

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, Maria Elena Bolis,
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 Paghinini,
Anna Persico, Angela Bossi, Paola Serafini,
Gino Soldera, Monika Stablum, Stefania Viero,
Vincenzo Zanardo

www.careperinatologia.it



Autorizzazione Tribunale Bologna (In attesa del n. di registrazione)

Copyright © 2008



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 Settembre 2008.

Norme editoriali

La rivista pubblica articoli che recano informazioni originali in tema di cure in campo perinatologico-neonatologico. La decisione sull'accettazione dell'articolo è presa sulla base di una revisione critica fatta dai revisori. L'articolo può non essere accettato, anche se di ottima qualità, se esso non rientra nei contenuti e negli scopi della rivista.

I lavori originali includono le seguenti parti:

- una **pagina** comprendente titolo del lavoro, nomi e cognomi degli Autori, nome dell'istituzione (o delle istituzioni) in cui il lavoro è stato svolto, nome e indirizzo dell'Autore al quale dovranno essere inviate le bozze di stampa e ogni altra corrispondenza relativa al lavoro, telefono, fax e-mail;
- **introduzione** di circa 200 parole;
- **metodi** (se presenti). L'esposizione deve fornire tutte le informazioni necessarie alla eventuale riproduzione dei metodi. Per le metodiche già pubblicate è sufficiente il riferimento bibliografico. I metodi statistici debbono essere esposti dettagliatamente. Gli studi controllati devono seguire le indicazioni del gruppo CONSORT (The CONSORT Statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trial. Moher D, Schulz KF and Altman D for the CONSORT Group. *JAMA* 2001; 285: 1987-91. Sito web: <http://www.consort.statement.org/>);
- **risultati**. L'eventuale descrizione dettagliata di casi clinici è inclusa in questa sezione;
- **discussione**;
- **conclusioni**;
- **bibliografia**.

Gli articoli a carattere descrittivo dopo l'introduzione potranno contenere un corpo centrale suddiviso in paragrafi con titolo proprio e quindi le conclusioni.

Il testo, dall'introduzione alle conclusioni incluse, non dovrebbe superare le 15 pagine dattiloscritte (interlinea doppia, margine superiore cm 2.5, margini inferiore, destro e sinistro 2 cm) in formato Word per Windows con carattere 12.

Bibliografia e note

Ciascuna voce bibliografica include, nell'ordine, i cognomi di tutti gli Autori, seguiti dalle iniziali dei nomi, titolo del lavoro, nome della rivista (si usino le abbreviazioni standard date dall'Index Medicus), anno di pubblicazione, numero del volume, pagina iniziale. Per la citazioni dei libri si indicano i cognomi degli Autori seguiti dalle iniziali dei nomi, il titolo del libro, il nome

e la sede dell'editore, l'anno di pubblicazione. Le relazioni o comunicazioni a Congressi sono indicate con i nomi degli Autori, il titolo della relazione o comunicazione, la denominazione del Congresso, la città e l'anno in cui il congresso è stato tenuto. Le voci bibliografiche sono elencate secondo l'ordine numerico di comparsa nel testo, come dall'esempio:

- 1) *Laurence KM. Fetal malformations and abnormalities. Lancet* 1985; 182: 312-324.

Tabelle, figure e grafici

Dovranno essere raccolte alla fine del testo (dopo la bibliografia) in pagine apposite e corredate di relative didascalie. E' necessario evitare di presentare lo stesso dato in più forme. Le figure dovranno essere inviate in formato elettronico (JPEG, TIF...). Anche per i grafici sono accettabili quelli creati al computer.

Termini matematici, formule, abbreviazioni, unità e misure dovrebbero conformarsi agli standard pubblicati su *Science*, 1954; 120: 1078.

I farmaci dovrebbero essere indicati col nome chimico; solo se inevitabile, possono essere indicati col nome commerciale.

Rubriche

Nelle rubriche vengono pubblicati articoli in forma breve o segnalazioni di eventi (convegni, corsi...) in tema di "care".

Lettere alla direzione

Le lettere alla Direzione possono contenere dati specifici che gli Autori intendono portare all'attenzione dei lettori in forma sintetica oppure possono far riferimento ad articoli pubblicati in precedenza e contenere critiche o dati personali aventi relazione con l'articolo a cui la lettera fa riferimento. In questo caso la lettera viene inviata agli Autori dell'articolo e l'eventuale risposta degli stessi Autori viene pubblicata con l'uscita successiva. Le lettere possono anche riguardare problemi generali assistenziali, di ricerca e di insegnamento. L'opportunità di pubblicare le lettere è a discrezione della Direzione.

Gli Autori garantiscono l'originalità degli articoli e si assumono la responsabilità dei contenuti.

Il dattiloscritto deve essere inviato a mezzo posta elettronica ai seguenti indirizzi e-mail:

artgiust@tin.it
massimo.agosti@ospedale.varese.it
tandoc2001@yahoo.it



ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA CARE IN PERINATOLOGIA

www.careperinatologia.it

Modalità d'iscrizione AICIP onlus

L'iscrizione all'associazione italiana per la care in perinatologia comprende:

- Invio gratuito a domicilio della Rivista Italiana La Care in Perinatologia.
- La possibilità di pubblicare sulla rivista articoli scientifici.
- La possibilità di pubblicizzare corsi ed eventi sul sito www.careperinatologia.it
- Partecipazione al Forum.

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 n° civico			
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 la scheda di iscrizione per i nuovi soci allegata e spedire, unitamente alla copia del versamento, all'AICIP onlus, Viale dei vigneti 34, Bressanone (BZ) 39042, al numero di fax 0472/206358, o per e-mail scannerizzata con firma a monikastablum@hotmail.it

I versamenti intestati a AICIP onlus causale: Iscrizione nuovi soci AICIP quota sociale € 15,00 da versare sul c/c 000040873096, Unicredit Banca Bressanone fil. 0983, abi 02008, cab 11603, cin: B.

Contattare per ulteriori informazioni la sig.ra Monika Stablum al numero 3383679491.

Indice

Norme editoriali	pag.	II
Modalità d'iscrizione AICIP ONLUS	"	III
Editoriale.....	"	1
Francesco Tandoi, Massimo Agosti, Arturo Giustardi		
Lo Shiatsu Neonatale in UTIN: nostra esperienza	"	3
Piermichele Paolillo, Simonetta Picone, Daniela Suetti, Stefano Previdi, <i>Roma</i>		
Notizie editoriali	"	10
"Favorire il bonding e l'allattamento al seno precoce, ma... in sicurezza"	"	11
Gianluca Lista, Marina Battaglioli, Nicoletta Mallozza, <i>Milano</i>		
La silimarina micronizzata nel trattamento dell'ipogalattia	"	13
Francesco Di Pierro, <i>Pontenure</i>		
Come implementare la produzione di latte materno: le buone tecniche	"	18
Arturo Giustardi, <i>Napoli</i> , Monica Stablum, <i>Bressanone</i> , Arianna De Martino, <i>Cremona</i>		
Ansia in puerperio e coliche infantili: ruolo della parità	"	21
Federica Freato, Sara Gasparetto, Arturo Giustardi, Michele Masso, Daniele Trevisanuto, Vincenzo Zanardo, <i>Padova</i>		
Scelti per voi	"	25
Home and Abroad	"	28

Editoriale

Mi piace iniziare questo editoriale ripensando alla frase: *“Ci si potrebbe chiedere: perché un’altra Rivista in ambito medico? Non ne abbiamo già abbastanza?”* Se ben ricordate si apriva così, a firma dei direttori Massimo Agosti e Arturo Giustardi, il primo editoriale di questa rivista... e sembra già un ricordo!

Come redazione, se proprio dobbiamo dare una risposta a questi nostri quesiti, questa non può essere che affermativa. Magari non dovremmo esserlo noi a dirlo, ma il crescente riscontro che stiamo incontrando da parte di coloro che hanno letto le precedenti uscite, ci rende orgogliosi nel fornire una risposta di questo tipo. In quanto, comunque, operatori in campo medico ed in un settore tanto delicato di questa disciplina, quale la Neonatologia, avevamo colto il senso di un tale intervento editoriale identificandolo appunto nella raccolta di una serie di esperienze che altri operatori come noi avevano accumulato nel corso della loro professione in un campo quale, appunto, la cure del neonato tanto pretermine quanto a termine. E tutto questo per la realtà Italiana! Non che con questo non intendessimo confrontarci con contesti stranieri, ma magari è stata di conforto per tutti la condivisione di quelle esperienze fra contesti per lo meno paragonabili fra di loro per legislazione, tessuto sociale, economico, strutture e risorse.

E’ quindi questa la formula che questo “contenitore” ha proposto e che chi ci ha letto ha colto, in una sorta di intesa a prima vista, sentendo il bisogno comune di partecipare a quanto ognuno aveva da esprimere. E’ stato questo il rapporto con cui la rivista si è legata anche con i lettori del sito www.careperinatologia.it della Associazione Italiana per la Care in Perinatologia, sito web in tema, che raccoglie sempre più titoli (non ultima la certificazione ISO 9001: 2000), consensi e visitatori.

Stiamo quindi raccogliendo, un po’ per tutta l’Italia, i segnali di una caleidoscopica serie di attività che ogni singola realtà, in base alle proprie possibilità, esprime in questo progetto comune di supporto al neonato e alla sua famiglia. La rivista, pertanto, è stata giustamente intesa come lo strumento che ogni realtà ha per far conoscere il proprio lavoro, i propri sforzi, i propri progetti, anche quelli da proporre ad altri Centri in una sorta di laboratorio comune.

Tutto questo, nei propositi iniziali, era solo un obiettivo futuribile; in realtà non pensavamo che già dalla terza uscita ci saremmo trovati a gestire un archivio con un discreto numero di articoli, di proposte, di iniziative; di sicuro tutto ciò ci rende giustamente compiaciuti del lavoro fatto fino ad ora e fiduciosi nel proseguire in questa direzione.

Per rimanere, comunque, con i piedi per terra, torniamo alla nostra rivista, introducendo quelli che sono i “temi” di questa uscita.

Partendo dal presupposto per cui la promozione dell’allattamento materno debba possedere un ruolo centrale nelle cure neonatali, ci è parso opportuno riprendere questo argomento focalizzando la nostra attenzione sulla silimarina una sostanza naturale, già in uso come epatoprotettore e che si sta imponendo, con riscontri sempre più ampi, con funzione galattogoga. In questo numero proponiamo, quindi, una interessante analisi degli effetti dell’assunzione di tale principio attivo sulla lattazione.

Giunge a proposito l’articolo di Zanardo e coll. inerente una rilettura del fenomeno delle coliche del lattante, in un momento storico in cui tale fenomeno trova, giustamente, una sempre più precisa collocazione, al fine di iscrivere tale fenomeno nell’ambito di cura o di supporto più appropriato. E’ un po’ la sorte che sta interessando il più ampio capitolo dei disturbi funzionali gastrointestinali (FGID) del lattante e della prima infanzia, per i quali non viene evocata una causa strutturale o biochimica dell’apparato digerente, ma che fanno capo ad una combinazione di sintomi talora ricorrenti o cronici, spesso tipici di un determinato periodo di vita e fra i quali le coliche infantili si iscrivono di diritto.

Concludiamo quindi questa rassegna con il considerare un altro aspetto inerente il massaggio neonatale, ponendo attenzione all’esperienza del gruppo del Policlinico Casilino di Roma che propone il massaggio Shiatsu sui neonati della propria TIN.

Ad maiora!

Francesco Tandoi
Massimo Agosti
Arturo Giustardi

Lo Shiatsu Neonatale in UTIN: nostra esperienza

Piermichele Paolillo, Simonetta Picone, Daniela Sueti, Stefano Previdi*

U.O.C. Neonatologia, Patologia Neonatale, Tin - Policlinico Casilino, Roma

*Fisioterapista, Roma

Introduzione

Lo shiatsu è una forma di terapia naturale che nasce dall'antica medicina orientale, basata sulla convinzione che tutte le malattie hanno origine da uno squilibrio del sistema energetico dell'individuo. Attraverso una serie di pressioni lo shiatsu può influenzare positivamente il movimento dell'energia e riequilibrarlo.

Da alcuni anni, tale pratica è entrata nel nostro reparto di Terapia Intensiva Neonatale. Un nostro fisioterapista pratica ai neonati, soprattutto prematuri, lo Shiatsu che abbiamo deciso di affiancare, nell'ambito della cure, alle tradizionali ed irrinunciabili terapie mediche.

Come si pratica

Lo Shiatsu si esegue utilizzando le dita, le mani, gli avambracci, i gomiti e le ginocchia per riequilibrare la circolazione energetica in 14 canali (12 ordinari-2 straordinari) detti meridiani (Fig. 1 A, B), corrispondenti alle funzioni organiche, psichiche ed emotive dell'individuo.

Lo Shiatsu Neonatale è una metodica che deriva dallo Shiatsu tradizionale ma con sue specificità: anziché esercitare una pressione perpendicolare con il peso del corpo, lo Shiatsu Neonatale utilizza un tocco che agisce sul sistema corporetico, cioè corporeo, attraverso i canali energetici, il campo aurico o aura e il sistema fa-

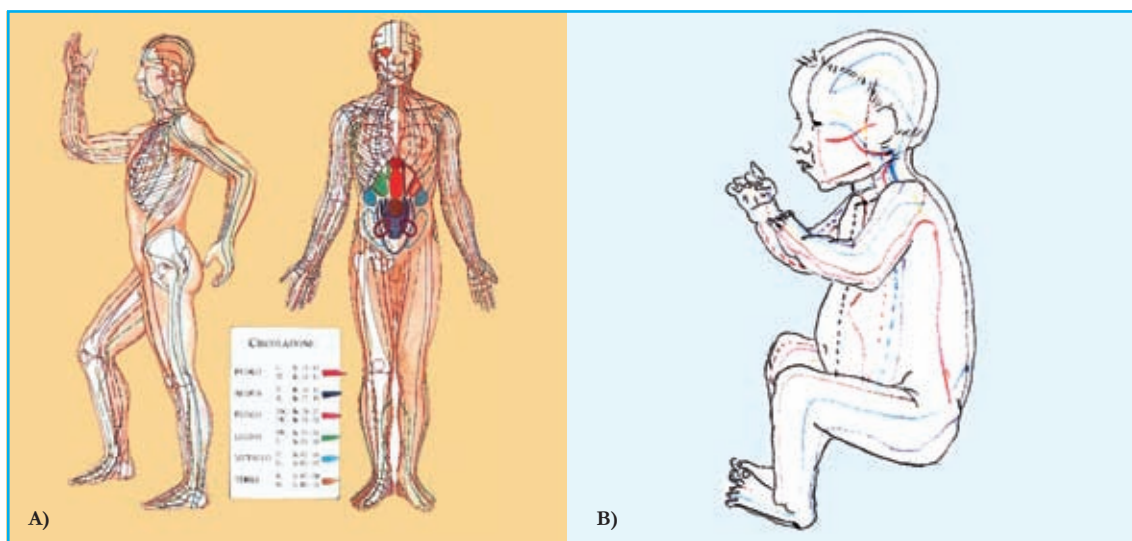


Figura 1: A) Meridiani adulto; B) meridiani neonato.

sciale (Fig. 2), con lo scopo di ristabilire l'omeostasi fisico-energetico-emozionale-mentale del bambino.

I chakra (Fig. 3) sono dei centri o vortici di energia e di consapevolezza (7 maggiori che hanno origine nel canale spinale energetico, altri 21 minori disposti per tutto il corpo), collegati con le diverse ghiandole endocrine.

- Il **primo** ha origine a livello di S4, è localizzato alla base della colonna ed è collegato al surrene.
- Il **secondo** ha origine a livello di L5, è sotto l'ombelico (il baricentro, il Tantién) ed è collegato alle gonadi.
- Il **terzo** ha origine a livello di D8, è nel plesso solare ed è collegato al pancreas.
- Il **quarto** ha origine a livello di D1, è nel torace ed è collegato al timo.
- Il **quinto** ha origine a livello di C3, è al centro della gola ed è collegato alla tiroide e alle paratiroidi.
- Il **sesto** ha origine a livello di C1, ed è collegato all'ipofisi.
- Il **settimo** è alla sommità del capo ed è collegato con l'epifisi.

Questi centri sono presenti fin dalla nascita; i più attivi nei prematuri sono i primi 3 che hanno funzioni di:

1. sopravvivenza
2. stabilizzazione corporea
3. controllo corticale delle funzioni.

Aura: è un campo energetico che circonda il corpo, è costituito da 7 livelli esperienziali (fisico-emozionale-mentale-interazionale ecc.), ed è in relazione allo stato fisico, emozionale e mentale del bambino.

Sistema fasciale: la fascia è un tessuto connettivo esteso in tutto il corpo, come una ragnatela ininterrotta, con funzione di:

- A. Legame-sostegno-involucro per i visceri, gli organi e il sistema muscolo scheletrico.
- B. Nutritiva, in quanto anche luogo di scambio tra il sangue e le cellule.
- C. Armonizzazione dei meccanismi di autoregolazione meccanica-fisica e biochimica.
- D. Compensazione emotiva (Fig. 2).

Gli effetti

Il contatto nelle sue varie forme (contenimento, metodo marsupio, suzione anche non nutritiva, cura posturale e il tocco shiatsu) è una del-

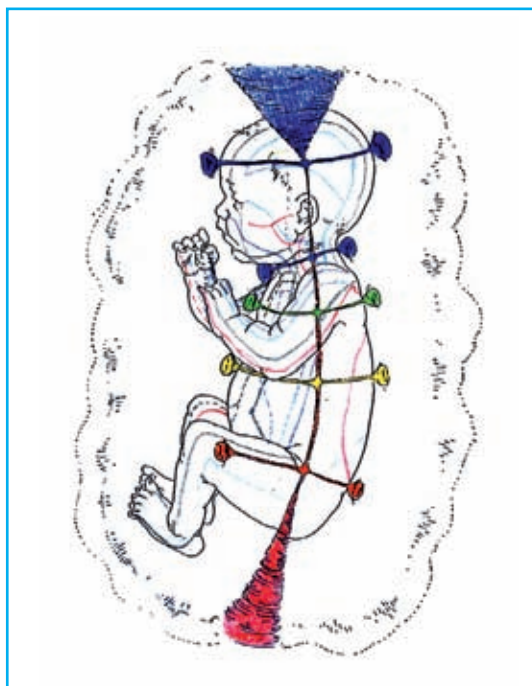


Figura 2: Meridiani - chakra - aura - fascia - in toto.

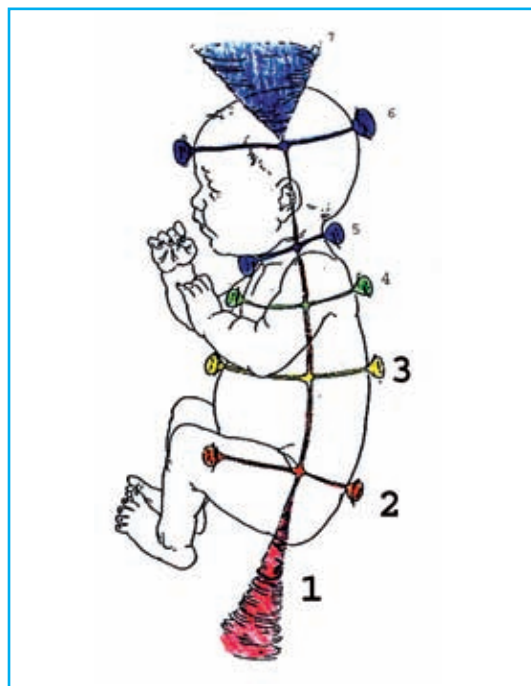


Figura 3: Chakra neonato.

le prime e più importanti esperienze sensoriali ed è in grado di favorire, se vissuto positivamente, la stabilizzazione delle funzioni di organi ed apparati che devono ancora maturare quali la stabilizzazione del respiro, dell'attività cardiocircolatoria e metabolica. Queste funzioni risentono favorevolmente dell'allontanamento delle cause di stress, molto frequenti all'interno delle Terapie Intensive Neonatali.

Pensiamo agli ambienti troppo luminosi, carichi di rumori, alle situazioni apportatrici di dolore ed intrusive, così lontane dall'ambiente intrauterino e che sono di ostacolo allo sviluppo armonico del sistema nervoso del neonato prematuro.

Il termine stress, utilizzato in origine per indicare lo sforzo cui viene sottoposto un materiale rigido sollecitato, è stato introdotto in medicina per definire la reazione biologica dovuta all'attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisurrene, che determina una risposta multiormonale il cui scopo è quello di favorire un migliore adattamento metabolico in particolari condizioni e quindi salvaguardare la sopravvivenza dell'individuo. La risposta biologica allo stress è complessa e basata sul rilascio dell'ACTH ipofisario e quindi di cortisolo surrenalico. Quest'ultimo agisce perifericamente determinando un aumento della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, della gittata cardiaca, del ritorno venoso, della glicemia, ed una diminuzione dell'acidità gastrica e delle cellule natural-killer circolanti. L'ACTH potenzia altresì il tono simpatico del sistema nervoso autonomo, determinando un'augmentata secrezione di adrenalina e noradrenalina.

Se lo stress è eccessivo e troppo prolungato la reazione all'evento perturbante può essere dannosa per l'organismo, specie nel neonato e nel prematuro.

Le Terapie Intensive Neonatali, per molti motivi, sono fonte di continuo "stress", con grande rischio per lo sviluppo neuropsichico dei piccoli. Preoccupano infatti gli effetti, non solo a breve, ma soprattutto a lungo termine sullo sviluppo. E' un argomento complesso; di certo si sa che i prematuri di basso peso con lunghe degenze in UTIN possono presentare disabilità anche comportamentali nella seconda e terza infanzia pur in assenza di lesioni documentabili con le neuroimmagini.

In questa ottica il tocco Shiatsu può rappresentare una possibilità terapeutica importante poichè agisce in maniera piacevole, non invasiva e sicura: il neonato, anche prematuro, ama es-

sere toccato, accarezzato, massaggiato, si calma e si rilassa.

Alcuni studi (Acolet et al. 1993) hanno evidenziato una significativa diminuzione dei livelli di cortisolo circolante (ormone dello stress) nonché modifiche della temperatura corporea dopo il massaggio, a dimostrazione del confort da esso generato. Studi americani (Field et al. 1986) hanno dimostrato un abbattimento dei costi di degenza, grazie ad una dimissione più precoce, nei prematuri sottoposti a massaggio.

Nel prematuro, lo Shiatsu ha lo scopo, tra gli altri, di offrire una esperienza di contatto-vicinanza contro quella del distacco-lontananza rappresentata dalle particolari condizioni della nascita. La tecnica di contatto viene per questo insegnata anche alle mamme, affinché possano seguirla in reparto e poi proseguirla a casa. La mamma imparando a toccare il proprio piccolo diventa più tranquilla, acquista più fiducia in se stessa, sarà meno frustrata dal brusco distacco dovuto alla nascita prematura. Si "riapproprierà" cioè del suo bambino favorendo quel processo di "attaccamento" fondamentale per il suo futuro equilibrio psichico.

Non sono giustificati i timori materni di sbagliare o di fare del male: prendere confidenza con la manipolazione e l'accudimento del bambino serve anche a promuovere le competenze genitoriali facilitando il rientro a casa. Lo Shiatsu Neonatale infatti non ha mai effetti collaterali negativi.

La "Teoria SINATTIVA", elaborata dalla psicologa Als nel 1982 sostiene che lo sviluppo del prematuro avviene attraverso la maturazione e la interazione tra di loro e con l'ambiente di cinque sottosistemi: NEUROVEGETATIVO, MOTORIO, COMPORTAMENTALE, ATTENZIONE-INTERAZIONE, AUTOREGOLAZIONE (Tab. 1).

Il modello si basa sul presupposto che il prematuro comunica con il suo comportamento. Non si tiene conto solo dell'abilità da lui raggiunte, ma del modo unico ed individuale con cui si relaziona con il mondo che lo circonda; ed è attraverso questa via che viene valutata la raggiunta stabilità o meno delle funzioni. All'interno di queste fasi dello sviluppo deve imparare a muoversi anche il neonatologo e chiedere laddove necessario l'aiuto del terapeuta Shiatsu affinché ottimizzi quei flussi energetici insiti in ogni essere. Un programma di trattamento Shiatsu deve infatti prendere in considerazione:

Tabella 1

AUTOREGOLAZIONE	SOTTOSISTEMI	STRESS
1) NEUROVEGETATIVO		
• frequenza e ampiezza regolari (per lo stato)	Respirazione	• tachipnea • bradipnea • pausa resp.
• stabile • roseo	Colorito	• instabile • marezzato • pallido • roseo • violaceo
• assenza di segni di stress • ruttino 'tranquillo'	Segni Viscerali	• rigurgito • vomito/urto di vomito • singhiozzo • emissione di urine/feci
• non tremori, non startle, non cloni	Segni Motori	• tremori • startle • cloni
2) MOTORIO		
• non flaccidità-rigidità: arti/tronco		• flaccidità - rigidità: arti/tronco
• movimenti armonici arti/tronco		• 'fussing' (agitazione, infastidimento)
• mano alla bocca • mani sul viso		• movimenti in estens. globale: tronco/arti
• uso dei piedi per stabilizzarsi (grasping, bracing)		• apertura a ventaglio dita mani/piedi
• uso delle mani per stabilizzarsi (grasping)		
• ricerca di suzione		
• coccolabilità		
3) STATI COMPORTAMENTALI		
4) ATTENZIONE/INTERAZIONE		
• stati: stabile transizioni graduali		• stato: labile transizioni brusche
• stato di all'erta mimicamente attivo		• "iper-all'erta" • "ipo-all'erta"
• attenzione visiva, fissazione		• mimica dell'attenzione povera
• mimica dell'attenzione ricca: accigliato, facies 'ad ooh', mugolii, movimenti come per parlare...		• sbadiglio • starnuto • frequenti sospiri
• pianto: valido modulato		• tosse • bocca aperta e flaccida • sguardo 'inespressivo'
• consolabilità		• pianto: acuto ipoenergico poco modulato
• autoconsolabilità		• inconsolabilità • irritabilità
5) AUTOREGOLAZIONE		
• non bisogno di facilitazione per autoregolare il proprio comportamento in seguito ad uno stress, o per integrare più sottosistemi		• bisogno di facilitazione per autoregolare il proprio comportamento in seguito ad uno stress, o per integrare più sottosistemi

- 1) le caratteristiche individuali del neonato, determinate dall'età gestazionale e dallo stato clinico;
- 2) dovrà modificarsi nel tempo in rapporto alla maturazione ed al miglioramento clinico generale;
- 3) dovrà saper riconoscere e privilegiare nel trattamento le funzioni deficitarie, dapprima quelle vitali, in seguito quelle neuro-comportamentali come ad esempio:
 - a) **la funzione respiratoria** facilitando il lavoro del diaframma, la ventilazione, riducendo le apnee;
 - b) **la funzione cardio-circolatoria** facilitando la stabilità dei flussi e delle pressioni;
 - c) **la funzione digestiva** riducendo il rigurgito e il reflusso e migliorando la peristalsi;
 - d) **la funzione sensoriale-motoria** stabilizzando e aiutando lo sviluppo dello schema corporeo, facilitando la simmetria capo-tronco, arti-tronco e le prime esperienze uditive e visive;
 - e) **la funzione relazionale** contribuendo all'apertura di finestre con il mondo esterno (l'incubatrice di fatto è una barriera agli scambi relazionali!);
 - f) la funzione osteoarticolare prevenendo i danni della gravità, tre volte maggiore che in utero e privilegiando le posizioni articolari intermedie.

La nostra esperienza

Lo Shiatsu Neonatale è entrato nel nostro reparto per far parte della assistenza personalizzata allo sviluppo del neonato NIDCAP (Neonatal Individualized Development Care Assessment Program).

Sono stati sottoposti al tocco Shiatsu 96 neonati, tra il 2002 e il 2005 (Tab. 2).

L'età gestazionale di questi neonati andava dalle 25 alle 41 settimane. Il peso medio è riportato in tabella per ciascuna età gestazionale.

Il maggior numero di interventi logicamente è stato effettuato sui bambini con età gestazionale più bassa.

Le diagnosi più frequenti sono state quelle più comuni ai neonati prematuri, soprattutto: RDS, PDA (pervietà dotto arterioso), DBP (displasia broncopolmonare), apnee, distress respiratorio. Nei bambini di più elevata età gestazionale: S.A.M (la Sindrome da Aspirazione di Meconio), SAN (la Sindrome da Astinenza Neonatale),

la sofferenza perinatale, il rigurgito e il vomito ripetuto.

E' stato istituito un registro in cui l'operatore Shiatsu annotava la diagnosi e il trattamento svolto ogni volta, ed in cui le infermiere segnalavano lo stato del neonato dopo il trattamento, con particolare riferimento ad alcuni parametri, quali: fabbisogno di O₂, SpO₂, FC, FR, episodi di apnea, vomiti/rigurgiti, e, non ultimo, le condizioni generali del bambino (Tab. 3).

Le reazioni dei piccoli sono varie e diverse, non solo da bambino a bambino, ma anche nello stesso bambino da seduta a seduta. Abbiamo osservato molti riscontri positivi, quali:

- A) su 56 neonati che erano stati affetti da RDS, 33 (58%) hanno presentato una riduzione del fabbisogno di O₂ in tempi mediamente più rapidi rispetto ai neonati non trattati con lo Shiatsu negli anni precedenti;
- B) dei 22 neonati affetti da apnee ricorrenti, 12 (54%) hanno mostrato una riduzione degli episodi di apnea pur in assenza di terapia medica tradizionale;
- C) riduzione degli episodi di rigurgito/vomito in 4 degli 8 neonati affetti (50%);
- D) nei 3 casi di DBP siamo sempre riusciti ad evitare l'uso di cortisonici;
- E) nei neonati ex ELBW e VLBW trattati abbiamo avuto una riduzione della degenza media (2 gg e 4 gg) rispettivamente.

Tuttavia in taluni casi si è registrata una estrema difficoltà nel trovare un punto di contatto e quindi una positiva risposta. I neonati più prematuri erano quelli più eccitabili, a dimostrazione della disorganizzazione di funzioni che ancora dovevano maturare; dimostravano più degli altri, all'inizio del trattamento, segni di malessere che esprimevano con desaturazioni, bradicardie, tachicardie, pianto, apnee.

Sembravano in ansia, sulla difensiva, forse a causa della mancanza di quegli stimoli naturali e rassicuranti per loro, quali la voce ed il battito cardiaco materno: all'interno dell'utero il feto non è mai solo, il prematuro nell'incubatrice si!

Pertanto in questi bambini si è ravvisata la necessità di ripetere il trattamento sempre alla stessa ora.

Dopo alcune sedute si è avuta la sensazione che i bambini riconoscessero la mano dell'operatore con un crescente stato di tranquillità e un miglioramento della cenestesi in generale.

Tabella 2

E.G.	Soggetti	Peso medio g	N medio trattamenti	Diagnosi Principali
25	1	680	28	RDS.APNEE.PDA.DBP
26	4	840	22	RDS.APNEE.PDA.DBP
27	7	1090	24	RDS.APNEE.PDA.DBP
28	5	1200	25	CID.RDS.APNEE:Cid
29	5	1245	22	IUGR.RDS.NEC
30	6	1330	19	Distress.sepsi
31	12	1300	10	Distress SAN vomito
32	9	1480	8,9	Distress PNX
33	8	1520	8,6	Distress
34	6	1800	4,7	Disturbi elettr.ed ega
35	7	2350	5,7	TTN.PNX
36	6	2780	4,7	Ittero.Ger.Vomito
37	6	3030	3	SGA Ger
38	5	3200	4	Disturbi elettr.ed ega
40	5	3650	3,5	SAM-SAN - soff.perin.
41	4	3570	6	SAM-SAN - soff.perin.

Tabella 3
Shiatsu Neonatale

Cognome _____ Nome _____ Data nascita _____
 Peso alla nascita _____ EG _____ Parto _____

Data	
Saturazione arteriosa	
Frequenza cardiaca	
Pressione arteriosa	
Frequenza respiratoria	
Temperatura corporea	
Tono muscolare	
Scatti	
Tremori	
Singhiozzo	
Vomiti	
Rigurgiti	
Residui	
Sbadiglio	
Starnuto	
Pianto	
Reattività del bambino	

I bambini apparivano complessivamente più rilassati e siamo convinti che il tocco Shiat-su abbia contribuito ad aiutarli a superare le numerose difficoltà dovute ad una maturazione che avviene con modalità completamente diverse da come avrebbe dovuto essere.

In conclusione

Lo Shiat-su può accompagnare il neonato ad uscire dal tunnel della prematurità, aiutandolo a utilizzare le proprie capacità vitali per superare nel migliore dei modi questo difficile momento.

Nella relazione con il bambino si incontreranno blocchi, tensioni, debolezze, bisogni che si affronteranno insieme con lui per riequilibrarli attraverso il tocco Shiat-su.

In questo modo il neonato sarà stimolato a vivere un'ampia e profonda esperienza corporea, che influenzerà e faciliterà nuove connessioni corticali tramite la neuroplasticità cerebrale.

Lo Shiat-su costituisce inoltre un mezzo da cui potrà scaturire una collaborazione con:

- i medici, i quali attraverso le dinamiche che si evidenzieranno, avranno ulteriori informazioni su quanto sta avvenendo nel bambino;
- le infermiere, le quali avendo più contatti con il piccolo, potranno dare indicazioni utili per il trattamento nonché utilizzare posture correttive e punti di stimolazione;
- i genitori, che saranno aiutati a toccare, accarezzare, contattare il bambino, per tranquillizzarsi, superando al meglio questo particolare momento critico;
- gli psicologi, che aiutando i genitori a dominare l'ansia, confronteranno le dinamiche psichiche materne e paterne con quelle presenti nel neonato, per un aiuto più specifico ed efficace;
- i neuropsichiatri, che incontrando i bambini dopo la dimissione, durante i controlli periodici, verificheranno il loro stato psico-fisico confrontandolo con quanto relazionano dall'operatore Shiat-su.

Siamo convinti che sarebbe importante verificare la positiva ricaduta del trattamento Shiat-su a livello scientifico, sviluppando con la collaborazione di altre Terapie Intensive Neonatali uno studio su numeri più ampi, nonché un follow-up

che veda protagonista, una volta ben istruita, la mamma, che dovrebbe continuare il tocco Shiat-su a casa, per un tempo da definirsi, annotando in una scheda i benefici riscontrati o i problemi insorti con il proprio piccolo.

Riferimenti bibliografici principali

- Acolet D, Gianna Koulopoulos X, Bond C et al. Changes in plasma cortisol and catecholamine concentrations in response to massage preterm infants. *Archives of Disease in Childhood*, 1993; 68: 29-31.
- Als H, Lawhon G, Brown E, Gibes R et al. Individualized behavioral and environmental care for the VLBW preterm infant at high risk for DBP: Neonatal Intensive Care Unit and developmental outcome. *Pediatrics* 1986; 78: 1123-32.
- Als H, Lawhon G, Duffy FH, Mc Anulty GB, Gibes-Grosnsman R et al. Individualized developmental care for the VLBW preterm infant. *JAMA*, 1994; 272: 853-858.
- Als H. The preterm infant: a model for the study of fetal brain expectation. In: JP Lecanuet, WP Fifer, Krasnegor NA, Smotherman WP (eds). *Fetal Development. A Psychobiological Perspective*. Hillsdale NJ, 1995; 49-72.
- Auckett AD. *Baby massage*, New York: New market press 1981.
- Autori vari. *Lo Shiat-su e i bambini*, Atti del convegno della Federazione Italiana Shiat-su. Ed. L'entronauta, Ottobre 1998.
- Davidson A, Rapisardi G, Donzelli GP. L'intervento abilitativo al neonato: la cura posturale personalizzata ed evolutiva nella terapia intensiva neonatale. Supplemento al n 9. *Quaderni AITR*, anno XVIII, 1 trimestre, 1995.
- De Luca T, Agostino R, Muggia A, Buturini F. Il metodo marsupio. *Neonatologia* 1995; 9 (2): 121-133.
- Fava-Vizziello G. Clinical use of infant massage in Italy. *The signal*, 1993; 1: 5-8.
- Ferrari F, Bosi MP. La care del prematuro: i genitori, il personale. *Neonatologia*, 1995; 2: 63.
- Ferrari F, Bosi MP, Roversi MF, Barbani MT et al. La care del prematuro: strategie di intervento sul neonato. *Neonatologia*, 1995; 2: 83-89.
- Field T. Tactile/Kinesthetic stimulation effects on preterm neonates. *Pediatrics*, 1986; 77: 654-658.
- Field T, Schanberg S et al. Massage which oil has more positive effects on normal infants. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 1996; 11 (2): 78-80.
- Field T, Schanberg S, Davalos M. Massage Therapy effects on infants. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 1997; 12: 73-78.
- Garrity LI, Weisman B. Coping behavior: differences in barrier performances in full-term and premature infant. *J of Child Psychol. and Psychiatry*, 1982; 23: 159-168.
- Goldstain-Ferber S. Massage in premature infants. Paper presented at child development conference, Bar-Ilaon, Israel. 1998.
- Grossman R. *The Other Medicine (an invitation to understanding and using them for health and healing)* Garden City. N. J. Doubleday 1985.
- Kellmann H. Noise in the intensive care unit. *Neonatal work*, 1982; 19: 8-17.
- Klain M, Stern L. Low Birthweight and battered child syndrome. *American Journal of Disease of Children*, 1971; 122: 15-18.
- Rapisardi G, Davidson A, Donzelli GP, Scarano E. La "developmental care" nel neonato pretermine. *Neonatologia* 1995; 9 (2): 91-102.
- Rapisardi G, Davidson A, Donzelli GP, Scarano E, Vecchi C. L'assistenza personalizzata allo sviluppo del neonato pretermine in un reparto di terapia intensiva neonatale. *Riv. Pediatr. Prev. Soc.* 1993; 43: 45-58.
- Rapisardi G. Lo sviluppo del nato pretermine: valutazione e problematiche nel corso del 1 anno di vita. *Anno XV*, n. 10, Dic 1998; 13-20.
- Roversi MF, Ferrari F. Fattori di rischio pre, perinatali e neonatali e "la care" del neonato pretermine ricoverato in TIN. *Riabilitazione Oggi* n 8, Ott. 1998; 7-14.

Notizie editoriali

“La promozione dell’allattamento al seno”

A cura di Arturo Giustardi.

La promozione dell’allattamento al seno, è uno degli argomenti più attuali e importanti per le figure professionali vicine alla triade madre-padre-bambino. L’obiettivo è quello di fornire uno strumento di formazione e di lavoro ricco di argomenti di attualità, fra cui “farmaci e allattamento” (il dosaggio dei principali farmaci nel latte e nel sangue); “il prematuro e la marsupioterapia”; “il sostegno alla mamma che torna al lavoro”; “il padre nel sostegno dell’allattamento”. Questa pubblicazione



utilizza volutamente uno stile semplice e diretto e fornisce sempre soluzioni pratiche. Abbiamo voluto definirla “dispensa” anche se la troverete ricca e curata nella veste editoriale: interamente a colori, completa di disegni, tabelle e fotografie. E’ stata anche studiata una nuova formula editoriale che

faciliterà la trasmissione e acquisizione delle affermazioni scientifiche che vengono immediatamente completate dalla voce bibliografica di riferimento. Vogliamo infine ricordare che l’allattamento al seno non deve mai essere una costrizione, una imposizione, bensì una opportunità per la mamma e il bambino. Mai dimenticare che ogni mamma e ogni bambino hanno avuto una vita prenatale (gravidanza), un parto, una vita sociale particolare e soprattutto unica.

Per informazioni rivolgersi alla Casa Editrice EDITEAM: info@editeam.it - tel. 051.904181

“Favorire il bonding e l’allattamento al seno precoce, ma... in sicurezza”

Gianluca Lista, Marina Battaglioli, Nicoletta Mallozza*

Neonatologi, caposala ostetricia

*Ospedale dei Bambini “V. Buzzi”, ICP - Milano

Il mantenimento di un neonato fisiologico accanto alla propria mamma, subito dopo il parto nonché durante tutto il periodo di degenza in ospedale (ma è auspicabile, se possibile, anche a casa) per favorire l’allattamento al seno e il bonding (= legame mamma/neonato), è indicato dalle linee guida internazionali (ostetriche-neonatologiche) e recepito in termini di legge anche dalla nostra più recente legislazione (cfr. Norme per l’assistenza alla nascita e la tutela della salute del neonato e Norme per la tutela dei diritti della madre e del neonato e per il loro sostegno prima, durante e dopo la nascita, inserite nel “Progetto-obiettivo Materno Infantile” e del quadro delineato dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, disegno di legge, sulla “tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato” proposto dal Ministro della Salute, on. Livia Turco, e approvato nel Consiglio dei Ministri del 14 luglio scorso).

Per tale motivo il neonato fisiologico, viene mantenuto in sala parto vicino alla madre o in braccio ad un suo familiare (di solito il compagno), fino ad ultimazione delle manovre ostetriche sulla puerpera (secondamento della placenta e sutura della ferita perineale) e quindi nella stanza di osservazione post-partum (periodo di osservazione di almeno due ore). In questa stanza, che deve essere attigua alla sala parto, come da indicazione dei manuali (es. “Manuale di sala parto”, di A.Valle et al., edizione Edi-Ermes del 1992, pag. 46) e delle linee guida dei reparti, deve essere effettuata dall’ostetrica una “sorveglianza intensiva nelle prime due ore dopo il parto della puerpera, controllando: perdita ematica, involuzione uterina, polso, pressione arteriosa e

temperatura”. Il costante controllo (ma non vengono indicati i tempi esatti di intervallo tra una valutazione e l’altra) è a cura dell’ostetrica o del responsabile del servizio di sala parto. Anche la valutazione del neonato fisiologico sino alla consegna del nascituro alle cure del personale del nido, è affidata in prima istanza all’ostetrica.

In neonato viene tenuto con la madre, perché come recita anche la normativa sopracitata all’articolo 2, punto 3.n, il “neonato in salute deve restare con la madre ogni volta che le condizioni di salute di entrambi lo permettano; nessun processo di osservazione della salute del neonato giustifica la separazione dalla madre” e al 3.o “si deve promuovere immediatamente l’inizio dell’allattamento, anche prima che la donna lasci la sala parto”.

Nella sala post-partum il neonato viene di solito, in ottemperanza a quanto sopra detto, adagiato nel letto con la madre e attaccato al seno per favorire il bonding e l’allattamento al seno.

Il neonato va mantenuto al caldo per ridurre la dispersione termica (di solito viene avvolto in panni caldi); per correttamente attaccarlo al seno, la sua bocca deve contenere tutta l’areola mentre il naso e il mento devono essere a contatto con il seno materno (vedi l’opuscolo, a cura del Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute: “Allattamento materno, una goccia di saggezza una grande opportunità”, in linea con il testo dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, a cura di Tine Vinther Jerris del 1993 “Allattamento al seno, come praticarlo con successo. Una guida pratica per gli operatori sanitari”).

In questa posizione è comunque in grado di respirare (il neonato è un respiratore nasale obbli-

gato: cioè respira con il naso e non con la bocca): un segno di insufficienza respiratoria da mancato passaggio d'aria attraverso le vie nasali, sarebbe l'automatica sospensione della suzione al seno.

Tuttavia è importante monitorare e presidiare questo importante momento di transizione dalla vita fetale a quella post-natale, pur rispettando la fisiologicità dell'evento nascita e rispettando l'intimità dei primi momenti di relazione, mamma-papà e bambino in fase post-partum.

In letteratura sono stati di recente segnalati però degli eventi avversi neonatali che non possiamo trascurare e che ci devono invitare a fare delle riflessioni e a prendere alcuni provvedimenti.

L'arresto cardio-respiratorio che avviene in sala post-partum, è un evento estremamente raro nel neonato a termine sano (Maimon OT et al., *Pediatrics* 2006; 118: 847-848), ma di recente in letteratura sono stati riportati alcuni casi (Espagne S, et al., *Arch Pediatr* 2004; 11: 436-439; Gatti H et al., *Arch Pediatr* 2004; 11: 432-435) alcuni fatali, altri con gravi conseguenze sull'outcome neurologico. Le ipotesi eziopatogenetiche su tali episodi sono state due: o l'ostruzione delle alte vie respiratorie o un aumentato tono vagale (es. attivato dalla suzione al seno) che sarebbe confermato anche dal riscontro di un'iperattività vagale nelle morti im-

provvisorie (Lucet V et al., *Arch Mal Coeur Vaiss* 2002; 95: 454-459). A tal proposito nonostante lo "statement" della AAP del 2005 (Gartner LM et al, *Pediatrics* 2005; 115: 496-506) di favorire il precoce attaccamento al seno già dalla sala parto e sala puerperio, comincia ad emergere la necessità di effettuarlo sotto la supervisione del personale sanitario (soprattutto se trattasi di mamme primipare e quindi inesperte a riconoscere i segnali di allarme di un neonato in difficoltà cardiorespiratoria).

Le nostre moderne sale parto e quelle dedicate al post-partum, sono spesso isolate le une dalle altre, proprio per favorire la ricostruzione anche in ospedale di ambienti confortevoli per l'intimità familiare. Ma in quei Centri in cui le nascite giornaliere sono molto elevate (10-15 al dì) e dove il personale sanitario deve "farsi in quattro" per essere sempre disponibile e attento sia da un punto di vista umano che professionale, l'evento inatteso neonatale, soprattutto nell'immediato puerperio deve essere il più possibile prevenuto.

Allora se in possiamo considerare interessanti le raccomandazioni fatte da Toker-Maimon O et al. (*Pediatrics* 2006; 118 (2): 847-848), ovvero sia l'indicazione a supervisionare la puerpera (soprattutto se primipara) e il suo neonato nel post-partum, potremmo anche pensare a formule alternative che coniughino la sicurezza (del neonato, della sua famiglia e del personale sanitario), ma anche la fisiologicità e il rispetto dell'intimità del neo nucleo familiare. Ad esempio si potrebbe pensare ad un sistema di monitoraggio (solo cardiofrequenzimetro o frequenzimetro/saturimetro) di piccole dimensioni, magari wire-less, da applicare al piede o al polso del neonato nelle prime due ore del post-partum e collegato via radio ad una centralina della sala parto, dove una persona potrebbe in "continuum" fino al trasferimento del neonato al nido, controllare l'eventuale comparsa di incidenti cardiorespiratori (soprattutto le apnee/bradicardie).

Tale metodica, è ipotizzabile che, oltre a tutelare la salute dei neonati, comporti una maggiore tutela legale del personale sanitario (la cosa potrebbe interessare favorevolmente le direzioni aziendali ai fini assicurativi), nonché generare delle ricadute organizzative, in quanto il personale sanitario (ostetrico in particolare) verrebbe anche sollevato dalla necessità di essere presente "in maniera intensiva" in sala post-partum e quindi potrebbe dedicarsi ad altre necessità assistenziali.

Lasciamo alla riflessione dei lettori e magari ad uno scambio di opinioni sulla rivista o nelle sedi appropriate (penso alle nostre Società scientifiche) quanto ci siamo sentiti di comunicarvi per iscritto.

La silimarina micronizzata nel trattamento dell'ipogalattia

Francesco Di Piero

Direttore Scientifico, Velleja Research, Pontenure (PC)

Parole chiave:

Silimarina, Ipogalattia, Galattago.

Introduzione

Lo studio delle sostanze biologicamente attive derivanti dalle piante è in continua espansione e con sempre maggior frequenza mette in evidenza le potenzialità d'uso di queste frazioni in ambito dietetico e parafarmaceutico. Può succedere talvolta che un'attività verificata in ambito veterinario conduca alla medesima evidenziazione in ambito umano. Esempi di questo tipo sono l'effetto anti-coagulante dell'erba di meliloto macerata ed ammuffita (dovuto al contenuto di derivati polimerici della cumarina), o l'azione diuretica dell'erba di lespedeza, entrambi riscontrati nel bovino. Recenti studi hanno infatti evidenziato un significativo effetto galattago della silimarina nella vacca in lattazione (1). La silimarina corrisponde all'estratto, caratterizzato da una frazione flavanolignanica, di *Silybum marianum*, notoriamente conosciuto ed usato in fitoterapia e nella medicina allopatrica come epatoprotettore.

La silimarina

Molti derivati naturali sono stati tradizionalmente usati per la prevenzione ed il trattamento delle patologie epatiche in clinica umana: tra questi l'estratto di *Silybum marianum*, ha evidenziato una efficace azione epatoprotettrice (3-6).

L'utilizzo a scopo terapeutico di questa pianta è noto fin dai tempi più antichi ed è addirittura riportato nella Sacra Bibbia, segnalata da Teofrasto (IV secolo a.C.), da Plinio (I secolo d.C.), da Dioscoride (I secolo d.C.) e da Mattioli nel 1500.

L'estratto di *Silybum marianum* (cardo mariano) si è mostrato molto utile in numerose disfunzioni, incluse l'epatite acuta e cronica di origine virale, l'epatite e la cirrosi indotta da tossine, farmaci o alcol. Il 'principio attivo' della silimarina è un insieme di flavanolignani (silicristina, silibina, isosilibina e silidianina nei loro vari diastereoisomeri). Si tratta di prodotti derivanti dall'accoppiamento ossidativo dell'alcol coniferilico (un lignano, il mattone chiave per la costruzione della lignina) e la taxifolina (un flavanonolo).

Il componente più attivo della miscela è la silibina, disponibile anche nei Centri antiveleno sotto forma di preparato iniettabile per il trattamento dell'intossicazione da *Amanita phalloides*.

I meccanismi d'azione rivendicati per la silimarina sono diversi e consistono in: inibizione del legame delle tossine agli epatociti; riduzione dell'ossidazione del glutatione con aumento del suo livello epatico; stimolazione della RNA-polimerasi ribosomiale con aumento della sintesi proteica epatica.

A livello molecolare la silimarina ha mostrato inoltre le seguenti azioni: inibizione della perossidazione lipidica negli epatociti e nelle membrane ribosomiali; inibizione del danno al DNA da parte dell'anione perossido e superossido; inibizione della fosfodiesterasi; inibizione della formazione del procollagene di tipo III, con in-

terferenza del processo della fibrosi epatica; inibizione della sintesi di mediatori chimici, implicati nell'infiammazione (TNF- α , LTB₄, PGE₂) e modulatore della P-glicoproteina. L'effetto rigenerativo della silimarina sugli epatociti sembra essere selettivo per le cellule sane, in quanto la silimarina non promuove la proliferazione di epatomi e di altre linee cellulari maligne.

I dati farmacocinetici sulla silimarina riportano che il composto è poco assorbito dopo ingestione orale, con una biodisponibilità solo del 23-47%. Il picco di concentrazione plasmatica avviene dopo 2-4 ore dalla somministrazione. L'emivita è di circa sei ore. La silimarina entra lentamente nella circolazione enteropatica, come prevedibile in base al suo peso molecolare elevato, e la concentrazione nella bile è diverse volte superiore a quella serica. Solo il 2-5% viene escreto nelle urine, mentre il 20-40% viene escreto nella bile sotto forma di glucuronide e di solfato. La fosfatidilcolina sembra aumentare l'assorbimento orale della silimarina.

Gli estratti di cardo mariano hanno un eccellente profilo di sicurezza ai dosaggi terapeutici e, associati alla terapia tradizionale standard, migliorano il decorso clinico e la sopravvivenza in caso di epatite acuta cronica virale indotta da farmaci, tossine ed alcol.

Obiettivo dello studio

Prima degli studi eseguiti da Tedesco (1) che hanno dimostrato un aumento medio di 5 litri/die in vacche in lattazione trattate con 10 g/die di silimarina, l'unica prova condotta come galattagogo, utilizzando vacche in lattazione, ha evidenziato una significativa riduzione sia nel sangue che nel latte di acetone e di acido acetoacetico. L'acido β -idrossibutirrico (BHBA) ematico diminuiva significativamente come la chetonuria.

L'obiettivo dello studio che qui viene presentato è dimostrare che l'azione galattogena è presente anche nella specie umana.

Lo studio è stato preceduto da una prima fase finalizzata ad evidenziare la presenza dei flavonolignani della silimarina, anche in tracce, nel latte materno in seguito a somministrazione per os di 600 mg 3 volte/die di silimarina (2). L'analisi spettrofotometrica dei campioni non ha rilevato nel latte la presenza della frazione suddet-

ta, escludendo così la possibilità che il lattante possa assumerla con le poppate. Lo studio è stato condotto secondo un disegno sperimentale teso a dimostrare e verificare l'effetto galattagogo della silimarina modificata* nell'uomo.

**BIO-C[®]: estratto di *Silybum marianum* micronizzato sviluppato brevettato e prodotto da SITT, Trezzano S/N (Mi) e distribuito da Milte, Milano con il marchio PIU'LATTE[®].*

Materiali e metodi

La valutazione clinica, randomizzata, è stata eseguita somministrando 420 mg di BIO-C[®] (formulato nel prodotto finito PIU'LATTE[®]) contro Placebo. Entrambi i formulati sono stati preparati come prodotti in bustina da sciogliere in 90 ml d'acqua, da assumere a stomaco vuoto, ugualmente dolcificati ed aromatizzati e totalmente indistinguibili l'uno con l'altro se non per il diverso numero di lotto, di cui solo l'équipe medica che somministrava il prodotto era al corrente (singolo cieco).

Soggetti

Allo studio hanno partecipato 50 donne sane in allattamento che, ad un esame anamnestico ed obiettivo, non presentavano malformazioni o patologie tali da invalidare la sperimentazione. Per mantenere quanto più omogeneo possibile le condizioni di salute dei due gruppi, le mamme sono state sottoposte, per la durata dello studio, ad un regime alimentare identico ed adeguato a donne in allattamento (circa 2600 Kcal/die).

Le partecipanti alla sperimentazione sono state suddivise in due gruppi, di 25 ciascuno, tenendo conto dell'età, del numero dei figli e dell'età dell'ultimo nato.

Le madri hanno assunto per os silimarina (BIO-C[®]) (420 mg) o il placebo (disciolti in acqua) ogni giorno (al mattino) per 63 giorni consecutivi.

Per verificare l'omogeneità dei due gruppi, abbiamo effettuato il calcolo del t di Student sui tre parametri presi in considerazione: età della madre, età dell'ultimo nato, numero di figli per ogni mamma (Tab. 1).

Tabella 1

Parametri	Silimarina (Media)	Placebo (Media)	t di Student
Età mamme (in anni)	26.24	26.12	0.0647 ⁽¹⁾
Età bambini (in giorni)	134.68	158.40	1.1071 ⁽²⁾
Numero figli (per mamma)	1.76	1.68	0.2376 ⁽³⁾

(1) (2) (3) La differenza fra le medie **osservate non è significativa.**

Lo studio ha previsto il monitoraggio a tre diversi intervalli:

- al tempo 0, prima dell'inizio del trattamento (T0);
- al tempo 30 giorni (T30);
- al tempo 63 giorni (T63).

Al T0, T30 e T63 ciascuna mamma è stata monitorata, per 24 ore consecutive, da personale sanitario qualificato per le registrazioni quantitative prefissate e per i prelievi richiesti per le analisi.

Il metodo utilizzato ha tenuto conto sia del latte succhiato dal bambino (doppia pesata, prima e dopo la poppata), sia del latte aspirato con il tiralatte dopo ogni poppata per svuotare la ghiandola. Una parte, inoltre, del campione di latte aspirato è stato utilizzato per effettuare l'analisi quantitativa di acqua, grassi, proteine e carboidrati.

Risultati

Nella tabella 2 sono riportati i dati ottenuti nelle madri prima del trattamento.

Al giorno 0 le 50 mamme producevano un latte simile dal punto di vista quantitativo e qualitativo.

I risultati al T=30 hanno dimostrato un marcato aumento statisticamente significativo nella quantità media di latte prodotto dalle mamme trattate con silimarina (989.76 g) rispetto a quelle trattate con placebo (649.76 g). Dopo 63 giorni i risultati hanno confermato i dati ottenuti al T=30: la quantità media di latte prodotto dalle mamme del gruppo silimarina (1119.24 g) è aumentata in modo statisticamente significativo rispetto a quelle del gruppo placebo (700.56 g) (Tab. 3).

Tabella 2

Analisi quali/quantitativa dei parametri del latte al T0
(tutte le deviazioni standard sono inferiori al 3.5% del valore medio)

Parametri	Silimarina (Media)	Placebo (Media)	t di Student
Latte (g)	601.92	530.36	1.1204 ⁽¹⁾
Acqua (%)	86.8408	86.7816	0.1796 ⁽²⁾
Grassi (%)	3.6632	3.3540	1.0111 ⁽³⁾
Carboidrati (%)	7.0816	7.1536	0.9214 ⁽⁴⁾
Proteine (%)	1.1884	1.1652	0.5080 ⁽⁵⁾

(1) (2) (3) (4) (5) Differenza fra medie **non significativa.**

Tabella 3

Andamento della produzione di latte nel corso dello studio

Parametro	Tempo	Silimarina (Media)	%	Placebo (Media)	%	t di Student
Latte	T0	601.92		530.36		1.1204 ⁽¹⁾
	T30	989.76	64.43	649.76	22.51	3.4736 ⁽²⁾
	T63	1119.24	85.94	700.56	32.09	5.1363 ⁽³⁾

(1) Non significativo (2) (3) $p < 0.01$ (%) vs T0.

Conclusioni

La silimarina, principio attivo conosciuto da anni come epatoprotettore, è stato da noi studiato anche come galattogogo e somministrato a 420 mg/die, dopo particolare procedura di micronizzazione per incrementarne la biodisponibilità orale.

Il presente studio è stato preceduto da una prima indagine, volta a valutare la tollerabilità e l'assenza della silimarina nel latte delle donne che l'hanno assunta alla dose di 1800 mg/die (suddiviso in 3 dosi uguali da 600 mg).

I risultati registrati nella presente sperimentazione hanno dimostrato l'efficace proprietà galattogoga di silimarina. L'azione di questa molecola si sviluppa già a 30 giorni dall'inizio del trattamento ed aumenta con il trattamento sino a 63 giorni, senza influenzare i valori fisiologici della composizione del latte materno. Dopo 63 giorni consecutivi di trattamento il gruppo trattato con silimarina ha avuto un incremento medio pari a 85.94%, in confronto al 32.09% del gruppo trattato con placebo.

A conoscenza degli Autori questa è la prima valutazione pubblicata condotta in maniera controllata, randomizzata e in cieco sull'azione galattogoga di un derivato erbale. I possibili paragoni con prodotti similari risulta quindi molto difficile.

Lo studio clinico, randomizzato e in singo-

lo cieco qui riportato, non ha soltanto dimostrato la grande efficacia del preparato come galattogogo ma ha anche evidenziato il grande grado di tollerabilità del preparato stesso. Nessun abbandono dello studio si è infatti verificato (nemmeno nel gruppo placebo).

Ovviamente ulteriori studi si rendono necessari sia per confermare il dato riportato che per mettere in luce ulteriori potenzialità del prodotto stesso come ad esempio l'utilizzo nelle madri con grandi difficoltà di allattamento come quelle che hanno dato alla luce bimbi prematuri e fortemente sottopeso.

Bibliografia

1. Tedesco D, Tava A, Galletti S, Tamani M, Varisco G, Costa A, Steidler S. Effects of silymarin, a natural hepatoprotector, in periparturient dairy cows. *J Dairy Sci* 2004; 87 (7): 2239-2247.
2. Carotenuto D. Effetto della silimarina sui parametri biochimici del latte materno di donne in allattamento. Internal File, Milte, Milano 2004.
3. Flora K, Hahn M, Rosen H, Benner K. Milk thistle for the therapy of liver disease. *Am J Gastroenterol* 1998; 93 (2): 139-146.
4. Maitrejan M. The flavanolignan silybin and its hemisynthetic derivatives, a novel series of potential modulators of P-glycoprotein. *Biorg Med Chem Lett* 2000; 37 (2): 18-23.
5. Takahara E. Stimulatory effects of silybin on the DNA synthesis in partially hepatectomized rat livers: no response in epatoma and other malignant cell lines. *Biochem Pharmacol* 1986; 2 (5): 22-26.
6. Morazzoni P, Magistretti M, Giachetti C, Zanolò G. Comparative-bioavailability of silybin a new flavanolignan complex, in rats *Eur J Drug Met Pharmacol* 1992; 17 (1) 39-44.

Come implementare la produzione di latte materno: le buone tecniche

Arturo Giustardi*, Monica Stablum**, Arianna De Martino***

*Neonatologia, Clinica "N.S. di Lourdes"- Napoli

**Coordinatrice Inf. Ped. e Neon. Ospedale di Bressanone

***Divisione di Pediatria e Neonatologia, Azienda Ospedaliera Istituti Ospitalieri Cremona

Premessa

L'allattamento al seno è una delle pratiche di salute più naturali, economiche e di sicura utilità e rappresenta la scelta alimentare d'elezione per i primi mesi di vita in quanto in grado di render più forte il legame psico-affettivo tra madre e bambino e di migliorare la salute di entrambi. Nel corso degli anni numerosi sono stati i documenti e le raccomandazioni per favorire il successo dell'allattamento al seno (10 passi per garantire un successo dell'allattamento al seno - Ospedali amici dei bambini), studiati con l'obiettivo di favorire in tutti gli ospedali la migliore accoglienza dei nuovi nati e garantire un sostegno all'allattamento al seno. A dispetto di una sempre più consistente documentazione sui benefici dell'allattamento al seno in età infantile e negli anni successivi e del consenso raccolto attorno alle politiche di promozione, i risultati sono inferiori a quanto auspicabile. La ragione principale di questa distanza tra raccomandazioni e pratica va ricercata nella difficoltà ad attuare quei processi di cambiamento che richiedono rotture definitive con norme inveterate che non sempre sono realizzabili. Probabilmente, nella stesura delle raccomandazioni spesso vengono sottovalutati gli ostacoli per superare queste regole e si tende ad esaurire il proprio mandato nel dichiarare ciò che si dovrebbe fare, piuttosto che misurarsi sul ciò che è possibile fare. Quindi, non esistono consigli adattabili a tutti poiché il successo dell'allattamento al seno dipende da una serie di fattori concatenati materni, neonatali, familiari e ambientali. Molti studi sono stati realizzati per il neona-

to a termine e altrettante buone tecniche descritte e, quando possibile, applicate con successo. Ma ciò che per il neonato a termine, sano, rappresenta la normalità non assume lo stesso significato per il neonato pretermine.

Il neonato pretermine

La necessità di aumentare la produzione di latte è tanto più importante in caso di nascita prematura a causa del distacco precoce tra madre e neonato. Anche i neonati pretermine che si alimentano con latte materno rispetto a quelli alimentati con latte adattato hanno minori infezioni e rischio di sviluppare una NEC, come pure hanno migliore sviluppo cognitivo, neurologico e visivo. La scelta migliore per il neonato pretermine sarebbe quindi quella di essere alimentato con latte della propria madre, di imparare ad attaccarsi al seno durante la degenza in TIN e di continuare a casa dopo la dimissione. Le donne che desiderano allattare al seno il proprio neonato pretermine sono spesso inizialmente incoraggiate a spremere il latte manualmente o con la tiralatte. Il latte è quindi somministrato al piccolo attraverso il gavage o con il biberon. Dopo questa prima fase che può durare anche a lungo, alcune donne sono capaci di passare senza difficoltà alla suzione completamente al seno con poco aiuto, altre ci mettono più tempo e sentono questo periodo come pieno di sfide ed errori che spesso porta alla rinuncia dell'allattamento per sfiducia e stanchezza. Quasi tutte le donne che provano ad allattare con latte materno

(spremuta e data con il biberon) o al seno se il piccolo è pronto, notano che solitamente sono strettamente regolate dal tempo, con limitazioni del periodo di permanenza al seno del piccolo (che talvolta può non desiderare mangiare al momento) e valutazione del peso del bambino prima e dopo la poppata per quantizzare la poppata appena fatta.

Allora, piuttosto che incoraggiato ad attaccarsi al seno più di frequente il neonato passa dal latte spremuto con biberon a quello adattato sempre con il biberon. Contemporaneamente la madre diminuisce la frequenza di stimolazione del seno creando una reale diminuzione del latte.

Diversi fattori contribuiscono negativamente sulle possibilità di poter allattare al seno.

Da parte materna influenzano negativamente: l'errata convinzione che il latte sia insufficiente, i sentimenti di vulnerabilità e la mancanza di fiducia, l'assenza di desiderio di allattare già da prima della nascita, le scelte personali, l'imbarazzo di allattare in pubblico, la facilità a tirare il latte con la tiralatte e la comodità del biberon per quantizzare il latte e per far partecipare il padre ed altri membri della famiglia alla nutrizione del neonato.

Da parte neonatale grande importanza hanno: i comportamenti immaturi nei confronti dell'alimentazione come la mancanza di chiari segni di fame, o la scarsa forza di suzione. Per alimentarsi il neonato ha bisogno di coordinare la suzione con la respirazione e la deglutizione. L'abilità di succhiare e deglutire che è già presente a 28 settimane non è completamente coordinata fino a 32 settimane circa. Per questo, stimolare la suzione non nutritiva durante il gavage può incoraggiare lo sviluppo della coordinazione e migliorare la digestione del latte attraverso la produzione di ormoni coinvolti nei processi digestivi.

Le informazioni che le madri ricevono dalle infermiere e dai medici della terapia intensiva possono influenzare favorevolmente o negativamente la decisione di allattare al seno o con il latte spremuto. È importante informare le donne sulla differenza che esiste di allattare direttamente al seno rispetto al biberon in modo da decidere con consapevolezza. Anche per il neonato pretermine infatti, l'allattamento al seno procura effetti benefici come pure comporta vantaggi fisici e psicologici per la madre. Alcuni si notano sul breve termine altri hanno bisogno di un lungo periodo per potersi manifestare. Valori di saturazione di ossigeno più alti dovuti ad una mi-

gliore coordinazione suzione-deglutizione, temperatura corporea più stabile dovuta al contatto pelle-a-pelle, minori variazioni della frequenza cardiaca e respiratoria e meno episodi di apnea, sono solo alcuni dei vantaggi neonatali dovuti alla suzione del seno. I benefici per la madre sono legati principalmente al minore traumatismo della suzione neonatale, ai vantaggi a lungo termine (diminuita incidenza di diabete tipo 2 e cancro al seno) dovuti al mantenimento e alla prosecuzione dell'allattamento al seno, agli effetti psicologici positivi e alla praticità di non dover conservare e riscaldare il latte. In alcune terapie intensive neonatali si riesce a far allattare le madri con più facilità e prima della dimissione. Diversi studi hanno riportato che ciò è dovuto principalmente all'incoraggiamento che le madri ricevono dai medici e dalle infermiere.

D'altra parte nonostante l'aiuto dei medici e delle infermiere le donne che non hanno intenzione di allattare prima della gravidanza hanno maggiori difficoltà o non accettano di tirare il latte dopo la nascita del loro bambino.

Aumenta notevolmente la possibilità di allattare al seno in futuro: tirare il latte per almeno cinque volte al giorno, mettere il neonato al seno non appena stabile (sicuramente dalle 34 settimane di età gestazionale corretta) e quando non riescono ancora a succhiare iniziare con il contatto pelle-a-pelle della terapia canguro. Il contatto pelle-a-pelle ha un effetto positivo sull'umore della madre che a sua volta favorisce la produzione di latte.

Incoraggiare le madri a produrre latte

- Si dovrebbe redigere un protocollo per assicurare di dare il latte spremuto dal seno materno (da inserire tra le cure al neonato) discutendone anche in epoca prenatale.
- Cominciare a spremere il latte non appena possibile (6-8 ore dalla nascita) senza aspettare che il neonato "si stabilizzi".
- Il seno va svuotato dalle 6 alle 7 volte al giorno con un riposo notturno di 5-6 ore.
- La produzione di latte in 7° giornata è predittiva della prosecuzione dell'allattamento e alla dimissione sarà > 500 ml.
- Discutere con la madre, il padre e la famiglia dell'importanza del latte materno.
- Valutare la tecnica di spremitura del latte.
- Assicurare un ambiente favorevole e di sostegno
- Massaggiare regolarmente il seno usando una buona tecnica.

- Spremere il latte simultaneamente con tiralatte di buona qualità con imbuto di diametro adeguato (troppo piccolo comprime i dotti).
- In condizioni di stress la madre può avere molte difficoltà a produrre latte.

Il massaggio del seno

- Si deve iniziare prima di cominciare a spremere.
- Accarezzare/strofinare il seno con movimenti lievi come una piuma.
- Cominciare dalla base del seno con movimenti dolci delle nocche verso il basso e arrivare all'areola.
- Stimolare delicatamente con movimenti rotatori il capezzolo (tra pollice ed indice) o accarezzarlo con il palmo della mano.
- Il massaggio va completato accarezzando l'areola sotto il capezzolo e l'areola con la mano a piatto con movimento verso l'alto.

L'allattamento al seno è un sistema complesso, in quanto il suo successo dipende sia da fattori di natura personale che dal contesto sociale e dalle sue regole come la possibilità di usufruire di servizi di sostegno sanitari, familiari o sociali. Non c'è quindi una sola causa ma una serie di elementi che insieme agiscono negativamente o positivamente.

Gli operatori che si prendono cura del neonato dovrebbero essenzialmente capire quali sono i principali fattori e preoccupazioni che impediscono alle donne di iniziare e proseguire l'allattamento al seno e di tenerli sempre presenti durante le discussioni informative sul miglior modo di alimentare il neonato. Le donne hanno infatti bisogno di informazioni corrette e basate sull'evidenza scientifica in modo da poter fare una scelta giusta e consapevole.

Infine, fondamentale per il successo dell'allattamento al seno è la comunicazione, sia tra i professionisti che tra professionisti e madri per evitare che l'attenzione sia posta solo sul contenuto delle raccomandazioni invece di facilitarne la più estesa adozione possibile.

Bibliografia

- Alexandre C, Bomy H, Bourdon E et al. Lactation counselling support provided to mothers of preterm babies who intend to breastfeed. Evaluation of an educational intervention in a level III perinatal unit. *Arch Pediatr* 2007 Nov; 6.
- Amaizu N. Maturation of oral feeding skills in preterm. *Acta paediatr* 2008.
- Betty R. Care Unit on Outcomes of Extremely Low Birth Weight Infants at 30 Months. *Pediatrics*, 2007.
- Boo NY, Jamli FM. Short duration of skin-to-skin contact: effects on growth and breastfeeding. *J Paediatr Child Health* 2007; 43 (12): 831.
- Buckley KM, Charles GE. Benefits and challenges of transitioning preterm infants to at-breast feedings. *International Breastfeeding Journal* 2006; 1: 13.
- Dall'Oglio I, Salvatori G, Bonci E et al. Breastfeeding promotion in neonatal intensive care unit: impact of a new program toward a BFHI for high-risk infants. *Acta Paediatr* 2007 Nov; 96 (11): 1626.
- Flacking R, Ewald U, Nyqvist KH, Starrin B. Trustful bonds: A key to "becoming a mother" and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. *Soc Sci Med* 2006; 62 (1): 70.
- Heiman H, Schanler RJ. Enteral nutrition for premature infants: the role of human milk. *Semin Perinatol F&N* 2007.
- Howe TH. Psychometric characteristics of the Neonatal Oral-Motor Assessment Scale. *Dev Med Child Neurol*. 2007.
- Jones E. Optimizing the provision of human milk for preterm infants. *Arch Dis Child* 2007
- Miracle DJ, Meier PP, Bennett PA. Mothers' decisions to change from formula to mothers' milk for very-low-birth-weight infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004; 33 (6): 692-703.
- Pinelli J. Non nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane* 2005.
- Reading R. Effect of breast feeding on intelligence in children: prospective study. *Child Care Health Dev*. 2007.
- Shin H et al. The conceptual structure of transition to motherhood in the neonatal intensive care unit. *J Adv Nurs*. 2007.
- Vohr BR, Poindexter BB, Dusick AM et al. Beneficial effects of breast milk in the neonatal intensive care unit on the developmental outcome of extremely low birth weight infants at 18 months of age. *Pediatrics* 2006 Jul; 118 (1): e115.
- Ystrom E. The impact of maternal negative affectivity and general self efficacy. *J Pediatr* 2008.

Ansia in puerperio e coliche infantili: ruolo della parità

Federica Freato, Sara Gasparetto, Arturo Giustardi*, Michele Masso, Daniele Trevisanuto, Vincenzo Zanardo

*Neonatologia, Clinica "N.S. di Lourdes"- Napoli

Dipartimento di Pediatria, Università degli Studi di Padova

Introduzione

Le coliche infantili sono una condizione frequente nella popolazione infantile, osservata nel 10-30% dei bambini (1). Sebbene le coliche siano frequenti, la loro eziologia non è ancora del tutto nota. E' stato ipotizzato un legame con un disturbo comportamentale, conseguente ad un'interazione non ottimale genitore-bambino (2). Inoltre sono state ottenute delle evidenze rispetto alla presenza di coliche con l'irregolarità precoce in fase di allattamento, con l'abuso infantile e con i problemi psicosociali familiari (2, 3). In uno studio recente, Akman (4) ha evidenziato punteggi di ansia di stato e di tratto più elevati in un gruppo di madri con lattanti affetti da coliche infantili rispetto ad un gruppo di madri con bambini senza coliche. Uno studio di poco antecedente di Canivet (5) aveva del pari dimostrato come alti livelli di ansia di tratto aumentassero significativamente il rischio di coliche infantili.

Le coliche sono caratterizzate da un pianto inconsolabile, ipertonicità e insonnia; esordiscono intorno alla seconda settimana di vita, tendono a crescere verso la sesta settimana, sono più frequenti nel tardo pomeriggio e nelle ore serali (6). La risoluzione si situa intorno al terzo mese di vita (7). Le coliche infantili colpiscono bambini in eguale misura sia che siano allattati al seno sia che siano alimentati in formula (6).

Lo scopo del presente studio è stato quello di determinare la frequenza delle coliche infantili di bambini sani nei primi tre mesi di vita, per determinarne la possibile relazione con i livelli di ansia materna in puerperio, in rapporto alla parità.

Soggetti e Metodi

Sono state consecutivamente incluse nello studio 204 puerpere, afferite per l'evento nascita presso la Divisione Ostetrica e la Sezione Neonatale dell'Azienda ULSS 19 di Adria (Rovigo), previo consenso informato e approvazione del locale Comitato Etico. E' stato somministrato il questionario STAI-Y (8) in pre-dimissione (in terza giornata per i parti vaginali e in quinta giornata per i tagli cesarei) e condotta un'intervista telefonica semistrutturata al sesto mese dopo il parto.

Sono state escluse le madri di età inferiore ai 18 anni, quelle che riferivano turbe psichiche o che necessitavano di psicofarmaci, quelle che rifiutavano l'allattamento al seno e quelle extracomunitarie per i limiti linguistici.

Strumenti

Lo State-Trait Inventory, forma Y (STAI-Y) è lo strumento più recente ed utilizzato per la valutazione soggettiva dell'ansia ossia delle sue componenti cognitivo-verbali (9) di cui è stato predisposto l'adattamento italiano da Pedrabissi e Santinello (8). Lo STAI-Y si compone di due scale di 20 item ciascuna: la prima si riferisce all'ansia di Stato (attuali stati d'animo) e la seconda all'ansia di Tratto (come abitualmente si sente) (10). Ad ogni risposta corrisponde un punteggio ponderato da 1 a 4; i punteggi di entrambe le scale possono variare da un minimo di 20 ad un massimo di 80. Se sono omesse le risposte a 3 o più item, i risultati al questionario risultano scarsamente af-

fidabili. Il questionario non presenta limiti di tempo, anche se il suo completamento può richiedere all'incirca 10-15 minuti. Successivamente i punteggi grezzi ottenuti per le due scale vengono trasformati in punteggi T, individuati per fasce d'età.

Analisi statistica

I dati sono espressi in media e deviazione standard per i dati su scala ad intervalli, mentre sono espressi in N (%) per dati in frequenza.

Il confronto tra le medie è stato effettuato mediante il t di Student; è stato calcolato il chi-quadro per i dati espressi in numerosità.

La differenza è considerata significativa per $p \leq 0.05$.

Risultati

Le 204 mamme che hanno aderito allo studio, hanno età media di 30.24 anni (± 4.91), con scolarità media di 10.29 anni (± 2.61). I punteggi medi T allo STAI-Y sono per l'ansia di Stato e di Tratto rispettivamente di 43.92 (± 6.53) e 41.37 (± 6.79). La durata di allattamento espresso in giorni per l'intero gruppo è di 114.16 (± 66.88). La presenza di coliche nel gruppo totale è stato del 46.07% (94/204).

L'analisi delle medie dei livelli di ansia di Stato e di Tratto e della durata dell'allattamento delle mamme con bambini affetti da coliche non hanno evidenziato differenze significative rispetto al gruppo di mamme con bambini senza coliche.

Le mamme sono state ulteriormente suddivise in due gruppi: il gruppo delle primipare (n=101) e il gruppo delle pluripare (n=103), di cui si riportano in tabella 1 i parametri antropometrici e clinici ed insieme i punteggi medi dell'ansia di Stato e di Tratto.

Tabella 1
Descrizione dei due gruppi

Variabile	Primipare		Pluripare		
	media	ds	media	ds	p
Età (in anni)	29.03	4.44	31.41	5.09	0.0004
Scolarità (in anni)	10.71	2.69	9.89	2.48	0.02
Stato T	44.57	5.85	43.28	7.10	NS
Tratto T	41.45	6.42	41.29	7.18	NS
Allattamento in gg	101.63	69.25	126.45	62.38	0.007

Nelle primipare la presenza di coliche risulta del 50.49% (51/101), mentre nelle pluripare è del 41.74% (43/103).

Le primipare non presentano livelli di ansia di Tratto e di Stato significativamente diversi in rapporto alla successiva presenza o assenza al follow-up di coliche infantili.

Le pluripare invece presentano livelli di ansia di Stato significativamente più elevati in presenza di coliche ai follow-up dei rispettivi lat-tanti (45.02 ± 7.38 versus 42.03 ± 6.68 , $p=0.03$).

L'analisi tra i due gruppi di primipare e pluripare con bambini affetti da coliche non fa rilevare differenze significative per quanto riguarda sia i livelli di ansia di Stato e di Tratto sia anche la durata di allattamento al seno. I due gruppi di primipare e pluripare si differenziano significativamente invece se i bambini non soffrono di coliche, sia per la variabile ansia di Stato (rispettivamente 44.82 ± 6.16 versus 42.03 ± 6.68 , $p=0.02$) che per la durata di allattamento (rispettivamente 100.80 ± 63.11 versus 133.75 ± 66.07 , $p=0.009$).

Un'analisi mediante Regressioni Multiple è stata infine condotta per la valutazione, in un modello statistico, della presenza o meno delle coliche in rapporto alle variabili: età, modalità parto, ansia di stato e di tratto, durata allattamento. Nel gruppo totale non emerge un modello significativo [$F(5,198)=1.66$, $p=0.14$], così come nel gruppo delle primipare [$F(5,95)=0.20$, $p=0.95$]. Invece è emerso un modello significativo nel gruppo delle pluripare, riportato nella tabella 2.

Tabella 2

Regressione multipla nel gruppo delle pluripare

Variabile dipendente	Variabile indipendente	BETA	SE of BETA	p-level
Presenza coliche	Età	0.08	0.09	0.38
F (5,97)=2.92 p-level=0.01	Modalità Parto	-0.10	0.09	0.28
	Ansia di Stato	-0.36	0.11	0.003
	Ansia di Tratto	0.28	0.11	0.01
	Durata allattamento	0.10	0.09	0.27

Discussione

Dalla Letteratura emerge, talora solo con valenza aneddotica, come fattori psicologici e psico-sociali materni siano correlati ad un aumentato ri-

schio di coliche infantili e come questi fattori interagiscano in grado variabile con l'età materna, la parità, il livello culturale ed il supporto sociale (5).

Questo nostro studio ha voluto approfondire il ruolo dei livelli di ansia di Stato e di Tratto in puerperio insieme a quelli della durata di allattamento esclusivo al seno e della parità, in rapporto alla presenza di coliche infantili nei primi mesi di vita. I dati emersi non hanno evidenziato differenze significative nei livelli di ansia di Stato e di Tratto nelle mamme con bambini che soffrono di coliche rispetto al gruppo di controllo, anche se si può evincere una tendenza a livelli di ansia di Stato più elevati nel gruppo di puerpere con lattanti affetti da coliche, in linea con i risultati dello studio di Akman et al. (4).

Nella nostra popolazione studiata la presenza delle coliche risulta del 46.07%, superiore ai dati riportati in letteratura, con una percentuale più alta nelle primipare. Pur non avendo trovato differenze significative, l'alta percentuale di presenza di coliche in questo gruppo può essere messa in relazione alla durata di allattamento che risulta significativamente inferiore rispetto al gruppo delle pluripare, come riportato anche nello studio di Howard et al. (11). In questo studio è stato sottolineato come le madri di bambini con coliche siano a rischio di una durata più breve dell'allattamento. Inoltre si può ipotizzare che, pur essendo stati maggiormente studiati i fattori eziologici, l'approccio clinico sembra non aver subito profondi cambiamenti con una ricaduta di gestione soprattutto nei genitori.

Nondimeno il dato più significativo e nuovo della nostra ricerca, non precedentemente riferito, emerge nel confronto tra primipare e pluripare in assenza di coliche per i livelli di ansia di Stato e la durata di allattamento. Nelle pluripare i livelli d'ansia sono più bassi e la durata di allattamento più alta e quindi possono rappresentare fattori di protezione, anche alla luce di una frequenza minore rispetto alle primipare di coliche infantili. Questi dati risultano in parte confermati anche dalla regressione multipla in cui la presenza di coliche è correlata con alti livelli di ansia di Stato.

In letteratura emerge inoltre nell'eziologia della colica, la predisposizione temperamentale del bambino come un fattore importante, così come l'inesperienza o livelli alti di ansia nel genitore che possono portare a vissuti di perdita di competenza nella capacità di gestire le necessità del proprio figlio (2). Inoltre è segnalato un rischio tre volte maggiore di coliche in mamme che riportano stato di stress durante la gravidanza (3). Questi elementi dovrebbero essere approfonditi con ulteriori studi.

In conclusione, un certo grado di ansia è legittimo e comprensibile intorno al momento nascita. Sta ai tradizionali operatori peripartali coglierlo, per limitarne gli effetti psicorelazionali negativi in gravidanza (12) e nel puerperio, a vantaggio della relazione mamma-bambino.

Bibliografia

1. Lucassen PL, Assendelft WJ, van Eijk JT, Gubbels JW, Douwess AC, van Geldrop WJ. Systematic review of the occurrence of infantile colic in the community. *Arch Dis Child* 2001; 84: 398-403.
2. Miller AR, Barr RG. Infantile colic. Is it a gut issue? *Pediatr Clin North Am* 1991; 38: 1407-1423.
3. Sondergaard C, Olsen J, Friis-Haschè E, Dirdal M, Thrane N, Sørensen HT. Psychosocial distress during pregnancy and the risk of infantile colic: a follow-up study. *Acta Paediatr* 2003; 92: 811-816.
4. Akman I, Kuşçu K, Özdemir N, Yurdakul Z, Solakoglu M, Orhan I, Karabekiroglu A. Mothers' postpartum psychological adjustment and infantile colic. *Arch Dis Child* 2006; 91: 417-419.
5. Canivet CA, Ostergren PO, Rosén AS, Jakobsson IL, Hagander BM. Infantile colic and the role of trait anxiety during pregnancy in relation to psychosocial and socioeconomic factors. *Scand J Public Health* 2005; 33: 26-34.
6. Savino F. Focus on infantile colic. *Acta Paediatr* 2007; 96: 1259-1264.
7. Clifford TJ, Campbell MK, Specheley KN, Gorodinsky F. Empirical evidence of the absence of an association with source of early infant nutrition. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156: 1123-1128.
8. Pedrabissi L, Santinello M. Manuale dell'adattamento italiano dello STAI forma Y. Organizzazioni Speciali (O.S.), Firenze, 1989.
9. Spielberger CD. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y). CA: Consulting Psychologists Press, Palo Alto, 1983.
10. Sanavio E. Psicoterapia cognitiva e comportamentale. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1993.
11. Howard CR, Lanphear N, Lanphear BP, Eberly S, Lawrence RA. Parental responses to infant crying and colic: the effect on breastfeeding duration. *Breastfeed Med* 2006; 1: 146-155.
12. Rautava P, Helenius H, Lehtonen L. Psychosocial predisposing factors for infantile colic. *BMJ* 1993; 307: 600-604.

Scelti per voi

Una panoramica sulla più recente letteratura in tema di... ...genitori e nascita pretermine

A cura di Francesco Tandoi

Collaboratori
Arianna De Martino, Lorenzo Giacchetti

Father's experiences in the neonatal intensive care unit: a search for control

*Arockiasamy V, Holsti L, Albersheim S
Pediatrics 2008; 121 (2): 215-222.*

La genitorialità di una nascita pretermine vista, questa volta dal lato paterno. A giusta ragione gli autori pongono l'attenzione su una figura, il padre, che per certi versi la letteratura, nel suddetto contesto, ha studiato poco rispetto a quella materna. E' il padre che il più delle volte ha i primi contatti con il proprio bambino durante le fasi del post-parto in quanto la madre è, in molti casi, forzatamente separata dal neonato. Se finora, quindi, sono stati pochi gli studi che hanno indagato l'esperienza paterna di una nascita pretermine, emerge che non esiste nessuno studio che abbia indagato, da una prospettiva paterna, quali debbano essere i processi di supporto a questa figura durante il periodo della degenza in NICU (Neonatal Intensive Care Unit) del proprio figlio. I momenti analizzati nello studio sono basati principalmente sulla comprensione di quanto i padri siano inseriti nella cura dei loro figli in terapia intensiva, di quanto i reparti siano strutturati a supporto dei padri e di come essi descrivono tale esperienza e motivino il loro bisogno di supporto in tale fase. Sono stati arruolati quindi 16 padri, i cui figli erano stati ricoverati in NICU per un periodo maggiore di 30 giorni. Essi sono stati intervistati da intervistatori di sesso maschile scelti fra gli studenti in medicina. Tale scelta veniva motivata in quanto questi ultimi, in studi effettuati in precedenza, si ri-

velavano più empatici nel raccogliere le esperienze dei genitori sia perché la comunicazione fra soggetti dello stesso genere risulta dalla letteratura essere più "amichevole". Mediante una intervista semistrutturata, venivano acquisite informazioni riguardo il livello di rassicurazione o di preoccupazione derivanti dalla comunicazione inerente le condizioni del proprio bambino, circa l'accesso all'informazione e circa la percezione complessiva di quella esperienza.

Il tema predominante che emergeva da queste interviste era connesso ad un senso di soggettiva "perdita di controllo" della situazione. Tale esperienza risultava centrale a cinque temi correlati fra loro, fra cui la percezione del "mondo della prematurità", per cui, da certe particolari disposizioni di ognuno (sentimento di positività, fede religiosa...) risultava la ripresa del controllo; l'informazione, per cui, ad esempio, il ricevere informazioni da utilizzare per la cura del proprio bambino aumentava la capacità di riprendere il controllo; di contro la scarsità o la scarsa chiarezza di tali informazioni o la descrizione di stati di instabilità clinica contribuivano ad acuire la sensazione di perdita di controllo; la capacità e la consistenza della comunicazione da parte del personale della NICU risultavano fattori rilevanti sulla capacità di avere o meno il controllo da parte dei padri; il ruolo, che soprattutto all'inizio si discostava da quello ideale di padre, marito, protettore della famiglia, dovendo quindi riguadagnare terreno attraverso il supporto alla moglie/madre del proprio figlio; le attività esterne in alcuni casi erano intese positivamente come capacità di sentirsi impegnati, inseriti in un

contesto, attivi, nel tentativo di riguadagnare un ruolo, una identità, di avere il controllo su altri aspetti della propria vita o al fine di immagazzinare le energie da impiegare in ospedale, in altri in maniera negativa, come tempo sottratto alla propria moglie e famiglia così bisognosa e fragile in quel momento. Tutti questi fattori in ogni caso rappresentavano il discomfort che in diversa maniera o con diversa intensità ogni padre avvertiva, nel tentativo di segnalare un certo bisogno di supporto. In ogni caso, tutti i padri consideravano una esperienza positiva il colloquio con un medico.

L'articolo conclude quindi che lo studio dell'esperienza ed il supporto al ruolo del padre deve rappresentare l'altra metà dello sforzo a cui lo staff medico di una NICU deve fare fronte a sostegno della famiglia che subisce una nascita pretermine. L'informare il padre, al pari della madre, viene segnalato come un punto fondamentale su cui fondare la ripresa del controllo da parte del padre, tuttavia non deve essere sottovalutata l'interazione fra i suddetti temi che fanno da corollario al tema centrale della perdita del controllo. La comprensione di tali esperienze e di tali meccanismi deve aiutare i membri dello staff medico a formulare il supporto più appropriato oltre che alla figura materna anche a quella del padre.

Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit

*Turan T, Başbakkaal Z, Ozbek S.
J Clin Nurs. 2008 Jul 12; 1-11.*

Il supporto ai genitori che afferiscono ad una terapia intensiva neonatale non può essere lasciato al caso, ma deve altresì essere ben strutturato e regolamentato. Lo sottolinea questo recente articolo che si concentra soprattutto su quei casi di degenza prolungata in tali reparti.

Un ruolo rilevante nel ridurre tali livelli di stress è rappresentato dalla funzione centrale che le infermiere rivestono nell'adattamento delle famiglie a questi nuovi ambienti, ad una terminologia nuova, in una sorta di interfaccia relazionale delle famiglie con il nuovo luogo. Dalla letteratura emerge che il periodo più stressante per i genitori in NICU è concentrato nelle prime tre settimane. Questo studio si prefiggeva

pertanto l'obiettivo di valutare come un tipo strutturato di supporto fosse utile a queste famiglie. Erano inclusi nello studio i neonati di età gestazionale compresa fra 24 e 37 settimane postconcezionali, non malformati, i cui genitori non avessero sperimentato altre nascite pretermine. Lo studio si svolgeva nel periodo Gennaio - Giugno 2004 ed includeva 20 neonati nel gruppo caso e 20 nel gruppo controllo. Per il gruppo in studio veniva istituito, durante la prima settimana di vita, un incontro di circa 30 minuti con i genitori, durante il quale venivano fornite informazioni sulla tipologia del reparto, il ruolo delle varie professionalità, le dotazioni tecniche, le modalità dei vari interventi, modalità di accesso al reparto, generalità sulle caratteristiche e sulle patologie della prematurità; venivano inoltre stimolati i genitori ad esprimere l'esperienza che avevano avuto durante le manovre di nursing del loro bambino, durante l'allattamento o inerenti le comunicazioni ricevute; venivano chiarite le loro perplessità o i loro dubbi ed infine veniva fornito un libretto riassuntivo di quanto esposto. Questa procedura era prevalentemente svolta dal personale infermieristico. Nel gruppo di controllo i genitori non ricevevano null'altro se non le informazioni circa le normali procedure del reparto. Dopo un periodo di circa 10 giorni veniva somministrato ai genitori di entrambi i gruppi il questionario STAI (State-Trait Anxiety Inventory) per la valutazione dell'ansia di tratto (predisposizione individuale ad esprimere ansia) e la PSS: NICU (Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit) sviluppata specificatamente per evidenziare l'ansia parentale in NICU.

Nel complesso il risultato più evidente si evidenziava nell'ambito del test PSS:NICU, laddove una globale differenza, era comunque presente; in forma statisticamente significativa, si esprimeva nel confronto fra le madri del gruppo intervento rispetto al controllo; inoltre, come espresso dalle subscale, quanto dava maggior stress erano per lo più i suoni e gli stimoli visivi e l'alterazione del ruolo genitoriale. Le madri più giovani manifestavano uno stress maggiore. Tale dato appariva più sfumato nel confronto fra i gruppi di padri.

Ciò che veniva percepito fondamentale era l'intervento preparativo, effettuato in prevalenza dal personale infermieristico, nell'ambito di un più ampio programma di family centered nursing, nonché il libretto informativo fornito in tale occasione.

Randomised trial of a parenting intervention during neonatal intensive care

*Glezebrook C, Marlow N, Israel C, Croudace T, Johnson S, White IR, Witbelaw A
Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2007; 92: 438-443.*

L'analisi delle cause di un outcome sfavorevole per i nati pretermine con età gestazionale inferiore alle 32 settimane postconcezionali, non si ferma alle patologie che fanno parte della prematurità in quanto tale, ma indaga anche su quelle condizioni sociali ed ambientali che possono acuire tali condizioni di base. I presupposti a tali ipotesi risiedono nella tensione cui è sottoposta la madre dopo una nascita pretermine unitamente agli stimoli ambientali, emozionalmente stressanti, della degenza in un reparto di terapia intensiva neonatale. Un programma di intervento sui genitori può contribuire a sensibilizzare quei gruppi familiari nei quali tanto i figli quanto i genitori possiedono delle caratteristiche di rischio (condizioni socio-economiche sfavorevoli). Il Parent Baby Interaction Programme (PBIP) è un programma di supporto educativo per i genitori dei neonati pretermine che ha lo scopo di sensibilizzarli a riconoscere i più comuni segnali di distress di sviluppo e comportamento, aiutandoli a mettere in atto le risposte più appropriate, riducendo peraltro i livelli di stress genitoriale. Le attività che compongono tale programma sono riunite in 4 gruppi: tattili (stimolazione tattile del neonato), discussione (spiegazione delle tappe di sviluppo del neonato), verbale (stimolazione sensoriale uditiva con la voce materna), osservazionale (identificando i vari stati del bambino). Venivano inoltre insegnati alcuni principi di developmental care. Tale programma era somministrato alle madri durante il periodo di ospedalizzazione dalla prima settimana di vita, per un'ora alla settimana. Aderivano al programma 6 terapie intensive neonatali. Venivano reclutati 112 neonati nel gruppo di intervento e 121 nel gruppo di controllo. L'outcome primario era rappresentato dal Parenting Stress Index (PSI),

un questionario valutato a 3 mesi di età corretta del bambino. Un punteggio elevato indica capacità più ridotte. Outcome secondari erano rappresentati dal: Neurobehavioural Assessment of the Preterm Infant (NAPI), il quale valuta alcune competenze neurocomportamentali del neonato (sviluppo motorio, angolo popliteo, irritabilità, qualità del pianto...); l'esame veniva eseguito a 35 settimane di e.c. Un punteggio elevato indicava uno sviluppo ottimale; Nursing Child Assessment Teaching Scale (NCATS) che valutava l'interazione fra operatore e bambino; i punteggi più elevati indicavano una buona interazione. L'esame veniva somministrato durante la settimana precedente la dimissione e al raggiungimento del 3° mese di età corretta; Home Observation for Measurement of the Environment (HOME) che misurava l'appropriatezza dell'ambiente in cui viveva il bambino a promuoverne lo sviluppo neurocognitivo. Alti punteggi indicavano una grande responsività verbale ed emozionale. La valutazione avveniva a 3 mesi di età corretta, mediante visita di una commissione al domicilio.

Complessivamente gli outcome presi in questione, primari e secondari, non mostravano differenze significative fra il gruppo che veniva sottoposto al programma PBIP e il gruppo di controllo sebbene vi fossero inequivocabilmente una serie di segnali che confermavano una necessità di supporto in molte di queste famiglie. In contesti analoghi altri Autori hanno confermato l'utilità di simili programmi di supporto sebbene effettuati per periodi più prolungati o ad un timing differente (più tardivamente, appena prima o successivamente alla dimissione). Un'altra spiegazione circa il mancato effetto di tale intervento poteva risiedere nel periodo relativamente breve a cui venivano sottoposte le famiglie al programma PBIP. In ogni caso, i bassi valori di NCATS indicavano che in entrambi i gruppi i pretermine vengono stimolati qualitativamente e quantitativamente poco dalle loro madri, specie se confrontati con quelli a termine (dato confermato anche in letteratura).

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

www.careperinatologia.it

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

20-21 Ottobre 2008

"Pronto Soccorso emozionale"

(20 crediti)

Crediti ECM richiesti per medici, ostetriche, infermiere pediatriche e professionali, puericultrici, assistenti sanitari, assistenti sociali, psicologi. Costo 160 euro, max 20 partecipanti.

3 novembre 2008

"Il pianto del neonato e del lattante come gestirlo. L'uso della fascia, prove pratiche"

Crediti ECM richiesti per medici, ostetriche, infermiere pediatriche e professionali, puericultrici, assistenti sanitari, assistenti sociali, psicologi. Costo 100 euro, max 20 partecipanti.

17-18 novembre 2008

"Assistenza della madre e del neonato in acqua"

(20 crediti)

Crediti ECM richiesti per medici, ostetriche, infermiere pediatriche e professionali, puericultrici, assistenti sanitari, assistenti sociali, psicologi. Costo 160 euro, max 20 partecipanti.

10-11 Dicembre 2008 "Kangaroo mother care e assistenza personalizzata del prematuro"

(20 crediti)

Crediti ECM richiesti per medici, ostetriche, infermiere pediatriche e professionali, puericultrici, assistenti sanitari, assistenti sociali, psicologi. Costo 160 euro, max 20 partecipanti.

27-28 Gennaio 2009

"Corso Allattamento avanzato"

(20 crediti)

Crediti ECM richiesti per medici, ostetriche, infermiere pediatriche e professionali, puericultrici, assistenti sanitari, assistenti sociali, psicologi. Costo 180 euro, max 20 partecipanti.

17 febbraio 2009

"Assistenza al neonato in sala parto"

(20 crediti)

Crediti ECM richiesti per medici, ostetriche, infermiere pediatriche e professionali, puericultrici, assistenti sanitari, assistenti sociali, psicologi. Costo 120 euro, max 20 partecipanti.

16-17 Marzo 2009

"Il Neonato dopo la dimissione a casa"

(10 crediti)

Crediti ECM richiesti per medici, ostetriche, infermiere pediatriche e professionali, puericultrici, assistenti sanitari, assistenti sociali, psicologi. Costo 180 euro, max 20 partecipanti.

Iscrizioni e informazioni:

Monika Stablum,

Tel.: 3383679491 dalle 15:00 alle 18:00

e-mail: monikastablum@yahoo.it

Convegni

6-7 Ottobre 2008

KMC EUROPE 2008

"1st European Conference on the Kangaroo Mother Care method"

8-11 Ottobre 2008

"7th International Workshop on Kangaroo Mother Care"

Uppsala, Sweden.

5 Novembre 2008

"IX Convegno di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale - Il Neonato Critico"

Hotel Château Porro Pirelli, Induno Olona - Varese

Roma, 17-19 Novembre 2008

"1st International Congress of UENPS (Union of Neonatal and Perinatal Societies)"

Marriott Park Hotel

Roma - Via Colonnello Tommaso Masala, 54

28 Aprile-1 Maggio 2009

"XX Incontro Nazionale di Neonatologia e Pediatria"

Jolly Hotel delle Terme, Ischia (NA)