naso	1																								
Escoriazioni delle ginocchia	1																								
Escoriazioni dell'alluce	1																								
Score orario totale																									

NAS 0 – 7 Astinenza lieve
 NAS 8 – 11 Astinenza moderata
 NAS 12 - 15 Astinenza severa

Punteggio 1 per ciascuno dei seguenti (ad eccezione di 1).

- Pianto con toni acuti:** Punteggio 2 se un pianto ha toni acuti al suo picco, punteggio 3 se il pianto ha sempre toni acuti.
- Sonno:** Considerare il tempo complessivo di sonno del bambino tra i pasti.
- Tremori:** Questa è una scala di gravità crescente, e solo un punto deve essere assegnato per le quattro categorie. Sonno non disturbato significa che il bambino è addormentato o a riposo nella culla.
- Aumentato tono muscolare:** Assegnare il punto se il bambino presenta un tono muscolare generalizzato maggiore del limite superiore della norma.
- Escoriazione:** Assegnare il punto se l'escoriazione cutanea compare più di tre o quattro volte nell'arco di 30 minuti.

- Infiammazione nasale:** Assegnare il punto se l'infiammazione nasale è presente senza ulteriori evidenze di malattia alle vie aeree.
- Frequenza respiratoria:** Assegnare il punto se è presente una frequenza respiratoria superiore a 60 battiti al minuto senza ulteriori evidenze di malattia alle vie aeree.
- Eccessiva suzione:** Assegnare il punto se il bambino succhia più della media.
- Scarsa alimentazione:** Assegnare il punto se il bambino è molto lento a mangiare o assume quantità inadeguate.
- Rigurgito:** Assegnare il punto solo se il bambino rigurgita più frequentemente del solito per un neonato.

Questa pubblicazione, *Gestione e ruolo infermieristici nella presa a carico di pazienti tossicodipendenti in gravidanza*, scritta da *Angelica Mauroner*, è rilasciata sotto Creative Commons Attribuzione – Non commerciale 4.0 Unported License.

