

Rivista Italiana *on line* "LA CARE"

Italian Journal in Perinatology Health Care

N. 3
2018
settembre

Autori

C.V. Bellieni, I. Cudlínová, E. Del Bo, A. Eliasova, L. Giliberti ,
A. Giustardi, F. Lombardi, A. Sartore, A. Semjonova, G. Straface

★ **Scelti per voi**

Rubrica a cura di:
Dr. Lorenzo Giacchetti e Dr.ssa Arianna de Martino

 **A.I.C.I.P.**

ISSN 2531-3886



9 772531 388001

Rivista Italiana *on line*

"LA CARE"

Italian Journal in Perinatology Health Care

President & Editor in Chief

Arturo Giustardi
Napoli

Executive Editor
Vincenzo Zanardo
Padova

Executive Editor
Scientific Consuelor
Alexandra Semjonova
Bolzano

Associated Editor

Arianna De Martino *Mantova* **Lorenzo Giacchetti** *Lugano*
Claudia Giustardi *Milano* **Monika Stablum** *Bressanone*

Editorial Board

Graziella Andrich *Varese* **Maria Luisa Borrelli** *Napoli*
Elsa del Bo *Pavia* **Giusy Di Lorenzo** *Napoli*
Anna Maria Di Paolo *Perugia* **Anna Eliasova** *Presov*
Romano Grandini *Firenze* **Ilona Kejklickova** *Brno*
Giovanna Liguoro *Napoli* **Paola Serafini** *Torino*
Gino Soldera *Treviso* **Chiara Sozzi** *Alessandria*

Editorial Assistant

Cristina Guenzi
Roma

Rivista prodotta da AICIP

Editore : **Studio C**

finito di stampare il: 30 settembre 2018

ISSN 2531-3886



Rivista Italiana *on line*

"LA CARE"

Italian Journal in Perinatology Health Care

INDICE

- **Rivista Italiana online La "CARE"** pag. 1
- **Indice** pag. 2
- **Editoriale** pag. 3
- **L'allattamento nelle madri HIV positive**
A. Sartore, E. Del Bo pag. 4
- **Etica in pediatria: i quattro errori**
C.V. Bellieni pag. 11
- **Parto indotto e rischio di depressione nel post-partum**
F. Lombardi, L. Giliberti, G. Straface pag. 15
- **Intervento logopedico nei bambini con difetti cromosomici specifici**
I. Cudlínová pag. 20
- **La stipsi in gravidanza e post gravidanza: cause e soluzioni**
A. Giustardi, A. Eliasova, A. Semjonova pag. 27
- **Scelti per voi**
A cura di: Dr. Lorenzo Giacchetti e Dr.ssa Arianna de Martino pag. 33
- **Dati bibliografici**
Rivista Italiana online "La Care" pag. 34
- **Regole Editoriali**
come pubblicare sulla Rivista pag. 35
- **VI Congresso Nazionale "Dal Feto al Neonato"**
7 giugno 2019 pag. 36



EDITORIALE

Cari Amici,

Anche quest'anno il nostro V Congresso Nazionale ha ottenuto tanto successo, è stata un'occasione unica e preziosa per incontrarci e confrontarci sulle tematiche che più ci stanno a cuore "la salute della madre e del bambino".

Come sempre siete intervenuti in tanti, la partecipazione è stata viva ed entusiasta anche grazie all'elevatissima qualità dei relatori presenti. Il mio più sentito ringraziamento va agli organizzatori per l'impegno e la dedizione.

Stiamo già lavorando per essere pronti a lanciare il nostro **VI Congresso Nazionale "Dal Feto al Neonato"** che si terrà venerdì **7 giugno 2019 a Napoli**.

AICIP è già al lavoro per realizzare tutte le iniziative previste (corsi, meeting, workshop), così tante e diverse nel 2019!

Ci occuperemo di moltissimi argomenti, avvalendoci dei migliori esperti di ogni settore, per fornire ai colleghi, ai nostri piccoli pazienti e ai loro genitori, le migliori evidenze scientifiche per definire e promuovere le problematiche di cui, in ultimo, potranno beneficiare i bambini e le mamme.

Sono orgoglioso di annunciarvi che, da qualche mese, abbiamo a disposizione la brochure "**Dolore del bambino – una guida pratica per i genitori e per i professionisti**", contenente tutte le informazioni e le indicazioni riguardo le modalità di gestione e comprensione del dolore.

Vi ringrazio per la vostra collaborazione e vi lascio, infine, alla lettura dei contenuti di questo numero.

Un cordiale saluto,

Arturo Giustardi

Dear Friends, This year, like other years, our National Congress has achieved so much success, it was unique and precious occasion to meet and discuss the issues that are close to our heart "the health of mother and baby". As always you have intervened in many, the participation was lively and enthusiastic thanks to the very high quality of the present speakers. We are already working to be ready to launch our 2019 National Congress which will take place on Friday 7 June. My heartfelt thanks for the commitment and dedication goes to the organization of this event. AICIP is already working to realize all the planned initiatives (courses, meetings, workshops), so many and different in 2019! We will therefore deal with many topics, using the best experts in each field, to provide colleagues, our young patients and their parents, the best scientific evidence to define and promote the problems that will ultimately benefit children, and mothers. Given the huge success and the great demand, I am proud to announce that, for some months, we have available the Child's Pain brochure - a practical guide for parents and professionals, containing all the information and indications on how to manage and understand pain. I thank you for your cooperation and I leave you, finally, to read the contents of this issue. A warm greetings,

Arturo Giustardi



L'allattamento nelle madri HIV positive

ABSTRACT

La maggior parte degli studi condotti sull'allattamento nelle donne HIV positive vengono effettuati in contesti demografici poveri e dove l'HIV rappresenta una grande piaga sociale, raggiungendo le caratteristiche di epidemia. In queste zone del mondo l'allattamento esclusivo al seno, nelle modalità descritte all'interno delle linee guida dell' Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2016, rappresenta uno strumento di difesa non solo contro la trasmissione del virus, le infezioni e la malnutrizione, ma anche psicologico, proteggendo le donne e i propri bambini dallo stigma sociale e familiare a cui verrebbero sottoposti. Nei paesi industrializzati dove la possibilità di un' alimentazione sostitutiva sicura è possibile, l' allattamento al seno viene sconsigliato, ma non sempre risulta essere una scelta libera, sostenibile e accettabile.

Most of the studies conducted on breastfeeding in HIV-positive women are carried out in poor demographic contexts and where HIV is a major social scourge, reaching epidemic characteristics. In these areas of the world exclusive breastfeeding, as described in the guidelines of the World Health Organization in 2016, represents a defense tool not only against the transmission of the virus, infections and malnutrition, but also psychological, protecting women and their children from the social and family stigma they would be subjected to. In industrialized countries where the possibility of safe replacement feeding is possible, breastfeeding is discouraged, but it is not always a free, sustainable and acceptable choice.

Alice Sartore (1),
Elsa Del Bo (2)

*1 Ostetrica
2 Direttore delle attività
didattiche Corso di Laurea in
Ostetricia Università degli
Studi di Pavia*



EPIDEMIOLOGIA DEL VIRUS HIV (Dati 2016)

Nel 2016 le persone affette da HIV nel mondo sono state stimate 36,7 milioni di cui le nuove infezioni circa 1,8 milioni. Le donne sono 17,8 milioni mentre i bambini con un'età inferiore ai quindici anni sono 2,1 milioni. Inoltre 19,1 milioni di persone risultano essere in terapia con farmaci antiretrovirali. (1)

Il 70,38% della popolazione HIV positiva si trova nel continente africano, in particolare nell'Africa orientale e meridionale, in cui il numero di persone in trattamento è più che raddoppiato dal 2010, raggiungendo quasi 10,3 milioni di persone. Le morti per AIDS o complicanze associate ad esso sono diminuite del 36% dal 2010.(2) In Italia nel 2015 sono state segnalate 3.444 nuove diagnosi di infezione da HIV pari a un'incidenza di 5,7 nuovi casi di infezione ogni 100 mila residenti, collocandosi al 13° posto in termini di incidenza delle nuove diagnosi tra i paesi dell'Unione Europea.(3) La trentunesima relazione semestrale del "Progetto Nazionale per la Sorveglianza sul Trattamento Antiretrovirale in Gravidanza", coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, fornisce dati demografici, ormai relativi ad oltre 3.000 segnalazioni, che confermano le caratteristiche generali delle donne arruolate già identificate nei semestri passati. La sorveglianza sui casi di trasmissione verticale ha evidenziato un nuovo caso nell'ultimo semestre, per un totale complessivo di venticinque casi segnalati dall'avvio della sorveglianza (tasso di trasmissione: 1,3%). I casi di trasmissione verticale possiedono alcuni elementi in comune, quali: diagnosi tardiva, trattamento antiretrovirale incompleto o tardivo, presenza di ceppi resistenti e sviluppo di infezione primaria in gravidanza. (4)

La suddetta situazione indica la necessità di una più diffusa applicazione del test HIV alle donne in età fertile e a quelle in gravidanza, nonché l'esigenza di assicurare alle donne con infezione da HIV già nota ed ai loro neonati un'adeguata assistenza.

L'obiettivo esposto dall'OMS e dall'United Nations Programme on HIV-AIDS (UNAIDS) è quello di risolvere l'epidemia di AIDS entro l'anno 2030, proponendosi di realizzare gli obiettivi formulati dal progetto stesso 90-90-90, il quale prevede che:

- Il 90% dei soggetti HIV positivi siano a conoscenza della loro sieropositività,
- Il 90% dei soggetti HIV positivi siano in terapia con farmaci antiretrovirali,
- Il 90% dei soggetti HIV positivi in terapia antiretrovirale abbiano una viremia nulla. (5)

MODALITA' DI TRASMISSIONE DEL VIRUS HIV

La trasmissione dell'infezione da HIV può avvenire secondo due principali modalità, la trasmissione orizzontale (a sua volta suddivisa in trasmissione parenterale e trasmissione sessuale) e la trasmissione verticale da madre a figlio che può verificarsi in tre diversi momenti, durante la gravidanza (15-20% dei casi), al momento del parto (50-80% dei casi) o nel postpartum attraverso l'allattamento (10-14% dei casi).(6)

L'allattamento al seno è fortemente sconsigliato nei paesi industrializzati per prevenire il rischio di trasmissione post natale e di "late postnatal transmission", la cui diagnosi avviene quando il neonato risulta essere PCR negativo a 3 o 6 mesi di età, ma presenta una sierologia positiva nei controlli seguenti a 9 e 15 mesi. Tuttavia risulta essere problematico estendere questo tipo di intervento nei paesi in via di sviluppo dove il rischio di mortalità per i neonati non allattati al seno è così alto che si preferisce affrontare quello, quantitativamente minore, dell'infezione trasmessa con il latte materno. (7)(8)

Molteplici studi hanno indicato un aumento del tasso di trasmissione tra le donne con elevati cariche virali e/o una bassa conta dei linfociti T CD4+, in particolare con una conta di cellule CD4 inferiore a 200 unità/mm³ il rischio di trasmissione è pari a 33,7%.(9)



Il rischio di trasmissione verticale, anche attraverso l'allattamento, diminuisce drasticamente, passando dal 20-45% al 2% (10), quando:

- Viene effettuata una diagnosi precoce: lo screening dell' HIV fa parte dei test previsti in gravidanza e garantiti dal SSN, rientrando negli esami obbligatori esenti da pagamento come affermato anche dal Sistema Nazionale Linee Guida. Il test utilizzato per la ricerca del virus è il test ELISA il quale viene effettuato una prima volta entro la 12a settimana e viene ripetuto nel terzo trimestre dopo la 28a settimana. In caso di positività la diagnosi deve essere confermata con il metodo Western Blot.(11)
- Trattamento antiretrovirale sia per la madre, cominciata almeno dalla 20a settimana di epoca gestazionale, che per il neonato. La monoterapia con zidovudina (AZT o ZDV) riduce il rischio di trasmissione dal 25,5% al 8,3% ed è indicata nelle donne con carica virale inferiore alle 6-10 mila copie/ml. Invece la terapia combinata, ovvero la HAART, con due o più farmaci, viene preferita per le donne con quantità di HIV RNA superiore alle 10 mila copie/ml. Le donne che seguono la HAART già dall'epoca preconcezionale devono continuarla durante tutta la gravidanza e il puerperio.(12)
- Conta dei linfociti T CD4+ > 200 unità/mm³, l'HIV è in grado di infettare i linfociti B, macrofagi e cellule nervose, ma presenta un particolare tropismo ed effetto citopatico per la sottopopolazione dei linfociti T helper CD4+, causa principale della perdita delle funzioni di difesa dell'organismo.
- Carica virale nulla, ovvero inferiore a 50 copie/ml. (13)

LINEE GUIDA DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA' 2016 (OMS)

Nel 2010 l'Organizzazione Mondiale della Sanità per la prima volta raccomanda la terapia antiretrovirale come intervento per prevenire la trasmissione post-natale del virus HIV attraverso l'allattamento.

Nello stesso anno l'OMS ha effettuato una revisione delle proprie linee guida sull'HIV e nutrizione infantile, al fine di proporre alle autorità nazionali un diverso approccio nella sanità pubblica. In particolare viene raccomandato di promuovere e supportare un'unica "feeding practice" e che tutte le madri HIV positive possano facilmente accedere alle cure in strutture pubbliche. Tali linee guida e raccomandazioni sono state aggiornate e confermate nel 2013 e nuovamente nel 2016.

L'obiettivo è quello di aumentare il tasso di sopravvivenza e diminuire i casi di trasmissione nei neonati esposti all'HIV, fornendo indicazioni sulle appropriate pratiche di alimentazione infantile, sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e l'aggiornamento di strumenti e materiali per la formazione del personale sanitario. La prima raccomandazione dell'OMS afferma che:

"Le madri HIV positive dovrebbero allattare per almeno 12 mesi ed eventualmente continuare fino a 24 mesi o oltre (come per la popolazione generale), mentre vengono pienamente supportate dalla terapia antiretrovirale". (14)

L'allattamento esclusivo al seno protratto oltre i 6-12 mesi viene raccomandato qualora l'alimentazione sostitutiva debba essere effettuata in assenza dei criteri AFASS, secondo i quali un alimento sostitutivo del latte materno, soprattutto il latte in formula, deve essere:

- Accettabile: evitare lo stigma sociale;
- Fattibile: facile reperibilità ed accesso ai servizi per la salute del neonato;
- Adeguato: adatto alla nutrizione del bambino per ingredienti e dosi;
- Sostenibile: possibilità di acquistare sufficiente latte in formula per garantire la normale crescita e sviluppo del neonato;
- Sicuro: l'acqua e il luogo di preparazione devono essere sicuri e puliti.(9)

La seconda raccomandazione invece sottolinea l'importanza di porre a disposizione di tutte le donne in gravidanza



e delle madri sostegno e consulenza da parte di personale qualificato per promuovere ottimali pratiche nutrizionali dei bambini. In particolare alle madri affette da HIV deve essere fornita la possibilità di ricevere una completa Terapia Anti Retrovirale (TAR) e accurate informazioni sia sui rischi derivanti dall'allattamento al seno sia sull'alimentazione sostitutiva. (14)

Le feeding practice, ovvero le modalità di nutrizione del neonato sono tre: allattamento esclusivo al seno (EBF, exclusive breastfeeding), allattamento prevalente al seno (PBF, predominant breastfeeding), allattamento misto (MBF, mixed breastfeeding), associati rispettivamente a un rischio di trasmissione del 5,1%, 6,7% e 10,5%. L'aumento del rischio di trasmissione è riconducibile all'ipotesi che l'allattamento misto causi infiammazioni locali, esponendo cellule bersaglio presenti sulla superficie della mucosa orofaringea e intestinale del neonato. Infatti i neonati allattati esclusivamente al seno mostrano una permeabilità, a livello intestinale, minore rispetto a quelli alimentati con altre tipologie di cibo e liquidi. (9)(15)

L'allattamento esclusivo al seno previene 1,3 milioni di nuove infezioni ma nonostante ciò viene applicato solo nel 39% dei casi. (16) Nella terza raccomandazione l'OMS si esprime in merito alle madri che desiderano pianificare una durata minore dell'allattamento, affermando che: *"un allattamento esclusivo al seno per un tempo minore dei 12 mesi è sempre una scelta migliore rispetto al non praticarlo"*. (14)

IN LETTERATURA

Lo studio "HIV transmission through breastfeeding, a study in Malawi", pubblicato dalla rivista medica e network JAMA nell'anno 1999, si interroga sui benefici e i rischi derivanti da uno svezzamento precoce.

Questo studio prospettico, condotto su coorti di donne HIV positive non sottoposte a TAR, in tre anni ha rivelato che il rischio di infezione per neonati, allattati esclusivamente al seno, è pari a 3,5% fino ai 5 mesi di vita, 7% alla fine degli 11 mesi, 8,9% a 17 mesi e 10,3% a 23 mesi. (17)

Nonostante il rischio aumenti per una maggiore esposizione nel tempo al latte materno, non vi sono benefici maggiori nell'effettuare uno svezzamento precoce a 4-5 mesi. Infatti il latte materno protegge il bambino da altre patologie non solo per i primi cinque mesi di vita, ma anche ad un'età maggiore.

Uno svezzamento precoce è associato ad un aumento della mortalità e della morbosità sia nei neonati liberi dalla malattia, sia in quelli che hanno contratto il virus HIV. (15)

I dati raccolti dallo ZEBS (Zambia Exclusive Breastfeeding Study) dimostrano che la percentuale di neonati allattati esclusivamente al seno da madri sottoposte a TAR per sei mesi dopo il parto, liberi dalla malattia a 12 e 18 mesi, è pari rispettivamente all' 85-96% e 81,6-95,2%.

Un'estensione del tempo di somministrazione della TAR porta ad un aumento del tasso di sopravvivenza libera da malattia pari a 88,8-95% a 12 mesi e 87,2-97,8% a 18 mesi. All'interno sempre dello stesso studio si riscontra che il 50% dei neonati che hanno contratto l'infezione, facenti parte del gruppo in cui si è effettuato uno svezzamento precoce, andava incontro a morte intorno ai 12 mesi di vita mentre nel gruppo randomizzato che ha continuato l'allattamento dopo i sei mesi la mortalità a un anno era il 25%. (14) (7) Inoltre la TAR somministrata alla madre e al neonato si è dimostrata essere un'arma di difesa ottimale contro l'infezione garantendo la sopravvivenza fino all'età adulta nel 90% dei casi. (10)



Lo studio MASHI, presentato dagli autori Thior I., Lockman S., Smeaton L.M., nell'articolo "Breastfeeding plus infant zidovudine prophylaxis for 6 months vs formula feeding plus infant zidovudine for 1 month to reduce mother-to-child HIV transmission in Botswana: a randomized trial: the Mashi Study", pubblicato dalla rivista medica e network JAMA nell'anno 2006, condotto in Botswana, è stato il primo a valutare l'efficacia della TAR per la profilassi postnatale.

In questo studio i neonati hanno ricevuto zidovudina (AZT o ZDV) e lamivudina (NRTI) nella prima settimana di vita e continuato la lamivudina per i successivi sei mesi. I casi di trasmissione, pari a 3,8% a sei settimane e 4,9% a sei mesi, sono decisamente più rari rispetto ai neonati che non ricevevano la TAR o la svolgevano solo per una breve durata. (7)

Risultati confermati in seguito da un secondo studio condotto a Blantyre, Malawi, il "Post-Exposure prophylaxis of Infants" (PEPI) presentato dagli autori Kumwenda N.I., Hoover D.R., Mofenson L.M., nell'articolo "Extended antiretroviral prophylaxis to reduce breast-milk HIV-1 transmission", pubblicato da The New England Journal of Medicine nel 2008.

Lo studio ha messo a confronto tre gruppi di donne che hanno praticato per sei mesi l'allattamento esclusivo al seno. Il primo gruppo di neonati ha assunto zidovudina per una settimana, il secondo gruppo nevirapina (NVP) per 14 settimane e il terzo AZT + NVP per 14 settimane.

A nove mesi nel secondo e nel terzo gruppo che hanno ricevuto la TAR per un periodo più lungo si è verificata una percentuale minore di casi di trasmissione:

- 5,2% NVP per 14 settimane;
- 6,4% NVP+AZT per 14 settimane;
- 10,6% AZT per una settimana.

La differenza tra i due gruppi che hanno assunto la TAR per 14 settimane è statisticamente poco significativa, ma la profilassi combinata è associata ad un numero più elevato di effetti collaterali quindi la sola somministrazione di nevirapina è preferibile. (7)(15)

Lo studio SWEN, "Six-Week Extended Nevirapine", presentato dagli autori Bedri A., Gudetta B., Isehak A., nell'articolo "Extended-dose nevirapine to 6 weeks of age for infants to prevent HIV transmission via breastfeeding in Ethiopia, India, and Uganda: an analysis of three randomized controlled trials", pubblicato dalla rivista medica The Lancet nell'anno 2008; ha osservato ulteriormente il ruolo della NVP nella profilassi del bambino valutando la percentuale di neonati liberi da malattia a sei mesi in seguito alla somministrazione di NVP per sei settimane e oltre. La percentuale di neonati liberi da malattia è pari all' 88% nel gruppo in cui la somministrazione è durata sei settimane, pari al 92% nel gruppo in cui la profilassi è durata fino ai sei mesi.

Dunque la profilassi infantile, unita a quella materna, riduce il rischio di trasmissione tardiva all' 1,2%, livello simile riscontrato nella popolazione alimentata con il latte in formula. (15)

LE LINEE GUIDA INGLESI E AMERICANE

Rivolgendo lo sguardo verso i paesi industrializzati è necessario porre l'attenzione alle linee guida inglesi della British HIV Association (BHIVA) e le raccomandazioni dell'American Academy of Pediatrics (AAP) le quali sconsigliano l'allattamento al seno nelle donne HIV positive ma affermano che, qualora la madre esprima il desiderio di allattare e risulti avere le giuste caratteristiche cliniche, non debba essere ostacolata ma sostenuta, supportata e aiutata nella sua scelta.

In particolare raccomandano di incrementare i programmi di counselling e di educazione, di effettuare il test per l'HIV già in epoca preconcezionale, di fornire supporto intensivo a madre e neonato durante tutto il periodo dell'allattamento e di incoraggiare le madri ad effettuare la misurazione della carica virale plasmatica mensilmente e a tre, sei, dodici, diciotto mesi nel neonato. (18)(19)



IL COUNSELLING OSTETRICO E L'ASPETTO PSICOLOGICO MATERNO

Tre studi qualitativi condotti in diversi contesti sociali esplorano i sentimenti ambivalenti che si creano nelle donne HIV positive, indagano la percezione del ruolo di madre nel nutrire il proprio neonato e l'impatto che l'HIV ha sulla maternità.

L'analisi di tali studi rivela la presenza di sentimenti comuni quali paura, ansia, senso di colpa connesso al rischio di trasmissione verticale, ma anche fede, speranza nella terapia antiretrovirale e ricerca di maggiore contatto fisico con il proprio bambino.

Gli studi esplorativi delle reazioni psicologiche e delle coping strategies delle nutrici HIV positive condotti in Zambia e Ghana, rispettivamente "Promotion of exclusive breastfeeding among HIV-positive mothers: an exploratory qualitative study", e "Qualitative exploration of psychological reactions and coping strategies of breastfeeding mothers living with HIV in the Greater Accra", pubblicati da Hazemba A.N. e Acheampong A.K., pubblicato dall'International Breastfeeding Journal nell'anno 2016 e 2017, rivelano come le madri HIV positive non ricevano sufficiente sostegno e informazioni da parte del personale sanitario. Le donne affermano di aver scelto l'EBF perché consigliato dal personale sanitario senza aver effettuato una scelta libera e consapevole, con una giusta valutazione del rischio e beneficio. (20)(21)

Sentimenti analoghi si ritrovano anche all'interno di uno studio condotto dall'università di Thaksin, su un gruppo di donne Thai sieropositive nel sud Thailandia, in un contesto sociale dove l'allattamento al seno risulta essere una pratica comune e l'infezione da HIV un tabù. L'attuale politica sanitaria sconsiglia l'allattamento al seno e provvede alla distribuzione gratuita della TAR alle madri oltre che del latte in formula durante il ricovero in ospedale e fino ai sei mesi di vita del neonato.

La quantità di latte in formula fornita al mese non sempre risulta essere sufficiente per la crescita ottimale del bambino. La maggior parte delle donne esprimono sentimenti come paura di venir stigmatizzate dalla società, dalla famiglia e il senso di colpa derivante dall'incapacità di nutrire i propri bambini, sia non riuscendo a sostenere il costo di ulteriore latte in formula sia per l'impossibilità di allattare, considerandosi infette. (22)

Il ruolo dell'ostetrica, all'interno di un team multidisciplinare, si fonda non solo sulla necessità di effettuare un accurato e completo counselling sui rischi e benefici derivanti dall'allattamento esclusivo al seno, ma anche quello di indagare i fattori che possano influenzare positivamente o negativamente la scelta e i sentimenti delle donne durante l'allattamento.

CONCLUSIONI

L'allattamento esclusivo al seno per i primi sei mesi nelle donne HIV positive è possibile anche in presenza di un'alimentazione sostitutiva sicura, quando sussistono precisi criteri di sicurezza clinici quali una conta dei linfociti T CD4+ > 200 unità/mm³ e una viremia nulla, la possibilità di effettuare controlli sierologici e di essere informate attraverso un corretto e completo counselling riguardo alla feeding practice più adatta e sicura. Quindi tutto ciò, insieme alla possibilità di effettuare una scelta libera, informata e una forte motivazione materna, rappresentano le caratteristiche cardine affinché la pratica dell'allattamento esclusivo al seno possa avvenire con successo e in sicurezza nelle madri HIV positive anche nelle nostre realtà.



BIBLIOGRAFIA

1. Core Epidemiology Slides, Global summary of the AIDS epidemic., June 2017, UNAIDS.
2. Who. Global Aids Up. 2016;
3. Del S., Dicembre A.L., Istituto Superiore della Sanità, "Sorveglianza dei casi di AIDS in Italia". 2014;27:1-48.
4. SIGO, GRLA e Istituto Superiore di Sanità, "Progetto Nazionale per la Sorveglianza sul Trattamento Antiretrovirale in Gravidanza". 2017;1-26.
5. ENDING AIDS, progress towards the 90-90-90 targets. Global UNAIDS Update. 2017;
6. McGowan J.P., Shah S.S. "Prevention of perinatal HIV transmission during pregnancy". Journal of Antimicrobial Chemotherapy. 2000;46:657-68.
7. Kuhn L., Reitz C., Abrams E.J. "Breastfeeding and AIDS in the developing world". Current Opinion in Pediatrics. 2009;21(1):83-93.
8. Ekpini E.R., Wiktor S., Satten G.A., Adjorlolo-Johnson G., Sibailly T.S., Ou C., et al. "Late postnatal mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Côte d'Ivoire". The Lancet 1997.
9. Iloff P.J., Piwoz E.G., Tavengwa N.V., Zunguza C.D., Marinda E.T., Nathoo K.J., et al. "Early exclusive breastfeeding reduces the risk of postnatal HIV-1 transmission and increases HIV-free survival". AIDS. 2005;19:699-708.
10. Giacomet V., Fabiano V., Zuccotti G.V. "HIV in età pediatrica: cos'è cambiato 30 anni dopo". Prospettive in Pediatria. 2014;44(173):26-35.
11. Ministero della Salute - Sistema nazionale per le linee guida. "Linee guida della gravidanza fisiologica, 2011."
12. Hawkins D., Blott M., Clayden P., De Ruiter A., Foster G., Gilling-Smith C., et al. "Guidelines for the management of HIV infection in pregnant women and the prevention of mother-to-child transmission of HIV. HIV Medicine 2005;6(S2):107-48.
13. Massini R., Izzi D., Marchetti P., Passeretti F., Recine U., MEDICINA INTERNA. In: Medicina Interna, quarta edizione. Mc Graw Hill, 2009. p. 651-6.
14. World Health Organization. "Guideline, updates on HIV and infant feeding: duration of breastfeeding and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV". Who Publication. 2016;59.
15. Slater M., Stringer E.M., Stringer J.S.A. "Breastfeeding in HIV-positive women: What can be recommended?". Pediatric Drugs. 2010;12(1):1-9.
16. Haregeweyin Genetu, Melaku Kindie Yenit and Tariku Amare. "Breastfeeding counseling and support are associated with continuous exclusive breastfeeding from one week to six months of age among HIV exposed infants in north Gondar zone, Ethiopia: a cross-sectional study". International Breastfeeding Journal. 2016
17. Miotti P.G., Taha E.T., Kumwenda N.I., Broadhead R., Mimavalye L.A.R., Van der Hoeven L., Chipangwi J.D., Liomba G., Biggar R.J. "HIV Transmission Through Breastfeeding. JAMA 2011;7626(1):1-46.
18. Committee on pediatric AIDS. "Human milk, Breastfeeding and Transmission of Human Immunodeficiency virus in the United States". Pediatrics. 1995;96(5).
19. De Ruiter A., Taylor G.P., Clayden P., Gandhi K., Dhar J., Kennedy J., O'Shea S. et al. "British HIV Association guidelines for the management of HIV infection in pregnant women 2012 (2014 interim review)". HIV Medicine. 2014;15(S4):1-77.
20. Hazemba A.N., Ncama B.P., Sithole S.L. "Promotion of exclusive breastfeeding among HIV-positive mothers: an exploratory qualitative study". International Breastfeeding Journal; 2016; 11:9.
21. Acheampong A.K., Naab F., Kwashie A. "Qualitative exploration of psychological reactions and coping strategies of breastfeeding mothers living with HIV in the Greater Accra Region of Ghana". International Breastfeeding Journal; 2017;12(28):1-8.
22. Suwankhong D., Liamputtong P. "I was told not to do it but...": Infant feeding practices amongst HIV-positive women in southern Thailand". Midwifery. Elsevier Ltd; 2017;48(October 2016):69-74.



Etica in pediatria: i quattro errori

ABSTRACT

L'articolo fornisce un approccio ad un tema scottante: le scelte difficili in Pediatria, sottoposte alla luce dell'etica. Dato che in questo campo normalmente vige un fai-da-te sconcertante, e si riduce l'etica alla legalità, l'Autore richiama i principi di base della bioetica, e dà alcuni utili riferimenti pratici.

The article provides an approach to an very important topic: the difficult choices in Pediatrics, subjected to the light of Ethics. Given that in this field there is normally a disconcerting do-it-yourself, and ethics are reduced to legality, the Author recalls the basic principles of bioethics, and gives some useful practical references.

Carlo Valerio Bellieni

*Dipartimento di Pediatria
Azienda Ospedaliera
Universitaria Senese*



Nella società occidentale, le decisioni in medicina sono sempre più delicate e difficili, e nell'area pediatrica questo è ancor più evidente. Infatti esistono dei problemi riguardanti la fragilità precipua dei minori che sollevano dubbi e contenziosi difficili e spesso irrisolvibili. Tuttavia, varie scuole hanno cercato di dare una strada per orientarsi in questi dilemmi.

Esiste una scuola consequenzialista-utilitarista, che ritiene criterio per le scelte etiche quello di massimizzare i profitti di soddisfazione per il massimo numero di persone dalle azioni intraprese. Esiste il criterio personalista, che considera il rispetto della persona nelle sue varie dimensioni come criterio ultimo dell'etica. Esiste il criterio principialista, che sostiene che l'etica deve seguire quattro principi-base: beneficenza, non-maleficenza, giustizia e autonomia. Tuttavia, questi criteri o scuole sono delle forme di compromesso o contrattualistiche, cioè fanno derivare l'eticità o meno di un'azione da un calcolo o un equilibrio tra più fattori. In realtà, tutto molto complesso, origine di discussioni o talora forzature, anche perché nello stesso ambito di una scuola si possono avere interpretazioni diverse. Per esempio nel personalismo si può considerare la dignità della persona prevalente rispetto alla vita della persona stessa o viceversa; oppure nel principialismo si può dare eccessivo peso all'autonomia, facendola coincidere con esaltazione del solipsismo, cioè delle decisioni prese in solitudine. In realtà per parlare di etica, c'è chi propone un'etica delle virtù, dove da una pratica delle virtù si pensa di far derivare quasi istintivamente o empaticamente la scelta più corretta. O chi suggerisce di basare le scelte su due criteri-base, cioè la razionalità e il realismo, ma integrati da una empatia di base, infatti la ragione significa considerare la realtà secondo la totalità dei suoi fattori, il realismo significa evitare i preconcetti, mentre l'empatia è la base di affetto e interesse verso la persona interessata, senza la quale le scelte morali sono solo fredde costruzioni.

Come si vede, le scelte etiche sono complesse, e ben sappiamo che la popolazione non viene educata a valutazioni di nessun genere nel prenderle, tanto che si finisce per confondere ciò che è etico con ciò che è permesso o deciso dalla legge. Oppure per evitare di pensare che certe situazioni richiedano una valutazione morale e si finisca per decidere "all'impronta" sui dilemmi quotidiani e seguire quello che dicono i massmedia più influenti per i dilemmi teorici. Ecco che qui richiamiamo allora dei principi di legge dalle nuove norme della legge 129, e sottolineiamo, per praticità quattro gravi errori da non commettere in questo campo.

Legge italiana

La legge italiana 129 del 2018 regola i limiti e i doveri del medico rispetto al consenso informato. Così si esprime:

Art. 3: La persona minore di età o incapace ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione, nel rispetto dei diritti di cui all'articolo 1, comma 1. Deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consona alle sue capacità per essere messa nelle condizioni di esprimere la sua volontà: il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità.

Questo significa due cose: che le disposizioni anticipate di trattamento – che sono oggetto primario di questa legge – non si applicano al minore (Art 1), dunque i genitori o il tutore non possono dare un parere preventivo rispetto ad un arresto delle cure per un evento futuro e non in atto, dato che questo è prerogativa del maggiorenne che prevede di poter un domani non essere in grado di provvedere mentalmente a se stesso.



Inoltre, che i genitori hanno un limite nella decisionalità, che è "la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità", cioè, mentre un adulto può chiedere la sospensione di qualsiasi trattamento, il tutore/genitore del minore può chiedere la sospensione solo dei trattamenti "facoltativi", ma non di quelli che salvano la vita e la salute.

I quattro errori

In pediatria esistono varie situazioni delicate in cui le decisioni etiche si pongono, e non sono solo quelli di fine-vita come si penserebbe, ma riguardano vari altri aspetti della attività pediatrica. Qui riportiamo un breve decalogo, per mostrare un semplice modo di approccio e un suggerimento alla riflessione e ad un comportamento etico. Per questo fine, riportiamo quattro errori da evitare in campo bioetico.

Consenso informato

Considerarlo come un foglio da far firmare e non come un processo di dialogo che finisce con un'accettazione o rifiuto di una terapia. Scriverlo in modo che sia illeggibile, e pensare che più cose facciamo firmare - comprese le mille procedure solo possibili e non quelle solo al momento proposte per il bambino - più siamo al sicuro da rivendicazioni: sbagliato, perché rendere il consenso una liberatoria non garantisce proprio nulla per il medico ed è facilmente impugnabile dal paziente.

Fine-vita

L'errore peggiore è prendere decisioni di fine-vita su basi probabilistiche, cioè sul fatto che "è possibile" che il bambino abbia una sofferenza insopportabile o sia davvero in fin di vita oppure che le terapie non abbiano efficacia, invece di farlo dopo aver avuto prove chiare e dati inoppugnabili.

Sbagliato anche è riversare le decisioni sulle spalle dei genitori, che devono sempre essere informati e consultati, ma le decisioni vanno prese solo nel miglior interesse del bambino, evitando che il genitore, ignaro di competenze mediche e in preda all'ansia, sia il capro espiatorio delle scelte etiche. Ho recentemente richiamato la necessità di evitare l'uso del cosiddetto "best interest principle", cioè la valutazione di un ipotetico "miglior interesse del bambino", ma di basare le decisioni di fine-vita su un parametro più realistico, cioè la presenza di dolore o stress intrattabili e insopportabili, che ho chiamato "pain principle".

Ricerca scientifica

Mai permettere che nei trials clinici i bambini siano sottoposti a procedure che un adulto tollererebbe per sé ma che invece sono oggettivamente fastidiosi o dolorosi per un bambino, che non può dare l'assenso al procurato disagio. Per esempio trials dolorosi o prelievi di grosse quantità di sangue.

Etica del personale curante

Pensare che basti applicare i protocolli, e che più se ne stilano meglio è, per garantire una buona assistenza. In realtà, la buona assistenza non passa attraverso il moltiplicarsi delle regole, che invece rendono l'assistenza burocratica, macchinosa e ferruginosa, ma passa attraverso la valorizzazione del personale: il dolore e lo stress sono contagiosi: il personale stressato lavora male e soprattutto comunica lo stress ai bambini, peggiorandone la compliance e i tempi di guarigione.

Conclusione

L'etica in pediatria deve passare da una visione basata sul medico e sui suoi impegni, pur importanti e da riconoscere, ad una visione basata sul bambino e i suoi diritti.



Questo non significa negare il bisogno di una valorizzazione del medico e dell'infermiere pediatrico, prevenendo il sovraffollamento dei reparti, e il burnout, ma di favorire un corretto e sano equilibrio tra i diritti di tutti gli attori del processo curativo: bambino, medico, genitori.

BIBLIOGRAFIA

1. LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219 disponibile all'URL <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato115290.pdf>
2. Singer PA, Viens AM: The Cambridge Textbook of Bioethics. Cambridge University Press, 2008
3. Guimarães H, Rocha G, Bellieni C, Buonocore G. Rights of the newborn and end-of-life decisions. J Matern Fetal Neonatal Med. 2012 Apr;25 Suppl 1:76-8.
4. Guimarães H, Rocha G, Almeda F, Brites M, Van Goudoever JB, Iaconi F, Bellieni C, Buonocore G. Ethics in neonatology: a look over Europe. J Matern Fetal Neonatal Med. 2012 Jul;25(7):984-91.
5. Guimaraes H, Sanchez-Luna M, Bellieni CV, Buonocore G; Union of European Neonatal and Perinatal Societies. Ethical charter of Union of European Neonatal and Perinatal Societies. J Matern Fetal Neonatal Med. 2011 Jun;24(6):855-8
6. Bellieni CV: End-of-Life Decisions and the "Pain Principle". EC Anaesthesia 4.8 (2018): 252-253



Parto indotto e rischio di depressione nel post-partum

ABSTRACT

L'induzione del travaglio di parto è un intervento medico messo in atto a 41 settimane di gestazione per ridurre i rischi legati ad una gravidanza protratta. Lo scopo dello studio è quello di offrire una panoramica sull'induzione del travaglio dal punto di vista materno e individuare una correlazione esistente tra induzione del travaglio e depressione post-partum. È stato quindi indagato retrospettivamente, in un gruppo di puerpere afferenti presso il Policlinico Abano Terme, il ricordo relativo all'induzione del travaglio di parto con l'obiettivo di evidenziare possibili correlazioni tra i la sintomatologia depressiva post partum (tramite somministrazione dell'Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS) ed il ricordo dell'induzione di parto, indagato tramite intervista telefonica. Lo studio ha evidenziato una correlazione statisticamente significativa tra la paura del parto, il punteggio generale EPDS, e le sue sottoscale Anedonia, Ansia e Depressione. Le donne indotte che riportano punteggi più alti relativamente alla paura del travaglio e del parto, risulterebbero maggiormente a rischio di sviluppare sintomi di depressione post-partum. Inoltre, è emerso una correlazione inversa tra numero di ecografie effettuate e la paura del parto percepita dalle donne. Questi risultati suggeriscono come la ricerca scientifica ancora non abbia adeguatamente approfondito questi temi e come siano necessari ulteriori studi sul coinvolgimento psicologico ed emotivo delle pazienti che affrontano l'induzione del travaglio di parto.

Induction of labour is defined as the process of artificially stimulating the uterus to start labour and is recommended for women who have reached 41 weeks (>40 weeks + 7 days) of gestation. Induction of labour is not risk-free and many women find it to be uncomfortable. The purpose of the current study was to offer an overview on the induction of labor from the maternal point of view and to identify a relationship between induction of labor and post-partum depression. In a group of puerperae, the memory of the induction of labour has been retrospectively investigated with the aim of highlighting the possible correlations between the data obtained by telephone interview and the symptoms of post-natal depression, by global scores of Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS - . The study highlighted a statistically significant correlation between the fear of childbirth, the EPDS score, and its subscales, Anhedonia, Anxiety and Depression. The study also showed an inverse correlation between the number of ultrasounds performed and the fear of childbirth perceived by women. We have demonstrated that women who are more afraid of childbirth are more at risk of postpartum depression and the more ultrasounds a patient makes, the less she is afraid of the delivery. These encouraging results suggest that scientific research has not yet adequately deepened these issues and that further study is needed on the psychological and emotional involvement of patients facing the induction of labor.

Lombardi Federica, Giliberti
Lara, Straface Gianluca

*Unità Operativa Ginecologia-
Ostetricia, Policlinico Abano
Terme*



INTRODUZIONE

L'induzione del travaglio di parto è un intervento medico messo in atto a 41 + 3 giorni di epoca gestazionale per ridurre i rischi legati all'evoluzione della gravidanza, quando questa superi il termine di gestazione.

I metodi di induzione del travaglio di parto possono essere metodi non farmacologici (scollamento delle membrane amniocoriali, amnioressi, induzione meccanica) od invece metodi farmacologici come ossitocina e prostaglandine, già da tempo utilizzate per indurre il travaglio di parto.

Molteplici sono le indicazioni all'induzione: oltre alla gravidanza protratta anche la rottura prematura delle membrane amniotiche (PROM), e patologie materne o fetali per le quali si può prevedere che l'espletamento del parto migliori la prognosi. L'indicazione all'induzione più rappresentata resta comunque la gravidanza oltre il termine.

Il travaglio indotto ha oggi raggiunto una prevalenza inattesa fino a qualche decennio fa.

In Europa la percentuale media di induzione varia tra il 15% e il 25%. Negli Stati Uniti la frequenza di induzione oscilla tra il 9 e il 19 % di tutte le nascite nei vari centri di riferimento. 1

L'induzione del parto ha un costo organizzativo e assistenziale più elevato rispetto al travaglio spontaneo, è di regola più doloroso e fonte di un vissuto più stressante per la donna, con tutte le conseguenze che questo determina sull'andamento del travaglio stesso e del parto, con una maggiore difficoltà da parte dell'equipe ostetrica e medica, ad accogliere e aiutare la donna in questo particolare percorso fisico.

Uno studio precedentemente effettuato ha messo in correlazione l'induzione elettiva del travaglio di parto oltre il termine di gravidanza con il tasso di allattamento al seno a 1 e a 3 mesi dal parto e con i valori di EPDS (Cox, 1987), STAI-Y (Spielberger, Charles D., 1983) e MIBS (Spielberger, Gorsuch e Leshene, 1970). È stato evidenziato come nelle donne indotte con prostaglandine vaginali il tasso di allattamento esclusivo al seno a 1 e a 3 mesi sia più basso rispetto a quello registrato nel gruppo di donne non indotte mentre i punteggi relativi ad EPDS, STAI-Y e MIBS siano più alti. 2

Tuttavia, ad oggi, ancora poco è stato approfondito in letteratura riguardo agli aspetti psicologici interessati e coinvolti nell'induzione di parto, ma importante per tutti i professionisti del settore sarebbe invece poter capire e conoscere la relazione esistente tra induzione del travaglio di parto e rischio di depressione post-partum.

Lo scopo dello studio presentato è stato quindi quello di indagare retrospettivamente in un gruppo di puerpere il ricordo relativo all'induzione del travaglio di parto ed evidenziare le possibili correlazioni con i punteggi globali EPDS e le sue sottoscale, Anedonia, Ansia e Depressione con i dati ottenuti mediante l'intervista telefonica.

PAZIENTI E METODI

Il campione è costituito dalle donne indotte nel periodo tra il 01/09/2014 e il 16/01/2018 presso la Divisione di Medicina Perinatale del Policlinico di Abano Terme.

Il Policlinico di Abano Terme è un centro nascita di I livello, con un tasso di tagli cesarei pari a circa il 25%, di parti operativi del 7% e un tasso di induzione del travaglio di parto pari al 20-25%.



La struttura ospedaliera sorge in un'area industrializzata del nord-est italiano, caratterizzata da alti livelli di istruzione, buono stato socio-economico, buon tasso di occupazione, ma basso tasso di natalità ed età riproduttiva avanzata.

Il test utilizzato e somministrato nello studio, è un test autovalutativo, di facile somministrazione e lettura, ideato da Cox per lo screening della sintomatologia depressiva. Benché non sia uno strumento diagnostico, un punteggio totale superiore a 9, è ritenuto predittivo di depressione post-partum. 3-4-5

Si tratta di un questionario composto da 10 item, in cui le donne sono invitate a valutare il modo in cui si sono percepite negli ultimi 7 giorni. Un punteggio più alto è associato ad una maggiore probabilità di depressione. Le donne che hanno raggiunto un punteggio totale maggiore o uguale a 9, sono considerate come a rischio di Depressione Post-Partum. Questo punteggio di cut-off è stato raccomandato da indagini epidemiologiche e da screening. 6-7

Sono state poi valutate anche le tre sottoscale: Anedonia (item 1,2), Ansia (item 3,4,5,6) e Depressione (Item 7,8,9,10). 8-9-10

I punteggi relativi all'EPDS sono stati calcolati mediante somministrazione di un questionario a 48 ore dal parto, prima della dimissione, mentre i dati inerenti al ricordo dell'induzione del travaglio sono stati raccolti mediante intervista telefonica a 8 settimane dalla dimissione.

L'intervista telefonica è stata costruita su 14 domande. Sono stati indagati epoca gestazionale, parità ed età della paziente, se la gravidanza è stata cercata o è capitata, il numero di ecografie effettuate in gravidanza, se hanno usufruito della parto-analgesia durante il travaglio, modalità del parto e modalità di allattamento alla dimissione, se la scelta dell'induzione è stata una scelta vissuta come imposta dal personale o se è stata condivisa e accettata, anche dal marito, se si conosceva la pratica dell'induzione del travaglio, se si sceglierebbe nuovamente l'induzione in una gravidanza successiva.

Inoltre è stato chiesto alle donne di attribuire un voto da 1 a 10 (mediante scala VAS) alla paura del parto percepita e all'esperienza vissuta.

I dati sono stati raccolti in un foglio Excel e successivamente elaborati. Per le distribuzioni lineari i test sono stati realizzati mediante il test T-Student. I confronti per i dati percentuali sono stati realizzati tramite il Test Fisher. È stato ritenuto significativo un valore $p < 0.05$.

RISULTATI

Il campione è costituito prevalentemente da pazienti al primo parto, oltre il termine di gravidanza (41 ± 3). La gravidanza è stata cercata dal 97.6% del campione e senza complicanze nel 99.6%. L'età media delle pazienti è di circa 32 anni. In gravidanza, in media, sono state effettuate 7 ecografie. Il 69% ha partorito spontaneamente, mentre il 23.8% mediante taglio cesareo e, durante il travaglio, il 59.5% del campione ha usufruito della parto-analgesia. Per quanto riguarda i voti espressi dalle pazienti in merito alla paura del parto percepita, il 66.6% ha espresso voti uguali o maggiori di 6, quindi nel campione la paura dell'evento parto è stata valutata elevata (media 6.85 ± 3).

La scelta dell'induzione è stata condivisa, nella maggioranza dei casi, con l'equipe e non vissuta come imposta. L'induzione ha ricevuto voti positivi (uguali o maggiori di 6) dal 71.4% delle pazienti, che nel 57% dei casi hanno sottolineato quanto nella loro esperienza e nel ricordo che hanno dell'induzione, sia stato significativo essere assistite durante tutto il periodo di degenza da personale preparato e professionale, che hanno loro stesse giudicato come eccellente. Il 57.1% delle mamme però non sceglierebbe nuovamente di ripetere l'induzione, preferendo attendere l'insorgenza spontanea del travaglio, sia per il dolore provato durante l'induzione, sia per la lunghezza eccessiva della procedura (Tabella 3).



Esiste una correlazione significativa inversa tra numero di ecografie effettuate e la paura del parto: più ecografie fa una paziente, inferiore è la paura percepita riguardo l'evento parto ($\rho = 0.41$) (Tabella 1).

Media \pm DS o N(%)	
Età	31.7 \pm 4.3
Parità primipare	29 (69)
Epoca gestazionale	41 \pm 2.9
Metodi di induzione:	
Prepidil	18 (42.8)
Misoprostolo	5 (11.9)
Ossitocina	10 (23.8)
Propess	6 (14.2)
Induzione meccanica	2 (4.7)
Epidurale	25 (59.5)
Gravidanza fisiologica	41 (97.6)
Conoscenza induzione	39 (92.8)
N.ecografie effettuate in gravidanza	7
Modalità del parto:	
Spontaneo	29 (69)
Operativo	3 (7.1)
Taglio cesareo	10 (23.8)
Allattamento al seno	36 (85.7)

Tabella 1: Caratteristiche antropometriche e cliniche delle pazienti indotte

Media \pm DS o Rho value	P value	
VAS e paura del parto	6.85 \pm 2.9	
N. ecografie e paura del parto	0.41	
EPDS e paura del parto	0.37	P =0.02
Anedonia e paura del parto	0.50	P <0.01
Ansia e paura del parto	0.34	P =0.03
Depressione e paura del parto	0.43	P <0.01

Tabella 2: Paura del parto e sue correlazioni

La significatività è espressa tramite correlazione di p e valore di Rho.

Media \pm DS o N (%)	
Vas e valutazione dell'esperienza	6.57 \pm 2.3
Motivazioni:	
Esperienza positiva	18 (42.8)
Avrei preferito un parto non indotto	12 (28.7)
Personale eccellente	6 (12.2)
Dolore eccessivo	4 (9.5)
Non ha funzionato	1 (2.3)
Rifarebbe l'induzione:	
No	24 (58.1)
Si	18 (42.8)
Motivazioni:	
Avrei preferito un parto non indotto	13 (56.1)
Dolore eccessivo	6 (25)
Procedura troppo lunga	3 (12.5)
Non ha funzionato	2 (8.3)
Scelta dell'induzione:	
Scelta condivisa con l'equipe	29 (69)
Scelta percepita come imposta	6 (14.2)
Entrambe	7 (16.6)

Tabella 3: Ricordo dell'induzione e valutazione dell'esperienza

CONCLUSIONI

In questo studio abbiamo evidenziato l'esistenza di una correlazione inversa tra numero di ecografie effettuate e la paura del parto percepita dalle donne: più ecografie fa una paziente, meno ha paura dell'evento parto.

Inoltre esiste una correlazione statisticamente significativa tra la paura del parto, il punteggio generale EPDS, e le sue sottoscale Anedonia, Ansia e Depressione. Quindi le donne che indotte che hanno più paura del parto sono maggiormente a rischio di depressione post-partum.



L'induzione ha ricevuto voti positivi dalle pazienti che hanno sottolineato come la preparazione del personale, giudicato eccellente, abbia contribuito a rendere l'esperienza positiva. La maggior parte delle mamme però non sceglierebbe nuovamente di ripetere l'induzione, preferendo attendere l'insorgenza spontanea del travaglio, sia per il dolore provato durante l'induzione, sia per la lunghezza eccessiva della procedura.

Dal punto di vista ostetrico, i dati più rilevanti sono il numero di ecografie che sono state effettuate in gravidanza e il dato relativo al ricordo della paura del parto, nonché la relazione che è emersa tra i due. Il numero di ecografie effettuato in gravidanza, in contrasto con il numero di ecografie raccomandato dalle linee guida della gravidanza fisiologica, fa infatti riflettere: le donne, per sentirsi più sicure e meno spaventate dal parto, non hanno bisogno di effettuare più ecografie di quelle strettamente necessarie, ma ricevere dal personale sanitario più informazioni, un supporto e un sostegno maggiori, in particolare dalle ostetriche, che sono le figure centrali e responsabili della gravidanza fisiologica e che hanno, da profilo professionale, il compito di assistere e consigliare la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio.

L'induzione del travaglio, sebbene sia una pratica ormai diffusa, non viene sempre condivisa e accettata dalle pazienti, che se potessero scegliere, preferirebbero partorire spontaneamente. Per questo, è importante discutere questa scelta con la paziente, raccogliendo eventuali dubbi e preoccupazioni, spiegare in modo chiaro e preciso lo svolgimento della procedura e il tasso di successo/fallimento della stessa e seguire la paziente indotta anche nel periodo del post-partum per identificare vissuti negativi, timori ed eventuali segni/sintomi di depressione.

La ricerca scientifica ancora non ha adeguatamente approfondito questi temi e sono necessari ulteriori studi sul coinvolgimento psicologico ed emotivo delle pazienti che affrontano l'induzione del travaglio di parto.

RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia il prof. Vincenzo Zanardo per il suo continuo supporto e la sua preziosa collaborazione a questa ricerca.

BIBLIOGRAFIA

1. Grignaffini, A., Angeloni, M., & Locane, F. Induzione del travaglio di parto: linee guida e protocolli operativi.
2. Zanardo, V., Bertin, M., Sansone, L., & Felice, L. (2017). The adaptive psychological changes of elective induction of labor in breastfeeding women. *Early human development*, 104, 13-16.
3. Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., & Kavanagh, D. J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety?. *Journal of affective disorders*, 74(2), 139-147.
4. Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786.
5. Benvenuti, P., Ferrara, M., Niccolai, C., Valoriani, V., & Cox, J. L. (1999). The Edinburgh postnatal depression scale: validation for an Italian sample. *Journal of affective disorders*, 53(2), 137-141.
6. Murray, L., & Carothers, A. D. (1990). The validation of the Edinburgh Post-natal Depression Scale on a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 157(2), 288-290.
7. Zerkowicz, P., & Tamara, H. M. (1995). Screening for post-partum depression in a community sample. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 40(2), 80-86.
8. Tuohy, A., & McVey, C. (2008). Subscales measuring symptoms of non-specific depression, anhedonia, and anxiety in the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(2), 153-169.
9. Petrozzi, A., & Gagliardi, L. (2013). Anxious and depressive components of Edinburgh Postnatal Depression Scale in maternal postpartum psychological problems. *Journal of perinatal medicine*, 41(4), 343-348.
10. Chabrol, H., & Teissedre, F. (2004). Relation between Edinburgh Postnatal Depression Scale scores at 2-3 days and 4-6 weeks postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22(1), 33-39.
11. Zanardo, V., Volpe, F., Parotto, M., Giiberti, L., Selmin, A., & Straface, G. (2017). Nitrous oxide labor analgesia and pain relief memory in breastfeeding women. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 1-6.



Intervento logopedico nei bambini con difetti cromosomici specifici

ABSTRACT

La logopedia clinica è una disciplina relativamente giovane e inderdisciplinare che si occupa dello studio, della diagnostica e della valutazione delle patologie e dei disturbi del linguaggio dalla nascita all'età adulta. Un bambino inizia a comunicare nella sua lingua madre, dapprima percepisce, imita e distingue i suoni del discorso e quindi li riproduce. Tuttavia, lo sviluppo iniziale delle competenze linguistiche può essere ritardato, disturbato o interrotto del tutto per una serie di motivi. Uno dei tanti può anche essere una condizione genetica. Nel mio contributo, ho familiarità con la logopedia in bambini con specifiche diagnosi genetiche: Kabuki sy., Prader-Willi Sy., Sindrome di Rett, Noonan-Recklinghauser Sy., E Sindrome di Angelman. I casi clinici sono documentati su singole sindromi.

Clinical speech therapy is a relatively young and indestructible discipline that deals with the study, diagnostics and assessment of diseases and speech disorders from birth to adulthood. A child begins to communicate in his mother language, first he perceives, imitates and distinguishes the sounds of the speech and then reproduces them. However, the initial development of language skills may be delayed, disturbed or interrupted altogether for a variety of reasons. One of them can also be a genetic condition. In my contribution, I am familiar with speech therapy in children with specific genetic diagnoses: Kabuki sy., Prader-Willi Sy., Rett Syndrome, Noonan-Recklinghauser Sy., And Angelman Syndrome. Clinical cases are documented on individual syndromes.

Cudlinová Irena

Presidente AKL Associazione Logopedisti Clinici, Repubblica Ceca



La comunicazione è un'attività nella vita di una persona, che si manifesta sia verbalmente che non verbalmente, dalla venuta nel mondo all'ultimo momento della nostra vita. Sottende uno scambio, un rapporto di trasmissione, messa in comune, socializzazione di informazioni percepite. Uno dei primi sintomi di vari disturbi è l'interruzione di questa attività di comunicazione. Spesso questo è un indicatore di avvertimento che consentirà un intervento medico tempestivo. Malattie gravi dei bambini in tenera età includono, tra le altre cose, difetti congeniti dello sviluppo che derivano da uno sviluppo ontogenetico anormale.

Le cause di questi disturbi sono fattori genetici (aberrazioni cromosomiche) e fattori ambientali. Possono anche avere una causa comune di fattori genetici ed esterni, e alcune cause di difetti dello sviluppo congenito non sono ancora stati documentati dalla scienza medica e non sono noti. Approcci interdisciplinari collegano campi medici (pediatria, neurologia, neonatologia, ENT, foniatria, genetica, psichiatria, ecc.) con paramedici (logopedia, psicologia, fisioterapia, ecc.).

Esiste una stretta collaborazione con le terapie e la riabilitazione dei bambini con incapacità di comunicazione (comunicazione compromessa) fin dalla più tenera età.

La logopedia clinica, come campo non medico, mira a massimizzare lo sviluppo delle capacità comunicative e delle capacità del paziente, tenendo conto della diagnosi medica specifica e dell'età del bambino.

La logopedia precoce è un'importante area della logopedia, incentrata sulla diagnosi precoce dei deficit del linguaggio, sullo sviluppo delle abilità linguistiche e relazionali in tutti i suoi livelli, sviluppando la percezione visiva e uditiva, il pensiero, l'attenzione, l'orientamento e la memoria, sempre rispetto all'età del bambino.

Il significato clinico dei malfunzionamenti congeniti nei bambini è molto impegnativo per il logopedista, poiché i difetti genetici

accompagnano sintomi di disturbi della comunicazione, sviluppo del linguaggio ritardato, deficit sensoriali, ritardo mentale, anomalie del linguaggio, alcune anomalie craniofacciali, ecc.

Tutte queste limitazioni hanno un impatto negativo sull'apprendimento delle lingue, sulla comunicazione e il discorso (Kejklíčková, 2016). Nuove e migliori possibilità mediche, diagnostica, ricerca, metodi e conoscenze di alta qualità portano a diagnosi precoci e quindi interventi ortopedici precoci.

A seconda della causa, possiamo dividere i difetti genetici in cromosomica e sindrome. Difetti genetici - cromosomici, in cui la struttura e il numero di cromosomi sono rotti, rappresentano il 12-15% dei difetti alla nascita. Relativamente il più noto e più comune è la sindrome di Down (trisomia 21).

Difetti genetici - Sindromi in cui si rompe la composizione delle singole parti dei cromosomi. Questo è un cambiamento a livello di singoli geni (piccole parti del DNA) che portano l'informazione genetica di un individuo. Migliaia di disordini genetici sono noti e molti influenzano lo sviluppo della parola.

La sindrome di Kabuki

È una rara disabilità genetica descritta nel 1981 da due medici giapponesi (il nome "kabuki" si riferisce ai volti degli attori del teatro tradizionale giapponese).

L'eziologia della sindrome era sconosciuta fino al 2010 quando sono state trovate mutazioni de novo nei geni KMT2D (precedentemente MLL2) e KDM6A. Il disturbo è caratterizzato da una tipica espressione facciale (palpebre lunghe, sopracciglia piatte arcuate, orecchie grandi displasiche, radice del naso allargata con dita appiattite, formazione anomala dei denti, alto palato gotico - a volte schisi), rilievi delle dita persistenti, disturbi della crescita, ritardo dello sviluppo psicomotorio QI basso.



Vi sono anomalie scheletriche, muscolari e oculari, difetti cardiaci congeniti, dell'apparato digerente, disturbi dell'udito e ritardo mentale. Secondo le statistiche, la prevalenza è stimata in 1: 32.000.

Caso n. 1:

Bambino, B.M. , età effettiva: 10 anni, 6 mesi

Dg.: Sindrome di Kabuki, leggero ritardo mentale, sviluppo del linguaggio ritardato

RA: Padre: istruzione elementare, lavoratore, nato nel 1982, madre: educazione pre-scolastica, nato nel 1986, ha una sorella minore nata nel 2010 è in salute. Zia materna sorda dalla nascita, ora ha 36 anni.

OA: bambino nato da gravidanza a rischio (2800 g / 49 cm), il parto a termine. Il terzo giorno di vita ha eseguito intervento di chirurgia cardiaca (difetto del setto ventricolare + stenosi mitralica); al 2 ° mese di vita intervento sui condotti lacrimali e a 2 anni e mezzo ha eseguito il metodo Vojta . A 3 anni di vita non parla, ma produce solo suoni, si sospetta un difetto dell'udito. Stigmatizzazione dominante della craniofaciale con microcefalia e iperlaxità articolare. All'età di 4 anni, ha effettuato esami specialistici. A 5 anni ha eseguito intervento di tonsilectomia.

E' stata confermata la dg. Sindrome di Kabuki. Dai 3 anni il bambino è seguito da logopedista clinico che ha posto la dg di sviluppo ritardato del linguaggio ritardato, caratteristiche autistiche e probabile ritardo mentale.

Terapia: necessita' di indurre contatto visivo, gesti, sorrisi, schiaffi sulle mani, giocando richiamando l'attenzione con la palla associata al gioco. E' necessario sostegno e incoraggiamento. Si eseguono gli esercizi di ginnastica oromotoria di cui i movimenti della lingua e infusioni del viso, compreso la terapia miofunzionali seguita dallo sviluppo del vocabolario passivo, suoni degli animali, dei veicoli, degli oggetti e lo sviluppo delle capacità motorie (gioco noc il puzzle, doodling, ..).

Si svolgono anche gli esercizi per lo sviluppo di vocabolario attivo (usando diario esperienziale, foto di famiglia con una semplice denominazione dei membri, degli oggetti, delle parti della casa, delle parti del corpo, dei vestiti.

Gli piace cantare e farsi leggere i libri con le immagini, la riproduzione delle formule melodiche e ritmiche. Ha iniziato a migliorare significativamente la percezione visiva e uditiva. Dopo un anno di logopedia è riuscito pronunciare le frasi semplici e riesce a rispondere alle domande. Il bambino ha sviluppato il vocabolario attraverso le immagini ed eventi situazionali (ciò che accade in strada, nei boschi, a casa. Abbiamo usato la visualizzazione e il controllo permanente d'intesa). A 5 anni il paziente ha eseguito l'adenotomi e poi ha iniziato a parlare. Esegue esercizi orofacciali per cui esercizi sulla respirazione, sulla regolarizzazione della voce e dell'articolazione. Nel contesto di esercizi vocali sono stati eseguiti l'imitazione, l'intonazione nelle frasi ed esercizi per rinforzare la voce indebolita. E' necessario continuare a sviluppare la sintassi (l'ordine delle parole, le domande, le frasi e narrazione fluente) e morfologia (la tempistica, il confronto di aggettivi, i pronomi, i verbi, ...). Durante l'intervento logopedico, sono stati eseguiti test per la successiva diagnosi. All'età di 7 anni, il paziente è migliorato a tutti i livelli linguistici.

Prognosi: si tratta di una malattia genetica permanente che richiede terapie multidisciplinari. Dal punto di vista logopedico, la comunicazione è pienamente sviluppata, il prossimo sviluppo corrisponderà al livello mentale.

Foto n 1: La sindrome di Kabuki make-up





Sindrome Prader-Willi

Si tratta di una malattia genetica variabile causata dalla assenza del 15° cromosoma paterno. Il disturbo è caratterizzato da ipotonia, obesità per iperfagia, sviluppo psicomotorio non uniforme con IQ ridotto, ipogonadismo e compromissione della funzione endocrina e del sistema nervoso centrale.

Secondo le statistiche, la malattia ha una prevalenza di 1:10 000 - 1: 15.000.

Caso n. 2:

Bambina, A.K., età effettiva: 6 anni e 6 mesi

Dg: sindrome di Prader-Willi, ipotonia centrale, macrocefalia, ritardo del linguaggio.

RA: padre con istruzione secondaria, attualmente pensionato disabile, nato nel 1979, la madre con istruzione universitaria (specialista del marketing) nata nel 1977 con perdita dell'udito bilaterale (del 30%) e diabete mellito. La famiglia vive in un ambiente armonioso.

OA: prima gravidanza, parto a 32 settimane (1280 g / 39 cm), dal 1° mese monitorato per dg. PWS, riabilitazione da 3 mesi, terapia di Bobath a partire dal 1° anno, da 2 anni e mezzo esegue ippoterapia. E' presente il difetto visivo (danno corneale + astigmatismo). Le prime parole ha iniziato a pronunciarle all'età di 3 anni. Ha frequentato strutture prescolari specializzate per 3 anni e mezzo. Esegue logopedia da 3 anni. Il pediatra ha suggerito rieducazione vocale in accordo con altri specialisti.

Terapia: creare fiducia, contatto visivo, rinforzare l'automazione della masticazione e deglutizione (rafforzando gli stimoli sensoriali). Allo stesso tempo, favorire i movimenti della lingua, eseguire gli esercizi di allenamento muscolare oro-facciali con il metodo Castillo- Morales. Lo sviluppo della grafomotoria- delle abilità di disegno di base (disegno, pittura, ...) seguite con una semplice espressione verbale.

L'esercizio terapeutico musicale utilizza il ritmo e il tempo. Abbiamo migliorato le capacità di comunicazione, la comprensione del discorso, lo sviluppo del vocabolario. Inoltre si è verificato un cambiamento anche nella percezione visiva e uditiva, nell'attenzione e nella memoria. Per una maggiore stanchezza e disturbi comportamentali è stato spesso necessario alternare le attività. La ripetizione degli esercizi ha portato a un risultato positivo. Dopo il quinto anno, il paziente ha cominciato articolare. A causa di ipotonia muscolare, di ingombro dei movimenti, la voce risultata impastata. Il paziente è in grado di comprendere il contenuto dei discorsi (l'ordine delle parole, le frasi preposizionali e la struttura grammaticale del discorso) e riesce a raccontare spontaneamente (immagini di storie, fiabe, ...).

Prognosi: al momento, la massima collaborazione da parte dei genitori è un indicatore positivo per la gestione dell'intervento logopedico, ma per l'intelletto ridotto e lievi disturbi emotivi, le abilità del bambino devono essere rispettate. I disturbi dello spettro autistico con disturbo comportamentale non sono esclusi. Poiché questa sindrome genetica non può essere curata, non esiste una terapia causale.

Foto n 2: La Sindrome Prader-Willi



Sindrome Noonan-Recklinhausen

E' una malattia ereditaria autosomica dominante (neurofibromatosi a livello molecolare causata dalla mutazione del cromosoma NF1-17 o del cromosoma NF2-22).



Il disturbo si manifesta con sintomi neurologici e cutanei (macchie di caffè-au-lait), neurofibromi multipli, che portano alla formazione di tumori dei nervi e altre anomalie, tra cui deformità ossee, epilessia e ritardi psicomotori.

Secondo i dati statistici, la neurofibromatosi si verifica in media 1: 3500.

Caso n. 3:

Bambino, P.L., età attuale: 8 anni e 4 mesi

Dg: Sindrome di Noonan-Recklinhausen con grave deformità emi-facciale sinistra, disfagia, disturbo articolare per devastazione dentale e deficit uditivo.

RA: padre non noto, madre disabile pensionata (nata nel 1979) con dg. Recklinhausen, e neurofibromatosi di tipo 1. Sorella nata nel 2015 in buona salute.

OA: figlio primogenito nato dopo la gravidanza a rischio, parto eutocico alla settimana 36 (2400 g / 43 cm).

L'analisi del DNA ha rivelato la delezione familiare in un allele del gene NF1 - stessa delezione materna. Grave deformità facciale sinistra (neurofibroma). Ritardo dello sviluppo psicomotorio, assenza di udito, deficit di crescita, deambulazione e prime parole a 2 anni. Ha iniziato a pronunciare frasi semplici attorno il terzo anno d'età. A 5 anni viene eseguita l'estrazione dei denti decidui. All'età di sette anni, si riscontra il tumore maligno nella metà sinistra della faccia, che richiede terapia chirurgica seguita da chemioterapia. Viene inviato a un neurologo pediatrico a 5 anni e mezzo.

Intervento logopedico: la terapia era inizialmente focalizzata sull'area del viso e della bocca, sullo sviluppo del momento muscolare e sull'attivazione dei gruppi muscolari facciali (metodologia Castillo-Morales). Sono stati eseguiti massaggi per migliorare la mobilità del viso, delle labbra e della lingua - terapia miofunzionale.

Per i problemi disfagici, abbiamo stimolato i riflessi con la terapia orale e abbiamo praticato l'assunzione di liquidi e cibo in una posizione adatta.

Ci siamo concentrati anche sugli esercizi per il corretto coinvolgimento delle labbra e per una corretta deglutizione, sullo sviluppo e sulla correzione di articolazione, sul vocabolario ed abilità espressive (creazione di frasi, contenuto del discorso, ...), sulla stimolazione della percezione dell'udito, sulla differenziazione degli stessi suoni. Durante la terapia di due anni, l'intervento logopedico è stato spesso interrotto da forti mal di testa e da un progressivo deterioramento del livello mentale.

Prognosi: è sfavorevole. Prendiamo sempre in considerazione i sintomi specifici e le cause del disturbo, quindi, la logopedica è stata sospesa.

Foto n 3: La Sindrome Noonan-Recklinhausen



Sindrome di Rett

È una malattia dominante ereditaria con una mutazione del cromosoma X (MECP 2). La causa genetica riguarda solo le ragazze il cui sviluppo iniziale (6-18 mesi) è considerato normale. Le caratteristiche includono ritardo dello sviluppo, disturbi del movimento, difetti della colonna vertebrale, crescita abnorme della testa, epilessia, autismo e disturbi comportamentali. La motoricità e i movimenti stereotipati sono i più eclatanti, il cosiddetto "lavaggio delle mani".

I dati statistici mostrano l'incidenza di 1: 1500 (Dlouhá, 2017).

Caso n 4: Ragazza, N.A., età attuale: 12 anni, 8 mesi

Dg: Sindrome di Rett con atassia degli arti inferiori. Disprassia. Ritardo dello sviluppo psicologico e del linguaggio.



RA: patrigno nato nel 1977, madre parrucchiera nata nel 1975, un altro figlio maschio nato nel 2008.

OA: nato da seconda gravidanza (preceduto da un aborto), parto a termine (3010g / 45cm). Dopo un sviluppo iniziale fisiologico, si è verificato un blocco della crescita intorno al 2° anno. Cammina al 3° anno, incoordinamento del movimento, le abilità comunicative sono scarse. Microcefalia e ritardo delle capacità intellettuali. Da 4,5 anni sulla sedia a rotelle con sviluppo di crisi epilettiche. Dal 7° anno frequenta una scuola speciale.

Le raccomandazioni per la logopedia sono state presentate dal pediatra sulla base delle relazioni del neurologo pediatrico e della genetica.

Intervento logopedico: inizia a 4,5 anni. Innanzitutto, era necessario creare e mantenere il contatto visivo, stabilire fiducia visto comportamento inizialmente negativo e il rifiuto del contatto. La terapia si concentrava principalmente su esercizi di respirazione, del ritmo, dei suoni e delle semplici parole.

La terapia miofunzionale è stata anche ben applicata per attivare i gruppi muscolari facciali. Sono stati usati i movimenti delle mani stereotipati durante la musicoterapia (batteria), che il paziente ha sempre apprezzato. Il vocabolario e la comprensione del linguaggio erano limitati dal ritardo mentale. Abbiamo utilizzato pittogrammi e delle immagini sull'I-Pad e una bambola di comunicazione per determinare la somatognosi, poi le carte di comunicazione "SI - NO". Regressione cognitiva a causa di frequenti crisi epilettiche.

E' stato necessario riprendere la terapia più volte.

All'età di 6 anni, la rieducazione logopedica è stata interrotta su richiesta dei genitori.

Prognosi: nella corretta gestione e cura dei professionisti, l'intensità del disturbo potrebbe ridursi. Il trattamento lo possiamo definire sintomatico.

Sindrome di Angelman ("burattino felice" - "happy puppet")

E' una malattia causata prevalentemente dalla microdelezione del 15° cromosoma. L'eziologia della sindrome di Angelman è strettamente correlata alla sindrome di Prader-Willi (i geni per entrambi sono nelle immediate vicinanze). Il disturbo è caratterizzato da ritardo mentale con linguaggio minimale, problemi motori (movimenti atassici, ipotonia, crisi epilettiche, rallentamento della crescita del cranio, strabismo, disturbi del sonno, tremore delle mani). Il tempo di diagnosi abituale è tra 3 e 7 anni del bambino.

I dati statistici elencano le malattie con una prevalenza di 1: 16000.

Caso n. 5:

Ragazza, A.S., età attuale: 15 anni, 4 mesi

Dg: sindrome di Angelman, comunicazione non verbale, ritardo mentale, epilessia

RA: padre ingegnere, nato nel 1973. Ha abbandonato la famiglia e non si è occupato dell'assistenza della figlia disabile. Madre infermiera, nata nel 1975.

OA: primogenito, nato a termine (3150 g / 48 cm) con i problemi post-partum relativi alla suzione, all'alimentazione. Nato con ipotonia. Sospetto di paralisi cerebrale nell'8° mese.

Nel 2° anno di vita fa i primi passi incerti ed inizia eseguire gli esercizi del metodo Vojta. Inoltre inizia a produrre suoni semplici. Intorno al 3° anno, contrazioni delle arti, ritardo del linguaggio, il paziente è sempre di buon umore. Le convulsioni epilettiche sono iniziate a 5 anni.

Dopo molti esami, a 6 anni, si effettua diagnosi di sindrome di Angelman. Dall'età di sette anni, il bambino viene messo in un centro diurno speciale dove si trova ad oggi. Per la rieducazione ortopedica viene inviato da un pediatra. La diagnosi a 5 anni era di paralisi cerebrale e caratteristiche autistiche.



Intervento logopedico: della durata di un anno, focalizzato sul miglioramento delle capacità motorie, sulla mobilità delle labbra, della mascella e della lingua, che era leggermente allargata e i movimenti erano scoordinati. Applicazione del metodo Castillo-Morales.

A causa di problemi con la deglutizione e la saliva eccessiva, ci siamo concentrati sul miglioramento dell'integrazione sensoriale (gusto, stimolazione tattile e termica). E' stato sviluppato anche il vocabolario, sebbene la comunicazione fosse non verbale, la comprensione era preservata. Il paziente usava circa sei parole (mamma, noi andiamo, questo ...), che ripeteva, stringendo la mano e sorridendo. Dopo oltre mezzo anno di utilizzo di pittogrammi, linguaggio dei segni e delle tabelle di comunicazione, riesce a leggere le frasi semplici: "Voglio bere, voglio mangiare, voglio dormire ..." Dopo la diagnosi, il paziente è stato inserito nel centro diurno e la comunicazione è aumentata.

Prognosi: incurabile, ma con un lavoro sistematico e metodi speciali il paziente è in grado di comunicare non verbalmente. Con l'età c'è stata anche una riduzione delle convulsioni. Le persone con AS hanno una durata di vita normale.

Attualmente, la genetica è indispensabile per conoscere e riconoscere i disturbi dello sviluppo dei pazienti. E' stato studiato e descritto un gran numero di sindromi congenite, ma alcune cause di difetti genetici nei bambini non sono ancora conosciute. Lo scopo della genetica è trovare nel genoma umano un gene che influenza il carattere dello sviluppo del linguaggio e causa specifiche difficoltà di comunicazione e di linguaggio (Dlouhá, 2017).

Lo scopo del logopedista clinico, come parte di un team multidisciplinare, è ridurre al minimo i fallimenti dei processi di comunicazione e partecipare allo sviluppo del bambino nelle abilità di articolazione verbale e nelle abilità linguistiche.

"Lo sviluppo del linguaggio fa parte delle capacità umane. Quindi nei bambini non è possibile svilupparlo se lo sviluppo complessivo di tutte le abilità e capacità non avviene come immaginiamo e desideriamo, cioè in modo fisiologico corretto"

(Škodová E., Jedlička I. et al., Logopedia clinica, Portale della Repubblica ceca, Praga 2003, p.91)

BIBLIOGRAFIA:

- Allen, K.E., Marotz, L.R., Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do osmi let, Praha: Portál, 2002
- Bytešniková, I., Koncepce rané logopedické intervence v České republice, Brno: Masarykova univerzita, 2014
- Castillo Morales, R., Orofaciální regulační terapie, Praha: Portál, 2006
- Dlouhá, O., et al., Poruchy vývoje řeči, Praha: Galén, 2017
- Dvořák, J., Logopedický slovník, Žďár nad Sázavou: Logopaedia clinica, 2001
- Gangale, D.C., Rehabilitace orofaciální oblasti, Praha: Grada Publishing, 2004
- Gerlichová, M., Muzikoterapie v praxi, Praha: Grada, 2014
- Glockler, M., Flinspach, J., ed., Chodit - mluvit - myslet: o vývoji malého dítěte od početí a v prvních letech života, Praha: Malvern, 2007
- Jakubíková, J., Vrozené anomálie hlavy a krku, Praha: Grada Publishing, 2012
- Janoušek, J., Verbální komunikace a lidská psychiky, Praha: Grada Publishing, 2007
- Kejklíčková, I., Vady řeči u dětí, Praha: Grada, 2016
- Kittel, A., Myofunkční terapie, Praha: Grada, 1999
- Koukolík, F., Mozek a jeho duše, 4.rozšířené vydání, Praha: Galén, 2014
- Lazovskis, I., Přehled klinických symptomů a syndromů, Praha: Avicenum, 1986
- Lechta, V., a kol., Diagnostika narušené komunikační schopnosti, Praha: Portál, 2003
- Řičan, P., Krejčířová, D., et al. Dětská klinická psychologie, Praha: Grada Publishing, 2006
- Šarounová, J., a kol., Metody alternativní a augmentativní komunikace, Praha: Portál, 2014
- Škodová, E., Jedlička I., a kol., Klinická logopedie, Praha: Portál, 2003
- Vokurka, M., Hugo, J., a kol., Velký lékařský slovník, 9.vydání, Praha: Maxdorf, 2009
- Wiedermann, H.R., Kunze, J., Atlas klinických syndromů, Bratislava: Osveta, 1995
- Národní registr vrozených vad (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR), (online), (cit. 2017-09-28). Dostupné z: <http://www.uzis.cz/registry-nzis/nrnar>
- Šípek, A., et al., Vrozené vývojové vady (online), (cit. 2015-06-03).
- Kabuki syndrom, OMIX 147920 (online), (cit.2016-03-18).
- Neurofibromatóza, (online), (cit. 2017-10-21).
- Prader-Willi sy, (online), (cit.2018-01-30).
- Angelmanův sy, (online), (cit.2018-02-02).



La stipsi in gravidanza e post gravidanza: cause e soluzioni

ABSTRACT

La Stipsi è un disturbo di cui soffre una grandissima parte della popolazione. Le particolari abitudini di vita dell'uomo moderno predispongono senza ombra di dubbio a questo fastidiosa condizione. Lo stile di vita entra a pieno titolo a far parte delle strategie di prevenzione e di terapia della stipsi. Spesso potrebbe essere utile anche un' automedicazione, ricordandosi che la stipsi non deve mai essere sottovalutata. Tale concetto è ancora più valido quando da un alvo normale si passa ad una improvvisa stitichezza. È qui infatti che il medico deve intervenire con prescrizioni diagnostiche e rimedi terapeutici. L'educazione del paziente riguardo alla stipsi diventa una delle basi fondamentali sia per la prevenzione che per il corretto trattamento. Per la lotta a questo disturbo è necessario il contributo fondamentale di tutte le figure sanitarie: ostetriche, medici, infermieri, dietisti, nutrizionisti. Cosa basilare nella strategia preventiva e curativa della stipsi nel periodi cruciali della donna è ricercare l'alimentazione corretta che comprende per esempio l'uso di purea di prugna.. Ovviamente la fibra alimentare, contenuta in maggior quantità nella frutta, nella verdura e nei cereali, giocherà un ruolo fondamentale assieme ad un generoso apporto di acqua ed ad una salutare blanda attività fisica quotidiana.

Constipation is a disorder that suffers a very large part of the population. The particular habits of modern life predispose undoubtedly to this condition. The lifestyle enters fully into the constipation prevention and therapy strategies. Self-medication may be useful, remembering that constipation should never be underestimated. This concept is even more valid when a sudden constipation takes place from a normal alve. It is in fact, the doctor must intervene with diagnostic prescriptions and therapeutic remedies. Patient education regarding constipation becomes one of the fundamental bases for both prevention and proper treatment. The fundamental contribution of all health figures is needed: midwives, doctors, nurses, dietitians, nutritionists. In the crucial periods of the woman the basic thing is to find the correct diet that includes for example the use of plum puree. Obviously the dietary fiber, contained in greater quantities in fruit, vegetables and cereals, will play a fundamental role together with a generous supply of water and a healthy bland daily physical activity.

Arturo Giustardi (1),
Anna Eliasova (2),
Alexandra Semjonova (1)

(1) AICIP,
(2) Dean, Faculty of Health
Professionals, Prešov
University in Prešov, Slovak
Republik



La stitichezza, o stipsi, è un disturbo diffuso da 82% delle donne in gravidanza, molto presente dal 5- 6 mese (OMS, 2016). La presenza di stitichezza può favorire la comparsa o il peggioramento di emorroidi. Problemi intestinali sono presenti per 7 donne su 10, in cui si verificano cambiamenti fisiologici e ormonali che determinano un rallentamento generale della funzione intestinale.

La gravidanza è una condizione fisiologica, o meglio para-fisiologica, in cui molte funzioni organiche vengono, per così dire, alterate o modificate per l'adattamento a questa nuova situazione.

Uno degli apparati maggiormente interessato da queste alterazioni funzionali è l'apparato gastroenterico che va incontro a numerosi fenomeni di tipo chimico, ormonale e meccanico. Da ciò ne conseguono situazioni come, tra le più frequenti, iperemesi gravidica, scialorrea e stipsi.

Si ritiene che circa la metà delle donne in gravidanza debba fare i conti con la stipsi, ma che "solo" l'11-38 % abbia una stitichezza che necessita di attenzione medica.

Tale problema inizia in genere alla undicesima-dodicesima settimana per diventare più accentuato dopo il sesto-settimo mese ed è spesso la concausa di un'altra patologia manifesta a carico del plesso venoso emorroidario.

Quest'ultimo già di per sé sovraccarico per l'aumentato flusso sanguigno e per l'aumentata viscosità ematica, può andare incontro a quelle frequenti e fastidiose condizioni quali il prolasso delle emorroidi e le ragadi anali. Tali complicanze, nella gravida, hanno spesso come momento scatenante o favorente l'aumento dello sforzo evacuativo richiesto nelle condizioni di stipsi.

Altra patologia correlata alla stipsi è l'alterazione della flora batterica intestinale che, per il rallentato transito intestinale e per il ristagno delle feci nell'ampolla rettale, spesso è causa di infezioni intestinali ma ancor più di infezioni delle vie urinarie e genitali che spesso costringono l'ostetrico ad attuare terapie antibiotiche.

Le principali cause della stipsi in gravidanza sono:

- Il progesterone, che ha la funzione di impedire contrazioni dell'utero, migliora la crescita della componente miometriale e promuove l'attività della placenta. Tuttavia questo ormone rallenta tutte le attività motorie, sia della muscolatura striata, ossia volontaria, sia di quella liscia. Ecco perché rallenta anche il transito intestinale, peggiorando così stipsi pre-esistente o facendo comparire un problema prima inesistente.
- La compressione del tratto terminale dell'intestino da parte dell'utero gravido che progressivamente aumenta e si fa massima nel terzo trimestre.
- L'aumentato fabbisogno idrico con il richiamo di liquidi da altre parti del corpo e con la riduzione di quelli necessari per rendere morbido il contenuto intestinale.
- L'assunzione di supplementi di ferro, che spesso si rende necessaria durante la gravidanza, può provocare malfunzionamento intestinale.
- l'ingombro del pancione che, soprattutto negli ultimi mesi, ostacola il passaggio delle feci una predisposizione individuale: a risentirne maggiormente, infatti, sono le donne che già prima di restare incinte soffrivano di stipsi
- alimentazione inadeguata priva delle fibre alimentari
- Stile di vita della gravida: ridotto movimento fisico, variazioni della dieta e aumento di peso.

In gravidanza la forma più frequente è la primitiva idiopatica da alterata motilità colica. Esiste anche la stipsi primitiva da disfunzioni ano-rettali idiopatiche che, pur con tutte le particolarità del caso (sconsigliata somministrazione di lassativi e frequente necessità di una rieducazione funzionale, che richiede l'intervento di personale esperto), si giova comunque dei consigli dietetici e comportamentali proposti per la stipsi primitiva da alterata motilità del colon.



Il trattamento della stipsi secondaria e della Sindrome dell'intestino irritabile sono da considerarsi atti di competenza strettamente medica se non specialistica.

Esistono una serie di norme igienico-comportamentali utili in gravidanza e non solo per prevenire o coadiuvare le terapie nella stipsi e nelle emorroidi.

Le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della Sanità per un'esperienza positiva della gravidanza, rilasciate a novembre 2016:

- Aumentare il consumo giornaliero di frutta (soprattutto prugne e kiwi) e verdura (soprattutto fagiolini e zucchine), cotte o crude. Consumare molta insalata e cercare di mangiare frequentemente un minestrone o un passato di verdura caldo o freddo.
- Preferire i farinacei (pane, pasta, etc) integrali al posto di quelli raffinati.
- Evitare alcolici e grassi animali per non irritare l'intestino.
- Aumentare il consumo di liquidi, soprattutto di acqua (almeno 1,5-2 lt/die). Il senso di sete va sempre assecondato, anzi anticipato.
- Fare più moto: camminare almeno mezz'ora tutti i giorni ed eseguire regolarmente gli esercizi per la tonicità muscolare della zona ano-rettale.
- Abituarsi all'evacuazione quotidiana, possibilmente alla stessa ora e non rinviare mai tale atto fisiologico.
- Spingere senza forzature o sforzi eccessivi in una idonea posizione.
- Curare molto l'igiene ano-rettale onde evitare irritazioni. Se con queste norme non si ottengono miglioramenti occorre incoraggiare una dieta ad alto contenuto di fibre (almeno 20-40 g/die). Le fibre alimentari si dividono in due grosse frazioni: la solubile e l'insolubile.

L'eziologia nella stipsi è generalmente multifattoriale; può essere secondaria a patologie neurologiche, a patologie sistemiche, all'assunzione di farmaci.

La stipsi funzionale può essere classificata in tre categorie: stipsi da rallentato transito intestinale, stipsi con transito intestinale normale e stipsi da ostruita defecazione.

In uno studio coinvolgente più di mille pazienti affetti da stipsi cronica, la variante con transito intestinale normale è risultata essere la più frequente (59%), seguita da quella da disturbi della defecazione (25%), da transito rallentato (13%) e dalla contemporanea presenza di disturbi della defecazione e da ridotto transito (3%).

Stipsi con transito intestinale normale:

È la forma di stipsi più frequente; in questi casi il transito intestinale è normale così come la frequenza delle evacuazioni. La stipsi è pertanto causata dalla percezione di difficoltà nell'evacuazione o dalla presenza di feci di consistenza aumentata. Frequentemente è presente sintomatologia dolorosa addominale. Utile, in questo gruppo di pazienti, suggerire l'uso di fibre alimentari con o senza lassativi osmotici. La mancanza di risposta a queste terapie può riflettere disturbi della evacuazione o del transito intestinale e pertanto richiedere ulteriori indagini.

Stipsi secondaria a disturbi della defecazione:

Sono comunemente causati da disfunzione del pavimento pelvico o dello sfintere anale. La presenza di feci di consistenza dura, di emorroidi o di ragadi anali possono determinare stipsi, legata in questo caso a un disturbo della defecazione secondario alla presenza di sintomatologia dolorosa e al prolungamento del tentativo di evacuazione per il dolore ad essa associato. La presenza di disturbi strutturali quali rettocele, intussuscezione rettale o eccessiva discesa del perineo sono cause meno comuni di disturbi della defecazione. L'incapacità del retto a svuotarsi può essere secondaria all'incapacità di coordinamento della muscolatura addominale, del pavimento pelvico e ano-rettale. Queste disfunzioni possono essere identificate sia clinicamente che con la defecografia come ridotta discesa del perineo (meno di 1 cm) e ridotta modificazione dell'angolo ano-rettale (normalmente meno di 15°) durante la defecazione.

**Stipsi da ridotto transito intestinale:**

È una variante di stipsi molto frequente nelle giovani donne e spesso il problema insorge dalla pubertà. Il consumo di una dieta ad alto contenuto di fibre può essere risolutivo nei pazienti con lieve riduzione del transito intestinale, ma essere inefficace in quelli con disturbo più severo. In questi pazienti frequente è la mancanza o la riduzione delle onde peristaltiche dopo i pasti, con conseguente rallentamento del transito intestinale.

L'introduzione nella dieta di alimenti contenenti significative quantità di fibra alimentare dovrebbe essere graduale e individuale per mantenere chelazione di sali minerali. Adeguate quantità di fibra alimentare per donna in gravidanza possono essere raggiunte semplicemente incoraggiando il loro consumo abituale compreso i cereali, verdura e legumi. L'introduzione graduale di purea di prugna è auspicabile già nel corso del primo trimestre, oltre che per l'apporto di una sufficiente quantità di fibra anche per permettere una naturale accettazione di un corretto regime alimentare.

Fibra Alimentare è l'insieme di quei carboidrati complessi (polisaccaridi, cellulosa, emicellulosa, lignine, silicati, inulina, oligosaccaridi) e di altre sostanze non digeribili dall'uomo e perciò non assimilate dal nostro organismo.

Pur non potendosi considerare un nutriente, la fibra alimentare esercita effetti di tipo funzionale e metabolico che la fanno ritenere una importante componente della dieta umana. Oltre che all'aumento del senso di sazietà e al miglioramento della funzionalità intestinale e dei disturbi ad essa associati (stipsi, diverticolosi), l'introduzione di fibra con gli alimenti è stata messa in relazione alla riduzione del rischio per importanti malattie cronico-degenerative.

Le fibre contenute nelle prugne hanno una grande capacità di legarsi a molecole di acqua, di dare viscosità ed effetto massa, hanno potere anti-ossidante e modulano l'assorbimento di alcuni nutrienti.

Principale fonte naturale di fibra sono i vegetali e la frutta. L'apporto calorico dei diversi tipi di fibra in quanto tali è viceversa trascurabile. Non esistono quindi problemi di tipo metabolico nel consigliare una integrazione di fibra.

Poco più di un anno fa ricercatori dell'Università di Utrecht in Olanda, sbandieravano ai quattro venti le rinomate proprietà dello psyllium nel combattere i sintomi derivanti dal colon irritabile. Ma non solo, questa fibra naturale proveniente da alcuni tipi di frutta viene oggi largamente utilizzata per combattere la stitichezza.

Oggi, alcuni ricercatori scoprono invece che le prugne battono lo psyllium in quanto a capacità di combattere la costipazione. Per avere dei risultati soddisfacenti, secondo gli studiosi, bisognerebbe consumare una cinquantina di grammi di prugne al giorno, pari a 6 grammi di fibre.

Con la costanza di almeno tre settimane si otterrebbero ottimi risultati grazie anche alla presenza di sorbitolo e polifenoli contenuti nel frutto.

Le prugne, contengono, infatti, circa 15 grammi di sorbitolo per 100 grammi di parte edibile -ingrediente noto come lassativo osmotico. I polifenoli, invece, sono presenti nella quantità di 184 mg per 100 grammi di frutto.

«Data la loro appetibilità, la tollerabilità e la disponibilità, le prugne e i suoi derivati devono essere considerate l'approccio iniziale alla gestione della stipsi da lieve a moderata entità della popolazione», spiega Satish Rao, dell'Università dell'Iowa Carver College (Usa).

Studio clinico di base

Nel nostro studio clinico di base abbiamo coinvolto 46 donne in gravidanza volontari affetti da costipazione (meno di tre evacuazioni a settimana). Tutti i partecipanti allo studio avevano una media di 40 anni d'età.



Fenomeni presenti erano: costipazione in gravidanza e costipazione dopo il parto.

Durata della ricerca: 3 mesi.

Gli strumenti di misurazione utilizzati: questionario sulla qualità della vita e questionario sui problemi intestinali.

In questo percorso abbiamo valutato:

- problemi gastrointestinali
- dolori addominali
- reflusso
- verifica delle defecazione
- verifica della motilità intestinale
- ripristino e regolarità nella defecazione
- benessere

Come ausilio biologico naturale è stato proposto Prug nolax (Natura Nuova). Si tratta di polpa di prugna ottenuta dalla lavorazione di frutti sani e selezionati, privati delle parti non edibili, miscelata con fibra vegetale ad uso alimentare. Contiene 98% di purea di prugna e 2% di fibre alimentari.

Risultati del primo gruppo:

Il 62% delle donne ha riferito di aver ottenuto dopo 6 giorni d'utilizzo di Prug nolax:

- scomparsa della stitichezza
- scomparsa delle coliche addominali
- minore nausea
- minore aerofagia
- di assumere più acqua - liquidi

Il 38% delle donne ha riferito di aver ottenuto in immediata defecazione fisiologica senza dolore e senza problemi aggiuntivi.

Il 10 % delle donne in gravidanza non ha continuato utilizzare il prodotto.

Risultati del secondo gruppo:

Il 54 % di neomamme ha avuto dopo il parto problemi gastrointestinali e ha continuato ad utilizzare Prug nolax. Di cui il 40 % di neomamme ha riutilizzato il prodotto a causa di problemi di defecazione dalla 3 settimana dopo il parto e ha riferito di aver ottenuto dopo 5 giorni del suo utilizzo:

- scomparsa della stitichezza
- scomparsa delle coliche addominali
- ripristino della motilità intestinale
- di assumere più acqua - liquidi

Il 14 % di neomamme ha avuto problemi gastrointestinali dal 1 mese dopo il parto e ha continuato ad utilizzare il prodotto, ha ripristinato motilità intestinale e defecazione fisiologica regolare.

Dai risultati è emerso che le persone che consumavano il prodotto hanno ridotto notevolmente il grado di stitichezza migliorando i movimenti intestinali. Ma a prescindere dalla frequenza, anche la consistenza e il volume delle feci era notevolmente migliorato.

Questi risultati confermano l'idea generale che questo ausilio a base di prugne potrà essere ampiamente utile nel trattamento della stipsi.

Le prugne sono la cura secolare contro la costipazione, dal momento che non solo sono ricche di fibre, ma le prugne contengono anche diidrossifenil Isatin, un composto naturale che stimola l'intestino così come sorbitolo, uno zucchero che ha un effetto lassativo. Inoltre, le prugne hanno il doppio di potassio delle banane. Le prugne sono probabilmente il rimedio naturale lassativo più noto, che non contribuiscono soltanto a sconfiggere la stitichezza ma anche ad abbassare il colesterolo, il rischio di cancro e di patologie cardiache. Sono inoltre ricche di vitamina A e di potassio. Racchiudono al loro interno molte sostanze ad azione antiossidante (fenoli) e discrete quantità di vitamina C (che migliora l'assorbimento del ferro, da qui l'indicazione in presenza di anemia), potassio, vitamina K e carotenoidi. Il susino europeo o prugno europeo (*Prunus domestica*) è una pianta della famiglia delle Rosaceae. In Italia lo si ritrova principalmente in Emilia-Romagna e Campania.

La terapia di mantenimento comprende una correzione dell'alimentazione associata a modificazioni comportamentali e ad un aumento dell'attività fisica.

La dieta deve comprendere una sufficiente quantità di acqua e fibre, che aumentano il volume ed il peso delle feci, permettendone la progressione ed una migliore evacuazione.



Va quindi incoraggiata un'assunzione elevata di acqua, abituando la donna in gravidanza a berne piccole quantità nell'arco della giornata, anche lontano dai pasti.

L'eccessiva disidratazione delle feci è, infatti, una delle cause principali di stipsi ostinata; inoltre, i lassativi osmotici funzionano attirando acqua e rammollendo le feci, e possono quindi essere efficaci solo in presenza di acqua nell'intestino.

BIBLIOGRAFIA:

- Ullman T. Gastrointestinal dysfunction in stroke. *Semin Neurol*, 2006
- Tison F. The value of external anal sphincter electromyography for the diagnosis of multiple system atrophy. *Mov Disord*, 2000
- Fowler CJ. The cause and management of bladder, sexual and bowel symptoms in multiple sclerosis. *Baillieres Clin Neurol*, 2007
- Chia YW. Prevalence of bowel dysfunction in patients with multiple sclerosis and bladder dysfunction. *J. Neurol*, 2005
- Winge K. Constipation in neurological diseases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2003
- Giorgio Maria et al. Experience with Type A Botulinum Toxin for treatment of Outlet-Type Constipation. *Am J Gastroenterol*, 2006.
- SINU - Società Italiana di Nutrizione Umana. Livelli di Assunzione Raccomandati di Energia e Nutrienti. Edra Medical Publishing & New Media f Gibson RS. (1990)
- Principles of nutritional assessment. Oxford University Press. Oxford f Battistini N, Bedogni G (2017):
- Fondamenti di Nutrizione Umana. Il Pensiero Scientifico. f Schneeman BO, Tietyen J. Dietary fiber. In *Modern nutrition in health and disease*. 8th edition. Shils ME, Olson JA, Shike M. Lea & Febiger, Philadelphia 2004
- Cummings JH et al. Dietary carbohydrates and health: do we still need the fibre concept? *Clin Nutr Suppl* 2004
- Schmulson et al. Further Validation of the IBS-QOL: Female Mexican IBS Patients Have Poorer Quality of Life Than Females from North Carolina. *Dig Dis Sci*. 2007
- American Psychiatric Association 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. IVth ed., Washington DC. Trad. it: *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano: Ed. Masson, 2006.
- Luxem MC, Christophersen ER, Purvis PC, Baer DM. Behavioral-medical treatment of toileting refusal. *J Dev Behav Pediatr* 2007
- Yonace AH, Faulkner JE. Behavioral management of intractable constipation. *Lancet* 2017
- Wald A, Chandra R, Gabel J, Chiponis D. Evaluation of bio-feed-back in encopresis. *J Ped Gastroenterol Nutr* 2007



Scelti per voi

Rubrica a cura di: Dr. Lorenzo Giacchetti e Dr.ssa Arianna de Martino

In questo studio pubblicato su *Pediatric Infectious Disease* nel 2018 è stata studiata l'incidenza di infezioni in un gruppo di bambini seguiti fino all'età di 3,5 anni. I risultati sono stati confrontati con la modalità di parto alla nascita. Ebbene è emerso un dato interessante e cioè che i nati da taglio cesareo presentavano un rischio di sviluppare infezioni che richiedevano un ricovero ben 1,5 volte superiore rispetto ai nati da parto vaginale. Pertanto gli autori concludono ipotizzando che la modalità di parto potrebbe influenzare il rischio di ospedalizzazione per infezione nei bambini nei primi 4 anni di vita.

Christensen N, Søndergaard J, Christesen HT, et al. Association between mode of delivery and risk of infection in early childhood a cohort study. *Ped Inf Dis J* 2018;37:316-23

A proposito di taglio del cordone ombelicale. Abbiamo letto tanto, sappiamo che va ritardato per almeno un minuto nei neonati fisiologici, abbiamo scoperto poi che ha vantaggi anche se eseguito nel neonato prematuro, abbiamo scoperto che ha un effetto preventivo sull'anemia sideropenica e molto altro... Però qualche studio ci ha segnalato in passato un minimo rischio di incremento della bilirubina e quindi maggior rischio di effettuare fototerapia... In questo studio pubblicato nel 2018 sono stati analizzati quasi 400 neonati con un peso alla nascita compreso fra 2500 e 4499 gr. divisi in due gruppi (clampaggio a meno di un minuto e clampaggio compreso fra 1 e 3 minuti). I risultati hanno mostrato che il clampaggio ritardato del cordone non è associato con maggior rischio di ittero, né di iperbilirubinemia, né di fototerapia!

Carvalho OMC, Augusto MCC, Medeiros MQ, Lima HMP, Viana Junior AB, Araujo Júnior E, Carvalho FHC. Late umbilical cord clamping does not increase rates of jaundice and the need for phototherapy in pregnancies at normal risk. *J M. Fetal Neonatal Med.*

Un altro argomento sempre discusso è quello dell'utilizzo del ciuccio nella prevenzione della SIDS.

Alcune società di pediatria come per esempio quella svizzera consigliano l'uso del ciuccio per la prevenzione della SIDS nei primi mesi di vita. Questa raccomandazione è però in contrasto con le raccomandazioni per esempio dell'UNICEF e WHO che ne sconsigliano invece l'uso nelle prime 4 settimane di vita per non interferire con l'allattamento al seno.

Sull'argomento si è espressa recentemente anche la Cochrane senza peraltro darci delle indicazioni certe a favore oppure no. In ogni caso gli autori concludono che al momento non ci sono studi randomizzati controllati che ci permettano di supportare o meno l'uso del ciuccio per la prevenzione della SIDS. Pertanto fino a quando non avremo studi definitivi credo che valga la pena fare quello che poi noi tutti operatori in cuor nostro abbiamo sempre consigliato alle mamme.

Ciuccio sì oppure no? Ciuccio sì, lo si può proporre per quei genitori che lo richiedono ma sarebbe meglio dopo le prime settimane quando l'allattamento al seno è già serenamente avviato.

Psaila K1, Foster JP2,3,4, Pulbrook N5, Jeffery HE6. Infant pacifiers for reduction in risk of sudden infant death syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Apr 5;4



Rivista Italiana *on line* "LA CARE"

Italian Journal in Perinatology Health Care

Rivista prodotta da

AICIP Società Italiana per la Care in Perinatologia con sede in Piazza Giorgio La Pira n. 14 Gaggiano (MI)

Responsabile Scientifico

Dr. Arturo Giustardi Via Dei Vigneti n. 34
Bressanone - 39042

editore

STUDIO C di Guenzi Cristina

luogo di pubblicazione

Via dell'Olmo 27/A 00048 NETTUNO -
ROMA P. IVA 07821490633 - Camera di
Commercio di Roma 680774

data di pubblicazione del presente numero

30 settembre 2018

periodicità

Periodico trimestrale

Un totale di 4 numeri all'anno pubblicati nei
mesi di:
marzo, giugno, settembre e dicembre

Supporti fisici di pubblicazione

La **Rivista Italiana online "La Care"** viene
pubblicata on line su
www.careperinatologia.it sito ufficiale della
Società AICIP

e in formato cartaceo (.pdf) scaricabile dal
sito per i soli soci AICIP

Codice ISSN 2531-3886

Comitato Scientifico

President & Editor in Chief

Arturo Giustardi Napoli

Executive Editor

Vincenzo Zanardo Padova

Executive Editor - Scientific Consuelor

Alexandra Semjonova Bolzano

Associated Editor

Arianna De Martino Mantova

Lorenzo Giacchetti Lugano

Claudia Giustardi Milano

Monika Stablum Bressanone

Editorial board

Graziella Andrich Varese

Maria Luisa Borrelli Napoli

Elsa del Bo Pavia

Giusy Di Lorenzo Napoli

Anna Maria Di Paolo Perugia

Anna Eliasova Presov

Romano Grandini Firenze

Ilona Kejklickova Brno

Giovanna Liguoro Napoli

Paola Serafini Torino

Gino Soldera Treviso

Chiara Sozzi Alessandria



Note generali

La rivista pubblica articoli che recano informazioni originali in tema di cure in campo perinatologico-neonatologico.

La decisione sull'accettazione dell'articolo è presa sulla base di una revisione critica fatta dai revisori. L'articolo può non essere accettato, anche se di ottima qualità, se esso non rientra nei contenuti e negli scopi della rivista.

Come pubblicare

L'autore invia il lavoro scientifico in formato pdf o word al Dr. Arturo Giustardi per sottoporlo alla revisione all'indirizzo mail: artgiust@tin.it.

Quando il lavoro scientifico viene accettato per la pubblicazione gli Autori dovranno far pervenire il materiale per lo sviluppo grafico seguendo le indicazioni di seguito riportate.

Per la pubblicazione è necessaria l'iscrizione alla Società Italiana per la "Care" in Perinatologia.

Struttura dei lavori originali

- **una pagina** comprendente titolo del lavoro, nomi e cognomi degli Autori, nome dell'istituzione (o delle istituzioni) in cui il lavoro è stato svolto, nome e indirizzo dell'Autore al quale dovranno essere inviate le bozze di stampa e ogni altra corrispondenza relativa al lavoro, telefono, fax e-mail;

- **introduzione** di circa 200 parole

- **metodi** (se presenti). L'esposizione deve fornire tutte le informazioni necessarie alla eventuale riproduzione dei metodi. Per le metodiche già pubblicate è sufficiente il riferimento bibliografico. I metodi statistici debbono essere esposti dettagliatamente. Gli studi controllati devono seguire le indicazioni del gruppo CONSORT (The CONSORT Statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trial. Moher D, Schulz KF and Altman D for the CONSORT Group. JAMA 2001;285:1987-91. Sito web: <http://www.consort.statement.org/>);

- **risultati**. L'eventuale descrizione dettagliata di casi clinici è inclusa in questa sezione

- **discussione**

- **conclusioni**

- **bibliografia**

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

Formati e caratteristiche dei materiali

Il testo: in formato Word per Windows con carattere 12, dall'introduzione alle conclusioni incluse, non dovrebbe superare le 15 pagine dattiloscritte (interlinea doppia, margine superiore cm 2,5, margini inferiore, destro e sinistro 2 cm).

bibliografia: ciascuna voce bibliografica include, nell'ordine, i cognomi di tutti gli Autori, seguiti dalle iniziali dei nomi, titolo del lavoro, nome della rivista (si usino le abbreviazioni standard date dall'Index Medicus), numero del volume, pagina iniziale, anno di pubblicazione. Per la citazioni dei libri si indicano i cognomi degli Autori seguiti dalle iniziali dei nomi, il titolo del libro, il nome e la sede dell'editore, l'anno di pubblicazione. Le relazioni o comunicazioni a Congressi sono indicate con i nomi degli Autori, il titolo della relazione o comunicazione, la denominazione del Congresso, la città e l'anno in cui il congresso è stato tenuto. Le voci bibliografiche sono elencate secondo l'ordine numerico di comparsa nel testo, come dall'esempio: 1) Laurence KM. Fetal malformations and abnormalities. Lancet 1985;182:312-324;

tabelle, figure e grafici: devono essere presenti nel testo e corredate di relative didascalie e non dovrebbero superare il 20% della pagina in rapporto al testo. Le figure dovranno essere inviate in formato elettronico (JPEG, GIF). Anche per i grafici sono accettabili quelli creati al computer.

Termini matematici, formule, abbreviazioni, unità e misure dovrebbero conformarsi agli standard pubblicati su Science, 1954; 120:1078. I farmaci dovrebbero essere indicati col nome chimico; solo se inevitabile, possono essere indicati col nome commerciale.

Invio del materiale

A seguito della comunicazione da parte della Commissione editoriale dell'accettazione del lavoro per la pubblicazione inviare il materiale, con le caratteristiche descritte, a:

STUDIO C

Dr.ssa Cristina Guenzi

info@org-stc.com



VI Congresso Nazionale "Dal Feto al Neonato"

AICIP è lieta di annunciare la data del prossimo Congresso

7 giugno 2019



Un'iniziativa promossa da:

