



# 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

**Direttore Responsabile**  
Franca Golisano

[www.careperinatologia.it](http://www.careperinatologia.it)



Copyright © 2010



Via Gennari 81, 44042 Cento (Fe)  
Tel. 051.904181/903368 - Fax 051.903368  
[www.editeam.it](http://www.editeam.it) - [info@editeam.it](mailto: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 Dicembre 2010.

# Indice

<b>Editoriale</b> ..... pag.	<b>III</b>
Francesco Tandoi, Arturo Giustardi, Massimo Agosti	
<b>L'alimentazione con latte materno nei neonati di peso molto basso alla nascita (VLBW): valutazione delle problematiche inerenti</b> .....	<b>1</b>
Alessia Bonaccorso, Fabrizia Stizzoli, Alessia Alberelli, Lorenzo Giacchetti, Francesco Tandoi, Massimo Agosti, Varese	
<b>Clampaggio del cordone ombelicale: la scelta del timing tra vecchi dibattiti e nuove evidenze</b> .....	<b>5</b>
Clizia Casula, Elsa Del Bo, Gianfranco Perotti, Pavia	
<b>Attrezzature e giochi per il bambino nel primo anno di vita e mass-media</b> .....	<b>10</b>
Tiziana Menniti, Marina Genta, Paola Serafini, Torino	
<b>Madri che allattano a confronto: chi adolescente e chi no</b> .....	<b>14</b>
Deborah Lorenzon, Daniele Trevisanuto, Arturo Giustardi, Floriana Leone, Valentina Savona, Vincenzo Zanardo, Padova	
<b>Scelti per voi</b> .....	<b>18</b>
<b>Home and Abroad</b> .....	<b>19</b>

# Editoriale

**E**stremizziamo: “Internet è un dono di Dio”. La provocazione (forse neanche così esagerata) viene dalla nota rivista Wired nell’anno in cui Internet è stato candidato al premio Nobel per la Pace, prendendo spunto proprio dalla celebre frase del dissidente, nonché attivista digitale cinese Liu Xiaobo a cui tale premio è stato assegnato. Prosegue la rivista: “Abbiamo finalmente capito che Internet non è una rete di computer ma un intreccio infinito di persone”. A questo punto è facile anche intuire quali e quante siano le potenzialità di questo mezzo. La sensazione (non sempre percepita, ma dobbiamo farcene una ragione!) è che ci troviamo all’interno di una rivoluzione, pari a quella della stampa di Gutenberg (anno 1450 ca) passaggio obbligato per la diffusione della conoscenza e dell’informazione verso una cultura “pop”. Di questo intreccio, di questo mondo, di questo manifesto, da qualche anno facciamo parte anche noi. Sebbene con formati diversi la nostra presenza sulla stampa, con la rivista, e sul web, con il sito [www.careperinatologia.it](http://www.careperinatologia.it) (5.000 accessi al mese), è assolutamente al passo con i tempi. E’ il frutto dell’impegno di chi ha le idee, di chi seleziona, di chi scrive, della redazione e anche dei lettori, che su entrambi i fronti rappresentano uno stimolo costante a proseguire su questa strada. Possiamo quindi affermare che la rivista e il sito non solo fanno informazione, ma anche formazione, integrazione, di persone e fra persone, vicine e lontane che si conoscono e non. E anche quando pensiamo, disperandoci, di aver già trattato i temi principali, vengono fuori sempre spunti diversi, originalissimi che sorprendono in primis noi, forse anche chi le scrive e, ci auguriamo, anche voi.

Il nostro impegno divulgativo in direzione della care cerca quindi di essere sempre vivo, attuale e attento nel proporvi quegli aspetti che pensiamo possano suggerirvi qualcosa, su cui riflettere o da approfondire.

Le tematiche che abbiamo deciso di affrontare in questo numero spaziano su aspetti differenti; l’insorgere di gravidanze in donne molto giovani rappresenta per le società occidentali un evento non così raro. Ma mentre un tempo il parto in donne molto giovani poteva risultare pres-

socchè normale, attualmente questa eventualità, così poco frequente, deve contemplare la possibilità di alcuni rischi. Un gruppo multidisciplinare di Padova ha indagato l’aspetto dell’allattamento materno nei figli di queste donne.

Da una tesi sull’allattamento materno in una popolazione a rischio come quella dei neonati di peso molto basso alla nascita (VLBW) nasce il secondo articolo. Spesso ci si interroga su quali siano le criticità principali dell’allattamento e su quali siano le percentuali di allattamento materno in popolazioni di neonati a rischio. Il gruppo di Varese fornisce alcune possibili chiavi di lettura a questo fenomeno oltre a quantificare alcuni aspetti della questione.

Da tempo il dibattito sul timing del clampaggio del cordone ombelicale, tiene banco nell’ambito dei più noti consessi nazionali ed internazionali. Dall’Università di Pavia ci giunge una interessante revisione che rinforza alcuni punti di vista su questa procedura.

L’ansia di una coppia circa l’acquisto degli attrezzi e dei giochi più adeguati ad un bambino nel suo primo anno di vita spesso viene riversata addosso a noi operatori e non sempre una risposta esauriente viene immediata. Una attenta analisi ci viene fornita da un gruppo di Torino che contempla differenti professionalità ben affiatate e coordinate fra loro nella disamina di questa questione.

Per concludere, scrivere un editoriale come questo è semplicemente esaltante; guardare a questo elenco di prospettive in tema di care fa capire che possiamo spaziare in questo campo pressoché senza limiti e confini. Basta pensare ad un aspetto e la nostra mente genera subito una lista di argomenti in tema. Alcuni di noi hanno fatto di questo un punto nodale della loro vita professionale; quello che vogliamo però è ampliare il gruppo, ricevere sempre nuove segnalazioni, idee e proposte. E’ questo un lavoro che possiamo sviluppare affinché la rete cresca e l’intreccio di persone risulti sempre più interessante e proficuo.

**Francesco Tandoi**  
**Arturo Giustardi**  
**Massimo Agosti**

# L'alimentazione con latte materno nei neonati di peso molto basso alla nascita (VLBW): valutazione delle problematiche inerenti

Dalla Tesi di Laurea in Ostetricia di Alessia Bonaccorso

Hanno collaborato alla sintesi e alla revisione:

Fabrizia Stizzoli e Alessia Alberelli\*,

Lorenzo Giacchetti e Francesco Tandoi\*\*,

Massimo Agosti\*\*\*

\*Infermiere, \*\*Neonatologi, \*\*\*Direttore U.O. Nido, Neonatologia e TIN - Ospedale "F. Del Ponte", Varese

## Introduzione

I neonati di peso molto basso (inferiore ai 1.500 g, VLBW rappresentano oggi una parte rilevante dei neonati ricoverati nei Centri di terapia intensiva neonatale (TIN).

Le loro aumentate possibilità di sopravvivenza hanno aperto, nel corso degli ultimi decenni, nuove problematiche, fra le quali particolarmente importante, quella di fornire loro un'adeguata alimentazione.

Lo stato di salute a breve e lungo termine, la prognosi neurologica ed auxologica a distanza, il rischio di patologie cronico-degenerative dell'età adulta sembrano essere condizionate anche dal tipo di nutrizione in una fase precoce della loro vita, dalle modalità di introduzione, dalla qualità e quantità di nutrienti somministrati e da altri fattori, alcuni dei quali ancora in fase di definizione.

In campo nutrizionale si parla infatti di *programming* ovvero di un complesso processo di interazioni endocrino-metaboliche, per cui uno stimolo o un danno anche di tipo nutrizionale che agisce in un momento sensibile dello sviluppo di un organismo, può causare effetti a lungo termine sulla struttura e sulla funzione dell'organismo stesso.

Quindi, l'adeguatezza degli interventi nutrizionali assume un'importanza maggiore nei neonati critici come i VLBW.

Per il neonato a termine non vi sono dubbi che il latte materno rappresenti la nutrizione ottimale, esclusiva per i primi sei mesi di vita.

Negli ultimi decenni, data l'aumentata sopravvivenza dei neonati pretermine, il latte materno è stato maggiormente studiato anche per l'alimentazione di questi neonati.

I dati emersi, in termini di riduzione di morbidità neonatale e miglioramento dello sviluppo neurocomportamentale, hanno confermato i grandi e numerosi vantaggi dell'utilizzo del latte materno rispetto al latte in formula, di conseguenza la promozione dell'allattamento materno nelle TIN rappresenta una priorità assistenziale da supportare e promuovere.

## Materiali e metodi

E' stato condotto uno studio retrospettivo avente come obiettivi la valutazione dell'andamento dell'allattamento nei neonati VLBW ricoverati presso la Neonatologia dell'Ospedale Filippo del Ponte di Varese nel biennio 2007-2008 e del counselling che le mamme di questi neonati hanno ricevuto dal personale sanitario durante il periodo di degenza. Lo strumento utilizzato per condurre lo studio è stato un questionario telefonico composto da 28 items, somministrato alle mamme dei neonati facenti parte del campione, previo consenso. Nel questionario figuravano do-

mande inerenti informazioni di tipo anagrafico/sociale (età, stato civile, nazionalità, titolo di studio, professione), anamnestico (gravidenza, parità, tipologia di parto), timing e modalità di stimolazione dell'allattamento e delle pratiche di "care", valutazione del supporto all'allattamento da parte del personale di reparto e difficoltà incontrate.

Il gruppo su cui sono state effettuate le valutazioni di cui in seguito, ha considerato madri di neonati VLBW da gravidanza singola.

E' stata anche considerata la modalità di allattamento alla dimissione secondo un consolidato schema a seconda della tipologia di latte utilizzato e della modalità di somministrazione:

- allattamento al seno esclusivo;
- allattamento al seno associato a somministrazione di latte materno spremuto al biberon;
- somministrazione di latte materno esclusivo spremuto al biberon;
- allattamento al seno associato a integrazioni di latte artificiale;
- somministrazione di latte materno spremuto associato a integrazioni di latte formulato;
- allattamento con latte formulato esclusivo.

La creazione di un database ad hoc ha permesso di svolgere l'analisi statistica e le rappresentazioni grafiche necessarie.

## Risultati

Il campione di VLBW iniziale era di 140 soggetti. Da questo numero sono stati esclusi complessivamente 45 neonati: 17 in quanto deceduti nei primi giorni di vita, 10 per i quali era stato negato il consenso, 5 per via di difficoltà linguistiche e 13 di numeri telefonici in nostro possesso irraggiungibili. Veniva pertanto a selezionarsi un campione finale pari a 95 neonati. Quelli considerati eligibili per le valutazioni erano 60 VLBW (23% con peso inferiore a 1.000 g) nati da gravidanza singola alle cui madri è stato somministrato il questionario.

Si evince che il campione considerato è costituito per lo più da mamme con un'età compresa fra i 25 e i 35 anni (46%), coniugate (80%), di nazionalità italiana (85%), con un grado di istruzione medio-alto (istruzione superiore-laurea 68%) e lavoratrici (73%). Più della metà di queste mamme risulta essere primipara.

L'incidenza di taglio cesareo per la gravidanza in esame era dell'83% (urgente nel 70% dei casi, elettivo nel 13%) motivata dall'insorgenza di condizioni ostetriche/fetali gravi (patologia ipertensiva, incontinenza cervico-istmica, ecc).

Il primo contatto mamma-bambino avveniva per il 18% delle mamme entro le 12 ore dal parto.

La marsupioterapia veniva iniziata nel 75% dei casi entro le 12 ore dal parto; una volta istituita, tale pratica ha avuto una durata superiore ai 30 minuti (fino a un'ora) complessivamente per il 77% dei bambini.

L'analisi del timing di inizio della stimolazione del seno mostrava che tale pratica veniva iniziata per il 27% delle puerpere entro le 24 ore dal parto, il 25% entro le 48 ore ed il 29% dopo le 48 ore (Fig. 1).

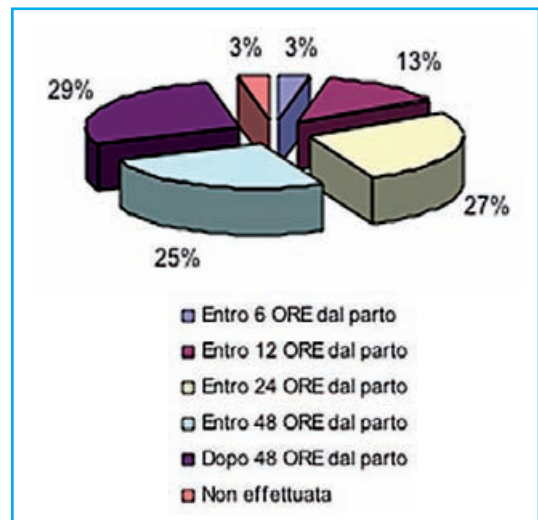
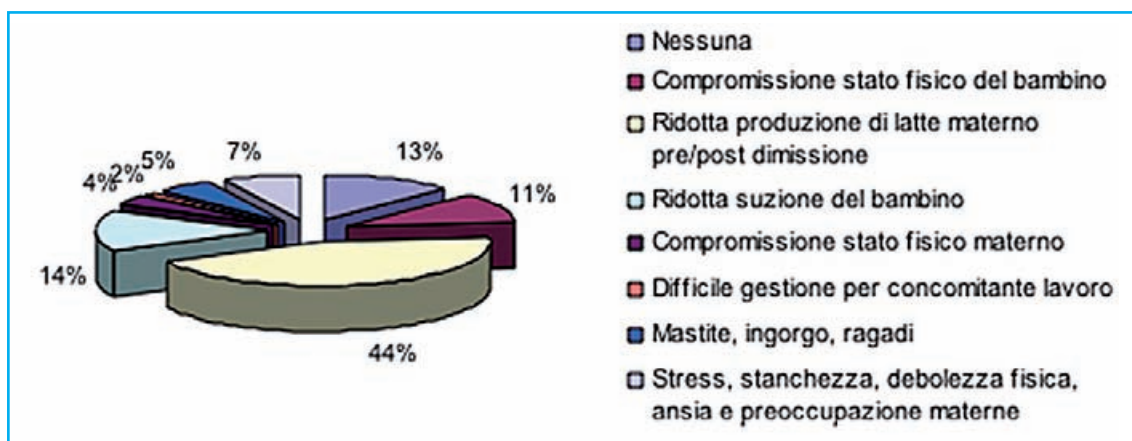


Figura 1: Inizio stimolazione del seno dopo il parto.

Le percentuali relative al numero di stimolazioni giornaliere del seno dopo il parto, mostrano una capacità per il 44% delle mamme dei VLBW di stimolare il seno per più di cinque volte al giorno, inclusa la notte, con un 33% che lo stimola per almeno cinque volte al giorno.

Oltre l'ottanta per cento delle madri hanno ritenuto utili le **informazioni sul supporto e sulla gestione dell'allattamento** fornite dal personale sanitario. Rispetto ad altre fonti d'informazione, quelle fornite dal personale sanitario sono state recepite come utili per il raggiungimento di un'adeguata produzione di latte per oltre il 60% delle madri.

Le difficoltà percepite dalle madri come ostacolo alla pratica dell'allattamento materno in TIN sono riassunte nella figura 2.



**Figura 2:** Difficoltà legate al mantenimento dell'allattamento con LM.

Per riassumere i dati relativi all'allattamento alla dimissione, emerge che il latte materno, nelle varie modalità con cui esso viene somministrato è presente nella dieta di questi neonati per il 62% del totale. Una percentuale non trascurabile delle mamme (12%) è risultata allattare esclusivamente al seno alla dimissione, mentre il latte materno esclusivo viene somministrato in un totale del 42% dei VLBW di questa analisi (Fig. 3).

Più della metà delle mamme dichiara di aver ricevuto alla dimissione informazioni aggiuntive sul sostegno dell'allattamento con latte materno e tali informazioni sono state valutate positivamente.

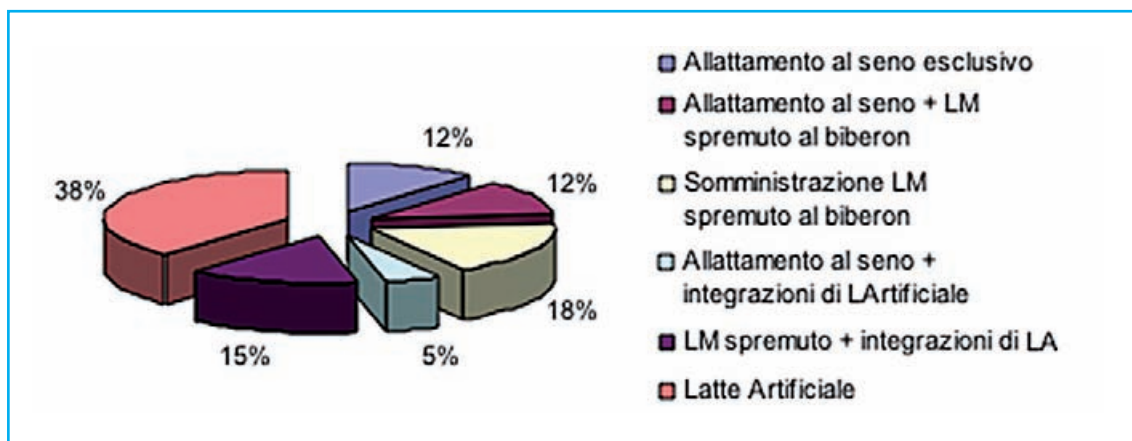
## Discussione e conclusioni

L'allattamento in TIN è una pratica estremamente impegnativa tanto per le donne che spesso affrontano un evento improvviso come risul-

ta una nascita pretermine, quanto per i nostri reparti che devono sostenere una funzione, quella dell'allattamento materno, sempre più strategica e vitale per la cura di questi neonati.

Il taglio cesareo e, di conseguenza, il ritardato contatto fra madre e bambino, nonché le condizioni fisiche di entrambi rappresentano, e sono anche percepite, come delle vere e proprie barriere che si frappongono nel normale sviluppo di un legame, anche nutrizionale, fra la madre e il suo bambino.

Tanto gli aspetti organizzativi che la formazione del personale sanitario sono elementi centrali per sostenere obiettivi così ambiziosi ed impegnativi. Già prima del parto e poi subito dopo la nascita fino alla dimissione, la sensibilizzazione, la preparazione e la motivazione di tutto il personale sanitario, medico ed infermieristico, ostetrico e pediatrico, costituiscono il presupposto per favorire l'allattamento materno anche



**Figura 3:** Modalità di allattamento alla dimissione.

in caso di parto molto pretermine. Si tratta non solo di informare la madre sulle possibilità e sull'utilità dell'allattamento e di garantire il supporto "tecnico", ma anche di fornire un supporto psicologico e di rassicurazione durante il delicato percorso verso il raggiungimento di un'alimentazione autonoma, dai primi tentativi di raccolta del latte a quando successivamente verranno finalmente iniziati i primi tentativi di approccio al seno.

Su questi obiettivi il Dipartimento Materno-Infantile del nostro Ospedale ha da tempo posto grande attenzione con un rilevante impiego di risorse. Sebbene quindi le tematiche che emergono da questa tesi siano molteplici (e ancor più difficili da sintetizzare in un solo articolo), tuttavia il confronto con la letteratura nonché con il più accreditato database mondiale sulla cura dei neonati VLBW, il Vermont Oxford Network, dimostra come le pratiche di sostegno all'allattamento materno nella nostra TIN, ci pongano, alla dimissione, fra le percentuali più elevate di allattamento materno sia in confronto con i dati cumulativi del Network, nonché a livello europeo e italiano.

Dalla questa esperienza emerge quindi lo stimolo a lavorare con occhio sempre critico nei confronti delle pratiche di promozione e sostegno all'allattamento materno per cogliere sempre gli aspetti migliorabili in una direzione che sappiamo essere unica e giusta.

## Lecture consigliate

- American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005; 115: 496-506.
- Bier J, Oliver T, Ferguson A, Vohr BR. Human milk improves cognitive and motor development of premature infants during infancy. *Journal of Human Lactation*. 2002; 18: 361-367.
- Buckley KM, Charles GE. Benefits and challenges of transitioning preterm infants to at-breast feedings. *International Breastfeeding Journal* 2006; 1: 13.
- Cattaneo et al. Kangaroo mother care for LBW infants: a randomized controlled trial in different settings. *Acta Paediatrica*, 1998; 87: 976-985.
- Charpak N et al. Kangaroo mother versus traditional care for newborn infants < 2000 grams: a randomized controlled trial. *Pediatrics*, 1997; 100: 682-688.
- Friedman S, Flidel-Rimon O, Lavie E, Shinwell E. The effect of prenatal consultation with a neonatologist on human milk feeding in preterm infants. *Acta Paediatrica*. 2004; 93: 775-778.
- Furman L, Minich N, Hack M. Correlates of lactation in mothers of Very Low Birth Weight Infants. *Pediatrics* 2002; 109; e57.
- Furman L, Minich NM, Hack M. Breastfeeding of very low birth weight infants. *Journal of Human Lactation*. 1998; 14: 29-34.
- Furman L, Minich NM, Hack M. Correlates of lactation in mothers of Very Low Birth Weight Infants. *Pediatrics* 2002; 109; e57.
- Giustardi A, Stabulum M, De Martino A. Come implementare la produzione di latte materno: le buone tecniche. *La care in perinatologia* 2/2008; 18-20.
- Giustardi A. La Promozione dell'allattamento al seno. 2005; Editeam Gruppo Editoriale, Cento (Fe).
- Hylander M, Strobino D, Pezzullo J, Dhanireddy R. Association of human milk feedings with a reduction in retinopathy of prematurity among very low birth weight infants. *Journal of Perinatology* 2001; 21: 356-362.
- Lau C. Stress and Lactation in Human Milk for Very-Low-Birth-Weight infants. *Pediatric Research*. 1999; 109-120.
- Lucas A, Cole T. Breast milk and neonatal necrotizing enterocolitis. *Lancet*. 1990; 336: 1519-1523.
- Lucas A, Morley R, Cole T, Lister G, Leeson-Payne C. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet*. 1992; 339: 261-264.
- Meier P et al. Lactation Counseling for Mothers of Very Low Birth Weight Infants: Effect on Maternal Anxiety and Infant Intake of Human Milk. *Pediatrics* 2006; 117; e67-e75.
- Meier P. Supporting lactation in mothers with very low birth weight infants. *Pediatric Annuals*. 2003; 32: 317-325.
- O' Connor DL, Jacobs J, Hall R, Adamkin D, Auestad N, Castello M et al. Growth and development of premature infants fed predominantly human milk, predominantly premature infant formula or a combination of human milk and premature formula. *Journal Ped Gastroenterol Nutr* 2003; 37: 437-46.
- Peitschnig B, Siklössy H, Gottling A, Posh M, Kafer A, Lischka A. Breastfeeding rates of VLBW-influence of professional breastfeeding support. *Adv Exp Med Biol*. 2000; 478: 429-430.
- Smith M, Durkin M, Hinton V, Bellinger D, Kuhn L. Initiation of Breastfeeding among mothers of Very Low Birth Weight infants. *Pediatrics*, 2003; 111; 1337-1342.
- Stevenson D, Wright L, Lemons J, et al. Very low birth weight outcomes of the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1998; 179: 1632-1634.
- Uraizee F, Gross S. Improved feeding tolerance and reduced incidence of sepsis in sick very low birth weight infants fed maternal milk. *Pediatric Research*. 1989; 25: 289A.



# Clampaggio del cordone ombelicale: la scelta del timing tra vecchi dibattiti e nuove evidenze

Clizia Casula, Elsa Del Bo, Gianfranco Perotti  
Università degli Studi di Pavia, IRCCS Policlinico S. Matteo, Pavia

## Introduzione

La riflessione sulla tempistica ottimale per tagliare il cordone ombelicale non è di certo recente. Aristotele nella sua *Historia Animalium* (ca. 369 a.C.) già descriveva come i neonati deboli alla nascita potessero giovare del sangue contenuto nel cordone ombelicale “in grado di riportare alla vita il nato che fino a poco prima appariva esanime”.

Alla fine del XVIII secolo anche Erasmus Darwin, medico e naturalista britannico, raccomandava di tagliare il cordone ombelicale solo dopo che avesse cessato di pulsare e il neonato avesse respirato ripetutamente.

Il ruolo del clampaggio precoce nella pratica moderna era, fino a poco tempo fa, garantito dal fatto che esso fosse incorporato nella triade di interventi che fanno parte dell'active management del terzo stadio del parto.

Quando questo intervento ha dimostrato di poter ridurre l'incidenza di emorragia post-partum, il clampaggio precoce è divenuto parte del moderno management del parto e le potenziali conseguenze ignorate o dimenticate, ma esso non ha una ragione razionale specifica ed è probabilmente entrato nei protocolli di conseguenza in quanto già parte della pratica standard.

Il management attivo, proprio per diminuire il tempo di esposizione al rischio di sanguinamento materno, si pone come obiettivo quello di ridurre i tempi del terzo stadio, ma ritardare

il clampaggio comporta un'attesa che nella maggioranza dei casi non supera i primi tre minuti.

Si è reso quindi essenziale stabilire quali delle componenti di questa strategia comportassero l'effettiva diminuzione del rischio di sanguinamento e quali no.

Gli studi mostrano che il clampaggio tardivo non ha effetti sul rischio di ritenzione della placenta o sull'emorragia post-partum, sia essa moderata ( $\geq 500$  ml) o severa ( $\geq 1000$  ml). L'uso profilattico del farmaco uterotonico riduce il rischio sia che il resto dell'active management venga adottato oppure no (Cochrane, 2008).

Ad oggi l'utilizzo nella pratica clinica dell'active management non è più indicazione tassativa alla scelta del clampaggio precoce come pratica routinaria per tutti i neonati.

La mancanza di Linee Guida ufficiali chiare ed omogenee è probabilmente motivata, oltre che dalla necessità di approfondimento per mezzo di ulteriori studi multicentro controllati randomizzati, anche dal fatto che non esiste attualmente una definizione precisa e condivisa di clampaggio precoce e tardivo.

Più precisamente, per quanto riguarda il clampaggio precoce o immediato, vi è una relativa uniformità di consenso nel ritenerlo tale se eseguito entro 15 secondi dalla nascita, sia a termine che pretermine.

Le opinioni relative al clampaggio tardivo sono invece difformi.

La definizione tratta dalla letteratura scientifica più recente è:

- clampaggio tardivo del neonato a termine quello eseguito al cessare delle pulsazioni (che nella maggior parte dei casi avviene entro i primi tre minuti dalla nascita);
- clampaggio tardivo del neonato pretermine praticato oltre i 30 secondi.

## Il nato a termine

Si pensa che una volta nato, attraverso il clampaggio e il taglio del cordone, il neonato venga semplicemente allontanato dalla madre: in realtà questo momento ha una valenza ben più complessa, in quanto il neonato viene separato dalla circolazione placentare. La placenta è l'organo respiratorio del feto fino a che, alla nascita, il sangue giunge ai capillari che avvolgono gli alveoli e i polmoni divengono pienamente funzionanti.

Al momento della nascita si instaura un fisiologico gradiente pressorio che fa sì che una certa quota di sangue passi dalla circolazione placentare al neonato. Questo gradiente pressorio dura circa tre minuti, dopo i quali si crea una situazione di equilibrio. Il volume supplementare di sangue trasferito al neonato durante questo momento è definito trasfusione placentare.

Se il cordone non viene clampato immediatamente, la circolazione ombelicale cessa quando le arterie ombelicali si chiudono e il cordone smette di pulsare.

Per un neonato a termine, la trasfusione placentare media è di 19 ml/Kg del peso alla nascita (circa 80-100 ml di sangue), equivalente al 21% del volume ematico finale del neonato che viene ridotto di circa il 20-35% se il cordone viene clampato immediatamente.

Il volume intravascolare extra, ricevuto dal neonato, favorisce l'espansione e quindi la transizione cardiopolmonare.

Sono di recente pubblicazione le nuove Linee Guida internazionali 2010 per la rianimazione cardiopolmonare dell' American Heart Association (AHA), European Resuscitation Council (ERC) e International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR).

Tra le principali novità nella rianimazione neonatale ci sono nuove indicazioni riguardo al timing del clampaggio del cordone ombelicale. Per i neonati che nascono in buone condizioni cliniche, viene raccomandata una latenza di al-

meno 1 minuto tra l'espletamento del parto e il clampaggio del cordone ombelicale.

Studi di cine-radiologia hanno evidenziato come le dimensioni del cuore dei neonati ai quali è stato clampato il cordone prima del primo respiro siano ridotte durante i primi 3-4 cicli cardiaci. Queste modificazioni sono interpretate come conseguenza della caduta delle resistenze vascolari, secondaria all'espansione polmonare che avviene con i primi respiri. La maggior richiesta di volume ematico da distribuire su un letto vascolare polmonare aumentato è contrastata dall'aumento della pressione negativa intratoracica e dalla mancata trasfusione placentare. Secondo altri autori tutto ciò potrebbe essere la causa dell'apnea primaria che si verifica più frequentemente nei neonati il cui cordone ombelicale è stato clampato prima del primo respiro rispetto a quelli con clampaggio tardivo.

Il volume addizionale di sangue ricevuto dal neonato tramite la trasfusione placentare determina l'aumento della massa di globuli rossi. Questa viene velocemente distrutta liberando ferro che può essere così immagazzinato. Pertanto, riducendo la trasfusione placentare con il clampaggio immediato, si priva il neonato di circa 40-50 mg/Kg di ferro, sufficienti a coprire i bisogni di almeno i primi tre mesi di vita. I neonati con clampaggio tardivo presentano livelli di emoglobina significativamente più alti e, sebbene tendano ad una fisiologica diminuzione, essa risulta meno marcata rispetto a quella che si verifica nel neonato con clampaggio precoce.

La letteratura scientifica corrente rifiuta l'idea che il clampaggio tardivo causi policitemia sintomatica e indica che oltre ad essersi dimostrato sicuro per madre e bambino esso sia in grado di ridurre l'incidenza di neonati anemici.

Gli studi sull'effetto del clampaggio tardivo si sono dimostrati di interesse tale da spingere nel 2006 l'Unicef a supportare uno studio condotto su circa 300 neonati e pubblicato sulla rivista *Pediatrics*. I neonati coinvolti sono stati assegnati al clampaggio entro 15 secondi (gruppo 1), a 1 minuto (gruppo 2) e a 3 minuti (gruppo 3). A 6 ore dalla nascita è stato valutato l'ematocrito. E' stata osservata come la frequenza di neonati con ematocrito <45% sia significativamente più alta nel gruppo 1 (8.9%) se comparata al gruppo 2 (1%) e al gruppo 3 (0%). Come descritto in altri studi non sono stati rilevati effetti collaterali relativi alla policitemia e tutti i neonati policitemici non sono risultati sintomatici.

I valori di bilirubina a 24 e 48 ore dei tre gruppi non presentano differenze significative.

Le riserve di ferro alla nascita sono il maggior fattore ad influenzare la crescita e la comparsa di anemia da deficit di ferro (IDA) durante l'infanzia. L'IDA è di particolare importanza poiché associata all'aumento della mortalità ed alla compromissione dello sviluppo mentale e motorio.

L'impatto di questi studi risulta di maggior rilievo per i paesi in via di sviluppo, dove fino al 50% dei bambini diventano anemici prima dei 12 mesi.

La quantità di ferro contenuta nell'organismo di un neonato al momento della nascita presenta rilevanti variazioni individuali le quali sono correlate alle riserve di ferro negli stessi individui a 3, 6 e 12 mesi d'età. Il clampaggio tardivo del cordone ombelicale può prevenire o comunque rallentare l'instaurarsi di un importante deficit di ferro aumentandone la quantità alla nascita.

Questa semplice, gratuita e sicura procedura al parto può offrire una strategia per ridurre il rischio di anemia durante l'infanzia, soprattutto in quelle zone dove l'applicazione di altri interventi risulta difficile.

## Il nato pretermine

Sebbene ancora non sia universalmente praticato, le evidenze in favore del clampaggio tardivo nel neonato a termine sono sostenute da numerosi studi.

Può questo condurre a benefici anche nel pretermine?

Il nato a termine sano sa adattarsi anche alla deprivazione di un'importante quota di sangue a causa del taglio immediato del cordone. In condizioni in cui l'adattamento alla vita extrauterina è meno protetto, come nel caso del nato pretermine, il timing del clampaggio è ancora di più cruciale importanza: il clampaggio del cordone rappresenta l'inizio della vita indipendente del neonato.

Nei prematuri questo succede prima del previsto così da rendere necessaria un'attenzione speciale per questi piccoli pazienti: aiutandoli a far fronte ai cambiamenti respiratori ed emodinamici si forniscono loro le migliori chance di sopravvivenza. L'aumento della capacità circolatoria che si verifica durante la transizione dalla vita fetale a quella neonatale può richiedere un maggior volume sanguigno, del quale spesso il nato pretermine viene privato con il taglio immediato del cordone. La relativa ipovolemia che

ne risulta porta ad una diminuzione della pressione sanguigna, ad una minor perfusione favorendo l'instaurarsi di una minima condizione di ipossia ed ipossiemia in grado di agire negativamente sugli organi a livello cellulare.

Tanto più il bambino avrà difficoltà a iniziare autonomamente a respirare, tanto più a lungo la placenta continuerà a fornirgli l'ossigeno necessario all'adattamento.

Stabilizzando la circolazione neonatale, la necessità di supportare il circolo viene ridotta nelle prime 24 ore di vita con l'effetto positivo di favorire la diminuzione dell'incidenza di emorragia intraventricolare e di trasfusioni sanguigne per ipovolemia ed anemia nelle prime sei settimane di vita (Rabe et al 2000, Mercer et al 2003).

La gran parte dei nati prima delle 32 settimane complete di gestazione riceve almeno una trasfusione di sangue: vari studi hanno investigato sulle misure preventive che possono essere messe in atto per ridurre la problematica.

Il National Health Service del Regno Unito ha pubblicato nel 2009 le nuove Linee Guida per ridurre la frequenza delle trasfusioni sanguigne nei nati di peso molto basso prima delle 32 settimane. L'intervento comprende la combinazione di tre strategie:

- ritardare il clampaggio del cordone ombelicale di almeno 30 secondi;
- apportare precocemente proteine e ferro;
- modificare il valore soglia di Hb/Ht sotto il quale trasfondere.

In conseguenza all'applicazione delle Linee Guida la necessità di trasfondere questi neonati si è dimezzata.

Lo studio randomizzato controllato di Mercer et al del 2006 ha indagato i benefici del timing del clampaggio in 72 neonati tra 24 e 31,6 settimane. E' stata riscontrata una più alta incidenza di sepsi nel gruppo con clampaggio precoce: essa potrebbe essere motivata da uno stato di immunocompromissione conseguente alla perdita di cellule progenitrici ematopoietiche eliminate con il sangue del quale viene privato il neonato alla nascita. Il sangue cordonale dei neonati pretermine (24-31 settimane), se comparato con quello di un nato a termine, contiene una più alta concentrazione di cellule staminali.

Nel prematuro quindi la piccola quantità di sangue in più, ottenuta con il clampaggio tardivo, può aiutare a stabilizzare il flusso sanguigno cerebrale e l'autoregolazione, aumentare il traspor-

to di ossigeno ai tessuti vulnerabili, prevenire l'ischemia e fornire cellule staminali instaurando un'adeguata immunocompetenza.

Grazie alla Spettroscopia vicino all'infrarosso è stata rilevata una differenza significativa nel gruppo del clampaggio tardivo rispetto al precoce nell'ossigenazione dei tessuti a 4 ore (69,9% vs 65,5%) e a 24 ore (71,3% vs 68,1%) (Baenziger et al. 2007).

Nascere prima del termine pone il neonato ad un rischio maggiore di ritardo nello sviluppo cognitivo e motorio. Approssimativamente dal 30% al 40% dei very low birth weight (VLBW) vi è esposto durante l'infanzia. Un recente studio di Mercer et al. (2010) ha analizzato gli effetti del timing del clampaggio precoce (10 secondi) versus tardivo (30-45 secondi) sullo sviluppo delle funzioni motorie valutate a 7 mesi di età corretta. Il gruppo clampaggio tardivo dei neonati pretermine maschi ha uno score motorio di 1 deviazione standard più alto rispetto al gruppo clampaggio precoce.

L'ipotesi formulata dagli stessi autori in lavori precedenti è basata sul presupposto che una trasfusione precoce di sangue placentare, ricco in cellule staminali, apporti un numero maggiore di globuli rossi alla corteccia motoria migliorandone l'ossigenazione.

Anche per i ricercatori del Center of Excellence for Aging and Brain Repair della University of South Florida (USF) il clampaggio dovrebbe essere ritardato di pochi minuti, "si permette così il passaggio di sangue dalla madre al neonato trasferendo molti doni fisiologici grazie a quello che può essere definito il trapianto di cellule staminali originale".

Il tema del timing del clampaggio ha in questi anni sollevato molte domande e una sempre crescente ricerca. La Cochrane Library vi ha dedicato due Review, separatamente per il nato a termine e per il pretermine, giungendo alla conclusione pratica che il clampaggio tardivo sembra essere la scelta più appropriata rispetto al precoce sia nel nato a termine che nel pretermine confermando i dati emersi dagli studi.

## Conclusioni

In condizioni fisiologiche, il neonato con clampaggio tardivo non solo si adatta bene ma ne trae tutti i benefici. Il rispetto dei tempi consente un passaggio più protetto alla respirazione neonatale.

Il clampaggio tardivo:

- consente al neonato di avere livelli più alti di emoglobina e sebbene si presenti una fisiologica diminuzione, essa risulta meno marcata rispetto al clampaggio precoce;
- apporta una maggior quantità di ferro alla nascita riducendo l'incidenza di anemia sideropenica a 3 e 6 mesi di età migliorando anche la crescita e lo sviluppo neurologico globale. Vantaggio particolarmente rilevante per le popolazioni a basso livello socio-economico e sanitario;
- permette inoltre un primo contatto più prolungato tra madre e bambino favorendo il processo del bonding.

Nel nato pretermine questo comporta:

- livelli di pressione sanguigna più alti e minor necessità di trasfusioni per pressione bassa ed ipovolemia;
- minor incidenza di emorragia intraventricolare (IVH);
- un possibile effetto protettivo sulla sepsi ad esordio tardivo e sullo sviluppo cognitivo e motorio legato al passaggio di cellule staminali e ad un maggior quantitativo di sangue ossigenato.

## Quando è controindicato?

Nelle condizioni di ipossia cronica: in questo caso il neonato è già a rischio di ipossia indotta da policitemia. Il suggerimento della letteratura scientifica è in questo caso quello di clampare immediatamente il cordone ombelicale allo scopo di evitare un ulteriore sovraccarico ematico.

Ad oggi non vi è quindi alcuna giustificazione al taglio precoce e indiscriminato del cordone ombelicale alla nascita in tutti i neonati.

Il clampaggio precoce del cordone è una pratica di routine la cui adozione però non è stata accompagnata da studi che valutassero le conseguenze del privare il neonato di un significativo volume di sangue. Ritardare il clampaggio del cordone è economico, non-invasivo, non richiede un equipaggiamento ulteriore ma solo la formazione delle ostetriche. Ad oggi vi sono evidenze considerevoli che indicano che il clampaggio precoce rispetto al tardivo non porti benefici a madre e neonato.

E' tempo per i professionisti dell'area perinatale di trovare una via pratica per introdurre il clampaggio tardivo del cordone ombelicale nell'assistenza al parto.

## Bibliografia

- Baenziger O, Stolkin F, Keel M, von Siebenthal K, Fauchere JC, Das Kundu S, Dietz V, Bucher HU, Wolf M. The influence of the timing of cord clamping on postnatal cerebral oxygenation in preterm neonates: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2007 Mar; 119 (3): 455-9.
- Ceriani Cernadas JM, Carroli G, Pellegrini L, Otano L, Ferreira M, Ricci C, Casas O, Giordano D, Lardizábal J. The effect of timing of cord clamping on neonatal venous hematocrit values and clinical outcome at term: a randomized controlled trial. *Pediatrics* 2006; 117: 779-786.
- Ceriani Cernadas JM. Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants. RHL commentary (last revised: 7 March 2006). The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization.
- Chaparro CM, Neufeld LM, Tena Alavez G, Eguia-Liz Cedillo R, Dewey KG. Effect of timing of umbilical cord clamping on iron status in Mexican infants: a randomised controlled trial. *Lancet* 2006; 367: 1997-2004.
- Grajeda R, Perez-Escamilla R, Dewey KG. Delayed clamping of the umbilical cord improves hematologic status of Guatemalan infants at 2 months of age. *American Journal of Clinical Nutrition* 1997; 65: 425-31.
- Gupta R, Ramji S. Effect of delayed cord clamping on iron stores in infants born to anemic mothers: a randomized controlled trial. *Indian Pediatr* 2002; 39: 130-5.
- Ibrahim HM, Krouskop RW, Lewis DF, Dhanireddy R. Placental transfusion: umbilical cord clamping and preterm infants. *J Perinatol*. 2000 Sep; 20 (6): 351-4.
- Kugelman A, Borenstein-Levin L, Riskin A, Chistyakov I, Ohel G, Gonen R, Bader D. Immediate versus umbilical cord clamping in premature neonates born <35 weeks: a prospective, randomized, controlled study. *Am J Perinatol*. 2007; 24 (5): 307-15.
- Levy T, Blickstein I. Timing of cord clamping revisited. *J Perinat. Med.* 2006; 34: 293-297.
- McDonald SJ, Middleton P. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; 2.
- Mercer J, Mc Grath M, Hensam A, Silver H, Oh W. Immediate and delayed cord clamping in infants born between 24 and 32 weeks: a pilot randomized controlled trial. *J Perinatol* 2003; 23 (6): 466-472.
- Mercer JS, Vohr BR, Erickson-Owens DA, Padbury JF, Oh W. Sevenmonth Developmental Outcomes of Very Low Birth Weight Infants Enrolled in a randomized Controlled Trial of Delayed versus Immediate Cord Clamping. *Journal of Perinatology*, 2010 Jan; 30 (1): 11-16.
- Mercer JS, Vohr BR, McGrath M, Padbury JF, Wallach M, Oh W. Delayed cord clamping in very preterm infants reduces the incidence of intraventricular hemorrhage and late-onset sepsis: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2006; 117: 1235-42.
- Peltonen T. Placental transfusion-advantage and disadvantage. *Eur J Pediatr* 1981; 137: 141-6.
- Pisacane A. Neonatal prevention of iron deficiency. *BMJ*. 1996; 312: 136-137.
- Rabe H, Alvarez JR, Lawn C, Seddon P, Amess PN. A management guideline to reduce the frequency of blood transfusion in very-low-birth-weight infants. *Am J Perinatol*. 2009 Mar; 26 (3): 179-83.
- Rabe H, Reynolds GJ, Diaz-Rosello JL. Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004; 4.
- Rabe H, Wacker A, Hulskamp G et al. A randomised controlled trial of delayed cord clamping in very low birth weight preterm infants. *Eur J Pediatr* 2000; 159: 775-7.
- Riffat J, Farah D, Ayesha KJ. Timing of umbilical cord clamping and neonatal haematological status. *Pak Med Assoc*. 2009; 59 (7).
- Strauss RG, Mock DM, Johnson KJ, Cress GA, Burmeister LF, Zimmerman MB, Bell EF, Rijhsinghani A. A randomized clinical trial comparing immediate versus delayed clamping of the umbilical cord in preterm infants: short-term clinical and laboratory endpoints. *Transfusion*. 2008 Apr; 48 (4): 658-65.
- Tolosa JN, Park DH, Eve DJ, Klasko SK, Borlongan CV and Sanberg PR (2010), Mankind's first natural stem cell transplant. *Journal of Cellular and Molecular Medicine*, 14: 488-495. doi: 10.1111/j.1582-4934.2010.01029.x
- Ultee CA, Van Der Deure J, Swart J, Lasham C, van Baar AL. Delayed cord clamping in preterm infants delivered at 34-36 weeks' gestation: a randomised controlled trial. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 2008 Jan; 93 (1): F20-3.
- Van Rheenen P, Brabin BJ. Late umbilical cord-clamping as an intervention for reducing iron deficiency anaemia in term infants in developing and industrialised countries: a systematic review. *Ann. Trop. Paediatr.* 2004; 24: 3-16.
- Van Rheenen PF, De Moor L, Eschbach S, de Grooth H, Brabin BJ. Delayed cord clamping and haemoglobin levels in infancy: a randomised controlled trial in term babies. *Tropical Medicine and International Health* 2007; 12 (5): 603-616.
- Zaramella P, Freato F, Quaresima V, Secchieri S, Milan A, Grisafi D, Chiangetti L. Early versus late cord clamping: Effects on peripheral blood flow and cardiac function in term infants. *Early Human Development*, 2008; 84 (3): 195-200.

# Attrezzature e giochi per il bambino nel primo anno di vita e mass-media

Tiziana Menniti, Marina Genta\*, Paola Serafini\*\*

Ostetrica, Università Torino

\*Neuropsichiatria ASL TO 5

\*\*Ostetrica Coordinatrice Corso di Laurea in Ostetricia, Università di Torino

## Introduzione

In un mercato opprimente e invasivo, che cerca di creare falsi bisogni e di invogliare ad un inutile e costoso consumismo non è semplice per i genitori capire ciò di cui ha veramente bisogno un bambino nel primo anno di vita. Basta sfogliare i sempre più voluminosi cataloghi di materiale per bambini per rendersi conto della “giungla” di proposte. Con il passare degli anni e con l’avanzare della tecnologia è diventato complesso distinguere il ruolo positivo o negativo delle attrezzature e dei giochi per il bambino nel primo anno di vita.

Se l’uso appropriato di giochi e attrezzature può facilitare lo sviluppo neuro-comportamentale del bambino, il non uso o l’uso scorretto possono avere effetti negativi sullo sviluppo neuropsicomotorio. Inoltre, alcuni oggetti possono essere pericolosi ed è quindi importante essere bene informati per prevenire incidenti.

## Obiettivi

Verificare l’informazione che le donne in gravidanza hanno circa le attrezzature e i giochi per il bambino che il mercato propone per il primo anno di vita e confrontare i messaggi mediatici proposti dai mezzi di comunicazione di massa con le evidenze scientifiche.

**Parole chiave:** Child development, Infant equipment, Musculoskeletal Physiological Phenomena, Motor Skills.

## Materiali e Metodi

Per verificare l’informazione delle donne circa le attrezzature e i giochi per il neonato sono stati distribuiti 500 questionari a donne in gravidanza in negozi per i bambini. Nel periodo giugno-settembre 2010, sono state inoltre analizzate 11 riviste specializzate nel settore dell’informazione alle donne in gravidanza e verificati i messaggi che riportavano in relazione all’oggetto della ricerca.

## Risultati

Nel periodo 1 giugno 2010, 30 settembre 2010 sono stati compilati e consegnati 419 questionari sui 500 distribuiti nei negozi per bambini.

Dallo studio condotto è emerso che i dispositivi maggiormente conosciuti dalle donne sono il passeggino, l’ovetto, il box e il girello.

Questi dispositivi sono risultati anche essere i più pubblicizzati dai mass-media e quelli che maggiormente le donne affermano di avere intenzione di acquistare.

Nelle undici riviste analizzate, in ordine di numerosità, sono stati citati: l’ovetto (143 volte), il passeggino (134 volte), il girello (24 volte), il box (24 volte), il seggiolone (16 volte), la sdraietta (15 volte), la palestra/tappeto gioco (13 volte), il marsupio (10 volte), il cuscino “nanna sicura” (9 volte), la “casa delle api” (4 volte) e la fascia (1 volta).

Un dato sorprendente di questa analisi è che l'utilità della fascia non venga mai citata ma anzi l'unica pubblicità a suo favore si possa apprezzare una sola volta in una rivista, in un angolo al fondo della pagina nonostante il fatto che la letteratura scientifica ne promuova l'utilizzo, mentre un dispositivo come il girello assolutamente sconsigliato dagli studi scientifici venga ripetutamente citato quasi una volta per rivista.

Nonostante il girello sia assolutamente sconsigliato e il box sia consigliato solo in modo limitato è risultato che i mezzi di informazione ne fanno ampia pubblicità e che, per contro, gli operatori sanitari parlano poco dei potenziali effetti negativi sullo sviluppo motorio del neonato nonostante il fatto che, soprattutto sul girello, sia presente molta letteratura scientifica a suo sfavore.

La fascia e il marsupio sono risultati i dispositivi meno pubblicizzati nelle riviste analizzate, nonché i meno conosciuti dalle donne intervistate nonostante la letteratura scientifica ne consigli l'utilizzo nel primo trimestre di vita del neonato per favorire l'attaccamento genitore-bambino, precisando che la fascia e da favorire all'uso del marsupio perché meglio tollerata dal bambino, perché favorisce il contatto visivo, lo sviluppo neuro-comportamentale e soddisfa la manipolazione e l'autoconsolazione. Nonostante ciò dai questionari emerge che gli operatori sanitari sembrano affrontare il tema con la donna solo raramente e in modo superficiale.

Anche il cuscino "nanna sicura" è poco pubblicizzato dai mezzi di comunicazione di massa nonostante il fatto che la letteratura scientifica ne sottolinei la sua utilità come tecnica di prevenzione della SIDS.

La seggiolina e il seggiolone sono piuttosto conosciute dalle donne coinvolte nello studio e gran parte di esse esprime l'intenzione di acquistare questi dispositivi. La letteratura scientifica ne sconsiglia l'abuso e consiglia l'uso limitato di tutti i dispositivi di seduta alternati con il gioco a terra e l'interazione con l'adulto, inoltre particolare attenzione va dedicata ai dispositivi di sicurezza per prevenire eventuali incidenti domestici.

Le pubblicità relative a questi dispositivi contengono spesso messaggi illusori proponendo anche accessori inutili per il bambino come il lettore MP3 per lo stimolo di una esperienza multisensoriale.

Anche nelle informazioni relative a dispositivi utili/necessari come l'ovetto/passeggino vengono enfatizzati dettagli non utili e trascurata l'importanza reale del dispositivo stesso,

come ad esempio nei casi sottostanti di seggiolini per l'auto di cui vengono sottolineate la presenza del sistema di areazione, il design aerodinamico, la carrozzeria in alluminio con cerchi in lega, gli interni al top della categoria, i comandi per le ruote direttamente sul maniglione, la guida sportiva e maneggevole, le sospensioni e doppi cuscinetti a sfera per sfrecciare nel traffico, il full optional e la chiusura smart.

Se queste citazioni venissero riportate senza l'immagine allegata molto probabilmente verrebbe spontaneo pensare che si stia parlando di una comodissima macchina per spostarsi in città con full optional, cerchi in lega e comandi al volante... e si potrebbe aggiungere stile di guida poco consoni ad un neonato a bordo... Mentre viene del tutto trascurata l'importanza del dispositivo al fine di prevenire lesioni gravi del neonato conseguenti a incidenti stradali e che il suo utilizzo in Italia è obbligatorio (Articolo 172 del codice della strada).

In conclusione dallo studio emerge che le donne hanno poche informazioni circa la reale utilità dei dispositivi di trasporto e di gioco del bambino nel primo anno di vita e tendono a basarsi principalmente su informazioni derivate dai mass-media e dagli amici.

Secondo i dati emersi dai questionari gli operatori sanitari coinvolti nell'evento nascita e crescita nei primi anni di vita del neonato tendono a trascurare l'argomento e/o sottovalutare l'importanza di trattare questo argomento con le donne.

Questi argomenti andrebbero trattati già precocemente nei corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) che dovrebbero promuovere i dispositivi utili al neonato nei primi mesi di vita. Il pediatra di famiglia dovrebbe parlare, durante gli incontri successivi con la donna, dei dispositivi per il trasporto e il gioco del bambino utili successivamente.

Poiché se queste informazioni non giungono alla donna dai professionisti sanitari questa si orienterà su quello che il mercato offre e pubblicizza per necessità economica ma non per reale utilità.

## Bibliografia

- Abbott AL, Bartlett DJ. Infant motor development and equipment use in the home. *Child Care Health Dev.* 2001 May; 27 (3): 295-306.
- Ackley HA. Respiratory instability of term and near-term healthy newborn infants in car safety seats. *Pediatrics.* 2002 Apr; 109 (4): 713; author reply 713.
- Ahuja B, Jyotsna, Dhamija K. Baby walkers. *Indian Pediatr.* 1990 May; 27 (5): 512-3.

- Al-Nouri L, Al-Isami S. Baby walker injuries. *Ann Trop Paediatr*, 2006; 26 (1): 67-71.
- ANPEP (Associazione Nazionale di Psicologia e di Educazione Prenatale) Il bambino: realtà pre- e post- natale (il giornale italiano di psicologia e di educazione prenatale) ANPEP: Milano; 2003. N.4.
- Bennett R. Locomotor milestones and babywalkers. Perceived benefits of babywalkers need to be balanced against health risks. *BMJ*. 2002 Sep 21; 325 (7365): 657.
- Bernardi M, Condolf A. Studiare psicologia Editore Zanichelli Data pubbl. 2008.
- Bimbisani e belli. Ottobre 2010. N.10.
- Brazelton TB. Il bambino da 0 a tre anni: guida allo sviluppo fisico, emotivo e comportamentale del bambino. Rizzoli: Perugia; 2009.
- Brown SH, Grondin DE, Potvin JR. Strength limitations to proper child safety seat installation: implications for child safety. *Appl Ergon*, 2009; 40 (4): 617-21.
- Buenaventura D. Storia dell'infanzia. Dedalo: Bari; 2002.
- Bull MJ, Stroup KB, Everly JS, Weber K, Doll JP. Child safety seat use for infants with Pierre Robin sequence. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1994 Mar; 148 (3): 301-5.
- Burrows P, Griffiths P. Do baby walkers delay onset of walking in young children? *Br J Community Nurs*. 2002 Nov; 7 (11): 581-6.
- Charles W, Callahan, Cheryl Sisler. Use of Seating devices in Ibfabt Too Young to Sit. *Arch Pediatr Adolesc Med/Vol*. 151, 1997: 233-235.
- Chinosi L. Sguardi di mamme, modalità di crescita dell'infanzia straniera. Franco Angeli: Milano; 2003.
- Conners GP, Veenema TG, Kavanagh CA, Ricci J, Callahan CM. Still falling: a community-wide infant walker injury prevention initiative. *Patient Educ Couns*. 2002 Mar; 46 (3): 169-73.
- Corridori M, Fanos V, Yurdakok M. Il neonato in Europa "tra storia e attualità". Biomedica: Milano; 2007.
- Corridori M, Fanos V, Farnetani I. Nascere nella storia. Mondadori: Milano; 2007. Dennis W, Dennis MG. The effect of cradling practices upon the onset of walking in Hopi children. 1940. *J Genet Psychol*. 1991 Dec; 152 (4): 563-72.
- De San Lazaro C, Harvey R, Ogden A. Shaking infant trauma induced by misuse of a baby chair. *Arch Dis Child*. 2003 Jul; 88 (7): 632-4.
- D'Harcourt C, Fontanel B. *Bebé del mondo*. Ippocampo: Milano; 2007.
- Di Cagno L, Ravetto F, Rigardetto R. Neuropsichiatria dell'età evolutiva: i primi anni di vita. Libreria cortina: Milano; 1980.
- Di Cagno L, Lazzarini A, Randaccio S, Rissone A, Borla. Il neonato ed il suo mondo relazionale. Milano; 1984.
- Dwyer P. Prospective cohort study of prone sleeping position and sudden infant death syndrome. *The Lancet*, Volume 337, Issue 8752, Pages 1244-1247.
- Dzukou T, de la Pintièrre A, Bétrémieux P, Vittu G, Roussey M, Tietche F. Kangaroo mother care: bibliographical review on the current attitudes, their interests and their limits. *Arch Pediatr*, 2004; 9: 1095-100.
- Engelbert RH, van Empelen R, Scheurer ND, Helders PJ, van Nieuwenhuizen O. Influence of infant-walkers on motor development: mimicking spastic diplegia? *Paediatr Neurol*, 1999; 6: 273-5.
- Fleming PJ, Gilbert R, Azaz Y, Berry PJ, Rudd PT, Stewart A. Interaction between bedding and sleeping position in the sudden infant death syndrome: a population based case-control study. *BMJ*, 1990; 301: 85 doi: 10.1136/bmj.301.6743.85.
- Gardner FE. Locomotor milestones and babywalkers. Potential confounding factors were not measured. *BMJ*. 2002 Sep 21; 325 (7365): 657.
- Garrett M, McElroy AM, Staines A. Locomotor milestones and babywalkers: cross sectional study. *BMJ*. 2002; 324 (7352): 1494.
- Giocare e crescere insieme. Agosto/Settembre/Ottobre 2010. N.11.
- Hadžagić-Catibusić F, Gavrankapetanović I, Zubcević S, Meholjić A, Rekić A, Sunjić M. Infant walkers: the prevalence of use. *Med Arh*, 2004; 58 (3): 189-90.
- Howard-Salsman KD. Car seat safety for high-risk infants. *Neonatal Netw*. 2006 Mar-Apr; 25 (2): 117-29. Review.
- Kermoian R, Campos JJ. Locomotor experience: a facilitator of spatial cognitive development. *Child Dev*. 1988 Aug; 59 (4): 908-17.
- Kinane TB, Murphy J, Bass JL, Corwin MJ. Comparison of respiratory physiologic features when infants are placed in car safety seats or car beds. *Pediatrics*, 2006; 118 (2): 522-7.
- Inwood S, Downer H. The trouble with baby walkers. *Can Nurse*. 1989 Apr; 85 (4): 14-5.
- Io e il mio bambino. Settembre 2010. N.326.
- Io e il mio bambino, la guida. Settembre 2010. N.32.
- Io e il mio bambino, la guida. Ottobre 2010. N.33.
- Lapidus CS, Shaw KN, Pasquariello PS Jr. Limp associated with a peripheral neuropathy secondary to car seat misuse. *Am J Dis Child*. 1990 Jun; 144 (6): 617. No abstract available.
- Le guide di nove mesi. Feb/Mar/Apr 2010, N.21.
- Ludington-Hoe SM, Swinith JY. Developmental aspects of kangaroo care. *Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 1996; 8: 691-703.
- Mieli G. Il bambino non è un elettrodomestico. Gli affetti che contano per crescere curare ed educare. Apogeo: Milano; 2009
- Moro MR. Genitori in esilio. Cortina: Milano; 2002.
- No authors listed. Child safety. Infant car safety seats: a rare health risk. *Child Health Alert*. 2007 Jan; 25: 2.
- Nove mesi. Marzo 2007. N. 26.
- Nove mesi. Settembre 2009. N. 56.
- Ohgi S, Fukuda M, Moriuchi H, Kusumoto T, Akiyama T, Nugent JK. Comparison of kangaroo care and standard care: behavioral organization, development, and temperament in healthy, low-birth-weight infants through 1 year. *Perinatol*, 2002; 5: 374-9.
- Pin T, Eldridge B, Galea MP. A review of the effects of sleep position, play position, and equipment use on motor development in infants. *Dev Med Child Neurol*, 2007; 11: 858-67.
- Plauche C, Blasco A. Crescita e sviluppo del lattante. *Pediatrics in Review*, 1997; 6: 204-224.
- Powell EC, Jovtis E, Tanz RR. Incidence and description of stroller-related injuries to children. *Pediatrics*, 2002; 110 (5): e62.
- Primi anni. Settembre 2007. N. 30.
- Primi Anni. Ottobre 2009. N. 53.
- Primi Anni. Settembre 2010. N. 63.
- Ridenour MV. Ages of young children who fall down stairs. *Percept Mot Skills*, 1999; 88 (2): 669-75.
- Rodgers GB, Leland EW. An evaluation of the effectiveness of a baby walker safety standard to prevent stair-fall injuries. *J Safety Res*. 2005; 36 (4): 327-32. Epub 2005 Sep 8.
- Siegel AC, Burton RV. Effects of baby walkers on motor and mental development in human infants. *J Dev Behav Pediatr*, 1999; 20 (5): 355-61.
- Taffoni F, Formica D, Campolo D, Keller F, Guglielmelli E. Block-box instrumented toy: a new platform for assessing spatial cognition in infants. *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc*. 2009; 2009: 210-3.
- Taylor B. Babywalkers. *BMJ*. 2002 Sep 21; 325 (7365): 612.
- Tessier R, Charpak N, Giron M, Cristo M, de Calume ZF, Ruiz-Pelaez JG. Kangaroo Mother Care home environment and father involvement in the first year of life: a randomized controlled study. *Acta Paediatr*, 2009; 9: 1444-50.
- Thein MM, Lee J, Tay V, Ling SL. Infant walker use, injuries, and motor development. *Inj Prev*, 1997; 3 (1): 63-6.
- Tonkin SL. Airway of babies in car seats. *N Z Med J*. 1998 Sep 25; 111 (1074): 372.
- Vaucher P. Sitting devices could protect against sudden infant death. *Arch Dis Child*. 2008 May; 93 (5): 448. No abstract available.
- Warren S. Locomotor milestones and babywalkers. Infants using babywalkers are not developmentally delayed. *BMJ*. 2002 Sep 21; 325 (7365): 657.
- Watson WL, Ozanne-Smith J. The use of child safety restraints with nursery furniture. *Paediatr Child Health*, 1993; 29 (3): 228-32.
- Weeks GV. Locomotor milestones and babywalkers. Statistics may have been chosen to produce the required conclusions. *BMJ*. 2002 Sep 21; 325 (7365): 657.



# Madri che allattano a confronto: chi adolescente e chi no

Deborah Lorenzon, Daniele Trevisanuto\*, Arturo Giustardi\*, Floriana Leone\*,  
Valentina Savona\*, Vincenzo Zanardo\*

*Istituto di Ostetricia e Ginecologia e \*Dipartimento di Pediatria, Università di Padova*

## Abstract

Le gravidanze nelle adolescenti rappresentano un evento critico a elevato impatto sociale, sanitario, psico-relazionale familiare ed extra-familiare, di cui esistono poche osservazioni cliniche in Italia.

In questo studio caso-controllo abbiamo preso in esame l'habitus, il decorso della gravidanza, le modalità di parto e l'allattamento, definito secondo le Linee Guida dell'OMS, delle madri adolescenti che hanno partorito nei due punti nascita dell'Ospedale di Padova nel quadriennio 2005-2008. I dati antropometrici e clinici sono stati ottenuti dalla consultazione dei registri delle sale parto, della banca dati dei Certificati di Assistenza al Parto e da questionari ad hoc raccolti telefonicamente.

Le madri adolescenti individuate sono state 58 (51 hanno risposto, quindi l'87%) e di esse hanno partorito a termine l'80,4%, soprattutto per via vaginale (74%). Di queste infatti il 26% ha partorito con taglio cesareo, il 18% taglio cesareo elettivo. Le adolescenti straniere erano il 60% del campione. La metà aveva conseguito il diploma di maturità al momento del parto. Il 16% aveva un BMI pre-gravidico <18,5 e non infrequentemente erano dedite all'alcol (31,7%), al fumo (25,5%) e all'uso di droghe (2%) in gravidanza. In particolare, l'allattamento esclusivo al seno è stato significativamente meno praticato nelle madri adolescenti, dalla dimissione dal nido e per tutto il primo semestre post-partum.

In conclusione, alle soglie del terzo millennio, in un'area industrializzata del Nord dell'Italia, la gravidanza delle madri adolescenti rappresenta una condizione di rischio di mancato allattamento al seno con possibili influenze negative psico-relazionali, nutrizionali e cliniche per il neonato.

**Parole chiave:** Madri adolescenti, Habitus, Modalità di parto, Allattamento al seno.

## Introduzione

L'adolescenza è quella fase di transizione tra l'infanzia e l'età adulta, caratterizzata da rilevanti cambiamenti fisici e psicologici associati alla pubertà e alla preparazione per i ruoli, i privilegi e le responsabilità dell'età adulta, che porta la giovane donna a maturare e a prepararsi a essere attiva e partecipe nella società. L'adolescenza è anche l'età in cui una rilevante percentuale di adolescenti oggi inizia l'attività sessuale, ben prima della completa maturazione psico-fisica e del consolidamento dei rapporti affettivi. Questo pone le adolescenti, anche per la tipologia delle relazioni tra i sessi, in condizioni di rischio per problemi sessuali e riproduttivi, gravidanze precoci, aborti volontari e malattie infettive sessualmente trasmesse, inclusa l'HIV-AIDS (1).

L'evento gravidanza è in grado di provocare un intenso smarrimento nell'adolescente e nondimeno di suscitare molteplici reazioni e problematiche nel suo partner, negli adulti, nei genitori, negli assistenti sociali e negli operatori sanitari. In particolare, la giovane mamma in attesa

può vivere questo periodo come fortemente traumatico, per problemi strettamente fisici (malesseri, nausea, mutamenti dell'aspetto fisico), problemi familiari (comunicazione ai genitori e immaginare la loro reazione), sociali (abbandono della scuola, isolamento sociale, mancato inserimento nel mondo del lavoro), psicologici (negazione della gravidanza, rabbia, ansia, vergogna o colpa), e medici (visite, esami, terapie). Per la gravida adolescente possono venir meno all'improvviso le possibilità d'istruzione e di conseguenza le future possibilità di occupazione e inserimento nel mondo del lavoro. Anzi, in questo contesto si possono ripresentare le condizioni che favoriscono una seconda gravidanza a distanza di poco tempo. La giovane ragazza si trova nondimeno a dover dar spazio e attenzioni al feto, deve creare una relazione con il bimbo in utero e sviluppare anche una sua identità come madre.

Una recente revisione degli studi prodotti nei Paesi dell'Unione Europea (2), ha riferito di tre condizioni maggiormente associate al rischio di gravidanza in età adolescenziale: gli stati di svantaggio socio-economico, i problemi di compattezza/integrità della famiglia di origine, con ricorrenza in una percentuale rilevante dell'assenza del padre, e i bassi livelli d'istruzione. Altri fattori con un qualche ruolo risultano poi una madre con una gravidanza in adolescenza, rapporti sessuali precoci e uno stile di vita complessivo poco orientato alla salute. La frequenza maggiore di gravidanze nelle adolescenti si registra infatti nei Paesi in via di sviluppo, dove il tasso di fertilità (numero di parti/1.000 donne) in età 15-19 anni varia mediamente da 115 /1.000 dell'Africa, a 75/1.000 dell'America Latina e a 39/1.000 dell'Asia. Il fenomeno non esclude peraltro i Paesi economicamente sviluppati. Se si tiene conto ad esempio che il tasso di fertilità in età 15-19 anni negli Stati Uniti risulta pari a 58/1.000 e, quello della Gran Bretagna a 28/1.000, a fronte di una media U.E. di 25/1.000. I valori più elevati in Europa, al di fuori dell'UE, si riscontrano nei Paesi dell'Est, anche come effetto degli ostacoli alla politica di pianificazione familiare in senso lato e non solo in riferimento all'età adolescenziale.

Abbiamo rivolto il nostro interesse sulla performance di allattamento delle madri adolescenti afferite per l'evento nascita da un'area industrializzata del Nord-Est d'Italia in un Centro di III livello, ritenendo che queste conoscenze rappresentino una chiave di lettura del disagio materno-adolescenziale nella sua accezione più ampia e nondimeno ancora poco indagata.

## Pazienti e metodi

Abbiamo studiato l'evento gravidanza nelle madri adolescenti (età anagrafica inferiore ai 18 anni al momento del parto) afferite ai due punti nascita dell'Ospedale di Padova nel quadriennio 2005-2008. I dati sensibili e i parametri antropometrici e clinici pre-gravidici, gravidici e periparto sono stati raccolti dai registri delle sale parto, dalla banca dati dei Certificati di Assistenza al Parto (Cedap) e da un questionario ad hoc somministrato telefonicamente, dopo consenso informato delle madri che hanno accettato l'intervista e dopo esplicitazione della finalità e delle metodologie di ricerca.

Sono state prese in considerazione indistintamente, sia le residenti sia le non residenti a Padova. Hanno accettato l'intervista telefonica e quindi hanno partecipato allo studio 51 (87%) madri adolescenti su 58 individuate dai registri. Come gruppo di controllo abbiamo intervistato due madri adulte che avessero partorito in precedenza o in seguito, comparabili per parità, settimana di gestazione e modalità di parto.

In totale sono state prese in esame 153 mamme e abbiamo comparato statisticamente i dati raccolti da questi due gruppi. I dati sono stati espressi come media + DS. L'analisi statistica è stata eseguita con il Test di Fisher per i dati dicotomici dei due campioni analizzati. In seguito è stato determinato l'Odds Ratio (OR, 95% Confidence Interval, CI) per misurare l'associazione tra le variabili di studio considerate. Una  $p < 0.05$  è stata ritenuta significativa.

## Risultati

La prevalenza delle gravidanze nelle adolescenti è rimasta sostanzialmente costante negli anni considerati in questo studio: 0,8% nel 2005, 0,9% nel 2006, 0,3% nel 2007 e 0,6% nel 2008.

Le madri adolescenti avevano un'età media di 17 anni al momento del parto, espletato nella maggior parte dei casi a termine (80,4%) e per via vaginale (74%). Delle restanti, il 18% ha partorito con taglio cesareo elettivo e l'8% con taglio cesareo urgente. Sono per il 60% di origine straniera (27,5% Est Europa; 11,8% Africa; 11,8% Asia; 7,8% America).

Al momento del concepimento il 16% è sottopeso (BMI < 18,5) (OR=9,3; 95% CI 1,89-45,62), il 31,7% assumeva abitualmente alcol (OR=3,129; 95% CI 1,36-7,17) e il 25,5% fuma-

va (OR=3,53; 95% CI 1,39-8,96) e il 2% era dedicato alle droghe. Il 50% al momento dell'intervista aveva raggiunto la maturità agli studi.

La prevalenza dell'allattamento esclusivo al seno è risultata ridotta già alla dimissione dal nido (64,7 vs 78,4%). Poi il trend dell'allattamento ha continuato ad essere significativamente decrescente. L'allattamento esclusivo è stato interrotto al primo mese nel 22% delle adolescenti (OR=3,46; 95% CI 1,59-7,52). Successivamente al terzo mese è risultato interrotto nel 43% delle madri adolescenti (OR=2,7; 95% CI 1,47-6,01) e al sesto mese nel 70% (OR=3,00; 95% CI 1,41-6,39).

## Discussione

I risultati di questo studio confermano come le gravidanze nelle adolescenti afferite a punti nascita di III livello di un'area industrializzata del Nord-Est Italia, rappresentino una condizione critica pregravidica di profondo disagio nella sua accezione più ampia, configurando nondimeno una deficitaria performance di allattamento al seno a breve e lungo termine.

Nella nostra società, la prevalenza delle gravidanze nelle adolescenti è nettamente più bassa di quella europea e statunitense. Questo dato è ancor più rilevante se si considera che più del 50% delle adolescenti provengono da Paesi in via di sviluppo ove il tasso di fertilità (numero di parti/1.000 donne) in età 15-19 anni varia mediamente da 115/1.000 dell'Africa, a 75/1.000 dell'America Latina e a 39/1.000 dell'Asia. Il fenomeno appare molto contenuto se si tiene conto ad esempio che il tasso di fertilità in età 15-19 anni negli Stati Uniti è pari a 58/1.000 e, quello della Gran Bretagna a 28/1.000, a fronte di una media U.E. di 25/1.000. I valori più elevati in Europa, al di fuori dei Paesi dell'Unione Europea, si riscontrano nei Paesi dell'Est, anche come effetto degli ostacoli alla politica di pianificazione familiare in senso lato e non solo con riferimento all'età adolescenziale.

L'elevato livello d'istruzione della nostra popolazione di madri adolescenti contrasta con habitus e abitudini di vita pregravidiche, in particolare, assunzione di alcol, abitudine al fumo e assunzione di droghe. E' questo forse l'aspetto socialmente più rilevante e più preoccupante emerso da questo studio. Secondo i dati del rap-

porto 2000 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nei Paesi dell'Est, direttamente o indirettamente, l'alcol provoca la morte di un ragazzo su tre. Anche in Italia, molti giovani cominciano a bere sempre più presto. Numerose evidenze italiane dimostrano anche che i giovani che consumano alcol, tendono più frequentemente a usare tabacco e altre droghe rispetto ai propri coetanei astemi/astinenti. In tal senso, l'alcol rappresenterebbe una sorta di "droga d'accesso" o "ponte" per gli individui più giovani verso altre sostanze illegali. Come noto, l'Italia si trova ai primi posti nell'assunzione di alcol e la bevanda preferita dai giovani è la birra, per l'80,6 e il 75,9% rispettivamente dei maschi e delle femmine, consumatori abituali di alcol.

L'O.M.S. già nel 2003 ha predisposto un modello di approccio comunitario per la tutela del benessere sessuale e riproduttivo degli adolescenti e la prevenzione e l'assistenza delle adolescenti in gravidanza. Questo modello definisce livelli di responsabilità e azioni conseguenti prendendo in considerazione il fatto che in Italia non mancano certo le dichiarazioni d'intenti e le indicazioni operative della programmazione nazionale (3). Non pochi autori vedono la gravidanza dell'adolescente come occasione di un processo regressivo proficuo e la maternità come una tappa che può avere una funzione di maturazione nella vita della donna.

Giacché la realtà dell'adolescente gravida esiste, l'obiettivo primario nell'accompagnarla, sul piano medico e psicosociale, è quello di aiutarla a superare questa crisi di sviluppo e a servirsi di questo momento di profondi sconvolgimenti fisici e psichici per riorganizzare la propria identità. Per questo è necessario interrogarsi sull'immagine che l'adolescente ha di se stessa e del suo corpo, sul significato che ha per lei l'attività sessuale, sul senso che può avere per lei la gravidanza in quel particolare momento della sua esistenza, sui legami che è riuscita a creare con la famiglia, con i suoi amici o con degli adulti che sono per lei dei punti di riferimento.

Quando è un'adolescente a mettere al mondo un bambino, essa ha bisogno di coerenza e continuità, di un'équipe ristretta e stabile che non la lasci sola. La creazione del legame madre-bambino rischia di essere turbato dalla perdita d'idealizzazione con cui l'adolescente si confronterà nel corso dell'interazione con il suo bambino. Questa tappa è particolarmente dura per le madri giovanissime e spesso il legame madre-bambino si stabilisce in modo molto graduale. Oltretutto, an-

che se si conosce poco riguardo alla performance di allattamento della madre adolescente, esistono prove che ci mostrano come talora non sia in grado di produrre latte in quantità sufficiente a soddisfare le esigenze del suo bambino (4).

Questi risultati suggeriscono che di fronte a un'adolescente gravida dobbiamo mettere a fuoco gli aspetti più critici del suo habitus, perché influenzano e influenzeranno negativamente sul bambino dentro e fuori l'utero, riducendo la performance dell'allattamento al seno. Promuovere la partecipazione a corsi pre-parto e incoraggiare l'allattamento esclusivo al seno, parrebbero soluzioni proponibili nella nostra realtà e nel nostro tempo, ciò a vantaggio psico-relazionale e sociale della giovane madre e dello sviluppo anche neuro-comportamentale del suo bambino. I figli di madri adolescenti sono considerati più a rischio per potenziali problemi sanitari connessi alla condizione di pretermine/basso peso alla nascita, possono presentare problemi d'inserimento, di sviluppo e integrazione sociale, possono essere esposti a maltrattamenti, violenze, abusi e abbandoni. Essi stessi, una volta cresciuti, hanno maggiori possibilità di assumere atteggiamenti di delinquenza giovanile, come osservato negli Stati Uniti. Le condizioni sociali o socio-economiche possono essere sia concausa sia conseguenza di una gravidanza in adolescenza (5-8).

Non esistono altri dati di riferimento nella letteratura italiana per comparare questi risultati e le criticità emerse nelle madri adolescenti. I limiti del nostro studio stanno nondimeno nel campione selezionato, rappresentativo esclusivamente di un'area industrializzata a elevato censo (9-11). D'altro canto, come punto di forza emerge il numero di questionari completati sia

nelle madri straniere sia in quelle native, utile per strutturare altri studi regionali e nazionali.

In conclusione, i nostri risultati confermano come le gravidanze nelle madri adolescenti di un'area industrializzata del Nord-Est Italia rappresentino una condizione critica pre-gravidica e post-gravidica di profondo disagio, caratterizzata da disturbi alimentari, esposizione al fumo e alle droghe, e dal mancato allattamento al seno.

## Bibliografia

1. World youth report 2005. Young people today, and in 1025. New York, NY, United Nations, 2005.
2. Inamura M, Tucker J, Hannaford P et al. Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review. *Eur. J. Pub. Health* 2007; 17: 630-6.
3. Ministero della Salute. Verso un Piano di Azioni per la Promozione e la tutela della salute delle donne e dei bambini. Roma, 8 marzo 2007.
4. Geervani P, Jayashree G. A study on nutritional status of adolescent and adult pregnant and lactating women and growth of their infants. *J Trop Pediatr* 1988; 34: 234-8.
5. WHO, Adolescent Pregnancy - Unmet needs and undone deeds. WHO, Geneva, 2007.
6. Grassley JS. Adolescent Mothers' Breastfeeding Soci, Valentina al Support Needs. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2010; 10.1111/j.
7. Wambach KA, Aaronson L, Breedlove G et al. A Randomized Controlled Trial of Breastfeeding Support and Education for Adolescent Mothers. *West J Nurs Res* 2010 In press.
8. Glass TL, Tucker K, Stewart R, Baker TE, Kauffman RP. Infant feeding and contraceptive practices among adolescents with a high teen pregnancy rate: a 3-year retrospective study. *J Womens Health (Larchmt)* 2010; 19: 1659-63.
9. MacGregor E, Hughes M. Breastfeeding experiences of mothers from disadvantaged groups: a review. *Community Prac* 2010; 83: 30-3.
10. Erkul PE, Yalçın SS, Kiliç S. Evaluation of breastfeeding in a Baby-Friendly City, Corum, Turkey. *Cent Eur J Public Health* 2010; 18: 31-7.
11. Dyson L, Green JM, Renfrew MJ, McMillan B, Woolridge M. Factors influencing the infant feeding decision for socioeconomically deprived pregnant teenagers: the moral dimension. *Birth* 2010; 37: 141-9.

# Scelti per voi

Una panoramica sulla più recente letteratura in tema di...

## Allattamento al seno e oltre...

A cura di Francesco Tandoi - Collaboratori: Arianna De Martino, Lorenzo Giacchetti

Come di consueto vi proponiamo uno spazio dedicato alla letteratura internazionale con una selezione di articoli che a parer nostro, vale la pena approfondire magari con la lettura dell'articolo originale.

### Elective cesarean delivery: does it have a negative effect on breastfeeding?

Zanardo V, Sveglia G, Cavallin F, Giustardi A, Cosmi E, Litta P, Trevisanuto D. *Birth*. 2010 Dec; 37 (4): 275-9.

Il primo studio che abbiamo individuato è relativo ad un tema a noi molto caro. Avrete intuito che stiamo parlando di allattamento al seno; quello che emerge dall'articolo è ancora più importante in virtù del progressivo aumento negli ultimi anni della percentuale dei tagli cesarei, sia per indicazione medica e sia per richiesta materna. In questo articolo è stata valutata l'influenza del taglio cesareo sulle percentuali di allattamento al seno a 6 mesi di vita, confrontando due gruppi di donne che avevano partorito tramite parto cesareo o parto vaginale. Ciò che emerge dallo studio è che la prevalenza dell'allattamento al seno in sala parto è significativamente più alta dopo parto vaginale rispetto al taglio cesareo ( $p < 0,001$ ) e che l'intervallo fra la nascita ed il primo allattamento al seno è chiaramente più lungo tra le donne che partoriscono con taglio cesareo. Non sono state identificate differenze negli indici di allattamento al seno tra taglio cesareo elettivo e quello fatto in urgenza.

**Confrontati con i nati da parto cesareo, i nati da parto vaginale mostrano indici significativamente più alti di allattamento al seno alla dimissione, a 7 giorni, 3 mesi e 6 mesi di vita!**

### Is gastric aspiration needed for newborn management in delivery room?

Kiremitci S, Tuzun F, Yesilirmak DC, Kumral A, Duman N, Ozkan H. *Resuscitation*. 2011 Jan; 82 (1): 40-44.

Negli ultimi mesi sono state pubblicate le nuove Linee Guida della rianimazione in sala parto, rilette e parzialmente modificate rispetto alle precedenti. Un articolo pubblicato nell'Ottobre 2010 su *Resuscitation* ha invece analizzato un altro aspetto riguardante le procedure in sala parto e precisamente il problema dell'utilità o meno dell'utilizzo dell'aspirazione gastrica in sala parto. L'aspirazione gastrica infatti è ancora oggi in mol-

ti centri utilizzata routinariamente nella gestione del neonato in sala parto. Questo studio ha voluto valutare se effettivamente l'aspirazione gastrica non possa influenzare i parametri vitali del neonato, l'ossigenazione, la nutrizione e più in generale, la prognosi a breve termine. Lo studio è stato condotto su 310 neonati a termine, stabili, randomizzati in due gruppi; il primo riceveva l'aspirazione gastrica ed il secondo le normali cure di routine. Sono stati valutati nei primi 20 minuti di vita la saturazione dell'ossigeno, la cianosi, la pressione arteriosa, la frequenza respiratoria; notizie relative all'alimentazione ed a eventuali vomiti sono state raccolte nella prima giornata di vita e successivamente a 7 giorni di vita.

I risultati dello studio mostrano come il gruppo dei neonati trattati con l'aspirazione gastrica presentino un aumento della pressione arteriosa e della frequenza respiratoria; non sono state invece identificate differenze relative agli altri parametri valutati. Gli autori concludono dicendo che l'aspirazione gastrica è una manovra inutile quando offerta routinariamente a tutti i neonati, non offre vantaggi e che può influenzare negativamente alcuni parametri neonatali fisiologici.

### Factors associated to breastfeeding cessation before 6 months

Rojc AO, Martínez MR, García JC, Hoyos SP, Navidad GL, Alvarez JC, Pujalte Mdel M, De León González RG. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010 May-Jun; 18 (3): 373-80.

E' un pò nel nostro codice genetico andare a ricercare i differenti aspetti dell'allattamento al seno; per certo comprendere quali siano i fattori che condizionano negativamente l'allattamento al seno rientra fra le nostre priorità e questo articolo fa al caso nostro. Pubblicato lo scorso anno su una rivista scientifica spagnola, l'articolo traccia una disamina dei fattori che compromettono la durata dell'allattamento al seno. Senza volerli togliere il gusto della lettura di questo articolo, vi anticipiamo che una esperienza positiva in una precedente gravidanza sicuramente rappresenta un fattore favorente il prolungarsi dell'allattamento al seno. Un peso rilevante in negativo è di certo rappresentato da esperienze di allattamento precedenti negative o basse condizioni socioeconomiche e culturali che richiedono interventi di supporto ben organizzati e mirati. Viene fornito uno sguardo anche all'utilizzo del ciucciotto o di pratiche intraospedaliere di utilizzo di sostituti del latte materno. Da leggere con attenzione!

# 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 e Congressi dell'Associazione Italiana per la Care in Perinatologia

[www.careperinatologia.it](http://www.careperinatologia.it)

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

### 10 Gennaio 2011

#### La gestione clinica del lutto perinatale, strategie di interventi Linee Guida

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

Costo 120 euro, max 20 partecipanti.

### 24-25 Gennaio 2011

#### Corso Allattamento avanzato

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

Costo 200 euro, max 20 partecipanti.

### 21 Febbraio 2011

#### L'assistenza del neonato sano in sala parto

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

Costo 120 euro, max 20 partecipanti.

### 14-15 Marzo 2011

#### La dimensione a casa della mamma e del neonato (casi clinici)

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

Costo 200 euro, max 20 partecipanti.

### 26 Marzo 2011

#### Congresso Nazionale AICIP

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

### 18-19 Aprile 2011

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

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

Costo 180 euro, max 20 partecipanti.

### 9-10 Maggio 2011

#### Corsi accompagnamento alla nascita, metodologia

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

Costo 200 euro, max 20 partecipanti.

### 6-7 Giugno 2011

#### La stabilizzazione del neonato in attesa del trasporto

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

Costo 200 euro, max 20 partecipanti.

**INCONTRO NAZIONALE DI NEONATOLOGIA E PEDIATRIA**

regione campana  
**asnapoli3sud**  
U.O.C. Pediatria e Neonatologia  
O.C. ORL Sorrento

*Sorrento, 29.30 Aprile  
1 Maggio 2011*  
Hilton Sorrento Palace  
Via S. Antonio 13  
Sorrento

ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA CARE IN PERINATOLOGIA

**Presidente:**  
Arturo Giustardi

**Segreteria Scientifica:**  
Arturo Giustardi, Roberto Cimelli, Sandra Di Fabio,  
Paolo Giliberti, Luigi Orfeo, Vincenzo Zanoardo

**Segreteria Organizzativa:**  
**Maliga**  
Società di Organizzazione Eventi

Via Epomeo 72 - 80126 Napoli  
Tel 081.7282538 - fax 081.7663029  
email.maligaeventi@olitre.it - www.maliga.it

*Iscrizioni e informazioni:*

Monika Stablum - Tel.: 3383679491 dalle 09:00 alle 18:00  
[monikastablum@yahoo.it](mailto:monikastablum@yahoo.it)



## ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA CARE IN PERINATOLOGIA

[www.careperinatologia.it](http://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](http://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](mailto: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.

