

Volume 3 - Numero 2 - Novembre 2009

Rivista Italiana La Care in Perinatologia



AICIP

ASSOCIAZIONE ITALIANA PER
LA CARE IN PERINATOLOGIA



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



Copyright © 2009



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

Progetto grafico: EDITEAM Gruppo Editoriale.

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

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

Finito di stampare nel mese di Novembre 2009.

Si ringrazia  **GE Healthcare** per il contributo non condizionato.

Indice

Editoriale pag.	III
Francesco Tandoi, Arturo Giustardi, Massimo Agosti	
Ri-pensare la nascita. Percorso didattico sensoriale esplorativo della vita prenatale nel primo ciclo della scuola elementare	1
Luisa Romei, <i>Parma</i>	
Il bonding nella care perinatale	7
Selene Corti, Elsa Del Bo, <i>Pavia</i>	
Portare i neonati e i piccoli: un modo antico e moderno per stare insieme	12
Arturo Giustardi, <i>Napoli</i> , Monika Stablum, <i>Bressanone</i> , Arianna De Martino, <i>Mantova</i>	
Il distress psicologico circonda la nascita "late preterm" e riduce l'allattamento al seno	15
Vincenzo Zanardo, Irene Gambina, Patrizia Trivellato, Cinzia Campo, Floriana Leone, Francesco Cavallin, Daniele Trevisanuto, Arturo Giustardi, Gino Soldera, <i>Padova</i>	
Scelti per voi	20
Home and Abroad	22

Editoriale

“**Y**es, we...care”. Potrebbe iniziare così questo editoriale, prendendo in prestito una frase tanto usata, oramai abusata. Non ci sembra comunque di fare un torto a nessuno, se, nel farla nostra e, modificandola in tal guisa, le conferiamo il valore che vorremmo fortemente che avesse. Una dichiarazione, quindi, di intenti, del nostro modo di essere, del nostro modo di voler essere letti ed interpretati.

La nostra rivista completa così il secondo anno di vita, di una avventura editoriale che, per scherzo o anche per gioco, ci trova ora in prima linea nel divulgare quanto avviene in questo campo su e giù per lo stivale, grazie non solo a chi ci ha creduto e continua a crederci, ma grazie soprattutto a chi ci legge. Insieme abbiamo saputo interpretare una formula che si mantiene attuale e fresca e che continua a rinnovare l'interesse da entrambe le parti.

Il commento su cui sviluppiamo questo editoriale si incentra principalmente su un'idea che sta trovando la sua concretizzazione in questi giorni in un incontro dal titolo “UNA FAVOLA PER CRESCERE, UNA FAVOLA PER APPRENDERE E CAPIRE”. Il progetto, organizzato in un vero e proprio corso, si svolgerà l'11 Ottobre 2010 a Bolzano in Via Kolping, 3 c/o la “Sede Kolping” (per informazioni: artgiust@tin.it). Il titolo è quanto mai invitante per chi, come noi, è sempre attento ad aprire i propri orizzonti sui caleidoscopici aspetti della care. L'incontro si pone come obiettivo quello di creare un momento di riflessione sul mondo delle favole inteso come momento per promuovere l'educazione alla salute, delle famiglie, dei bambini degli stessi operatori di salute. Da sempre favole e fiabe sono il cibo fondamentale della psiche del bambino, l'alimento indispensabile che rende possibile lo sviluppo di una personalità equilibrata. Un bambino che non si è nutrito di storie diventa spesso un adulto incapace di affrontare la realtà e i suoi ostacoli, spesso pronti ad evitarli attraverso facili e spesso pe-

ricolose scorciatoie. Ma la favola può fare di più: attraverso la metafora mette in scena dinamiche universali, permettendo al bambino di comprendere, accettare e affrontare i conflitti; concorre al raggiungimento del benessere psicologico, un benessere che si basa su una adeguata capacità di sentire, riconoscere ed esprimere le proprie emozioni, i propri bisogni e i propri desideri.

Appare chiaro come tutto ciò non solo si propone di suggerire schemi legati all'infanzia, ma soprattutto di indicare anche la strada a genitori, insegnanti, psicologi ed operatori dell'infanzia che intraprendono un percorso volto a raggiungere una più corretta visione del loro ruolo.

Quando anche noi adulti leggiamo una fiaba ci ritroviamo immediatamente catapultati in un universo di ricordi, in un mondo parallelo che ci guida per strade già conosciute ai tempi dell'infanzia, attraverso percorsi stranamente diretti e limpidi che facilmente trovano accesso nel profondo della nostra esistenza quotidiana. Anche per noi quelle fiabe hanno costituito le tracce del nostro progetto di vita, sono strade nel viaggio della nostra esistenza, della conoscenza e della consapevolezza; sono state le parole del nostro inconscio, contenendo i segreti, gli insegnamenti, le strategie, i rituali, gli obiettivi, i fini e le indicazioni dei mezzi per realizzarli.

La favola è quindi un modo di vedere le cose e di provare sentimenti autentici, straordinariamente forti, disarmanti e, nell'economia della mente e dell'anima, creativamente produttivi.

Concludendo, la fiaba e la favola, possono essere utili al bambino, ma soprattutto all'adulto, madre e padre, operatore sanitario che parla e cerca di aiutare le mamme durante la gravidanza, parto e nascita e sviluppo del piccolo.

Francesco Tandoi
Arturo Giustardi
Massimo Agosti

Ri-pensare la nascita

Percorso didattico sensoriale esplorativo della vita prenatale nel primo ciclo della scuola elementare

Luisa Romei

Psicologa, insegnante scuola elementare, Counselor, Parma

Introduzione

Il progetto che segue è stato rivolto agli alunni del primo ciclo della scuola elementare, frutto degli incontri di alcuni operatori ANEP (Associazione Nazionale Educazione Prenatale) iniziati nella primavera del 2001, promossi dalla Presidente Dott. Gabriella Ferrari.

Nell'ambito degli incontri, avevamo strutturato un percorso didattico per i bambini del primo ciclo della scuola elementare sulla rievocazione dei vissuti della **vita prenatale e della nascita**.

Siamo partiti dalla convinzione che l'educazione affettiva sia alla base di molti apprendimenti e ne determini la motivazione; che la modalità messa in atto dalle persone per conoscere nasca dalla strutturazione dell'attaccamento madre-bambino che ha inizio durante la vita prenatale. Osservare gli alunni giocare sulla rievocazione della vita prenatale e della nascita ci è sembrato molto interessante per conoscere "il mondo affettivo" e "lo stile di apprendimento" dei bambini.

Il percorso da noi proposto ha avuto come obiettivo centrale quello di offrire ad ogni bambino la possibilità di ricostruire la propria **storia personale**, integrandovi la dimensione della vita prenatale e il momento della nascita, quale momento dal quale partire, in un'ottica di educazione alla relazionalità e all'affettività anche per gettare le basi per un potenziamento della sfera cognitiva, affettiva e sociale.

Aspetti teorici

Gli studi di Bowlby sull'attaccamento e quelli successivi di M. Main, hanno evidenziato come i rapporti interpersonali possono facilitare o inibire la tendenza a integrare le rappresentazioni delle diverse esperienze del bambino. Le relazioni che caratterizzano i primi anni di vita possono avere un ruolo fondamentale nel plasmare le strutture di base che permettono di avere una visione coerente del mondo: le esperienze interpersonali influenzano direttamente le modalità con cui ricostruiamo mentalmente la realtà. Le madri, per esempio, con uno stato mentale libero da preoccupazioni gravi, sono in grado di aiutare meglio i figli sia nel gioco libero sia nelle prove di problem solving. Nella relazione con la figura di attaccamento capace di fornire adeguata vicinanza emotiva, il bambino è in grado di esplorare tutti gli aspetti della conoscenza di sé e degli altri, anche quelli negativi e dolorosi. *La capacità di apprendere, quindi, dipende sostanzialmente dalla capacità della madre di soddisfare il bisogno di relazione del bambino. L'alunno impara quando l'insegnante sta attento a come egli vive tutta una serie di rapporti e di fattori concomitanti l'apprendimento.*

La conoscenza del funzionamento delle diverse **forme di memoria** possono aiutare a capire come le esperienze precoci giochino un ruolo importante nel determinare non solo ciò che si ricorda, ma anche le modalità con cui si rievocano gli eventi del passato e si costruisce il racconto della propria vita.

Le figure di attaccamento secondario (nonni, parenti, insegnanti, educatori, ecc.) possono aiutare il bambino a modificare la propria modalità di conoscere. La scuola primaria rappresenta quindi un'opportunità di crescita fondamentale per il bambino.

Lo stile di apprendimento

Il bambino struttura il proprio modo di conoscere l'ambiente affettivo e il mondo esterno nei primi anni di vita. La relazione con le figure di attaccamento è fondamentale nel guidarlo in tale conoscenza. Importanti sono anche le predisposizioni innate del bambino. L'insieme degli stimoli ambientali e innati determinerebbe lo stile di apprendimento. Un bambino sicuro delle proprie relazioni familiari, sarebbe un individuo curioso, desideroso di apprendere nuove abilità, capace di mettersi in gioco a scuola.

Conoscere lo stile di conoscenza dell'alunno, significa aiutarlo a raggiungere una modalità sempre più sicura e attiva.

L'obiettivo della scuola con la collaborazione dei genitori, dovrebbe essere quello di stimolare tutti gli alunni a mettere in atto **uno stile di apprendimento esplorativo**.

I comportamenti esplorativi individuati sono stati:

- provare a sbagliare
- non temere la disapprovazione
- mettersi in gioco
- tentare di conoscere cose nuove
- avere fiducia nell'altro e nelle relazioni
- essere curiosi
- provare a sperimentare

Il progetto

- **Età dei bambini:** 6-7 anni
- **Classe:** seconda elementare
- **Numero dei bambini coinvolti:** 150
- **Numero insegnanti:** 12
- Realizzazione nell'anno scolastico 2006/07

Obiettivi

Il progetto presentato a insegnanti e genitori ha avuto i seguenti principali obiettivi:

- Offrire ad ogni bambino la possibilità di

ricostruire la propria storia personale, integrandovi la dimensione della vita prenatale e il momento della nascita, quale momento dal quale partire, in un'ottica di educazione alle relazioni e all'affettività.

- Fornire agli insegnanti una conoscenza approfondita dei bambini.
- Trasmettere ai bambini il concetto che, per poter apprendere è necessario prestare attenzione e saper stare in silenzio.
- Per potere stare in ascolto ed in silenzio è necessario partire dalla conoscenza della propria storia e dal rispetto per se stessi.
- Vivere attività emotive e sensoriali piacevoli che rimettano il bambino in contatto con una parte fondamentale di sé.
- Realizzare uno strumento osservativo per consentire un confronto tra insegnanti e genitori e osservare con un occhio esterno i comportamenti, gli atteggiamenti e le risposte dei bambini di fronte a determinati stimoli.
- Coinvolgere genitori e insegnanti in un percorso finalizzato a stimolare comportamenti di ascolto.
- Stimolare lo stile di apprendimento esplorativo.

Metodologia

Sono stati strutturati 2 incontri con i bambini divisi in piccoli gruppi (12 bambini). Gli incontri sono stati condotti dalla Dott. Luisa Romei. Un insegnante osservava il gruppo di alunni.

I due incontri

1. La vita prenatale e i suoni

La sensorialità durante la vita prenatale:

- proiezione filmato sulla vita prenatale e la nascita
- rilassamento e ascolto del corpo
- giochiamo ad ascoltare i suoni interni
- giochi di ascolto di suoni esterni e movimento del corpo
- giochi sull'ascolto di ritmi e movimento
- raccolta di feedback (disegni e parole)

2. Esperienza creativa sulla nascita

- teli e nascita: drammatizzazione della nascita (a turno i bambini si chiudevano in un telo e quando decidevano di "nascere" uscivano lentamente. I bambini intorno

dovevano accudire con carezze, parole dolci usando un volume di voce basso, il nascituro)

- raccolta di feedback (disegni e parole)

Griglia di osservazione degli stili di apprendimento

Durante i due incontri proposti agli alunni, gli insegnanti hanno osservato le modalità di partecipazione all'esperienza.

Abbiamo individuato quattro principali stili di approccio alle attività:

Impulsività (agitato):

- Ha difficoltà ad aspettare la consegna dell'operatore e va in ansia
- Spesso "spara" delle risposte prima che sia terminata la domanda
- Spesso è invadente soprattutto con i bambini più fragili
- Non riesce a rilassarsi
- Fatica a raccontare le sue esperienze che riguardano la vita prenatale e la nascita
- Non riesce ad accogliere dolcemente il compagno che nasce

Passività (passivo):

- Atteggiamento di isolamento
- Assenza/chiusura rispetto alle proposte
- Comportamento sempre imitativo: ripete ciò che dicono i compagni sui loro ricordi prenatali e della nascita
- Eccessivo bisogno di rassicurazioni
- Paura di sbagliare eccessiva
- Persistente riluttanza a lasciarsi andare
- Preoccupazione eccessiva per eventi inattesi
- Rimane indifferente di fronte al compagno che nasce

Ostile (oppositivo-provocatorio)

- Spesso va in collera quando non comprende la consegna dell'operatore
- Non vuole parlare della sua esperienza prenatale e della sua nascita
- Spesso litiga con i compagni durante le attività
- Sfida le persone
- Incolpa gli altri per i suoi errori
- E' spesso arrabbiato e rancoroso, dispettoso e vendicativo quando un'attività non è riuscita bene

- Accoglie il compagno che nasce in modo violento e brusco (picchia e urla)

Esplorativo (equilibrato)

- E' disponibile a mettersi in gioco
- Rievoca volentieri la sua vita prenatale e la nascita e ne parla in modo approfondito
- Interviene nelle conversazioni in modo pertinente e personale
- E' disponibile ad eseguire le consegne e non va in ansia
- E' accogliente nei confronti dei compagni
- E' affettuoso nei confronti del compagno che nasce

I risultati

Durante l'esperienza

I due incontri sono stati molto coinvolgenti per tutti (operatore, bambini, insegnanti). I bambini chiedevano spesso di ripetere più volte un'attività. Per le insegnanti, non abituate a vedere gli alunni lavorare su contenuti affettivi, tutto è stato una sorpresa, un nuovo modo di conoscere i bambini.

Nell'analizzare la scheda osservativa e nel sentire il feedback dai bambini stessi su come avevano vissuto l'esperienza, abbiamo notato che gli alunni delle classi con meno problemi di apprendimento hanno vissuto più intensamente tutto il percorso.

I bambini sono rimasti molto colpiti dal filmato (un cartone animato che vedeva un orsetto nella pancia della mamma orsa e la sua nascita "L'albero della vita"), hanno fatto molte domande, hanno scoperto la pancia come origine della vita. Tutti i bambini erano incuriositi dal filmato presentato, sono rimasti sorpresi nel vedere che il bambino vive tanto tempo nella pancia della mamma. Si sono posti molte domande sulla loro origine. La pancia è stato il luogo sul quale hanno fatto tante domande.

Il gioco della drammatizzazione della nascita nei teli li ha molto coinvolti. E' stato interessante vedere come si muovevano, come si accoglievano tra loro.

La ricostruzione dell'esperienza della relazione con i genitori e la scoperta delle "coccole" e di come il corpo esprime sentimenti ed emozioni, li ha molto appassionati perché hanno fatto moltissime domande.

I bambini meno reattivi a scuola non hanno riportato i loro vissuti alle insegnanti. Non vi è stata vivacità nella risposta, una volta tornati in classe, hanno fatto molte domande scientifiche.

I giochi sulla sensorialità, l'ascolto dei suoni interni ed esterni sono stati utili per avviare una maggiore coscienza del loro modo di stare a scuola. I bambini hanno collegato queste attività all'esperienza fatta sulla conoscenza della vita prenatale e della nascita. Tale situazione li ha stimolati e motivati ad impegnarsi di più nell'autocontrollo.

Per alcuni bambini che avevano vissuto la nascita con difficoltà (bambini adottati) è stato molto importante essere accolti dai coetanei. Questi hanno potuto riparlare delle loro esperienze ed essere accolti insieme ad un operatore esperto (psicologo).

Dopo aver vissuto l'esperienza

- Le schede osservative **hanno messo in rilievo come i bambini con difficoltà di apprendimento, abbiano faticato ad essere coinvolti nel gioco.** Nei giochi in cui si doveva ascoltare, si muovevano spesso freneticamente, senza assaporare il divertimento. Con le insegnanti ed i genitori si è quindi pensato ad un intervento mirato che aiutasse il bambino a modificare schemi di comportamento inefficaci. Lo stile esplorativo è stato il riferimento/obiettivo al quale arrivare.

L'operatore ha incontrato gli insegnanti per valutare le osservazioni e i disegni dei bambini e costruire interventi mirati.

- Nell'analizzare i disegni, è stato notato come i soggetti rappresentati fossero collegati allo stile di apprendimento dei bambini ed alle loro caratteristiche relazionali. La nostra attenzione si è centrata in particolare su una classe in cui la maggior parte dei bambini presentava difficoltà rispetto all'apprendimento. I soggetti dei disegni sulla nascita non davano l'emozione dell'accoglienza (es. erano composti da palazzi e strutture massicce).

Risulta evidente come la percezione della nascita in questi bambini, fosse rappresentata da mura, dalla mancanza di persone nel disegno. Sarebbe interessante lavorare su queste rappresentazioni.

La tabella 1 riporta i soggetti e lo stile di apprendimento e il soggetto del disegno.

Discussione

Nella scuola non vi è l'abitudine a trattare temi così intimi come la vita prenatale e la nascita, temi che hanno per i bambini una grande potenzialità. L'esperienza della nascita è ancora molto vicina ai pensieri dei bambini e può essere utilizzata per aiutare i soggetti in difficoltà e parlare delle loro emozioni. Il collegamento fra esperienza prenatale/nascita con la modalità di apprendimento del bambino risulta molto evidente. Conoscere come il bambino ha vissuto questi eventi aiuterebbe la scuola ad intervenire in modo proficuo in un'età (primo ciclo della scuola elementare) ancora piena di possibilità di cambiamento.

La scheda di osservazione aiuta le insegnanti nella programmazione di un intervento mirato al superamento delle difficoltà dei bambini.

Non è però facile per le insegnanti abituate a lavorare su contenuti molto scolastici, vedere in tali attività le potenzialità citate. La scuola italiana spesso non dà importanza allo stile di apprendimento dell'alunno. L'intervento sulle funzioni di base, aiuterebbe molto i docenti a migliorare le prestazioni cognitive e sociali dei piccoli studenti. Anche i genitori faticano a parlare di argomenti intimi come la nascita, temendo un'intrusione della scuola nella vita familiare.

Se l'ambiente scolastico è aperto alle novità e ad una reale conoscenza dei bambini, questo genere di progetti può essere davvero utile. Risulta fondamentale lavorare in un clima di fiducia con i genitori. Questo aspetto va costruito prima di proporre questo tipo di progetti che coinvolgono la sfera personale.

Conclusioni

La capacità di pensare dipende allora dal sentire e dal capire quello che ci accade dentro; noi possiamo davvero pensare solo se siamo in contatto con le nostre emozioni. Non è possibile promuovere un apprendimento senza sapere che cosa succede emotivamente nel momento in cui si interagisce con quel determinato allievo.

Non abbiamo approfondito con i genitori i vissuti legati alla nascita perché questo aspetto, molto privato, avrebbe dovuto essere condiviso

Tabella 1

Nomi bambini	Realistico dell'esperienza in classe (filmato, i bambini in cerchio, ecc.)	Immagini astratte	Natura	Realistico rispetto alla nascita (ospedale, la mamma, se stesso neonato, ecc.)	Personaggi fantastici	Altro	Stile
Luca						Fuochi d'artificio	E
Francesco				Famiglia e pioggia colorata			E
Samuele			Barche divise da un sole enorme				I
Cristian				La famiglia disegnata male			O
Irene	Lei sotto il lenzuolo e Martina l'accoglie						I
Federico						Hotel Non c'è nessuno	I
Lorenzo			Lui con madre, un albero e un uccello				I/E
Nicola			Lui al centro, a sinistra un albero con un uccello e una farfalla				I
Martina			Un uomo in barca che pesca. Una pecora alla fonte				I/E Lei non c'è
Giuseppina						La maestra che dice: "State zitti"	I/O
Leo				Lui vicino alla madre in divisa da infermiera in ospedale			I
Sara	Lei uscita dal telo con la madre vicina						E
Marco						Casa colorata con fuochi d'artificio (non c'è nessuno)	I

LEGENDA:

E=esplorativo; I=insicuro (agitato e passivo); O=ostile

come premessa al progetto. Potrebbe essere interessante chiedere ai genitori com'è avvenuta la nascita del proprio bambino per poter cogliere altre potenzialità del presente lavoro.

Insieme ai docenti sarebbe opportuno costruire una serie di interventi mirati alla strutturazione di "un apprendimento esplorativo".

Questo percorso ci ha indotto a riflettere sulle caratteristiche e sulle risorse offerte dall'intervento. Il progetto "educazione prenatale nella scuola elemen-

tare" costituisce una preziosa opportunità per tutti gli alunni, in quanto offre l'opportunità di:

- Recuperare il contatto con emozioni fondamentali per la crescita e il nutrimento affettivo del bambino
- Esplorare in maniera ludico-creativa l'esperienza prenatale
- Ricontattare uno stato di benessere nel quale talvolta il disagio non era ancora presente e da esso ripartire per un nuo-

vo incontro comunicativo con i propri genitori

- I bambini in difficoltà possono rivivere l'esperienza dell'accoglienza con i compagni e l'operatore
- Dare agli insegnanti l'opportunità di conoscere lo stile di apprendimento degli alunni e di poter intervenire in maniera più adeguata
- Aiutare il bambino ad ascoltarsi, controllando il corpo e la voce
- Stimolare l'ascolto dei compagni e dell'insegnante
- Per gli insegnanti, costruire una griglia di osservazione dalla quale partire per un intervento sugli alunni, mirato a modificare lo stile di apprendimento

In quest'ottica è di fondamentale importanza il coinvolgimento nel progetto dei genitori di tutti gli alunni, sia in un momento introduttivo tenuto dai soli operatori, che in una restituzio-

ne finale, realizzata anche grazie alla collaborazione dei bambini e degli insegnanti.

La particolarità del percorso pensato per i bambini ha fatto sì che tutti potessero partecipare e portare il loro personale contributo alla classe. Intraprendere un viaggio alle origini della propria vita aiuta ad eliminare le differenze presenti nel gruppo-classe, consentendo ai bambini che si sentivano diversi e inefficaci, di percepirsi più accettabili e degni d'amore.

Bibliografia

- Bondioli A. Il bambino, il gioco, gli affetti. Juvenilia, Bergamo 1990.
- Lorenzini R, Sassaroli S. Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità. Raffaello Cortina, Milano, 1995.
- Riva Crugnola C. La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner. Raffaello Cortina, Milano 1999.
- Siegel DJ. La mente relazionale. Raffaello Cortina, Milano, 1999.
- Stern D. La costellazione materna. Boringhieri, Torino 1995.
- Verny T, Weintraub P. Le coccole dei nove mesi. Bonomi, Milano 1996.

Il bonding nella care perinatale

Selene Corti, Elsa Del Bo

Corso di laurea in Ostetricia, Università degli Studi di Pavia

Introduzione

In una società moderna ed occidentale come la nostra, in cui il numero di figli per donna è decisamente minore rispetto alla media europea ed in cui la famiglia è generalmente costituita da un unico figlio è più che mai fondamentale intendere la nascita come evento rilevante per la donna e la famiglia stessa.

Sono ormai innumerevoli gli studi che evidenziano come un percorso maternità e nascita vissuti in un ambiente idoneo rendano questo evento unico e gratificante. L'ambiente, in questo caso, assume una duplice valenza essendo sia luogo fisico, inteso come casa, ambulatorio medico, ospedale ecc., a cui la donna afferisce, sia come setting comprensivo di accettazione della gravidanza, del rapporto col partner, con la famiglia, col personale sanitario ecc.

Nell'ambito quindi di unicità e gratificazione dell'evento nascita, si estrinseca il concetto di "bonding". Il bonding, inteso come contatto precoce pelle a pelle madre-bambino subito dopo il parto e come continuum del legame intrauterino madre-feto, deve essere effettuato e incoraggiato da tutto il personale sanitario, ed in particolare dall'ostetrica/o. L'ostetrica/o ha infatti il preciso compito di promuovere la fisiologia ed il benessere della diade madre-bambino attraverso ogni atto possibile e il non separare la puerpera dal neonato, ma anzi promuoverne il contatto, rientra tra questi atti.

Uno degli obiettivi del suo operato è volto ad evidenziare l'importanza sia psicologica che fisica del bonding e a mettere altresì in luce gli effetti negativi della separazione dopo il parto, che, purtroppo, nonostante le raccomandazioni

dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dell' UNICEF, viene ancora largamente praticata nei punti nascita italiani.

Il bonding...un po' di storia

I primi studi sul bonding vennero condotti dallo specialista in pediatria Dottor Bowlby, che, nel 1965, iniziò le sue ricerche sul particolare legame tra madre e bambino e sulle conseguenze e gli effetti della separazione del figlio dalla madre.

Il risultato di questi studi fu la formulazione di una teoria che aprì nuove prospettive per la comprensione di quel rapporto che rimane per ognuno irripetibile e fondante il senso di sé. Dagli studi effettuati sugli scimpanzè, il Dottor Bowlby pose in evidenza come il bambino sia guidato per la sopravvivenza da un istinto che lo porta a cercare non solo il cibo ma un particolare tipo di nutrimento che attiene alla vicinanza, all'entrare in contatto, all'essere in rapporto. Con importanti implicazioni sia sul piano clinico che su quello sociale, si riconobbero le conseguenze della condotta di attaccamento come cause delle difficoltà psicologiche future; si comprese inoltre come queste andassero ricercate non solo sul piano di fattori traumatici ma anche in aspetti meno evidenti, quali la disponibilità della madre.

Gli studi del Dottor Bowlby furono proseguiti negli anni Settanta dai coniugi Kennel e Klaus, che esposero la teoria secondo la quale la donna vive, al momento del parto e del post-partum, uno stato emozionale completamente aperto definito come "periodo sensitivo". Tale periodo imprime alla nuova relazione madre-bambino una valenza di piacere. Secondo Kennel e

Klaus il neonato ha bisogno di essere accolto, contenuto fisicamente, contenuto nella relazione, accudito, nutrito, amato, consolato, tollerato, stimolato sensorialmente, toccato, appagato nei bisogni primari, ha bisogno di ricevere attenzioni, di avere una persona disponibile, di stare ancora unito alla madre nelle prime ore dopo il parto affinché si innesti il meccanismo di salute primaria. Durante tale periodo infatti il neonato si orienta attraverso i seni, conosce la madre e pur ricevendo molti stimoli, rimane tranquillo e rilassato. Come emerge da quanto esposto, il modello usato per descrivere e capire la relazione, è quello dell'interazione, che pone la questione del livello di partecipazione del bambino e porta al superamento dell'idea del neonato chiuso in un involucro impermeabile al mondo esterno, assolutamente passivo e bisognoso solo di essere nutrito. Il neonato, al contrario, partecipa a un incontro che possiamo descrivere come un dialogo ricco e continuo, dove il messaggio dell'uno implica e modifica le risposte dell'altro.

Altri studi sul bonding vennero effettuati da Odent, che ipotizzò che rispettare travaglio, parto fisiologico e bonding perinatale, stimolerebbe la crescita di individui pacifici, in quanto gli ormoni che accompagnano questo breve periodo, concorrono a formare la capacità di amare.

Il bonding...il suo significato

Il bonding è un processo fisico, emozionale, ormonale, di legame, di relazione e d'accudimento tra madre, bambino e padre. Il bonding inizia nel periodo prenatale, si consolida alla nascita e continua per tutto il primo anno di vita del bambino.

Gli aspetti globali del bonding si basano essenzialmente sul fatto di non separare il neonato dalla madre dopo il parto, ma di far sì che vi sia un'unione della triade madre-bambino-padre. Questo perché le primissime ore dopo il parto sono il periodo più sensibile per lo stabilirsi di un rapporto intimo e profondo, in cui madre e bambino si sintonizzano in un dialogo che inizia dal contatto corporeo e si sviluppa in un linguaggio unico, specifico per quella coppia madre-bambino.

Tale legame, che si stabilisce dai primi istanti dopo la nascita è già anticipato dal rapporto che la madre ha con il bambino durante la gravidanza.

Le competenze della madre e del neonato si fondano tutte su percezioni e sensazioni legate

a tutti gli organi di senso e coinvolgono canali biologici e genetici.

Le competenze materne sono: nutrimento emozionale e fisico del neonato, accettazione del neonato come altra persona staccata dal sé, adattamento materno al ritmo psicofisico del neonato, istinto di conservazione e protezione del neonato.

Le competenze del neonato sono di tipo sensoriale, comportamentale (sonno profondo, sonno attivo, stadi di transizione, veglia quieta, veglia attiva, pianto); competenze motorie quali capacità di strisciare, di fermarsi, di sollevare il capo per cercare il seno; competenze di comunicazione quali capacità di indurre tenerezza e atteggiamenti di accudimento negli adulti.

Al momento della nascita madre e neonato si trovano in uno stato emozionale ed ormonale completamente aperto, definito da Kennel e Klaus come "periodo sensitivo". Tale periodo, unico ed irripetibile, imprime alla nuova relazione una valenza di piacere fisico ed emozionale solo se madre e neonato non vengono separati dopo il parto. Subito dopo l'espletamento del parto infatti, se il neonato non viene separato dalla madre, attiva le proprie risorse endogene per l'imprinting, cioè registra cerebralmente la prima immagine di vita e attiva le percezioni sensoriali: ciò sta alla base di un buon attaccamento madre-bambino-padre.

Il bonding non è altro che il naturale continuum del legame prenatale e consiste in un contatto precocissimo 'pelle a pelle' di madre e neonato. Nei primi sessanta minuti di vita, un neonato sano lasciato nudo sulla pancia della mamma (senza essere stato né lavato, né pesato, né aspirato, né sottoposto a profilassi oftalmica e a profilassi per la malattia emolitica neonatale), ci mostra una sequenza di cinque punti:

1. per circa mezz'ora il neonato è quieto e guarda la madre in modo intermittente,
2. tra i trenta e quaranta minuti schiocca le labbra e succhia le dita bagnandosi il mento di saliva,
3. poi avanza puntando le gambe sull'addome materno,
4. quando raggiunge il capezzolo spalanca la bocca e dopo numerosi tentativi afferra perfettamente areola e capezzolo.

E' l'odore che lo guida, infatti se un'areola è stata lavata con sapone, lui si rivolgerà all'altra. Anche se il neonato viene posto passivamente tra i seni, ci vogliono comunque trenta, quaranta mi-

nuti prima che egli si muova verso il seno.

Il periodo del bonding permette anche di realizzare quanto esplicitato dal quarto dei “10 punti per il successo dell’allattamento al seno” (OMS - Unicef, 1989), cioè aiutare le madri ad allattare al seno entro la prima mezz’ora dal parto.

E’ credenza comune che il processo attivo del bonding postnatale come concetto del continuum del bonding prenatale, sia effettuabile solo se si assiste alla nascita tramite parto eutocico, ma ciò è scorretto, infatti il bonding può e deve essere effettuato anche in caso di taglio cesareo e di nato pretermine.

Il rooming-in...consolidamento del bonding

Molti sono i vantaggi che rendono il rooming-in un’esperienza piena e gratificante, favorendo un rapporto intimo madre-neonato-padre e incrementando nella donna la competenza ad essere madre:

1. Miglioramento dell’allattamento: molti studi recenti hanno dimostrato che le madri alle quali è permesso il contatto pelle a pelle col neonato, cioè il bonding nelle prime ore dopo il parto, e a cui in seguito è permesso il rooming-in, saranno quelle mamme che allatteranno con successo e più a lungo.
2. Miglioramento delle competenze materne: le madri che in ospedale hanno continui e precoci contatti col neonato, hanno una relazione migliore con lui, gli parlano, lo guardano, lo toccano specie sul viso e sul capo con le dita e con il palmo, più delle madri che hanno meno tempi di coabitazione. Inoltre avere il bambino accanto permette di potersene prendere cura, di imparare a conoscere le sue esigenze fisiche ed affettive e, contemporaneamente, acquistare sicurezza, autonomia e fiducia in se stesse.
3. Miglioramento dello stato psico-fisico neonatale: i primi contatti pelle a pelle madre e neonato e l’allattamento al seno precoce, favoriscono una buona colonizzazione della cute e delle mucose dei neonati da parte dei batteri saprofiti delle loro madri e l’impianto stabile di una flora batterica ottimale per le funzioni difensive.
4. Miglioramento della capacità di percezione dei bisogni del neonato: attuando il roo-

ming-in si offre la possibilità, ad entrambi i genitori, di sviluppare una maggiore capacità di osservazione e sensibilità per i bisogni fisiologici del bambino, di riconoscere quindi più rapidamente i segnali che indicano fame, soddisfazione e disagio.

5. Maggior considerazione della figura paterna: nel rooming-in anche la figura paterna trae dei benefici. Il padre infatti, che nel passato per abitudini culturali non è mai stato presente sulla “scena del parto” ed era poco coinvolto nelle cure del proprio figlio, può ora entrare nelle sale travaglio e in sala parto, fornendo il suo sostegno alla donna e in reparto diventa partecipe dall’inizio della nuova relazione.

Il bonding... e l’ostetrica/o

I forti cambiamenti culturali e sociali a cui assistiamo all’inizio di questo millennio, ci devono necessariamente far riflettere sulla profonda necessità che anche in campo medico-scientifico si debba recuperare il rispetto della migliore qualità di vita possibile e non ci si possa accontentare della gestione professionale e culturale di ciò che la tecnologia propone.

Ed è appunto nel rispetto della nascita di una nuova vita che si avverte sempre più l’esigenza di riscoprire la fisiologia della gravidanza, la non medicalizzazione del parto, la naturalità del legame, madre-bambino, pur restando la nascita un evento cruciale del ciclo vitale, entro le mura ospedaliere.

Il concetto del “prendersi cura”, largamente affermato ai giorni nostri, è appropriatamente espresso nella care perinatale, che si pone l’obiettivo di favorire e tutelare la salute globale materno-fetale-neonatale attraverso una serie di eventi-interventi messi in atto nell’ambito del processo assistenziale.

Il bonding, senza dubbio, se da un lato rappresenta uno strumento essenziale per attuare la care perinatale, dall’altro garantisce l’imprinting per la vita futura del nuovo individuo.

L’ostetrica/o, per competenze acquisite durante il percorso formativo accademico e abilità maturate attraverso l’aggiornamento continuo e l’esperienza, è la/il professionista preparata/o a rispondere alle richieste di salute delle donne e dei loro bambini.

Nell’ambito dell’educazione prenatale l’oste-

trica/o si pone come obiettivo prioritario la promozione del legame esclusivo che si instaura durante la vita intrauterina e che trova la sua continuità nella vita postnatale.

L'ostetrica/o, nell'accompagnare la fisiologia, deve saper attivare nella donna in gravidanza una serie di competenze motivazionali che le facciano capire quanto sia determinante, per lo sviluppo e la crescita del suo feto/bimbo/individuo adulto, adottare uno stile di vita sano e corretto.

La vita prenatale è fondamentale perché si stabiliscono le basi della vita del futuro individuo: il legame madre/figlio è essenziale a determinare la struttura del bambino e a contribuire all'equilibrio del futuro adulto. L'unica persona a trasmettere forza vitale, desiderio di vivere è la madre la quale deve rendersi conto che il rapporto con il suo bimbo non è solo biologico ma anche affettivo.

E' importante che l'ostetrica/o, in primo luogo, non consideri il legame prenatale esaurito negli apporti biologici. Il feto sta alla madre come la madre sta all'ambiente circostante. Il feto è un microcosmo rispetto all'utero-madre che rappresenta il suo universo, il suo macrocosmo, come la mamma è un micro rispetto al macro dell'universo.

L'uomo è considerato concettualmente un sistema aperto sul quale e intorno al quale interagiscono oltre alla genetica la sfera biologica, psichica e sociale; allo stesso modo intorno al feto interagiscono forze rappresentate da quelle agenti sulla mamma, sia dalle stesse forze elaborate da lei e trasmesse al feto attraverso i canali biologici e percettivi.

L'ostetrica/o deve promuovere, nella donna che accompagna, la consapevolezza di fungere da *trait-d'union* tra il suo macro ed il feto tanto che i nove mesi intrauterini possano essere considerati per lo stesso feto esperienziali e di apprendimento.

Inoltre, il legame madre-figlio deve essere tale da supportare il feto durante il trauma della nascita, da favorire il migliore passaggio alla

vita extrauterina, addolcendo il trauma della separazione.

Ad accogliere il nuovo nato c'è poi, la possibilità di un bonding postnatale realizzabile attraverso l'applicazione di pochi e semplici criteri, all'interno di una organizzazione che vede l'ostetrica/o impegnata a favorire la continuità di un legame che si consolida nella nuova famiglia.

Conclusioni

Bonding e care perinatale esprimono due grandi concetti che hanno come unico filo conduttore il continuum della vita umana come bisogno fisiologico insito in ogni individuo. Tali concetti sono quindi inscindibili perché unica ed inscindibile è la relazione che si instaura tra madre e bambino.

Per promuovere quindi una visione più umanizzata dell'intero percorso nascita nell'ambito di una care perinatale valida ed efficace, va proposto un sistema organizzativo volto alla conoscenza e alla soddisfazione dei bisogni primari della triade madre-bambino-padre.

Bibliografia

- Bollani L. From cure to care. Unicef, Allattamento naturale: quali benefici. Coop. Sociale Il giovane artigiano, Pavia, Luglio 2000.
- Bonfiglio Senise S. Gli studi sulla prima relazione. D&D Il giornale delle Ostetriche, Giugno 1997; 17.
- Colagni C, Magni LA. Il rooming-in è una realtà nelle neonatologie lombarde di III livello. Atti del Convegno "Confronto tra ostetrici e neonatologi sul divenire dell'essere umano". Bergamo, 25 Marzo 2003.
- Fois G. Il bonding. www.lostetricainforma.it
- Generoso M, Becherucci P, Pettini S, Gancitano V. Puericultura Neonatologia Pediatria con assistenza. Capitolo "Il rooming-in" (Profeti C, Vivoli G). See Firenze 1994.
- Schmid V. I canali biologici e genetici dell'attaccamento madre-bambino. D&D Il giornale delle Ostetriche Giugno 1997; 17.
- Schmid V. Il ruolo dell'ostetrica nell'educazione prenatale. La facilitazione del legame madre-bambino. www.catpress.com

Portare i neonati e i piccoli: un modo antico e moderno per stare insieme

Arturo Giustardi¹, Monika Stablum², Arianna De Martino³

¹ Neonatologia Clinica "N.S. Lourdes", Napoli

² Associazione Italiana per la Care in Perinatologia, Bressanone

³ Terapia Intensiva Neonatale Ospedale "C. Poma", Mantova

Nel Sud del mondo ma anche in molti altri Paesi, *portare addosso* è ancora oggi lo strumento più sicuro e praticabile per spostarsi con il proprio bambino piccolo da un luogo all'altro del Paese. I modi di trasportare sono diversi: sulle spalle, sulla schiena, seduti in alto e in basso, sul fianco o a portata del seno. I bambini sono trasportati in braccio, ma con un supporto ausiliario che ha il compito di sostenerli al posto delle braccia, per *incollarli* al corpo del genitore in modo che questo possa avere le mani e il corpo liberi per svolgere altre attività. Spesso, le condizioni climatiche hanno un ruolo importante nelle modalità di trasporto. Numerosi autori hanno infatti analizzato molte società rispetto alla relazione tra clima e supporti utilizzati per trasportare i bambini. Tali studi concludono che in ambienti freddi sono tipici i *supporti contenitori*, più coperti, con eccezione degli Inuit dell'Alaska e della Siberia, mentre nei Paesi caldi predominano *supporti aperti* come teli, reti e cinture che permettono di legare il corpo del bambino, nudo o vestito pochissimo, al corpo di chi lo porta (1, 2). Tradizionalmente i bambini sono portati sul fianco e sulla schiena così che la loro pancia si appoggi sempre al corpo di chi lo porta. Solo occasionalmente e nei primi 2-3 mesi vengono portati davanti. I porta bebè di ieri e di oggi sono fatti di stoffe semplici, di tessuti ricamati o stampati, con lacci lunghi o semplici teli corti, adeguatamente piegati e annodati. In diverse culture i supporti hanno vari nomi il *Mei Tai* in Cina,



il *podeagi* in Korea, *rebozo* in Messico, *kanga* in Kenia. In Europa, nonostante non ci sia mai stata una vera e propria tradizione del portare come modalità ad alto contatto e solo pochi hanno fatto esperienza di essere stati portati da piccoli, da alcuni decenni si è notata la nascita di una pratica occidentale del portare. In testa a questo movimento si trovano gli Stati Uniti e il Nord Europa. Negli anni settanta in Germania una mamma importò dal Sud America una fascia porta bebè per portare i suoi due gemelli. Le sue foto, diffuse dalla stampa, determinarono la fondazione di una ditta produttrice di *fascie porta bebè* in Europa e al diffondersi delle tecniche per legarsi i bambini addosso. Oggi circa il 20% dei genitori tedeschi e svizzeri hanno una *fascia lunga* nel loro corredo per la prima infanzia. Negli Stati Uniti si sta affermando una propria terminologia. Ad esempio: *baby carrying* significa portare il bebè, anche se attualmente è entrato in uso il termine *baby wearing* che letteralmente significa *indossare il bebè*. In Francia e in Italia solo negli ultimi anni ci si sta confrontando su questa pratica. Infatti negli ultimi anni anche in Italia si nota un interesse crescente da parte dei genitori e operatori rispetto al tema del *portare il neonato addosso* (3, 4). L'attualità del tema viene confermata dalla crescita di siti nel web che trattano l'argomento e danno consigli. Nel 2006 su Rai 2 fu trasmesso un servizio sul tema e di recente si stanno interessando anche riviste specializzate del settore come il ben noto *Pediatrics* (5).

Il significato di portare il beb 

Il contatto   uno dei principi fondamentali ed esistenziali degli organismi viventi. E' la condizione per lo scambio di informazioni di natura materiale ed energetica. Gi  al momento del concepimento due cellule con diverse informazioni genetiche si contattano, si incontrano. Indubbiamente, il contatto   di inestimabile importanza per tutti gli esseri viventi; essendo la base di qualsiasi comunicazione, scambio, interazione, incontro vitale. Il neonato possiede tanto il senso tattile cio  di superficie, che il senso propriocettivo, cio  di profondit . Gi  il feto in utero ha le sue prime percezioni sensoriali inizialmente a livello tattile. Attraverso la cute sente la pressione, i movimenti del liquido amniotico, il dolore, ma anche sensazioni di caldo e freddo. La cute del feto viene stimolata continuamente durante la gravidanza. Il primo sviluppo del sistema nervoso del bambino dipende al massimo grado dal tipo di stimolazione che riceve. L'emozione veicolata dal corpo, pi  che la semplice pressione sulla pelle,   il messaggio raccolto dal bambino attraverso i recettori muscolari. E' il modo in cui viene tenuto che gli dice che cosa sente chi lo tiene. Gli stati emotivi si esprimono nel corpo e possono essere letti nella tensione muscolare e nella postura oltre che sulla pelle. Per questo motivo sembra che il bambino a stretto contatto con chi lo porta, modellato al corpo del proprio genitore, percepisca e scambi con lui il contatto, sotto forma di primo dialogo del *Portato e del Portare*. Il contatto corporeo funziona attraverso il senso del tatto, ma   anche di pi :   un bisogno vitale, biologico e psicologico per incontrare e relazionarsi con l'altro (6). Nel neonato questo bisogno di contatto   innato ed urgente. Stare a contatto con il bambino significa parlare il suo linguaggio, quello che comprende dal primo momento, il linguaggio della pelle, del tatto, che gli comunica sicurezza esistenziale e attraverso cui stabilisce la prima relazione con l'esterno. Ascoltare e soddisfare il bisogno primario di contatto corporeo del bambino non crea un suo ulteriore bisogno o lo accresce, al contrario con il tempo lo colma. Oggi esistono in linea



generale due approcci: il modello ad *alto contatto* e il modello a *basso contatto*. Il modello ad *alto contatto*,   un approccio che mira a proteggere la salute e la sopravvivenza dei bambini e quindi accetta e risponde ai suoi bisogni innati. Il modello a *basso contatto* ha come suo obiettivo quello di insegnare ai bambini a diventare precocemente indipendenti dai loro genitori dal punto di vista emotivo e di sviluppare spiccate capacit  cognitive. Il modello ad *alto contatto*   caratterizzato da uno stretto e intenso rapporto fisico tra madre e bambino che inizia fin dalla nascita. Il parto avviene in un ambiente familiare, il neonato rimane per lungo tempo a contatto pelle a pelle con la madre, l'allattamento   a richiesta e il piccolo dorme nelle vicinanze del letto materno (a volte nello stesso letto) e durante il giorno viene portato sempre dalla madre in tutte

le sue attivit . I bambini vivono come da piccoli marsupiali immersi sin da piccoli nella vita degli adulti. La risposta al pianto da parte degli adulti   immediata. Il modello a *basso contatto* invece   caratterizzato da una relazione madre-bambino basata prevalentemente sullo sguardo e sull'espressione verbale (7). La nascita spesso   medicalizzata, il neonato viene separato dalla madre per essere sottoposto a procedure di routine, viene nutrito con il biberon o con latte materno per pochi mesi,   spesso sdraiato nella culla o nella carrozzina da solo. La notte dorme nel proprio letto e spesso in un'altra camera separato dai genitori. Questo modello prevede una interazione verbale e visiva con il piccolo in concomitanza con una risposta al pianto certo non immediata. Per capire il significato del perch  ci sono due realt  cos  diverse, dovremmo considerare negli anni settanta, che rappresentano gli anni in cui sono nati i genitori di oggi (8). Essi sono stati bambini che alla nascita sono stati separati per giorni dai propri genitori e sono stati alimentati con latte in polvere, che allora era di moda. Una volta tornati a casa dovevano stare nelle loro camerette e se piangevano non dovevano *prendere il vizio di essere presi in braccio* (9). Si tratta di una generazione che fu autonoma precocemente nella prima infanzia, autosufficiente presto, ma che porta dentro di s , lo sappiamo tutti, l'abbandono prima-

rio, la sfiducia nell'altro e un grande senso di solitudine. Inoltre questi bambini non possono davvero considerarsi autonomi in quanto molti dipendono psicologicamente e materialmente dai propri genitori, dai loro giudizi e da valori da cui si lasciano condizionare e influenzare; quanti di loro sono ancora a casa sino a 35 anni o più?

Concludendo

Un bambino viene considerato buono quando non esige di essere preso in braccio, quando mangia e dorme e quando apprezza l'attrezzatura comprata per lui. I genitori che si ritrovano con un bambino *poco buono*, che esige in modo perentorio di stare in braccio, si sentono inadeguati. Invece questi genitori dovrebbero ritenersi fortunati perché il loro bambino esigente gli dà l'opportunità di crescere e di cambiare.

Noi oggi abbiamo recepito questo messaggio e abbiamo modificato il modo di assistere i neonati permettendo il bonding in sala parto, l'allattamento precoce ed il rooming-in.

Questo metodo di portare il neonato e il bambino è un'ulteriore opportunità, si può pro-

porre e diffondere come già si fa per i pretermine con la marsupio-terapia (6, 10).

Portare i piccoli allevia molto il lavoro dei genitori, pensate prendere un aereo senza passeggiare, entrare in un negozio senza passeggiare, ecc. ecc.

Bibliografia

1. Abdulrazzaq YM, Al Kendi A, Nagelkerke N. Soothing methods used to calm a baby in an Arab country. *Acta Paediatr.* 2009 Feb; 98: 392-6.
2. Waltraud Stening et al. Parametri vitali in bambini pretermine e a termine portati nella fascia lunga. *Pediatrics*, Nov 2002; 110: 879-883.
3. Balsamo Elena. Io sono con te. L'arte del maternale. Il Leone Verde 2007.
4. De Fiore Grazia. Portare i bambini-contatto continuo come e perché. Coleman Editore 2006.
5. Mahan ST, Kasser JR. Does swaddling influence developmental dysplasia of the hip? *Pediatrics*. 2008 Jan; 121: 177-8. Review.
6. Moore ER et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane*, 2007.
7. van Sleuwen BE, Engelberts AC. Swaddling: a systematic review. *Pediatrics*. 2007 Oct; 120 (4): e1097-106. Review.
8. Bowlby John. Attaccamento e perdita. Vol. I, II, III, Bollati Boringhieri 1999.
9. Van der Wal et al. Mothers' reports of infant crying and soothing in a multicultural population. *Arch Dis Child*. 1998 Oct; 79: 312-7.
10. Weber Esther. Portare i Piccoli. Ed. Il Leone Verde, Torino 2007.

Il distress psicologico circonda la nascita “late preterm” e riduce l’allattamento al seno

Vincenzo Zanardo, Irene Gambina, Patrizia Trivellato, Cinzia Campo, Floriana Leone, Francesco Cavallin, Daniele Trevisanuto, Arturo Giustardi, Gino Soldera

Dipartimento di Pediatria, Università degli Studi, Padova

Riassunto

I nati late preterm o near term sono un subset di prematuri in significativo aumento negli ultimi anni nel mondo industrializzato e presentano accanto ad una elevata morbilità una bassa prevalenza di allattamento al seno. Non è noto tuttavia, se le madri che partoriscono late preterm siano ad aumentato rischio di distress psicologico e quanto questo condizioni il successo dell’allattamento.

Obiettivo di questo studio è stato quello di misurare il distress psicologico e la prevalenza di allattamento esclusivo al seno definito secondo l’OMS nelle madri di 42 nati late preterm alla dimissione dal nido, utilizzando lo State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y), l’Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), e il test Psychological Stress Measure (PSM).

I livelli d’ansia di stato, di depressione e di stress sono risultati significativamente più alti nelle madri dei nati late preterm rispetto alle madri di controllo che hanno partorito a termine, comparabili per parità e modalità di parto (State Anxiety [T], 49,5+9 vs 42,6+5,3 $p<0,002$; EPDS, 9,5+4,5 vs 6,3+3,9 $p<0,0008$; PSM, 46,5+5,9 vs 39,9 $p<0,001$). La prevalenza di madri di late preterm che allattavano al seno alla dimissione dal nido è risultata invece significativamente inferiore rispetto ai controlli (21,4 vs 80,9% $p<0,001$). Il successo dell’allattamento al seno è risultato inoltre significativamente associato

a bassi livelli d’ansia ($p=0,002$) e depressione ($p=0,016$), ma non è stato influenzato dai livelli di stress. L’analisi univariata ha evidenziato come ansia (stato $p=0,004$; tratto $p=0,02$), depressione ($p=0,017$) e stress psicologico ($p=0,02$) presentino effetti indipendenti, significativamente negativi sulle possibilità di successo di allattamento al seno.

In conclusione, il distress psicologico delle madri dei nati late preterm, ancorchè sani ed afferenti regolarmente al nido, è elevato ed ha un effetto negativo sull’allattamento esclusivo al seno. Avere consapevolezza di questa evenienza emozionale negativa può aiutare ad identificare precocemente le donne a rischio, per attivare interventi mirati di benessere psicologico e di promozione dell’allattamento.

Introduzione

Studi preliminari e l’esperienza clinica indicano come i nati late preterm, detti anche near term (34^{0/7}- 36^{6/7} settimane di gestazione) e le loro madri presentino fattori di rischio che influenzano lo stabilirsi di un efficace allattamento al seno, siano soggetti a un precoce fallimento dell’allattamento al seno e abbiano aumentata morbilità ad essi associata (1, 2).

Nelle madri che partoriscono late preterm i fattori di rischio più studiati in rapporto al fallimento dell’allattamento al seno includono com-

plicazioni in gravidanza, parto cesareo, ospedalizzazione del neonato, separazione della madre dal bambino, difficoltà familiari e l'inefficace suzione del bimbo non a termine che provoca la diminuzione della lattogenesi (3).

E' rilevante approfondire questa tematica considerando anzitutto che i nati late preterm rappresentano una percentuale di prematuri in considerevole aumento, stimata nel 2005 essere il 12,7% di tutte le nascite pretermine in USA (4, 5). Per contro sono davvero poche le ricerche finora svolte su allattamento e distress emotivo delle madri che partoriscono prematuramente o late preterm. Inoltre molti degli studi pubblicati sono stati svolti ad allattamento già avviato e presentano problemi di tipo metodologico (campione poco numeroso, classificazioni imprecise del tipo di allattamento e criteri poco scientifici nella definizione di distress emotivo materno) (1, 6, 7).

In questo studio, condotto all'interno di due gruppi di madri con durata diversa della gravidanza, late preterm e a termine, si è indagata la relazione tra distress psicologico, valutato utilizzando tre scale validate e il successo di alimentazione esclusiva al seno alla dimissione dal nido.

Pazienti e metodi

Per questo studio sono state reclutate tutte madri dei nati late preterm e dei nati a termine afferite tra gennaio e giugno 2009 presso il nido del Dipartimento di Pediatria dell'Università degli Studi di Padova, rispondenti ai seguenti criteri di inclusione: lingua italiana, età maggiore ai 18 anni, rintracciabilità telefonica, assenza di problemi endocrinologici, non assunzione di steroidi o psicofarmaci, non fumatrici, motivate ad allattare al seno, senza complicazioni mediche ostetriche, con peso del neonato maggiore di 1.750 grammi a 34^o-36^e settimane di gestazione per le madri dei late preterm e con peso non inferiore a 2.500 grammi a >37^o settimane di gestazione per il gruppo di madri dei nati a termine. Le madri dei due gruppi sono state appaiate per parità e per tipo di parto. Alle partecipanti allo studio è stato spiegato lo scopo dello studio: valutazione del distress psicologico in relazione con il successo dell'allattamento esclusivo alla dimissione dal nido. Dopo aver dato il consenso scritto, le partecipanti hanno risposto alle relative domande socio-demografiche e un intervistatore abilitato (I.G.) ha somministrato tre questionari: State-Trait Anxiety Inventory (STAI, Spielberg et al. 1983) (8); Edin-

burgh Postnatal Depression Scale (EPDS, Cox et al. 1987) (9) e Psychological Stress Measure (PSM, Lemyre L et al. 1990) (10). La somministrazione è avvenuta nella mattinata del 3^o/4^o giorno dopo il parto. Per la compilazione sono occorsi mediamente 20 minuti.

Lo STAI è una scala self-report composta da due sezioni di 20 item, utilizzata per misurare l'ansia differenziata in ansia di stato, ossia quella sperimentata in una condizione temporanea (STAI-S, ansia nella specifica situazione) e ansia di tratto, ossia la componente più generale e stabile nel tempo (STAI-T, ansia come tratto generale). I risultati sono stati espressi come valori corretti per l'età (T). L'EPDS è un questionario self-report composto da 10 item, il cui punteggio è valutato da una scala Likert a quattro punti (0-3), utilizzato per valutare la presenza di stati depressivi in gravidanza e nel post-partum. Il PSM è composto da 49 item ed è uno strumento indicato per indagini su una popolazione "normale", atta per chi studia medicina di famiglia.

Tutte le madri hanno allattato i loro bambini in un regime di rooming-in, iniziando l'allattamento al seno già nella sala travaglio dopo il parto. L'allattamento ad libitum e il peso dei bambini sono stati quotidianamente monitorati. Al bisogno è stato dato al bambino altro latte in formula tramite biberon per integrare e complementare l'allattamento al seno. L'allattamento è stato classificato secondo i parametri dell'OMS (allattamento esclusivo, solo latte materno; allattamento complementare, latte materno e formula; allattamento artificiale, formula) (11).

Il campione è composto da due gruppi, quello di studio e quello di controllo. Il primo è costituito da 44 madri caucasiche di nati late preterm, di cui 42 rispondenti ai criteri di selezione dello studio, avendo completato i questionari dell'ansia, della depressione e dello stress. Due madri di nati late preterm sono state infatti escluse dall'analisi in quanto sono risultate agalattiche.

Questa ricerca, condotta in accordo con i principi etici vigenti, è stata approvata dal Comitato Etico della nostra Istituzione.

L'analisi statistica è stata effettuata utilizzando il test di Student e il test di Kruskal-Wallis, rispettivamente per i risultati parametrici e quelli non parametrici. I dati proporzionali sono stati confrontati utilizzando il metodo del χ^2 . Le correlazioni tra livelli di distress psicologico e il successo dell'allattamento al seno alla dimissione sono state valutate con il test di Spearman. All'interno di ciascun gruppo le associazioni signifi-

ficative ($p \leq 0,05$) tra allattamento al seno esclusivo/non esclusivo (risultati dicotomici) e le variabili individuali (età della madre, età gestazionale del neonato e i punteggi riportati allo STAI-Y, EPDS, PSM) sono stati identificati attraverso l'analisi univariata. La significatività si è basata su un valore di $p \leq 0,05$.

Risultati

La tabella 1 mostra la distribuzione dei parametri antropometrici e clinici delle madri e dei nati late preterm e a termine che hanno partecipato allo studio. Non sono state riscontrate differenze nelle modalità di parto e nella parità. Sono risultate statisticamente diverse l'età delle madri ($p < 0,001$), l'età gestazionale ($p < 0,001$), la durata del ricovero ($p = 0,023$), il peso del neonato ($p < 0,001$) e il tipo di allattamento ($p = 0,011$).

I valori riportati nei test relativi all'ansia di stato, depressione e stress psicologico sono si-

gnificativamente più elevati nelle madri dei nati late preterm rispetto a quelli delle madri dei nati a termine (Ansia di Stato [T], $49,5 \pm 9$ vs $42,6 \pm 5,3$ $p < 0,002$; EPDS, $9,5 \pm 4,5$ vs $6,3 \pm 3,9$ $p < 0,0008$; PSM, $46,5 \pm 5,9$ vs $39,9$ $p < 0,001$, rispettivamente) (Tab. 2).

L'allattamento esclusivo al seno è significativamente ridotto nelle madri dei nati late preterm alla dimissioni dal nido $21,4$ vs $80,9\%$, $p < 0,0$. L'allattamento esclusivo al seno è associato significativamente con bassi livelli di ansia di stato ($p = 0,002$) e di depressione ($p = 0,016$) ma non con stress psicologico ($p = 0,10$). L'analisi univariata, utilizzata per valutare i fattori predittivi dall'allattamento esclusivo al seno alla dimissione, evidenzia come l'ansia di stato e di tratto delle madri (stato, $p = 0,004$ e tratto, $p = 0,02$), la depressione ($p = 0,017$) e lo stress psicologico ($p = 0,02$) siano i più significativi indipendenti fattori di rischio per il fallimento dell'allattamento al seno all'interno del gruppo delle madri dei nati late preterm (Tab. 3).

Tabella 1

Caratteristiche antropometriche e cliniche delle madri e dei nati late preterm e a termine afferenti al nido. Media \pm SD (%). Significatività statistica a $p < 0,05$

n. (%)	Late preterm	A termine	p
Madri:	42	42	
Parto cesareo	25 (59,5)	25 (59,5)	
Primipara	30 (71,4)	29 (69)	
Età (anni)	$32,9 \pm 5,3$	$33,4 \pm 5,6$	0,01
Età gestazionale (sett.)	$35,2 \pm 1,4$	$39,2 \pm 1,2$	0,001
Neonati:			
Peso alla nascita (g)	2.656 ± 323	3.419 ± 435	0,001
Allattamento al seno	9 (21,4)	34 (80)	

Tabella 2

Livelli di ansia [STAI-Y corretto per età (T)], depressione (EPDS) e stress psicologico (PSM) nelle madri dei nati late preterm e a termine

	PSM	EPDS	STAI-Stato (T)	STAI-Tratto (T)
Late preterm	$46 \pm 5,9$	$9,5 \pm 4,5$	$49,5 \pm 9$	$45,8 \pm 10,1$
A termine	$38,9 \pm 4,5$	$6,3 \pm 3,9$	$42,6 \pm 5,3$	$39 \pm 6,1$
p	0,001*	0,0008*	0,0002*	0,02*

PSM, Psychological Stress Measure;

EPDS, Edinburgh Postnatal Depression Scale;

STAI, State-Trait Anxiety Inventory.

Tabella 3

Alimentazione esclusiva al seno in relazione ai livelli di ansia [STAI-Y corretto per età (T)], depressione (EPDS) e stress psicologico (PSM) nelle madri dei nati late preterm. Analisi univariata. Significatività statistica a $p < 0,05$

	PSM	EPDS	STAI-S	STAI-T
Allattamento al seno non esclusivo	42±5,8	9,1±4,8	48,7±8	45,3±9,5
Allattamento al seno esclusivo	40±5,3	6,7±3,9	43,6±7,4	39,6±7,5
P	0,1	0,016*	0,002*	0,004*

PSM, Psychological Stress Measure;

EPDS, Edinburgh Postnatal Depression Scale;

STAI, State-Trait Anxiety Inventory.

Discussione

I profondi benefici dell'allattamento con latte materno e la diminuzione del tasso di mortalità dei neonati pretermine hanno richiamato l'attenzione sulle modalità per favorire l'allattamento al seno. In questo studio, utilizzando lo STAI, l'EPDS e l'PSM abbiamo esaminato la nascita late preterm come fattore di distress emozionale e di mancato allattamento esclusivo al seno alla dimissione dal nido. È risultato che, pur avendo escluso i nati late preterm ammalati, ricoverati in terapia intensiva neonatale, solo il 21% di quelli afferiti al nido viene allattato esclusivamente al seno alla dimissione dall'ospedale. Inoltre, l'allattamento al seno si è correlato negativamente con una gestazione late preterm. Detta percentuale è simile a quella che ritroviamo nella recente letteratura e nelle esperienze cliniche dei neonati prematuri e conferma che anche i nati late preterm ancorché "sani" e le loro madri hanno fattori di rischio che limitano il successo dell'allattamento esclusivo precoce al seno (12, 13).

Fattori fisici, ormonali e stress possono impedire l'instaurarsi di un efficace allattamento al seno (14, 15). Lo stress, sia esso fisico o psicologico, può limitare l'allattamento inibendo la sintesi e la secrezione del latte e anche modificando il comportamento materno (16, 17). Lo stress della madre in seguito ad un parto prematuro o late preterm include, come è comprensibile, non solo la preoccupazione materna legata al parto prematuro in quanto tale per la possibilità che il bambino non stia bene, ma anche il disagio per la propria salute e il futuro stile di vita. Queste situazioni fisiche e psicologiche dif-

ficili a loro volta possono aumentare, aggravandolo, il distress psicologico in puerperio (18, 19).

A nostra conoscenza questo è il primo studio che ha indagato le associazioni della nascita late preterm con le componenti specifiche dell'allattamento al seno, i valori misurati di distress psicologico, con gli aspetti fisiologici della produzione di latte e il successo precoce dell'allattamento al seno. Questo dato estende quanto recentemente supportato da uno studio di Hill et al. che ha rilevato come le madri dei nati late preterm soffrono significativamente di più di stati d'ansia, depressione, ostilità e disforia rispetto alla madri a termine (7).

La gravidanza, il parto e il puerperio rappresentano dei periodi sensibili nella vita della donna. Queste esperienze determinano grandi trasformazioni, non solo da un punto di vista fisico ma anche nella prospettiva psicologica della donna; implicano inoltre mutamenti nel ruolo socio-familiare della stessa con conseguenze importanti sia su di loro che sul loro piccolo bambino (20, 21).

Un limite di questo studio parrebbe tuttavia la mancata considerazione delle ragioni fisiche e psicologiche che hanno determinato l'aggiunta precoce di formula, come categorie indipendentemente dalle ragioni sottese. Inoltre, non abbiamo indagato se la presenza di problemi ostetrici o difficoltà negli stati iniziali dell'allattamento abbiano potuto influenzare l'insorgere di particolari stati emotivi in donne vulnerabili (22, 23).

In conclusione, questo studio dimostra che il distress psicologico è significativamente elevato dopo parto late preterm, e che può nuocere al buon esito dell'allattamento fin dai primi giorni di vita. Alleviando il distress di questa cate-

ria di madri più vulnerabili, fornendo ulteriori guide all'allattamento e un adeguato supporto psicologico durante i primi giorni dopo il parto, si potranno ottenere benefici significativi per la madre e il suo nato late preterm.

Bibliografia

1. Lau C, Hurst NM, Burns P, Schanler RJ. Interaction of stress and lactation differs between mothers of premature singletons and multiples. In: Pickering LK, Morrow AL, Ruiz-Palacios GM, Schanler RJ, eds. *Protecting Infant Through Human Milk Advancing the New York*: Kluwer Academic/Plenum; 2004; 554: 313-316.
2. Furman L. Intervention to prevent breastfeeding-related morbidities in late preterm infants. National Institutes of Health Grant Number 1R21HD057475. Bethesda, MD: 2007.
3. Shapiro-Mendoza CK. Effect of Late-Preterm Birth and Maternal Medical Conditions on Newborn Morbidity Risk Pediatrics 2008; 21: e223-e232.
4. Buus-Frank ME. The great imposter. *Adv Neonatal Care* 2005;5:233-6. Dudell GG, Lucky J. Hypoxic respiratory failure in the late preterm infant. *Clin Perinatol* 2006; 33: 803-830.
5. Raju TN. Epidemiology of late preterm (near-term) births. *Clin Perinatol* 2006; 33: 751-63.
6. Henderson JJ, Evans SF, Straton J. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth* 2003; 30: 75-80.
7. Pamela D. Hill, Jean C. Aldag, Hakan Demirtas, Michael Zinaman and Robert T. Chatterton Mood States and Milk Output in Lactating Mothers of Preterm and Term Infants. *Hum Lact* 2006; 22: 305-314.
8. Spielbergher CD. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Consulting Psychologists Press. Palo Alto, California, 1983.
9. Bunevicius A, Kusminskas L, Pop VJ, Pedersen CA, Bunevicius R. Screening for antenatal depression with the Edinburgh Depression Scale. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2009. In press.
10. Lemyre L, Tessier R. Measuring psychological stress. Concept, model, and measurement instrument in primary care research. *Can Fam Physician*. 2003 Sep; 49: 1159-60, 1166-8.
11. WHO. *Protecting, promoting, and supporting breastfeeding: the special role of maternity services*. Geneva, WHO, 1989.
12. Dewey KG. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *J Nutr* 2001; 131: 3012-5.
13. Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ et al. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics* 2002; 112: 607-19.
14. Zanardo V, Nicolussi S, Favaro F et al. Effect of postpartum anxiety on the colostrum milk beta-endorphin concentrations of breastfeeding mothers. *J Obstet Gynaecol* 2001; 21: 130-4.
15. Sisk P, Lovelady C, Dillard R et al. Lactation counselling for mothers of very low birth weight infants: effect on maternal anxiety and infant intake of human milk. *Pediatrics* 2006; 117: 67-75.
16. Ueda T, Yokoyama Y, Irhaara M et al. Influence of psychological stress on suckling-induced pastille oxytocin release. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 259-62.
17. Newton M, Newton NR. The let-down reflex in human lactation. *J Pediatr* 1948; 33: 698-74.
18. Rubinchik SM, Kablinger AS, Gardner JS. Medications for panic disorders and generalized anxiety disorders during pregnancy. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2005; 7: 100-5.
19. Henderson JJ, Evans SF, Straton J. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth* 2003; 30: 75-80.
20. Whiffen VE, Gotlib JH. Infants of postpartum depressed mothers: Temperament and cognitive status. *J Abnorm Psychol* 1998; 98: 274-9.
21. Dchapman DJ, Perez-Escamilla R. Lactogenesis stage II: hormonal regulation, determinants and public health consequences. *Recent Res Dev Nutr* 2000; 3: 43-63.
22. Taveras EM, Capra AM, Braveman PA et al. Clinicians support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics* 2003; 112: 108-15.
23. Zanardo V, Gasparetto S, Giustardi A, Suppiej A, Trevisanuto D, Pascoli, Freato F. Impact of Anxiety in the Puerperium on Breast-feeding Outcomes: Role of Parity. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009; 49: 1-4.

Scelti per voi

Una panoramica sulla più recente letteratura in tema di...
Bed-sharing...

A cura di Francesco Tandoi

Collaboratori: Arianna De Martino, Lorenzo Giacchetti

Bed-sharing at 3 months and breast-feeding at 1 year in southern Brazil.

Santos IS, Mota DM, Matijasevich A, Barros AJ, Barros FC. J Pediatr. 2009 Oct; 155 (4): 462-3.

Ormai da qualche anno assistiamo alla pubblicazione di molti articoli interessanti da parte di comunità scientifiche di Paesi in Via di Sviluppo, articoli che poco hanno da invidiare, per contenuti o per tipologia, a quelli di più blasonate comunità scientifiche occidentali. Molti di essi stimolano la nostra vena più critica e speculativa oltre che il nostro interesse scientifico in quanto esprimono una loro originalità e ispirano voglia di cambiamento. Questo è uno di quelli. Già dal titolo si intuisce che la pratica del bed-sharing è correlata ad un allungamento della durata dell'allattamento, nonché ad un ritardo dello svezzamento. Non vi tolgo con questo la voglia di leggere l'articolo, ma mi piace darne un'interpretazione, una sorta di chiave di lettura all'europea. La provenienza di questo scritto fa intuire i bisogni della popolazione brasiliana, ancora alle prese con grossi problemi di sussistenza alimentare. E' chiaro che in una realtà di questo tipo, considerati i costi di programmi sociali di supporto, si tende a prolungare l'allattamento al seno il più possibile. La pratica del bed-sharing fino ai 3 mesi in questo senso ha il suo valore in quanto è efficace nel prolungare l'allattamento al seno fino ai 12 mesi. Questo si riflette, anche in termini di ricadute, sul divezzamento in quanto, in queste realtà, consente di ritardarne l'introduzione ed in un certo senso di ridurre l'impatto economico sulle famiglie o sullo Stato. Fermo restando il valore assoluto dell'idea qui espressa sulla promozione dell'allattamento, questo studio offre numerosi spunti di riflessione. Sarebbe interessante capire se lo studio abbia considerato il rischio di SIDS che la letteratura continua a ritenere aumentato in caso di bed-sharing in quel periodo di vita. Tuttavia a controbilanciare questo aspetto sussistono le numerose evidenze circa l'effetto protettivo dell'allattamento al seno sulla SIDS in senso assoluto e le raccomandazioni circa un bed-

sharing effettuato in sicurezza con l'esclusione dal letto se i genitori fumano o usano droghe e farmaci sedativi e comunque facendo attenzione a non coprire la testa del piccolo e tenerlo in posizioni corrette. Ancora più interessante sarebbe capire se esiste una possibilità di raffronto fra i vantaggi offerti dalla pratica del bed-sharing e i rischi potenziali ad esso correlabili. Altro aspetto da considerare riguarda i vantaggi del ritardato divezzamento, pratica che nei Paesi occidentali è stata soppiantata ormai da qualche anno per privilegiare regimi nutrizionali più completi. Interessante potrebbe essere la valutazione dello stato nutrizionale e della composizione corporea dei 2 gruppi di soggetti diversi per tipologia di alimentazione ad una determinata età, per svelarne le eventuali differenze e capire se in una società ipernutrita come la nostra, il latte materno contenga tutti gli apporti necessari a prolungare l'allattamento esclusivo oltre il periodo canonico. Sarebbero inoltre da considerare alcune ricadute di tipo comportamentale che un bed-sharing prolungato potenzialmente potrebbe avere. In conclusione l'articolo, al di là del senso pratico che contiene per quella parte del mondo, offre per noi occidentali alcuni spunti per riconsiderare pratiche di tipo nutrizionale e comportamentale che ormai consideriamo consolidate ma che in un certo senso possono anche essere riconsiderate o approfondite in merito a nuove evidenze... da qualsiasi parte del modo esse arrivino.

Does the recommendation to use a pacifier influence the prevalence of breastfeeding?

Jenik AG, Vain NE, Gorestein AN, Jacobi NE. Pacifier and Breastfeeding Trial Group. J Pediatr. 2009 Sep; 155 (3): 350-4.

Dall'Argentina giunge a noi una analisi inerente la potenziale interferenza del cosiddetto ciuccetto sulla prevalenza dell'allattamento al seno. Ciclicamente il ciuccio subisce una serie di processi da parte di ogni categoria di specialisti (odontoiatri, pediatri, otorini) con cui viene a contatto. Molte volte il suo ruolo è stato in-

fatti messo in dubbio, sebbene in altrettante occasioni esso sia stato assolto più o meno a pieno titolo.

Questa analisi quindi vuole indagare quanto il ciuccetto possa interferire con la prevalenza o la durata dell'allattamento una volta a partire dal 15° giorno di vita, momento individuato per il recupero del peso neonatale e per il consolidamento della lattazione. Questo studio multicentrico, randomizzato e controllato ha coinvolto 1.205 madri con una forte motivazione ad allattare al seno. Esse erano randomizzate ad entrare nel gruppo ciuccio o no. L'outcome primario era la prevalenza di allattamento al seno esclusivo a 3 mesi. Outcome secondari erano la prevalenza di allattamento al seno esclusivo a differenti età e la durata di tale modalità di allattamento. I risultati evidenziavano come a 3 mesi non si dimostravano differenze significative fra chi aveva utilizzato il ciuccio nei confronti del gruppo di controllo (85 vs 86%). Non solo, la raccomandazione ad offrire il ciuccio non produceva una significativa riduzione nella frequenza dell'allattamento materno esclusivo a differenti età o sulla durata complessiva dell'allattamento. In conclusione in quanto l'uso del ciuccio è associato alla riduzione della SIDS, la raccomandazione a questa pratica appare esente da rischi e non interferente con l'allattamento al seno.

Impact of Anxiety in the Puerperium on Breast-feeding Outcomes: Role of Parity

Zanardo V, Gasparetto S, Giustardi A, Suppiej A, Trevisanuto D, Pascoli, Freato F. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009; 49: 1-4.

Stati ansiosi di varia natura possono condizionare la lattazione. Sebbene in modelli animali questo tipo di effetto sia stato dimostrato, esistono scarse prove sull'uomo. Il gruppo di Padova esamina come condizioni quale ansia e stress possano di fatto interferire con tale processo. Viene preso a paradigma di una condizione ansiogena la primiparità analizzata in terza/quarta giornata di postpartum su 101 donne messe a confronto con un gruppo di controllo di 103 pluripare. I risultati ottenuti evidenziano come le primipare mostrano uno stato di ansia per così dire "basale" significativamente più elevato se confrontato con quello mostrato dalle pluripare. Questo condiziona non solo la possibilità di successo dell'allattamento al seno, ma, in una prospettiva a lungo termine, utilizzando una analisi di regressione lineare, si pone a rappresentare una situazione di rischio anche per il prosieguo dell'allattamento al seno in una prospettiva a lungo ter-

mine. Sensazioni di inesperienza o inadeguatezza contribuiscono a peggiorare il quadro di ansia, condizionando in negativo il processo di lattazione. Si comprende come un supporto alle primipare nel sostenerle durante questa fase possa ritenersi prezioso al fine della promozione dell'allattamento al seno materno.

420 grammi. Storia di una nascita difficile: diario di un padre, pensieri di una madre

P. Durante, E. Esposito. *Urrà - Apogeo* 2009.

Chiudiamo questa carrellata di articoli con un libro. In realtà non prevedevo di includere questa recensione, ma è giunta a proposito la presentazione di questo diario, perché in realtà di questo si tratta, di due genitori che hanno affrontato il lungo percorso di una nascita molto pretermine. Tengo subito a precisare che, a causa dei tempi molto stretti, non sono riuscito a leggere se non qualche stralcio del diario, ma mi è sembrato interessante proporlo. Di fatto quindi questa non è una recensione ma il commento alla presentazione a cui ho assistito proprio la sera prima di ultimare questa rubrica, a ridosso della deadline per l'invio in redazione. E' chiaro che fra i temi emersi dalla discussione quelli sulla care o meglio su una *family centered care* hanno avuto un risalto notevole in quanto hanno rappresentato uno dei primi bisogni percepiti da questa famiglia travolta dalla nascita prematura. Non voglio che queste mie parole suonino come una sorta di promozione al libro, che probabilmente si promuove da sé, ma, a mio avviso, è questa una lettura doverosa per gli operatori in quanto non solo esprime in forma scritta tutte le sensazioni e la miriade di altri sentimenti che la madre e il padre di Federico hanno vissuto durante tutto il periodo precedente e successivo alla nascita del loro bambino, ma perché fornisce a noi un strumento di confronto con i nostri punti di vista, con il nostro lavoro, considerato nella sua interezza e di come questo venga percepito da chi vive l'esperienza parallela dall'altro lato della... vetrata. Non mi sembrava corretto nei confronti di tutti coloro interessati a questi temi, pur, ripeto, non avendo letto il libro, rimandare un qualsiasi commento alla prossima uscita, fra 6 mesi, della rivista. Prendete pertanto questa mio invito alla lettura come una sorta di solerzia nel volerli comunicare l'uscita recentissima di un documento che si pone anche come chiave di lettura indispensabile all'interpretazione del nostro lavoro quotidiano di "operatori della care". Buona lettura.

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

9-10 dicembre 2009

"Kangaroo Mother Care e assistenza personalizzata del prematuro"

(18 crediti)

Crediti ECM richieste per medici, ostetriche, infermiere pediatriche e professionali, educatori professionali, psicologi.

Costo 180 euro, max 20 partecipanti.

11 Gennaio 2010

"La gestione clinica del lutto perinatale, strategie di interventi, linee guida"

Crediti ECM richiesti per medici, ostetriche, infermiere pediatriche e professionali, assistenti sanitari, educatori professionali, psicologi.

Costo 120 euro, max 20 partecipanti.

26-27 Gennaio 2010

"Corso Allattamento avanzato"

(19 crediti)

Crediti ECM richiesti per medici, ostetriche, infermiere pediatriche e professionali, assistenti sanitari, educatori professionali, psicologi.

Costo 200 euro, max 20 partecipanti.

22 febbraio 2010

"L'assistenza del neonato sano in sala parto"

(11 crediti)

Crediti ECM richiesti per medici, ostetriche, infermiere pediatriche e inf. professionali, puericultrici, assistenti sanitari, educatori professionali, psicologi.

Costo 120 euro, max 20 partecipanti

15-16 Marzo 2010

"La dimissione a casa della mamma e del neonato (casi clinici)"

Crediti ECM richieste per medici, ostetriche, in-

fermiere pediatriche e inf. professionali, assistenti sanitari, educatori professionali, psicologi.
 Costo 180 euro, max 20 partecipanti.

19-20 aprile 2010

"Disturbi di attaccamento madre e bambino e possibili soluzioni (massaggio farfallina)"

(18 crediti)

Crediti ECM richieste per medici, ostetriche, infermiere pediatriche e inf. professionali, assistenti sanitari, educatori professionali, psicologi.

Costo 180 euro, max 20 partecipanti.

10-11 maggio 2010

"Educazione prenatale, vita prenatale e neonatale (educare i genitori durante la gravidanza)"

(19 crediti)

Crediti ECM richiesti per medici, ostetriche infermiere pediatriche e professionali, assistenti sanitari, educatori professionali, psicologi.

Costo 190 euro, max 20 partecipanti.

7-8 giugno 2010

"La stabilizzazione del neonato in attesa del trasporto"

(21 crediti)

Crediti ECM richieste per medici, ostetriche, infermiere pediatriche e inf. professionali, assistenti sanitari, educatori professionali, psicologi.

Costo 190 euro, max 20 partecipanti

20-21 settembre 2010

"Il neonato che non respira"

(18 crediti)

Crediti ECM richiesti per medici, ostetriche infermiere pediatriche e professionali, assistenti sanitari.

Costo 180 euro, max 20 partecipanti.

Iscrizioni e informazioni:

Monika Stablum

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

e-mail: monikastablum@yahoo.it



ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA CARE IN PERINATOLOGIA

www.careperinatologia.it

Scheda d'Iscrizione al corso

Cognome:		Nome:	
Qualifica Professionale			
Corso denominato			
Luogo di svolgimento			
In data			
e-mail:			
Tel.:			
Mobile:			
Fax:			
Indirizzo (via/piazza, n° civico, CAP)			

Per iscrizioni e informazioni rivolgersi a Monika Stablum.

Tel. 3383679491 dalle 15:00 alle 18:00. E-mail: monikastablum@yahoo.it

Inviare oltre alla scheda d'iscrizione il fax dell'avvenuto bonifico bancario al numero: 0472/206358 all'att. del prof. Giustardi

Il bonifico deve essere intestato alla "AICIP ONLUS" Unicredit Banca, coordinate bancarie:
cin: IT24B; abi: 02008; cab: 11603; c/c: 000040873096

codiceIBAN: IT24B0200811603000040873096



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, 39042 Bressanone (BZ), 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 58220, cin: V.

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

AICIP



ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA CARE IN PERINATOLOGIA

www.careperinatologia.it

