



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**LA DONNA TOSSICODIPENDENTE IN
GRAVIDANZA E GLI EFFETTI SUL NEONATO**

Relatore: Chiar.ma

Dott.ssa Tiziana Traini

Tesi di Laurea di:

Sofia Peroni

Correlatore: Chiar.mo

Dott. Claudio Sibillini

A.A. 2020/2021

*A te che apri sempre gli occhi,
ma dai tuoi sogni non ti svegli mai..*

INDICE

Introduzione	1
Capitolo 1: LA TOSSICODIPENDENZA	2
1.1.Tipi di droghe	2
1.2.Vie di assunzione delle droghe	7
1.3.Qual è il fattore principale della dipendenza	8
1.4.La realtà della tossicodipendenza in Italia.....	9
Capitolo 2: LA MADRE TOSSICODIPENDENTE	
2.1. Profilo della donna tossicodipendente in gravidanza	11
2.2. Patologie associate alla tossicodipendenza	12
2.3.L'assunzione di droghe in gravidanza.....	13
Capitolo 3: IL NEONATO DI MADRE TOSSICODIPENDENTE	
3.1.Come identificarlo	15
3.2.La Sindrome di Astinenza Neonatale (SAN).....	16
3.3.Scala di Finnegan	18
3.4.Terapia	20
Capitolo 4: REVISIONE DELLA LETTERATURA	
4.1.Introduzione alo studio	23
4.2.Obiettivi dello studio	23
4.3.Materiali e Metodi	23
4.4.Risultati	25

4.5.Discussione	27
Capitolo 5: PROGETTO EDUCATIVO	31
BIBLIOGRAFIA	37
SITOGRAFIA	40
RINGRAZIAMENTI	41

Introduzione

Per la stesura di questa tesi la scelta è stata quella di trattare la donna tossicodipendente in gravidanza e l'effetto sul neonato.

Durante il mio percorso di tirocinio clinico, sia al SERT che nell'Unità Operativa di Neonatologia di Ascoli Piceno, è stato possibile riscontrare l'attualità di questa condizione. In particolare, è emerso il ruolo dell'infermiere del SERT, durante tutto il percorso di gestazione della donna e dell'infermiere della Patologia Neonatale, nella fase di assistenza al neonato dopo essere venuto al mondo.

L'abuso di sostanze da parte della madre in gravidanza rappresenta inevitabilmente una situazione di rischio. Ciascuna droga infatti può determinare degli effetti negativi sul prodotto del concepimento sia direttamente, attraversando la barriera placentare, che indirettamente, influenzando la salute materna. In realtà il rischio che è associato alla donna tossicodipendente gravida è che oltre ad avere effetti negativi (dovuti alle sostanze di abuso) sull'organismo materno e fetale, comporta anche delle conseguenze negative associate ad uno stile di vita che influenza inevitabilmente anche la gestazione.

L'importanza di poter prevedere la gravità dell'outcome neonatale consiste nella possibilità di individuare, poco dopo la nascita, i neonati che dovranno essere gestiti in modo più specifico e che probabilmente necessiteranno di un trattamento farmacologico diverso per dosi e durata.

Risulta difficile stabilire un prognostico basato sul tipo di sostanza assunta dalla madre in gravidanza, in quanto tale informazione è spesso incompleta, non affidabile o le sostanze assunte sono più di una.

CAPITOLO PRIMO

LA TOSSICODIPENDENZA

L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) definisce la "Tossicodipendenza" come una "malattia ad andamento cronico e recidivante che spinge l'individuo, in maniera coatta, ad assumere sostanze a dosi crescenti o costanti per avere temporanei effetti benefici soggettivi, la cui persistenza è indissolubilmente legata alla continua assunzione della sostanza".¹

Tale stato è caratterizzato da:

- *Tolleranza*, ovvero il fenomeno per il cui è necessario intensificare il comportamento di uso (ad esempio aumentando la quantità di droga o la frequenza) per avere gli stessi effetti.
- *Astinenza* che si caratterizza per la presenza di sintomi emotivi o fisici che si hanno quando la persona non può mettere in atto il comportamento.
- *Interruzione* (o riduzione) delle attività (sociali, lavorative o ricreative)
- *Tentativi infruttuosi di ridurre e controllare l'uso* perché il paziente è convinto di poter da solo limitare le proprie condotte
- *Dispendio di tempo*, ovvero quanto tempo il paziente dedica alla ricerca, all'utilizzo o al riprendersi dagli effetti della sostanza.
- *Perdita di controllo sull'uso*, il comportamento patologico di assumere la sostanza tende a verificarsi nonostante le conseguenze negative
- *Uso continuativo* nonostante la consapevolezza che la droga rappresenti un problema
- *Uso ricorrente con incapacità ad adempiere i propri compiti*, o nonostante ciò determini problemi sociali o interpersonali
- *Uso in situazioni a rischio*
- *Craving* cioè il desiderio impellente della sostanza

1.1. Tipi di droghe: Ci sono tantissime droghe e tantissimi modi di classificarle.

Forse il più giusto è dividerle in base all'effetto che hanno sull'essere umano: droghe deprimenti, stimolanti e allucinogene.

- Le sostanze deprimenti per placare ansia e dolore sono i sedativi. La principale di tutte le piante è il papavero, infatti, da qui si ricavano morfina, eroina, oppiacei e oppioidi.

L'OPPIO: Ottenuto dal "*papaver somniferum*", pianta erbacea alta circa 1 metro con foglie ondulate di colorazione verde intenso con fiori rosa, bianchi o purpurei. Esistono molte varietà di oppio (a seconda della percentuale di "morfina" contenuta). Generalmente si presenta come una massa bruna che all'aria annerisce. Ha odore acre, forte ed è di sapore amaro. Quando i petali cadono, la base del fiore inizia a gonfiarsi, al suo interno troviamo i semi ed una sostanza lattiginosa che serve a difenderli dagli insetti. Tutto parte dalla resina bianchiccia e collosa del papavero che nei secoli l'uomo ha trattato in modi diversi per ottenere sostanze sempre più potenti. Il funzionamento è il seguente: quando il corpo viene danneggiato lo segnala al cervello attraverso il dolore, trasmesso lungo i nervi dall'elettricità. Tra un nervo e l'altro c'è un neurotrasmettitore specifico chiamato sostanza P (peptide del dolore); ed è proprio questa sostanza che ci fa provare dolore e ci spinge ad una reazione. Nel cervello ci sono zone che producono la sostanza P e altre che la ricevono, più ce n'è e più il dolore è forte ma quando il dolore è troppo eccessivo è il corpo stesso che elimina la sostanza. Ad es le vittime di ferite molto gravi nei secondi prima di perdere conoscenza non provano nulla grazie all'eccessiva produzione di endorfine che zittiscono la sostanza P. L'oppio agisce proprio come le sostanze già prodotte dal nostro corpo perché appunto è in grado di bloccare il dolore limitando la produzione di sostanza P e bloccano i recettori che non ricevendola più cessano lo stimolo doloroso. Sia l'oppio ma anche tutti i suoi derivati hanno un effetto depressivo su tutto l'organismo rallentando i bpm, la FR, abbassando la PA, ritardando il ciclo mestruale e diminuendo il testosterone. In piccole dosi si ha un eccitamento dei centri nervosi che provocano uno stato di serenità, benessere, euforia cui, poi, segue uno stato di depressione, sonnolenza e possibili disturbi all'apparato digerente ed alla circolazione. L'abuso provoca tossicomania con forte deperimento ed elevata dipendenza fisica. L'Oppio già 12 mila anni fa veniva dato ai bambini e ai malati di mente per tranquillizzarli, anche Ippocrate lo prescrisse per conciliare il sonno e sedare i suoi pazienti durante le operazioni.²

LA MORFINA: All'inizio dell'800 un farmacista tedesco Friedrich Serturner inizia una serie di esperimenti alla fine isola un composto in forma di cristalli chiari, li scioglie in un bicchiere d'acqua e perde conoscenza per molte ore, da qui nasce la morfina chiamata così da Morfeo, il Dio greco del sonno. La morfina è il principale derivato dell'oppio e si ottiene trattando, chimicamente a caldo, l'oppio con soluzioni di acqua, calce ed ammoniaca. La qualità di questa sostanza non dipende dal raccolto e inoltre è dieci volte più potente dell'oppio, di conseguenza ne serve di meno. All'inizio viene venduta in pastiglie supposte o boccette da bere ma proprio in quegli anni si diffonde una nuova invenzione scientifica che cambia per sempre il mondo della droga: la siringa. Iniettare questa sostanza direttamente nel sangue ne potenzia terribilmente l'effetto e crea più dipendenza fisica.² La sostanza inoltre può essere assunta anche per via orale ma il tossicomane generalmente usa l'iniezione intramuscolare od endovenosa che ne moltiplica sensibilmente gli effetti. La sostanza, che è un potente analgesico, agisce sul sistema nervoso centrale provocando, in minime dosi, fenomeni di euforia e piacevole ebbrezza e, a dosi più elevate, annullamento della percezione del dolore e sonno profondo. L'abuso produce assuefazione e grave dipendenza.

L'EROINA: Nel 1897 Heinrich Dreser il capo farmacologo della Bayer decide di testare un nuovo composto a base di morfina, ma molto più potente sugli animali e osservando il loro comportamento inizia a sperimentarlo anche sui suoi operai che gli riferiscono di sentirsi più eroici una volta assunta, da qui prende il nome di eroina. Poco dopo viene esportata in tutto il mondo e assunta in forma di pastiglie, sciroppi ed elisir. Essa si ottiene dalla trasformazione chimica della morfina. Si presenta come polvere bianca o marrone, spesso granulare, amara, molto solubile in acqua, con odore di acido. L'assunzione può avvenire iniettandola in vena o può anche essere fumata o inalata. Gli effetti durano circa 3-6 ore e sono di natura deprimente e calmante. Proteggono il consumatore dall'ansia, dalla paura, dal disagio psichico e riducono il desiderio di cibo, di sesso, dando sonnolenza. L'eroina produce effetti varianti, tra un assunto e l'altro, ma sempre caratterizzati da alternanza di stati euforici e depressivi, forte eccitazione e passività, annullamento del dolore, sensazioni di calore e rallentamento delle pulsazioni e della respirazione. I segni dell'intossicazione sono pupille dilatate, incoordinazione motoria, sudorazione, tremori, rigidità muscolare, ipotermia.² L'uso abituale dell'eroina porta ad apatia, trascuratezza, scarsa alimentazione e mancanza d'igiene. Il fenomeno

dell'assuefazione è rapido, la dipendenza fisica e psichica fortissima. La "sindrome di astinenza" è gravissima e predispone il tossicomane ad atti inconsulti e violenti.

- Le sostanze stimolanti sono le droghe più usate al mondo. Ce ne sono di tantissimi tipi diversi ma arrivano principalmente da queste piante: coca, efedra, qat, betel nut e yohimbe.

COCAINA: Ci sono 250 piante di coca ma quella più usata è la *Erythroxylum* originaria del Perù. La pianta ha fiori bianchi e può crescere fino a 3 metri, le foglie sono un buon alimento e infatti fanno aumentare il glucosio nel sangue combattendo fame e freddo. Ogni foglia contiene l'1% di coca rispetto al suo peso, nell'antichità le foglie venivano masticate e in alcuni minuti gli effetti salivano al cervello, le foglie venivano utilizzate come rimedi a numerosi problemi di salute. La cocaina nasce dalla raffinazione delle foglie della pianta di coca, tirando fuori il principio attivo viene fuori una polvere bianca. Si può trovare anche sotto forma di compresse, tavolette o allo stato liquido in fiale. Viene assunta inalandola per via nasale, fumata o iniettata. Ha sapore amaro e, a contatto con le mucose, provoca una sensazione di freddo lasciando sulla lingua un senso di anestesia. Gli effetti danno sensazione di forza e di energia con riduzione della fatica, eccitazione, diminuzione del bisogno di cibo, euforia, minore sensibilità al dolore. Le pupille si dilatano e gli occhi diventano ipersensibili alla luce. Dopo qualche ora dall'assunzione, il consumatore inizia a sentirsi stanco, assonnato e depresso. Tipici segni riguardano le pupille dilatate, tremori, ulcere al naso e manie persecutorie. La tolleranza e la dipendenza fisica sono modeste perciò con tale stupefacente, non si ha la "sindrome di astinenza" vera e proprio a differenza della dipendenza psichica.

EFEDRA: È una pianta con poche foglie che cresce in tutto il mondo, alta 30 cm e produce fiori gialli pieni di semi velenosi. Le foglie venivano masticate o disciolte in acqua poiché favoriscono la respirazione, stimolano il cuore ecc... Per passare dalla pianta alla droga viene estratto il principio attivo cioè l'efedrina e da questa viene sintetizzata l'anfetamina, sostanza che può essere prodotta chimicamente. Il boom delle anfetamine si ha con la Seconda guerra mondiale quando i soldati iniziano ad assumere questa droga. Le anfetamine hanno un meccanismo d'azione simile alla cocaina ma con una durata di quattro volte maggiore. Il loro uso eccessivo diminuisce l'attività in alcune regioni del cervello alterando la capacità decisionale, colpiscono gravemente anche il sistema cardiovascolare e nervoso. Le anfetamine possono essere sniffate,

iniettate e ingerite ma il metodo più diffuso è fumarle.

QAT: Una pianta che raggiunge i cinque metri d'altezza con foglie lucide, i germogli vicino alla cima sono i migliori da masticare e contengono una sostanza (il cathinone) simile alle anfetamine che produce un effetto euforico e di iperattività. L'effetto dura novanta minuti. Il cathinone rimane attivo nelle foglie fino ad un giorno successivo alla raccolta perciò va masticato fresco.² Nel Corno d'Africa e in Medio Oriente è comune per le famiglie acquistare questa sostanza e in Kenya la coltivazione di quat impiega più di cinquecento mila persone. Masticare questa pianta a lungo andare però, può provocare: ipertensione, insonnia, irritabilità e può portare a violenza. Crea dipendenza e il suo abuso provoca depressione, frequenti sono anche i casi di tumori alla bocca.

BETEL NUT: Il principio attivo stimolante è l'arecoline che aumenta il livello di adrenalina nel cervello. Gli effetti che dà sono gli stessi degli altri stimolanti. La noce non è buonissima da masticare perciò viene arricchita con altri ingredienti. L'utilizzo di questa droga ha un impatto meno grave sul corpo rispetto ad altre però a chi ne abusa il succo delle foglie con il tempo macchia i denti e una minoranza sviluppa cancro a bocca ed esofago. In India più di cinque milioni di bambini sotto gli anni quindici sono diventati dipendenti e alcuni di loro hanno già sviluppato lesioni alla bocca.

YOHIMBE: Dall'albero di Yohimbe si ricava la Yohimbina cioè uno stimolante simile alla cocaina ma rispetto ad essa questa droga è afrodisiaca, ad alte dosi provoca nausea, insonnia, ansia e nei casi più gravi può danneggiare il sistema cardiovascolare.

- Le sostanze allucinogene a differenza delle altre categorie alterano la percezione esterna e interna provocando allucinazioni e illusioni. Appartengono a questa categoria marijuana, funghetti magici, LSD, MDMA e altre piante con effetti psichedelici e molecole create in laboratorio.

CANNABIS: Pianta originaria della valle dell'Hindukush si è diffusa in tutto il mondo originando le varietà conosciute oggi. Le principali specie di piante sono Cannabis: Sativa, Indica e Ruderalis cambiano tra loro alcune caratteristiche fisiche come foglie, altezza, grandezza dei fiori e quantità di resina. La Cannabis è una pianta che cresce durante tutta la primavera/estate e prima di morire durante l'inverno cerca di riprodursi. Le piante si dividono in maschi e femmine, la resina infatti serve alla pianta femmina per farsi fecondare ed è proprio essa che contiene il CBD sostanza da cui derivano gli altri cannabinoidi come il THC. La Cannabis ed i suoi derivati agiscono sul cervello e sugli altri organi mimando l'azione di sostanze prodotte naturalmente dall'organismo, gli

endocannabinoidi, essa è dotata di azione psicotropa, ovvero capace di modificare lo stato psico-fisico di una persona. Tipicamente viene inalata attraverso il fumo in sigarette chiamate "spinelli". Gli effetti varianti da un assuntore all'altro sono comunque caratterizzati da euforia, aumento della sensibilità visiva ed uditiva, sensazione di benessere e rilassamento talvolta sonnolenza. Può dare dipendenza.³

FUNGHETTI MAGICI: Ci sono circa cento specie di funghi che producono effetti psichedelici ma quello più usato è il *Psilocybe cubensis* ed è famoso perché contiene sia la psilocibina e psilocina due sostanze psicoattive. I funghi magici agiscono sulla norepinefrina, sovraccaricano i sensi e sono in grado di cambiare gusto, tatto, udito e vista alterando gli stati di coscienza². Inoltre, possono agire anche sull'ormone serotonina. Bastano dosi da dieci a sessanta mg di principio attivo per andare fuori per circa cinque ore.

LSD: Si chiama *Claviceps purpurea* ed è una muffa scura che cresce soprattutto sulla segale, quando le scorte di grano scarseggiavano, il pane veniva fatto ugualmente anche con la segale contaminata intossicando chiunque lo mangiasse creando allucinazioni, delirio e follia. Il chimico Albert Hoffmann inconsapevolmente trasformò la muffa in LSD e Timothy Leary uno psicologo, decise di usarla per sbloccare traumi sepolti durante le sue sedute di terapia e da qui ci fu il boom. Questa droga si assume solo per via orale, il picco viene raggiunto dopo sei/otto ore e questo "viaggio" dura un giorno intero.

MDMA: Nasce come farmaco per la psicoterapia e da subito viene utilizzato da molti psicologi per la capacità di entrare in contatto con le proprie emozioni, paure e sentimenti. In pochi anni però l'MDMA esce dagli studi degli psicologi e diventa una droga ricreativa venduta con il nome di "Ecstasy". Di solito si trova in pastiglie e gli effetti appaiono dopo circa un'ora dall'ingestione con una durata che va da tre a sei ore. Agisce aumentando la FC, la FR, la sensazione di benessere, autostima e felicità. Amplifica le sensazioni senza però causare distacco dalla realtà. Se fatto un abuso di questa sostanza i danni potrebbero essere letali poiché colpisce i principali organi del nostro corpo.

1.2. Vie di assunzione delle droghe:

- **INGESTIONE:** Quando viene ingerita passa attraverso l'esofago, stomaco ed intestino dove viene assorbita dai capillari che la portano al fegato. Qui il corpo cerca di neutralizzarla, dal fegato passa al cuore che la distribuisce al resto del

corpo. L'ingestione è il metodo più sicuro per assumere una droga perché consente all'organismo di attutirne gli effetti.

- **ASSORBIMENTO:** La droga può essere assorbita tramite le mucose del naso e della bocca ed essendo zone ricche di capillari la mettono subito in circolazione nel sangue⁴. Entrando direttamente nel circolo sanguigno arriva più rapidamente al cervello e gli effetti si sentono prima, appena dopo tre minuti dall'assunzione.
- **RESPIRAZIONE:** Quando viene respirata la droga entra nei polmoni che essendo ricchissimi di capillari la portano direttamente al cuore, gli effetti si sentono non appena dopo dieci secondi.
- **INIEZIONE:** Questo è in assoluto il metodo più pericoloso, innanzitutto la sostanza arriva subito al cuore e iniettandola direttamente nel sangue nel giro di cinque secondi si ha una sensazione fortissima ed è proprio questa che crea dipendenza.
- **CONTATTO:** Quando la droga viene assorbita tramite la pelle entra nel corpo nel modo più lento e gli effetti si iniziano a sentire dopo circa ventiquattro ore, perciò, nessuno utilizza questo metodo.

1.3. Qual è il fattore principale della dipendenza:

Ci sono quattro aspetti fondamentali per cui una persona diventa dipendente e sono: genetica, ambiente, meccanismi del corpo e tipo di droga.

- **GENETICA:** Nella metà dei casi la genetica causa una particolare vulnerabilità. Le alterazioni dei geni che controllano il recettore D2 della dopamina sono presenti nella maggior parte dei casi di dipendenza, di conseguenza, a chi per diversi motivi, questo recettore funziona meno saranno più predisposti ad una dipendenza.⁴
- **AMBIENTE:** Per ambiente si intendono anche i condizionamenti sociali e culturali. Ad esempio, la mancanza di affetto, l'abuso, abitudini sbagliate dei genitori, quartiere in cui si cresce e i compagni di scuola. Già nella pancia il feto riceve diverse influenze, più la mamma è sottoposta a stress, violenze, disagi e più il bambino sarà fragile di fronte alle difficoltà.
- **MECCANISMI DEL CORPO:** Un meccanismo che porta all'abuso è la tolleranza. Infatti, dopo un po' il corpo si abitua a quella determinata sostanza e ha bisogno di dosi sempre maggiori per poter ricreare l'effetto iniziale.⁵

- **TIPO DI DROGA:** Alcune sostanze non sono poi così potenti da portare all'abuso altre invece no, la maggior parte infatti hanno un'azione rapida ed è facilissimo diventarne dipendenti fin da subito.

1.4. La realtà della tossicodipendenza in Italia

La Direzione Centrale per i Servizi Antidroga pubblica la sua "Relazione Annuale", nella quale vengono illustrati attività e risultati ottenuti l'anno. Dai dati elaborati risulta come i sequestri di droga mostrino un vistoso aumento per la cocaina (+127,61%), con la quota record delle 8 tonnellate sottratte, il quantitativo più alto dal 2010 ad oggi. Dei denunciati per reati concernenti gli stupefacenti, il 39,45% è costituito da stranieri. Si registra anche un lieve incremento dei minori segnalati all'Autorità Giudiziaria, per la maggior parte italiani e coinvolti, per lo più, nella cessione dei derivati della cannabis. Crescono, le morti per overdose riferite a tutte le droghe, che nell'anno sono state 373, con un aumento dell'11,01% rispetto al 2018.⁶ Al di là di numeri e percentuali, non certo incoraggianti, il consumo di sostanze stupefacenti e gli stili di vita connessi continuano a rappresentare, nel nostro Paese, un problema di salute pubblica. In Italia infatti, oltre un terzo della popolazione carceraria è costituito da soggetti detenuti per reati droga-correlati. Al 31 dicembre 2020, le persone detenute per reati connessi alla droga erano 18.697, pari al 35% del totale dei presenti: il 95% aveva commesso reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti e il 35% reati di associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti. Le regioni con il maggior numero di detenuti per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti, presenti alla fine del 2020, erano Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia e Piemonte. Per quanto riguarda la popolazione studentesca il 19% degli studenti tra i 15 e i 19 anni ha riportato di aver assunto sostanze psicoattive illegali nel corso dell'anno. La cannabis è stata la sostanza più utilizzata nel 2020: circa un quinto degli studenti ne ha fatto uso almeno una volta. Nella maggior parte dei casi (91%), questa è stata l'unica sostanza consumata. Le NPS (nuove sostanze psicoattive) si confermano la seconda tipologia di sostanze più popolare. Riguardo alla frequenza di utilizzo durante il lockdown, il 43% degli utilizzatori ha consumato la sostanza 1 o 2 volte, il 24% fra le 3 e le 9 volte, il 10% tra 10 e 19 volte mentre il 23% l'ha consumata frequentemente (20 o più volte), soprattutto i ragazzi.⁷ Si osserva quindi che una percentuale consistente di consumatori ha fatto un uso frequente di sostanze psicoattive durante il lockdown. Questo potrebbe

indicare che coloro che sono riusciti a procurarsi sostanze stupefacenti, nonostante le restrizioni, siano anche coloro che ne fanno solitamente un uso più assiduo.

CAPITOLO SECONDO

LA MADRE TOSSICODIPENDENTE

2.1. Profilo della donna tossicodipendente in gravidanza

In genere la gravidanza di una donna tossicodipendente viene scoperta con notevole ritardo: l'utilizzo abituale delle sostanze stupefacenti porta, infatti, ad irregolarità mestruali e a periodi di oligoamenorrea frequenti e prolungati e di conseguenza passa un certo periodo di tempo prima che la donna sospetti la gravidanza e la accerti. Inoltre, i primi segnali come senso di malessere, nausea, vomito, stanchezza, sono spesso interpretati come astinenza ed addirittura inducono la donna ad assumere ulteriori dosi di droga. La maggior parte delle gravidanze sono indesiderate ma non tutte, c'è infatti una buona percentuale di donne tossicodipendenti che ricercano la maternità come forma di cambiamento. La maternità può venire vissuta come una svolta, perché offre la possibilità di allontanarsi dalla droga. Se la donna decide di proseguire la gravidanza questa purtroppo è spesso caratterizzata dalla carenza di cure prenatali: la richiesta di intervento assistenziale da parte della donna dopo la scoperta della gravidanza o è tardiva oppure completamente assente. Purtroppo, le donne tossicodipendenti, per il timore di critiche e a volte anche di denunce da parte dell'autorità giudiziaria, non si rivolgono volentieri ai servizi di cura e quando ci si rivolgono, a meno che non lo dichiarino, la loro identificazione può non essere semplice anche perché alcuni degli effetti delle droghe possono sovrapporsi con quelli della gravidanza. La mancata individuazione della tossicodipendenza è grave sia perché non si mettono in atto le procedure diagnostiche e terapeutiche volte a prevenire le complicanze materne e fetali associate all'assunzione di droghe, sia perché l'eventuale sintomatologia presentata dopo la nascita dal neonato potrebbe non venir ricondotta alla sua vera causa. Tali gravidanze, inoltre, sono spesso aggravate da rischi infettivologici di trasmissione materno-fetale (sifilide, gonorrea, epatiti, HIV)⁸. Spesso le gestanti tossicodipendenti sono malnutrite e con alterate difese immunitarie. In queste circostanze è d'obbligo un attento monitoraggio della gravidanza e appare, soprattutto, opportuna una presa in carico multispecialistica. È essenziale che la riduzione o sospensione degli stupefacenti avvenga nelle primissime settimane di gravidanza, sempre con le dovute cautele al fine di evitare una crisi d'astinenza. Per il tentativo di disassuefazione all'eroina si utilizza la terapia sostitutiva con metadone per via orale. Se si deve ricorrere al parto cesareo è preferibile optare per l'anestesia spinale evitando, così, l'utilizzo di analgesici

aggiuntivi oltre al metadone stesso⁹. Lo stile di vita della donna tossicodipendente è sicuramente un'ulteriore fonte di pericoli per la sua salute: la scoperta della gravidanza non mette necessariamente fine ai comportamenti a rischio e di conseguenza questi si ripercuotono anche sul benessere fetale. La condizione familiare e abitativa è in genere sfavorevole; spesso le donne non sono sposate o se lo sono è più frequente ritrovare un partner anch'esso tossicodipendente. Anche la situazione lavorativa di queste donne è precaria, caratterizzata da lavori poco qualificati, fortemente condizionata dallo stato di tossicodipendenza. Spesso le donne, sole e non sostenute dalla famiglia, ricorrono alla prostituzione come fonte di guadagno; questa viene spesso praticata senza le dovute precauzioni esponendole a gravi rischi soprattutto di tipo infettivo.

2.2. Patologie associate alla tossicodipendenza

I tossicodipendenti sono una popolazione a rischio: sono infatti caratterizzati da una mortalità più elevata rispetto a quella della popolazione generale della stessa età e dello stesso sesso. Numerose sono le cause alla base di questo eccesso di mortalità, dall'azione diretta della droga, al comportamento o stile di vita caratterizzato da rapporti sessuali a rischio, promiscuità sessuale, prostituzione e tendenza al suicidio. Le patologie che risultano più rilevanti per il decorso della gravidanza e il successivo outcome neonatale sono quelle infettive e psichiatriche. L'infezione da HIV/AIDS e l'overdose sono le principali cause di morte fra gli assuntori di sostanze stupefacenti per via iniettiva, ma l'eccesso di mortalità riguarda anche altre cause, quali, ad esempio, la cirrosi o l'endocardite. L'infezione da HIV si diffonde principalmente tramite lo scambio di siringhe e/o aghi contaminati, ma una certa quota di casi, soprattutto fra le donne tossicodipendenti, è attribuibile a trasmissione sessuale. Infezioni virali di notevole rilevanza fra i tossicodipendenti, sia in termini epidemiologici che per le conseguenze cliniche, sono dovute ai virus epatotropi, in particolare ai virus dell'epatite C (HCV) e B (HBV), nonché al virus delta (HDV), virus difettivo che può replicarsi solo nelle persone infette con HBV. Mentre l'infezione da HBV è oggi prevenibile tramite vaccinazione, l'HCV rappresenta ancora un'insidia difficilmente arginabile.¹⁰ Nel 2020 sono stati testati 38.892 assistiti per HIV, pari al 31% del totale dei soggetti in trattamento: l'1,5% del totale è risultato positivo, un dato in crescita rispetto all'anno precedente. Il 23% del totale degli utenti in trattamento è stato testato per HBV, con una percentuale di positività pari allo 0,5% dell'utenza totale in trattamento. 27.084 soggetti tossicodipendenti sono stati testati per HCV e 11.091 sono risultati positivi, pari rispettivamente a 22% e 8,8% del totale degli utenti in trattamento.⁶ L'esistenza, inoltre,

di una “doppia diagnosi” in una donna tossicodipendente in gravidanza comporta un ulteriore aumento del rischio associato alla gestazione. Infatti, la coesistenza di disturbo psichiatrico aumenta la probabilità di sviluppare comportamenti autodistruttivi (fino al suicidio), che durante la gestazione possono essere causa di gravi conseguenze per il feto. Inoltre, i farmaci utilizzati per trattare i disturbi psichiatrici sono stati associati in letteratura a un maggiore incidenza di complicanze sia fetali che neonatali.

2.3. L’assunzione di droghe in gravidanza

L’abuso di sostanze in epoca prenatale rappresenta un rischio rilevante per lo sviluppo e la salute del feto. Quasi tutte le droghe conosciute attraversano la placenta e producono effetti sul feto, direttamente o indirettamente, influenzando la salute materna. Se il periodo di esposizione coincide con la fase embriogenetica si potranno avere effetti teratogenetici e alterazioni dello sviluppo morfologico o funzionale di organi. Durante lo sviluppo fetale, le droghe daranno prevalentemente danni di tipo funzionale con alterazione dei neurotrasmettitori e dei loro recettori nell’ambito dell’organizzazione cerebrale e le conseguenze potranno manifestarsi anche a distanza di anni nel corso dell’infanzia.

- **COCAINA:** Attraversa la barriera placentare ed è responsabile di vasocostrizione, tachicardia e contrazioni uterine con rischio di distacco di placenta, aborto o parto prematuro. L’ipossia intrauterina e la malnutrizione indotte dalla vasocostrizione determinano un ritardo di crescita dose-correlato. La cocaina si associa frequentemente con malformazioni congenite scheletriche, cardiovascolari, urogenitali e gastrointestinali. È causa di microcefalia e anomalie che coinvolgono il SNC e gli organi di senso (in particolare modo l’udito). Nel neonato i dismorfismi possono configurare la cosiddetta “sindrome cocainica” con allargamento delle fontanelle, glabella prominente, edema periorbitale, brevità della piramide nasale e ipoplasia delle unghie. L’utilizzo abituale di cocaina in gravidanza si associa inoltre all’emergere di disturbi neurocomportamentali nel corso dell’infanzia.¹¹
- **CANNABINOIDI:** È difficile studiare l’effetto isolato della Cannabis perché molto spesso è utilizzata in concomitanza con altre sostanze. I metaboliti attraversano la placenta e hanno un metabolismo fetale molto lento. Determina uno scarso accrescimento endouterino e anomalie neurologiche diverse (tremori,

irritabilità e ipertono). La Cannabis potenzia il rischio di prematurità e di basso peso alla nascita e gli effetti teratogeni di altre droghe. Più raramente sono stati segnalati difetti congeniti a carico del SNC, del cuore, degli arti e dell'apparato digerente.¹² I Cannabinoidi esogeni interferirebbero anche con il sistema recettoriale degli endocannabinoidi in grado di regolare l'eccitabilità neuronale e coinvolto in numerose condizioni fisiopatologiche.

- **OPPIACEI:** Non sono una causa rilevante di malformazioni nel neonato. Certamente interferiscono con l'accrescimento fetale con il concorso della malnutrizione materna. Questo effetto è più marcato per l'eroina che è responsabile di ipoplasia cellulare in diversi organi e apparati. L'esposizione prenatale può modificare il momento e la qualità della mielinizzazione alterando lo sviluppo degli oligodendrociti, inibendo la crescita dendritica, la migrazione e la ramificazione neuronale.¹³ Ne consegue la riduzione della circonferenza cranica e del volume cerebrale, con possibili alterazioni dello sviluppo cognitivo e del comportamento. Metadone e buprenorfina: sono utilizzati nella terapia sostitutiva e ne è consentito l'impiego in gravidanza. Danno anch'essi una sindrome da astinenza neonatale.

CAPITOLO TERZO

IL NEONATO DI MADRE TOSSICODIPENDENTE

3.1. Come identificarlo

La diffusione delle droghe tra la popolazione giovanile rende necessario conoscere le patologie neonatali associate alla loro assunzione in gravidanza. La prevalenza dei nati da madre tossicodipendente è molto difficile da valutare in quanto, essendo spesso celata la condizione di tossicodipendenza materna, il neonato può passare inosservato. Infatti, nella maggior parte dei casi, la sintomatologia, se presente, è assolutamente aspecifica e quindi è facile che venga attribuita ad altre cause.¹⁴ La modalità più semplice per identificare l'abuso di sostanze da parte della donna in gravidanza è eseguire un'anamnesi accurata. Quando lo stato di tossicodipendenza non è noto, il dubbio di un'eventuale assunzione di sostanze che danno dipendenza deriva dalla presenza nella madre e poi nel neonato di alcune caratteristiche di allarme. (Tab. 1)

MADRE	<ul style="list-style-type: none">• Storia di precedente alcolismo o tossicodipendenza• storia di prostituzione• partner alcolista o tossicodipendente• scarso stato nutrizionale• infezioni cutanee• endocardite batterica• malattie sessualmente trasmissibili• alcune condizioni mediche come: anemia, linfedema, aritmie cardiache, ipertensione arteriosa e crisi ipertensive, eventi cerebrovascolari, flebiti, patologia psichiatriche• pregressi aborti spontanei• pregressa gravidanza complicata per motivi sconosciuti• assenza o carenza di compliance ai controlli ostetrici durante la gravidanza• complicanze ostetriche: parto prematuro, distacco di placenta, crisi ipertensive.
-------	--

NEONATO	<ul style="list-style-type: none"> • IUGR non riferibile ad altra causa • disturbi neurocomportamentali nei primi giorni di vita • anomalie urogenitali • enterocolite necrotizzante • eventi cerebrovascolari • difetti del tubo neurale
---------	---

Tabella 1 – Caratteristiche di allarme materne e neonatali.

In presenza di determinati segni e sintomi, è possibile procedere tramite screening, quello più utilizzato è la ricerca dei cataboliti e delle sostanze stupefacenti nelle urine, che consente di identificare l'assunzione e quantificare l'entità dell'esposizione, procedendo così in modo mirato nel trattamento. La metodica di analisi viene eseguita sulle urine neonatali raccolte entro 24-36 ore dalla nascita. Si stima che fino al 50% dei neonati che hanno avuto una madre affetta da disturbo da uso di sostanze durante la gravidanza, sviluppino una sindrome di astinenza. Questa percentuale varia in base alla popolazione, al tipo di sostanza, alla quantità e alla frequenza di assunzione materna. A livello globale, negli ultimi due decenni, l'incidenza del disturbo da uso di sostanze, e in particolare di oppioidi, è aumentato del 47%, e di questi si stima che 1/3 fossero donne. L'aumento dell'abuso di sostanze ha portato inevitabilmente ad un aumento di sindromi da astinenza neonatale. Infatti, negli ultimi dieci anni, secondo alcuni studi americani forniti dal National Inpatient Sample, l'incidenza di questa patologia neonatale è aumentata di ben 5 volte rispetto al passato (5,8 su 1000 nascite). Sebbene i disturbi da uso di sostanze materne siano ugualmente comuni nelle diverse classi e razze socioeconomiche, sono più comuni nelle donne più giovani, non sposate e nelle donne con uno stato di istruzione inferiore.¹⁵ Sulla base di questi dati è incrementato conseguentemente anche il tasso di accesso alle terapie intensive neonatali, e quindi il costo ospedaliero.

3.2. La Sindrome di Astinenza Neonatale (SAN)

Le droghe che attraversano la placenta possono provocare una dipendenza passiva nel feto. Di conseguenza, al momento della nascita, in particolare dopo la recisione del cordone ombelicale, viene a mancare l'apporto della sostanza e il neonato può manifestare una sindrome di astinenza, proprio come si verifica nell'adulto. I sintomi sono facilmente riconoscibili; il trattamento farmacologico può consistere in sedativi o

farmaci sostitutivi il cui dosaggio dipende dalla gravità dei sintomi di astinenza valutati utilizzando un sistema di punteggio (FINNEGAN). I sintomi del SAN di solito si risolvono entro pochi giorni, anche se alcuni segni, in particolare irritabilità e tremori, possono persistere fino a 3 mesi di età. Nessun deficit neurologico o cognitivo a lungo termine è direttamente associato all'uso di eroina o metadone durante la gravidanza.¹⁶ Le manifestazioni cliniche della SAN sono diverse a seconda del tipo di droga assunta dalla madre: l'eroina, il metadone, i barbiturici, le benzodiazepine e l'alcol inducono la sintomatologia astinenziale completa, più frequentemente rispetto alla cocaina e ai cannabinoidi che danno in genere solo manifestazioni neurocomportamentali. L'insorgenza dipende dall'emivita della sostanza, nel dettaglio, quelle più utilizzate: (Tab. 2)

Esordio ed evoluzione della sindrome di astinenza neonatale		
	Esordio dalla nascita	Evoluzione
Eroina	Da poche ore a 24-48 ore	Breve, pochi giorni
Metadone	24-72 ore fino a 2-4 settimane	Lunga, ≥ 30 giorni
Cocaina	48-72 ore	Breve, pochi giorni
Cannabis	A breve distanza	Breve, pochi giorni
Alcol	6-12 ore	Breve, 2-3 giorni
Tabacco	A breve distanza	Breve, pochi giorni

Tabella 2 – Esordio ed evoluzione della sindrome da astinenza neonatale¹⁷

Inoltre, è di fondamentale importanza che la donna tossicodipendente in dolce attesa sia seguita da specialisti durante tutta la gestazione, segua un programma controllato e un trattamento specifico.¹⁸ Una misura molto sensibile dell'astinenza a lungo termine è fornita dalla valutazione del riflesso di Moro che normalmente scompare intorno ai 4 mesi di vita mentre nei lattanti esposti a metadone scompare più tardi, a circa 6 mesi. Esistono vari fattori in grado di influenzare le caratteristiche della SAN come:

- Entità della ultima dose assunta dalla madre
- Tempo intercorso fra l'ultima dose ed il parto: in genere più prossima al parto è stata l'ultima dose assunta dalla madre e più tardiva e grave sarà la sintomatologia presentata dal neonato.

- Età gestazionale del neonato: i neonati pretermine manifestano una sintomatologia di minore gravità, soprattutto per quanto riguarda la sfera neurologica e spesso non necessitano di un trattamento farmacologico oppure, se lo necessitano, sono in genere sufficienti dosi inferiori rispetto ai nati a termine. È difficile infatti la valutazione clinica della SAN in un nato pretermine perché la sintomatologia astinenziale si sovrappone a quella riconducibile alla immaturità e alla prematurità.
- Assunzione concomitante di altre droghe e farmaci: mentre la cocaina riduce la gravità della sintomatologia astinenziale; l'utilizzo di benzodiazepine ritarda l'insorgenza della SAN e ne aumenta la durata;

La valutazione clinica della sintomatologia astinenziale si basa su un sistema a punteggio: lo score permette il monitoraggio costante della sintomatologia presentata dal neonato in modo semplice e preciso e permette quindi di valutarne il decorso. Oltre che dal punto di vista diagnostico e prognostico, lo score ha importanza terapeutica, in quanto, superato un determinato valore soglia, indica la necessità di iniziare il trattamento farmacologico. Il sistema di score più utilizzato è il punteggio di Finnegan.

3.3. Scala di Finnegan

Nel 1975 la dottoressa Loretta P. Finnegan pubblicò un sistema di punteggio per la valutazione della sindrome da astinenza neonatale, che poteva essere utilizzato sia come strumento clinico sia come strumento investigativo. Questo punteggio elenca tutti i segni clinici rilevanti di astinenza nei neonati durante i primi giorni di vita in modo completo e può essere utile per avviare, monitorare e terminare il trattamento nei neonati. La cura non farmacologica è l'opzione di trattamento iniziale e il trattamento farmacologico è necessario se non si osserva un miglioramento dopo misure alternative o se il lattante sviluppa un grave astinenza. La scala Finnegan è composta da 27 segni e sintomi clinici suddivisi in tre categorie: 1) disturbi del sistema nervoso centrale 2) disturbi metabolici, vasomotori, respiratori 3) disturbi gastrointestinali (Fig. 1). Viene assegnato 1 punto per ciascuno dei seguenti parametri (ad eccezione del primo)¹⁹. Linee guida per la valutazione della Sindrome di Astinenza Neonatale:

- **Pianto con toni acuti:** 2 punti se un pianto ha toni acuti al suo picco, 3 punti se il pianto ha sempre toni acuti.
- **Sonno:** Considerare il tempo complessivo di sonno del bambino tra i pasti.

- **Tremori:** Questa è una scala di gravità crescente, e deve essere assegnato solo un punto per le quattro categorie. Sonno non disturbato significa che il bambino è addormentato o a riposo nella culla.
- **Aumentato tono muscolare:** Assegnare il punto se il bambino presenta un tono muscolare generalizzato maggiore del limite superiore della norma.
- **Escoriazione:** Assegnare il punto se l'escoriazione cutanea compare più di tre o quattro volte nell'arco di 30 minuti.
- **Infiammazione nasale:** Assegnare il punto se l'infiammazione nasale è presente senza ulteriori evidenze di malattia alle vie aeree.
- **Frequenza respiratoria:** Assegnare il punto se è presente una frequenza respiratoria superiore a 60 battiti al minuto senza ulteriori evidenze di malattia alle vie aeree.
- **Eccessiva suzione:** Assegnare il punto se il bambino succhia più della media.
- **Scarsa alimentazione:** Assegnare il punto se il bambino è molto lento a mangiare o assume quantità inadeguate.
- **Rigurgito:** Assegnare il punto solo se il bambino rigurgita più frequentemente del solito per un neonato.

Sistema	Segni e sintomi	Punteggio	Data e ora																				
Disturbi del sistema nervoso centrale	Pianto con toni acuti	2																					
	Pianto continuo con toni acuti	3																					
	Sonno < 1 ora dopo il pasto	3																					
	Sonno < 2 ore dopo il pasto	2																					
	Sonno > 3 ore dopo il pasto	1																					
	Disturbato da lievi tremori	1																					
	Disturbato da tremori moderati-gravi	2																					
	Non disturbato da lievi tremori	3																					
	Non disturbato da tremori moderati-gravi	4																					
	Aumentato tono muscolare	2																					
	Escoriazione (specificare area)	1																					
	Sussulti mioclonici	3																					
	Convulsioni generalizzate	5																					
Disturbi metabolici/vasomotori /respiratori	Febbre (37,3°C - 38,3°C)	1																					
	Febbre (38,4°C e più elevata)	2																					
	Frequenti sbadigli (>3-4 volte)	1																					
	Otturazione nasale	1																					
	Starnuti (>3-4 volte)	1																					
	Infiammazione nasale	2																					
	Frequenza respiratoria >60/min	1																					
	Frequenza respiratoria >60/min con retrazione	2																					
Disturbi gastrointestinali	Eccessiva suzione	1																					
	Scarsa alimentazione	2																					
	Rigurgito	2																					
	Vomito a getto	3																					
	Feci molli	2																					
	Feci acquose	3																					
Punteggio massimo: 41																							
Punteggio totale																							

Figura 1 – Scala di Finnegan

Il neonato deve essere rivalutato ogni 3-4 ore e, a seconda del punteggio viene poi decisa la gestione clinica. La presenza di un punteggio ≥ 8 in tre valutazioni successive oppure ≥ 12 in una singola valutazione, suggerisce l'inizio del trattamento farmacologico. La scala Finnegan e le sue versioni modificate sono ampiamente utilizzate, ma presentano diversi limiti; infatti, per essere impiegate è necessaria un'adeguata formazione dell'infermiere, inoltre ci sono alcuni segni e sintomi come starnuti o sbadigli di scarsa rilevanza clinica gravati da una variabilità inter-individuale e in più perché particolari modifiche sono necessarie quando si tratta di neonati prematuri.²⁰ Diversi studi hanno rilevato una maggiore durata della degenza ospedaliera e del trattamento farmacologico quando si utilizza un protocollo basato su scala Finnegan.

3.4. Terapia

Il trattamento dei neonati con SAN ha come principali obiettivi: - assicurare il normale sviluppo del neonato e la sua crescita; - evitare l'insorgenza di eventi acuti come convulsioni e distress.²¹ È importante poter utilizzare protocolli standardizzati per il trattamento, che si differenzia in due ambiti principali: la terapia farmacologica e quella non farmacologica. L'obiettivo degli interventi non farmacologici è quello di ridurre la necessità di farmacoterapia. Questi interventi includono:

- Incubatrice e controllo termico;
- Contenimento del neonato e riduzione degli stimoli ambientali;
- Monitoraggio parametri vitali con cardiomonitor e saturimetro;
- Alimentazione precoce;
- Pasti frazionati;
- Latte materno.

È raccomandato un ambiente tranquillo, con minimi stimoli visivi, uditivi e tattili. I neonati che spesso hanno difficoltà a fare lunghe pause tra i pasti e possono diventare irritabili a causa della fame è raccomandata un'alimentazione frazionata con piccoli pasti frequenti.²² Alcune terapie alternative come la massoterapia o la digitopressione auricolare si sono dimostrate efficaci ed alcuni studi stanno analizzando gli effetti dell'aromaterapia e della musicoterapia. Gli operatori sanitari dovrebbero coinvolgere la madre ed aiutarla a riconoscere i bisogni e le necessità del neonato. Il rooming-in con la madre favorisce e promuove sia il contatto fisico che l'allattamento a richiesta. L'allattamento al seno dovrebbe essere incoraggiato nelle donne che sono in regimi di

mantenimento stabili come metadone, suboxone e farmaci simili poiché l'allattamento riduce la necessità di trattamento nei lattanti esposti agli oppioidi, ma dovrebbe essere scoraggiato per le madri che hanno fatto uso di droghe illecite nell'ultimo periodo prima del parto, non sono state sottoposte a cure prenatali o hanno condizioni di comorbidità come l'HIV.²³ Il trattamento farmacologico è una componente importante della gestione quando la cura non farmacologica è insufficiente per contrastare i segni e i sintomi della sindrome da astinenza neonatale. Circa il 60-80% dei neonati con la sindrome non ha una risposta efficace al trattamento non farmacologico e di conseguenza richiede la terapia. L'obiettivo principale del trattamento farmacologico è quello di alleviare i segni da moderati a gravi come convulsioni, febbre e perdita di peso o disidratazione. Non esiste uno standard di cura universalmente accettato e esistono variazioni nella pratica attuale per quanto riguarda l'uso di dosi basate sul peso o sui sintomi, nonché la soglia per iniziare il trattamento, l'avvio di dosi, protocolli di svezzamento e farmaci aggiuntivi. Nelle Sindromi di astinenza neonatale da oppioidi si usa la morfina, il Metadone o la Clonidina per bocca, nelle Sindromi da barbiturici si utilizza il Fenobarbitale. Nelle forme da cocaina o anfetamine non è indicata nessuna terapia farmacologica. In tutte le forme di Sindrome di astinenza neonatale, non appena i segni e i sintomi diminuiscono e si ha riduzione dei punteggi nelle scale di valutazione, il dosaggio dei vari farmaci viene gradualmente ridotto in modo da consentire il divezzamento del bambino dalle sostanze d'abuso. Anche gli svantaggi di ogni farmaco devono essere considerati ad es la morfina è associata ad un aumento dei rischi di sedazione e depressione respiratoria e a una permanenza prolungata in ospedale, mentre il metadone contiene etanolo. Un approccio standardizzato sia al trattamento non farmacologico che a quello farmacologico è essenziale. Un nuovo approccio gestionale chiamato "mangiare, dormire e consolare" si basa sul funzionamento di base del bambino, sulle cure non farmacologiche standardizzate e su un aumento del coinvolgimento della famiglia nella cura del neonato. Questo approccio sta dando risultati promettenti.²⁴ La gestione del SAN deve anche affrontare questioni materne come la malattia mentale, la violenza intima dei partner e l'accesso limitato all'assistenza sanitaria per mantenere la relazione madre-bambino necessaria per il normale sviluppo di esso. Il SAN è associato a conseguenze a lungo termine, tra cui, di solito, ritardi nel neuro sviluppo, problemi comportamentali e, quando non trattata, morte. Dati adeguati mancano ancora di risultati a lungo termine a causa dell'esistenza di molteplici fattori confondenti incontrollabili. Il bambino potrà essere dimesso dall'ospedale solo nel momento in cui le condizioni cliniche si manterranno stabili nelle

24 ore in assenza di terapia farmacologica. Essenziale sarà il coinvolgimento di un'equipe multidisciplinare composta da operatori del SerT, pediatra e infermiere di famiglia nella presa in carico, nella continuità post ospedaliera e nella relazione di cura.

CAPITOLO QUARTO

REVISIONE DELLA LETTERATURA

4.1. Introduzione allo studio

La tossicodipendenza è una condizione in cui ci si trova gradualmente a non poter controllare il desiderio di assumere una certa sostanza. In Europa, dai dati forniti dall'Istituto della Sanità sono circa 37 milioni le donne che hanno usato una sostanza stupefacente, almeno una volta nella vita. La maggior parte delle donne che fa uso di droghe non ha un lavoro stabile, perciò, molte di esse si riducono a rubare, spacciare, nei casi peggiori si prostituiscono, dormono per strada e accettano ogni tipo di violenza. In quasi tutti i casi nei quali la donna tossicodipendente rimane incinta, anche il padre del nascituro fa uso di droghe. Disintossicare e curare una coppia tossicodipendente, equivale in genere a rompere la coppia stessa, poiché si interviene sugli aspetti fusionali e simbiotici, mantenuti vivi dalla sostanza.²⁵ La fatica nel trattamento delle coppie tossicodipendenti è doppia per gli operatori, in quanto la coppia che si sente attaccata si difende da un'operazione vissuta come pericolosa con conseguenze a volte disastrose. Una donna tossicodipendente può rimanere incinta senza volerlo poiché non spenderà mai i suoi soldi in contraccettivi oppure può desiderare un figlio fortemente e questo per lei potrà essere un'opportunità unica e irripetibile di uscire dalla droga. L'abuso di sostanze in gravidanza è associato a seri problemi sia per la madre che per il figlio; infatti, una volta nato deve essere tenuto in osservazione perché il rischio che vada in crisi d'astinenza o sviluppi altre problematiche è elevatissimo.

4.2. Obiettivi dello studio

Indagare gli effetti che la madre tossicodipendenza in gravidanza può trasmettere al neonato, rilevare le migliori evidenze disponibili sulla tematica per migliorare le conoscenze infermieristiche da implementare nella pratica clinica.

PICO

(P) PATIENT: Donne tossicodipendenti gravide e neonati affetti da SAN

(I) INTERVENTION: Trattamento riguardante la droga che la mamma assume e gli effetti che ha sul neonato

(C) COMPARISON: Nulla

(O) OUTCOME: Abbassare la % di neonati che sviluppano la SAN

4.3. Materiali e Metodi

Per acquisire le informazioni necessarie affinché avvenisse la creazione e lo sviluppo di questo elaborato, sono state effettuate varie ricerche nelle banche dati, principalmente PubMed e The Cochrane Library. Durante la ricerca sono state utilizzate parole chiave che riguardassero gli argomenti primari della tesi. I risultati della ricerca sono sintetizzati nella (Tab. 3)

Banca dati	Stringa di ricerca	Limiti	Articoli
PubMed	Tossicodipendenza	Solo 3 articoli sono stati scritti dal 2008 ad oggi, gli altri sono antecedenti	28
PubMed	Gravidanza e tossicodipendenza	Scritti dal 1985 al 1987	3
PubMed	Finnegan score neonatal	Nessuno	243
The Cochrane Library	Drug addiction woman	Nessuno	10
The Cochrane Library	Drug addiction pregnancy	Argomenti non centrati	440 Trials
The Cochrane Library	Neonatal abstinence syndrome	Pochi argomenti e non specifici	6

Tabella 3 – Materiali e metodi di ricerca

Criteria di inclusione

Sono stati inclusi nella revisione i seguenti criteri:

- Pubblicazioni in lingua inglese e italiana
- Donne tossicodipendenti di tutte le età
- Neonati che hanno sviluppato la SAN

Criteria di esclusione

Sono stati esclusi nella revisione i seguenti criteri:

- Donne tossicodipendenti che hanno anche problemi di salute mentale
- Donne che hanno una dipendenza da alcool
- Neonati che oltre alla SAN presentano altre patologie

Popolazione Arruolata

Neonati e donne tossicodipendenti gravide

Parole chiave

Gravidanza e tossicodipendenza- Sindrome da astinenza neonatale- Scala di Finnegan

Timing

Questa ricerca è stata effettuata dal giorno 17/08/21 al giorno 09/10/21

Limiti

Poca disponibilità di articoli in lingua italiana e non specifiche ricerche riguardanti la donna tossicodipendente gravida

4.4 Risultati

Combinando i risultati delle stringhe di ricerca sono stati ottenuti un totale di 730 articoli. Di questi sono stati selezionati tre articoli riguardanti la mamma e tre riguardanti il neonato perché corrispondevano ai criteri della ricerca. I risultati sono sintetizzati nella (Tab.4) per quanto riguarda la donna tossicodipendente gravida mentre nella (Tab.5) gli articoli che riguardano la gestione del neonato affetto da SAN.

Titolo, autore, anno e rivista.	Risultati
AUTORE. Bennett AD ANNO: 7/05/1999 TIPO DI STUDIO: Studio osservazionale	La cocaina è associata ad aborti spontanei, travaglio prematuro, lavoro precipitoso, nati morti, colorazione del meconio e <i>placentae abruptio</i> . Il consumo di eroina durante la gravidanza è stato associato a basso peso alla nascita, aborto spontaneo, prematurità, microcefalia e ritardo della crescita intrauterina. La marijuana non è scientificamente legata a significativi

	effetti teratogeni. ²⁶
<p>AUTORE: Minozzi S, Amato L, Jahanfar S, Bellisario C, Ferri M, Davoli M.</p> <p>ANNO: 2020</p> <p>TIPO DI STUDIO: Studio controllato randomizzato</p> <p>AMPIEZZA DEL CAMPIONE: 217 donne</p>	<p>L'eroina attraversa la placenta e le donne gravide dipendenti da oppiacei sperimentano un aumento di sei volte delle complicanze ostetriche materne come basso peso alla nascita, tossiemia, sanguinamento del terzo trimestre, malpresentazione, morbilità puerperale, sofferenza fetale e aspirazione di meconio. Le complicanze neonatali comprendono l'astinenza da narcotici, il deficit di crescita postnatale, la microcefalia, i problemi neuro-comportamentali, l'aumento della mortalità neonatale e un aumento di 74 volte della sindrome della morte improvvisa del lattante.²⁷</p>
<p>AUTORE: Prince MK, Ayers D</p> <p>ANNO: 2021 Jul 10</p> <p>TIPO DI STUDIO: Studio descrittivo</p> <p>AMPIEZZA DEL CAMPIONE: Donne tra i 18 e i 44 anni</p>	<p>Le donne sono a più alto rischio di sviluppare un disturbo da uso di sostanze tra i 18 ei 29 anni e sono a maggior rischio durante gli anni riproduttivi (da 18 a 44). L'uso prenatale di sostanze è correlato a diverse conseguenze dannose per la madre e il feto. Il tabacco è la sostanza più utilizzata durante la gravidanza, seguita da alcol, cannabis e altre sostanze illecite. Le donne non sono solo a più alto rischio di disturbi da uso di sostanze durante gli anni riproduttivi, ma anche i tassi di problemi di salute mentale sono più prevalenti mentre le donne sono in età fertile.²⁸</p>

Tabella 4 – Risultati donna tossicodipendente in gravidanza

Titolo, autore, anno e rivista.	Risultati
<p>AUTORE: Kocherlakota P.</p> <p>ANNO: 2014 Ago</p> <p>TIPO DI STUDIO: Studio Trasversale</p>	<p>Il trattamento farmacologico è necessario se non si osserva un miglioramento dopo misure non farmacologiche o se il lattante sviluppa un grave astinenza. La morfina è il farmaco più comunemente usato nel trattamento del NAS secondario agli oppioidi.²⁹</p>
<p>AUTORE: Sutter MB, Leeman L, Hsi A.</p> <p>ANNO: 2014 Giu</p> <p>TIPO DI STUDIO: Studio Retrospektivo</p>	<p>La buprenorfina è un trattamento più nuovo per la dipendenza da oppioidi materni e sembra provocare una sindrome da astinenza più lieve del metadone. Il trattamento iniziale è con misure non farmacologiche tra cui stimoli decrescenti; tuttavia, è comunemente richiesto un trattamento farmacologico. La monoterapia oppiacea è preferita, con fenobarbital o clonidina insolitamente necessari come terapia aggiuntiva.³⁰</p>
<p>AUTORE: Pahl A, Young L, Buus-Frank ME, Marcellus L, Soll R.</p> <p>ANNO: 2020</p> <p>TIPO DI STUDIO: Revisione Sistemica</p>	<p>Il trattamento di prima linea per il NAS è la cura non farmacologica. I sintomi gravi nonostante il trattamento massimo non farmacologico segnano una soglia per il trattamento farmacologico. Sebbene esistano norme, i punteggi sono spesso soggettivi. I trattamenti farmacologici che riducono i sintomi di astinenza includono farmaci oppioidi o sedativi, o entrambi. La morfina è il trattamento oppiaceo più comune; vengono utilizzati anche metadone e buprenorfina. Le terapie congiuntive possono includere fenobarbital e clonidina. Gli effetti avversi immediati del trattamento farmacologico includono depressione respiratoria e sedazione.³¹</p>

Tabella 5 – Risultati terapia neonato affetto da SAN

4.5. Discussione

Dalla ricerca sono emersi diversi risultati sia per quanto riguarda la mamma che il neonato. Nel primo caso è emerso che le giovani donne che fanno uso di droghe sono a maggior rischio di sviluppare una dipendenza, le sostanze maggiormente utilizzate sono Tabacco e Alcol al primo posto poi sostanze come Marijuana, Ecstasy, Cocaina, LSD, Psicofarmaci ed Eroina. Le donne tossicodipendenti in gravidanza non si rivolgono volentieri ai servizi di cura o a volte omettono la loro condizione, perciò, non ci sono studi o statistiche ben definite riguardo questo fenomeno. Sappiamo per certo però le conseguenze che avrà il neonato se la mamma che fa uso di sostanze perché non è mai una sola, non si fa aiutare o non prende una terapia a cosa può andare incontro e agli effetti che si riverseranno sul bambino. Molti studi riportano anche un'associazione tra le donne che hanno una dipendenza da sostanze stupefacenti e che successivamente sviluppano problemi di salute mentale. Infatti da uno studio pubblicato su PubMed è emerso che le donne in gravidanza che facevano uso di droghe erano spesso di basso status socioeconomico, con modelli di salute mentale e uso di sostanze che suggerivano la necessità di uno screening e di interventi mirati per la salute mentale prima e durante la gravidanza, in particolare per le tossicodipendenti che facevano uso di oppioidi. In quasi tutti gli studi si evincono le conseguenze sul bambino per ogni tipo di droga che assume la mamma anche se le complicanze a lungo termine non sono ancora ben note. Come ad esempio per la cocaina, molti studi scientifici riportano che bambini nati da madri che consumano cocaina durante il periodo di gestazione nascono spesso prematuramente, con parti che durano a lungo e al momento della nascita mostrano una circonferenza cranica inferiore e sono anche di lunghezza inferiore rispetto alla norma. Con l'ecografia si sono riscontrati nei feti un maggior numero di movimenti, una maggior irritabilità e la presenza di "scatti". Per quanto riguarda la marijuana durante il primo trimestre di gravidanza non comporta l'insorgenza di anomalie nel feto, anche se ad oggi questa teoria è dibattuta in ambito scientifico. Il principio attivo di tale sostanza, infatti, riesce ad attraversare la parete della placenta ad arrivare al feto. Il rischio maggiore è quello di ritardo nella crescita, ma anche di scollamento della placenta e aborto. La dipendenza da eroina è senza dubbio una fra le più pericolose per le donne incinte. Solitamente i medici scelgono addirittura di non sospendere il consumo, perché questo potrebbe provocare sofferenze pericolose per il bambino che va in crisi d'astinenza. L'eroina limita la crescita del feto e può provocare aborti, sofferenza fetale e moltissimi sono i neonati nati morti. Per quanto riguarda il resto delle altre droghe,

soprattutto quelle sintetiche, create in laboratorio, non ci sono informazioni rilevanti a riguardo. Se si fa riferimento, invece, di neonato affetto da (SAN) cioè sindrome da astinenza neonatale troveremo tantissimi studi riguardo la terapia. Studi recenti (2021) affermano che nonostante l'uso diffuso di cure non farmacologiche per mitigare i sintomi della NAS, non esiste una definizione stabilita e uno standard per le pratiche di cura non farmacologiche. Le prove relative alla diagnosi ottimale e alle strategie di trattamento per la sindrome da astinenza neonatale si basano su studi piccoli o di bassa qualità che si concentrano su esiti intermedi, come la necessità di un trattamento farmacologico o la durata della degenza ospedaliera. Sono necessari studi clinici per valutare la salute e gli esiti dello sviluppo neurologico associati ad approcci diagnostici oggettivi e modalità di trattamento farmacologico e non farmacologico. Esistono prove con certezza molto bassa che il fenobarbital aumenti la durata dell'ospedalizzazione e del trattamento, ma riduca i giorni per riguadagnare il peso alla nascita e la durata delle cure di supporto ogni giorno rispetto alla sola terapia di supporto. Esistono prove a bassa certezza che il fenobarbital riduca il fallimento del trattamento rispetto al diazepam e prove molto basse che il fenobarbital riduca il fallimento del trattamento rispetto alla clorpromazina. Esistono prove a bassa certezza di un aumento dei giorni di ospedalizzazione e di giorni di trattamento con clonidina rispetto al fenobarbital. Non ci sono dati sufficienti per determinare la sicurezza e l'incidenza di eventi avversi per i bambini trattati con combinazioni di oppioidi e sedativi, inclusi fenobarbital e clonidina³². La morfina è il trattamento oppiaceo più comune; vengono utilizzati anche metadone e buprenorfina. La buprenorfina è un trattamento più nuovo per la dipendenza da oppioidi materni e sembra provocare una sindrome da astinenza più lieve rispetto al metadone. Nel 60-80% dei neonati con SAN i trattamenti di supporto non sono sufficienti ed è necessario ricorrere alla terapia farmacologica. Sulla base della scala di Finnegan il trattamento farmacologico viene iniziato in presenza di un punteggio maggiore o uguale a 12 o maggiore di 8 in tre controlli successivi rilevati a distanza di 4 ore. L'allattamento al seno sembrerebbe essere associato ad una minor gravità della sintomatologia astinenziale con una minor necessità di terapia farmacologica nel neonato.³³ La terapia con metadone è considerata il trattamento di prima scelta. In questi casi è importante incoraggiare la donna a non sospendere la terapia, non solo per minimizzare il rischio di recidive, ma anche per il benessere del bambino. Vari studi hanno dimostrato che non ci siano ragioni valide per limitare l'allattamento al seno durante la terapia di mantenimento con metadone purché non persista il consumo di altre sostanze d'abuso. I benefici prodotti dalle sostanze contenute nel latte materno

superano ampiamente il rischio dell'esposizione al metadone in esso contenuto, soprattutto in neonati esposti cronicamente ad oppioidi.

CAPITOLO CINQUE

PROGETTO EDUCATIVO

PROBLEMA: Dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga che ogni anno pubblica la sua “Relazione Annuale”, si evince che il consumo di droghe soprattutto tra i giovani è aumentato notevolmente; perciò, c'è bisogno di un programma di prevenzione riguardo l'uso di stupefacenti e i problemi che ne conseguono. I servizi pubblici e le comunità terapeutiche non riescono ad intercettare questo bisogno inespresso e sempre più sommerso, delle dipendenze giovanili. Il mercato degli stupefacenti è cambiato diventando sempre più facile reperire queste sostanze, con costi sempre più bassi e dal lockdown dovuto al Covid-19 c'è una nuova forma di approvvigionamento, quella dei siti web. Le maggiori piazze dello spaccio sono frequentate sempre più spesso dalle donne. Se guardiamo alle scuole superiori, ai ragazzi tra i 14 e i 19 anni, il 33% ammette di avere fatto uso di droga: di loro, il 28% sono ragazze. È un dato in continua crescita, che emerge anche dall'Osservatorio di San Patrignano. Le ragazze, tra l'altro, rispetto ai maschi, chiedono più tardi aiuto. Ci sono tantissime storie di adolescenti tossicodipendenti che rimangono incinte, queste donne però non si fanno curare, nemmeno quando scoprono di essere in attesa di un figlio, gli operatori del settore, spiegano che in questi casi è difficilissimo intervenire. Per due motivi principali:

- 1) Molte temono che, entrando in comunità, non potranno più rivedere i loro figli, quindi cercano di tenersene alla larga.
- 2) Alcune di quelle che, invece, accettano di farsi curare, a volte vengono rifiutate dalle strutture perché piene e la pandemia ha solo peggiorato la situazione.

La maggior parte delle donne tossicodipendenti gravide non si rivolge né al SerT né ad altre strutture adeguate ed evita inoltre di esporre la sua dipendenza anche al personale sanitario al momento del parto, tutto ciò è pericoloso perché una volta nato il bambino i segni e sintomi da crisi d'astinenza possono essere scambiati per tutt'altra patologia ed essere messo a punto un trattamento terapeutico errato. La situazione si fa più semplice in quelle donne seguite dal SerT ancor prima di rimanere incinte poiché il trattamento per mamma e bambino si stabilisce immediatamente e per gli operatori sanitari è più facile monitorare la situazione.

SCOPO GENERALE: Come aiutare le donne tossicodipendenti che hanno appena scoperto di aspettare un bambino? Come far sì che il nascituro non soffra di SAN? Sicuramente si possono aiutare entrambi attuando un progetto di prevenzione per quanto riguarda la donna. Dallo studio condotto e da altri vari studi, emerge che la maggior parte di queste donne hanno un target di età che va dai 16 ai 35 anni; perciò, il progetto educativo di prevenzione potrebbe essere svolto sia nelle scuole, sia nei punti ricreativi e di ritrovo della città; ma anche tramite social, campagne informative, testimonianze, libri, video, film e molto altro ancora.

OBIETTIVI SPECIFICI: La donna tossicodipendente gravida, rendendosi conto che oltre ad aver bisogno di aiuto per se stessa ora ha anche un bimbo in grembo da “proteggere” accederà autonomamente al SerT o a comunità che possano aiutarla, darle una terapia adeguata durante il periodo di gestazione con il fine di evitare crisi d’astinenza nel neonato, tenere sotto controllo la salute del feto con screening periodici e allontanarla da tutta la situazione che si aggira intorno alle droghe, come maltrattamenti, prostituzione, violenze, spaccio, malnutrizione, scarsa igiene e povertà. Ci sono alcune comunità create appositamente per donne tossicodipendenti mamme; infatti, queste strutture si fanno carico sia della mamma che del neonato e attuano un doppio percorso sia terapeutico che sociale. Aiutano la donna a disintossicarsi e sicuramente con la presenza del figlio accanto avranno ancora di più uno stimolo positivo, inoltre queste comunità, tengono sotto controllo i neonati affinché non vadano in crisi d’astinenza o sviluppino altre problematiche.

MODELLO DI INTERVENTO/ATTIVITÀ:

- Attivare un percorso di Educazione alla Salute e di Prevenzione delle tossicodipendenze nelle scuole superiori
- Distribuire questionari per capire quanto ne sanno gli adolescenti delle droghe e degli effetti nocivi che realmente provocano
- Ricercare giovani donne tossicodipendenti che sono in dolce attesa e aiutarle a disintossicarsi
- Mettere al corrente il più possibile tramite social, pubblicità o campagne informative queste donne riguardo la possibilità che hanno finalmente di “curarsi” fornendo un numero di telefono a cui risponderà un operatore h 24 e fornendo un indirizzo con gli orari di ricevimento dove possano recarsi in

- totale anonimato e fare tutte le domande a degli operatori esperti per capire meglio sia dal punto di vista medico che legale il futuro che avranno sia lei che il bambino e il miglior percorso da intraprendere per cambiare finalmente stile di vita.
- Questo progetto di prevenzione può attuarsi anche tramite la condivisione di libri, video, film che trattano la droga, le crisi d'astinenza sia negli adulti che nei neonati, gli effetti che essa provoca non solo al corpo ma anche alla mente e tutto ciò che ne consegue a partire dalla perdita degli amici più cari, il sostegno di una famiglia, le difficoltà nel trovare lavoro, nel nascondere la propria condizione, i locali malfamati, le violenze, le avversità con la legge, i problemi di salute, le scarse condizioni igieniche fino a tutte quelle malattie che possono trasmettersi tramite una siringa infetta e i danni che l'organismo subisce.
- Di fondamentale importanza possono essere le testimonianze di chi ha avuto a che fare da vicino con queste sostanze pericolose e di chi alla fine ha deciso di entrare in una comunità di recupero e ce l'ha fatta.

MEZZI E RISORSE: Questo progetto terapeutico può attuarsi tramite la diffusione nelle scuole superiori di questionari da compilare in forma anonima per rilevare l'attrattività al consumo di sostanze stupefacenti. A tale scopo, potrebbe essere di fondamentale importanza la presenza di un infermiere di comunità nell'ambito scolastico, dove i ragazzi possano sfogarsi e compiere il primo passo per essere aiutati.

Ricerca gli ambienti principali come centri di ascolto, consultori o altri luoghi dove possano trovarsi donne che fanno uso di droghe e che sono in stato interessante, parlare con loro, ascoltarle e aiutarle a capire che il loro comportamento non nuoce solo a sé stesse, ma anche al bimbo che portano in grembo e come poter fare per essere seguite da professionisti ed evitare tragiche conseguenze che possono riversarsi sul neonato.

Un mezzo di prevenzione fondamentale è ben rappresentato dalle testimonianze, vissute. Ad esempio, una testimonial italiana, che si chiama Giorgia Benusiglio, da 14 anni gira per le scuole di tutta Italia per sensibilizzare gli studenti su questo tema, raccontando la sua storia. Ha scritto due libri, ispirato il film "la mia seconda volta" ed è seguitissima sui social dove continua a svolgere la sua campagna informativa sulla prevenzione dalle droghe.

Nel 1999 appena diciassettenne, in discoteca assunse mezza pasticca di ecstasy.

La droga sintetica era però tagliata male e Giorgia finì in ospedale. Nel giro di una settimana si è ritrovata con il fegato in necrosi, con l'aspettativa di solo sei ore di vita. I medici tentarono un trapianto in extremis che durò 17 ore, riuscendo a salvarla. Da allora però si è ritrovata ad essere una paziente a vita, poiché deve assumere tutti i giorni un farmaco, che le crea varie problematiche. Giorgia da questa esperienza negativa, ne ha tratto però qualcosa di positivo, parlando e aiutando molti i giovani, perché anche se oggi sanno tutti che la droga fa male, pochi sanno che basta anche una singola assunzione, per essere letale.

Una frase che mi ha particolarmente colpita e che lei ripete spesso è questa: *“non siate mai i nemici di voi stessi”, perché nella vita si possono prendere compagnie sbagliate, scelte errate. Chiunque potrà cercare di darvi da una sigaretta a una pasticca e molto altro ancora, sta a voi dire di NO!*

Ci sono numerosi libri che trattano questa tematica e la maggior parte delle volte i protagonisti sono proprio ragazzi diventati dipendenti che vogliono essere una testimonianza contro l'uso della stessa, un esempio è il libro “Alice: i giorni della droga” o “Legami Dolenti”.

Anche per quanto riguarda la filmografia, troviamo tantissime proiezioni basate su storie vere a volte anche crude, che comprendono non solo la dipendenza ma tutto il mondo che le ruota attorno, come ad esempio: “Blow, Amore tossico, Alpha dog, Requiem for a dream, La mia seconda volta” e tanti altri. Risulterebbe quindi un'ottima forma di prevenzione trasmetterli nelle scuole, centri ricreativi ecc..

Organizzare anche all'interno di ogni città, campagne di prevenzione contro la droga dove possano partecipare tutti i cittadini e invitare a parlare oltre che persone esperte in questo settore, anche chi la droga l'ha provata sulla propria pelle, perché molti credono che questo ambiente sia lontano, che non capiterà mai a noi o alla nostra famiglia in prima persona ma non è sempre così. Un esempio può essere Guido Rocca, un ex cocainomane che si è rivolto ad una comunità di recupero solo dopo essere rimasto da solo, senza amici, familiari, soldi e senza una fissa dimora, lui ne è uscito ed il consiglio che dà agli altri è che nessuno anche con tutta la buona volontà del mondo riuscirà mai a disintossicarsi senza l'aiuto di personale qualificato e come lui ci sono tantissime altre persone che ne sono uscite grazie alle comunità di recupero.

Durante il mio percorso di tirocinio al Sert, ho incontrato una ragazza che mi è rimasta molto impressa. Era il suo ultimo giorno di terapia al SerT, perché di lì a poco sarebbe partita per trasferirsi in una comunità di recupero. Parlando mi disse: *“sai, io ci penso ogni singolo momento alla droga, giorno e notte, credimi, è terribile avere questo pensiero fisso, ma devo andare in comunità se voglio salvarmi, voglio farlo per me stessa”*. Questa ragazza ha solo un anno più di me, siamo cresciute nella stessa città; eppure, sembravamo appartenere a due mondi diversi.

Un'altra storia è quella di Veronica, ha iniziato a fumare spinelli all'età di tredici anni, arrivata a diciotto non le bastavano più e ha provato l'ecstasy, lsd e la cocaina, ci racconta che in quel periodo la droga era solo una “bravata” non si era ancora resa conto che si stava rovinando con le sue stesse mani. Qualche mese dopo una sera, insieme ai suoi amici prese alcune pasticche mescolandole con l'eroina, il giorno dopo venne a sapere che Marco, il suo amico d'infanzia che era con lei quella stessa sera è morto di overdose, da quel momento ha detto BASTA e per disintossicarsi non è stato facile, per un lungo periodo ha avuto allucinazioni, attacchi di panico, depressione, anoressia e tentato varie volte il suicidio.

Ecco, queste sono le testimonianze di cui i ragazzi hanno bisogno per capire quanto questa strada sia estremamente pericolosa, non è sempre facile smettere e la maggior parte delle volte è troppo tardi, perché la droga ha già creato numerosi danni all'organismo, perciò, bisogna tenersene alla larga fin dall'inizio.

L'infermieristica è una professione di ampio respiro che tocca anche quest'area della sanità: la tossicodipendenza. Essendo spesso l'infermiere l'operatore sanitario che per primo incontra la persona tossicodipendente e la sua famiglia, a lui spetta il compito di accogliere la richiesta d'aiuto e di valutarne la reale urgenza d'intervento. Infatti, è compito del professionista sanitario quello di fare prevenzione e di riconoscere attraverso segni e sintomi i soggetti più “fragili” e indirizzarli verso un progetto di disintossicazione. Bisogna lavorare molto sui rapporti con le persone, sulla comunicazione e sull'educazione sanitaria al fine di ricevere un feedback positivo. Il lavoro dell'infermiere in questo ambito è particolare perché al di là delle capacità cliniche, c'è una continua sollecitazione dal punto di vista emotivo, bisogna mettere in gioco tutte le capacità relazionali, che sono determinanti in questo lavoro per riuscire ad ottenere un risultato.

VALUTAZIONE: Alla fine di questo progetto si analizzano i risultati provenienti dai dati raccolti durante l'arco di tempo di un anno. L'infermiere verifica i risultati conseguiti sulla base degli obiettivi inizialmente stabiliti e dei criteri di risultato. I giovani ragazzi che fanno uso di droghe e le donne tossicodipendenti in dolce attesa si rivolgeranno con maggior frequenza ai centri di ascolto, nei quali verrà fornito loro aiuto, assistenza e una terapia adeguata; di conseguenza la stima è i neonati affetti da SAN o da altre patologie legate alla tossicodipendenza della madre possano diminuire. La valutazione è a carico, per le rispettive competenze, sia dell'Infermiere, che del Medico Psichiatra, che dello Psicologo del SerT che del Medico Pediatra ed Infermiere dell'UO Patologia Neonatale, per i casi di bambini con la sindrome di astinenza neonatale. La valutazione prende in considerazione il numero degli utenti che accedono a questi servizi, che iniziano il percorso di disintossicazione e che nell'arco dell'anno trascorso, sono stati raggiunti gli outcome previsti nel progetto e quindi la sua efficacia educativa. Inoltre, al momento della distribuzione dei questionari nelle scuole superiori, sull'uso di droghe, gli studenti saranno già preparati, bene informati e potranno a loro volta trasmettere informazioni pertinenti agli alunni di età inferiore.

BIBLIOGRAFIA

- 1) O.M.S. (Organisation Mondiale De La Santé), Definition de la toxicomanie et de l'accoutumance, Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1957, pag.40.
- 2) Le Iene (2013) DROGA perché ci sono strade in cui ti puoi perdere. Fivestone. Italia
- 3) Pacifici R, Marchei E, Salvatore F, Guandalini L, Busardò FP, Pichini S. Evaluation of long-term stability of cannabinoids in standardized preparations of cannabis flowering tops and cannabis oil by ultra-high-performance liquid chromatography tandem mass spectrometry. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*. 2018; 56(4): 94-96
- 4) Inba D.S., Cohen W., Uppers, Downers, All Rounders: Physical and Mental Effects of Psychoactive Drugs, Cns productions 2011
- 5) Haskins M., *Drugs:A User's Guide*, Ebury Press 2011
- 6) Ministero dell'interno; dipartimento della pubblica sicurezza; direzione centrale per i servizi anti droga; (2020)
- 7) Presidenza del consiglio dei Ministri; Dipartimento delle politiche antidroga, relazione annuale; (2020)
- 8) Burns L, Mattick RP, Lim K et al. Methadone in pregnancy: treatment retention and neonatal outcomes. *Addiction* 2006; 102: 264-270.
- 9) Zolesi O, Maremmani I. Principi clinici per l'utilizzo del metadone nella tossicodipendente da eroina durante la gravidanza. *J Addict Dis* 1998; 19: 38-44.
- 10) Weniger BG, Limpakarnjanarat K, Ungkhusak K, et al. The epidemiology of HIV infection and AIDS in Thailand. *AIDS* 1991;5(Suppl 2): S71-85.
- 11) Rita Maria Pulvirenti, Federica Righi, Enrico Valletta; UO Pediatria, Ospedale G.B. Morgagni - L. Pierantoni, Servizio Dipendenze Patologiche, AUSL della Romagna, Forlì 2016
- 12) Minnes S, Lang A, Singer L. Prenatal to bacco, marijuana, stimulant, and opiate expo sure: outcomes and practice implications. *Addict Sci Clin Pract* 2011; 6:57-70.
- 13) Wolff K, Perez-Montejano R. Opioid neonatal abstinence syndrome: controversies and implications for practice. *Curr Drug Abuse Rev* 2014; 7:44-58.
- 14) American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs. Neonatal Drug

- Withdrawal. *Pediatrics* 1998; 101: 1079-1088.
- 15) Ebrahim SH, Gfroerer J. Pregnancy-related substance use in the United States during 1996-1998. *Obstet Gynecol.* 2003 Feb;101(2):374-9. Wendell AD. Overview and epidemiology of substance abuse in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 2013 Mar;56(1):91-6.
 - 16) Fabris C, Prandi G, Perathoner C, Soldi A. Tossicodipendenza neonatale. *Panminerva Med.* 1998 settembre;40(3):239-43. PMID: 9785924.
 - 17) Tabella 2 - Valletta E., Righi F., Pulvirenti R. M., "Gravidanza, neogenitorialità e tossicodipendenza II. La donna, il feto, il neonato." Volume 23 N° 6, pagine 262-265, 2016
 - 18) Fundarò C, Solinas A, Martino AM, Genovese O, Noia G, Conte GL, Segni G. Sindrome d'astinenza neonatale e profilo tossicologico materno. *Minerva Pediatra.* 1994 Mar;46(3):83-8. Italiano. PMID: 8035762.
 - 19) Bagley SM, Wachman EM, Holland E, Brogly SB. Review of the assessment and management of neonatal abstinence syndrome. *Addict Sci Clin Pract* (2014) 9(1):19. doi: 10.1186/1940-0640-9-19 Finnegan L. P., Connaughton J. F. Jr, Kron R. E., Emich J. P. Neonatal abstinence syndrome: assessment and management. *Addict Dis* 1975; 2: 141–58
 - 20) Anbalagan S, Mendez MD. Sindrome da astinenza neonatale. [Aggiornato il 22 luglio 2021]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Gen-
 - 21) McQueen K, Neonatal Abstinence Syndrome. *N Engl J Med* 2016; 375: 2468-79.
 - 22) Karen McQueen, R.N., Ph.D., e Jodie Murphy-Oikonen, M.S.W., Ph.D. Dicembre 22, 2016 *N Engl J Med* 2016; 375:2468-2479 DOI: 10.1056/NEJMra1600879
 - 23) Welle-Strand GK, Skurtveit S, Jansson LM, Bakstad B, Bjarkø L, Ravndal E. Breastfeeding reduces the need for withdrawal treatment in opioid-exposed infants. *Acta Paediatr* 2013; 102: 1060-6
 - 24) Gaalema DE, Scott TL, Heil SH, Coyle MG, Kaltenbach K, Badger GJ, Arria AM, Stine SM, Martin PR, Jones HE. Differenze nel profilo dei segni della sindrome da astinenza neonatale nei neonati esposti a metadone rispetto a buprenorfina. *Dipendenza.* 2012 Nov;107 Suppl 1(0 1):53-62. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2012.04039. x. PMID: 23106927; PMCID: PMC4165073.
 - 25) AA.VV., *Maternità In-Dipendente Atti del Convegno* ,16-18 novembre 2005,

Montesilvano.

- 26) Bennett AD. Abuso di sostanze perinatale e neonato esposto alla droga. *Adv Infermiera Pract.* 1999 maggio 7, paragrafo 5: 32-6 e Boll. quiz 37-8. PMID: 10578732.
- 27) Minozzi S, Amato L, Jahanfar S, Bellisario C, Ferri M, Davoli M. Trattamenti agonisti di mantenimento per donne in gravidanza dipendenti da oppiacei. *Database Cochrane delle revisioni sistematiche* 2020, numero 11. Art. N.: CD006318. DOI: 10.1002/14651858.CD006318.pub4.
- 28) Prince MK, Ayers D. Substance Use In Pregnancy. 2021 Jul 10. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. PMID: 31194470.
- 29) Sindrome da astinenza neonatale di Kocherlakota P. *Pediatrics.* 2014 Ago;134(2): e547-61. doi: 10.1542/peds.2013-3524. PMID: 25070299.
- 30) Sutter MB, Leeman L, Hsi A. Sindrome da astinenza da oppioidi neonatale. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2014 Giu;41(2):317-34. doi: 10.1016/j.ogc.2014.02.010. PMID: 24845493.
- 31) Pahl A, Young L, Buus-Frank ME, Marcellus L, Soll R. Cure non farmacologiche per il ritiro di oppioidi nei neonati. *Database Cochrane delle revisioni sistematiche* 2020, numero 12. Arte. N.: CD013217. DOI: 10.1002/14651858.CD013217.pub2.
- 32) McPherson C. Farmacoterapia per la sindrome da astinenza neonatale: scegliere l'oppioide giusto o nessun oppioide. *Rete neonatale.* 2016;35(5):314-20. DOI: 10.1891/0730-0832.35.5.314. PMID: 27636696.
- 33) Kocherlakota P. Sindrome da astinenza neonatale. *Pediatrics.* 2014 Agosto;134(2):e547-61. DOI: 10.1542/peds.2013-3524. PMID: 25070299.

SITOGRAFIA

- <<https://www.liberidalledipendenze.it/2020/01/21/cose-la-dipendenza-da-sostanze/>> ultimo accesso il 13/06/21
- <<https://www.carabinieri.it/cittadino/consigli/tematici/questioni-di-vita/tossicodipendenza-da-sostanze-stupefacenti/le-principali-droghe>> ultimo accesso il 11/07/21
- <<https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/c/cannabis-e-cannabinoidi#meccanismo-d%E2%80%99azione>> ultimo accesso il 05/05/21
- <<http://www.politicheantidroga.gov.it/media/3070/relazione-annuale-al-parlamento-2021.pdf>> ultimo accesso il 21/06/21
- <<https://www.appuntimania.com/universita/medicina/il-neonato-di-madre-tossicodip84.php>> ultimo accesso il 15/07/21
- <https://acp.it/assets/media/Quaderni-acp-2016_236_262-265.pdf> ultimo accesso il 13/08/21
- <<https://www.nurse24.it/studenti/scale-di-valutazione/finnegan-score-valutazione-rischio-sindrome-astinenza-neonatale.html>> ultimo accesso il 16/09/21
- <<https://www.ospedalebambinogesu.it/sindrome-di-astinenza-neonatale-o-neonato-di-madre-tossicodipendente-89958/#:~:text=Nelle%20Sindromi%20di%20astinenza%20neonatale,%C3%A8%20indicata%20nessuna%20terapia%20farmacologica.>> ultimo accesso il 38/08/21
- <https://acp.it/assets/media/Quaderni-acp-2016_236_262-265.pdf> ultimo accesso il 06/05/21
- <<https://www.iss.it/documents/20126/955767/383297.1108648227.pdf/f3ac7fb4-40a3-33aa-fd18b73c7913772d?t=1575575873072#:~:text=La%20patologia%20infettiva%20assume%20una,%2C%20in%20misura%20minore%2C%20protozoarie.>> ultimo accesso il 03/09/21
- <<https://milano.fanpage.it/giorgia-benusiglio-quasi-morta-per-mezza-pasticca-di-ecstasy-oggi-parlo-di-droga-ai-giovani/>> ultimo accesso il 15/10/21
- <<https://www.ilcartello.eu/dipendenze/riabilitazione-ex-tossicodipendente/>> ultimo accesso il 15/10/21
- <<http://www.ristretti.it/areestudio/droghe/progetti/genitori.htm>> ultimo accesso il 24/09/21
- <<http://www.politicheantidroga.gov.it/media/3070/relazione-annuale-al-parlamento-2021.pdf>> ultimo accesso il 12/07/21

RINGRAZIAMENTI

Voglio dedicare queste ultime pagine a tutte le persone che mi sono state vicine durante questo percorso. Sono stati tre anni particolari, svolti in tre sedi universitarie diverse: Macerata, Fermo ed Ascoli Piceno, vorrei ringraziare tutti i professori e i colleghi incontrati in questi tre anni perché ognuno di loro mi ha lasciato qualcosa di prezioso. Un grazie speciale a tutte le persone conosciute in ospedale durante il tirocinio per avermi aiutata a crescere sia dal punto di vista professionale che umano.

Un ringraziamento particolare va alla mia relattrice, la Dott.ssa Tiziana Traini che mi ha aiutata, con la sua infinita disponibilità, in ogni step della realizzazione dell'elaborato, fin dalla scelta dell'argomento

Grazie anche al mio correlatore il Dottor. Claudio Sibillini per i suoi preziosi consigli e per la professionalità con la quale mi ha seguita

Ringrazio i miei genitori Diana e Graziano e mio fratello Andrea, questa vittoria è anche la vostra perché senza il dolce e instancabile sostegno che mi date ogni giorno non sarei mai potuta arrivare fin qui, grazie per essere stati presenti in ogni momento e per avermi dato fiducia, spero siate fieri di me quanto lo sono io, ad avervi al mio fianco ogni giorno, vi voglio bene!

Ringrazio i miei nonni Giovanna, Vittorio, Luciana e Noradino le cui braccia sono state una seconda casa per me quando ero piccola e lo sono anche adesso, siete la mia più grande fortuna e mai come in questo periodo mi sono resa conto di quanto sia legata a voi

A zia Sandra che con la sua allegria è riuscita anche nei momenti più duri a farmi sorridere

Alle mie cugine Alice e Alessia per aver condiviso con me gioie e dolori

A zia Simona, la mia seconda mamma, per essere stata accanto a me in qualsiasi momento e per avermi incoraggiata e sostenuta in ogni scelta

A zio Tiziano per aver reso questo percorso più dolce con qualche cornetto al cioccolato e bomba alla crema

Al mio ometto Luca e alle mie principesse Emma e Bianca, grazie per aver illuminato le mie giornate e avermi fatto tornare bambina anche se solo per un po’

A Francesco, per essermi stato accanto dall’inizio alla fine di questo percorso, perché con estrema pazienza hai assistito i miei sbalzi d’umore e le mie paranoie. Grazie per avermi supportata, sopportata, calmato, spronato e incoraggiato. Ci sempre stato e mi hai sempre ripetuto quanto tu credessi in me, ogni giorno, ogni minuto, dopo ogni caduta e prima di ogni vittoria, perciò grazie amore mio

A Micaela, perché diventare grandi fa tanta paura ma farlo insieme a te è stata una meravigliosa avventura. Crescere insieme è vederci cambiate, esauste, più mature e diverse e poi guardarci negli occhi e sapere che, nonostante tutto, saremo sempre le stesse

Alla mia compagna di banco delle superiori, a Veronica, la mina vagante a cui devo la maggior parte delle mie risate in questi anni. Ci sono amicizie che ti deluderanno mai, perché non ti hanno promesso nulla, ma ti daranno tutto

A Massa e Federica, per le bellissime gite fatte insieme e per aver condiviso insieme a me posti incantevoli

Grazie agli amici di una vita, per avermi sempre regalato spensieratezza, gioia e sorrisi anche nei momenti più bui. L’affetto e il sostegno che mi dimostrate rendono questo traguardo ancora più prezioso

Infine, dedico questa tesi a me stessa per tutte le volte in cui mi sono detta che non ce l’avrei fatta, per tutte le volte in cui ho pensato di scappare vorrei dire che “forse non sarà come credevi perché sarà anche meglio di ciò che speravi”.