

# Pratiche ospedaliere a confronto

## Effetti su allattamento, ansia, depressione postpartum e alcune caratteristiche del bambino

Laura Valenari\*, Sabrina Bonichini\*\*, Leonardo Speri\*\*\*

\*Dottore in Psicologia dello Sviluppo e dell'intervento nella scuola; \*\*Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, Università di Padova; \*\*\*Psicologo-psicoterapeuta, coordinatore Task Force BFH, Comitato Italiano per l'UNICEF, Responsabile Ufficio Educazione alla Salute, ULSS 20 di Verona

### Abstract

**Comparing Hospital Practices on breastfeeding, anxiety, post partum depression and child's characteristics**

**Objective** The evaluation of hospital practices (rooming-in, skin to skin) on both mother and infant well being. Well being criteria for mothers were: sleep and rest, subjective pain, anxiety level, depression risk, coping. Child's criteria: growth, Apgar scores, jaundice, sooth ability level.

**Methods** Longitudinal study on 71 dyads divided in two groups: 34 dyads from a Baby Friendly Hospital (H1) (OMS/UNICEF guidelines) and 37 dyads from hospitals not following OMS/UNICEF guidelines (H2). The research has been carried out only with Italian mothers, considering the most possible number of physiological births (1/34 of Cesarean Section, CS, in H1; 11/37 of CS in H2). Mothers were interviewed at hospital discharge and after 6 weeks with the semi-structured STAI scale (State-Trait Anxiety Inventory). After 6 weeks the Edinburgh Postnatal Depression Scale, a crying schedule, a second interview and a questionnaire regarding soothing strategies were all submitted to mothers.

**Results** There were non statistically significant differences regarding socio-economical variables.

Considering the mothers' answers, some aspects regarding the pathway are more stressed: the type of hospital assistance (16/34 in H1; 25/37 in H2); skin to skin after delivery (21/34 in H1; 17/37 in H2), family help (21/34 in H1; 17/37 in H2), a quiet family environment (16/34 in H1; 21/37 in H2).

Quantitative analysis shows the following significative differences: 85.3% of infants in H1 were fully breast-fed, compared to 32.4% of infants in H2; 97.1% of natural births in H1 (17% of CS in the last years); 70.3% in H2 (25% of CS in the last years); 97.1% of mothers in H1 stayed with their children immediately after birth, compared to 2.9% in H2; 88.2% of mothers in H1 practised total rooming-in compared to 2.9% in H2.

After six weeks in H1 more mothers breast-fed (any breastfeeding) their infants even if the difference in the trend isn't significant (H1: 85.3% full breastfeeding at hospital discharge to 60.6% of any breastfeeding after six weeks; H2: 32.4% of full breastfeeding at hospital discharge to 37.1% of any breastfeeding after six weeks). Significant is the difference in sooth ability and crying (H1: 3% of infants show difficulties compared to H2: 20% of infants). No significant differences regarding anxiety levels and risk of depression.

**Discussion** Good hospital practices as rooming-in and skin to skin immediately after delivery are able to influence breastfeeding and the infant's behaviour. What really influences the different rates of breastfeeding after 6 weeks? That is a good question that probably has many different answers.

Quaderni acp 2008; 15(6): 244-248

**Key words** Hospital practices. Birth. Breastfeeding. Infant crying and sooth ability

**Obiettivo** Scopo dello studio: valutare l'effetto di alcune pratiche ospedaliere (rooming-in, contatto pelle a pelle) sul benessere soggettivo e oggettivo della madre e del bambino. Criteri di benessere per la madre: presenza di sonno e riposo, percezione di dolore, livello di ansia, rischio di depressione, coping. Per il bambino: peso, indice di Apgar, ittero, pianto, livello di consolabilità.

**Metodo** Ricerca longitudinale su 71 diadi madre-bambino dopo il parto, divise in due gruppi a seconda del luogo di degenza: 34 presso un ospedale "Amico dei Bambini" OMS/UNICEF (H1) e 37 presso un ospedale senza queste caratteristiche (H2). Si è cercato di raccogliere il numero più alto possibile di nati a termine con parto vaginale di madri italiane disponibili alla intervista. Nello stesso periodo i tagli cesarei sono risultati 1 su 34 in H1 e 11 su 37 in H2. Le diadi sono state reclutate nel reparto maternità delle strutture ospedaliere durante il 1° trimestre 2006. Una seconda intervista è stata fatta dopo sei settimane, ma non è stata completata nell'intero campione. L'intervista era semistrutturata con somministrazione della scala STAI (State-Trait Anxiety Inventory). Dopo sei settimane sono stati somministrati ancora una intervista, la scala STAI, la Edinburgh Postnatal Depression Scale, il diario del pianto e un questionario sulle strategie di consolazione adottate dalla madre.

**Risultati** Non ci sono differenze significative per le variabili socio-economiche indagate (età, titolo di studio e professione dei genitori). La frequenza delle risposte dimostra che alcuni aspetti del percorso vengono maggiormente sottolineati: il tipo di assistenza ospedaliera (16 mamme su 34 in H1; 25 su 37 in H2); l'aiuto familiare (12 mamme in H1; 18 su 37 in H2); il pelle a pelle subito dopo il parto (21 mamme su 34 in H1; 17 su 37 in H2); infine la tranquillità del contesto familiare (16 mamme su 34 in H1; 21 su 37 in H2). L'analisi quantitativa mostra le seguenti differenze significative: in H1 l'85,3% dei bambini è stato allattato al seno in maniera esclusiva durante la degenza, mentre in H2 solo il 32,4%; in H1 si è registrata una percentuale del 97,1% di parti natu-

Per corrispondenza:

Laura Valenari

e-mail: laurasun26@yahoo.it

ricerca

rali (media annuale parti cesarei -TC- relativa agli ultimi anni: circa 17%) rispetto al 70,3% di H2 (media annuale TC relativa agli ultimi anni: circa il 25%); il 97,1% delle madri ha tenuto vicino il proprio bambino subito dopo il parto presso H1, contro il 2,9% di H2. Dopo sei settimane, nei nati in H1 c'è una maggiore presenza di allattamento "naturale" (esclusivo+predominante), anche se la differenza nell'andamento fra i due gruppi non risulta essere significativa (H1 dall'85,3% esclusivo alla dimissione al 60,6% "naturale" dopo sei settimane; H2 dal 32,4% esclusivo alla dimissione al 37,1% "naturale" dopo sei settimane). Considerabile risulta la differenza nel livello di consolabilità dei bambini e nella quantità di pianto: risulta difficile da consolare il 3% dei bambini presenti in di H1, il 20% invece di quelli in di H2. Non significative differenze per livello di ansia e rischio di depressione postpartum dopo il parto e dopo sei settimane.

**Discussione** Le pratiche ospedaliere possono influire sulla scelta della madre per l'allattamento al seno e sul comportamento successivo del lattante. Vengono discusse le motivazioni che influiscono su questi risultati.

**Parole chiave** Pratiche ospedaliere. Parto. Allattamento. Pianto. Consolabilità

## Introduzione

Madre e bambino sono una totalità organizzata che si forma in gravidanza e viene mantenuta nel periodo postnatale; essi coordinano precocemente le loro interazioni, il cui prototipo è l'allattamento al seno che garantisce un intimo contatto psicofisico. Numerosi sono i vantaggi che differenti ricerche hanno attribuito all'allattamento al seno (AS): è efficace per la salute e la prevenzione da infezioni durante l'infanzia, è infatti la norma per l'alimentazione del neonato e quindi la migliore alimentazione per i primi sei mesi di vita; riduce le infezioni respiratorie e il tasso di mortalità, quindi anche i costi medici; protegge contro la necessità di trattamenti farmacologici nei primi due anni di vita ed è efficace anche per la salute delle madri in quanto garantisce un ritorno più rapido al peso prepartum, un aumento di mineralizzazione con la conseguente riduzione del rischio di fratture nel periodo della menopausa, una diminuzione del rischio di tumori a seno e ovaie [1-6]. Per questi motivi gli ospedali vengono orientati a garantire un'accoglienza migliore alla nascita proprio attraverso la promozione dell'AS.

Le modalità di promozione dell'AS negli ospedali si basano sulla convinzione che il bambino abbia diritto alla tutela del proprio sviluppo fisico, psichico e relazionale. Questa viene promossa tra l'altro attraverso il contatto pelle a pelle e il rooming-in, garanzie della continuità della relazione, due pratiche che insieme dovrebbero favorire l'AS [7-12].

Infatti, la letteratura dimostra che il contatto precoce dopo il parto, influisce positivamente sull'allattamento, riduce la somministrazione di aggiunte e il pianto del neonato [13].

Il rooming-in è un modello organizzativo valido a promuovere l'AS in quanto

favorisce la precoce conoscenza tra madre e bambino, alimenta la fiducia della madre nelle proprie capacità di assistenza, favorisce la continuità del contatto pelle a pelle ed è fondamentale per un positivo attaccamento e quindi per un sano sviluppo futuro [14]. Esso richiede, per la sua applicazione, un'adeguata formazione sia delle madri che dello staff ospedaliero che dovrebbe garantire un sostegno costante.

Per i motivi sopra citati, nel 1992 l'OMS e l'UNICEF hanno promosso il progetto "Ospedale Amico dei Bambini" OMS/UNICEF per accogliere nel miglior modo possibile i neonati e promuovere l'AS. Gli ospedali vengono riconosciuti se seguono un protocollo di 10 passi e favoriscono l'allattamento materno esclusivo, il pelle a pelle (passo 4), il rooming-in (passo 7) e il sostegno continuo alle madri, anche dopo la dimissione [15-16].

La presente ricerca si è posta l'obiettivo di osservare gli eventuali effetti che alcune pratiche ospedaliere possono avere sul benessere psico-fisico della madre e del bambino durante il parto, il primo puerperio e a distanza di sei settimane dalla nascita.

Per effettuare il confronto tra differenti pratiche ospedaliere sono stati considerati due ospedali: uno sede del Progetto OMS/UNICEF (H1) e un ospedale non riconosciuto come "Ospedale Amico dei Bambini" (H2) e dove la presenza di alcune pratiche, quali il pelle a pelle e il rooming-in, non è sistematica.

## Partecipanti e metodi

Lo studio, di tipo longitudinale prospettico, è stato effettuato mediante somministrazione di due interviste semistrutturate (si possono richiedere a laurasun26@yahoo.it) costruite per tale scopo

insieme ad altri strumenti standardizzati. Le interviste sono state somministrate alle madri per registrare i loro vissuti, le loro impressioni e le loro idee circa l'esperienza del parto, del primo puerperio e della degenza in ospedale. Sono stati inizialmente raccolti dati dalle cartelle cliniche riguardanti madre, padre e bambino: titolo di studio, professione, età, numero di figli, tipo di parto, peso del bambino, indice di Apgar, presenza di ittero e tipologia di allattamento secondo le linee OMS (esclusivo, predominante, complementare o nullo). Oltre a queste informazioni sono stati raccolti altri dati con interviste basate sul *Manuale di Valutazione* per il riconoscimento di "Ospedale Amico dei Bambini": la percezione soggettiva di benessere, la realizzazione del contatto pelle a pelle subito dopo il parto, la presenza di separazione madre-bambino e il rooming-in totale o parziale, eventualmente giustificato, la percezione della propria esperienza di degenza e di quella del bambino, la propria esperienza rispetto al dolore, lo stato di riposo e di sonno, un giudizio sul personale ospedaliero, la valutazione del rientro a casa, le capacità di coping, la percezione di aiuto e sostegno ricevuti dalla famiglia da parte dei sanitari e da eventuali gruppi di autoaiuto per le mamme. Le interviste sono state integrate da alcuni strumenti standardizzati: la scala STAI nelle forme y1 (rileva l'ansia di stato, cioè gli stati d'animo attuali della persona intervistata) e y2 (rileva l'ansia di tratto, cioè come la persona si sente abitualmente); il Questionario sulla percezione del pianto; nelle mamme, per ottenere informazioni generali sul pianto, la Edinburgh Postnatal Depression Scale, come screening per la valutazione del rischio di depressione postpartum; e il diario del

pianto, per codificare i comportamenti di madre e bambino nell'arco di una giornata [17-20].

Tali strumenti sono stati somministrati a un campione di 71 mamme suddivise in due gruppi a seconda dell'ospedale di degenza: 34 dell'ospedale H1 e 37 dell'ospedale H2. Non tutte le madri hanno risposto alla compilazione degli strumenti previsti per la seconda intervista; precisamente 11 madri del gruppo H2 e 4 di quello H1 non hanno completato il "diario del pianto" (tabella 1).

Gli ospedali coinvolti nella ricerca (dati, riferiti al 1° trimestre 2006) hanno questi dati di produzione per i parti: l'ospedale H1 registra 1200-1300 nascite annuali con una percentuale di parti cesarei del 16-17% circa; l'ospedale H2 registra circa 1000 nascite annuali, con una media di parti cesarei del 25% (29,7% nel campione esaminato). Al fine di rendere i due gruppi il più omogenei possibile si è cercato di raccogliere il numero più alto possibile di nati a termine con parto vaginale (33 su 34 in H1; 26 su 37 in H2) e intervistando soltanto madri di nazionalità italiana.

Al momento della dimissione sono state consegnate l'intervista semistrutturata e la scala STAI. A distanza di circa sei settimane dal parto è stata eseguita un'intervista telefonica simile alla precedente, formata da item costruiti appositamente e presi dal questionario sulla percezione del pianto nelle neomamme [14]. Gli altri strumenti (la scala STAI, la Edinburgh Postnatal Depression Scale e il diario del pianto) sono stati inviati tramite posta, con invito alla restituzione.

Sono state condotte un'analisi qualitativa basata sulle frequenze di alcune categorie di risposta alle domande aperte: "Secondo lei quali cose indicano che una mamma sta bene?" e "Secondo lei, quali cose indicano che un bambino sta bene?" costituenti le due interviste, e un'analisi quantitativa sui dati raccolti con gli altri strumenti, costituita da un'analisi descrittiva (media e deviazione standard) e di confronto (test del Chi-quadrato, tabelle di contingenza, test U di Mann-Whitney) e da un'analisi correlazionale (Rho di Spearman) tra alcune delle variabili indagate.

## Risultati

Non sono state riscontrate differenze si-

gnificative rispetto ad alcune variabili socio-economiche, quali età, titolo di studio e professione dei genitori.

Al momento del reclutamento si segnalano delle differenze nei due gruppi circa il tipo di parto (H1: 97,1% naturale vs 2,9%; taglio cesareo: H1 29,7%, H2 70,3%; ( $\chi^2 = 9053$ ,  $p = 0,003$ ) e circa il rooming-in totale subito dopo il parto: H1: 97,1%, H2: 81,1%; ( $\chi^2 = 4524$ ,  $p = 0,033$ ). Per quanto riguarda altre variabili (indice Apgar ed eventuale presenza di ittero) nessuna differenza significativa fra i due gruppi.

Al momento della dimissione entrambi i gruppi, in risposta alla domanda: "Secondo lei, quali cose indicano che una mamma sta bene?" hanno ritenuto determinante per il benessere della madre il sostegno e l'assistenza ricevuti dal personale sanitario (16 su 34 in H1; 25 su 37 in H2); alla domanda: "Secondo lei quali cose indicano che un bambino sta bene?" si considera determinante per il benessere del bambino il contatto con la madre (21 su 34 in H1, 17 su 37 in H2), la tranquillità dell'ambiente (indicata solo in H1 in 7 soggetti) e l'assistenza del personale sanitario (solo in H2 in 14 soggetti su 37).

Dopo sei settimane, invece, alla prima domanda viene valutata l'importanza di vivere in un ambiente tranquillo e sereno (13 su 34 in H1; 10 su 37 in H2) e di ricevere un aiuto costante da parte della famiglia (12 su 34 nel primo gruppo; 18 su 37 nel secondo gruppo); alla seconda domanda le madri ritengono determinante, per il benessere del bambino, la vicinanza della madre (13 su 34 in H1; 12 su 37 in H2) e la presenza di un clima sereno (16 su 34 in H1; 21 su 37 in H2).

L'analisi quantitativa ha mostrato le seguenti differenze significative:

- ▶ tipologia di allattamento: H1: 85,3% esclusivo vs 2,9% artificiale; H2: 32,4% esclusivo vs 16,2% artificiale ( $\chi^2 = 20.425$ ,  $p = 0,001$ );
- ▶ motivo delle eventuali separazioni madre-bambino: in H1: 50% per motivi medici giustificati e 50% per richiesta delle madri; in H2 94,4% per ragioni organizzative abitudinarie ( $\chi^2 = 9686$ ,  $p = 0,002$ ).

Dopo sei settimane dal parto l'andamento opposto del trend non consente più un confronto significativo delle percentuali

di allattamento: infatti si registrano un calo dell'allattamento naturale (esclusivo più predominante) in H1 (60,6%) e un lieve aumento in H2 (37,1%), nonostante resti comunque una percentuale di gran lunga maggiore di allattamento al seno nelle mamme di H1. È presumibile che, data la brevità della degenza e i valori molto bassi alla dimissione da H2, sia stato possibile un lieve recupero in termini relativi (estremamente dipendenti dalle situazioni territoriali).

È risultato invece significativo il confronto tra i livelli di consolabilità del pianto nei bambini nati nei due ospedali: risultano essere più difficilmente consolabili i bambini nati in H2 (20%), rispetto ai nati in H1 (3%) ( $\chi^2 = 9158$ ,  $p = 0,027$ ) probabilmente per il contatto con la madre.

Dalle analisi dei dati raccolti attraverso il diario del pianto valutate con test U di Mann-Whitney sono emerse tre differenze significative: la quantità di tempo che il bambino passa a dormire ( $p = 0,043$ ), mangiare ( $p = 0,048$ ) e uscire ( $p = 0,031$ ) risulta maggiore nel gruppo H2. È ipotizzabile, con molta approssimazione e con alte probabilità di errore, che i bambini nati in H1 dormano di meno perché essendo alimentati al seno in proporzione maggiore dei nati in H2 effettuano maggiori richieste anche notturne (tabella 1).

Inoltre è emerso che:

- ▶ i bambini che hanno effettuato il rooming-in totale (indipendentemente dall'ospedale coinvolto) presentano un maggiore peso (M: 4493,55; kg, DS: 507,888; vs M: 4218,38, DS: 512,123);
- ▶ risulta una media in minuti di pianto disperato più elevata nei bambini le cui madri non hanno effettuato il rooming-in totale (M: 9,29; DS: 18,645 vs M: 1,61; DS: 4,725).

Si osserva infine, in modo sostanzialmente omogeneo nei due gruppi, una tendenza significativa nella correlazione tra la separazione e la presenza di crisi di pianto dopo sei settimane: maggiore risulta essere il tempo di separazione del bambino dalla madre e maggiore è la presenza di crisi improvvise di pianto dopo sei settimane dalla nascita.

Non emergono differenze significative fra i due gruppi riguardo al livello di ansia subito dopo il parto e dopo sei set-

**TABELLA: QUANTITÀ DI TEMPO (MINUTI/GIORNO, MEDIA E DEVIATIONE STANDARD) DEDICATA AI DIVERSI COMPORTAMENTI\***

	Gruppo	N	Media	Deviazione std.	Errore std. media	U Mann Whitney	Significatività Asint. 2 code
Dormire	H1	30	592,00	238,272	43,502	267,000	<b>0,043</b>
	H2	26	719,88	192,721	37,796		
Stare sveglio	H1	30	199,00	138,765	25,335	366,500	0,699
	H2	26	207,12	142,304	27,908		
Mangiare	H1	30	212,50	84,586	15,443	270,000	<b>0,048</b>
	H2	26	265,38	104,766	20,546		
Stato irrequietezza	H1	30	93,17	82,947	15,144	314,500	0,210
	H2	26	68,08	71,401	14,003		
Pianto	H1	30	26,17	32,422	5,919	282,500	0,052
	H2	26	15,58	35,618	6,985		
Pianto disperato	H1	30	2,50	6,917	1,263	331,500	0,165
	H2	26	8,85	18,831	3,693		
Ciuccio	H1	30	2,30	2,855	0,521	376,500	0,816
	H2	26	2,00	2,383	0,467		
Tenere in braccio	H1	30	146,50	119,266	21,775	328,500	0,311
	H2	26	202,12	182,440	35,779		
Parlare	H1	30	88,00	62,126	11,343	302,000	0,145
	H2	26	73,27	89,431	17,539		
Uscire	H1	30	42,50	43,880	8,011	260,500	<b>0,031</b>
	H2	26	89,42	84,159	16,505		
Accudire	H1	30	112,50	68,654	12,534	353,500	0,547
	H2	26	100,19	80,728	15,832		

\*Valori del test U di Mann-Whitney con relativa significatività dei confronti fra i due gruppi

timane e nemmeno riguardo al rischio di depressione postpartum dopo sei settimane (andrebbero riportati tutti i valori).

### Discussione

Scopo dello studio era quello di rilevare la presenza di eventuali differenze in presenza di pratiche ospedaliere differenti, su alcuni indici considerati di benessere psico-fisico della madre e del bambino. La numerosità del campione è insufficiente per inferenze rigorose e permette solamente un esame quali/quantitativo suggestivo rispetto alle ipotesi di ricerca. La ricerca va pertanto letta con questi notevoli limiti. Dai risultati viene confermato

che in ambienti con differenti politiche ospedaliere si osservano differenze significative riguardo alla presenza di rooming-in totale, alla tipologia dell'allattamento e al benessere madre-bambino. In presenza di pratiche ospedaliere che promuovono l'AS subito dopo la nascita, per esempio attraverso lo skin-to-skin immediato e il rooming-in totale, si rileva una maggiore percentuale di allattamento al seno alla dimissione: questo risultato conferma che l'allattamento, che rimane una scelta personale della madre, può essere favorito/ostacolato dall'ambiente di assistenza, come segnalato in letteratura [1]. Questa interpretazione è suffragata anche

dal fatto che dopo sei settimane dal parto la percentuale di allattamento al seno registrata in H1 resta comunque di gran lunga più alta rispetto ad H2, pur registrandosi una ripresa in quest'ultimo.

Resta aperta anche la questione riferita al livello di consolabilità del pianto dei bambini. Nel secondo ospedale emerge una maggiore difficoltà di consolazione dei bambini. È oggetto di discussione da cosa può dipendere questo risultato dopo sei settimane dalla nascita. Al di là dei fattori complessi che possono entrare in gioco dopo la dimissione dall'ospedale, è possibile pensare che anche l'AS incida su questo fattore.

## Conclusioni

Richiamati i limiti della ricerca, possiamo dire che il presente studio porta a riflettere sull'importanza dell'ambiente di assistenza per la precoce realizzazione dell'AS che, essendo riconosciuto come la norma per l'alimentazione dei neonati, andrebbe favorito il più possibile, e questo anche grazie ad alcuni accorgimenti applicati subito dopo il parto, quali la mutua e continua vicinanza fisica madre-bambino in modo da garantire il loro canale comunicativo. ♦

*Gli autori dichiarano che non esiste nessun conflitto di interesse.*

## Bibliografia

- [1] Speri L. Il latte materno: perchè resistergli? *Janus* 2003;2:14-23.
- [2] Alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni: raccomandazioni standard per l'Unione Europea, 2006.
- [3] Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997; 100:1035-9.
- [4] Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115: 496-506.
- [5] Organizzazione Mondiale della Sanità. Strategia globale per l'alimentazione dei neonati e dei bambini, 2003.
- [6] Dubois L, Girare M. Breastfeeding, day-care attendance and the frequency of antibiotic treatments from 1.5 to 5 years: a population-based longitudinal study in Canada. *Social Science and Medicine* 2005;60:2035-44.
- [7] Chiu SH, Anderson GC, Burkhammer MD. Newborn Temperature During skin-to-skin breastfeeding in couples having breastfeeding difficulties. *Birth* 2005;32:115-21.

[8] Lincoln KC. The vital touch: How intimate contact with your baby leads to happier, healthier development. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health* 2004;19:177-9.

[9] Bergman N, Moore ER, Anderson GC. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2007(3).

[10] Christensson K, Siles C, Moreno L, et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr* 1992;81:488-93.

[11] Rice PL. Rooming-in and cultural practices: choice or constraint? *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2000;18:1.

[12] Svesson K, Matthiesen AS, Widstrom AM. Night Rooming-in: Who Decides? An Example of Staff influence on mother's attitude. *Birth: Issues in Perinatal Care* 2005;32:99-106.

[13] Palda VA, Guise JM, Wathen CN. Interventions to promote breastfeeding: applying the evidence in clinical practice. *CMAJ* 2004;170:976-8.

[14] Guise JM, Palda V, Westhoff C, et al. Effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding. *Ann Fam Med* 2003;1:70-8.

[15] Hofvander Y. Breastfeeding and Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI): organization, response and outcome in Sweden and other countries. *Acta Paediatr* 2005;94:1012-6.

[16] Speri L. L'ospedale amico dei bambini: progetto OMS/UNICEF per la promozione dell'allattamento al seno. Milano: Masson, 2004.

[17] Bonichini S, Mazzotti S, Axia G. Il pianto infantile: la percezione di 60 mamme di bambini nei primi 3 mesi di vita. *Imago* 2005;2:151-67.

[18] Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Brit J Psychiatry* 1987;150:782-6.

[19] Hunziker UA, Barr RG. Increased carrying reduces infant crying: a randomised control trial. *Pediatrics* 1986;77:641-8.

[20] Barr RG, Kramer MS, Boisjoly C, et al. Parental diary of infant cry and fuss behaviour. *Arch Dis Childh* 1988;63:380-7.

## COME ISCRIVERSI O RINNOVARE L'ISCRIZIONE ALL'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2009 è di 100 euro. Il versamento deve essere effettuato tramite il c/c postale n. 12109096 intestato a:

Associazione Culturale Pediatri  
via Montferru, 6  
Narbolia (OR)

indicando nella causale l'anno a cui si riferisce la quota.

Per iscriversi la prima volta occorre inviare una richiesta (fax 0793027471 oppure e-mail: [segreteria@acp.it](mailto:segreteria@acp.it))

con cognome, nome, indirizzo e qualifica, e versare la quota come sopra indicato.

Gli iscritti all'Associazione Culturale Pediatri hanno diritto a ricevere *Quaderni acp*

e con apposita richiesta, la Newsletter bimestrale sulle novità in letteratura e la Newsletter online del CSB **FIN DA PICCOLI.**

Hanno ancora diritto a uno sconto del 50% sulla quota di abbonamento a "Medico e Bambino" e di 25 euro

sulla quota di iscrizione al Congresso Nazionale ACP. Possono usufruire di numerose iniziative di aggiornamento, ricevere pacchetti formativi su argomenti quali la promozione della lettura ad alta voce, l'allattamento al seno, la ricerca e la sperimentazione, e altre materie dell'area pediatrica. Potranno partecipare a gruppi di lavoro su ambiente, vaccinazioni, EBM e altri.

**Per una descrizione più completa si può visitare il sito [www.acp.it](http://www.acp.it)**

## NATI PER LEGGERE IN VENETO da un'idea alle buone pratiche

Verona - Palazzo della Gran Guardia - Piazza Bra - 3 dicembre 2008

Il 3 dicembre, alle ore 9,30, a Verona a Palazzo della Gran Guardia, si terrà un convegno regionale rivolto ai protagonisti del progetto Nati per Leggere, bibliotecari, pediatri, operatori sanitari, insegnanti, educatori e adulti interessati a capire gli obiettivi del progetto e quali le modalità per svilupparlo.

- La prima sessione rifletterà sul tema **"La lettura e le evidenze scientifiche della sua utilità"** con un messaggio video della Prof.ssa Rita Levi Montalcini.
- La seconda sessione metterà a fuoco **"Il ruolo dei vari protagonisti del progetto"**: bibliotecari, pediatri, mondo della scuola e contesto della famiglia.

Il Convegno nasce per volontà della Regione del Veneto che aderisce al progetto e ne promuove lo sviluppo in collaborazione con AIB Veneto; è sostenuto dal Comune di Verona e supportata da ACP e CSB. La partecipazione è libera e gratuita. La registrazione va effettuata on-line al sito: [www.comune.verona.it/bibliotecacivica](http://www.comune.verona.it/bibliotecacivica). Il Convegno è stato accreditato con tre crediti formativi ECM per i medici partecipanti. **Altre informazioni: [giacomo@giacomotoffol.191.it](mailto:giacomo@giacomotoffol.191.it)**