

La presenza materna in una divisione pediatrica: dieci anni di esperienza

OSPEDALE DI CIRCOLO DI BELLANO
DIVISIONE PEDIATRICA

Primario: *Prof. P. Boncompagni*

P. BONCOMPAGNI - S. CURTO - E. VIANELLO - E. FIESCHI

Dal Bollettino della Società Medico - Chirurgica Valtellinese
Anno XVI - N. 1 - 1979

Introduzione

Oltre dieci anni fa, il 12 dicembre '68, iniziava la sua attività la divisione di pediatria (allora sezione) dell'Ospedale di Zona di Bellano.

Avendo l'opportunità di allestire un reparto ex novo, senza essere condizionati da preesistenti impalcature, sia da un punto di vista materiale che come bagaglio di consuetudini, si optò per una struttura che consentisse l'accoglimento della madre assieme al figlio, tutte le volte che il caso lo richiedesse. Tale decisione fu mossa da diverse considerazioni. Innanzi tutto dalla profonda convinzione della necessità di evitare la separazione della madre dal figlio in un momento particolarmente traumatico per entrambi. Certo non in via subordinata fu presa in esame la possibilità di assicurare in questo modo al piccolo malato un livello di assistenza sia da un punto di vista materiale che affettivo, quale può essere difficilmente raggiungibile anche con una pianta organica delle più complete, tanto quantitativamente che qualitativamente.

Infine ci rendemmo anche conto della difficoltà di inserire un reparto ospedaliero, guardato dall'esterno con una profonda carica di emotività, come una divisione di Pediatria, in un tessuto sociale di tipo in buona parte ancora rurale, privo di una qualsiasi tradizione in tal senso. La possibilità di ricoverare la madre insieme al figlio, ci parve in quel momento la via migliore per superare eventuali resistenze e per rendere meno traumatico il distacco del bambino dal resto della famiglia.

Fino dai primi anni di attività del reparto, prese corpo in noi la convinzione, peraltro basata su di una valutazione soggettiva, della validità di quello che poteva sembrare un puro esperimento di gestione di una divisione di Pediatria.

Proprio per superare la fase dell'impressione e della soggettività, abbiamo sentito la necessità di ricercare dei dati di valutazione che avessero il requisito della maggiore obiettività possibile. Per raggiungere questo scopo due vie ci sono sembrate idonee a) stabilire nei limiti del possibile quanto la presenza materna possa influire sul decorso della malattia del figlio e b) studiare le ripercussioni a livello psicologico, anche a distanza di tempo, del piccolo paziente, della madre, ma anche del personale paramedico operante nel reparto.

Inoltre abbiamo ritenuto opportuno tracciare un bilancio dell'esperienza realizzata che tenesse conto oltre che dei vantaggi delle eventuali difficoltà di ordine pratico ed operativo incontrate.

Cenni bibliografici

Le premesse teoriche a sostegno del nostro tipo di impostazione di un reparto ospedaliero pediatrico si ritrovano nei lavori di Bowlby, Robertson e Rosenbluth (1952), e dello stesso Bowlby (1956), per citare solo i più significativi, sul rapporto tra il bambino e la sua figura di attaccamento e sulle conseguenze della separazione dalla madre (1[1]). Le conclusioni di queste ricerche hanno trovato una forma espressiva singolarmente efficace

1[1] Nel corso del nostro lavoro useremo spesso in modo equivalente le espressioni «madre», «figura materna», «figura di attaccamento», non perché riteniamo che soltanto la madre carnale possa in modo adeguato prendersi cura del bambino, ma perché questo è il caso che più di frequente ci è dato di osservare nella realtà concreta della nostra società e perché si intende così sottolineare l'importanza di una continuità affettiva nella cura del bambino.

nei celeberrimi films di Robertson dei quali, quello del 1953 sul ricovero ospedaliero di una bambina di due anni, ha ormai un valore storico. Fondamentali sono pure a questo riguardo, l'opera di M. Klein (1966) sull'attività fantasmatica primitiva del bambino e le osservazioni di Anna Freud (1974) sui bambini malati o rinchiusi in istituti.

Un considerevole numero di contributi a conforto delle nostre impressioni ha cominciato ad apparire in letteratura soprattutto a partire dalla prima metà degli anni '70. In particolare secondo Robertson (1973) le reazioni del bambino sotto i tre anni ospedalizzato da solo, passano attraverso tre fasi. Ad un primo momento definito di protesta in cui il bambino, sconvolto dalla ansia di non trovare la madre, esprime in modo anche violento il proprio bisogno di lei, rifiutando a volte le cure che gli vengono prestate, succede la fase della disperazione, in cui il bambino, che ha ormai perso la speranza di un ritorno della madre, pur sentendo il bisogno della sua presenza, si chiude in se stesso apparendo apatico e malinconico.

A questo, specialmente se il ricovero si prolunga, succede la fase della negazione, in cui il bambino cerca di rimuovere, di negare il proprio bisogno della madre che non ritorna, concentrandosi su ciò che di gratificante il reparto può offrirgli. Questo atteggiamento, che erroneamente può essere scambiato per un buon adattamento al nuovo ambiente, se si consolida può portare a gravi disturbi della relazione oggettuale e della personalità.

Nelle pagine introduttive della traduzione italiana del libro di Robertson « Bambini in ospedale » (1973) sono anche riferite le ricerche praticate presso l'Istituto di Biometria e statistica medica dell'Università di Milano circa le reazioni della madre all'ospedalizzazione del bambino. Secondò tali ricerche essa si troverebbe improvvisamente esclusa e sostituita nelle cure del figlio, e potrebbe sviluppare nei confronti dell'ospedale un atteggiamento ambivalente: esso rappresenterebbe al tempo stesso la possibilità di far guarire il bambino e l'istituzione che glielo toglie per un certo periodo. Ne consegue per lei una perdita di ruolo che la pone in uno stato di ansia, e le suscita sentimenti di inadeguatezza per la propria impossibilità di proteggere il bambino contro il dolore. E' quindi evidente che in una certa misura anche la madre ha bisogno del bambino perché il loro rapporto si sviluppi in modo non disturbato.

Una recente ricerca condotta presso l'Istituto di Neuropsichiatria dell'Università di Milano (Bellotti e Coll. 1977), mette in relazione l'ospedalizzazione del bambino in età precoce con una successiva strutturazione della personalità in senso psicotico.

Nell'esame di 60 soggetti affetti da psicosi infantile, gli AA. hanno rilevato la percentuale del 50% di bambini ospedalizzati da soli entro il terzo anno di vita. Secondo gli AA. il rischio psicopatologico è ancora maggiore se l'ospedalizzazione è prolungata e si verifica entro il primo semestre di vita, rifacendosi in questo alle teorie di M. Klein (1966).

Sarti e Coll. (1977) evidenziano la necessità della presenza materna anche per i bambini ricoverati in incubatrice. A loro avviso sarebbe indispensabile che la madre provvedesse almeno alla somministrazione dei pasti.

Descrizione del Reparto

La divisione di pediatria dell'Ospedale di Bellano dispone attualmente di 30 letti di degenza, di cui 10 destinati alla patologia neonatale. La planimetria è composta da singole camerette in cui trovano posto due letti piccoli e un letto grande. A seconda del numero delle presenze, la madre può in tal modo usufruire o di un letto normale o di una sedia sdraio. Per quanto riguarda la presenza dei padri, essendo risultato impossibile da un punto di vista organizzativo permetterla nelle ore notturne (salvo casi eccezionali), si è cercato di facilitarla al massimo durante la giornata con la concessione di permessi di

entrata, oltre le ore di visita comuni a tutto l'ospedale. Le madri stesse provvedono, oltre che all'igiene quotidiana, alla somministrazione dei pasti ai bambini e, sotto il controllo del personale, anche alla somministrazione della terapia orale. Molto spesso una madre si offre di accudire al figlio di un'altra che non ha per vari motivi possibilità di fermarsi in ospedale. Altre, passato il periodo più acuto della malattia che ha portato il bambino al ricovero, preferiscono alternarsi con le madri di altri ricoverati. Nel caso in cui la madre sia impossibilitata a fermarsi, è ammessa la presenza di un altro familiare (per lo più la nonna).

Inizialmente, fino al 1973, non venivano chiesti contributi supplementari alle madri di alcun bambino. Dal 1° giugno 1973 si iniziò a chiedere un contributo, escludendo però le madri dei bambini sotto l'anno e di bambini handicappati. Successivamente, dal 1977, per disposizione regionale furono chieste ad ogni madre £ 2.500 senza limitazione di età, e quindi tale imposizione toccò le £ 4.000 dall'inizio del 1978. Dal maggio 1979 con delibera dell'Amministrazione ospedaliera approvata dalla Giunta Regionale si è nuovamente ottenuta per tutte le madri la totale esenzione da qualsiasi forma di pagamento supplementare. La percentuale di presenze delle madri accanto al figlio si è modificata nella misura di circa il 5% nel periodo in cui era richiesto il pagamento di un contributo, e si è aggirata sempre intorno al 70% dei casi.

Nella tabella i sono esposti i dati relativi al numero dei bambini ricoverati dal 1969 al 1978, con il numero delle madri accolte nello stesso periodo e le degenze medie per ogni singolo anno, paragonate, ove i dati erano disponibili, con quelle di tutta la Regione Lombardia e della provincia di Como, relative allo stesso periodo.

TABELLA N. 1

Anno	N. ricoveri	N. madri	(% dei ricoveri)	G.G. di degenza media	<u>G.G. di degenza media</u>	
					Lombardia	Prov. di Como
1969--- --1973	2041	1561	(76.489)	10.02	16	---
1974	462	335	(70.96)	7.46	13	13
1975	529	369	(70.96)	7.45	---	---
1976	626	467	(74.60)	7.14	11	13
1977	653	441	(67.53)	7.71	10	12
1978	713	480	(67.32)	6.69	---	---
TOTALE	5015	3635	(72.48)	8.65	12.5	12.6

SOGGETTI E METODO

Per mettere in luce sia gli aspetti positivi dell'esperienza che le difficoltà incontrate, abbiamo pensato di intervistare le madri dei bambini ricoverati e il personale paramedico operante nel reparto (le metodiche, i soggetti e risultati relativi a questo gruppo saranno esposti successivamente).

Scartando subito l'idea di un questionario scritto che ci avrebbe permesso di raccogliere un numero maggiore di dati, ma che ci si presentava come strumento troppo limitante la libera espressione delle persone intervistate, abbiamo preferito avvicinare le madri mediante colloqui condotti secondo il metodo dell'intervista guidata. Inoltre per non interferire sulla spontaneità dei soggetti intervistati, non abbiamo impiegato il registratore e in molti casi abbiamo steso il resoconto solo a intervista ultimata, considerando accettabile quello scarso margine di imprecisione che questo metodo poteva comportare.

Abbiamo avvicinato le madri nella maggior parte dei casi qualche giorno dopo il loro arrivo in reparto, motivando la richiesta del loro giudizio sull'esperienza che stavano vivendo, con la possibilità di migliorare l'organizzazione del servizio prestato. Le madri erano quindi lasciate libere di parlare. L'intervistatore si limitava eventualmente ad aggiungere qualche osservazione con l'intento di focalizzare meglio l'attenzione dell'intervistata su alcuni punti particolarmente significativi.

Infatti ci interessava raccogliere il maggior numero possibile di dati sui seguenti argomenti

- a) sulle motivazioni che le avevano spinte a rimanere accanto al figlio;
- b) sulle ragioni di un giudizio positivo o eventualmente negativo riguardo all'esperienza del ricovero assieme al figlio;
- c) sulle eventuali difficoltà incontrate nei rapporti con il personale medico ed infermieristico e con le altre mamme;
- d) sull'organizzazione del reparto.

Fin dall'inizio è risultato evidente che le madri parlavano abbastanza volentieri, mantenendo solo in pochissimi casi, nella fase iniziale del colloquio, un atteggiamento difensivo. Il fatto di aver potuto rimanere accanto al figlio e quindi di aver partecipato alle cure prestategli, avendo anche una possibilità di controllo sulle varie fasi della malattia, le metteva in un rapporto abbastanza positivo nei confronti dell'istituzione e quindi le portava ad analizzare spontaneamente la propria esperienza.

Abbiamo intervistato 45 madri. Di queste 31 avevano il figlio di età inferiore ai 3 anni e le altre 14 si erano fermate accanto a figli di età superiore. Di queste ultime 3 erano madri di bambini che presentavano gravi handicaps psicofisici. La durata media dei ricoveri nei casi esaminati è di 7.6 giorni, e solo in 5 casi supera i 20 giorni.

RISULTATI

A) Motivazioni della presenza materna e giudizi globali sull'esperienza vissuta.

La totalità delle madri ha dato subito un giudizio positivo sulla possibilità avuta di fermarsi accanto al figlio. Molte di esse si sono anzi mostrate incredule di fronte al fatto che non in tutti gli ospedali questo è possibile. Interessante è stato parlare con madri che avevano vissuto esperienze di separazione dal figlio a causa del ricovero di quest'ultimo in altri ospedali. Molto critiche verso tali organizzazioni, si sono dimostrate particolarmente

sensibili alle problematiche in questione. Per alcune di queste il ricovero del bambino in questo reparto è stata una scelta fatta proprio per potergli rimanere accanto.

Abbiamo quindi cercato di sapere dalle madri quali motivazioni le avessero spinte ad usufruire della possibilità di rimanere in ospedale col figlio.

E' emerso che nella maggioranza dei casi la madre al momento del ricovero non si è posta il problema se fermarsi o meno; la sua risposta è stata in un certo senso istintiva. Sono stati gli intervistatori a spingerla a cercare le motivazioni della sua decisione. ma si è trattato di un'analisi avvenuta a posteriori. Sono di solito presenti contemporaneamente più motivazioni alla base della scelta effettuata. Possiamo raggruppare le motivazioni fondamentali in quattro gruppi.

- a) la preoccupazione che l'ospedalizzazione e la separazione dalla madre possano costituire un'occasione di ansia e sofferenza con possibili conseguenze sull'ulteriore sviluppo psico-affettivo del bambino;
- b) la convinzione che la presenza materna sia indispensabile per assicurare al bambino tutta una serie di cure materiali che il reparto, per la sua stessa struttura organizzativa non è in grado di offrire (soprattutto con bambini di età inferiore ad un anno)
- c) l'esigenza di sentirsi più tranquilla e di non dover sopportare l'ansia connessa con la separazione dal figlio;
- d) il desiderio di poter esercitare un controllo sulle cure prestate al figlio e sull'operato del personale.

Mentre la maggior parte delle madri sono preoccupate per i rischi psico-affettivi connessi con l'ospedalizzazione più che altro a livello intuitivo, altre sono chiaramente consapevoli di questo problema.

Una madre in ospedale con la figlia di 10 anni, che aveva avuto una precedente esperienza di ricovero in un reparto Pediatrico tradizionale, critica uno dei più diffusi luoghi comuni « che il bambino fa più capricci quando c'è la mamma » dicendo « è meglio che si sfoghi subito piuttosto che interiorizzare situazioni che per lui sono oltremodo dolorose ».

Un'altra in ospedale con la secondogenita di 5 mesi, ha detto di ritenere che qualsiasi esperienza di ospedalizzazione senza la madre influenzi negativamente lo sviluppo del bambino e che, per questo, le sarebbe « impossibile lasciare le figlie da sole, anche se si trattasse della maggiore che ha sei anni ed è completamente autosufficiente da un punto di vista materiale ».

Sempre in questa prospettiva, un'altra madre ha detto « ciò che il bambino non riuscirebbe a dire alle infermiere, alla mamma lo dice » sottolineando così la funzione della madre come tramite tra il bambino e il mondo esterno.

Viene espressa anche la convinzione che la presenza materna dia « più forza» al bambino per reagire alla malattia.

A volte inoltre trapela la convinzione che sia solo il proprio figlio ad aver bisogno della presenza materna, come se l'incapacità ad affrontare da soli situazioni dolorose e la paura di essere abbandonati in un ambiente sconosciuto non fossero presenti in tutti i bambini al di sotto di una certa età.

Al momento della dimissione poi, quasi tutte si sono dichiarate convinte che la propria presenza sia stata fondamentale per permettere al bambino di affrontare con la maggiore tranquillità possibile l'esperienza dell'ospedalizzazione.

L'idea che il bambino abbia bisogno di cure particolari, anche di carattere materiale che il reparto non può, per la sua stessa struttura offrire, è presente in tutte le madri di bambini

molto piccoli. Quasi tutte ritengono che sarebbe pressoché impossibile per il personale presente in reparto accudire ai piccoli pazienti in modo completo. Sono molto frequenti nei discorsi delle madri che abbiamo avvicinato frasi di questo tipo: «restando qui posso continuare a seguirlo io come se fossi a casa... » oppure: «è troppo piccolo, ha bisogno di cure particolari per mangiare, per cambiarlo; qui ne hanno molti e non possono seguirlo..».

Qualche madre, specialmente se per fermarsi ha dovuto lasciare a casa altri figli, ha dichiarato che, se l'organizzazione del reparto prevedesse personale qualificato assunto con l'unico scopo di seguire il bambino al di là delle prestazioni mediche, avrebbe lasciato il figlio da solo, anche se di età inferiore ai tre anni. Quello che soprattutto le madri mettono in evidenza è la carenza di personale con funzione vagamente sostitutiva della figura materna: solo in questo caso prenderebbero in considerazione la ipotesi di lasciare il figlio da solo. All'interno del reparto, infatti, per motivi puramente organizzativi, anche le puericultrici svolgono mansioni di infermiera generica.

Ma anche per la madre può essere traumatica la separazione dal figlio a causa dell'ospedalizzazione di quest'ultimo. L'abbandonarlo nelle mani dell'istituzione, anche se nella consapevolezza che solo Essa potrà guarirlo, genera in lei sentimenti di colpa e di ansia. Atteggiamenti di questo tipo possono facilmente essere riscontrati alla base delle parole delle madri che hanno detto di essersi fermate per propria tranquillità personale « mi sono fermata perché mi sento decisamente più tranquilla ad avere la bambina vicina, non me la sento di lasciarla da sola anche se mi fido interamente di quanto fanno i medici e le infermiere ».

Nelle parole di questa madre il desiderio di rimanere accanto alla figlia, per superare il proprio stato d'ansia viene espresso nonostante la fiducia verso il personale del reparto; per altre madri invece questo fattore viene evidenziato all'interno di un discorso che tende a criticare in blocco l'istituzione ospedaliera o ad affermare la non opportunità di un ricovero, se non in casi molto gravi, per non sottoporre il piccolo paziente ad uno stacco netto dalla vita di ogni giorno.

Un ruolo importante svolge poi l'esigenza di avere una funzione di controllo, del resto legittima e molto spesso utile, sulle varie fasi della malattia, sulle terapie a cui viene sottoposto il piccolo paziente e sulla somministrazione dei pasti. La madre di una bambina di sei mesi ritiene che la sua presenza sia indispensabile perché venga osservato un giusto orario nei pasti e nella somministrazione delle medicine. E' intuitivo che madri come questa sono quelle che hanno le più grosse difficoltà nei rapporti col personale paramedico.

Vi sono poi alcune madri per le quali risulta di estrema importanza poter seguire da vicino lo svolgimento delle varie fasi della malattia, in stretta collaborazione con il personale medico e paramedico, anche per sentirsi più pronte nell'eventualità di dover affrontare un'altra analoga situazione di malattia. Su questa funzione « didattica » dell'esperienza vissuta hanno insistito diverse madri. Specialmente le madri di bambini affetti da malattie croniche o comunque a decorso protratto nel tempo, hanno evidenziato come durante la permanenza in ospedale accanto al figlio abbiano imparato come comportarsi con lui nei momenti più critici della malattia.

Una di esse ha detto che « ...l'esperienza ospedaliera le ha dato una maggiore tranquillità nell'affrontare le crisi del figlio diabetico e le ha insegnato come prestargli le prime cure... »

Più semplicemente per altre madri si è trattato di rivedere le proprie convinzioni sulle necessità alimentari dei figli o di superare preconcetti o pregiudizi ben radicati nell'ambiente familiare.

Abbiamo anche potuto osservare come la madre che ha potuto rimanere in ospedale, assumendo un ruolo attivo nelle cure del figlio non manifesta il comportamento ansioso che è stato spesso riscontrato durante le brevi visite concesse in un reparto di tipo tradizionale (madri con precedenti esperienze di ricovero in altri ospedali). E' la sua presenza che favorisce una attenta osservazione del piccolo durante il periodo della degenza, ed è spesso grazie a questa che il bambino, più sereno, accetta di buon grado la terapia che gli viene imposta.

Nella tabella 2 sono riassunte le motivazioni che hanno spinto le madri a rimanere in ospedale.

TABELLA N. 2
MOTIVAZIONI PREVALENTI CHE HANNO SPINTO LA MADRE
A FERMARSI ACCANTO AL FIGLIO

MOTIVAZIONI		N. CASI	%
1)	Preoccupazione che l'ospedalizzazione, con la conseguente separazione dalla madre, sia fonte di sofferenza psicoaffettiva per il bambino e possa costituire fattore di rischio per il suo ulteriore sviluppo.	22	48.88
2)	Convinzione che la presenza materna sia indispensabile per assicurare al bambino tutta una serie di cure materiali che il reparto non può offrire	10	22.22
3)	Esigenza di sentirsi più tranquilla e di non dover sopportare l'ansia connessa con la separazione dal figlio.	10	22.22
4)	Desiderio di esercitare un controllo sulle cure prestate e sull'operato del personale.	3	6.66
TOT.		45	100.00

B) Rapporti con il personale medico e paramedico e con Le altre madri.

1) Rapporti con il personale medico.

In generale le madri si sono dichiarate soddisfatte dei rapporti che si sono instaurati con i medici all'interno del reparto.

Una madre ha sottolineato la mancanza di « burocrazia » e comunque di formalità che caratterizza tali rapporti. Molte fanno notare il fatto che i medici sono disponibili ad offrire spiegazioni sul decorso della malattia e sulle terapie a cui il bambino viene sottoposto. Abbiamo sentito di frequente frasi di questo tipo: « mi hanno sempre dato retta e mi hanno sempre risposto quando chiedevo qualcosa »; oppure « mi spiegano tutto e mi fanno vedere anche le lastre ».

Abbiamo notato come il fatto di poter essere *costantemente* al corrente dell'evolversi della malattia del bambino contribuisca a rendere meno ansiose le madri. La spiegazione,

fin dove possibile, degli esami di laboratorio o delle cure mediche instaurate può inoltre contribuire a rendere una madre una collaboratrice più responsabile e più cosciente.

Una madre ha però criticato il fatto che alcuni trattamenti, come l'esecuzione di prelievi o le fleboclisi vengano eseguiti escludendo la sua presenza. Si tratta dei momenti forse più critici del ricovero e per questo a suo avviso la presenza materna potrebbe avere un'importanza ancora maggiore.

2) Rapporto con il personale paramedico.

Il rapporto tra le madri e il personale paramedico, come era facilmente prevedibile, risulta essere quello più problematico e difficile. Molte madri affermano comunque di aver avuto un buon rapporto con le infermiere. « Hanno sempre accolto le mie richieste » ; « le infermiere sono calme e non si scompongono anche quando hanno molto lavoro »; « ..i medici e le infermiere, a differenza che in altri reparti, rispondono a qualsiasi domanda »; « le infermiere fanno di tutto anche per farlo mangiare »; « - .le infermiere trattano i bambini come bambini ».

Alla luce di affermazioni di questo tipo si potrebbe essere indotti a credere che il rapporto tra madri e infermiere sia impostato sulla base di una intesa costruttiva e di una sincera collaborazione. Abbiamo però raccolto anche affermazioni di tipo diverso, piuttosto critiche nei confronti del personale paramedico. Una madre, per esempio, dichiara che il personale paramedico tende a non osservare scrupolosamente gli orari dei pasti e della somministrazione delle terapie; critica inoltre l'orario delle pulizie del mattino, giungendo ad affermare che questo varierebbe a seconda dell'umore e del carattere dell'infermiera di turno. Un'altra afferma che l'atteggiamento delle infermiere è spesso dettato da simpatie o antipatie che si instaurano a volte su basi puramente istintive.

Una madre era poi convinta che senza la sua presenza le infermiere avrebbero lasciato piangere il bambino. Infine una, dopo una serie di affermazioni di questo genere, aggiunge però che « alcune critiche rivolte alle infermiere dipendono dalla situazione di tensione in cui vive una mamma durante l'ospedalizzazione del suo bambino ».

3) Rapporti con le altre madri.

Generalmente le madri intervistate hanno dichiarato di non aver incontrato difficoltà nei rapporti con le altre madri. Una di loro ha definito « interessante esperienza sociale » i contatti avuti con le altre mamme dei bambini ricoverati. A volte la forzata convivenza si trasforma in utile scambio di idee e di esperienze.

Non manca però anche chi ha trovato difficoltà a legare con le altre, specialmente se di diverso livello culturale. Non abbiamo invece rilevato atteggiamenti di emarginazione nei riguardi di madri immigrate da altre regioni.

In ogni modo, stando ai dati ricavati dai colloqui la grande maggioranza delle intervistate ha vissuto in modo positivo la sua esperienza Comunitaria.

4) Osservazioni sull'organizzazione del reparto.

Dai colloqui abbiamo anche colto interessanti osservazioni sull'organizzazione e sulla vita del reparto. Molte hanno espresso il loro apprezzamento per il fatto che i bambini hanno libertà di muoversi e di giocare in un ambiente nel quale anche l'arredamento non

richiama troppo alla mente una struttura di tipo sanitario. Una ha affermato: « non c'è nemmeno l'odore dell'ospedale! ».

Alcune hanno giudicato l'organizzazione del reparto « un tentativo di realizzare un tipo di vita il più possibile simile a quello dell'ambiente familiare ». Quanto ai giudizi sulla buona riuscita di questo tentativo sono stati nel complesso favorevoli. E' stato particolarmente apprezzato il fatto che il bambino, passata la fase di acuzie della malattia, non sia costretto a rimanere a letto nella sua camera, ma abbia la possibilità di giocare e trovi per questo un ambiente adatto.

Qualcuna ha però sottolineato il fatto che « la libertà di movimento è una bella cosa, ma impedisce talvolta di riposare, specialmente ai bambini più piccoli ». Nonostante questo però, secondo una madre, « il reparto è un ambiente incredibilmente tranquillo in rapporto al tipo di ospiti. L'atmosfera che è stata creata contribuisce a dare un clima di fiducia ». Altra affermazione frequente: « la prima cosa che ho notato è che qui non si sentono piangere i bambini ».

C'è da notare che, anche in questo caso, in genere le osservazioni più positive sull'organizzazione del reparto sono venute da madri che avevano alle loro spalle l'esperienza di un ricovero del figlio in reparti organizzati in modo tradizionale.

TABELLA N. 3

RAPPORTI TRA LE MADRI TRA LE MADRI E IL PERSONALE MEDICO E PARAMEDICO		
nessuna difficoltà di rapporto	33	(73.33%)
difficoltà di rapporto con il personale medico	1	(2.22%)
difficoltà di rapporto con il personale paramedico	9	(20.00%)
difficoltà nei rapporti con le altre madri	2	(4.44%)

STUDIO - INCHIESTA SUL PERSONALE PARAMEDICO

SOGGETTI E METODO

I risultati dei colloqui avuti con le madri hanno reso ancora più interessante e importante raccogliere, come già ci eravamo proposti, il giudizio del personale paramedico sulla presenza materna all'interno del reparto.

Abbiamo perciò avvicinato sempre con il metodo del colloquio-intervista i vari membri del personale paramedico chiedendo loro di esprimere il proprio parere sulla esperienza di lavoro in un reparto dove si pratica già da tempo la prassi del ricovero madre-bambino. L'iniziativa del discorso veniva poi lasciata alle intervistate che erano solo invitate a fornire il maggior numero di notizie e dati riguardanti tale esperienza.

Il personale si è mostrato disponibile a collaborare con noi: solo ci è stato chiesto che i colloqui non venissero registrati. Anche in questo caso, come già con le madri, il resoconto dei colloqui è stato steso a posteriori.

Abbiamo avvicinato 4 infermiere professionali, 5 generiche, 4 puericultrici, 2 ausiliarie.

RISULTATI

A) Presenza delle madri nel reparto: indicazioni e limiti.

Nella quasi totalità il personale ha dichiarato di giudicare positiva la presenza materna in ospedale pur non nascondendo i problemi organizzativi ad essa connessi. Solo secondo una puericultrice che da poco lavora in reparto, la presenza materna non è utile perché il comportamento spesso troppo ansioso della madre di fronte alla malattia del bambino influisce negativamente su quest'ultimo. La madre potrebbe, a suo avviso, essere vantaggiosamente sostituita dall'assunzione di personale specializzato con funzioni di sostituto materno.

Più disparati sono invece i pareri raccolti circa le età del bambino sotto la quale la presenza materna viene considerata dal personale paramedico particolarmente utile e vantaggiosa (vedi tab. 4). In un'intervista tale limite viene posto sotto i 2 anni (Inf. generica); in altre invece si ritiene che il bambino non possa fare a meno della madre fino a 3 anni (una professionale, 2 generiche, una puericultrice, una ausiliaria). 2 infermiere (una generica e una professionale) alzano ancora questo limite fino ai 5 anni. Per 2 delle puericultrici che lavorano in reparto invece il bambino non è in grado di affrontare da solo l'ospedalizzazione fino ai 7-8 anni. Vi sono poi 2 infermiere professionali che non si sentono di porre dei limiti alla presenza materna in ospedale giudicandola in qualsiasi caso indispensabile per permettere al bambino non solo di affrontare con maggiore serenità possibile la situazione di malattia, ma di accelerare il processo di guarigione. È interessante inoltre notare come in 7 dei colloqui esaminati la positività della presenza materna all'interno dell'ospedale venga vista in funzione del bambino e della maggiore tranquillità che gli deriva dall'aver la madre vicina in una situazione che può avere, per lui, risvolti traumatici.

In altre 6 interviste invece la presenza della madre specialmente nel caso di bambini molto piccoli (sotto i 2-3 anni) è vista anche come unico mezzo possibile per esonerare il personale da tutta una serie di cure particolari (alimentazione, cambi frequenti, ecc.) che nella situazione organizzativa attuale del reparto sarebbe problematico dare. La presenza materna viene cioè, da alcune ritenuta utile finché il bambino non è « autosufficiente », dando spesso di autosufficienza una definizione di questo tipo « un bambino quando è in grado di allacciarsi le scarpe, mangiare da solo, andare a fare pipì... non ha più bisogno della presenza materna ».

In due interviste coesistono entrambe le motivazioni.

Alcune inoltre evidenziano come in certi casi le madri pur essendo presenti in ospedale non aiutano con il proprio comportamento il bambino ad essere più tranquillo, ossessionano i figli per farli mangiare o li spaventano presentando loro le terapie come castighi e punizioni.

In alcuni casi invece, ad esempio con i bambini handicappati, la presenza della madre appare al personale come indispensabile e a volte come unico mezzo per stabilire un qualsiasi rapporto tra il bambino e il nuovo ambiente.

Comunque solo in 3 interviste (tra cui quella citata sopra) viene presa in considerazione come positiva l'ipotesi di sostituire, appena possibile, la presenza materna con un aumento di personale qualificato e specializzato.

Se l'evidente mole di lavoro che la mancata presenza materna comporterebbe porta ad accettarla senza limiti per quanto riguarda i bambini molto piccoli e i ricoveri lunghi, diversamente si pone il problema per le madri dei bambini più grandi.

Secondo la maggior parte del personale paramedico queste madri, avendo più tempo a loro disposizione, chiacchierano tra loro criticando l'operato delle infermiere e le condizioni del vitto e dell'alloggio.

B) Problemi organizzativi connessi all'a presenza delle madri in reparto.

Anche in questo caso le opinioni raccolte sono diverse tra loro e a volte contrastanti. Se alcuni membri del personale paramedico sottolineano la collaborazione che si instaura all'interno del reparto con le madri, altri sono molto più critici riguardo a tale esperienza. Lo dimostra il fatto che 9 infermiere ritengono la presenza materna un ostacolo al normale svolgimento del proprio lavoro; cioè anche chi si è dichiarata convinta dell'utilità che per il bambino rappresenta l'aver la madre vicino, non si nasconde i problemi che a questa presenza sono connessi.

Le critiche più comuni sono da collegarsi per la maggior parte dei casi a problemi pratici: le madri tengono le camere in disordine; si fanno servire; alcune appaiono, in un ambiente nuovo, disorientate e disorganizzate persino nell'accudire ai propri figli.

« Senza madri il lavoro andrebbe meglio: ...dai bambini non ci si aspetta niente, si sa che si deve servirli e basta; dalle madri invece ci si aspetterebbe un aiuto, ne deriva invece un aumento di lavoro ». Un'affermazione di questo tipo che rispecchia critiche espresse in modo meno drastico anche in altri colloqui, evidenzia uno dei motivi di maggiore contrasto tra madri e personale paramedico: al personale pesa il doversi occupare anche delle madri.

Non mancano però le interviste da cui le madri appaiono come collaboratrici valide, oltre che nella cura del proprio figlio, anche nel prendersi cura di bambini ricoverati da soli. «La madre comporta con la sua presenza dei problemi, ma è spesso disposta a collaborare ed aiutare il personale. Le madri danno lavoro ma questo è compensato da quello che svolgono, quindi il problema non sussiste ».

A volte inoltre la presenza materna viene vissuta dal personale come una funzione di controllo o di interferenza sul proprio operato. La madre ad esempio protesta se le terapie subiscono un lieve spostamento di orario oppure non vuole che il bambino venga svegliato per prendere le medicine.

Le discussioni sugli orari delle terapie secondo alcune infermiere danno origine a contrasti tra il personale medico e paramedico provocati dall'ingerenza delle madri stesse. Data la continua interazione tra madre e personale paramedico che forzatamente si attua per tutto il tempo della degenza, i rapporti tra il personale non possono non essere influenzati da tale presenza.

Il diverso modello di comportamento nei riguardi delle madri proprio di ciascuna infermiera può portare a discussioni e prese di posizione contrastanti sul problema. Chi cerca di venire incontro alle esigenze delle madri può sembrare che le serva troppo e può venire quindi criticata dalle colleghe. Alcune inoltre dichiarano di essere arrivate a tenere atteggiamenti distaccati con le madri in seguito ad esperienze negative vissute in reparto nei primi tempi di servizio.

Un'altra arriva ad affermare: « la maggior parte dei problemi che abbiamo nello svolgimento del nostro lavoro e nei rapporti con I medici ci derivano dalla presenza delle madri ». Un rifiuto drastico della presenza materna è però limitato a due membri del personale e influisce solo in parte sull'atmosfera del reparto.

Oggetto di critica sono anche i rapporti tra il personale medico e madri.

Spesso i medici sono ritenuti troppo aperti verso la presenza materna, sempre disponibili ad ascoltare le madri ed a venire incontro alle loro esigenze anche se queste si concretizzano in un aggravio di lavoro per il personale.

Secondo alcune (3) inoltre ci vorrebbe una rigida osservanza dell'orario delle visite e meno libertà di movimento all'interno del reparto.

Strettamente collegate alla presenza materna sono alcune osservazioni che abbiamo raccolto sulla qualità del lavoro all'interno del reparto.

Emerge nel personale paramedico (in particolare le puericultrici) un senso di frustrazione per non poter seguire personalmente il bambino dal punto di vista psico-affettivo, in altre parole di non poter avere col piccolo paziente legami più stretti e gratificanti. Secondo alcune in tale prospettiva le madri rappresenterebbero pertanto un ostacolo, altre invece si rendono conto che è più giusto demandare tale tipo di rapporto a loro, che sono le persone più idonee, e che possono rappresentare un tramite ideale per avvicinare il bambino nel più naturale dei modi.

D'altronde il cambio dei turni contribuisce a rendere problematico qualsiasi rapporto affettivo tra personale paramedico e bambini ricoverati « il bambino vede intorno a sé facce sempre diverse! Tante volte non sa nemmeno il nostro nome! », lamenta una puericultrice.

Comunque, dall'insieme delle interviste, appare evidente che la più frequente occasione di attrito e di risentimento tra il personale paramedico e le madri è l'abitudine di alcune tra queste di presentare l'infermiera come la depositaria della terapia-castigo, o peggio come uno spauracchio o un personaggio genericamente « cattivo ».

Un'infermiera generica riporta di aver udito frasi di questo tipo: « . se non mangi la pappa chiamo quella là che ti fa la puntura », oppure, dopo un'iniezione : « non piangere che qui c'è la tua mamma che manda via quella persona cattiva! ».

Infine è stata espressa da molte l'esigenza di organizzare il lavoro e le mansioni in modo da tener conto il più possibile della preparazione specifica, ma anche delle attitudini personali di ciascuna.

Nella tabella 4 sono raccolti i dati più significativi ricavati da questo gruppo di interviste.

TABELLA N. 4

RISULTATI DELLE INTERVISTE DEL PERSONALE PARAMEDICO				
QUALIFICA	Infermiera Professional e 4	Infermiera Generica 5	Puericultrice 4	Inserviente 2
N. INTERVISTE				
Utilità della presenza materna:				
fino a 2 anni		1		
fino a 3 anni	2	3	1	
fino a 4 anni				1
fino a 5 anni		1		
fino a 7 anni			2	
sempre	2			
mai			1	
La madre potrebbe essere sostituita da personale specializzato		2	1	
La madre è utile per il figlio	4	2	2	1
La madre è utile per alleggerire il lavoro del personale paramedico	1	3	2	
Le madri collaborano con il personale	2		2	1
Le madri creano difficoltà nei rapporti tra il personale e nei rapporti tra medici e personale	1	2		

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Per trovare una conferma alle nostre impressioni sulla validità di un'esperienza decennale, abbiamo intervistato le madri e il personale paramedico. Ci manca però il parere dei più diretti interessati: i bambini che, in questa prospettiva, sono l'oggetto di ulteriori ricerche. Spetta ora agli AA. di valutare i dati raccolti aggiungendo le proprie considerazioni, vuoi da una prospettiva medica, vuoi dal punto di vista dello psicologo. Partendo dal presupposto che nessuno di noi ha bisogno di essere convinto della positività dell'esperienza quotidianamente vissuta vediamo di riassumere, nei limiti del possibile, le ragioni di tale convinzione.

A) Vantaggi della presenza materna per il bambino.

Non è qui il caso di ribadire le affermazioni così autorevolmente e ampiamente sostenute dagli A.A. citati nella parte bibliografica sui vantaggi dell'assicurare la confortante presenza materna accanto al bambino malato. In fondo, nelle interviste fatte sia alle madri che al personale paramedico questo concetto è dato per scontato, salvo pochissime eccezioni. Sono invece meno sottolineati nella letteratura i vantaggi di ordine pratico legati alla presenza della mamma in ospedale.

1) Il bambino è più tranquillo e sereno.

Non soffre i danni di una inconsulta agitazione motoria, con inutile dispendio di energie. Sopporta meglio il dolore e necessita con minore frequenza di sedativi. E' più facile alimentarlo e ricorre raramente al vomito come fattore di protesta e di rifiuto. Accetta più di buon grado le terapie e in particolar modo la madre è insostituibile per la buona condotta di una terapia infusiva.

A questo riguardo dobbiamo qui ricordare che le madri si familiarizzano molto rapidamente con le pompe di perfusione e diventano validissimi elementi di controllo. La maggiore tranquillità del bambino è molto utile anche per piccoli interventi diagnostici, come ECG, radiografie (con adeguata protezione della madre), test del sudore ecc. Viceversa abbiamo deciso di escludere le madri, contrariamente alla prassi seguita da altri, dai prelievi venosi e dall'apposizione di fleboclisi e questo almeno per quanto riguarda i bambini più piccoli nei quali è necessario ricorrere alle giugulari e alle vene epicraniche. Le eccezioni a questa regola sono molto rare. La ragione di tale decisione è duplice: da un lato ci siamo resi conto che una crisi emotiva materna, con tutte le conseguenze possibili, è spesso difficilmente prevedibile; sull'altro fronte, lo sguardo critico e preoccupato della madre può togliere al medico la necessaria tranquillità per eseguire un intervento che, sia pur di minima entità, richiede la massima concentrazione.

Forse solo con una paziente opera di educazione sanitaria potremo arrivare ad ammettere la madre nella saletta di medicazione.

2) Il bambino non muta le proprie abitudini alimentari.

La presenza della mamma che è direttamente coinvolta nella preparazione dei pasti permette di adeguare la dieta stabilita alle abitudini e alle preferenze alimentari del bambino. L'aiuto anche materiale della madre consente di personalizzare al massimo la composizione e anche il ritmo dei pasti, rifuggendo da diete standard che, nella maggioranza dei casi, vengono rifiutate dal piccolo paziente. In tal modo il bambino non va incontro a pericolosi vuoti nella sua alimentazione e la ripresa dello stato generale è

notevolmente accelerata con un più pronto recupero. E' forse questa una delle cause che hanno più influito sull'abbreviazione della degenza media riscontrata nella nostra Divisione rispetto ai dati regionali e provinciali.

3) Il bambino non si isola ed è meglio inserito nell'ambiente.

Con la madre alle spalle il bambino è più aperto ai rapporti col medico, con i paramedici e con gli altri ricoverati. Abbiamo constatato che avendo la possibilità di appoggiarsi in ogni momento alla madre come fattore di sicurezza, il bambino è molto più « ardito » nei rapporti con le persone con cui è a contatto. Già dopo la prima giornata di ricovero, nella gran maggioranza dei casi, ha superato lo shock del cambiamento d'ambiente e si è creato la sua nicchia ecologica in seno alla comunità. Sorprendentemente, in molti casi, non mostra alcun rancore o timore per chi poco prima ha praticato su di lui un intervento doloroso. Questo comportamento può essere tuttavia frenato o anche bloccato da un eccesso di emotività materna. In non pochi casi abbiamo ottenuto un notevole miglioramento comportamentale allontanando la madre e sostituendola, come « figura di attaccamento » con la nonna o altro familiare. La figura di attaccamento può essere, come abbiamo già ricordato, la mamma di un altro bambino in assenza della propria. A questo proposito abbiamo trovato le madri sempre pronte ad occuparsi di un altro bimbo insieme al proprio (nonostante il parere contrario di qualche infermiera).

Ci si rende conto delle dimensioni di questa ambientazione (più o meno rapida) durante le visite di controllo, dopo la dimissione; nell'ambulatorio divisionale o nei consultori. I bimbi che hanno subito un precedente ricovero, che può aver comportato sofferenza e interventi terapeutici o diagnostici traumatizzanti, sono quelli che affrontano il medico con maggiore serenità e molto spesso lo trattano come un amico o un loro pari.

B) Considerazioni sulle madri.

Abbiamo visto le motivazioni delle madri per quanto concerne la loro decisione di fermarsi in ospedale accanto al figlio e crediamo non necessiti un ulteriore commento. C'è da dire che nella maggior parte dei casi le aspettative che hanno spinto la madre a fermarsi sono state mantenute (almeno per quanto si può ricavare dalle interviste effettuate) e questo sarebbe sufficiente per confermare, la validità della esperienza da un punto di vista delle madri.

Ci sembra qui il caso di sottolineare il valore didattico della presenza della madre accanto al figlio. Abbiamo potuto renderci conto, in controlli ambulatoriali o in successivi ricoveri, della considerevole mole di nozioni utili assorbite.

Tale capacità di assimilazione è naturalmente variabile da persona a persona e riguarda soprattutto la dietetica e i principi base dell'assistenza del bambino malato. Con soggetti particolarmente recettivi e stimolanti ci siamo a volte trovati nella necessità di impartire vere lezioni di puericultura.

Le difficoltà inerenti alla stretta convivenza con il personale paramedico sono dalle madri scarsamente avvertite: solo il 20% afferma infatti di aver avuto problemi in tal senso. Anche se alcune criticano un po' l'organizzazione del reparto, specialmente per quanto riguarda gli orari, la maggior parte afferma di essersi trovata bene, di aver vissuto una esperienza positiva e di aver acquisito utili conoscenze per quanto riguarda la cura del bambino. Le madri si concentrano più sui problemi del loro bambino e della malattia, e apprezzano di poter essere costantemente informate della terapia e del decorso clinico. La vicinanza al figlio, il ripetere con lui i gesti quotidiani, la tranquillità dal punto di vista

medico-sanitario, permettono alla madre un rapporto sereno con il bimbo, che influisce positivamente sul suo stato emotivo e sul decorso della malattia.

C) Considerazioni sul personale paramedico.

Nel quadro della valutazione complessiva dell'esperienza in atto, appare chiaro dal nostro lavoro che il problema principale è quello posto dal personale paramedico. Stando alle interviste raccolte le infermiere sono infatti risultate quelle che hanno dovuto sostenere il peso della parte più sgradevole della presenza materna in ospedale.

Anche se esiste infatti una consapevolezza diffusa dei vantaggi soprattutto di ordine psicologico che il bambino ammalato ricava dal costante contatto con la madre, anche se viene rilevato l'importante apporto materno nelle cure dei bambini più piccoli, vengono sottolineate le difficoltà che sono principalmente — ma non solo — di tipo organizzativo. I problemi nascono da un inevitabile aumento di lavoro (preparazione dei pasti, letti, ecc...) ma anche dall'interferenza che le madri recano nel ritmo di lavoro quotidiano, ad esempio mettendo in discussione l'orario delle pulizie e della terapia, la cucina.. Un peso notevole ha il fatto che il personale paramedico si sente in qualche modo « controllato », dalle madri presenti in reparto, nello svolgimento delle sue mansioni. Questo è probabilmente segno di una certa diffidenza nei confronti di persone che intervengono in qualche modo nella cura dei bambini senza essere « tecnici », senza avere nessun altro diritto se non quello del legame affettivo.

La consapevolezza della necessità della presenza materna è per lo più intuitiva, non basata su una conoscenza sufficiente dei problemi psicologici ed affettivi dell'infanzia. Ci sembra doveroso sottolineare, a parziale giustificazione di questa situazione, la necessità di un maggiore impegno didattico per quanto riguarda l'età evolutiva nell'insegnamento della psicologia nelle scuole paramediche. Una maggiore presa di coscienza da parte di tutto il personale dei reali rischi psicopatologici connessi alla ospedalizzazione del bambino senza presenza materna potrebbe a nostro avviso influenzare positivamente anche il modo di rapportarsi del personale alle madri. D'altra parte anche tutti i nostri sforzi per sensibilizzare le infermiere in tal senso hanno avuto un successo piuttosto limitato.

D) Il problema dalla parte dei medici.

Come già accennato in precedenza tutte le motivazioni addotte dagli AA. citati nella parte bibliografica in favore della presenza delle madri accanto ai bambini sono da noi condivise e quindi questa impostazione del reparto trova la nostra incondizionata approvazione. D'altra parte ci rendiamo conto di affermare queste cose ormai più in virtù della decennale condivisione quotidiana di questo tipo di esperienza, che per convinzione puramente teorica. Infatti è vedendo ogni giorno come i bambini affrontano con serenità l'esperienza dell'ospedalizzazione, in quanto non viene loro a mancare il senso di sicurezza derivante dalla presenza della principale figura di attaccamento che ci rendiamo conto come sia inconcepibile un reparto di Pediatria senza le madri.

Non nascondiamo comunque le difficoltà che anche a noi derivano da questo tipo di gestione e che sono, a parer nostro, quelle che possono giustificare altrove certe forme di resistenza verso la realizzazione di esperienze di questo tipo.

La presenza delle madri « obbliga » di continuo il medico a rendere conto di quello che pensa e di quello che fa. Questa, che potrebbe sembrare una cosa ovvia e scontata, implica, al contrario, una situazione estremamente vincolante per il medico stesso sulla base di un duplice ordine di motivi:

A) Generalmente il curante nel suo operato conserva un ampio margine . di imperscrutabilità (oseremmo dire di stregoneria) e di inaccessibilità che indubbiamente contribuisce ad accrescere la cieca fiducia della gente verso di lui. Nei momenti di difficoltà ha inoltre sempre l'opportunità di trincerarsi dietro termini incomprensibili che scoraggiano ulteriori richieste di chiarificazione. E' sempre stata nostra abitudine invece cercare di spiegare nel modo più elementare possibile alle madri presenti in reparto le caratteristiche del decorso clinico, i risultati degli esami e anche il perché di certe decisioni terapeutiche. In alcuni momenti questo non è stato facile, specialmente in caso di difficoltà diagnostiche o quando sembra vano qualsiasi sforzo terapeutico. In questi casi può anche essere controproducente tenere una porta aperta sui propri dubbi. Sappiamo di aver rischiato tante volte per coerenza con questo atteggiamento di « perdere i clienti » in quanto alcuni cercano con il medico un rapporto più taumaturgico rifiutando di accordare fiducia a chi ha il coraggio di mostrare loro con sincerità i propri limiti umani. E a volte, anche se in verità di rado, questo si è verificato.

E) Il tipo di controllo che la madre esercita sull'operato del medico è particolarmente assillante. La madre infatti non si trova nell'atteggiamento di dipendenza tipico del malato che è naturalmente disposto ad accettare acriticamente il consiglio del medico, spinto dalla necessità « sentirsi meglio », è piuttosto uno spettatore ipercritico ed estremamente preoccupato della malattia del proprio figlio. La presenza delle madri, alla luce di queste considerazioni può diventare per noi particolarmente gravosa.

Inoltre non dobbiamo dimenticare che nelle preoccupazioni della madre confluiscono tutta una serie di prevenzioni (sugli ospedali, sui medici, sul personale paramedico) derivate dall'opinione corrente e di preconetti (sull'uso improprio e ingiustificato dei medicinali, sui rimedi tradizionali di fronte a certi stati morbosi) derivati in parte dalla imprecisione di certa divulgazione pseudo-scientifica e in parte dalla assimilazione di consuetudini radicate nella sapienza popolare. In questo tipo di difficoltà noi ci imbattiamo quotidianamente e spesso occorre molta pazienza da parte nostra per superarle e poter così instaurare quel rapporto di reciproca fiducia con le madri che è indispensabile per ottenere i migliori risultati nella cura dei piccoli pazienti.

Certamente una più attenta riflessione sull'argomento in questione ci potrebbe far fare molte altre considerazioni, ma ciò esula dallo scopo di questo articolo. Concludiamo quindi auspicando che esperienze analoghe alla nostra si moltiplichino, convinti che la nostra preoccupazione maggiore debba essere il creare dei reparti che siano il più possibile luoghi di vita integrale per i bambini.

RIASSUNTO

Viene riferita l'esperienza relativa alla questione decennale di una divisione di Pediatria aperta alla presenza materna nell'intero arco delle 24 ore. Nel periodo considerato sono state accolte 3635 madri su un totale di 5015 ricoveri. Onde valutare la validità della presenza materna sono stati intervistati sia il personale paramedico che le madri e i risultati dell'indagine sono valutati sia da un punto di vista medico che psicologico.

L'esperienza viene globalmente giudicata in modo positivo e si auspica che iniziative analoghe vengano messe in atto in altri ospedali.

Gli A.A. ringraziano Arrighi Vr., Bertolini S., Cesana G., Sala A. della Scuola per terapeuti nella Riabilitazione della Nostra Famiglia per la loro attua collaborazione.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ASSESSORATO ALLA SANITA' - Giunta Regionale della Lombardia: *La situazione Ospedaliera in Lombardia al 31 dicembre 1974.*
- 2) ASSESSORATO ALLA SANITA' - Giunta Regionale della Lombardia: *La situazione Ospedaliera in Lombardia al 31 dicembre 1976.*
- 3) ASSESSORATO ALLA SANITA' - Giunta Regionale della Lombardia: *La situazione Ospedaliera in Lombardia al 31 dicembre 1977.*
- 4) BELLOTTI G., MUSETTI C., NEGRI R.: *L'ospedalizzazione come rischio psicopatologico. Analisi sulla base di un contributo casistica di 60 soggetti affetti da psicosi infantile* - Mia. Ped. 29 - 1651 - 1977.
- 5) BOWLBY J., ROBERTSON J., ROSENBLUTH D.: *A Two-Years-Old Goes to Hospital The Psychoanalytic Study of the Child* 7 - 82 - 1952.
- 6) BOWLBY J.: *The effects of Mother-Child Separation. A Follow-up study* Brit. J. Med. Psychol. 3/4 - 211 - 1956.
- 7) BOWLBY J.: *Cure materne e igiene mentale del bambino* - Giunti Ed. 1969.
- 8) BOWLBY J.: *Assistenza all'infanzia e sviluppo affettivo* - Armando Ed. 1973.
- 9) FREUD A., BERGMAN Th.: *Bambini malati* - Universale Scientifica Boringhieri - Torino - 1974.
- 10) KLEIN M. in A.A.V.V.: *La carenza di cure materne* - Armando Ed. 1966.
- 11) KLEIN M.: *La psicoanalisi dei bambini* - Martinelli Ed. 1970.
- 12) ROBERTSON J., Film: *A two-years-old goes to hospital* - London (Tavistock Clinic) 1953.
- 13) ROBERTSON J.: *Bambini in Ospedale* - Feltrinelli Ed. Milano 1973.
- 14) SARTI P.: *Il ruolo della madre nell'ospedale Pediatrico* - Mia. Ped. 27 - 1281 - 1975.
- 15) SARTI P., DONZELLI G. P., FERRARO S., VECCHI C.: *Il neonato ospedalizzato. Aspetti negativi della separazione dalla madre* - Mia. Ped. 29 - 1805 - 1977.