

Volume 1 - Numero 1 - Novembre 2007

Rivista Italiana

La Care in Perinatologia

Editor in Chief
Arturo Giustardi

Executive Editor
Massimo Agosti

Assistant Editor
Francesco Tandoi

Editorial Board

Graziella Andrich, Marina Battaglioli, Onorina Chinetti,
Elsa Del Bo, Arianna De Martino, Giusy Di Lorenzo,
Anna Maria Di Paolo, Gennaro Disiena, Elisa Facondini,
Matilde Ghinassi, Lorenzo Giacchetti, Sandra Lazzari,
Giovanna Liguoro, Gianluca Lista, Nicoletta Mallozza,
Isabella Mondello, Romeo Nicola, Luigi Orfeo,
Maria Pia Paganelli, Lorena Panighini, Anna Persico,
Angela Rossi, Paola Serafini, Gino Soldera,
Monika Stablum, Stefania Viero, Vincenzo Zanardo

www.careperinatologia.it

Copyright © 2007



Via Gennari 81, 44042 Cento (Fe)
Tel. 051.904181/903368 - Fax 051.903368
www.editeam.it - info@editeam.it

Progetto grafico: EDITEAM Gruppo Editoriale.

Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta, tradotta, trasmessa o memorizzata in qualsiasi forma e con qualsiasi mezzo senza il permesso scritto dell'Editore.

L'Editore declina, dopo attenta e ripetuta correzione delle bozze, ogni responsabilità derivante da eventuali errori di stampa, peraltro sempre possibili.

Finito di stampare nel mese di Novembre 2007.

Indice

Editoriale pag.	1
Massimo Agosti, Arturo Giustardi	
Madre e neonato: due figure, un solo paziente Aspetti neurobiologici ed evolutivi dell'interazione fra madre e neonato nelle prime ore di vita	2
Marco Bartocci, <i>Stoccolma</i>	
Il taglio cesareo elettivo influenza il successo dell'allattamento al seno	9
Vincenzo Zanardo, Stefania Vedovato, Daniele Trevisanuto, <i>Padova</i> , Arturo Giustardi, <i>Napoli</i>	
L'attaccamento prima, durante e dopo la nascita	14
Gino Soldera, <i>Treviso</i>	
Scelti per voi	18
Home and Abroad	21

Editoriale

Ci si potrebbe chiedere: perché un'altra rivista in ambito medico? Non ne abbiamo già abbastanza?

La domanda può essere legittima (!), ma cercheremo in queste poche righe di introduzione al primo numero de "La Care in Perinatologia" di spiegare perché abbiamo pensato e avuto il desiderio di cimentarci in questa nuova sfida.

Appare oramai sempre più evidente - in tutte le branche della medicina - l'esigenza di curare la persona in tutto il suo percorso anagrafico (feto, neonato, adolescente, adulto ed anziano) nella sua "interezza" fisica e psichica. Tale richiesta parte da noi operatori sanitari ma anche - e talvolta soprattutto - dalla società civile, ovvero dai pazienti, affascinati sì dalla medicina super-tecnologica ma anche spaventati dalla frammentazione e settorializzazione che essa stessa genera!

Ad esempio abbiamo compreso, nel percorso della fisiologia neonatale, quanto sia indispensabile ricongiungere fisicamente il prima possibile la diade madre-neonato proprio per poter avviare l'allattamento al seno, vero nutrimento del corpo e della mente.

Viene alla mente un pensiero di Michel Odent, ginecologo e ostetrico francese molto attento al "valore" della nascita: *"Non vi è alcuna esperienza che possa tenere testa alla forza e allo splendore del primo contatto tra i genitori e il loro bambino. Essere parte di questa esperienza come madre e come padre, significa partecipare a uno dei rari miracoli della vita. Il flusso di amore che si viene a formare tra madre, padre e bambino è un'emozione palpabile: il legame che si viene a formare in questi primi giorni e settimane fondamentali diverrà una fonte di amore e di attenzioni sia per il bambino che per i genitori durante tutta la loro esistenza"*.

E proprio al modello del neonato a termine e sano ci si è ispirati per coinvolgere direttamente ed il prima possibile anche le mamme e i papà dei neonati nati prematuri e/o affetti da qualche altra patologia. In tal modo si è osservato, nelle situazioni nelle quali tale processo si è avviato, come questo atteggiamento sia altamente "redditizio" sotto il profilo del risultato, sia qualitativo (miglior inserimento del neonato nell'ambito familiare), sia quantitativo (minor tempo di degenza in ospedale e - soprattutto - in terapia intensiva).

Fino a non molto tempo addietro, la vita prima della nascita assumeva contorni misteriosi e molto poco si conosceva dello sviluppo intrauterino. Il progresso tecnologico ha enormemente contribuito a mettere a fuoco le competenze e le abilità del feto, modificando in maniera radicale il nostro pensiero a ri-

guardo. Ciò che è più sorprendente è che, più aumentano le conoscenze e le riflessioni scientifiche, e maggiore è il senso di continuità che traspare dalla vita prenatale a quella post-natale. D'altro canto è stupefacente osservare come, accanto a un pensiero dominante poco affine a considerare l'età evolutiva come positiva, già nel 1859 Kussmaul, chirurgo militare (!), rifletteva osservando alcuni neonati: "...Alla nascita l'essere umano possiede un sistema sensoriale completo che lo mette in grado di percepire, tramite i sensi interni e esterni, quel che accade nel mondo esterno a lui e nel suo stesso corpo. E' inoltre fornito di un complesso apparato senso-motorio che deve solo imparare ad attivare in modo appropriato per farlo funzionare in modo differenziato e in funzione di uno scopo. Il neonato però non è soltanto attrezzato di ottimi strumenti e della capacità di impararne l'uso, ma ha già cominciato a utilizzarne alcuni nella vita intrauterina e quindi ad avere alcune esperienze e capacità differenziate, nonostante la condizione disagiata della sua posizione...".

Diventa pertanto fondamentale - per lavorare in tal senso - cercare di coinvolgere tutte le persone che ruotano intorno alla coppia mamma-neonato e alla triade papà-mamma-neonato: ginecologi, ostetriche, neonatologi, puericultrici, pediatri, infermieri professionali e infermieri pediatrici, ma anche psicologi, fisioterapisti e altre figure professionali ancora. Ed è proprio in tale direzione che la nostra "neonata" rivista vuole dirigersi: dare voce a tutte le persone, le figure, gli operatori professionali che quotidianamente, sul campo, si dedicano alla mamma, al feto e al neonato.

Vorremmo che questa rivista diventasse una sorta di palco in cui possono salire per portare le loro esperienze tutti coloro che attivamente se ne occupano e vogliono comunicare ai Colleghi - medici, psicologi, infermieri, fisioterapisti e altro - che lavorano in altre strutture il loro contributo specifico, senza falsi formalismi ma tenendo sempre davanti a sé la strada maestra dell'attenzione al rigore scientifico di ciò che viene segnalato e descritto.

Per tutti questi motivi riteniamo, per concludere, che la risposta alla domanda iniziale sia: sì, c'è bisogno di una rivista specifica che tratti questi aspetti!!!

Da parte nostra cercheremo con tanta umiltà di raccogliere ed accogliere le osservazioni che ci invierete, da parte vostra vi chiediamo - se pur con benevolenza! - di contribuire criticamente e attivamente.

Arturo Giustardi

Massimo Agosti

Madre e neonato: due figure, un solo paziente

Aspetti neurobiologici ed evolutivi dell'interazione fra madre e neonato nelle prime ore di vita

Marco Bartocci

Neonatal Intensive Care Unit, Astrid Lindgren Children's Hospital,
Karolinska University Hospital, Stoccolma - Svezia

"Nothing in biology makes sense if not seen in light of evolution"

Le sale parto e i reparti di ostetricia rappresentano una curiosa accezione alla regola nel panorama dell'assistenza sanitaria: quei piccoli "pazienti" che vi sono ricoverati sono infatti per lo più individui sani, che più o meno recentemente hanno vissuto il momento più importante della loro vita: la nascita. Ricoverate insieme ai loro neonati anche le neo-madri vivono l'assistenza pre e post-parto nei reparti di ostetricia. Purtroppo il ricordo che viene conservato di questo periodo è in numerosi casi il ricordo di un'esperienza stressante, associato spesso all'insuccesso dell'allattamento ("insufficient milk syndrome"). Non è affatto infrequente incontrare neo-mamme insoddisfatte, stressate, i cui bambini piangono, si lamentano e rifiutano di attaccarsi al seno. Questa situazione può sfociare nell'arco di alcune settimane dal parto all'esaurimento del latte materno e conseguente interruzione dell'allattamento al seno. Questa situazione è stata osservata in progressivo aumento dal dopoguerra ad oggi. Una delle motivazioni alla base di tale situazione può essere che le mamme di oggi nei Paesi industrializzati occidentali, non hanno una buona stima della loro abilità ad allattare. Ciò a sua volta può essere imputato al fatto che

spesso, vengono a mancare modelli nelle generazioni precedenti a cui la neo-mamma possa fare riferimento. Ne risulta che i neo-genitori al momento di andare a casa dopo l'evento parto, non raramente si sentono insicuri, talvolta quasi impauriti; il neonato che piange, che ha fame, le notti insonni ed altri piccoli problemi che fanno parte della quotidianità nei primi giorni di vita diventano enormi difficoltà. Anche la depressione post-parto, ancor oggi di origine sconosciuta, non è affatto evento infrequente. Di fronte a questo panorama, la domanda che viene ad assumere un carattere sempre più attuale è se l'assistenza routinaria svolta nei reparti di ostetricia, nei nidi e nelle patologie neonatali, che coinvolge sia la mamma che il neonato, possa contribuire all'insorgenza di queste condizioni.

L'interazione madre-neonato di cui l'allattamento al seno è solo un aspetto, è influenzata da fattori sociali, culturali, psicologici e biologici. I primi tre fattori sono in stretta relazione con le moderne abitudini di vita, con i profondi cambiamenti sociali e di emancipazione che hanno radicalmente mutato la figura della donna-mamma e della coppia-genitori a cominciare dagli anni settanta. Inoltre, i ritmi di vita talvolta frenetici e lo stress quotidiano delle società industrializzate, possono senza dubbio influenzare la produzione del latte mater-

no. Le “armi” a nostra disposizione sono purtroppo limitate e talvolta inefficaci se messe in campo troppo tardi. Pertanto, gli sforzi di coloro che si prendono carico della permanenza con la madre del neonato subito dopo il parto, devono essere mirati ad un’attenta cura giornaliera di queste due “figure” che possono essere considerate, per certi aspetti, come un unico paziente.

Questa review cercherà di esaminare come si possa migliorare l’interazione nella sfera comportamentale e fisiologica fra neonato e mamma attraverso l’ottimizzazione delle procedure routinarie-assistenziali eseguite subito prima, durante e dopo la nascita, tenendo conto delle nostre condizioni di sviluppo socio-economico, culturale e filogenetico. In questo quadro complesso dove fattori biologici, fisiologici e sociali devono essere considerati, la figura paterna assume un’importanza notevole.

La specie umana appartiene al gruppo dei mammiferi chiamati “altriciali”, cioè nati estremamente deboli ed incapaci di difendersi. Da un punto di vista evuzionistico, è la madre che deve prendersi cura della prole e provvedere alle prime urgenti necessità quali il latte, il calore corporeo e la protezione fisica.

Il neonato sia esso topo o essere umano, elicitando nella madre una serie complessa di risposte sia comportamentali che ormonali, che regolano differenti funzioni e contribuiscono all’omeostasi della nuova entità vivente, madre-neonato. Affinché ciò sia possibile nella maniera più completa, è necessaria innanzitutto una vicinanza fisica fra madre e neonato. Purtroppo, ancor oggi, ciò non sempre si viene a verificare, così che madre e neonato trascorrono lunghi periodi lontani una dall’altro, nelle sale parto, nei reparti maternità e nelle unità neonatali, qualora il neonato necessiti di cure supplementari. E’ così che culle termiche, incubatori, lattici artificiali e personale specializzato, si sostituiscono in parte o totalmente alle naturali “cure materne”. Non era pratica infrequente fino a poco tempo fa tenere neonati normali nei “nidi” e limitare il contatto madre-neonato solamente ai periodi di allattamento. Questa separazione faceva parte della routine in ben 11 su 24 dei Paesi della Comunità Europea qualche anno fa.

Da un’esperienza di questo tipo si possono trarre due considerazioni fondamentali: la prima è che c’è una sostanziale differenza nel

comportamento e nella capacità di allattare fra quelle mamme che sono state in stretto contatto con i loro piccoli sin dalle prime ore immediatamente dopo il parto e coloro che non lo sono state. Vale anche la pena di ricordare che anche se le differenze di comportamento sono talvolta sottili o quasi impercettibili, possono avere delle ripercussioni cliniche significative (vale a dire per esempio l’interruzione dell’allattamento).

La seconda considerazione è che quei neonati che sono rimasti vicini alle loro mamme da principio subito dopo la nascita, hanno la capacità di conservare energia in maniera più efficace, sanno adattarsi meglio e più rapidamente la loro respirazione e il loro metabolismo al nuovo ambiente rispetto ai neonati che sono stati separati dalla mamma e posti nel lettino accanto ad essa. Il segnale “pianto” che risulta differente nei neonati separati dalla madre dopo la nascita, è una prova aggiuntiva che il cervello del neonato è programmato per affrontare un ambiente ricco di stimolazioni sensoriali (olfatto, udito, tatto) provenienti in primo luogo dalla madre. Sembra logico pensare che il contatto pelle a pelle madre-neonato è il più naturale ed il migliore per il benessere del neonato nelle prime fasi di vita, ed è stato selezionato durante l’evoluzione della specie animale. Studi su animali in cattività hanno dimostrato che la madre e la prole stanno in stretto contatto fisico per un lungo periodo di tempo. Se la moderna tecnologia può rimpiazzare alcune delle funzioni materne, sicuramente nulla può fare per ciò che riguarda le stimolazioni sensoriali. Questo è vero sia per il neonato a termine sia per quello pretermine; per quello sano e per quello malato. Qui di seguito saranno prese in considerazione due aspetti: primo, quali possono essere le conseguenze per lo sviluppo cerebrale del neonato se deprivato di quelle stimolazioni ed interazioni sensoriali che sono state selezionate naturalmente nel corso dell’evoluzione; secondo, quali siano i meccanismi materni in grado di mediare il comportamento e la lattazione nelle prime fasi di vita.

Il neonato

Auto-organizzazione e plasticità sono punti chiave dello sviluppo della corteccia cerebra-

le del neonato. Recenti studi in neurobiologia dello sviluppo hanno dimostrato quanto siano importanti adeguate stimolazioni per il corretto sviluppo delle strutture nervose corticali. Nei primati (macaco) si osserva un'intensa sinaptogenesi in periodo abbastanza limitato di tempo subito prima e subito dopo la nascita, durante il quale all'incirca 40.000 nuove sinapsi vengono create ogni secondo (1). Un'incredibile produzione di nuove cellule nervose si alterna ad una massiva distruzione cellulare apoptotica, vale a dire programmata. Una simile attività neurosinaptogenica si osserva intorna alla nascita anche nell'essere umano (2). Alcune di queste connessioni sinaptiche sono geneticamente predisposte; ma la delicatissima sincronizzazione fra i processi apoptotici e quelli proliferativi in grado di far incontrare gli assoni delle cellule nervose con i rispettivi dendriti di cellule bersaglio, è mediata in qualche misura dalle stimolazioni sensoriali che occorrono proprio nelle prime fasi di vita. In altre parole, i geni delegano parte della loro attività all'ambiente, cioè nel caso specifico all'esperienza sensoriale. Ma quanto è importante questa esperienza nelle fasi precoci di vita, per il futuro sviluppo delle strutture nervose e per la loro capacità esecutiva? La potenzialità delle esperienze sensoriali, nelle prime fasi della vita, di plasmare ed influenzare l'organizzazione delle complesse reti neurali del neonato, sembra essere incredibilmente grande. Basti pensare che le prime ore di stimolazione visiva nei neonati sono l'interruttore per avviare la capacità visiva e rappresentano un fattore indispensabile nel guidare la sinaptogenesi della corteccia occipitale (3). Analogamente, la sordità congenita trattata precocemente con impianti cocleari consente uno sviluppo sorprendente delle capacità di linguaggio nei bambini che ne sono affetti (3, 4).

Questi esempi di interazione fra stimoli sensoriali e plasticità cerebrale rendono un'idea dell'importanza dell'ambiente sullo sviluppo cerebrale del neonato. E' possibile applicare questi esempi anche ad altre sfere sensoriali, quali stimolazioni tattili precoci, sollecitazioni vestibolari o stimoli olfattivi in grado di modulare lo sviluppo delle rispettive aree della corteccia cerebrale? Uno studio di Fifer (5) ha dimostrato il ruolo fondamentale della voce della madre nella sinaptogenesi della corteccia uditiva e dell'area del linguaggio nel neonato. Le stimolazioni tattili sono state studia-

te a fondo specialmente in animali. E' stato osservato che la quantità di stimolazioni tattili eseguite dalla madre nei confronti della prole, esercita una sorta di imprinting selettivo, cioè diretto alla progenie di sesso femminile. Infatti quei cuccioli di sesso femminile una volta che diventeranno mamme eserciteranno stimolazioni tattili sui loro figli in maniera direttamente proporzionali alle attenzioni e alle stimolazioni che a suo tempo avevano ricevuto in epoca neonatale. Anche se questi dati su animali non sono direttamente trasferibili in neonati umani, possono ugualmente esprimere il potenziale impatto delle esperienze sensoriali neonatali sullo sviluppo neurocomportamentale futuro. Un'analogia nell'essere umano in senso negativo, può essere espressa dagli effetti sulle strutture corticali di stimolazioni dolorose nelle fasi precoci di vita e dalle ripercussioni sulla percezione dolorifica nelle età successive (6). Le profonde perturbazioni bioumorali quando i piccoli sono separati dalle loro madri, e osservazioni comportamentali ci portano a pensare che siano numerose le similitudini fra esseri umani e specie animali filogeneticamente meno evolute. In roditori, stimoli dolorosi nel periodo neonatale suscitano profondi effetti sullo sviluppo di strutture nervose, e periodi di separazione fra madre e prole subito dopo la nascita inducono cambiamenti della regolazione interna della secrezione di cortisolo, influenzando la sensibilità allo stress anche in epoche di vita future (7). L'omeostasi del cortisolo si è visto essere influenzata anche dal dolore nel neonato, come dimostrato dall'incremento marcato del contenuto di cortisolo salivare dopo percezione di stimoli dolorosi.

Una visione d'insieme delle considerazioni fin qui fatte ci porta a concludere che alcuni degli aspetti della "care" neonatale, specificatamente quelli che regolano le prime stimolazioni sensoriali con cui il neonato viene a contatto, influenzano le arborizzazioni dei neuroni, la sinaptogenesi e i meccanismi di morte programmata (apoptosi) di alcune parti del nostro cervello, e che questa modulazione avviene in maniera "individualizzata" da soggetto a soggetto. Le abitudini del periodo perinatale ed i benefici conseguenti che ne traggono i piccoli delle popolazioni nomadi, pre-industrializzate, che vivono in stretto contatto con la natura, sono state recentemente illustrate in un articolo da de Vries (8).

Aspetti neuro endocrini dell'interazione madre-neonato

Stereotipi di comportamenti materni si possono osservare comunemente nel periodo post-partum in tutti i mammiferi. Questi comportamenti sono indotti e supportati da diversi segnali ormonali (ormoni steroidei, ossitocina, prolattina, catecolammine) e dal sistema sensoriale dei neonati (9, 10). Simili sequenze comportamentali programmate non si osservano negli esseri umani. Per contro, lo sviluppato sistema neurocognitivo probabilmente prevale sull'azione ormonale, e l'attività di strutture encefaliche neocorticali consente di modificare un comportamento che da puramente istintuale diviene razionale e ponderato. Questo può essere osservato per esempio, nei genitori adottivi che dimostrano un notevole attaccamento ai loro figli, pur senza quei naturali "stimoli" esercitati da concepimento, gravidanza e parto. Noi siamo soliti esprimere i nostri sentimenti, emozioni, modi di pensare, in maniera molto meno diretta di quanto non si osservi nel regno animale, dove ogni tipo di comportamento è in stretto rapporto con l'asse neuro-endocrino. Razionalità e supporto psicologico influenzano enormemente il nostro comportamento, ma ciò non esclude che anche nel delicato equilibrio di interazioni madre-neonato i complessi meccanismi neuro-ormonali giochino ancora un ruolo di primaria importanza, quasi come un retaggio indelebile del nostro passato evolutivo. Anche la stimolazione sensoriale materna come il contatto pelle-a-pelle o la stimolazione dell'areola mammaria, ha delle ripercussioni sul comportamento materno nell'interazione con il suo piccolo. Questo non dovrebbe stupire dal momento che molti dei cambiamenti neuroendocrini che influenzano il comportamento materno, hanno sede a livello del sistema limbico, struttura che è stata ben preservata attraverso l'intera evoluzione dei primati. Se teniamo a mente un concetto evolutivo espresso in un recente articolo da Keverne (11), secondo il quale l'evoluzione rispetta e conserva in linea di massima, i meccanismi neuro-ormonali di base, gli studi sulle relazioni fra ossitocina e sostanze oppioidi e comportamento perinatale risultano di estremo interesse, sia che ne siano l'oggetto animali o esseri umani. La letteratura in questo campo è molto vasta, e in questa sede verranno menzionati solo alcuni dei

più recenti articoli. E' stato stabilito che in primati non-umani, ossitocina e beta-endorfine sono i mediatori chiave dell'interazione madre-neonato. Trattamenti con naloxone (antagonista oppioide) in scimmie rhesus, riducono le attenzioni della madre verso i suoi cuccioli, così come l'interazione con altri membri del gruppo (11, 12). Un solido e precoce attaccamento madre neonato, che si sa essere correlato a ripetute stimolazione del sistema oppioide, potrebbe essere importante per future implicazioni sociali, dal momento che le strutture nervose che regolano le interazioni affettive madre-neonato si pensa siano alla base dei futuri comportamenti sociali con i propri simili (11).

I livelli plasmatici di endorfine raddoppiano nella madre durante l'allattamento (13), e questo può spiegare la sensazione di benessere che spesso è riportata dalla nutrice. L'importanza clinica di un frequente e prolungato allattamento consiste nel fatto che ad ogni pasto il sistema di oppioidi viene attivato, e conseguentemente il legame madre-neonato viene rinforzato. Sebbene nell'uomo molteplici fattori cognitivi integrano e talvolta prevalgono quelli neuroendocrini nella regolazione del comportamento dei genitori, in quei soggetti particolarmente vulnerabili sotto il profilo psicologico, un rafforzamento dell'asse neuroormonale potrebbe essere un valido aiuto nell'interazione con il nuovo membro della famiglia. Nella pratica quotidiana determinati comportamenti materni come il contatto pelle-a-pelle, o un prolungato allattamento possono avere delle ripercussioni di ordine psicologico, mediante strutture nervose a loro volta attivate dal sistema delle beta-endorfine e/o di altri mediatori. E' possibile che le beta-endorfine almeno in parte agiscano attraverso il rilascio di neurotrasmettitori peptidici come l'ossitocina (14-17). Questo peptide è ormone cosiddetto dell'accoppiamento ("affiliative hormone"), rilasciato durante differenti fasi del ciclo riproduttivo umano-coito, parto, allattamento, ma è altresì secreto in risposta a stimolazioni tattili non dolorose. In studi su animali è stato dimostrato che l'ossitocina partecipa attivamente a rafforzare il legame madre-neonato e a stimolare diversi aspetti del comportamento materno (14, 15). L'ossitocina è prodotta a livello dei nuclei ipotalamici (sopraottico e paraventricolare) da cellule giganti e da cellule "piccole" (micro and magno cells) ed è rilascia-

ta in risposta a stimoli sensoriali. La componente di ossitocina proveniente dalle cellule giganti è trasportata alla neuroipofisi, da dove viene rilasciata in maniera pulsatile nel torrente circolatorio qualora vi siano delle stimolazioni sensoriali, come ad esempio l'atto del succhiare da parte del neonato. Le parvocellule invece proiettano in una vasta area dell'encefalo, specialmente il sistema limbico, rilasciano ossitocina che agendo da neurotrasmettore può direttamente influenzare il comportamento materno (16, 17).

Durante i primi 15-60 minuti post-parto, i livelli plasmatici di ossitocina e diversi picchi distinti possono essere individuati (18). Questi picchi possono essere influenzati dalla stimolazione sensoriale tattile indotta dal contatto pelle-a-pelle con il neonato così come dalla distensione delle strutture anatomiche vaginali durante l'espulsione della placenta. Un parto vaginale normale può anche contribuire alla maturazione del sistema di rilascio dell'ossitocina, come testimoniato dal fatto che i picchi sierici di questo ormone sono sensibilmente più elevati nelle madri che hanno partorito per via vaginale rispetto a quelle che sono state cesarizzate (19). Alcuni esperimenti hanno sottolineato l'importanza della correlazione fra ossitocina e comportamento materno; potrebbe essere che sia un meccanismo con un feedback positivo alla base delle prime interazioni madre-neonato. Dunque, alti livelli di ossitocina derivanti da un aumentato rilascio delle strutture nervose ossitocinergiche, influenzano a loro volta il comportamento materno la necessità di un precoce e stretto contatto con i propri neonati (12). I modelli sperimentali, gli stimoli sensoriali inviati dal neonato alla madre nel periodo post-parto possono anche influire sulla riorganizzazione neuronale in quelle strutture nervose implicate nella regolazione della lattazione e del comportamento materno. Infatti, a livello dei nuclei supraottico e paraventricolare, le cellule gliali migrano e si riassessano in modo tale da ridisporre le cellule ossitocino-secerenti in raggruppamenti con cellule vicine le une alle altre. In tal modo è possibile una sincronizzazione della secrezione secondo la modalità pulsatile di cui è accennato in precedenza. Questo pattern di secrezione si è visto essere correlato alla periodicità dell'allattamento e corroborare il legame fra madre e neonato (20). L'ossitocina sembra essere implicata nella modulazione dell'umore

della nutrice (16); inoltre, agendo sul rilascio gastrointestinale di ormoni regolatori del metabolismo anabolico, influisce sulla capacità della madre e del neonato di regolare la spesa energetica (16, 21).

Rischi nella separazione madre-neonato

Da un punto di vista puramente evolutivistico, i primi ominidi ed i nostri antenati preistorici cacciatori, traevano un sicuro vantaggio nell'economia dell'organizzazione sociale dal fatto che madre e neonato si mantenessero in stretto contatto fisico dopo il parto. Pochi sono gli studi in nostro possesso sulle possibili implicazioni a lungo termine che può avere una separazione post-parto, come per esempio accade quando il neonato è malato e deve essere trattato in terapia intensiva. L'esperienza pratica ci suggerisce che non sono rari i casi in cui risulta molto difficile per i genitori manifestare un attaccamento spontaneo al loro bambino dopo un lungo periodo di separazione iniziato subito dopo la nascita. Durante il follow-up di neonati che sono stati trattati per lungo tempo in terapia intensiva neonatale può capitare che la madre riferisca anche a distanza di uno-due anni frasi del tipo "so che è mio figlio, ma mi è difficile sentirlo tale". Per contro, molti sono i genitori che superano i problemi legati alla separazione post-nascita e sembrano compensare bene il periodo di ospedalizzazione di loro figlio. E' lecito pensare che siano le coppie socialmente più vulnerabili, o quei genitori con particolari carenze sotto il profilo psicologico a presentare più frequentemente problematiche di tipo affettivo nei confronti del figlio dopo che questo è stato ospedalizzato per un lungo periodo subito dopo la nascita. In questi casi un supporto di tipo biologico ("biological reinforcement"), come ad esempio intensificare il contatto pelle-a-pelle durante la terapia intensiva, promuovere sedute di allattamento al seno, rooming-in, ecc., può facilitare il legame madre-neonato con tutte le implicazioni neuroendocrine e comportamentali di cui abbiamo accennato in precedenza (22). E' stato visto che facilitando e incoraggiando i contatti madre-neonato-padre durante il periodo di degenza si riducono drasticamente i casi di negligenza da parte dei genitori nei confronti del neonato.

Conclusioni

Dalle considerazioni appena riportate appare chiaro quanto indissolubile sia da considerare il legame madre-neonato. Questa stretta complementarietà non solo coinvolge gli aspetti strettamente relazionali, ma, per il bambino, si traduce in una serie di conseguenze di tipo biochimico con effetto regolativo anche a livello neuronale. Di conseguenza, anche il compito degli operatori, preposti ad inserirsi nelle modulazioni di tale rapporto, deve essere guidato da una ben precisa consapevolezza di tali meccanismi e delle loro potenzialità al fine di non nuocere a tale rapporto, ma bensì di tradurre tali interventi in stimoli positivi.

Bibliografia

1. Bourgeois JP. Synaptogenesis, heterochrony and epigenesis in the mammalian neocortex. *Acta Paediatr Suppl.* 1997; 422: 27-33.
2. Battin MR, Maalouf EF, Counsell SJ, Herlihy AH, Rutherford MA, Azzopardi D, Edwards AD. Magnetic resonance imaging of the brain in very preterm infants: visualization of the germinal matrix, early myelination, and cortical folding. *Pediatrics.* 1998; 101 (6): 957-62.
3. Sireteanu R. Switching on the infant brain. *Science.* 1999; 286 (5437): 59-61.
4. Klinke R, Kral A, Heid S, Tillein J, Hartmann R. Recruitment of the auditory cortex in congenitally deaf cats by long-term cochlear electrostimulation. *Science.* 1999; 285 (5434): 1729-33.
5. Fifer WP, Moon CM. The role of mother's voice in the organization of brain function in the newborn. *Acta Paediatr Suppl.* 1994; 397: 86-93.
6. Taddio A, Goldbach M, Ipp M, Stevens B, Koren G. Effect of neonatal circumcision on pain responses during vaccination in boys. *Lancet.* 1995; 345 (8945): 291-2.
7. Winberg J. Do neonatal pain and stress program the brain's response to future stimuli? *Acta Paediatr.* 1998; 87 (7): 723-5.
8. de Vries MW. Babies, brains and culture: optimizing neurodevelopment on the savanna. *Acta Paediatr Suppl.* 1999; 88 (429): 43-8.
9. Rosenblatt JS. Psychobiology of maternal behavior: contribution to the clinical understanding of maternal behavior among humans. *Acta Paediatr Suppl.* 1994; 397: 3-8.
10. Bridges RS. The role of lactogenic hormones in maternal behavior in female rats. *Acta Paediatr Suppl.* 1994; 397: 33-9.
11. Keverne EB, Nevison CM, Martel FL. Early learning and the social bond. *Ann NY Acad Sci.* 1997; 807: 329-39.
12. Keverne EB, Kendrick KM. Maternal behaviour in sheep and its neuroendocrine regulation. *Acta Paediatr Suppl.* 1994; 397: 47-56.
13. Franceschini R, Venturini PL, Cataldi A, Barreca T, Ragni N, Rolandi E. Plasma beta-endorphin concentrations during suckling in lactating women. *Br J Obstet Gynaecol.* 1989; 96 (6): 711-3.
14. Pedersen CA, Prange AJ Jr. Induction of maternal behavior in virgin rats after intracerebroventricular administration of oxytocin. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 1979 Dec; 76 (12): 6661-5.
15. Kendrick KM, Keverne EB, Baldwin BA. Intracerebroventricular oxytocin stimulates maternal behaviour in the sheep. *Neuroendocrinology.* 1987; 46 (1): 56-61.
16. Uvnas-Moberg. Neuroendocrinology of the mother-child interaction. *Trends Endocrinol Met.* 1996; 7 (4): 126-31.
17. Uvnas-Moberg K. Physiological and endocrine effects of social contact. *Ann N Y Acad Sci.* 1997; 807: 146-63.
18. Nissen E, Lilja G, Widstrom AM, Uvnas-Moberg K. Elevation of oxytocin levels early post partum in women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1995; 74 (7): 530-3.
19. Nissen E, Uvnas-Moberg K, Svensson K, Stock S, Widstrom AM, Winberg J. Different patterns of oxytocin, prolactin but not cortisol release during breastfeeding in women delivered by caesarean section or by the vaginal route. *Early Hum Dev.* 1996; 45 (1-2): 103-18.

20. Modney BK, Hatton GI. Maternal behaviors: evidence that they feed back to alter brain morphology and function. *Acta Paediatr Suppl.* 1994; 397: 29-32.

21. Uvnäs-Moberg K, Role of sensory stimulation in energy economy of mother and infant with particular regard to gastrointestinal endocrine system. In tex-

book of *Gastroenterology and Nutrition in Infancy*, 2nd ed E Ed Lebental. Haven Press, New York 1989; 53-62.

22. O'Connor S, Vietze PM, Sherrod KB, Sandler HM, Altemeier WA III. Reduced Incidence of Parenting Inadequacy Following Rooming-in. *Pediatrics* 1980; 66: 176-182.

Il taglio cesareo elettivo influenza il successo dell'allattamento al seno

Vincenzo Zanardo, Stefania Vedovato,
Daniele Trevisanuto, *Arturo Giustardi

Dipartimento di Pediatria dell'Università di Padova e *Clinica Lourdes Neonatologia, Napoli

Riassunto

Background: Negli ultimi decenni si è verificato nel mondo occidentale un significativo aumento dei parti espletati mediante taglio cesareo, in particolare perché è cresciuto il numero dei tagli cesarei elettivi (TCE).

Scopo dello studio: In questo studio abbiamo analizzato le possibili implicazioni del TCE su incidenza e durata dell'allattamento al seno, definite in base ai criteri dell'OMS.

Materiali e metodi: Abbiamo valutato le cartelle cliniche di 2.173 nati a termine, 1.496 (68.8%) nati da parto vaginale (PV), 398 (18.3%) nati da TCE e 279 (12.8%) nati da taglio cesareo urgente (TCU), afferiti al Nido del Dipartimento di Pediatria dell'Università di Padova nel 2005. Sono stati esclusi dallo studio i bambini che hanno necessitato di ricovero e quelli nati da madre straniera. Abbiamo valutato in particolare i parametri antropometrici e clinici relativi strettamente legati all'alimentazione del neonato a partire dalla sala parto, completati da un follow-up telefonico riferito alla prima settimana di vita, comprensivo di 1.569 (72.2%) neonati.

Risultati: Il TCE ha aumentato significativamente il rischio di insuccesso di alimentazione al seno (RR; 95% CI) rispetto ai nati da PV: una riduzione statisticamente significativa dell'alimentazione al seno è presente sia alla dimissione dal nido (1.27; 1.16-1.38) che al settimo giorno di vita (1.19; 1.09-1.31). Inoltre solo il 5% dei nati da TCE erano stati attaccati al seno materno in sala parto (1.88; 1.76-2.01).

Conclusioni: Il TCE influenza negativamente il successo dell'allattamento al seno con possibili riscontri negativi per lo sviluppo del neonato e per la relazione madre/bambino. Di questo i clinici devono tenere conto sia nelle indicazioni al TCE che nel counseling alle madri.

Introduzione

Negli ultimi 30 anni vi è stato un aumento della frequenza del taglio cesareo nel mondo occidentale (1). In particolare vi è stato un aumento nell'incidenza del taglio cesareo elettivo (TCE), dovuto in larga parte all'interazione di un precedente taglio cesareo (2). La frequenza dei tagli cesarei in rapporto al totale dei parti si attesta intorno a circa il 20-35% (1, 2). Nei Paesi in Via di Sviluppo la frequenza resta invece ben sotto il 15%, frequenza stabilita, seppure sulla base di dati empirici, come limite ottimale da non superare dall'OMS nel 1984 (3). La frequenza dei tagli cesarei è divenuta così una misura comunemente intesa a riflettere la qualità in senso positivo e negativo della assistenza ostetrica.

L'aumento del TCE ha implicato un'aumentata incidenza di problematiche respiratorie per il neonato, RDS, pneumotorace e asfissia perinatale riferibili alla deprivazione di positivi effetti immuno-endocrini, utili per l'adattamento cardiorespiratorio alla vita postnatale, indotti dal travaglio e dal parto vaginale (4-11). Non è noto invece se il TCE sia anche in grado di influenzare il successo dell'allattamento al seno. In let-

teratura gli studi che affrontano questa problematica sono limitati per lo più agli anni '80, quando le indicazioni al TCE erano differenti, senza peraltro differenziare il TCE dal taglio cesareo d'urgenza (TCU) (10-17).

In questo studio abbiamo valutato le implicazioni del TCE sul successo dell'allattamento al seno, definito secondo l'OMS, valutato il rischio di mancato successo di alimentazione al seno dalla sala parto, alla dimissione, fino al settimo giorno di vita.

Materiali e metodi

Sono stati valutati parametri antropometrici e clinici materni e fetali in relazione all'alimentazione al seno materno, riportati nelle cartelle di 2.686 nati a termine, afferiti al Nido del Dipartimento di Pediatria dell'Università di Padova nell'anno 2005. Questi sono stati completati con i dati nutrizionali ottenuti da un'intervista telefonica su questionario strutturato riferito alla prima settimana di vita. Sono stati così identificati 1.863 nati da parto vaginale (PV), 822 nati da taglio cesareo, di cui 464 da TCE, dimessi con le rispettive madri in terza giornata, o in quarta, se nati da cesareo.

Delle madri, abbiamo considerato età, parità, e modalità di parto a termine ($>37+0$ $<41+6$ settimane gestazionali) e le indicazioni al taglio cesareo (Tab. I).

Dei neonati abbiamo considerato età gestazionale, peso alla nascita, peso alla dimissione, indice di Apgar a 1 e 5 minuti, l'alimentazione al seno materno in sala parto, alla dimissione ed in settimana giornata di vita (Tabb. I, II).

Sono stati esclusi i neonati con necessità di ricovero alla nascita o durante la degenza al Nido, i portatori di cromosomopatie, fetopatie e malformazioni maggiori e i nati di madri di nazionalità straniera.

Per TCE è stato per definizione effettuato "a termine" di gravidanza ed al di fuori del travaglio e senza indicazioni sostenute da una patologia materna e/o fetale. In accordo con l'OMS 3, i tipi di alimentazione di riferimento sono stati: latte materno esclusivo, formula, latte materno prevalente (latte materno più soluzione glucosata), complementare (latte materno più formula). In questa analisi l'alimentazione con latte materno esclusivo ha incluso quella con latte materno prevalente, come precedentemente riportato in letteratura (10-18).

Il follow-up è stato eseguito mediante inter-

vista telefonica su questionario strutturato dopo consenso informato della madre sul prosieguo dell'alimentazione al settimo giorno di vita, complessivamente su 2.173 neonati, e di questi 1.569 sono stati contattati (72.2%). Tra gli esclusi sono compresi 594 nati di madri non rintracciabili telefonicamente, 8 rifiuti all'intervista e 1 decesso materno.

La popolazione del follow-up risulta comparabile al campione di partenza per età gestazionale (39.4 ± 1.1 PV; 38.4 ± 0.8 TCE; 39.3 ± 1.3 TCU), modalità di parto (69.7% PV; 59.6% TCE rispetto ai cesarei totali) e peso alla nascita (3.389 ± 404 g PV; 3.308 ± 415 g TCE; 3.390 ± 414 g TCU).

I dati sono stati espressi come $\text{media} \pm \text{DS}$. L'analisi statistica dei dati è stata effettuata con il rischio relativo (RR; 95% confidence interval, CI) e con il test di Student. Una $p < 0.05$ è stata considerata significativa.

Risultati

Le tabelle I e II riassumono i parametri antropometrici e clinici della popolazione studiata e i risultati del follow-up telefonico sulle modalità di alimentazione dalla sala parto, alla dimissione, fino al settimo giorno di vita.

Abbiamo consultato le cartelle cliniche di 2.173 neonati, afferiti al Nido del Dipartimento di Pediatria dell'Università di Padova e nati da madri di nazionalità italiana. Complessivamente 1.496 sono i nati da PV (68.8%) e 677 i nati da taglio cesareo (31.15%). I nati da TCE sono stati 398 e rappresentano il 58.8% del totale dei nati da taglio cesareo a termine.

Le indicazioni complessive al TCE sono state suddivise in materne e fetali: pregresso taglio cesareo 197 (50%), motivazioni psicologiche materne 8 (2%), gravidanza gemellare 13 (3%), feto prezioso 9 (2%), altre - pregressa miomectomia, problemi oculistici, esiti di pregressi interventi - 80 (20%). Le più frequenti indicazioni fetali al TCE sono state: presentazione podalica 74 (19%) e sproporzione feto-pelvica 17 (4%).

Le principali indicazioni materne e/o fetali al TCU sono state: stato fetale poco rassicurante 70 (25%), distocia 54 (19%), gestosi 15 (5%), mancato impegno e mancata progressione parte presentata 57 (20%), iperpiressia materna 14 (5%), altre 69 (24%).

Il timing del TCE risulta statisticamente più basso rispetto al parto vaginale ed al TCU (settimana gestazionale: PV 39.4 ± 1.1 , TCE 38.4 ± 0.9 ,

Tabella I
Parametri antropometrici e clinici della popolazione studiata.
Media \pm DS. Significatività statistica ($p < 0.05$)

n° (%)	A: PV	B: TCE	C: TCU	P
MADRI	1.496	391	279	
Età (anni)	33.0 \pm 4.4	35.0 \pm 4.3 *	33.2 \pm 4.1	*A vs B <0.001
Nullipare	653 (43.6)	114 (29.2)	168 (60.2)	
NEONATI	1.496 (69.9)	398 (18,3)	279 (12.8)	
Settimane gest.	39.4 \pm 1.1	38.4 \pm 0.9 * ^o	39.3 \pm 1.3	*A vs B <0.001 ^o B vs C <0.001
Peso nascita (g)	3.387 \pm 397	3.286 \pm 421 *	3.398 \pm 411	*A vs B <0.001 ^o B vs C <0.001
Sesso maschile	749 (50.1)	206 (51.8)	146 (52.3)	
Apgar \leq 5 1 min	4 (0.3)	0	1 (0.3)	
5 min	0	0	0	

PV: parto vaginale; TCE: taglio cesareo elettivo; TCU: taglio cesareo urgente.

Tabella II
Incidenza di alimentazione al seno nella popolazione studiata in rapporto alle modalità di parto. Rischio Relativo (RR; 95% Confidence Interval, CI)

n° (%)	A: PV	B: TC	C: TCU	P
ALIMENTAZIONE AL SENO				
- in sala parto	1071/1495 (71,6)	14/398 (3,5) *	4/279 (1,4) ^o	*A vs B 1,88(1,76-2,01); ^o A vs C 1,64(1,55-1,74)
- alla dimissione	1312/1495 (87,8)	296/398 (74,4) *	204/279 (73,4) ^o	*A vs B 1,27(1,16-1,38); ^o A vs C 1,21 (1,12-1,31)
-7 ^o giorno	939/1093 (85,9)	211/283 (74,5) *	150/191 (78,5) ^o	*A vs B 1,19 (1,09-1,31); ^o A vs C 1,09 (1,01-1,17)

PV: parto vaginale; TCE: taglio cesareo elettivo; TCU: taglio cesareo urgente.

TCU 39.3 ± 1.3) ($p < 0.001$ PV vs TCE, $p < 0.001$ TCU vs TCE).

L'età media delle madri che hanno partorito per via vaginale è di $33,0 \pm 4,4$ settimane, mentre è di $35,0 \pm 4,3$ settimane in quelle che hanno partorito con TCE e di $33,2 \pm 4,1$ settimane in quelle che hanno partorito con TCU.

La nulliparità è presente nel 43.64% delle donne che hanno partorito per via vaginale, nel 60.2% nei TCU e nel 29.15% nei TCE.

Il peso medio alla nascita dei nati da PV è di 3.387 ± 387 g, nei nati da TCE è di 3.286 ± 421 g, mentre in quelli nati da TCU è di 3.398 ± 411 g.

Suzione al seno in sala parto:

Tra i nati da PV sono stati attaccati al seno in sala parto 1.071/1.495 bambini (71.6%), 14/398 bambini nati da TCE (3.5%) e 4/279 bambini nati da TCU (1.4%). Il rischio di non essere attaccati al seno è statisticamente aumentato nei nati da TCE e da TCU rispetto ai nati da PV (RR; 95% CI 1.88; 1.76-2.01 e 1.64; 1.55-1.67, rispettivamente).

Alimentazione alla dimissione:

Durante l'ultimo giorno di presenza al Nido sono stati alimentati con latte materno esclusivo 1.312 bambini (87.8%) nati da PV, 296 (74.4%) bambini nati da TCE e 204 (73.4%) nati da TCU. Il RR di mancato successo nell'alimentazione al seno è statisticamente significativo per entrambe le modalità di parto operativo (RR 1.27; 1.16-1.38 e 1.21; 1.12-1.31, rispettivamente) (Tab. II).

Alimentazione al 7° giorno:

Al termine della prima settimana venivano alimentati con latte materno esclusivo 939/1.093 nati da PV (85.9%), 211/283 nati da TCE (74.5%) e 150/191 nati da TCU (78.5%). Il RR di mancato successo di alimentazione al seno è del pari statisticamente aumentato per entrambe le modalità di parto operativo rispetto al PV (RR; 95% CI 1.19; 1.09-1.31 e 1.09; 1.01-1.17, rispettivamente).

Discussione

In questo studio, che ha valutato l'incidenza dell'allattamento al seno in rapporto alle modalità del parto nei nati in un Centro educativo di III livello nel 2005, abbiamo trovato che il TCE influenza negativamente le possibilità di successo di alimentazione al seno materno rispetto al parto vaginale per tutta la prima settimana di vita, a partire dalla sala parto.

La percentuale del taglio cesareo a termine nella nostra istituzione è risultata del 31.1%, con una percentuale relativa di TCE del 58.8%, in li-

nea con i dati in letteratura dei Paesi industrializzati (1, 2, 19, 20), ove del pari il TCE viene eseguito in oltre il 50% dei casi prima della 39+0 settimana di gestazione.

Non esistono altri dati di confronto in letteratura riferibili ad alimentazione al seno e TCE. Anche gli studi sull'incidenza e la durata dell'allattamento al seno dopo taglio cesareo sono scarsi, riferiti soprattutto agli anni '80, epoca in cui l'approccio e le indicazioni al taglio cesareo erano diversi da quelli di oggi. Nondimeno gli studi di Samuels, Vestermark e Procianny (10-12) avevano evidenziato difficoltà nell'allattamento al seno e/o una diminuzione nella produzione di latte (17) nell'immediato postpartum nelle madri che avevano partorito con taglio cesareo. Tale ridotta produzione di latte è stata riferita ad una ridotta produzione di ossitocina e prolattina da parte delle madri sottoposte a TC (18).

In letteratura si trovano alcuni studi che hanno evidenziato una correlazione tra parto cesareo e allattamento al seno (11, 15), altri che invece non hanno riscontrato alcun legame (9, 10, 16). Di rilievo, in particolare e in linea con i nostri risultati, lo studio di Leung et al. (15) ha indicato come il taglio cesareo per se aumentasse il rischio di non iniziare l'allattamento al seno, quello di allattare meno di un mese, riducendone così anche la durata totale. Anche nel pur limitato studio longitudinale condotto in Brasile nel 1993 da Weiderpass et al. (16), si concorda nel riscontro di un rischio triplicato di interrompere l'allattamento al seno nel primo mese di vita nei nati da TCE rispetto ai nati da PV.

I medici e le madri, in un mutato contesto sociale e sanitario, possono essere certamente considerati tra i maggiori responsabili dell'aumento continuo delle percentuali di tagli cesarei, anche elettivi, registrati nel mondo occidentale. Pertanto le aggiornate acquisizioni riguardo i maggiori costi sociali e sanitari per la madre e per il neonato da TCE non possono e non devono essere più a lungo minimizzati. A questi dovranno essere aggiunti anche gli effetti negativi sulle possibilità di successo all'allattamento al seno, con le possibili note conseguenze per il neonato e per la relazione madre/bambino. Di questo i clinici non potranno tenerne conto sia nelle indicazioni al TCE che nel counseling alle madri.

Bibliografia

1. Robson MS. Can we reduce the cesarean section

- rate? Best practice and Research. *Clinical Obstet Gynaecol* 2001; 15: 179-94.
2. Korst LM, Gregory KD, Ggornbein JA. Elective primary cesarean delivery: accuracy of administrative data. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2004; 18: 112-9.
 3. Chalmers B. WHO appropriate technology for birth revisited. *Br J Obstetr Gynaecol* 1992; 99: 709-10.
 4. Halliday HL. Elective delivery at term: implication for the neonate. *Acta Paediatr*, 1999; 88: 1180-83.
 5. Zanardo V, Padovani E, Pittini C, Doglioni N, Ferrante A, Trevisanuto D. The influence of timing of elective cesarean section on risk of neonatal pneumothorax. *J Pediatr* 2007; 150: 252-5.
 6. Zanardo V, Simbi AK, Vedovato S, Trevisanuto D. The influence of timing of elective cesarean section on neonatal resuscitation risk. *Pediatr Crit Care Med* 2004; 5: 566-70.
 7. Milner AD, Saunders RA, Hopkin IE. Effect of delivery by caesarean section on lung mechanics and lung volume in the human neonate. *Arch Dis Child*, 1978; 53: 5458.
 8. Keszler M, Carbone MT, Cox C, Schumacher RE. Severe respiratory failure after elective repeat caesarean delivery: a potentially preventable condition leading to extracorporeal membrane oxygenation. *Pediatrics* 1992; 89: 67072.
 9. Kroeger M. Impact of birthing practices on breastfeeding: protecting the mother and baby continuum. *Jones and Bartlett Publ.* 2004; pp 156-157.
 10. Procianoy RS, Fernandes-Fillro PH, Lazaro L, Sartori NC. Factors affecting breastfeeding: The influence of cesarean section. *J Trop Pediatr* 1984; 30: 39-42.
 11. Samuels SE, Margen S, Schoen EJ. Incidence and duration of breastfeeding in a health maintenance organization population. *Am J Clin Nutr.* 1985; 42: 504-10.
 12. Vestermark V, Hogdell CK, Birch M et al. Influence of the mode of delivery on initiation of breastfeeding. *Eur J Obstetr Gynecol Reprod Biol* 1991; 38: 33-38.
 13. Janke JR. Breastfeeding duration following cesarean and vaginal births. *J Nurse Midwif* 1988; 33: 159-64.
 14. Rowe Murray HJ, Fisher JR. Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth* 2002; 29: 124-31.
 15. Leung GM, Lam TH H. Breastfeeding and its relation to smoking and mode of delivery. *Obstet Gynaecol* 2002; 99: 785-94.
 16. Weiderpass E, Barros FC, Victora CG, Tomasi E, Halpern R. Incidence and duration of breastfeeding by type of delivery: a longitudinal study in southeastern Brasil. *Rev Saude Publica* 1998; 32: 225-31.
 17. Evans KG, Evans RG, Royal R, Esterman AJ, James SL. Effect of cesarean section on breast milk transfer to the normal term newborn over the first week of life. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2003; 88: 380-2.
 18. Zanardo V, Golin R, Amato M, Trevisanuto D, Favaro F, Faggian D, Plebani M. Cytokines in human colostrum and neonatal jaundice. *Ped Res* 2007; 62: 191-4.
 19. Meikle SF, Steiner CA, Zhang J, Lawrence WL. A national estimate of the elective primary cesarean delivery rate. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 751-6.
 20. Walker R, Turnbull D, Wilkinson C. Strategies to address global cesarean section rates: a review of the evidence. *Birth* 2002; 29: 28-39.
 21. Pisacane A, De Vizia B, Valiante A, Vaccaro F, Russo M, Grillo G. Related Articles, Giustardi A. Iron status in breast-fed infants. *J Pediatr.* 1995 Sep; 127 (3): 429-31. PMID: 7658275 [PubMed - indexed for MEDLINE].

L'attaccamento prima, durante e dopo la nascita

Gino Soldera

Psicologo, psicoterapeuta. Presidente dell'ANPEP, Treviso

John Bowlby fa risalire il comportamento di attaccamento tra madre e bambino alla prima infanzia, anche se questo può essere osservato nel corso dell'intero ciclo di vita, specialmente nei momenti di emergenza (1). Una interessante ricerca sull'atteggiamento della madre verso la gestazione e verso il figlio, che parte dalla premessa che la gestazione non avviene solo nel corpo, ma anche nella coscienza della madre, è stata condotta da Rottmann in Austria all'inizio degli anni '70 (2, 3). In base ai risultati conseguiti, un insieme di madri è stato suddiviso in quattro gruppi che ora cercheremo di presentare all'interno di una visione più ampia allargata alla triade e correlata con la teoria di attaccamento (4). Ci preme sottolineare, proprio per la confusione esistente in materia, sapendo che anche la madre è essa stessa soggetta ad un programma di attaccamento che è alla base dell'equilibrio del sistema familiare e delle comunicazioni che ivi si organizzano (5), che una situazione di disagio della madre dovuta ad una storia difficile o a dei problemi non risolti può condizionare negativamente l'andamento della gestazione, ma questo non significa che il suo esito sarà sicuramente negativo, specialmente se riuscirà ad avere quell'aiuto e sostegno umano ed esistenziale di cui ha bisogno, perché questo le permetterà di annullare in tutto o in parte la condizione sfavorevole di partenza. Allo stesso modo quella madre del tutto normale e dal passato sereno si potrà trovare a vivere nel corso della gestazione una serie di eventi stressanti che, se gravi e persistenti, potranno mettere in discussione il suo equi-

librio personale e incidere negativamente nella formazione del bambino, specialmente se in questo difficile periodo si troverà a vivere sola con se stessa (6). Inoltre, va riferito che l'allargamento dell'approccio dalla diade madre/figlio alla triade padre/madre/figlio consente di andare oltre alla relazione madre/figlio e di considerare l'intero sistema base (7), inteso come l'insieme di relazioni fondamentali, la cui funzionalità si ripercuote direttamente sullo sviluppo e nella formazione del figlio (8).

I quattro gruppi sono:

- 1) **Madri o genitori ideali** (nr. 46, pari al 33%).
Le madri ideali o genitori ideali si caratterizzano per l'accettazione conscia ed inconscia della gestazione del figlio senza pregiudizi o condizioni. Sono queste madri o coppie che realizzano, secondo Bowlby, uno stile di "attaccamento sicuro" fatto di disponibilità costante, di attenzione vigile e di aiuto efficace al figlio, che si trova a vivere in un contesto adeguato alle sue esigenze di crescita (1). Sul piano pratico dimostrano un atteggiamento ottimale non solo verso la gravidanza, ma anche verso il parto, l'allattamento e l'educazione del bambino. Sono queste condizioni che permettono al figlio, l'altro anello della triade, di costruire con sé e con l'ambiente circostante un buon rapporto basato sulla fiducia, sicurezza e sulla sana curiosità, oltre che consentirgli di svilupparsi in modo sano, armonico e creativo, ed essere messo nelle condizioni di cogliere le oppor-

tunità e le occasioni che gli vengono offerte. Ciò gli consente di trovarsi a diretto contatto con entrambi i genitori ed in particolare con la propria madre e di sintonizzarsi e di sincronizzarsi con lei, per vivere insieme da protagonisti questa fondamentale esperienza della vita. A una gravidanza felice non può che risultare, salvo eccezioni, un parto-nascita dall'esito felice, questo perché sono presenti tutte le condizioni fisiche e psichiche che rendono possibile l'attivazione, senza strozzature o interferenze, del programma del parto-nascita impresso nella memoria filogenetica di ogni uomo.

- 2) **Madri o genitori indifferenti** (nr. 23, pari al 16%). Le madri indifferenti dimostrano un rifiuto conscio e un'accettazione inconscia della gravidanza. Il rifiuto conscio è caratterizzato da una situazione ambientale sfavorevole, a fronte di una situazione interna accettabile, in un clima che potremmo definire di insoddisfazione, come lo è non tanto il concepimento quanto la gravidanza che viene affrontata come un impegno o un dovere. In questi casi la madre, anche se dotata di una personalità adeguatamente strutturata, non si sente libera di essere se stessa e di poter esprimere apertamente i propri pensieri ed emozioni. Essa può aver avuto una madre o dei genitori indifferenti o un marito che la trascuri o che non si senta in grado di farsi carico fino in fondo di lei e di suo figlio. In questa relazione caratterizzata dall'indifferenza il rapporto madre/figlio viene turbato e il figlio si trova a vivere una situazione sfavorevole alla quale si adatta e a cui spesso sacrifica le sue esigenze e i suoi bisogni per venire incontro ai desideri e alle necessità della madre. Egli non si sente adeguatamente considerato, anche perché avverte l'indifferenza della madre nei suoi confronti in termini di scarsa attenzione, protezione e cura. A questo ci possono essere delle eccezioni in quanto la madre, in alcuni momenti, può dimostrare una disponibilità di fondo: come, ad esempio, affrontare con impegno e decisione situazioni di emergenza e di pericolo. Le madri indifferenti in genere inibiscono parte della loro affettività verso il figlio e si rapportano con lui in modo distaccato. Siamo in quello che Bowlby chiama "l'attaccamento insicuro-evitante", che il bambino crescendo manifesta evitando di piangere al mo-

mento della separazione ed evitando di incontrare la figura di attaccamento al momento del ricongiungimento (1). In questo caso il bambino adotta una strategia volta a contenere i propri bisogni, con un atteggiamento freddo e distaccato: questo per evitare risposte negative o inefficaci da parte del genitore vissuto come intrusivo, rifiutante e poco disponibile a cogliere le sue richieste di attenzione e cura (9). Rifiuta il contatto fisico anche nelle situazioni di stress. Naturalmente questo lo porta ad essere sensibile e reattivo e in certi casi anche a manifestare un comportamento oppositivo o di ribellione. Appena nato evita o non mostra una grande propensione al contatto con la madre, si dimostra abbastanza indifferente e non la cerca. Nell'allattamento tende ad avvicinarsi in modo superficiale e frettoloso. Non rifiuta la disponibilità, il contatto e la cura degli altri, specialmente se dimostrano verso di lui un atteggiamento favorevole. Il parto-nascita avviene molto meglio di come la madre lo aveva pensato o concepito, perché nel momento delle difficoltà sia la madre che il figlio sono capaci di avvalersi delle energie presenti e di utilizzarle con disponibilità reciproca.

- 3) **Madri o genitori ambivalenti** (nr. 34, pari al 24%). Le madri ambivalenti dimostrano un'accettazione conscia e un contemporeo rifiuto inconscio della gravidanza, dato da profondi conflitti interni non risolti e da una personalità fragile e non strutturata. Di solito hanno una presenza smagliante che in realtà nasconde una profonda aggressività, depressione, labilità emotiva e paura verso il bambino. Il rapporto con il padre è poco definito e sicuro, non è basato sulla convinzione reciproca ed è contrassegnato da rari momenti di intesa e vera passione, per poi rientrare nella palude quotidiana. L'evento del concepimento, che costituisce il momento di inizio di una nuova vita, viene vissuto in modo ambivalente e così pure la gestazione: quest'ultima è vissuta più nella mente che nel corpo. Il figlio si trova quindi a vivere in balia dei mutabili pensieri e stati d'animo della madre. Il rapporto madre/figlio è presente anche se non ancorato su solide basi, essendo piuttosto superficiale e fluttuante; la relazione tende, infatti, ad essere indefinita, non contrassegnata da un momento d'inizio e di fine, mentre il figlio non è riconosciu-

to per quello che è: portatore di nuovi valori ed energie di vita. In questa situazione, i tentativi fatti dal bambino per uscire dalla ragnatela nella quale si trova sono destinati a fallire, il suo sforzo è quello di cercare di farsi accettare per quello che è. Al contrario, la madre il più delle volte coglie l'occasione data dallo stato straordinario che sta vivendo, come accadeva in passato con le voglie gravidiche (10), per porsi al centro dell'attenzione e tentare di rendere nullo il suo disagio personale soddisfacendo così i suoi bisogni narcisistici. Questo quadro è molto simile a quello che Bowlby descrive come "attaccamento insicuro-ambivalente", dove il bambino protesta e si oppone in modo angosciato alla separazione, condizione che non viene eliminata al ricongiungimento con il genitore. Questa tipologia di bambini particolarmente labili tende ad alternare la rabbia e l'accondiscendenza eccessiva verso il genitore ritenuto imprevedibile e scollegato dalle sue esigenze. Il bambino non è certo dell'esito di questa relazione di attaccamento ed è ancorato all'amabilità che riesce o meno a dimostrare; l'immagine di sé tende ad essere quella di una persona fragile e bisognosa. In queste situazioni disturbi della gravidanza sono più frequenti. Il parto-nascita tende ad essere contrassegnato da facili complicazioni, la madre non conta sulle sue risorse e su quelle di suo figlio, ma sull'aiuto degli operatori esterni e il risultato dipende molto dalla loro capacità di cogliere ed affrontare la situazione. Il bambino, una volta nato, si dimostra irrequieto, insoddisfatto, di non facile gestione e bisognoso della presenza continua della madre che cerca di condizionare strumentalmente a sé.

- 4) **Madri catastrofiche o genitori catastrofici** (nr. 38; pari al 27%). La caratteristica delle madri catastrofiche è quella di avere un rifiuto conscio ed inconscio, una negazione totale del bambino, che viene vissuto come un nemico e la gravidanza come l'evento catastrofico della loro vita. Esiste una negazione non solo verso il frutto del concepimento, ma anche verso l'evento del concepimento stesso. Spesso verso il padre del bambino è presente un atteggiamento di negazione, di chiusura o non sono presenti i presupposti per costruire una relazione con lui. Del resto è stato osservato che le madri catastro-

fiche provengono dai ceti sociali bassi e soffrono di svariati disturbi di natura psichica. Inoltre, esse non sono in grado di realizzare un rapporto positivo con il figlio a causa dei conflitti non risolti con i loro genitori e delle difficoltà esistenti con il padre del loro bambino. Sono donne che hanno un'immagine di sé negativa e che si sentono sole ed abbandonate. Il loro figlio è destinato a vivere il periodo della vita prenatale in clima di estremo disagio, dallo stress elevato e carico di pericoli e di difficoltà. In questo senso, le condizioni difficili nelle quali vive, lo costringono ad apprendere da subito che deve poter contare solo su se stesso se vuole sopravvivere. Questa situazione si avvicina a quella che Bowlby definisce di "attaccamento disorganizzato o disorientato", dove il bambino esprime la difficoltà ad esibire una qualunque forma di comportamento organizzato e tendente ad un fine. I bambini che hanno questo tipo di attaccamento mostrano comportamenti incoerenti, paradossali, stereotipie, apparentemente senza fine, di vigilanza rigida e reazioni di continuo allarme. I genitori dei bambini che si comportano in questo modo sono spesso stati, in passato, oggetto di traumi, gravi lutti o maltrattamenti o vivono il periodo della gestazione in queste condizioni senza avere quell'aiuto o quel supporto personale e sociale di cui hanno bisogno. Il futuro di questi bambini è il più delle volte problematico in quanto sono impegnati nella elaborazione di gravi eventi traumatici o luttuosi o affetti da disturbi affettivi maggiori (11). Alla nascita, questi bambini possono presentare diverse problematiche quali iperattività, disturbi del sonno, difficoltà alimentari, reflusso gastroesofageo, malattie otorinolaringoiatriche (12), avere facili complicanze e in genere sono difficili da gestire. La gravidanza, specialmente la seconda metà, è contrassegnata da diversi disturbi, quali vomito, inappetenza, insonnia, il travaglio è in genere più lungo, il parto più complicato e contrassegnato dalla nascita di un maggior numero di neonati prematuri.

Diversi studi longitudinali mostrano come l'attaccamento nell'infanzia influenzi fortemente molti aspetti dell'adattamento psicologico, tra cui il comportamento sociale, la regolazione degli affetti, lo sviluppo delle risorse cognitive e i disturbi psicologici.

Nel trarre le conclusioni alla sua carriera, Bowlby afferma che: “le variazioni nel modo in cui questi legami di attaccamento si sviluppano e diventano organizzati nell’infanzia e nella fanciullezza nei diversi individui sono le principali determinanti della salute mentale delle persone”(13).

Riferimenti bibliografici

1. Bowlby J. Una base sicura. Edizioni Cortina, Milano, 1989; 25.
2. Acciari M. Gravidanza senza maternità. Armando Editore, Roma, 1985.
3. Rottmann G. Esperimenti e ricerche sull’atteggiamento nei confronti della gravidanza e dello sviluppo fetale”. Relazione tenuta a Parigi nel luglio 1973 in occasione del Congresso Spirito e Psiche organizzato dall’I.S.P.P., 1973.
4. Soldera G. Premassaggio d’amore in gravidanza. Introduzione alla comunicazione psicotattile madre-padre-bambino con esercizi pratici. Edizioni Editeam, Cento (Fe), 2005; 64-87.
5. Lebovici S. La madre. In (a cura di) Lebovici S, Weil-Halpern F. Psicopatologia della prima infanzia. Edizioni Bollati Boringhieri, Torino 1994; 43-48.
6. Ottaviano S, Ottaviano P, Ottaviano C. Stress materno-fetale nel terzo trimestre di gravidanza. Sindromi neurocomportamentali neonatali e PEP (Programmi Educativi Prenatali). In (a cura di) Astrei G, Bevere A. Vita prenatale. Edizioni Cantagalli, Siena, 2003; 225-236.
7. Camaioni L. La triade eccellente. Psicologia Contemporanea. 2004; 185: 50-55.
8. Stott D. Follow-up study from birth of the effects of prenatal stresses. Dev Med Child Neurol, 1970; 15: 770.
9. Pace A. Stile di attaccamento e percorsi di sviluppo. In: Psicologia, Psicoterapia e Salute 1999; 5 (3): 335-342.
10. Ellis H. Psicologia della maternità. Ed. Casa del Libro Fratelli Melita, La Spezia, 1981; 31-64.
11. Main M, Hesse E. Attaccamento disorganizzato/disorientato nell’infanzia e stati mentali dissociati dei genitori. In: Ammaniti A, Stern DN (a cura di). Attaccamento e psicoanalisi. Laterza, Bari, 1992.
12. Richard S. Importance de la relation mère-enfant pendant la grossesse. In: Atti del 3° Symposium International sur l’Education Prénatale, dal titolo Les influences sonores dans le développement prénatal. Parigi, 23.03.1990, 32-61.
13. Bowlby J. Developmental Psychiatry comes of age. Am J Psychiatry, 1988; 145: 1-10.

Scelti per voi

Una panoramica sulla più recente letteratura in tema di... ...supplementazioni e profilassi vitaminiche

A cura di Francesco Tandoi

Collaboratori
Arianna De Martino, Lorenzo Giacchetti

Neonatal vitamin K prophylaxis in Great Britain and Ireland: the impact of perceived risk and product licensing on effectiveness.

Busfield A, McNinch A, Tripp J. Arch Dis Child 2007; 92: 754-758.

Interessante studio che descrive la situazione attuale e l'impatto della diffusione della vitamina K nella prevenzione della malattia emorragica precoce e tardiva (VKDB) in Gran Bretagna ed Irlanda.

Si tratta di uno studio condotto su 243 soggetti che mette in evidenza come se da un lato la profilassi della malattia emorragica per tutti i neonati sia da tempo stata raggiunta, dall'altro esiste tuttora una grave diversità nella modalità di prescrizione della Vitamina K.

Lo studio conclude suggerendo una linea di base e prospettando l'ipotesi di ottenere anche un consenso dai genitori, delegando alcune responsabilità sulla modalità di scelta della somministrazione della vitamina K. A tutti i neonati a termine senza problemi, dovrebbe essere somministrata un 1 mg di vitamina K per via orale; nei neonati allattati al seno dovrebbe essere proseguita la profilassi con 1 mg di vitamina K alla settimana o 25 microgrammi al giorno. La somministrazione intramuscolo va preferita invece nei neonati ma-

lati, pretermine o nati da madri che prendono farmaci antagonisti della vitamina K.

Vitamin K deficiency bleeding: the readiness is all.

Clarke P, Shearer MJ. Arch. Dis. Child. 2007; 92; 741-743.

E' auspicabile che la somministrazione della vitamina K, nell'ambito della profilassi della malattia emorragica precoce e tardiva (VKDB), avvenga per via orale fin dalla nascita; tale aspetto assume importanza fondamentale nei neonati allattati al seno. Una profilassi di questo tipo occorre che sia universalmente riconosciuta come affidabile. Questo commento all'articolo precedente intende sottolineare alcuni concetti che potrebbero rivelarsi indispensabili per comprendere le attuali difficoltà per rendere uniforme questo tipo di profilassi. Dubbi esistono ancora circa il tipo di preparazione, di somministrazione e di dosaggio. Anche i modelli olandese e danese che nel tempo hanno confermato l'efficacia della profilassi completamente orale fin dalla nascita, sono ben differenti fra loro. Ancora poco definiti, inoltre, anche nei due suddetti Paesi, sono i dati circa la compliance della somministrazione orale (quotidiana o settimanale), aspetto che in un certo senso può offrire il fianco a non poche critiche inerenti tale metodo di profilassi, spe-

cie quando si è assistito ad una ripresa dei casi di VKDB (come avvenuto in Olanda). Pertanto, sebbene la somministrazione orale eserciti un forte impatto in relazione alla sua assenza di invasività, l'esperienza inglese evidenzia come, in seguito all'informazione fornita alle mamme al momento dell'acquisizione del consenso per la somministrazione completamente orale, non sono state poche le madri che hanno scelto, alla nascita, la somministrazione per via intramuscolare. Altro aspetto interessante riguarda la biodisponibilità della vitamina K che, a fronte della sua elevata lipofilia, si ipotizza possa essere meglio assorbita nei cibi contenenti lipidi, come le formule, piuttosto che nelle preparazioni in commercio, con cui vengono profilassati i neonati allattati al seno.

A fronte di tali dubbi e in relazione ad un rischio di neoplasie, alla fine, non dimostrato, gli autori suggeriscono il ritorno ad una profilassi intramuscolare alla nascita, pratica che negli anni ha consolidato la propria efficacia, anche per i neonati affetti da colestasi, per i quali un trattamento esclusivamente orale sembrerebbe non offrire una copertura del tutto efficace.

In conclusione, nell'ambito della profilassi orale con la vitamina K, i punti su cui si avverte ancora la necessità di ampliare le indagini ci sono ancora. I dubbi in merito, tuttavia, non devono scoraggiare gli operatori, ma devono servire ad approfondire quegli aspetti che ci permettano di operare in tutta sicurezza. Anche questo grande parlare intorno a tali argomenti rafforza la consapevolezza che in tempi brevi verranno trovate le risposte adeguati ai problemi ancora aperti. La strada è tortuosa ma appena percorribile!

High prevalence of vitamin D deficiency in newborn infants of high-risk mothers.

Dijkstra SH, van Beeck A, Janssen JW, de Vleeschouwer LHM, Huysman WZA, van der Akker ELT. Arch Dis Child 2007; 92: 750-753.

Nell'ambito della più recente ricerca riguardo gli effetti della carenza di vitamina D sta assumendo sempre più importanza l'identificazione di categorie di neonati a maggior rischio di sviluppare tale deficit. In tale direzione si è orientato questo gruppo di ricerca olandese focalizzando la propria attenzione su quelle forme di deficit legati a fattori di tipo etno-culturale. A tale

proposito sono state ipotizzate due categorie di rischio rappresentate da donne di colore e da donne che indossano abitualmente indumenti estremamente coprenti per confrontarli con un gruppo di controllo di etnia e cultura locali.

I due obiettivi dello studio erano i seguenti: a) determinare la prevalenza del deficit di vitamina D₃ (nella forma 25-idrossicolecalciferolo) su prelievi di sangue cordonale di neonati inclusi nei suddetti gruppi di rischio; b) correlare le concentrazioni di vitamina D₃ con alcuni parametri biochimici (fosfatasi alcalina, calcio ionizzato, fosforo, paratormone) inerenti il metabolismo della vitamina D e il turnover dell'osso.

I risultati hanno mostrato una prevalenza elevata di deficit di vitamina D nei nati da madri a rischio (63.3%), in confronto al gruppo di controllo (15.8%); inoltre, nell'ambito del gruppo a maggior rischio, tale deficit prevaleva del 90.9% nelle donne che vestivano il cosiddetto "velo".

Relativamente ai parametri del metabolismo osseo, nel gruppo a rischio rispetto al controllo, si evidenziava una concentrazione sierica di fosfatasi alcalina più elevata (comunque nel range di normalità) che farebbe ipotizzare un incrementato turnover osseo.

Sebbene i risultati di questo piccolo studio siano da confermare con indagini di potenza maggiore, tuttavia appare lodevole l'intento di identificare nell'ambito di una popolazione, come quella europea, sempre più eterogenea da un punto di vista etnico e culturale, gruppi su cui ipotizzare un deficit di questo tipo. E' chiaro che si debba partire dalla definizione e dalla quantificazione di tale rischio per ricercare gli effetti di una supplementazione con vitamina D durante la gravidanza o per determinare le conseguenze di tale deficit sullo sviluppo e sulla crescita ossea a lungo termine. Il fine ultimo è quello di redigere adeguate Linee Guida allorché si renda opportuna di una supplementazione in gravidanza ed allattamento.

Vitamin D in pregnancy: an old problem still to be solved?

Williams AF (Perspective on the paper by Dijkstra et al). Arch Dis Child 2007; 92: 740-741.

Per oltre trenta anni abbiamo creduto che la carenza di vitamina D riguardasse solo alcune minoranze etniche e poco esposte al sole. Recenti dati epidemiologici affermano il contrario invi-

tando i professionisti a riflettere sulla necessità di supplementazione con vitamina D particolarmente in alcune epoche della vita come la gravidanza, l'allattamento e la prima infanzia. E' noto che i nati da donne che hanno ricevuto una supplementazione con vitamina D durante la gravidanza sono a minor rischio di essere piccoli per età gestazionale e di sviluppare ipocalcemia post-natale; hanno inoltre una migliore mineralizzazione dello smalto dentale e delle ossa della colonna vertebrale (a 9 anni). Nel 1991 ed in seguito nel 1998 la COMA (Committee on Medical Aspects of Food and Nutrition Policy) ha suggerito di integrare la dieta delle donne gravide e in allattamento con 400 UI/die di vitamina D. Purtroppo, tale indicazione non è stata seguita per diversi motivi tra cui una scarsa consapevolezza dell'importanza dell'integrazione da parte dei pazienti e dei professionisti, l'assenza sul mercato di preparati vitaminici D non asso-

ciati a vitamina A e la mancanza di linee guida univoche su tale supplementazione.

Partendo da queste considerazioni, lo studio di Dijkstra e coll. (articolo precedente) focalizza nuovamente l'attenzione sulla necessità di redigere e diffondere delle Linee Guida sulla supplementazione di vitamina D in gravidanza ed allattamento. Il loro studio prospettico (su 87 neonati a Rotterdam) ha infatti evidenziato che i neonati di donne a rischio (pelle più scura e che indossano abiti e/o veli che non espongono al sole) hanno un'alta prevalenza di carenza di vitamina D. Inoltre tali neonati hanno valori di fosfatasi alcalina molto più alti dei controlli che suggerisce un più alto turnover osseo.

Una riflessione infine sulla concentrazione di 25 OHD stimata "normale" ovvero $\geq 25\text{nmol/L}$, al disotto del quale si parla di ipovitaminosi D. Tale valore soglia è estesamente accreditato, ma secondo recenti studi andrebbe rivalutato.

Home and Abroad

Uno sguardo a convegni, corsi ed eventi, in Italia e all'estero, che hanno come tema la "care" in medicina perinatale

Corsi dell'Associazione Italiana per la Care in Perinatologia

Docenti: Arturo Giustardi - Monika Stablum
Sala Kolping, Via Ospedale - Bolzano

10 Dicembre 2007 "Kangaroo-Mother-Care"

(10 crediti)
Crediti ECM richiesti per medici, ostetriche, infermiere pediatriche, infermiere, assistenti sanitari, psicologi, assistenti sociali.
Costo 90 Euro, max 20 partecipanti.

29-30 Gennaio 2008 "Corso avanzato di allattamento"

(20 crediti)
Crediti ECM richiesti per medici, ostetriche, infermiere pediatriche, infermiere, puericultrici, assistenti sanitari, psicologi assistenti sociali.
Costo 160 Euro, max 20 partecipanti.

25-26 Febbraio 2008 "Il neonato dopo la dimissione a casa"

(20 crediti)
Crediti ECM richiesti per medici, ostetriche, infermiere pediatriche, infermiere, puericultrici, assistenti sanitari, psicologi, assistenti sociali.
Costo 160 Euro, max 20 partecipanti.

17 Marzo 2008 "Assistenza al neonato sano in sala parto"

(10 crediti)
Crediti ECM richiesti per medici, ostetriche, infermiere pediatriche, infermiere, assistenti sanitari, psicologi, assistenti sociali.
Costo 100 Euro, max 20 partecipanti.

Convegni

19 Ottobre 2007 "Chi è il feto? Alle origini della conoscenza dell'essere umano"

Giornata di studio con il Prof. Ludwig Janus
Crediti ECM richiesti per medici, psicologi, soci ANPEP e ostetriche.
Sala polivalente di Serravalle
Serravalle (REP. SAN MARINO) - Via E. Balducci
Costo 80 Euro per i medici e psicologi, 60 Euro per studenti, soci ANPEP e ostetriche.

10 Novembre 2007 "Il neonato prematuro: dalla dimissione ai primi anni di vita"

Crediti ECM richiesti per medici, infermieri, infermiere pediatriche e ostetriche.
Presidenti: M. Agosti - M. Montalbetti
Hotel Chateau Porro Pirelli
Induno Olona (VA) - Via E. Tabacchi, 20
Costo 80 Euro per i medici, 40 Euro per infermieri, infermiere pediatriche e ostetriche.

KMC Europe '08 1st European Conference on the Kangaroo Mother Care method

6-7 Ottobre 2008

7th International Workshop on Kangaroo Mother Care

8-11 Ottobre 2008 - Uppsala, Sweden





ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA CARE IN PERINATOLOGIA

www.careperinatologia.it

DOMANDA DI AMMISSIONE PER I NUOVI SOCI

IL SOTTOSCRITTO, PRESA VISIONE DELLE NORME STATUTARIE DELL'AICIP ONLUS, CHE SI IMPEGNA A RISPETTARE E FAR RISPETTARE,

CHIEDE

L'AMMISSIONE QUALE SOCIO ORDINARIO. SI RIPORTANO PERTANTO I SEGUENTI DATI:

Cognome		Nome	
Luogo di nascita		Data di nascita	
Codice Fiscale		Provincia	
CAP		Città	
Indirizzo			
Titolo di studio			
Professione			
Specializzazione/i			
Attività di ricerca			
Unità di lavoro			
Telefono		Cellulare	
Fax		e-mail	

SI AUTORIZZA ESPRESSAMENTE AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEL D.LGS. 196/03 IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI.

Nominativo socio presentatore	Data	Firma del Richiedente

COMPILARE IN STAMPATELLO E SPEDIRE, UNITAMENTE ALLA COPIA DEL VERSAMENTO, ALL'AICIP ONLUS 80040 MASSA DI SOMMA NA VIA BOCCARUSSO, 1 C/O CLINICA LOURDES. QUOTA SOCIALE € 15,00, DA VERSARE SUL C/C 000040873096, UNICREDIT BANCA BRESSANONE FIL. 0983, ABI 02008, CAB 58220, INTESTATO A AICIP ONLUS. CONTATTARE PER ULTERIORI INFORMAZIONI LA SEGRETERIA AL NUMERO 081 7860445