

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



Copyright © 2012



Via del Curato 19/11, 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 2012.

Indice

Editoriale pag.	III
Francesco Tandoi	
La relazione madre-neonato e il fenomeno dell'attaccamento: leggende e verità	1
Arturo Giustardi - <i>Napoli</i> , Monika Stablum - <i>Bolzano</i> , Arianna De Martino - <i>Mantova</i>	
Le alterazioni renali e vascolari "misconosciute" dei nati con ritardo di crescita intrauterino	4
Vincenzo Zanardo, Martina Bertin, Silvia Visentin, Daniele Trevisanuto, Arturo Giustardi, Erich Cosmi - <i>Padova</i>	
Kangaroo mother care: sentimenti comuni e usanze differenti	7
Pamela Ferraris, Simona Barrile, Federica Ferrero - <i>Carità di Novara</i>	
Attività fisica in gravidanza ed outcome materno neonatale	14
Elisa Mogliotti, Elsa Del Bo - <i>Pavia</i>	
Scelti per voi	22
Home and Abroad	23

Editoriale

“Programming”. Riesce difficile pensare ai fenomeni naturali regolati da un meccanismo di programmazione di base. Mi hanno insegnato a pensare che “la Natura non fa calcoli” che è quello che molte delle sue manifestazioni sembrano esprimere. In realtà pensando ai fenomeni naturali, è difficile riuscire a comprendere quanto siano espressione di una casualità e quanto facciano parte di una serie di “leggi” che gli stessi studiosi fanno fatica a definire. L’organismo umano, nei suoi meccanismi più intrinseci, non sfugge a queste considerazioni, quello che però si ipotizza è che un fine meccanismo di regolazione, presente dalle fasi più precoci della vita di un individuo, sia capace di governare ogni singola reazione nell’ambito di una programmazione che consenta di esprimere i potenziali di ognuna di essa tenendo conto che l’insieme di queste reazioni va a costituire un organismo in tutta la sua complessità. Alla faccia della casualità, mi viene da dire!

Parliamo di ipotesi, molto affascinanti, sempre più accattivanti, ma se vogliamo sempre semplicistiche, se abbiamo ben presente la complessità di qualsiasi fenomeno, organismo, sistema in Natura. C’è una questione da considerare in questa programmazione ovvero che le interferenze alla programmazione di base determinano a cascata una serie di variazioni spesso dell’intero sistema o di alcune sue parti in grado di modificarsi in maniera anche definitiva tutto il suo funzionamento. Detta così, questa ipotesi sembra molto logica, tuttavia, quando applicata all’organismo umano, appare di una complessità spaventosa in quanto dall’effetto iniziale e da quello finale bisogna risalire a tutte le reazioni intermedie che hanno poi dato quell’esito.

Inoltre nel ricercare i risvolti di un sovvertimento della programmazione iniziale si svelano sempre più degli aspetti che coinvolgono organi e apparati che inizialmente non si pensava potessero essere coinvolti. E’ quanto emerge da questa interessante review di Zanardo e coll. in cui si ipotizza un sovvertimento che interesserebbe la parete di alcuni vasi sanguigni con risvolti importanti sulla successiva incidenza di ipertensione in età adulta in quei neonati che hanno sofferto di ritardo di crescita intrauterino (IUGR), quindi di un disordine di tipo “nutrizionale” in

senso lato già in utero e che attualmente sta rivelando le conseguenze che può determinare a lungo termine.

Sono ben noti i vantaggi della “Kangaroo Mother Care” allorché si verifica una nascita pretermine, tuttavia nonostante tutto questo non sempre risulta facile metterla in pratica nei reparti di Neonatologia per tutta una serie di ragioni. L’articolo di Ferraris e coll. ci riporta alla mente tutte le virtù della marsupio terapia, soprattutto in relazione alle diversità culturali delle attuali società multietniche e delle potenziali difficoltà che gli operatori possano affrontare in contesti di questo tipo. Si fa quindi avanti un interessante concetto di “transcultural nursing” che l’articolo illustra egregiamente, anche da un punto di vista culturale e antropologico.

In continuità con quanto espresso nell’articolo di Ferraris segue quello di Giustardi che chiarisce alcuni aspetti relativi al bonding madre-neonato, di quale sia il razionale, le possibilità di applicazione nella pratica clinica, le prospettive fra leggende e varietà.

Per concludere, ma sicuramente di grande interesse, un altro argomento che talora l’immaginario collettivo ha teso ad aversare in quanto legato ad una visione per così dire “immobilizzante” della gravidanza. L’attività fisica in gravidanza è giustamente diventata una pratica corrente con tanto di patrocinio da parte delle più importanti società scientifiche. La descrizione dei vantaggi, ma soprattutto la definizione di Linee Guida che permettano di effettuare tale pratica in sicurezza per le gestanti ha permesso la diffusione di tali attività fisiche. L’articolo di Magliotti ci porta nella realtà italiana e da par suo riporta l’interessante esperienza ed il contributo in questa direzione dell’Università di Pavia.

Come vedete quindi anche in questo numero la varietà degli argomenti è ben rappresentata. E’ il segno di chi vede nel suo lavoro un motivo per andare oltre e per raccontare esperienze che possano creare una cultura, quella della care per l’appunto, così utile e importante non solo per madri e neonati, ma per tutte le famiglie.

Francesco Tandoi

ADV

La relazione madre-neonato e il fenomeno dell'attaccamento: leggende e verità

Arturo Giustardi¹, Monika Stablum², Arianna De Martino³

¹Neonatologia Clinica "N.S. di Lourdes" - Napoli

²Associazione Italiana per la Care in Perinatologia (AICIP) - Bolzano;

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

Inroduzione

Il rapporto madre-neonato ha da sempre suscitato l'interesse dei ricercatori di tutto il mondo, ma di fatto la maggior parte degli studi esistenti si basa su modelli e osservazioni del mondo animale.

Questo documento riesamina lo sviluppo del concetto di bonding/relazione madre-neonato attraverso gli anni.

La relazione madre neonato

Nel 1976 (rielaborato nel 1980), Marshall H. Klaus e John H. Kennell descrissero il concetto di legame (bonding) nel loro libro "Il legame madre-neonato".

Essi ipotizzarono che per gli esseri umani, come per altri animali, c'è un periodo sensibile dopo la nascita quando le madri ed i neonati sono predisposti a stare l'uno con l'altro creando da subito il legame genitoriale.

Paragonando coppie di madri-neonati che erano state insieme immediatamente dopo la nascita con quelle che non lo avevano fatto, essi conclusero che il contatto precoce nella coppia madre-neonato sviluppa un attaccamento più stretto.

Da quegli studi "bonding" significò letteralmente forte legame della madre con il neonato e del neonato con la madre che si sviluppa subito dopo la nascita.

Quel libro fu pubblicato in un periodo di forti critiche nei confronti della gestione del travaglio, del parto e del neonato. Molti operatori del settore e semplici cittadini chiedevano un approccio più naturale alla nascita.

Ma nonostante siano passati molti anni da allora, tutti i ricercatori stanno ancora imparando molto sul legame/bonding dei genitori con il neonato.

Effettivamente, sembra che un forte legame tra i genitori ed il loro bambino fornisca al neonato il primo esempio di relazione profonda e promuova un senso di sicurezza e di autostima positiva. D'altra parte, la comprensione da parte dei genitori dei segnali del neonato influenzano il suo sviluppo sociale e cognitivo per il futuro.

Molti psicoanalisti hanno teorizzato che se non si riesce ad avere il necessario legame neonato-genitori durante gli anni di formazione (di solito dalla nascita a 36 mesi) allora non si sarà capaci di amare da adulti.

Per esempio, John Bowlby, uno psicoanalista inglese, studiò i bambini cresciuti senza genitori nel primo anno di vita; egli trovò che questi avevano spesso problemi sia nel relazionarsi con gli altri che nel formare legami stabili in età adulta. Da questi studi, gli psicologi hanno confermato quanto sia importante e sensibile la genitorialità per uno sviluppo armonioso del bambino. E' stato anche affermato che, genitori che sono stati separati dai loro neonati dopo la nascita tro-

vano difficile formare, in seguito, un legame parentale stretto, anche se sono essenzialmente studi su animali (le madri di cavie si rifiutarono di prendersi cura dei loro piccoli se separati dopo la nascita).

Fortunatamente, gli uomini non sono topi, e studi più recenti sostengono che i genitori di razza umana sono capaci di essere genitori amorevoli ed attenti persino se sono stati separati dai loro neonati come ad esempio accade in caso di prematurità, malattia, o altre cause di separazione forzata.

Il legame/bonding genitoriale è una esperienza personale e complessa che richiede tempo. Non c'è una formula magica né può essere forzato. Un neonato, a cui vengono soddisfatti i propri bisogni, non soffrirà se il legame sarà ritardato per qualche motivo.

Alla nascita la fisiologia del neonato è completamente operativa per affrontare la vita, ma allo stesso tempo ha bisogno di essere nutrito e protetto. Così, sin dalla nascita il neonato è investito da una tempesta di sensazioni ed è programmato per imparare dalla ripetizione costante.

Le sensazioni che il neonato riceve mentre viene nutrito e curato gli procurano quello stimolo che inizia il processo di bonding/legame.

Sperimentare il tatto (le labbra mentre si alimenta, il massaggio, la sensazione del pelle a pelle), la vista (il viso della madre), l'udito (la voce della madre), tutto si imprime nel cervello, si stimolano le vie del piacere e si producono endorfine.

Da recenti ricerche si afferma che l'ossitocina, prodotta dopo il parto e durante l'allattamento gioca un ruolo molto importante nell'iniziare e sostenere il processo neurologico del bonding/legame nel neonato e nell'influenzare i comportamenti specifici materni nei confronti del neonato.

Il bonding è un complesso processo evolutivo, non qualcosa che si stabilisce in pochi minuti, né qualcosa che deve accadere entro un certo periodo dalla nascita. E' quindi importante che gli studi non abbiano un'impronta pessimistica. Ad esempio non si può affermare che ci saranno problemi per la madre ed il bambino se il piccolo viene separato dalla madre per necessità.

Klaus e Kennel stessi tra il 1982 ed il 1983 tentarono di spiegare la loro precedente posizione del 1976: gli umani si adeguano facilmente e ci sono molti modi per sviluppare un legame.

Purtroppo, alcuni genitori a cui è mancato il contatto iniziale, sentono che la loro relazio-

ne genitoriale futura è già irrimediabilmente compromessa. Ciò è (ed era) sbagliato.

Se alla nascita non vi sono le condizioni ideali per iniziare il bonding, i genitori vanno rassicurati che il legame si svilupperà ugualmente. Alcuni genitori sentono un forte affetto verso il loro figlio sia dopo pochi minuti che dopo ore o giorni dalla nascita. Per altri la relazione inizia dopo molti giorni di contatto e cura, specialmente per quei neonati adottati o che sono stati in terapia intensiva per lungo tempo.

Naturalmente è più facile iniziare una relazione affettiva quando è andato tutto bene e le persone intorno sono di sostegno ed aiuto nello sviluppare le qualità genitoriali.

In ospedale ormai si raccomanda che il neonato possa stare sempre con la madre per questo in molti punti nascita è istituito il rooming in nelle 24 ore.

Ovviamente, per i neonati pretermine o per quelli con patologia, il sostegno del personale dell'ospedale è fondamentale per facilitare il legame.

Ad esempio si possono istruire i genitori a tenere, toccare e gestire un neonato quando si trova in incubatrice e consigliare di trascorrere del tempo a guardare, toccare e parlare con il proprio piccolo. Le infermiere possono insegnare come fare il bagno o come alimentare il piccolo.

D'altra parte, il bonding può ritardare se una donna è stanca per un travaglio prolungato, o prova ancora dolore per un parto difficoltoso o un taglio cesareo senza altro aiuto dopo. Anche la depressione post partum può influenzare negativamente il legame. Se una donna non sente che non si sta legando al suo piccolo può essere segno di depressione post partum.

E' difficile valutare il bonding. La genitorialità è una qualità molto variabile e ci sono molti pregiudizi su cosa è una buona madre. Inoltre, negli studi non vi sono misure di valutazione condivise, per cui vi è scarsa evidenza scientifica sul fatto che la prima ora dopo la nascita rappresenti un momento speciale o sensibile.

Nonostante ciò, tra gli operatori sanitari ci sono stati diversi cambiamenti positivi, soprattutto in seguito alle ultime ricerche sul bonding.

Molti ospedali hanno totalmente umanizzato il modo in cui vengono trattati i genitori ed i neonati. Ai genitori viene concesso maggiore contatto con il neonato sin dalla nascita, ed il cambiamento è stato ancora più evidente nelle terapie intensive neonatali. Infatti, qui i genitori spesso partecipano attivamente nella cura del proprio

figlio invece di aspettare che il piccolo venga dimesso dall'ospedale.

Da quando sono iniziate le ricerche sul bonding alla nascita i principali cambiamenti sono stati:

- 1) le madri ed i neonati possono rimanere insieme per molto più tempo sin dalla nascita;
- 2) i padri e gli altri membri della famiglia sono spesso presenti alla nascita o subito dopo;
- 3) il rooming in è diventata la normalità nella maggior parte degli ospedali e dei punti nascita;
- 4) l'allattamento al seno viene iniziato entro un paio d'ore dalla nascita;
- 5) in molti ospedali si pratica il contatto pelle a pelle subito dopo la nascita e per i neonati pretermine questo influenza positivamente l'allattamento al seno.

Da parte del personale sanitario si può fare molto per migliorare il bonding.

Ad esempio:

- 1) **Rimandare le procedure routinarie.** Di solito le infermiere eseguono prima le profilassi consigliate (vitamina K e pomata oftalmica) poi portano il neonato alla madre. La pomata offusca momentaneamente la visione del neonato o lo costringono a tenere gli occhi chiusi. I genitori hanno bisogno di guardare quegli occhi.
- 2) **Permettere il contatto.** Dopo la nascita sarebbe utile mettere il neonato sulla pancia della madre, o comunque con contatto pelle a pelle, a meno che non vi siano cause mediche che richiedono la separazione.
- 3) **Permettere al neonato di iniziare l'allattamento subito dopo la nascita.** La maggior parte dei neonati sono contenti anche solo di leccare il capezzolo; altri sanno già succhiare al seno immediatamente. Questa stimolazione del capezzolo, aumenta le contrazioni uterine e riduce le perdite ematiche post partum. Inoltre la suzione precoce stimola anche il rilascio di prolattina, un altro ormone che aumenta le capacità relazionali affettive materne.
- 4) **Stare insieme alla madre (rooming in).** I neonati sani dovrebbero stare sempre con la madre sin da dopo il parto per permettere il rinforzo visivo, tattile, uditivo, olfattivo e per la suzione.
- 5) **Incoraggiare la madre/il padre a parlare, toccare e guardare il loro bambino.** Il contatto pelle a pelle è importante ma anche accarezzare il piccolo. Al di là di es-

sere piacevole, strofinare la pelle ha un effetto medico benefico per il neonato. La pelle è il più ampio organo di senso del corpo umano ed è molto ricca di terminazioni nervose. Quando un neonato è nel periodo di transizione dalla nascita e la respirazione è ancora irregolare, accarezzare il neonato lo stimola a respirare in modo più ritmico. Il valore terapeutico del tocco dei genitori. Il neonato vede ad una distanza di circa 25 cm, che straordinariamente corrisponde alla distanza tra capezzolo e occhi della madre durante l'allattamento. Per questo è utile piazzare il neonato nella posizione faccia a faccia con la madre dopo il parto. Durante le prime ore e giorni dopo la nascita un dialogo naturale si svilupperà tra madre e neonato. Gli studi sull'analisi della voce hanno mostrato un ritmo unico e una cadenza confortante della voce materna.

Tutti questi sforzi hanno confermato l'importanza di un'interazione costante e continua tra la madre ed il neonato per lo stabilirsi e svilupparsi della relazione materno neonatale che è alla base del benessere futuro della famiglia tutta.

Lettere consigliate

- Crouch M, Manderson L. Bonding postpartum dysphoria and social ties. A speculative inquiry. *Human Nature*, 2002; 13 (3).
- Gordon I, Zagoory-Sharon O, Leckman JF, Feldman R. Ossitocina e sviluppo della genitorialità *Biol Psychiatry*. 2010 Aug 15; 68 (4): 377-82. Epub 2010 Mar 31.
- Kennell JH, Klaus, MH: Bonding: Recent observations that alter perinatal care. *Pediatrics in Review*, 1998; 19, 4-12.
- Maselko J, Kubzansky L, Lipsitt L, Buka SL: Mother's affection at 8 months predicts emotional distress in adulthood. *J Epidemiol Community Health* 2010 Jul 26.
- Nyqvist KH, Anderson GC, Bergman N, Cattaneo A, Charpak N, Davanzo R, Ewald U, Ibe O, Ludington-Hoe S, Mendoza S, Pallás-Allonso C, Ruiz Peláez JG, Sizon J, Widström AM. Towards universal Kangaroo Mother Care: recommendations and report from the First European conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care *Acta Paediatr*. 2010 Jun; 99 (6): 820-6. Epub 2010 Mar 6.
- Offerman-Zuckerberg J. The parenting process: a psychoanalytic perspective. *J. Am. Academy Psychoanalysis* 1992; 20, 205.
- Seltzer LJ, Ziegler TE, Pollak SD: Social vocalizations can release oxytocin in humans *Proc Biol Sci*. 2010 Sep 7; 277 (1694): 2661-6. Epub 2010 May 12.
- Tessier R, Cristo M, Velez S. et al. Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. *Pediatrics*, 1998; 102, 390-391.
- Zanardo V, Gambina I, Begley C, Litta P, Cosmi E, Giustardi A, Trevisanuto D. Psychological distress and early lactation performance in mothers of late preterm infants. *Early Hum Dev*. 2011 Apr; 87 (4): 321-3. Epub 2011 Feb 12.
- Zanardo V, Sveglia G, Cavallin F, Giustardi A, Cosmi E, Litta P, Trevisanuto D. Elective cesarean delivery: does it have a negative effect on breastfeeding? *Birth*. 2010 Dec; 37 (4): 275-9. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00421.

Le alterazioni renali e vascolari “misconosciute” dei nati con ritardo di crescita intrauterino

Vincenzo Zanardo, Martina Bertin, Silvia Visentin,
Daniele Trevisanuto, Arturo Giustardi, Erich Cosmi

Università degli Studi di Padova, Scuola di Medicina

In accordo con la Classificazione dell'American College of Obstetricians and Gynecologists redatta nel 2001, si definisce affetto dal ritardo di crescita intrauterino (IUGR) il feto che non raggiunge il proprio potenziale di crescita e che è caratterizzato da un peso alla nascita inferiore al 10° percentile rispetto alla propria età gestazionale (1). Pertanto l'IUGR può essere considerato come l'incapacità da parte di un feto che soffre di deprivazione nutrizionale, di raggiungere il proprio potenziale di crescita geneticamente determinato (2).

Principalmente si tratta di un disordine vascolare che si accompagna sia ad una compromissione della crescita feto-placentare che a molteplici manifestazioni cardiovascolari fetali (3). La risposta del circolo fetale all'insufficienza placentare include la redistribuzione della circolazione arteriosa fetale con distribuzione selettiva del sangue espulso dal ventricolo sinistro al cuore e al cervello del feto, mantenendo in essi un adeguato rifornimento di ossigeno. Con l'ulteriore peggioramento del circolo fetale, si assiste ad una disfunzione cardiaca che si associa a profili di velocità di flusso venoso anomali, quali: flusso inverso nel dotto venoso durante la contrazione atriale e pulsazioni atriali nella vena ombelicale. Inoltre, l'insufficienza placentare inficia la funzionalità cardiaca fetale. Infatti i feti IUGR presentano una disfunzione cardiaca sia in fase sistolica che diastolica, la quale determina una precoce e pronunciata compromissione del cuore destro, rispetto al sinistro, e della fase diastolica, rispetto a quella sistolica. Pertanto un feto è classificato ormai da molte Scuole IUGR quando presenti un peso fetale stimato (*Estimated Fetal Weight - EFW*) inferiore al 10° percentile associato ad una alterata flussimetria, in particolare un *Pulsatility Index - PI* dell'arteria ombelicale superiore di due deviazioni standard (3, 4). I neonati con ritardo di crescita intrauterino dovuto all'insufficienza placentare sono ad elevato rischio di se-

quele a breve e a lungo termine (1, 3). Pertanto, l'IUGR è una delle principali cause di morbilità e mortalità perinatale ed è associato a numerosi problemi di salute durante la vita adulta (6). Le complicanze a lungo termine sono numerose e coinvolgono diversi organi e sistemi, in primis quello cardiovascolare e renale.

L'ipotesi di Barker e la programmazione fetale delle malattie dell'adulto (“programming”)

L'ipotesi dell'origine e dello sviluppo fetale delle patologie cardiovascolari e renali dell'adulto, anche detta Ipotesi di Barker, propone che queste patologie originino dagli adattamenti del feto quando soffre di carenza di nutrienti. Questi adattamenti possono essere cardiovascolari, metabolici o endocrini e sembrano cambiare permanentemente la struttura e la funzione del corpo, aumentando così i fattori di rischio della patologia coronaria, come l'ipertensione, il diabete mellito tipo 2, la resistenza insulinica e l'iperlipidemia (6-9).

L'associazione tra IUGR e incremento della pressione arteriosa in età pediatrica e adulta è stata ampiamente dimostrata in tutto il mondo. Nel 1996 una revisione che prendeva in considerazione 34 articoli e coinvolgeva più di 66.000 persone di qualsiasi età, ha identificato una relazione negativa tra il peso alla nascita e la pressione arteriosa sistolica in età pediatrica e adulta. Questa relazione era indipendente dalla dimensione del corpo al momento della misurazione della pressione arteriosa e la sua entità tendeva a peggiorare con l'età (10, 11).

Il ritardo di crescita in utero è stato associato anche ad alterazioni funzionali (disfunzione endoteliale) e strutturali (incremento dello spessore di parete) dell'albero vascolare arterioso consistente con una precoce aterosclerosi (12-15).

Disfunzione endoteliale

Nel 2005, Skilton e collaboratori hanno aggiunto nuove ed interessanti informazioni all'ipotesi di Barker. Essi hanno confrontato con metodica ecografica lo spessore intima-media della parete aortica (aIMT, aortic intima-media thickness) dei neonati con basso peso alla nascita e di quelli nati con peso normale. Nei neonati IUGR l'aIMT era significativamente maggiore rispetto ai controlli. Sulla base di queste evidenze, la misurazione ultrasonografica dell'aIMT addominale è stata descritta come un marker facilmente valutabile, accurato e sensibile del rischio aterosclerotico e, poiché non ci sono state interferenze tra le esposizioni avvenute in età pediatrica e in quella adulta, questi autori hanno dimostrato chiaramente l'esistenza di un contributo fetale alle patologie cardiovascolari dell'adulto (12). Inoltre, Koklu e collaboratori nel 2007, hanno valutato il potenziale utilizzo della misurazione dell'aIMT nell'esame dei neonati ad altro rischio aterosclerotico, concludendo che la stima dell'aIMT può far identificare precocemente le eventuali disfunzioni vascolari asintomatiche (13). Di recente abbiamo studiato l'aIMT nei feti e successivamente negli stessi una volta diventati bambini con un follow-up di circa 18 mesi. Abbiamo riscontrato che l'aIMT nei feti IUGR era inversamente correlata al loro peso fetale stimato, dimostrando così che basso peso alla nascita e anomalie all'analisi Doppler potrebbero correlare con una struttura vascolare alterata, accompagnandosi inoltre ad un danno endoteliale, consistente con la scoperta che l'aterosclerosi si sviluppa inizialmente nell'intima dell'aorta. Queste differenze erano presenti anche al momento del follow-up e si associavano a ipertensione e a elevata albuminuria (14, 15). In un recente studio, Crispi e collaboratori hanno confermato la presenza di uno spessore della parete carotidea aumentato nei bambini nati con IUGR e che queste alterazioni persistevano in età pediatrica. L'incremento dello spessore della parete arteriosa potrebbe essere il risultato di un rimodellamento vascolare correlato al *programming* metabolico durante la vita intrauterina dell'IUGR (16). Gli stessi autori hanno evidenziato inoltre nei bambini nati con IUGR dei cambiamenti della morfologia cardiaca, una disfunzione longitudinale cardiaca subclinica e una moderata ipertensione arteriosa; tutte queste alterazioni sembrano aggravarsi proporzionalmente alla gravità del ritardo di crescita in utero. Il basso peso alla nascita, sia esso conseguenza dell'IUGR o del parto prematuro, è stato recentemente riconosciuto come uno dei fattori di rischio emergenti per lo sviluppo di futuri eventi avversi cardiovascolari (17).

Programmazione fetale e complicanze renali

Secondo l'ipotesi già citata del *programming* fetale, anche i reni in via di sviluppo sembrano essere estremamente suscettibili all'IUGR e spesso risultano piccoli in proporzione al peso corporeo (18). Numerosi studi effettuati su animali ed esseri umani hanno descritto un ridotto numero di nefroni dopo il ritardo di crescita in utero. Ciò determina la riduzione della superficie di filtraggio glomerulare e il contemporaneo incremento del flusso sanguigno renale, che altro non è che un tentativo di mantenere un adeguato filtraggio glomerulare. Secondo l'ipotesi dell'iperfiltrazione sviluppata da Brenner e collaboratori, queste alterazioni portano a ipertensione e ipertrofia glomerulare, le quali determinano, a loro volta: ipertensione sistemica, incremento del riassorbimento di sodio e danno glomerulare, risultanti in albuminuria e glomerulosclerosi (19-21). Pertanto l'IUGR può portare a una disfunzione renale. Il meccanismo che collega il rene di piccole dimensioni all'ipertensione sistemica potrebbe includere il sistema renina-angiotensina, che si sa essere alterato nelle fasi precoci dell'ipertensione primaria. Un aumento dell'attività del RAAS può essere considerato un meccanismo compensatorio del ridotto numero di nefroni, che tenta di mantenere una filtrazione renale normale (22). Questi meccanismi sono stati descritti in diversi studi sperimentali, incluso quello effettuato su topi maschi IUGR che presentavano una pressione arteriosa elevata e un numero ridotto di glomeruli a 22 settimane di vita (23). Negli ultimi cinque anni, molti studi clinici sono stati pubblicati riguardo la maturazione della funzionalità renale nei bambini IUGR. Nel 2005, Keijzer-Veen e collaboratori hanno identificato una relazione positiva tra peso alla nascita e velocità di filtrazione glomerulare. I ricercatori hanno inoltre riscontrato un'associazione negativa tra peso alla nascita e creatinina serica, suggerendo così che gli individui IUGR siano a rischio elevato di sviluppare ipertensione e insufficienza renale progressiva (24). Una meta-analisi pubblicata da Teeninga e collaboratori nel 2008, che ha coinvolto 201 pazienti (25 SGA e 176 AGA), ha dimostrato che il basso peso alla nascita ha una decisa influenza sulla velocità di filtrazione glomerulare e sulla proteinuria, entrambe associate all'aumento di possibilità di sviluppare severe complicazioni, inclusa l'ipertensione (25). In un recente follow-up abbiamo anche evidenziato come sia la microalbuminuria che la sodiuria siano significativamente elevate nei bambini IUGR, mentre l'escrezione urinaria di aldosterone e di lisozima risultino non affette (26). In accordo con Menzel e

Moeller, esiste la possibilità di considerare sia la microalbuminuria che la sodiuria, conseguenze della stessa alterazione dei podociti glomerulari (27). Le cellule endoteliali e i podociti originano dallo stesso foglietto embrionale e queste osservazioni supportano la tesi secondo la quale i danni estrinseci vascolari e renali non sono un prerequisito indispensabile per l'inizio e il perpetuarsi del danno renale e, anzi, che certe deficienze intrinseche nella massa renale funzionante, createsi durante la vita prenatale, possono essere sufficienti per contribuire al declino della funzionalità renale e cardiovascolare che avverrà in età adulta.

Conclusioni

Le conoscenze delle conseguenze a breve e lungo termine (28, 29) del ritardo di crescita fetoplacentare sono aumentate rapidamente negli ultimi dieci anni, permettendo così di comprendere il motivo dell'esito avverso di alcune gravidanze e dei gravi aspetti clinici fetali ad esse correlati: tutto questo riveste un'importanza non solo prettamente clinica, ma anche di sanità pubblica. Al momento attuale programmare il corretto *timing* del parto in corso di IUGR è il metodo migliore per evitare conseguenze perinatali avverse a breve termine. Non abbiamo invece ancora dati certi per affermare che la misura della aIMT fetale-neonatale e/o lo screening precoce della microalbuminuria possano aiutare a prevenire o a ridurre le patologie cardiovascolari e renali già in atto (**“programming vs continuum?”**) nei nati con ritardo di crescita intrauterina.

Bibliografia

1. Committee on Practice Bulletins Gynecology, American College of Obstetricians and Gynecologists, Washington, DC 20090-6920, USA. Intrauterine growth restriction. Clinical management guidelines for obstetrician gynecologists. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet* 2001; 72: 85-96.
2. Jang DG, Jo YS, Lee SJ, Kim N, Lee GSR. Perinatal outcomes and maternal clinical characteristics in IUGR with absent or reversed end-diastolic flow velocity in the umbilical artery. *Arch Gynecol Obstet* 2011; 284 (1): 73-8.
3. Baschat AA. Fetal responses to placental insufficiency: an update. *BJOG* 2004; 111 (10): 1031-1041.
4. Bahtiyar MO, Copel JA. Cardiac changes in the intrauterine growth-restricted fetus. *Semin Perinatol* 2008; 32 (3): 190-193.
5. McMillen IC, Robinson JS. Developmental origins of the metabolic syndrome: prediction, plasticity, and programming. *Physiol Rev* 2005; 85 (2): 571-633.
6. Barker DJP. Adult consequences of fetal growth restriction. *Clin Obstet Gynecol* 2006; 49 (2): 270-283.
7. Bateson P, Barker D, Clutton-Brock T, Deb D, D'Udine B, Foley RA, Gluckman P, Godfrey K, Kirkwood T, Lahr MM, McNamara J, Metcalfe NB, Monaghan P, Spencer HG, Sultan SE. De-

velopmental plasticity and human health. *Nature*. 2004; 430 (6998): 419-421.

8. Osmond C, Kajantie E, Forsén TJ, Eriksson JG, Barker DJP. Infant growth and stroke in adult life: the Helsinki birth cohort study. *Stroke* 2007; 38 (2): 264-270.
9. Barker DJP, Eriksson JG, Forsén T, Osmond C. Fetal origins of adult disease: strength of effects and biological basis. *Int J Epidemiol* 2002; 31 (6): 1235-1239.
10. Law CM, Shiell AW. Is blood pressure inversely related to birth weight? The strength of evidence from a systematic review of the literature. *J Hypertens* 1996; 14 (8): 935-941.
11. Lenfant C. Low birth weight and blood pressure. *Metabolism* 2008; 57 (Suppl 2): S32-S35.
12. Skilton MR, Evans N, Griffiths KA, Harmer JA, Celemajer DS. Aortic wall thickness in newborns with intrauterine growth restriction. *Lancet* 2005; 365 (9469): 1484-1486.
13. Koklu E, Ozturk MA, Gunes T, Akcakus M, Kurtoglu S. Is increased intima-media thickness associated with preatherosclerotic changes in intrauterine growth restricted newborns? *Acta Paediatr* 2007; 96 (12): 1858.
14. Cosmi E, Visentin S, Fanelli T, Mautone AJ, Zanardo V. Aortic intima media thickness in fetuses and children with intrauterine growth restriction. *Obstet Gynecol* 2009; 114 (5): 1109-1114.
15. Litwin M, Niemirska A. Intima-media thickness measurements in children with cardiovascular risk factors. *Pediatr Nephrol* 2009; 24 (4): 707-719.
16. Crispi F, Bijnens B, Figueras F, Bartrons J, Eixarch E, Le Noble F, Ahmed A, Gratacós E. Fetal growth restriction results in remodeled and less efficient hearts in children. *Circulation* 2010; 121 (22): 2427-2436.
17. Bassareo P, Fanos V, Crisafulli A, Mura R, Mercurio G. Cardiovascular phenotype in extremely low birth weight infants: long term consequences. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2011 [Epub ahead of print].
18. Teeninga N, Schreuder MF, Bökenkamp A, Delemarre-van de Waal HA, Van Wijk JAE. Influence of low birth weight on minimal change nephrotic syndrome in children, including a meta-analysis. *Nephrol Dial Transplant* 2008; 23 (5): 1615-1620.
19. Brenner BM, Lawler EV, Mackenzie HS. The hyperfiltration theory: a paradigm shift in nephrology. *Kidney Int* 1996; 49 (6): 1774-1777.
20. Manalich R, Reyes L, Herrera M, Melendi C, Fundora I. Relationship between weight at birth and the number and size of renal glomeruli in humans: a histomorphometric study. *Kidney Int* 2000; 58 (2): 770-773.
21. Luyckx VA, Brenner BM. Low birth weight, nephron number, and kidney disease. *Kidney Int* 2005; 68 (97): S68-S77.
22. Wlodek ME, Westcott K, Siebel AL, Owens JA, Moritz KM. Growth restriction before or after birth reduces nephron number and increases blood pressure in male rats. *Kidney Int* 2008; 74 (2): 187-195.
23. Geelhoed JJM, Jaddoe VWV. Early influences on cardiovascular and renal development. *Eur J Epidemiol* 2010; 25 (10): 677-692.
24. Keijzer-Veen MG, Schrevel M, Finken MJ, Dekker FW, Nauta J, Hille ET, Frölich M, van der Heijden BJ; Dutch POPS-19 Collaborative Study Group. Microalbuminuria and lower glomerular filtration rate at young adult age in subjects born very premature and after intrauterine growth retardation. *J Am Soc Nephrol* 2005; 16 (9): 2762-276840.
25. Teeninga N, Schreuder MF, Bökenkamp A, Delemarre-van de Waal HA, van Wijk JAE. Influence of low birth weight on minimal change nephrotic syndrome in children, including a meta-analysis. *Nephrol Dial Transplant* 2008; 23 (5): 1615-1620.
26. Bertin M. Intrauterine growth restriction, aortic wall thickening, glomerular proteinuria and sodiuria during infancy. *Graduation Thesis, University of Padua*, 2011.
27. Menzel S, Moeller MJ. Review: Role of the podocyte in proteinuria. *Pediatr Nephrol* 2011; 26 (10): 1775-80.
28. Zanardo V, Fanelli T, Weiner G, Fanos V, Zaninotto M, Visentin S, Cavallin F, Trevisanuto D, Cosmi E. Intrauterine growth restriction is associated with persistent aortic wall thickening and glomerular proteinuria during infancy. *Kidney Int* 2011; 80 (1): 119-23.
29. Bassareo PP, Fanos V, Puddu M, Demuru P, Cadeddu F, Balzarini M, Mercurio G. Reduced brachial flow-mediated vasodilation in young adult ex extremely low birth weight preterm: a condition predictive of increased cardiovascular risk? *J Matern Fetal Neonatal Med* 2010; 23 (S3): 121-124.

Kangaroo mother care: sentimenti comuni e usanze differenti

Lavoro tratto da una parte della tesi di Laurea in Infermieristica
Pediatria dal titolo

“Kangaroo Mother Care in Piemonte: studio sulle modalità
di esecuzione e valutazione dei benefici”

di Pamela Ferraris

Pamela Ferraris, Simona Barrile, Federica Ferrero

Azienda Ospedaliero Universitaria Maggiore della Carità di Novara, Terapia
Intensiva Neonatale

Introduzione

In Italia, secondo una ricerca ISTAT effettuata nel 2002, si è constatato che la percentuale di nati pretermine e quella di nati con peso inferiore ai 2500 grammi è all'incirca del 6-7 %. Inoltre il rischio di mortalità neonatale si è quasi dimezzato a partire dagli anni '80 in quanto le donne assistite durante la gravidanza hanno superato il 90%, sono migliorate le condizioni socio-economiche e l'assistenza neonatologica soprattutto in Terapia Intensiva Neonatale, per garantire le cure adeguate a neonati di età gestazionale estremamente bassa. Tuttavia nonostante i progressi tecnologici e la maggior attenzione alla care individualizzata del neonato prematuro, il parto pretermine rappresenta comunque sempre un ostacolo. La Kangaroo Mother Care, meglio conosciuta come Marsupio-terapia, si presenta come un valido metodo per ristabilire il contatto pelle a pelle tra la mamma e il proprio cucciolo proseguendo quel legame che si è spezzato prima del tempo. Nella società odierna tuttavia si ha a che fare con varie etnie che possono reagire in modo differente di fronte ad un parto prematuro e di conseguenza di fronte alla proposta di effettuare la Kangaroo Mother care.

La Kangaroo Mother Care

Il termine “Kangaroo Mother Care” nasce dal nome di un marsupiale australiano chiamato canguro, che è solito partorire il prodotto del concepimento prima del termine del periodo gestazionale. La natura ha fatto in modo che quin-

di la femmina del canguro potesse avere una tasca interiore in cui il cucciolo può terminare il periodo gestazionale all'esterno dell'utero materno. All'interno della sacca del marsupiale, il piccolo canguro riceve calore ed è nutrito finché non diventa abbastanza forte per poter uscire da questo contenimento. I capezzoli della madre, che si trovano all'interno della sacca, producono un latte speciale adatto al cucciolo prematuro, proprio come avviene per il latte umano. Il cucciolo del canguro è considerato come un neonato prematuro che deve permanere all'interno del marsupio per circa 18 mesi. In questo periodo avviene una sorta di gestazione extrauterina dove il cordone ombelicale viene sostituito dai capezzoli materni.

Questo metodo nasce nel 1978 a Bogotá in Colombia, quando due neonatologi di nome Hector Martinez ed Edgar Rey Sanabria, medici presso l'Istituto Materno-Infantile dell'ospedale San Juan de Dios, si resero conto che la cura dei neonati prematuri e/o di basso peso alla nascita necessitava di trasformazioni radicali per far fronte alla carenza di incubatrici e all'aumento delle infezioni che conducevano a morti perinatali. Decisero quindi di mettere in atto il *Kangaroo Mother Care Program*. Questo metodo consiste nel far accomodare una donna su di una comoda poltrona ponendo il neonato prematuro nudo in posizione verticale tra i seni scoperti della madre, sterno contro sterno; a testa del neonato viene girata in modo che il suo orecchio possa poggiare sul cuore della madre; le braccia e le gambe sono flesse in modo che il piccolo sia contenuto ricordando la posizione fetale. Il contatto viene effettuato anche 24 ore al giorno se la madre

è disponibile. I risultati furono soddisfacenti in termini di diminuzione dei costi e dimissione precoce, diminuzione della mortalità, maggior incremento ponderale nei piccoli, allattamento esclusivo al seno, acquisizione da parte del piccolo di amore e calore da parte della madre, la prevenzione di apnee, respiro irregolare, reflusso gastro-esofageo e abbandoni da parte della famiglia. Questo progetto ha rivoluzionato l'assistenza ai neonati prematuri nei Paesi in via di sviluppo e a poco a poco è stato introdotto nei Paesi industrializzati in modalità diverse. Tuttavia, considerando i benefici che tale metodo ha sul neonato e sui genitori, è necessario lavorare ancora molto per incrementare tale metodo senza che venga tralasciato per l'eccessiva medicalizzazione.

I sentimenti materni nel post-partum

Quando un neonato viene alla luce perde *“la vita ovattata e protetta dell'utero materno”* (Calistri D., Malgradi L., 1998) all'interno del quale è nato e cresciuto per mesi. In seguito ad un parto a termine, il piccolo possiede tutte le caratteristiche per far fronte a questa perdita e per acquisire i benefici dell'indipendenza e dell'autonomia che vengono conquistati tappa dopo tappa.

L'evento nascita è per la donna un momento molto significativo, poiché si devono verificare due processi fondamentali: la perdita di una parte di sé e l'elaborazione del lutto. I sentimenti prevalenti del post-partum sono soprattutto quelli riguardanti la perdita del parto ideale e desiderato, del bambino immaginario e del suo allontanamento dal proprio ventre.

L'elaborazione del sentimento di lutto e di perdita vengono vissuti in modo diverso da ogni donna; tuttavia è ormai risaputo che chi ha partorito con un parto spontaneo, riesce a rielaborare queste sensazioni in modo meno traumatico. Le donne invece che sono sottoposte a taglio cesareo, vivono la separazione e la perdita del proprio figlio come uno shock, a causa della brusca interruzione di un processo fisiologico e naturale che per un numero variabile di mesi l'ha fatta sentire abile e adeguata. Considerando il fatto che la maggior parte dei neonati prematuri vengono alla luce da parto cesareo, questi sentimenti materni sono considerati come un *“luogo comune”* e vengono sostenuti dal fatto che, oltre alla separazione dal proprio figlio accompagnata dalla difficoltà ad elaborare la perdita, la madre si sente inadeguata e colpevole per non essere riuscita a portare a termine la gravidanza. Se il neonato è a termine e in buone condizioni alla nascita, la madre che ha messo al mondo il figlio da taglio cesareo è consapevole del fatto che dopo

qualche ora potrà tenerlo tra le braccia, anche se appena dopo la nascita non c'è stata la possibilità di effettuare il contatto pelle a pelle come invece avviene ormai nella maggior parte dei parti spontanei. Se al contrario il parto è stato precipitoso e il neonato venuto alla luce è anche prematuro, la difficoltà nell'elaborare la perdita per la madre diventa doppiamente complicata, in quanto il piccolo viene trasferito in un altro reparto e mantenuto all'interno di un'incubatrice. E' quindi in quest'ultimo caso che il contatto pelle a pelle diventa per la madre un modo per recuperare il rapporto con il proprio figlio e la stima in se stessa, riuscendo a rielaborare più velocemente il trauma causato dalla precoce e violenta separazione. La Kangaroo Mother Care diventa anche per il neonato un momento di benessere in cui, percependo il battito del cuore materno, il calore del suo corpo, l'odore e l'amore, rivive la sua esperienza all'interno dell'utero materno sentendosi protetto e coccolato.

La nascita prematura

Il parto a termine nella maggior parte dei casi avviene nell'atmosfera ideale per permettere alla madre di partorire esattamente nel modo in cui si attende; dopo il parto la donna si sente fiera di aver portato a termine il suo compito di mamma, la felicità si intensifica e viene condivisa con il marito e con il figlio. Invece la donna che sta per dare alla luce un neonato prematuro, vive un'esperienza completamente differente, poiché si crea un'atmosfera di emergenza con un timore generale per la prognosi del piccolo. Dopo la nascita la madre mostra molte preoccupazioni circa la normalità del suo bambino e il personale ospedaliero che la circonda non è in grado di risponderle con previsioni esatte. Secondo lo psicanalista infantile Bertrand Cramer, la nascita ed i giorni seguenti costituiscono un momento molto rilevante per l'avvio della relazione della madre con il proprio figlio che da immaginario diventa reale, in cui gradualmente si inserisce anche la figura paterna. La nascita prematura invece rappresenta un ostacolo in questo processo fisiologico di creazione del legame tra genitori e figlio a causa della separazione che inevitabilmente si crea nel momento in cui il neonato viene trasferito presso il reparto di Terapia Intensiva Neonatale. Il suo sviluppo non è ancora completo, il corpo è esile ed immaturo per assolvere alle funzioni vitali, il calore e il supporto forniti in gravidanza dal corpo materno vengono bruscamente interrotti e sostituiti da una culla termica, collegata a macchinari che provvedono a supportare respirazione, alimentazione e mantenimento della temperatura. Il neona-

to rimane solo, separato dai genitori che a loro volta si sentono quasi esclusi come se quel bimbo tanto atteso non fosse più loro. La nascita prematura si manifesta quindi come un evento stressante, percepito e vissuto come shock emotivo, accompagnato da confusione, disorientamento e susseguirsi imperioso di domande di ogni genere. Ansia e preoccupazione per le condizioni del piccolo e per il suo futuro sono i primi sentimenti che affiorano e la brusca, ma seppur necessaria, separazione determina un aumento delle paure e delle fantasie negative.

In particolare le reazioni più comuni sono:

- Il **rifiuto** in quanto risulta impossibile per i genitori credere che ciò sia davvero successo, ma si ha solo la sensazione di doversi svegliare da un brutto sogno.
- La **tristezza** da una parte per la perdita del figlio ideale, dall'altra per le cure, le terapie e le manovre invasive a cui deve essere sottoposto il piccolo. A volte questa sensazione di perdita può portare a sentire di non amare il neonato, ma non si tratta di carenza di amore, che ben presto riemergerà, ma di un fisiologico tentativo di difendersi dal troppo dolore di un eventuale perdita.
- Il **senso di colpa** per non essere riuscita a portare a termine la gravidanza, a difendere il proprio figlio ritenendo che le altre mamme sono migliori di quanto lo sia lei.
- La **rabbia** è un sentimento frequente e viene spesso indirizzata verso altri componenti della famiglia tra cui anche i fratelli.

Tutti questi sentimenti, uno per uno o tutti insieme, possono essere presenti nel cuore di un genitore, subito dopo la nascita di un neonato prematuro. Il tempo di smaltimento e di interiorizzazione varia molto, dipendendo dalla situazione affettiva di equilibrio interiore del genitore precedente alla nascita del bimbo, dal rapporto della coppia genitoriale, dalla situazione clinica del piccolo e dal rapporto con il personale medico ed infermieristico che si prende cura del neonato. Questo periodo iniziale, fatto di sentimenti contrastanti e di tensioni emotive, è seguito da un periodo di ricerca di equilibrio e tentativi di riorganizzazione. I genitori si adattano al senso di colpa per aver dato alla luce un neonato prematuro e poco alla volta si rinuncia al lutto e al senso di morte imminente che li proteggeva dal dolore di un'eventuale morte reale del piccolo. Si inizia gradualmente ad abituarsi alla sua presenza e i genitori stessi si rendono conto che comunque evolveranno le sue condizioni di salute, il piccolo ha uno spazio tutto suo ed incolmabile nel loro cuore. Questo processo viene favorito dall'interazione che i genitori iniziano ad avere con il neonato dapprima entrando in reparto,

osservandolo attraverso l'incubatrice e accarezzandolo attraverso gli oblò se le sue condizioni non sono stabili. Non appena il medico lo permetterà, la madre o il padre potranno appoggiare il proprio piccolo sul loro petto nudo per poter rafforzare il legame e colmare il vuoto e la distanza che inevitabilmente si sono creati. La Kangaroo Mother Care risponde dunque a questo desiderio di contatto e partecipazione, in quanto attenua il senso di solitudine e di impotenza e gratifica il desiderio di accudire il neonato in un periodo così delicato.

L'influenza della kangaroo mother care sui genitori

Il contatto pelle a pelle ha effetti positivi, immediati e duraturi sulla madre e sul suo adattamento alla nascita prematura. Infatti spesso le mamme, nella prima giornata dopo il parto, si sentono pervase dalla presenza di sue fantasie contrastanti: il desiderio di proseguire con il bimbo appena nato una relazione di tipo simbiotico fetale, negando così la sua nascita e immaginandolo ancora all'interno del proprio corpo e, contemporaneamente, il desiderio di riconoscere nel neonato reale il figlio "fantasmizzato", prendendo quindi consapevolezza dell'avvenuta separazione. Il contatto corporeo precoce diventa quindi di fondamentale importanza, perché sono proprio i primi contatti che ruotano intorno alla necessità e contemporaneamente al timore di prendere coscienza dell'avvenuta separazione. Il neonato si presenta inizialmente per la madre come un corpo estraneo, diverso da quello che ha portato in grembo: è un essere vivente che va lentamente conosciuto, riconosciuto e collegato alle precedenti fantasie fatte su di lui; questo processo di riconoscimento è progressivo ed inizialmente l'attenzione è concentrata sul suo aspetto esterno. Il suo corpicino infatti viene toccato con delicatezza, con carezze di superficie, caute e leggere fatte con la punta o con il dorso delle dita e accanto al contatto cutaneo, vengono associati anche intensi sguardi materni. In questo modo la conoscenza ed il contatto corporeo permettono alla madre e al padre di percepire il loro figlio nella sua totalità e di iniziare a conoscerlo meglio.

Per questo motivo siccome i sensi di colpa e la lontananza dal figlio spesso ritardano e complicano l'assunzione del ruolo genitoriale (Klaus 1995), tenere il piccolo a stretto contatto per alcune ore al giorno favorisce il desiderio di prendersi cura di lui, aumenta la sicurezza e la fiducia nella propria capacità di riuscire a capire e soddisfare i bisogni del neonato e riduce nella madre il senso di colpa.

La Kangaroo Mother Care offre la possibilità di conoscere meglio il proprio figlio e di iniziare ad interagire con lui. La diade madre-neonato pretermine presenta, con il passare del tempo, un profilo molto più interattivo, poiché il contatto precoce e prolungato facilita la conoscenza reciproca e gli scambi, grazie ai quali si innescano più velocemente processi interattivi di sincronicità e di reciprocità. Imparando a relazionarsi con il proprio piccolo le madri sono più tranquille, presentano minor ansia per il rientro a casa e miglior accettazione di eventuali complicanze future. Inoltre secondo studi recenti sembra che il contatto pelle a pelle nella madre determini una stimolazione del sistema endocrino aumentando la produzione di endorfine e ossitocina. La concentrazione delle endorfine aumenta nel plasma fino a duplicare durante l'allattamento conferendo alla nutrice una sensazione di benessere. L'ossitocina, ormone prodotto nei nuclei ipotalamici, viene rilasciato dalla neuroipofisi in modo pulsatile nel torrente circolatorio nel momento in cui vi siano stimolazioni sensoriali; questo ormone ha un ruolo fondamentale nell'eiezione del latte dal capezzolo e per questo motivo sembrerebbe che il contatto pelle a pelle prolungato riesca ad aumentare la produzione di latte nella madre incrementando l'allattamento al seno.

Non bisogna tuttavia dimenticare che, anche se inizialmente il contatto pelle a pelle viene proposto solo alla madre, in seguito deve essere offerto anche al padre di prendervi parte come figura attiva o assistendo alle sedute. Il padre infatti deve contenere le paure e le ansie della donna, provvedere alla cura del figlio ed effettuare il contatto pelle a pelle se lo desidera o se la mamma non è presente. Sembra infatti che la Kangaroo Mother Care trasmetta anche al padre le stesse emozioni positive che prova la donna.

La possibilità di permanenza dei genitori all'interno del reparto di Terapia Intensiva Neonatale durante la Kangaroo Mother Care permette inoltre un maggior contatto con il personale sanitario che implica una maggior confidenza, una maggior comunicazione e fiducia nel loro lavoro. Le madri hanno modo di fare domande e di ottenere risposte, acquisendo esperienza nella gestione del loro bambino. Spesso le mamme che hanno avuto la possibilità di sperimentare il contatto pelle a pelle, parlano con quelle che non l'hanno ancora effettuato raccontando gli effetti positivi e le sensazioni provate; questo è considerato un segno poiché gli stessi genitori attendono l'inizio della Kangaroo Mother Care con impazienza. Il personale a sua volta conosce maggiormente la famiglia, ha modo di fare un'opera importante di educazione sanitaria, arriva ad avere maggior fiducia nei confronti dei genitori, con la conseguente possibilità di dimettere precocemente il bimbo.

I genitori, intervistati anni dopo, ricordano il contatto pelle a pelle con il loro figlio come l'esperienza più bella di quei primi mesi di vita; quasi tutti ricordano il giorno in cui hanno iniziato la Kangaroo Mother Care e il peso del piccolo in quell'occasione. Le madri affermano che l'inizio del metodo marsupio è con *“la sensazione di essere madre per la prima volta”*, con *“il superamento della sensazione di inadeguatezza, della paura di romperlo, di essere incapace di poterlo accudire”*, con *“la sensazione di essere mamma come tutte le altre”*. Tutti i genitori vorrebbero ripetere questa esperienza in occasione di un'altra eventuale nascita prematura, poiché ricordano con piacere come il contatto pelle a pelle li abbia aiutati nel rapporto con il loro figlio e definendolo il momento più dolce ed intimo di tutto il periodo del ricovero presso il reparto, mettendosi nelle condizioni di sentirsi utili per il benessere del proprio piccolo. È necessario quindi sostenere i genitori aiutandoli a conoscere il proprio figlio e rendendoli consapevoli dei benefici che la Kangaroo Mother Care ha sul neonato e sulla relazione con i genitori.

Una visione multietnica

La Kangaroo Mother Care è una tecnica che nasce in terra straniera, ovvero la Colombia e si diffonde rapidamente soprattutto nei Paesi in via di sviluppo, fino ad arrivare ai Paesi industrializzati. Anche se i sentimenti materni e gli effetti che il contatto pelle a pelle ha sulla madre e sul neonato sono i medesimi in tutte le culture, la sua espansione non è avvenuta in modo omogeneo poiché alcune culture, per vari motivi tra cui quelli ideologici, non amano il contatto pelle a pelle nei primi giorni di vita per i neonati prematuri. Siccome nella realtà attuale le etnie presenti sul territorio nazionale sono molte e tutte diverse tra di loro, è importante che il personale sanitario operi efficacemente con persone che hanno differenti valori e credenze, in modo da poter cercare di garantire a tutte le madri straniere un approccio infermieristico adeguato che è stato definito *“transcultural nursing”*.

Il transcultural nursing di Madeleine Leininger

Il termine *“transcultural nursing”* è stato coniato per la prima volta da Madeleine Leininger, un'infermiera americana che si è distinta tra le teoriche dell'assistenza infermieristica e considerata, per il suo operato, la leader della teoria sull'assistenza transculturale e umana. Il suo interesse per l'interculturalità iniziò a metà degli anni '50 mentre lavorava in un istituto per il recupero dei

bambini, dove si rese conto che il personale infermieristico era incapace di comprendere i fattori culturali che influenzavano i piccoli pazienti. Intraprese quindi studi di antropologia culturale e psicologica, dando così vita alla sua teoria. Leininger sostiene che l'assistenza è considerata complessa, ingannevole e spesso incorporata all'interno della struttura sociale di una determinata popolazione; per questo afferma che vi siano alcuni processi assistenziali specifici di una data cultura da esaminare da un punto di vista interno, e altri con carattere universale e risultanti dalla comparazione delle abitudini di ciascuna cultura. Perciò affinché l'assistenza risulti ottimale non si può prescindere dalla *culture care*, ovvero dalla necessità di creare compresenza tra la conoscenza *etic* o esterna, e la conoscenza *emic* o popolare che è differente da cultura a cultura. La consapevolezza delle conoscenze emic di un paziente, viene ritenuta un imperativo per indagare accuratamente, conoscere e capire il mondo di ciascuno e per programmare un'assistenza culturalmente congruente, che mira a portare salute e benessere nel paziente. L'assistenza infermieristica congruente con la cultura (*culturally congruent*) e benefica, può esistere solo quando i valori, le espressioni o i modelli di assistenza dell'individuo, della famiglia, del gruppo, della comunità e della cultura sono noti e vengono utilizzati dall'infermiera in modo appropriato per attuare un approccio olistico nei confronti del paziente. La conoscenza *etic*, ovvero quella del personale sanitario, deve essere presa in considerazione insieme a quella *emic* o conoscenza popolare in quanto, per fornire un'assistenza congruente dal punto di vista culturale, è considerato essenziale individuare dove i due sistemi (generico e professionale), sono simili o diversi. Il suo programma di attuare un piano di adattamento delle pratiche infermieristiche in base al contesto culturale di ciascun bambino, si realizza con l'elaborazione del *Sunrise Model* o *Modello del sole nascente*. Con esso si rappresenta una dimensione globale delle diverse dimensioni che influenzano le pratiche assistenziali: fattori tecnologici, religiosi e filosofici, sociali e di parentela, valori culturali e stili di vita, fattori politici e legali, economici ed educativi. Questi fattori non devono essere visti come isolati, ma sono strettamente correlati tra di loro e con l'individuo stesso. Per condurre un'analisi accurata, è opportuno che tutti gli aspetti vengano indagati e chiariti al fine di scegliere la modalità di intervento adeguata e garantire un'assistenza infermieristica culturalmente congruente. Leininger definisce che tutte le modalità di assistenza richiedono la compartecipazione di infermiera e paziente, il lavorare insieme per identificare, pianificare, realizzare e valutare ogni modalità di azione per un'assistenza infermieristica

congruente, soddisfacente e olistica. Per arrivare al "*transcultural nursing*", Leininger utilizza l'*ethnonursing*, ovvero un metodo qualitativo di ricerca che tende a scoprire i modi di assistenza infermieristica nelle varie etnie per quanto riguarda l'alimentazione dei bambini, la gestione del dolore e dell'ansia e altre situazioni, trovando modi diversi per garantire il loro benessere. Per effettuare la propria indagine, Leininger sostiene che l'infermiera deve assumere il ruolo di straniero-amico (*stranger-friend model*) passando da una posizione di estraneo a quella affidabile ed amica per ottenere dati accurati, significativi e credibili. Grazie a questo metodo di *ethnonursing*, l'infermiera può diventare pienamente consapevole della situazione e del contesto prima di diventare partecipe e attiva nel suo ruolo assistenziale.

In quest'ottica Madeleine Leininger vede l'assistenza infermieristica transculturale (*transcultural nursing*) come una disciplina scientifica dalla quale vengono riconosciuti e utilizzati i valori e i modelli di un'assistenza culturale per mettere in atto un approccio olistico e soddisfacente.

La Kangaroo Mother Care nelle varie etnie

Leininger ha sottolineato l'importanza di assicurare anche ai cittadini stranieri un'assistenza culturalmente adeguata grazie alla conoscenza delle usanze e delle credenze di ogni singola cultura. Purtroppo l'approccio con donne di varia cultura può presentarsi difficoltoso a causa di incomprensioni linguistiche; perciò un ruolo fondamentale viene assunto dalla mediatrice culturale che funge da ponte tra la cultura italiana e la sua cultura d'origine permettendo un'interpretazione migliore dei bisogni di un paziente. Anche per quanto riguarda la Kangaroo Mother Care presso i reparti di Terapia Intensiva Neonatale, persiste spesso una difficoltà di comunicazione alla madre sulla modalità di esecuzione e sui benefici di tale metodo, poiché spesso e volentieri sono solo i mariti che parlano la lingua italiana, ma durante il giorno sono impegnati nell'attività lavorativa. Per questo sarebbe opportuno da parte del personale infermieristico ricordare come le culture principali vedono il contatto pelle a pelle tra madre e neonato prematuro in modo da riconoscere il motivo di un eventuale rifiuto o scarso interesse nell'esecuzione della Kangaroo Mother Care. Avendo avuto modo di confrontarmi con la mediatrici culturali dell'ospedale Maggiore della Carità di Novara, si è riscontrato che alcune donne si sono integrate perfettamente nella cultura italiana e per questo si comportano come tutte le altre accantonando le loro tradizioni legate alla vita del villaggio della loro terra d'origine.

Tuttavia potrebbe capitare che le usanze della terra di origine prevalgano determinando alcuni disagi. Per questo è importante che il personale si trovi preparato nel superare al barriera culturale trovando, secondo il parere di Leininger, un'integrazione tra le conoscenze acquisite dall'infermiera nel suo percorso formativo e quelle caratteristiche di ogni singola cultura per garantire un approccio migliore.

Africa equatoriale

Per le donne dell'Africa Equatoriale la gravidanza viene vissuta come un periodo in cui la compagnia di altre donne è fondamentale per avere un supporto morale e per essere coccolata con massaggi e con bevande che le permettono di rilassarsi. Il parto avviene generalmente nella casa materna, in assenza del marito e alla presenza di altre donne del villaggio che condividono con la partoriente questo momento magico. Dopo il parto la donna viene lasciata sola con il proprio piccolo e non esce di casa per circa 40 giorni. Alla nascita, al neonato viene modellata la testa attraverso alcuni massaggi, la donna soffiava sulle labbra e nelle orecchie del piccolo per fare in modo che in futuro possa parlare e sentire. Gli operatori sanitari dovrebbero evitare di fare complimenti ai piccoli, in quanto sono considerati un modo per attirare il malocchio e l'attenzione degli spiriti che potrebbero riprendersi il neonato. Nei primi giorni inoltre il piccolo non dovrebbe sollecitare l'attenzione degli spiriti con il pianto, ma sarebbe opportuno soddisfarlo in tutto e per tutto con il contatto corporeo. La donna africana tende a prolungare l'allattamento al seno fino ai due anni di vita del neonato e questo risulta semplice, in quanto il piccolo viene tenuto sempre a contatto con il corpo materno e può accedere al seno tutte le volte che lo desidera. Tutte queste tradizioni in Italia vengono meno, poiché le donne si ritrovano a partorire da sole o con accanto il marito risultando per loro difficile diventare mamme senza seguire le usanze del Paese di origine. A maggior ragione, la nascita di un neonato prematuro che viene staccato bruscamente dalla madre per essere trasferito in un altro reparto, si manifesta come una punizione divina per non aver riconosciuto nel piccolo l'antenato reincarnato e un ostacolo che impedisce l'esecuzione delle normali attività di puerperio tra cui il contatto corporeo. Per questo motivo la Kangaroo Mother Care rappresenta un modo attraverso il quale la donna dell'Africa Equatoriale può iniziare il contatto pelle a pelle finalizzato ad incrementare il legame e ad avviare l'allattamento al seno esclusivo e prolungato in cui credono molto.

Mondo arabo

La donna araba riferisce di essere incinta solo nel momento in cui la pancia è visibile, in quanto il pudore per l'atto sessuale che ha determinato il concepimento prende il sopravvento. Nel Paese di origine la donna partorisce affiancata e accudita dalle altre donne che la sostengono durante la gravidanza e il parto. L'allattamento al seno viene prolungato fino ai due anni di vita del bimbo così come dice il Corano e i 40 giorni successivi alla nascita sono i più pericolosi, poiché la donna non può immergere le mani nell'acqua fredda o effettuare la doccia per evitare di attirare il malocchio. Il piccolo in questo periodo è ancora un angelo e la madre preferisce per questo motivo non legarsi troppo a lui attraverso il contatto corporeo; piuttosto che coccolare il figlio, preferisce di gran lunga pregare e leggere i versi del Corano per poter aiutare il figlio a rimanere nel nostro mondo e a non essere portato via dagli spiriti dell'aldilà. Perciò la Kangaroo Mother Care, in caso di nascita prematura, tende a non essere effettuata e il contatto corporeo se possibile viene evitato per dare spazio alla preghiera per la salvezza del piccolo. Le donne tunisine in particolare nel loro Paese, subito dopo il parto, tendono a fasciare il neonato in modo molto stretto affinché si senta contenuto, protetto e non si agiti in continuazione. Tuttavia amano anche il contatto corporeo soprattutto attraverso il massaggio, considerato un momento privilegiato in cui si può creare un legame profondo tra madre e bimbo attraverso il tatto, il linguaggio e la parola. In questo caso quindi la Kangaroo Mother Care dovrebbe essere ben accettata e soddisfacente per madre e neonato.

Albania

Anche in Albania vigono le stesse regole presenti nel mondo arabo, in cui nei primi 40 giorni di vita la donna non può immergere le mani nell'acqua fredda e non possono essere fatti complimenti al piccolo per non attirare il malocchio. La donna inoltre in questa prima fase non può nemmeno uscire di casa prima del tramonto, poiché il figlio ha ancora la tomba aperta e i genitori hanno paura che non possa sopravvivere. L'allattamento al seno è importante e viene prolungato in media fino ai 9 mesi di vita, ma anche in questa cultura quindi il contatto corporeo, specialmente nel neonato prematuro, viene evitato per evitare di legarsi troppo ad un neonato che, a causa della sua prematurità, potrebbe ritornare nel mondo dell'aldilà.

Cina

Le donne cinesi lavorano parecchio e nel momento in cui partoriscono, tengono con loro il piccolo per pochi mesi prima di riportarlo in Cina a crescere con i nonni. In questo modo la mamma può tornare immediatamente al lavoro, il bimbo può imparare la cultura cinese e crescere in una nazione dove la vita costa meno rispetto all'Italia. L'allattamento al seno viene quindi evitato per lasciare spazio al latte in polvere impedendo che la donna debba rinunciare ad ore di lavoro per allattare il suo bambino. I contatti pelle a pelle quindi non viene prediletto da questa cultura per non legarsi eccessivamente al figlio che poi tornerà in Italia solo dopo 7-8 anni.

Comunità rom

Le donne rom della vecchia generazione tendevano a partorire in casa, mentre oggi cercano di fare in modo che il parto avvenga in ospedale, dove di solito accorrono tutte le figure femminili della famiglia per sostenere la partoriente. La donna lavora fino all'ultimo giorno di gravidanza e dopo il parto la permanenza in ospedale è breve, poiché dopo circa una settimana la mamma torna al lavoro portando con sé il piccolo nel marsupio, in modo che le altre donne del clan non possano lanciare il malocchio sul piccolo nei primi 40 giorni di vita. Anche in questo caso, come nelle altre culture, persistono le stesse limitazioni e divieti (ad esempio non uscire di casa prime del tramonto) per garantire la sopravvivenza del piccolo. Presso le comunità rom la mamma funge da chiocciola protettiva per salvaguardare il figlio dai malanni nel primo mese di vita; perciò la Kangaroo Mother Care dovrebbe essere considerata come un metodo naturale di protezione a cui tutte le donne zingare ricorrono con piacere per il benessere del neonato.

Conclusioni

Come molti studi ormai hanno dimostrato, la Kangaroo Mother Care è un metodo infallibile per permettere alla madre e al piccolo prematuro di proseguire il loro legame interrotto prima del tempo. E' opportuno quindi che tale pratica venga diffusa ed incentivata in tutte le strutture ospedaliere, anche alle comunità con usanze diverse dalla nostra dando loro la possibilità di scegliere se praticarla o meno e cercando di spiegare come meglio possibile i benefici di tale metodo, aiutandosi con opuscoli in lingua o con l'aiuto delle mediatrici culturali per i centri che le hanno a disposizione. Mettendo a conoscenza le donne, anche quelle più restie, sui benefici della Kangaroo

Mother Care, viene data loro per lo meno la possibilità di scegliere con la speranza che una madre tenda sempre a fare tutto il possibile per fare star bene il proprio figlio, anche se questo significa accantonare la propria cultura d'origine.

"Il corpo ha una memoria ed ogni stimolo rimane profondamente inscritto. Mancare da un punto di vista tattile ed emozionale, equivale privare il neonato di un fabbisogno vitale" (Castets, B. Rousseau 1993).

Bibliografia

- Bartocci M. Madre e neonato: due figure, un solo paziente. Aspetti neurobiologici ed evolutivi dell'interazione fra madre e neonato nelle prime ore di vita. Rivista Italiana Care in Perinatologia. Novembre 2007; 1 (1): 5.
- Charpak N. Una mamma canguro. Il contatto corporeo che fa crescere i neonati più sani e felici. 1ª edizione. Milano. Edizioni RED 2006.
- Chinosi L. Sguardi di mamme. Modalità di crescita dell'infanzia straniera. 2ª edizione. Milano: FrancoAngeli 2002-2003.
- Di Cagno L, Lazzarini A, Rissone A, Randaccio S. Il neonato e il suo mondo relazionale. 1ª edizione. Roma: Edizione Borla, 1984.
- Donati S, Grandolfo M, Spinelli A. Nascere in Italia: un evento sempre più medicalizzato, 2002. <http://www.epicentro.iss>
- Linee guida sulla Kangaroo Mother Care. <http://www.who.it>
- Manzoni E. Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica. 1ª edizione. Milano. Masson, 1996.
- Mocciaro R, Bocci T. Marsupi d'amore. Taglio cesareo e canguroterapia. 1ª edizione. Roma: edizioni Kappa 2004, pag 65.
- Pignotti MS. Nato piccino picciò. L'assistenza e la cura del neonato piccolissimo. 1ª edizione. Firenze: Le Lettere, 2000; Cap. XIII, pag. 192-193.

Articoli di riviste:

- Anderson G C. Current knowledge about skin-to-skin (kangaroo) care for preterm infants. Journal of Perinatology, Settembre 1991; 11 (3): pp. 216-226.
- Bertocci M. Madre e neonato: due figure, un solo paziente. Aspetti neurobiologici ed evolutivi dell'interazione fra madre e neonato nelle prime ore di vita. Rivista Italiana Care in Perinatologia, Novembre 2007; 1 (1): pp. 3-6.
- Bergman NJ, Jurisoo LA. The kangaroo-method for treating low birth weight babies in a developing country. Tropical Doctor, Aprile 1994; 24 (2): pp. 57-60.
- Bergman NJ, Linley L L, Fawcus S R. Randomized controlled trial of skin to skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200 to 2199 gram newborns. Acta Paediatrica, 2004; 93 (6): pp. 779-785.
- Bergman N. Kangaroo Mother Care. Ripristinare il paradigma originario di cura del neonato. L'Allattamento Moderno, Giugno 2006; 82: 3-7.
- Cattaneo A, Davanzo R. Le madri canguro: una tecnologia importabile?. Medico e Bambino, 1997; 3: 22-33
- Charpak N, Ruiz-Pelàez J G, Charpak Y, Rey-Martinez Kangaroo Mother Care Program: An Alternative Way of Caring for Low Birth Weight Infants? One Year Mortality in a Two Cohort Study. Pediatrics, 1994; 94 (6): pp. 804-810.
- Charpak N, Ruiz-Pelàez J G, Figueroa de Calume Z, Charpak Y. A Randomized Controlled Trial of Kangaroo Mother Care: Results of Follow-up at 1 Year of Corrected Age. Pediatrics, Novembre 2001; 108 (5): 1072-1079.
- Charpak N, Ruiz-Pelàez J G, Zupan J, Cattaneo A, Figueroa de Calume Z, Tessier R, Cristo M, Anderson G, Ludington S, Mendoza S, Mokhachane M, Worku B. Kangaroo Mother Care: 25 years after. Acta Paediatrica, Maggio 2005; 94: 514-522.
- D'Angeli F. La Kangaroo Mother care: Storia di un metodo tra corporalità e tecnologia. Rivista di Antropologia Medica, Luglio 2008; 1: 34-40.
- Fifer W P, Moon C M. The role of mother's voice in the organization of brain function in the newborn. Acta Paediatrica Suppl, 1994; 36 (2): 86-93.
- Gale G, Franck L, Lund C. Skin to skin (kangaroo) holding of the intubated premature infant. Neonatal Network, Settembre 1993; 12 (6): 49-57.
- Lawhon G, Hedlund RE. Newborn individualized developmental care and assessment program training and education. Journal Perinatal Neonatal Nursing, Aprile - Giugno 2008; 22 (2): 133-144.
- Ludington-Hoe SM, Ferreira C, Swinith J, Ceccardi JJ. Safe criteria and procedure for kangaroo care with intubated preterm infants. Journal of Obstetrics and Neonatal Nursing, 2003; 32 (2): 579-588.
- Rapisardi G, Davidson A, Donzelli GP, Scarano E. La development care nel neonato pretermine. Neonatologica, 1995; 2: 91-101.
- Suman RP, Udani R, Nanavati R. Kangaroo mother care for low birth weight infants: a randomized controlled trial. Indian Pediatrics, Gennaio 2008; 45 (1): 17-28.

Attività fisica in gravidanza ed outcome materno neonatale

Elisa Mogliotti*, Elsa Del Bo**

*Ostetrica

**Coordinatore didattico Corso di Laurea in Ostetricia
Università degli Studi di Pavia

La ricerca clinica degli ultimi venti anni ha messo in evidenza che l'attività fisica in gravidanza è sicura e offre benefici all'unità materno-fetale. Attualmente le linee guida delle più importanti società scientifiche internazionali suggeriscono che tutte le donne che hanno una gravidanza fisiologica possono beneficiare di un programma di attività fisica.

Più recentemente, la ricerca ha focalizzato il suo obiettivo sul ruolo dell'attività fisica per la prevenzione delle patologie che più frequentemente compaiono in gravidanza, influenzandone il suo esito. L'attività fisica durante la gravidanza risulta essere sicura e offre benefici all'unità materno-fetale.

Le linee guida ACOG (American College of Obstetricians and Gynaecologists) e RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) suggeriscono che:

- tutte le donne dovrebbero essere incoraggiate a partecipare all'esercizio fisico aerobico come parte di uno stile di vita salutare durante la gravidanza;
- lo stato generale di salute di una donna, inclusi i rischi ostetrici e medici, dovrebbe essere valutato prima di prescrivere un programma di attività fisica;
- in assenza di complicazioni mediche e ostetriche, 30 minuti o più di attività fisica moderata al giorno per la maggior parte, se non tutti i giorni della settimana, è raccomandata per le donne in gravidanza;
- le donne devono essere informate che la gravidanza o gli esiti neonatali avversi non sono aumentati con l'esercizio fisico;
- le donne devono scegliere attività che riducano al minimo il rischio di perdita di equilibrio e di trauma.

Inoltre le linee guida ACOG e del RCOG mostrano le controindicazioni assolute all'attività fisica in gravidanza che sono:

- malattie cardiache emodinamicamente significative,
- anemia cervicale/cerchiaggio,
- gestazione multipla più a rischio di parto prematuro,
- persistenza nel secondo o terzo trimestre di sanguinamento,
- placenta previa dopo la 26^a settimana di gestazione,
- minaccia di parto pre-termine,
- rottura delle membrane,
- ipertensione indotta dalla gravidanza/pre-eclampsia,
- intensa malattia polmonare.

I vantaggi dell'attività fisica

Le Linee Guida delle più importanti società scientifiche internazionali attribuiscono all'attività fisica in gravidanza parecchi benefici.

In gravidanza:

- prevenzione del diabete gestazionale (DG),
- prevenzione dell'ipertensione indotta dalla gravidanza (risultati discordanti fra gli studi),
- diminuzione dei disagi muscolo-scheletrici,
- miglior controllo dell'incremento ponderale,
- minore incidenza di edemi agli arti inferiori,
- effetto benefico sul decorso e l'esito del travaglio,
- minore incidenza di neonati LGA (large for gestational age),
- Avanzamento della maturazione di tipo neurocomportamentale nei neonati.

Nel post-partum:

- rischio diminuito di depressione post-partum,
- prevenzione dell'incontinenza urinaria (esercizi per il pavimento pelvico),
- rapido recupero del peso pre-gravidico,
- prevenzione dell'obesità.

Indagine conoscitiva

E' stata condotta un'indagine conoscitiva presso la Clinica Universitaria Ostetrico-Ginecologica della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia.

Scopo dello studio

Lo scopo dello studio è stato quello di indagare retrospettivamente un gruppo di puerpere riguardo all'attività fisica in gravidanza e verificare la relazione, se esistente, con l'outcome favorevole di gravidanza e parto.

Materiale e metodi

Lo studio è stato condotto nel periodo compreso dal mese di aprile 2010 al mese di agosto 2010 tramite la distribuzione di un questionario anonimo a 250 puerpere.

Descrizione del campione

Età (media dell'età: 32 anni)			
Età < 20 anni	20-30 anni	30-40 anni	>40 Anni
1%	27%	69%	3%

Professione			
Casalinghe	Occupate	Disoccupate	Studentesse
16%	80%	2%	2%

Periodo lavorativo durante la gravidanza			
Sempre a casa	18%	Fin da subito a casa	9%
Lavoro fino alla 12 E.G.	20%	Fino alla 28 E.G.	18%
Lavoro fino alla 36 E.G.	29%	Lavoro fino al termine	6%

N°. gravidanze			
Primigravide	47%	Quartigravide	4%
Secondigravide	33%	Quintigravide	2%
Terzigravide	12%	Sestigravide	1%

N°. aborti spontanei				
Nessun aborto	1 aborto	2 aborti	3 aborti	4 aborti
72%	21%	5%	1%	1%

Fumo		Alcol	
Si	No	Si	No
9%	91%	2%	98%

Peso pre-gravidico				
<40 kg	40-50 kg	50-70 kg	70-90 kg	>100 kg
0%	13%	69%	14%	4%

Peso a termine di gravidanza				
<40 kg	40-50 kg	50-70 kg	70-90 kg	>100 kg
0%	0%	39%	52%	9%

Descrizione del questionario

Il questionario è stato strutturato con una parte anagrafica e con una di 19 domande, rispettivamente 7 a risposta chiusa SI-NO, 6 a rispo-

sta multipla, 2 a risposta parzialmente aperta, 4 a risposta aperta.

Risultati dello studio

“In gravidanza ha avuto qualche patologia?”

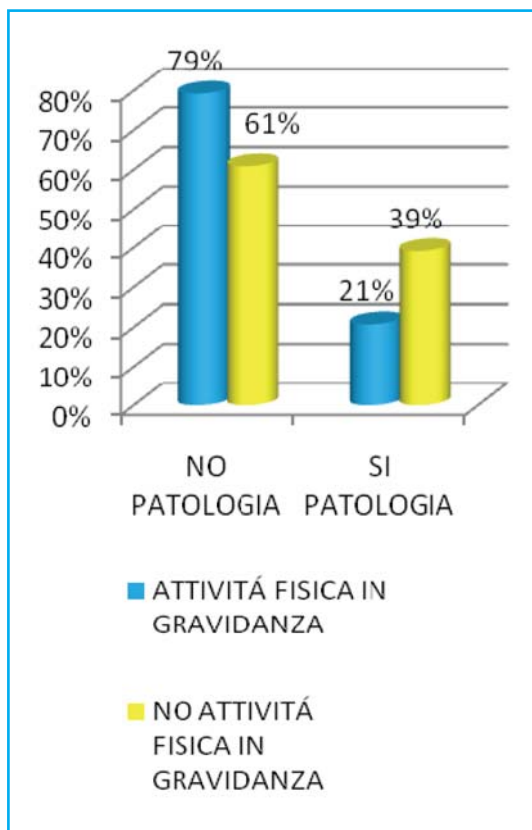


Figura 1

“Ha effettuato il parto spontaneo o il taglio cesareo?”

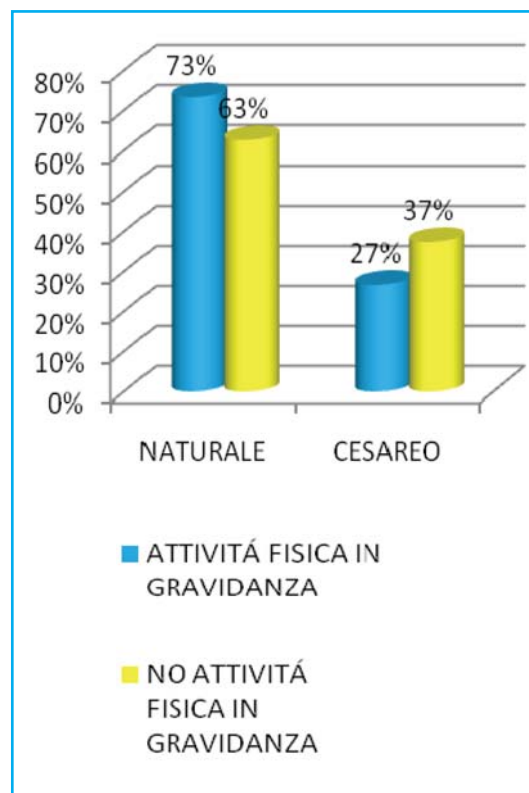


Figura 2

“Se ha effettuato il taglio cesareo indicare la causa:”

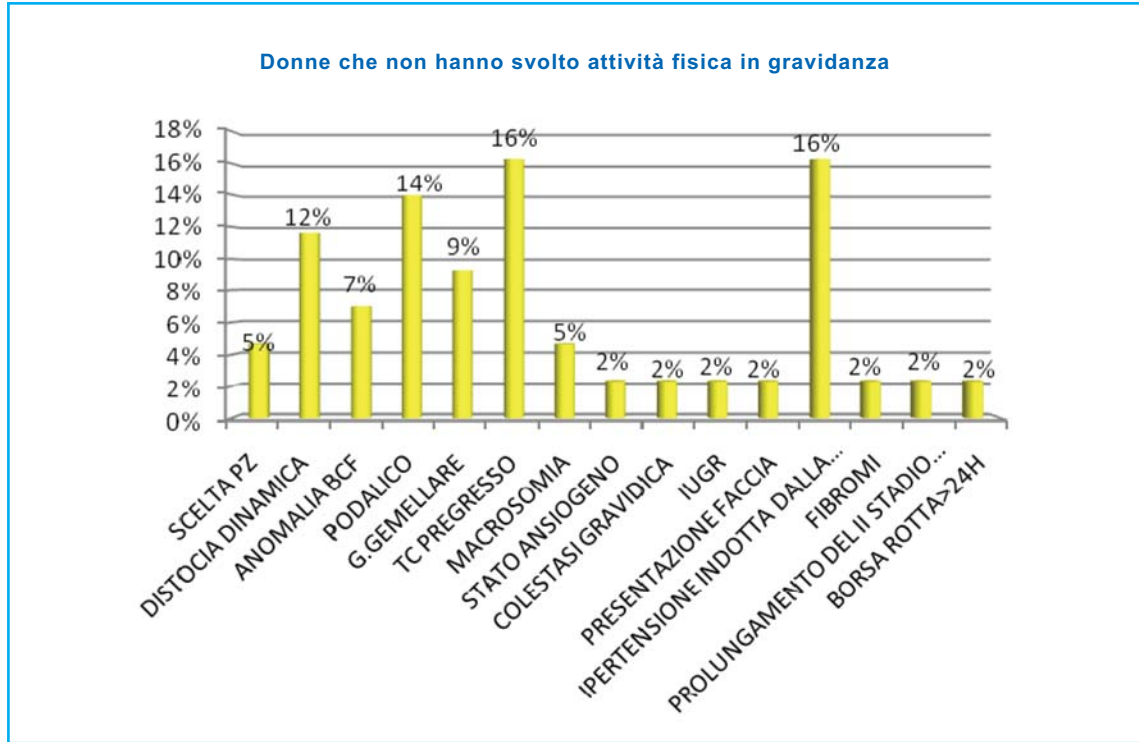


Figura 3: Notare che la causa principale è l’ipertensione indotta dalla gravidanza e il tc pregresso.

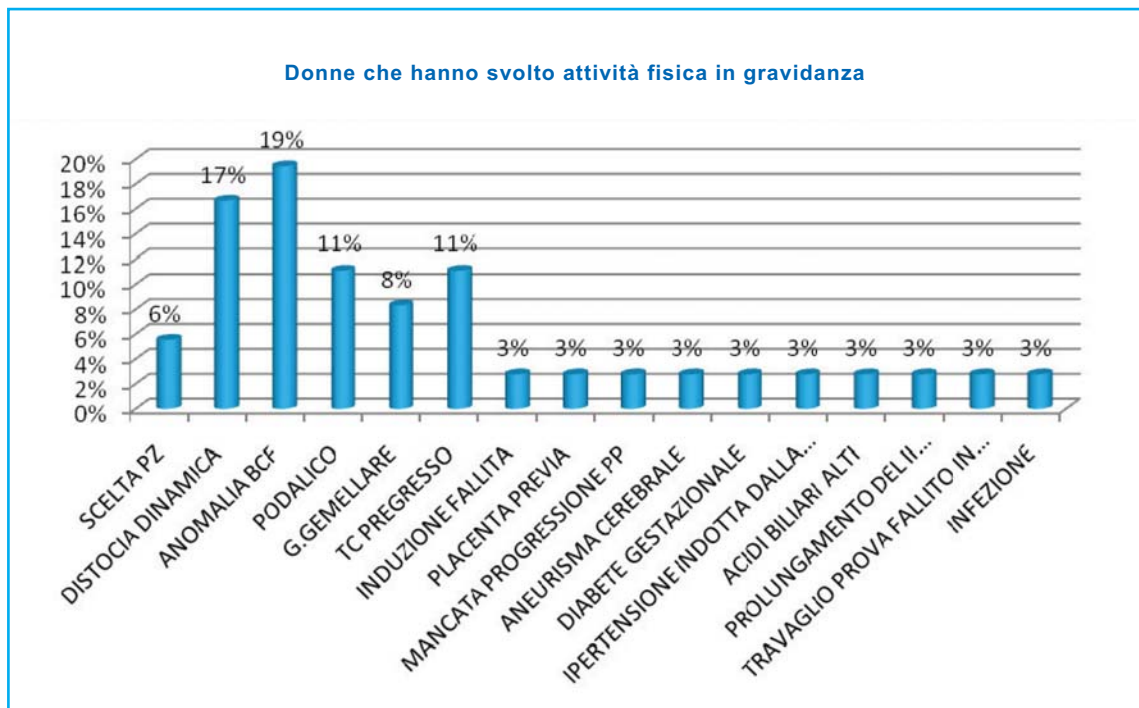


Figura 4: Notare che questa volta la causa principale è l’anomalia di bcf e la presentazione podalica, mentre l’ipertensione indotta dalla gravidanza rappresenta solo il 3% delle cause.

“A che settimana di gravidanza ha effettuato il parto per le vie naturali o il taglio cesareo?”

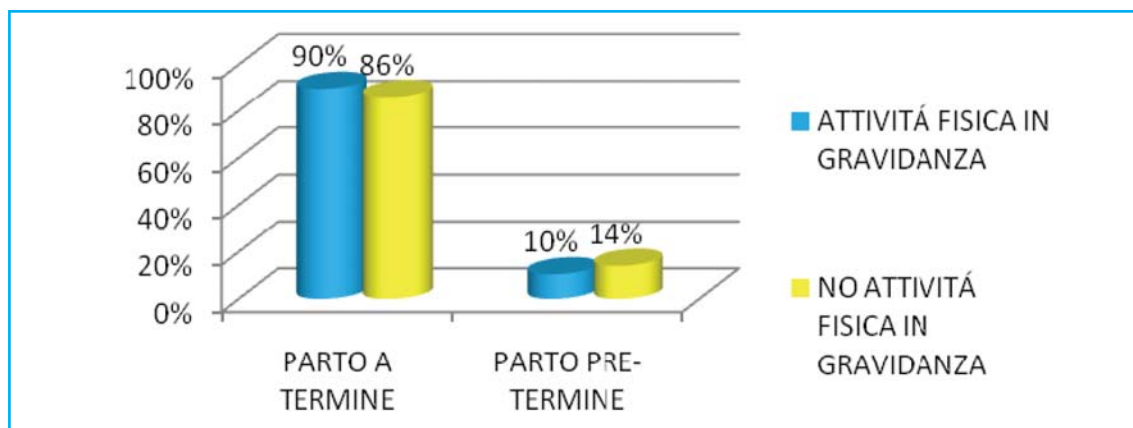


Figura 5

Discussione

Dai risultati emersi, risulta che le donne che svolgono attività fisica in gravidanza andrebbero incontro a:

- migliore outcome di gravidanza
- migliore outcome del parto
- migliore outcome neonatale.

Perché un miglior outcome della gravidanza?

Dai risultati ottenuti, la percentuale di donne che ha manifestato una qualche patologia in gravidanza è stata del 21% nel gruppo che ha svolto attività fisica e del 39% nel gruppo che non l'ha praticata. Considerando le principali patologie che insorgono durante la gestazione, ovvero il diabete gestazionale e l'ipertensione indotta dalla gravidanza, la percentuale è stata del 5% nel gruppo che ha svolto attività fisica e del 17% nel gruppo che non l'ha svolta.

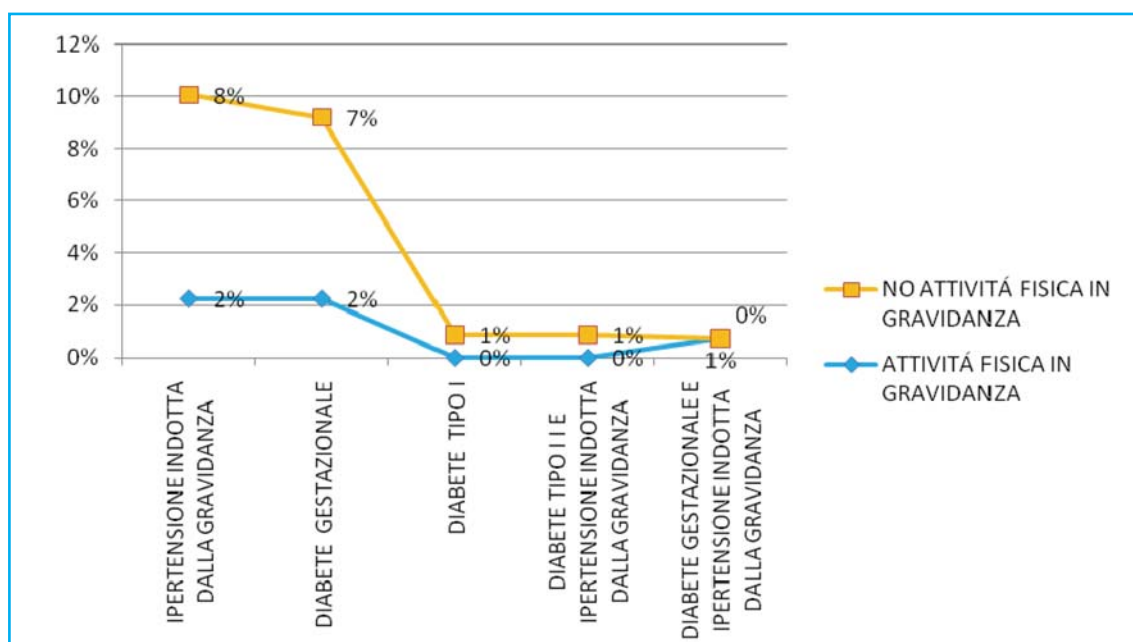


Figura 6

Inoltre si è visto che le donne che hanno svolto attività fisica in gravidanza hanno avuto un incremento ponderale più control-

lato e rientrante nei limiti proposti dalle linee guida rispetto alle donne che non hanno svolto nessuna attività in gravidanza.

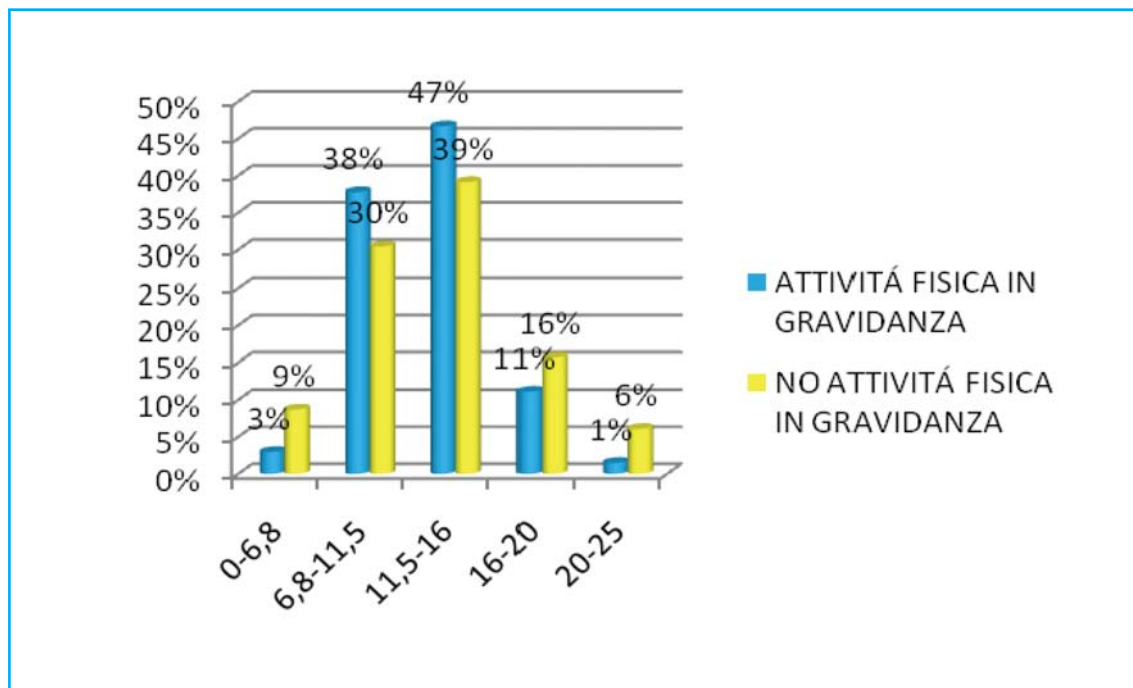


Figura 7

Dai grafici presentati precedentemente emerge che le donne che svolgono regolarmente attività fisica in gravidanza hanno una minore insorgenza di edemi agli arti inferiori e una minore insorgenza di smagliature in gravidanza.

Perché un miglior outcome del parto?

La percentuale dei parti per le vie naturali è stata maggiore nel gruppo che ha svolto attività fisica rispetto al gruppo che non l'ha praticata.

Importante è ricordare che l'aumentata percentuale di tagli cesarei nel gruppo di don-

ne che non ha svolto attività fisica in gravidanza è correlata all'aumentata patologia che è insorta in esse.

Inoltre lo svolgimento dell'attività fisica in gravidanza sembrerebbe non aumentare né il rischio di parto pre-termine, né il rischio di aborto. Infatti l'incidenza dei parti pre-termine è stata del 10% nelle donne che hanno praticato attività fisica in gravidanza e del 14% in quelle che non l'hanno svolta.

Per quanto riguarda la minaccia d'aborto, l'incidenza è stata del 5% nelle donne che hanno praticato attività fisica e dell'8% nel gruppo che non l'ha svolta.

SI Attività fisica in gravidanza	NO Attività fisica in gravidanza
PVN 73%	PVN 63%
TC 27%	TC 37%

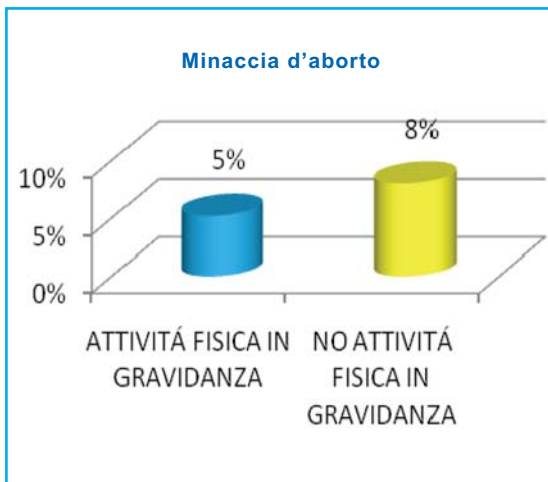


Figura 8

Perché un miglior outcome neonatale?

Il benessere dei neonati di donne che hanno svolto attività fisica in gravidanza sembra dovuto soprattutto a un migliore decorso della gravidanza rispetto ai neonati di donne che non hanno praticato attività. Riguardo ai neonati è stato considerato soprattutto il peso. Il confronto è stato condotto tra il peso dei neonati delle donne che hanno praticato attività fisica sia prima che durante la gravidanza e di quelle che non hanno mai svolto attività fisica; si è notato che si ha una percentuale minore di neonati tra i 4000-4500 g nelle donne sportive rispetto ai neonati di donne sedentarie con minore rischio, pertanto, di distocia di spalla.

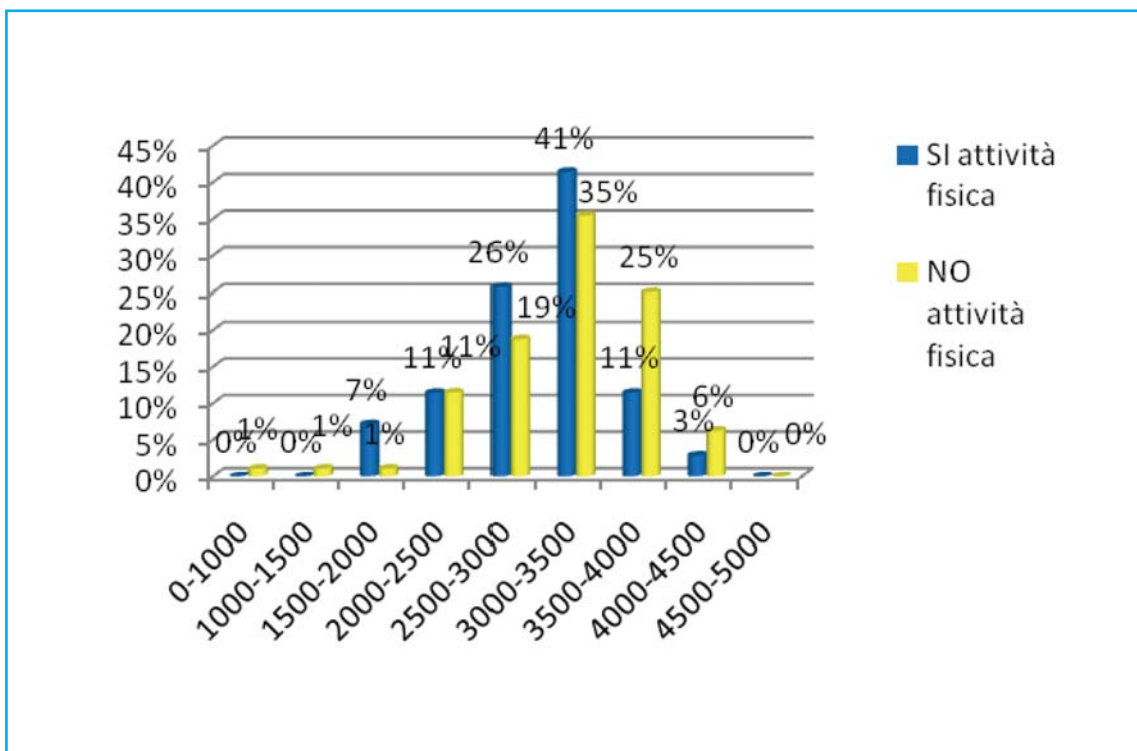


Figura 9

Conclusione

In gravidanza l'attività fisica comporta benefici sia alla madre che al feto e non ne ostacola il decorso. I risultati ottenuti dal nostro studio confermano i dati presenti in letteratura. Pertanto, il counselling dell'ostetrica si pone l'o-

biiettivo di promuovere l'attività fisica nelle donne in gravidanza e in puerperio, attività che non deve necessariamente essere eccessiva, soprattutto per le donne che svolgono vita sedentaria, ma può consistere semplicemente in una camminata di venti minuti che sia "terapeutica" oltre che preventiva.

Bibliografia

- ACOG committee opinion Exercise during pregnancy and the postpartum period International Journal of Gynecology & Obstetrics 77 (2002) 79-81. Number 267, January 2002.
- Amorim Adegboye AR, Linne YM, Lourenco PMC. Diet or exercise, or both, for weight reduction in women after childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3.
- Artal R, O'Toole M. Guidelines of the american college of obstetricians and gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. Br J Sports Med 2003; 37: 6-12. doi: 10.1136/bjism.37.1.6.
- Baciuk EP, Pereira RI, Cecatti JG, Braga AF, Cavalcante SR. Water aerobics in pregnancy: cardiovascular response, labor and neonatal outcomes reprod health. 2008; 5: 10.
- Balaskas J. Manuale del parto attivo. Edizione Red, 2009; 39-77.
- Barakat R, Ruiz JR, Lucia A. Exercise during pregnancy and risk of the maternal anaemia: a randomised controlled trial. Br J Sports Med 2009; 43: 954-956. doi:10.1136/bjism.
- Barakat R, Stirling JR, Lucia A. Does exercise training during pregnancy affect gestational age? A randomised controlled trial br j sports med 2008; 42: 674-678. doi:10.1136/bjism.
- Bennett RV, Brown LK. Manuale dell'ostetricia di Myles. 1995.
- Bertolotto A, Lencioni C, Volpe L, Di Cianni G. Attività fisica e diabete gestazionale. G. It Diabetol Metab 2007; 27: 75-81.
- Bonzini M, Coggon D, Godfrey K, Inskip H, Crozier S, Palmer KT. Occupational physical activities, working hours and outcome of pregnancy: findings from the southampton women's survey. Occup Environ Med. 2009 Oct; 66 (10): 685-90.
- Borodulin K, Evenson KR, Herring AH. Physical activity patterns during pregnancy through postpartum Received February 12, 2009; Accepted November 19, 2009.
- Botkin C, Driscoll CE. Maternal aerobic exercise: newborn effect. Fam Pract Res J, 1991; 11: 387-393.
- Carballo RB, Stirling J, Zakythinaki M, Mulas AL. Acute maternal exercise during the third trimester of pregnancy, influence on foetal heart rate. RICYDE. Revista Internacional de Ciencias del Deporte, 2008; 4 (13).
- Clapp JF 3rd, Lopez B, Harcar-Sevcik R. Neonatal behavioral profile of the offspring of women who continued to exercise regularly throughout pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1999 Oct; 181 (4): 1038-9.
- Clapp JF 3rd. The course of labor after endurance exercise during pregnancy. Am j obstet gynecol. 1990 dec; 163 (6 pt 1): 1799-805.
- Davies GA, Wolfe LA, Mottola MF, MacKinnon C. Exercise in pregnancy and the postpartum period. SOGC/CSEP clinical practice guidelines N°. 129, june 2003.
- De Falco M, Raucci M, Menditto A, Raucci F, Cardone A. Rischio ostetrico in donne lavoratrici: uno studio retrospettivo. Istituto Di Clinica Ostetrica E Ginecologica, Seconda Università Degli Studi Di Napoli.
- Groth SW, David T. New mothers' views of weight and exercise MCN Am J Matern Child Nurs. 2008; 33 (6): 364-370.
- Haakstad la, Voldner N, Henriksen T, Bø K. Physical activity level and weight gain in a cohort of pregnant norwegian women. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007; 86 (5): 559-64.
- Hartmann S, Huch R. Response of pregnancy leg edema to a single immersion exercise session. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, December 2005; 84 (12): 1150-1153.
- Hatoum N, Clapp JF 3rd, Newman MR et al. Effects of maternal exercise on fetal activity in late gestation. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, May 1997; 6 (3): 134-139.
- Hopkins SA, Baldi JC, Cutfield WS, McCowan L, Hofman PL. Exercise training in pregnancy reduces offspring size without changes in maternal insulin sensitivity. J Clin Endocrinol Metab. 2010 May; 95 (5): 2080-8. Epub 2010 Mar 24.
- Juhl M, Kogevinas M, Andersen PK, Anderesen AM, Olsen J. Is swimming during pregnancy a safe exercise? Epidemiology, 2010 Mar, 21 (2): 253-8.
- Kalisiak B, Spitznagle T. What effect does an exercise program for healthy pregnant women have on the mother, fetus, and child? PM R. 2009 Mar; 1 (3) :261-6.
- Krivonogova TS, Tiuteva Elu, Evtushenko ID, Tropova TE, Paramonova GF AQUA Exercise as a prophylaxis of fetal anoxia. Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult. 2003 Jul-Aug; (4): 23-5.
- Launer LJ, Villar J, Kestler E, de Onis M. The effect of maternal work on fetal growth and duration of pregnancy: a prospective study. Br J Obstet Gynaecol. 1990 Jan; 97 (1): 62-70.
- Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane database syst rev. 2009 Apr 15; (2).
- Licheri ME, Pisanu AP. L'elemento dolore nel parto: strategie di prevenzione, 2000.
- Madsen M, Jørgensen T, Jensen ML, Juhl M, Andersen PK, Nybo A-M, Olsen J. Leisure time physical exercise during pregnancy and the risk of miscarriage: a study within the danish national birth cohort. BJOG. 2007 November 1; 114 (11): 1419-1426.
- Meher S, Duley L. Exercise or other physical activity for preventing pre-eclampsia and its complications. Cochrane database of systematic reviews 2006; issue 2.
- Melzer K, Schutz Y, Boulvain M, Kayser B. Physical activity and pregnancy: cardiovascular adaptations, recommendations and pregnancy outcomes. Sports med. 2010 jun 1; 40 (6): 493-507.
- Mottola MF, Giroux I, Gratton R, Hammond JA, Hanley A, Harris S, McManus R, Davenport MH, Sopper MM. Nutrition and exercise prevent excess weight gain in overweight pregnant women. Med Sci Sports Exerc. 2010 Feb; 42 (2): 265-72.
- Nutrition during pregnancy: part I: weight gain, part II: nutrient supplements. IOM, 1990 January 1.
- Oken E, Ning Y, Rifas-Shiman SL, Radesky JS, Rich-Edwards JW, Gillman MW. Association of physical activity and inactivity before and during pregnancy with glucose tolerance. Obstet Gynecol. Nov. 2006; 108 (5): 1200-7.
- Owe KM, Nystad W, Bø K. Association between regular exercise and excessive newborn birth weight. Obstet Gynecol. 2009 Oct; 114 (4): 770-6.
- Parker KM, Smith SA. Facce.aquatic-aerobic exercise as a means of stress reduction during pregnancy. J Perinat Educ. 2003 Winter; 12 (1): 6-17.
- Pescetto G, De Cecco L, Pecorari D, Ragni N. Ginecologia e ostetricia. Società Editrice Universo 2002. Cap. 30: pagg. 1091-1092.
- Richard L. Naeye MD1, Ellen C. Peters BS1. Working during pregnancy: effects on the fetus. Pediatrics, June 1982; 69 (6): 724-727.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Exercise in pregnancy (RCOG Statement 4) 2006.
- Sternfeld B, Quesenberry CP Jr, Eskenazi B, Newman LA. Exercise during pregnancy and pregnancy outcome. Med Sci Sports Exerc. 1995 May; 27 (5): 634-40.
- Ticconi C, Izzo P, Pietropoli A, Calugi A, Piccione E. Attività fisica, deambulazione e postura in gravidanza. 1° congresso congiunto di medicina perinatale; Pavia 10-11 Novembre 2000.
- Varrassi G, Bazzano C, Edwards WT. Effects of physical activity on maternal plasma beta-endorphin level and perception of labour pain. Am j obst.
- Yeo A, Davidge S, Ronis DL, Antonakos CL, Hayashi R, O'Leary S. A comparison of walking versus stretching exercises to reduce the incidence of preeclampsia: a randomized clinical trial. Hipertens pregnancy 2008; 27 (2): 113-30.

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

Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial

Andersson O, Hellström-Westas L, Andersson D, Domellöf M. *BMJ*. 2011 Nov 15; 343: d7157.

Se ancora ce ne fosse bisogno questo studio arriva come conferma ulteriore ad un dato già in parte conosciuto e cioè che i neonati in cui si ritarda il clampaggio del cordone per almeno 3 minuti, presentano dei vantaggi in termini di stato marziale e di riduzione dell'incidenza di anemia sideropenica. Questo studio randomizzato controllato, condotto su 400 neonati giunge alle medesime conclusioni. Allora perché il "late cord clamping" trova ancora delle resistenze e non diventa prassi? Perché come sempre tutte le modifiche della gestione routinaria ostetrico/ginecologica hanno bisogno di tempo, ma per fortuna abbiamo già fatto passi avanti.

Cerebral oxygenation is depressed during sleep in healthy term infants when they sleep prone

Wong FY, Witcombe NB, Yiallourou SR, Yorkston S, Dymowski AR, Krishnan L, Walker AM, Horne RS. *Pediatrics*. 2011 Mar; 127 (3): e558-65.

La posizione prona nel sonno è un importante fattore di rischio per la morte improvvisa del lattante ed è associata ad un abbassamento della pressione ed a una più difficile risvegliabilità. Uno studio polisonnografico su 17 lattanti sani dimostra che la posizione prona nel sonno si associa ad un'ipossigenazione tissutale misurabile a prescindere dalla pressione arteriosa. Questo offre la spiegazione fisiopatologica della difficile risvegliabilità del lattante messo a dormire prono ed aggiunge qualche elemento di comprensione sulla sindrome della morte improvvisa e soprattutto deve tenere alta la nostra attenzione sull'importanza di dare la giusta raccomandazione a tutti i genitori.

Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis

Flenady V, Koopmans L, Middleton P, Froen JF, Smith GC, Gibbons K, Coory M, Gordon A, Ellwood D, McIntyre HD, Fretts R, Ezzati M. *Lancet*. 2011 Apr 16; 377 (9774): 1331-40.

Data anche la rarità dell'evento "morte intrauterina" le conseguenze psicologiche e sociali a molti ancora sfuggono. La morte del bambino nel terzo trimestre di gra-

vidanza, dopo che la madre lo ha sentito crescere in utero ed ha imparato a riconoscerne i segnali di vita per almeno sei mesi è un evento tanto drammatico quanto sottovalutato, sia per quel che riguarda le implicazioni personali ed affettive che i bambini nati morti comportano per le loro madri, sia per il significato che questi hanno come indicatore della qualità delle cure perinatali. I nati morti al mondo sono circa 3 milioni l'anno. Morti che se fossero oggetto dell'attenzione che in genere non hanno, ci aiuterebbero a capire dove indirizzare l'intervento preventivo. Il numero dei nati morti continua ad essere alto anche nei Paesi con alto tenore economico, dove non si è registrata alcuna riduzione negli ultimi 20 anni e dove essi costituiscono ancora l'esito di una gravidanza su 200. In molti casi si tratta di feti a termine, morti poco prima del parto per una disfunzione placentare acuta o cronica, ma certamente molti casi rimangono ancora inspiegati. In una metanalisi di 96 studi condotti in 13 Paesi ad alto tenore economico, sono stati identificati quattro fattori di rischio maggiore: il sovrappeso e l'obesità materna, l'età materna avanzata ed il fumo materno. Considerando separatamente i fattori di rischio ostetrici, fino al 23% dei nati morti sono attribuibili a cattiva funzione placentare (feto piccolo per l'età gestazionale, distacco placentare). Il dramma quindi dei nati morti sembrerebbe suscettibile di intervento preventivo (informazione sanitaria, educazione sanitaria, controllo mirato della gravidanza).

Normal ranges of heart rate and respiratory rate in children from birth to 18 years of age: a systematic review of observational studies

Fleming S, Thompson M, Stevens R, Heneghan C, Plüdemann A, Maconochie I, Tarassenko L, Mant D. *Lancet*. 2011 Mar 19;377(9770):1011-8.

Li hanno ricavati sostanzialmente mettendo insieme 69 studi (circa 147 mila bambini) riguardanti la distribuzione della frequenza cardiaca e respiratoria. Il cinquantesimo percentile della frequenza respiratoria del neonato è 44 e cala a 26 a due anni. Quello della frequenza cardiaca è 127 alla nascita sale a 145 ad un mese e cala a 113 a 2 anni. Nella pratica i percentili della frequenza respiratoria e cardiaca possono peraltro essere più frequentemente utili quando si tratta di interpretare un dato che sta agli estremi (tachi-bradi aritmia) in un bambino per il resto sano e che senza l'aiuto dei percentili faremmo un po' fatica a dire che è davvero sano. Da tenere come riferimento.

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

Sala Kolping, Via Ospedale, Bolzano
(Docenti: Arturo Giustardi, Monika Stablum, Claudia Giustardi)

Auditorium Humana Via Liguria 22/A, Milano
(Docenti: Arturo Giustardi, Monika Stablum, Claudia Giustardi)

27 Febbraio 2012

La Vita Prenatale e La Nascita

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

Costo 150 euro, max 20 partecipanti.

26 Marzo 2012

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 250 euro, max 20 partecipanti.

16-17 Aprile 2012

Pronto Soccorso Emozionale (il pianto del neonato e lattante come possiamo accompagnare i genitori)

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

Costo 250 euro, max 20 partecipanti.

14-16 Maggio 2012

Educare Prima: metodologie didattiche per organizzare un corso di accompagnamento alla nascita

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

Costo 300 euro, max 20 partecipanti.

4-6 Giugno 2012

La stabilizzazione del neonato in attesa del trasporto

(Docenti Arturo Giustardi, Stablum Monika, Arianna De Martino, Lorenzo Giacchetti)

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

Costo 300 euro, max 20 partecipanti.

31 Marzo 2012

Le nuove evidenze scientifiche sull'allattamento al seno e strategie per la consulenza

Crediti ECM richiesti per medici, pediatri, neonatologi e pediatri di famiglia, ostetriche, infermiere pediatriche e professionali, educatori professionali, assistenti sanitari, psicologi e puericultrici.

Costo 150 euro, max 20 partecipanti.

11 Aprile 2012

Il taglio cesareo un altro modo di nascere (come vive il feto, il taglio cesareo, il bonding e l'inizio dell'allattamento)

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

Costo 150 euro, max 20 partecipanti.

4-5 Ottobre 2012

Metodi e tecniche per comunicare in TIN in modo empatico con i genitori

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

Costo 150 euro, max 20 partecipanti.

Iscrizioni e informazioni:

Claudia Giustardi - Tel.: 3280509467 dalle 09:00 alle 18:00
info@aiciprovider.org

29 Aprile - 01 Maggio 2012

Incontro Nazionale di Neonatologia e Pediatria Hilton Sorrento Palace, Sorrento

Segreteria Scientifica

Presidente: Arturo Giustardi

Comitato Scientifico: Arturo Giustardi, Roberto Cinelli, Sandra Di Fabio, Paolo Giliberti, Luigi Orfeo, Vincenzo Zanardo

Segreteria Organizzativa Maliga

Via Epomeo, 72 Napoli
tel. 081.7282538 maligaeventi@olitre.it

Iscrizioni e informazioni:

Monika Stablum - Tel.: 3383679491 dalle 09:00 alle 18:00
monikastablum@yahoo.it



ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA CARE IN PERINATOLOGIA

www.careperinatologia.it

Modalità d'iscrizione AICIP onlus

L'iscrizione all'Associazione Italiana per la Care In Perinatologia **comprende:**

- Invio gratuito a domicilio della Rivista Italiana La Care in Perinatologia.
- La possibilità di pubblicare sulla rivista articoli scientifici.
- La possibilità di pubblicizzare corsi ed eventi sul sito www.careperinatologia.it
- Invio gratuito della newsletter on line con articoli scientifici su argomenti di perinatologia, neonatologia e pediatria
- Invio di news e info di corsi organizzati dall' AICIP in ambito perinatale, neonatale e pediatrico

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 Bolzano Buozzi, ABI 02008, CAB 11603, CIN IT24B, CODICE IBAN IT24B0200811603000040873096

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