

COSA SIGNIFICA PREMATURITÀ

Si definiscono neonati prematuri quelli che nascono prima della 37^a settimana di gestazione. Ogni anno in Italia circa 30 mila bambini nascono prematuramente, quasi 1 su 100 prima della 32 settimana di gestazione.

Si tratta di bambini che non avendo ancora maturato del tutto organi e apparati, non sono ancora pronti ad adattarsi alla vita fuori dal grembo materno e per questo hanno bisogno di maggiori attenzioni e cure.

QUALI SONO LE CAUSE DELLA PREMATURITÀ

Le cause della prematurità sono diverse e possono dipendere da problematiche riguardanti lo stato di salute della futura madre, la gravidanza in atto, oppure il feto.

Tra i fattori di rischio materni che possono aumentare quello di partorire prima del termine ci sono la presenza di problemi di salute come diabete, cardiopatie, ipertensione, obesità; età inferiore a 16 anni o superiore a 35 anni; attività fisica eccessiva; svolgimento di lavori pesanti; abuso di alcool e sostanze stupefacenti; fumo.

Tra i fattori legati alla gravidanza i principali sono la gravidanza multipla (eventualità che si verifica soprattutto in caso di fecondazione assistita, con l'impianto di più embrioni), la presenza di malformazioni dell'utero, le patologie del liquido amniotico (scarso, eccessivo), ma anche le infezioni vaginali o delle vie urinarie non adeguatamente trattate e la rottura prematura delle membrane.

I problemi che interessano il feto sono soprattutto la sofferenza fetale, il ritardo di accrescimento e la presenza di malformazioni.

Il primo passo consiste nell'individuare i **fattori di rischio** che possono aumentare la probabilità di parto prematuro:

1. Un precedente parto prematuro
2. Essere sottopeso o avere problemi di obesità all'inizio della gravidanza. In questi casi ci sono problemi nutrizionali, ad esempio legati ad un'alimentazione "non sana", mentre l'assunzione di una dieta di tipo mediterraneo, ricca di pesce, carboidrati integrali, latticini e acqua riduce significativamente il rischio di parto prematuro. L'integrazione con omega 3 ha dimostrato di ridurre il rischio di parto prematuro
3. Fumo
4. Fattori sociali possibile causa di stress materno
5. Patologie materne che possono favorire un parto prematuro (es malformazioni dell'utero, diabete, infezioni...)

○ In alcuni casi anche donne senza fattori di rischio apparenti all'inizio della gravidanza sviluppano sintomi che possono anticipare di qualche giorno o settimana l'insorgenza del parto. Si tratta principalmente di **contrazioni dell'utero** (oltre 10 contrazioni al giorno), eventualmente associate a dolori lombari o sovrapubici. In alcune donne questa situazione evolve, e se non trattata può portare al parto.

○ In altri casi si può verificare una **rottura prematura delle membrane**, che aumentano sensibilmente il rischio di parto imminente. Nella maggior parte di questi casi, la sintomatologia clinica è preceduta da un raccorciamento del collo dell'utero.

Alcuni giorni e spesso alcune settimane prima di un parto prematuro si verifica una modificazione del collo dell'utero, che normalmente alla prima gravidanza è lungo 3-4 centimetri. **Un accorciamento della cervice uterina** è un segnale che non va trascurato, perché può 'annunciare' un parto prematuro. Tanto più il collo dell'utero è raccorciato e maggiore è il rischio che il bambino nasca pretermine. Negli ultimi anni è stato quindi proposto a metà gravidanza uno screening della lunghezza del collo dell'utero. La misurazione della lunghezza del collo dell'utero viene effettuata mediante ecografia transvaginale e si chiama cervicometria. Secondo le ultime evidenze, il riposo a letto della donna in gravidanza che presenta un accorciamento del collo dell'utero non è efficace, anzi può addirittura rivelarsi pericoloso, aumentando il rischio di trombosi. In questi casi risulta invece efficace il trattamento preventivo con **progesterone** in capsule vaginali, dal momento della diagnosi fino alla 34esima settimana di gravidanza. Il progesterone è un ormone che il corpo della donna produce naturalmente, quindi privo di controindicazioni o possibili effetti collaterali per la futura mamma e per il bambino. L'assunzione di progesterone in gravidanza consente di prevenire circa un terzo delle nascite pretermine nelle donne che

presentano raccorciamento del collo dell'utero, con un beneficio proporzionale alla misura della cervice.

Nel caso di una vera e propria sintomatologia di parto prima della 34^a settimana, associata a modificazioni del collo dell'utero, con dilatazione e raccorciamento, è necessario procedere con un **ricovero ospedaliero**. Il ricovero serve per:

- iniziare terapie che cerchino di interrompere le contrazioni per almeno 48 ore e consentire la somministrazione di cortisone per via intramuscolare per accelerare la maturazione dei polmoni, prima di una eventuale nascita prematura
- valutare se è presente un'infezione e quindi procedere con la somministrazione di un antibiotico
- valutare il benessere fetale per decidere giorno per giorno se è possibile mantenere una condotta volta ad interrompere il parto. In alcuni casi, infatti, può rendersi necessario procedere con l'espletamento del parto per evitare rischi al bambino.

QUALI POSSONO ESSERE LE CONSEGUENZE DELLA PREMATURITÀ

L'entità dei problemi varia soprattutto in base al grado prematurità: cioè maggiore è l'anticipo della nascita, più alto è il grado di immaturità funzionale e quindi il rischio di avere delle disfunzioni o di essere affetti da patologie.

Le nascite che si verificano intorno alla 35esima, 36esima settimana, infatti, non comportano generalmente molti problemi perché i feti hanno già quasi terminato il loro percorso. Possono esserci una certa difficoltà di suzione o problemi digestivi, per cui non si riesce a somministrare la quantità prevista di latte e stentano a prendere peso oppure possono presentare un ittero prolungato, ma sono problematiche che si superano entro qualche settimana dalla nascita.

I nati al di sotto delle 32 settimane, possono avere spesso delle difficoltà respiratorie, anche se fortunatamente oggi queste rappresentano una complicanza meno temuta rispetto al passato grazie a nuovi farmaci come il surfattante, una sostanza di origine animale che aiuta ad espandere gli alveoli polmonari e a respirare meglio. Inoltre, data l'immaturità del loro sistema immunitario, esiste un alto grado di rischio di infezioni che non vanno sottovalutate perché possono causare patologie anche gravi. Vanno curate tempestivamente con antibiotici specifici, diversi a seconda dei casi che, comunque, nella maggior parte dei casi sono sufficienti a superarle.

Sono i pretermine estremi, invece, quelli che rischiano di più, cioè i bambini che nascono ancor prima di aver completato la 28esima settimana: i problemi più

comuni sono cardiocircolatori, presentano un maggior rischio di andare incontro ad un arresto del respiro e ad un abbassamento della pressione arteriosa, possono avere gravi difficoltà respiratorie visto che non sono ancora in grado di produrre il surfattante, fondamentale per la respirazione e c'è un aumentato rischio di contrarre la retinopatia della prematurità, una malattia dell'occhio in cui la crescita anomala dei vasi retinici può portare alla cecità, se non trattata per tempo e con cure adeguate. Inoltre, possono riportare danni neurologici. Ma va detto che si tratta di casi più rari: le patologie neurologiche più gravi, infatti, riguardano solo il 5% di tutti i nati pretermine.

Un altro fattore prognostico importante è la crescita fetale, che dovrebbe essere proporzionata all'età gestazionale del bambino. Per intenderci, ad esempio, i nati intorno alla 32esima settimana dovrebbero pesare circa 1500 grammi, quelli prima della 28esima circa 1000 grammi: se il peso è inferiore a quello previsto, significa che, oltre ad un parto pretermine, si è di fronte anche ad un ritardo di crescita intrauterina. E questo può comportare ulteriori problemi che possono riguardare il metabolismo del glucosio e del calcio; questi neonati possono anche avere un basso numero di piastrine o di globuli bianchi e sono esposti ad un maggior rischio di sviluppare ipertensione, diabete mellito e obesità nella vita adulta.

CHI SI PRENDE CURA DEI NEONATI PREMATURI

La cura di un bimbo pretermine è solitamente complessa e necessita della competenza di diversi professionisti, dal neuropsichiatra infantile al fisiatra, all'ortopedico, all'oftalmologo, al logopedista: a coordinarli è il neonatologo, figura di riferimento che fornisce assistenza immediata per far fronte ai problemi respiratori, metabolici e nutrizionali che sono maggiormente urgenti alla nascita e durante la degenza in ospedale. È importante che il neonatologo, figura di riferimento per il piccolo paziente e per la sua famiglia, venga affiancato da altri professionisti per affrontare eventuali disturbi di tipo pediatrico, neurosensoriale e comportamentale. Ecco perché si parla di "team multidisciplinare": oltre al neonatologo, è molto importante coinvolgere nella cura dei bimbi prematuri il neuropsichiatra infantile (che si occupa degli aspetti cognitivi, comportamentali, dei disturbi di relazione, del linguaggio, dell'attenzione, neuromotori e neurologici), il logopedista (che svolge la sua attività nella prevenzione e nel trattamento delle patologie del linguaggio, della comunicazione e della deglutizione), il fisiatra, lo psicomotricista e l'ortopedico (che si occupano delle problematiche motorie) e l'oftalmologo (che si prende cura dei problemi che possono insorgere all'apparato visivo).

Ogni parto prematuro è un parto a rischio e il destino del neonato pretermine si gioca sin dalla sua permanenza in utero, durante il parto e subito dopo la nascita in quella finestra temporale detta “ora d’oro”. Per garantire la migliore assistenza alla mamma e al neonato prematuro l’ideale sarebbe seguire la gravidanza in centri di ostetricia specializzati (di secondo e terzo livello) e il piccolo in reparti di neonatologia dotati di Terapia Intensiva Neonatale.

Come fare? La risposta non è specializzare tutti gli ospedali, ma centralizzare.

1. **Organizzazione dei Punti Nascita**, attraverso una loro riduzione a favore di quelli di dimensioni più grandi, così da aumentare gli standard di sicurezza per le nascite pretermine. Questo significa chiudere gli ospedali con meno di 500 parti all’anno, lasciando aperti solo i centri che hanno una sufficiente esperienza per garantire competenza e sicurezza per mamma e bambino anche in caso di nascita pretermine
2. **Coerenza tra Cure Ostetriche e Cure Neonatali**, facendo sì che la specializzazione delle cure per i casi complicati di gravidanza non si dissoci da quella del neonato. Nella pratica questo significa dotare gli ospedali che seguono le gravidanze a rischio (centri di terzo livello) di un reparto di Terapia Intensiva Neonatale (TIN), con tutte le attrezzature necessarie e personale medico e infermieristico opportunamente formato.
3. **Trasporto di Emergenza della Mamma e del Neonato**, quando la prematurità non è prevedibile a causa di un evento acuto che fa precipitare improvvisamente la situazione. In questi casi, per garantire la migliore assistenza possibile diventa fondamentale trasportare in emergenza la mamma all’ospedale specializzato più vicino. Quando questo non è possibile o il bambino nasce pretermine in un ospedale non attrezzato, è importante garantire il suo trasporto in emergenza verso il centro di TIN più vicino, dopo un’adeguata stabilizzazione.
4. **Individualizzazione delle Cure**, perché i neonati prematuri non sono tutti uguali, ed è importante capire il prima possibile, dopo la nascita, le sue condizioni di salute così da adattare il tipo e l’intensità di cure ai bisogni del singolo bambino. La personalizzazione delle cure non si deve esaurire, però nel reparto di terapia intensiva, ma deve continuare anche quando la fase critica è finita e anche dopo la dimissione, perché spesso il neonato prematuro può sviluppare complicanze che possono rendersi visibili anche dopo anni.
5. **Umanizzazione delle Cure** Per garantire il miglior sviluppo neuro-psicomotorio del neonato, è importante mettere in atto tutte le cure e le attenzioni al suo benessere psico-fisico. Diversi studi dimostrano che i neonati che ricevono una *care* più attenta hanno uno sviluppo neuromotorio migliore, iniziano a succhiare

prima e hanno addirittura una struttura cerebrale migliore. È allora importante predisporre un ambiente rispettoso della fragilità sensoriale del neonato pretermine, attento a insonorizzare il più possibile i rumori e a utilizzare colori e luci poco intense, tali da garantire il suo stato di tranquillità. Un altro aspetto importante riguarda l'attenzione alle sensazioni dolorose a cui il bambino può essere sottoposto. A differenza di quanto si pensava in passato sulla immaturità funzionale delle vie dolorifiche in questi bambini, i neonati prematuri sono perfettamente in grado di percepire il dolore. L'esperienza in TIN lascia una traccia, una sorta di ricordo, nel bambino, che non si sa quanto sia reversibile. Ecco allora che durante le manovre dolorose, si cerca di mantenere il piccolo in braccio alla mamma, e, se possibile, lo si fa attaccare al seno, oppure si somministrano delle soluzioni di glucosio per bocca o si pratica la musicoterapia. L'umanizzazione delle cure non può prescindere dal coinvolgimento dei genitori, fin dai primi momenti e senza limiti di tempo (ingresso nei reparti TIN 24/24h). Lasciare libere le mamme di stare a contatto con il proprio bambino è importante non solo per promuovere l'allattamento al seno, ma anche per favorire lo sviluppo neurologico del neonato e consolidare il rapporto madre-figlio. Il rapporto genitore-figlio che può sembrare naturale, non è sempre così facile quando il neonato è prematuro. Il neonato che i genitori si trovano di fronte, piccolo e medicalizzato, ha un aspetto ben diverso da quello che appartiene al loro immaginario. Spesso sono spaventati o si sentono in colpa. Coinvolgere la mamma e farla sentire prima attrice della cura del suo bambino è un modo per farla sentire importante e per iniziare a costruire il legame affettivo, così fondamentale per entrambi. Anche il contatto è importante tra genitori e neonato. Un contatto che avviene inizialmente attraverso gli oblò dell'incubatrice, ma che, non appena le condizioni lo permettono, può diventare "pelle a pelle", attraverso la marsupio-terapia (Kangaroo Mother Care). Questa pratica consiste nel mettere il piccolo, nudo, sul seno della mamma o sul petto del papà a diretto contatto con la pelle. Un semplice gesto che ha molti vantaggi: garantisce la regolazione della temperatura e del respiro, migliora il suo livello di ossigenazione e ha un'influenza positiva sul suo sviluppo neurologico. Inoltre, questo crea un legame intenso che ha un impatto fortissimo sul piano psicologico di madre, padre e neonato e aiuta a favorire l'allattamento materno, così importante nei neonati pretermine per la prevenzione di numerose patologie.

COME ALIMENTARE UN PREMATURO

Nutrizione del Neonato Pretermine in Ospedale

Nei primi giorni di vita il neonato pretermine viene nutrito per via parenterale (ovvero per via endovenosa) e questo almeno fino a quando sarà possibile avviare la nutrizione enterale (con sondino). Nei primi giorni di vita la sequenza e il timing

delle tappe maturative che caratterizzano lo sviluppo delle funzioni gastrointestinali nel neonato prematuro limitano l'incremento della nutrizione per via enterale: il peso neonatale e l'età gestazionale condizionano sia lo sviluppo digestivo-assorbitivo sia la maturazione della motilità del tratto gastrointestinale. Inoltre, nei neonati prematuri, prima delle 32-33 settimane di gestazione, la suzione non è efficace, così come la coordinazione della deglutizione.

Latte Materno, prima scelta nel Neonato Prematuro

Il latte materno rappresenta l'alimento di prima scelta anche per il neonato pretermine: il latte materno apporta al piccolo benefici importanti a livello gastrointestinale, immunologico, nutrizionale e anche cognitivo.

In particolare, nei neonati pretermine allattati con latte materno gli studi hanno dimostrato una migliore tolleranza alimentare e un minor rischio di sviluppare infezioni sia durante la degenza ospedaliera sia dopo la dimissione (incidenza significativamente inferiore di riospedalizzazione del neonato per infezioni respiratorie). Il latte materno di una donna che ha partorito prematuramente è diverso, in termini di composizione, da quello di una donna che ha partorito a termine. Il suo contenuto proteico è più elevato nelle prime settimane di lattazione e si riduce gradualmente in quelle successive, fino a raggiungere valori simili a quello del latte di una donna che ha partorito a termine. La presenza di latte materno, inoltre, rafforza il legame mamma-neonato; la mamma allattando si sente, infatti, partecipe della crescita del proprio piccolo in un momento in cui invece sperimenta spesso un senso di impotenza. Per questo è importante che stimoli il seno per l'allattamento già appena le prime ore dopo il parto.

Latte Materno Donato, una risorsa preziosa

Quando non è disponibile latte materno fresco, la seconda scelta è rappresentata dal latte materno donato, che è davvero una vera risorsa preziosa (banca del latte). La sua composizione è generalmente più "povera" rispetto al latte fresco, a causa delle fasi di trattamento (trasporto, stoccaggio, pastorizzazione, scongelamento) che comportano una riduzione della componente cellulare, dei fattori immunomodulatori e del contenuto in nutrienti.

Dalla Nutrizione Enterale alla Nutrizione Orale

Non appena il neonato è in grado di coordinare suzione, deglutizione e respirazione è possibile passare gradualmente dall'alimentazione enterale a quella orale. Questa competenza inizia normalmente dalla 34^a settimana di età postconcezionale.

Alimentazione del Neonato Prematuro dopo la Dimissione dall'Ospedale

Il percorso nutrizionale iniziato durante il ricovero del bambino nato prematuro in ospedale continua anche dopo la sua dimissione e l'arrivo a casa. Il suo fabbisogno nutrizionale è particolare e diverso da quello del neonato sano a termine. Nutrizione, crescita e salute, in termini anche di sviluppo neuroevolutivo nel lungo termine sono strettamente correlate, per questo è importante che l'alimentazione dei bambini prematuri venga impostata in modo personalizzato, seguita con attenzione nel tempo e prontamente modificata in caso di rallentamento della crescita e/o di specifiche problematiche nutrizionali.

L'obiettivo nutrizionale nel prematuro è recuperare l'eventuale ritardo di crescita instauratosi durante la permanenza in ospedale, prevenire e/o colmare eventuali carenze nutrizionali e promuovere normalizzare la composizione corporea, favorendo l'apposizione di massa magra.

Alcuni fattori di rischio impongono una maggiore attenzione e monitoraggio a causa della minor probabilità per il neonato di riuscire a recuperare: sesso maschile, basso peso alla nascita, bassa età gestazionale, presenza di patologie concomitanti, come ad esempio broncodisplasia e/o lesioni cerebrali.

Nei bambini a rischio di sviluppare deficit nutrizionali specifici è inoltre necessario monitorare alcuni parametri biochimici, quali azotemia, ferritina, fosfatasi alcalina, vitamina D. È sempre consigliata l'integrazione con ferro e Vitamina D.

Il latte materno rappresenta l'alimento di prima scelta anche dopo la dimissione dall'ospedale; in caso di ridotta disponibilità o assenza di latte materno, per i neonati/lattanti che hanno sviluppato ritardo di crescita postnatale si consigliano specifiche formule post-dimissione per prematuri arricchite in proteine e calorie. L'utilizzo delle formule post-dimissione, secondo studi recenti, consente un beneficio in termini di crescita in peso e altezza e di profilo metabolico, soprattutto nei bambini di sesso maschile.

Svezzamento

Non esistono raccomandazioni specifiche per lo svezzamento del nato pretermine, tuttavia secondo le conoscenze attuali, il momento più opportuno per iniziare lo svezzamento risulta essere compreso tra il 4° e il 6° mese di età corretta.

La data di inizio dipende da diversi fattori: grado di prematurità, adeguatezza della curva di crescita, attenzione all'avvenuto o meno recupero del deficit di crescita postnatale, livello delle competenze neuro-evolutive acquisite. La composizione nutrizionale in macro e micronutrienti deve essere personalizzata e rispondere alle esigenze di ogni piccolo neonato; solo in questo modo è possibile limitare e, in

alcuni casi, prevenire l'insorgenza del deficit di crescita e modulare lo sviluppo della composizione corporea, promuovendo lo sviluppo cognitivo.

ALLATTAMENTO AL SENO: ISTRUZIONI PER L'USO

Dopo la grande gioia della nascita, il primo traguardo per la mamma è spesso l'avvio dell'alimentazione al seno. Nei primi giorni di vita, il 90% delle donne italiane comincia ad allattare al seno, ma già alla dimissione dall'ospedale la percentuale scende al 77% per poi crollare al 31% a 4 mesi e solo il 10% delle mamme continua ad allattare oltre i 6 mesi di vita.

Perché allattare al seno? Il latte materno è un alimento unico, con una composizione disegnata dalla natura per rispondere al meglio alle esigenze del cucciolo di uomo. Completo dal punto di vista nutrizionale, il latte materno non costa nulla né alla famiglia né all'ambiente. Protegge il neonato da numerose patologie dell'età pediatrica, quali le infezioni gastrointestinali e respiratorie, e gli assicura una vita più sana, non solo nell'infanzia ma anche in età adulta, prevenendo molte malattie degenerative e cardiovascolari. La scienza ci dice inoltre che l'allattamento materno riduce il numero di morti improvvise del lattante, le cosiddette morti in culla, addirittura del 73%, diminuisce le possibilità di sviluppare il diabete di tipo 2 di quasi il 40% e riduce del 26% il rischio di sviluppare sovrappeso e obesità. Ma allattare al seno fa bene anche alla mamma, che sarà meno soggetta ad emorragie e a depressione nel periodo del post-partum, ed in seguito al cancro del seno, dell'ovaio e ad endometriosi.

Chi ben comincia ...: non è mai troppo presto per iniziare ad allattare! Già in sala parto, se le condizioni lo permettono, il neonato viene posto a contatto, pelle a pelle, con la sua mamma. L'attacco precoce è davvero importante: oltre a fungere da stimolo per l'avvio dell'allattamento, consente al bambino di ricevere il primo prezioso secreto, il colostro, ricco di sostanze nutritive e funzionali.

Sempre insieme: dopo la sala parto, mamma e bambino non si separano più. Il rooming-in, cioè la permanenza di entrambi nella stessa stanza di giorno e di notte, è oggi il modello organizzativo più utilizzato. La possibilità di rimanere insieme consente al piccolo un libero e frequente accesso al seno. Il neonato piangerà meno e allattare sarà più facile.

A richiesta, ma cosa vuol dire? Allattare a richiesta significa attaccare al seno il bambino ogni volta che lo richiede, per fame o per qualsiasi altro motivo. In media il neonato poppa 8-12 volte in 24 ore, a intervalli non sempre regolari e poiché la

produzione di latte inizia quando il piccolo comincia a succhiare, non occorre aspettare che il seno “si riempia” tra un pasto e l’altro.

Non guardate l’orologio: i neonati non hanno l’orologio e non sanno aspettare, anzi, soprattutto nei primi tempi, è importante che la madre impari a cogliere i primi segni di fame. Non occorre attendere che il piccolo pianga e si agiti: allattare prima che sia arrabbiato facilita un corretto attacco al seno. Non dobbiamo inoltre preoccuparci se il bambino ha subito fame: il latte materno è molto digeribile e il suo stomaco si svuota presto.

Come allattare? Una corretta posizione durante la poppata è fondamentale. La mamma deve essere comoda e rilassata, il corpo del suo piccolo a contatto col suo corpo. Il neonato dovrà avere la bocca bene aperta, in modo da prendere in bocca non solo il capezzolo ma anche parte dell’areola, tenere le labbra rivolte in fuori e succhiare senza far rumore di schiocco.

Per quanto tempo deve succhiare? Non esiste un tempo ideale. La poppata termina quando il neonato si stacca spontaneamente dal seno.

Notte o giorno? Soprattutto nelle prime settimane il bambino ha necessità di attaccarsi al seno più volte, anche di notte. Assecondare i suoi bisogni e i suoi risvegli è necessario e la natura lo sa: la prolattina, ormone responsabile della produzione del latte, è più attiva nelle ore notturne, che rappresentano quindi un appuntamento da non perdere!

Un po’ di certezze. La preoccupazione delle mamme è sempre la stessa: probabilmente si sentiranno inadeguate e avranno paura di non nutrire abbastanza il proprio bimbo, ma se lui cresce, bagna il pannolino e si scarica regolarmente significa che tutto procede per il meglio. No invece alla doppia pesata ovvero al peso prima e dopo la poppata, che è solo fonte di ansia.

No alle diete! La dieta della donna che allatta dovrebbe essere il più possibile sana; sarebbe preferibile che la mamma non si sottoponesse ad inutili rinunce né a diete squilibrate che potrebbero compromettere la salute propria e del bambino. Non occorre nemmeno mangiare per due: per produrre il latte “a pieno regime” bastano circa 500 kcal in più al giorno. Attenzione invece al consumo di alcool, anche se un uso moderato è accettabile. Non bisogna credere a false tradizioni: in particolare la birra non aumenta la produzione di latte!

Non fumare! Immaginate un neonato con la sigaretta in bocca? Certamente no! Ma se la mamma fuma, la produzione di latte risulta ridotta. Inoltre il fumo passivo aumenta il rischio di malattie respiratorie nel bambino.

Ciuccio sì, ciuccio no. L’uso del ciuccio può interferire con la capacità del neonato di succhiare al seno; nel primo mese di vita, quindi, il suo utilizzo incondizionato

non è consigliabile. Dopo tale epoca, invece, il succhiotto può essere utile come intervento di prevenzione per la SIDS (sindrome della morte improvvisa del lattante), che è comunque meno frequente nei neonati allattati al seno.

Vere controindicazioni: le mamme che non possono allattare sono davvero poche. Al di là di alcune infezioni, come l'HIV, i farmaci assolutamente incompatibili con l'allattamento sono pochi e in genere è possibile prescrivere alla madre terapie alternative, che consentono di continuare ad allattare senza rischi. No quindi al “fai da te”: chiedere sempre consiglio al medico di fiducia, al ginecologo o al pediatra.

Allattamento e poi...: Il Ministero della Salute raccomanda l'allattamento al seno esclusivo per i primi sei mesi; dopo tale epoca il bambino inizia ad assumere altri alimenti. Il latte di mamma resta comunque parte fondamentale della dieta fino ai due anni di vita o anche oltre.

E se nasce prima? La natura è sempre generosa e protegge ancora di più i bambini più a rischio; il neonato prematuro, infatti, beneficia del latte della propria mamma in modo speciale, attraverso la riduzione di malattie anche mortali come la setticemia o l'enterocolite necrotizzante. I pretermine che ricevono latte materno, inoltre, avranno a distanza un miglior sviluppo neurologico. L'allattamento materno è di grande aiuto anche per la madre: le restituisce infatti il suo naturale ruolo primario e la fa sentire indispensabile per il suo piccolo. La montata latte, pur condizionata negativamente dallo stress della nascita pretermine, può presentarsi a qualunque età gestazionale. Le quantità di colostro prodotte, anche se minime, sono il più delle volte sufficienti ad iniziare una minima precocissima alimentazione, fondamentale per i neonati “critici”. Quando il latte materno non è disponibile, il latte umano, offerto gratuitamente da generose mamme donatrici, attraverso le Banche del latte, può essere considerato come un farmaco essenziale per i prematuri, soprattutto per quelli più piccoli o più gravi.

COME GUIDARE I GENITORI NEI REPARTI DI NEONATOLOGIA

Dopo l'assistenza specialistica da parte del neonatologo, la prima culla del neonato pretermine è l'incubatrice: una culla termica che garantisce il giusto grado di ossigenazione, temperatura, umidità e confort, cercando di imitare per quanto possibile le condizioni della vita intrauterina. Anche in queste fasi il contatto precoce dei genitori con il proprio bambino/a e con gli operatori che se ne prendono cura aiuta ad affrontare meglio le difficoltà e a far divenire la Terapia Intensiva Neonatale e la Terapia Intermedia un luogo più familiare e accogliente. La prima visita dei genitori in reparto prevede che la caposala o un infermiere li accompagni presso l'incubatrice e comunichi le prime informazioni utili; il Medico Responsabile o il Medico di guardia fornisce le notizie riguardanti le condizioni

cliniche del neonato. I genitori sono quindi edotti relativamente al consenso informato per il trattamento dei dati personali, al consenso per eventuali trasfusioni di sangue e/o emoderivati e a quello per agli approcci diagnostico-terapeutici di cui necessiterà il neonato. Se la mamma è stata sottoposta a taglio cesareo, e non è in grado di visitare subito il suo bimbo in Reparto, è previsto che il Medico Responsabile o la caposala si rechino da lei appena possibile, per conoscerla ed informarla sullo stato di salute del suo piccolo/a; il papà inoltre può fotografare il bambino/a, senza usare il flash. Il coinvolgimento precoce dei genitori nelle cure è essenziale per favorire un attaccamento consapevole al neonato e nelle visite successive l'infermiera, che lo ha in cura, illustrerà le modalità pratiche di partecipazione alle sue cure, in relazione al suo stato di salute. Quando il neonato supera la fase più difficile è possibile promuovere maggiormente la "care", ovvero l'accudimento del neonato, mirato a facilitarne la crescita garantendo il suo stato di tranquillità e riducendo il più possibile il livello di stress. Allo scopo di promuovere il rapporto e il contatto tra i genitori e il proprio bambino/a, viene inoltre incoraggiata il prima possibile la marsupioterapia (Kangaroo Mother care). Questo metodo, permette un prolungato contatto "pelle a pelle" tra mamma (o papà) e neonato e rappresenta uno dei metodi più naturali per ridurre lo stress materno e del neonato, aumentare la sicurezza della madre nel prendersi cura del proprio figlio/a e allo stesso tempo promuovere l'allattamento al seno. Ai neonati che non necessitano più di assistenza intensiva, nonché ai neonati affetti da patologie "intermedie e minime", è riservata l'area Terapia Intermedia. In questa zona, dove sono ricoverati i neonati che hanno ormai superato i problemi più gravi, la presenza di patologie in fase di risoluzione richiedono un livello meno intensivo di monitoraggio e di assistenza. In quest'area è rivolta una particolare attenzione alla promozione dell'interazione tra genitori e neonato, al fine di preparare la famiglia all'accudimento in ambiente domestico dopo la dimissione.

COME AIUTARE I GENITORI DI UN NEONATO PREMATURO

La nascita pretermine è un evento molto stressante per i genitori, che quasi sempre si trovano impreparati di fronte a una situazione che si ripercuote profondamente sulla loro vita personale, di coppia e lavorativa con conseguenze emotive anche a lungo termine. In particolare, la nascita prematura di un bimbo provoca elevati livelli di ansia e depressione soprattutto nella madre, per periodi anche prolungati. Per questo è importante fornire il giusto sostegno psicologico: la coppia va "accompagnata" nell'affrontare le problematiche del bambino anche dopo la dimissione dall'ospedale.

La figura dello psicologo può essere molto importante per i genitori di un bimbo prematuro. Le prime settimane di vita del neonato sono le più critiche e i neonatologi non sempre riescono a fare previsioni per il futuro, soprattutto nel

caso di bimbi gravemente prematuri: di conseguenza i genitori vivono la loro genitorialità in uno stato di precarietà, sospesi nell'incertezza di possibili previsioni sulla salute del loro bimbo: per questo motivo il supporto psicologico viene in genere proposto già durante il ricovero in ospedale.

Nel supporto psicologico alla famiglia è fondamentale il ruolo delle associazioni di genitori. La nascita prematura di un bimbo provoca nei genitori ansia e depressione; lo stress vissuto dai genitori ha conseguenze emotive a lungo termine, soprattutto sulla madre. Durante l'ospedalizzazione del loro piccolo, i genitori sono vulnerabili e necessitano di un supporto emotivo continuo per arrivare a superare l'esperienza traumatica e interagire affettivamente col proprio bimbo. Gli interventi individualizzati di sostegno psicologico ai genitori prevedono un coinvolgimento della famiglia sia durante l'ospedalizzazione del neonato, che dopo la sua dimissione, quando viene meno la presenza rassicurante degli operatori sanitari. Si collocano in questa ottica anche i supporti sociali, come le associazioni dei genitori che promuovono iniziative volte a sostenere i neo genitori e i bimbi nati pretermine nella loro difficile esperienza. La partecipazione di alcuni genitori delle associazioni, talvolta inizia già in reparto e si affianca alle coppie in difficoltà offrendo discrezione, disponibilità, fiducia, condivisione. Comunicare la propria esperienza, offrire sostegno all'allattamento al seno, facilitare eventuali pratiche burocratiche, organizzare momenti di formazione con il personale socio-sanitario-assistenziale, neonatologico e ostetrico dell'ospedale, fa parte degli obiettivi di molte associazioni di genitori.

PERCHÉ UN PREMATURO DEVE ESSERE VACCINATO

Il sistema immunitario di tutti i bambini appena nati è “fragile” ed ha una minore capacità di difesa contro le infezioni e i patogeni. Il neonato prematuro, nato prima delle 37 settimane di età gestazionale, è ancora più fragile. Ecco perché la vaccinazione rappresenta un importante strumento di prevenzione soprattutto contro quei patogeni che possono mettere a rischio la salute o addirittura la vita del bambino. Sono due i fattori responsabili della ridotta capacità di difesa contro i patogeni del neonato prematuro: l'im maturità del sistema immunitario a vari livelli e i pochi anticorpi (o immunoglobuline) ereditati dalla mamma durante la gravidanza. Durante la gravidanza infatti, attraverso la placenta, la madre trasferisce al suo neonato in utero i suoi anticorpi, che, in linea di massima, dovrebbero essere sufficienti a proteggere il piccolo contro tutti gli agenti infettivi nelle prime settimane di vita. Possiamo dire che i neonati nascono con una sorta di “corazza” che li aiuta nei primi momenti di vita, fino a quando non iniziano da soli a produrre gli anticorpi e quindi il loro sistema immunitario difensivo diventa

maturato. Il passaggio di anticorpi dalla madre al feto attraverso la placenta avviene durante il terzo trimestre di gravidanza, e si completa a 38 settimane. È chiaro che un neonato pretermine non ha trascorso sufficiente tempo in utero per completare il trasferimento di anticorpi dalla mamma attraverso la placenta. Il prematuro, quindi, non riesce a ricevere in dote quel patrimonio di anticorpi che gli dovrebbero garantire l'immunità nelle prime settimane di vita.

Le ridotte difese del neonato pretermine possono derivare anche da una "scarsa" eredità immunologica dalla madre. In teoria, in età adulta una donna dovrebbe essere già venuta a contatto con i principali agenti infettivi e quindi dovrebbe avere già sviluppato una sua risposta immunitaria con produzione di anticorpi specifici contro quei patogeni. Questi anticorpi, che costituiscono la memoria immunitaria, la aiuteranno a difendersi quando incontrerà nuovamente gli stessi agenti infettivi e a proteggere il neonato. È però impossibile stimare la reale entità della protezione effettivamente ricevuta del bambino alla nascita, perché può capitare che la madre non entri in contatto con alcuni agenti infettivi o che la sua memoria immunitaria si sia "indebolita" nel tempo.

Le opzioni che possiamo utilizzare per proteggere nei primi mesi di vita il neonato prematuro sono diverse

1. Prevenzione materna, con la somministrazione di antibiotici alla madre in certe situazioni di rischio infettivo (es: toxoplasmosi).
2. Promozione dell'allattamento al seno; nel latte materno infatti passa una discreta quantità di anticorpi che almeno in parte può completare quello che non è successo durante la gravidanza.
3. Prevenzione attiva e passiva nel neonato e il migliore strumento è la vaccinazione contro ogni malattia prevenibile.

○ Come e quando vaccinare i neonati pretermine

È importante vaccinare appena possibile i neonati pretermine, seguendo lo stesso schema e la stessa cadenza temporale utilizzati nei neonati a termine. Non è necessario correggere lo schema in base alla prematurità e neppure in base al peso del piccolo alla nascita. Numerosi studi hanno infatti dimostrato che, nella maggioranza dei casi e nella maggior parte delle vaccinazioni, le risposte immunitarie di neonati a termine e pretermine non sono significativamente differenti tra di loro; la sicurezza e la tollerabilità di tutti i vaccini di routine sono generalmente altrettanto buone in tutti i neonati a prescindere dal loro grado di prematurità. Risulta quindi non giustificata la pratica di ritardare la prima somministrazione di vaccino in neonati pretermine: non solo tale atteggiamento non è giustificato dai dati scientifici, ma aggiunge anche il "danno" di una ritardata

copertura vaccinale proprio a quelle categorie di neonati per le quali invece sarebbe ancora più urgente provvedere a una protezione immunitaria data la loro relativa immaturità immunologica e quindi il loro aumentato rischio di contrarre infezioni prevenibili. Per quanto riguarda il profilo di sicurezza e tollerabilità dei vaccini, gli studi dimostrano che l'incidenza di eventi avversi nei neonati pretermine è simile a quella dei neonati a termine. Occasionalmente, dopo la prima vaccinazione contro difterite-tetano-pertosse è stata segnalata nei pretermine la possibile comparsa o accentuazione di eventi cardio-respiratori, come apnea e bradicardia. Tali manifestazioni sono però reversibili e ben controllate, e la loro ipotetica relazione con il vaccino non è ben chiara. Si tratta di manifestazioni spesso legate alla prematurità di per sé, piuttosto che al vaccino o ad un altro tipo di farmaco, e quindi destinate a comparire fino a quando il neonato non abbia raggiunto una completa maturità.

In sintesi

- ✓ I dati scientifici confermano ciò che le autorità sanitarie sostengono universalmente da molti anni: i neonati pretermine dovrebbero essere vaccinati con lo stesso calendario e timing che è normalmente raccomandato per i neonati a termine.
- ✓ Deve essere fatto ogni sforzo per convincere i pediatri e genitori che il rispetto di queste raccomandazioni non può causare alcun problema clinico perché le vaccinazioni sono immunogeniche, sicure e ben tollerate in ogni categoria di neonati indipendentemente dall'età di gestazione.
- ✓ La precoce e tempestiva immunizzazione attiva tramite la vaccinazione è particolarmente importante nei neonati pretermine, perché sono tra i più vulnerabili alle malattie infettive pediatriche.

Anche lo schema vaccinale ripercorre le tappe proposte per il neonato a termine anche se per questa popolazione a maggior rischio il piano vaccinale nazionale 2017-2019 propone (in alcune regioni italiane sono prassi già vigenti) la somministrazione della vaccinazione contro il Rotavirus e una somministrazione supplementare di vaccino esavalente (polio, difterite, tetano, pertosse, epatite B, Haemophilus influenzae).

COME SEGUIRE UN PREMATURO DOPO LA DIMISSIONE

La prosecuzione delle cure dopo la dimissione dalla TIN, la valutazione degli esiti a breve e lungo termine, gli interventi precoci e lo studio delle nuove disabilità rappresentano i principali obiettivi dei programmi di Follow-up e configurano una

nuova frontiera clinica strettamente collegata alla ricerca per le Strutture di Neonatologia e per i Dipartimenti Materno Infantili.

- Il *Calendario dei controlli* del neonato pretermine rappresenta un valido strumento per i medici e per le famiglie, sia per l'individuazione precoce di disturbi neurologici, che per la valutazione della crescita, delle funzioni visive e uditive e degli esiti respiratori. Il primo contatto con la famiglia dovrebbe avvenire al momento della dimissione quando l'equipe del Follow-up illustra alla famiglia come e dove avverranno i controlli successivi. Seguono poi gli altri step: 7-10 giorni; 40 settimane; 2-3 mesi; 6-8 mesi; 12-14 mesi; 18-24 mesi; 36 mesi.
- Gli obiettivi della *strategia nutrizionale* da adottare dopo la dimissione di un neonato prematuro dovrebbero coincidere con la promozione dell'allattamento materno, con la prevenzione o la pronta correzione dei deficit nutrizionali per garantire una crescita appropriata in lunghezza, peso e circonferenza cranica. Sempre più evidente appare, infatti, come la validità di una adeguata nutrizione rappresenti un fattore decisivo nell'influenzare non solo la crescita, ma anche lo sviluppo neuro cognitivo a lungo termine.
- L'*esame neurologico* è parte fondamentale della qualità delle cure nei programmi di Follow-up. Ha l'obiettivo di identificare e definire tempestivamente le anomalie maggiori, consentendo di mettere in atto gli interventi precoci necessari, guidare l'operatore nel comunicare la diagnosi, nell'orientare il sostegno ai genitori, nel programmare l'invio ai servizi territoriali per i bambini con rischio di disabilità o disordini dello sviluppo, condividendo con il pediatra di base i problemi incontrati e le soluzioni possibili. Obiettivo ulteriore, a partire dai 24 mesi, è quello di identificare gli esiti minori e approfondire l'evoluzione motoria, neuropsicologica e comportamentale del pretermine. Infine, per i bambini che hanno sviluppato paralisi cerebrale o disabilità maggiori, il team neuro-riabilitativo ha il compito di verificare gli interventi terapeutici, fornire indicazioni ai genitori riguardanti la prevenzione dei disordini muscolo-scheletrici, condividendo con i servizi territoriali le indicazioni su ausili, autonomia e protesi.
- È stato dimostrato che l'outcome ottimale del bambino dipenda molto dalla capacità e dal supporto della famiglia. Il programma di Follow-up deve dunque includere anche la *"care" della famiglia*, un corretto counselling e un buon supporto tenendo conto delle difficoltà e dei bisogni dei genitori. Al rientro a casa i genitori hanno paura di non accorgersi se il bambino sta male, di non essere all'altezza in caso di emergenza e di essere soli in un ambiente non più protetto. È la fase che si può definire *"dell'autonomia accompagnata a distanza"* in cui viene data la possibilità di telefonare se in difficoltà. Il pediatra di famiglia può indicare e tenere i contatti con i vari specialisti, la società può facilitare la vita della famiglia fornendo permessi di lavoro, meno burocrazia, corsie preferenziali, parcheggi, la famiglia di origine può dare un supporto emotivo/affettivo duraturo per tutto il tempo necessario.