

**XX Congresso Nazionale Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale**  
**Prendersi cura del bambino: prevenire, comunicare, ascoltare la famiglia**  
**Reggia di Caserta, 1 giugno 2008**

***PROBLEMATICHE  
ALIMENTARI IN  
BAMBINI PREMATURI:  
INTERVENTO INTEGRATO  
MEDICO-PSICOLOGICO***

**\*A. Piccioni, \*I. Malaguti, \*F. Fantini, \*M. Scalcione, ^L. Ridolfi, ^G. Aquilano,  
^R. Alessandroni, ^G. Faldella, \*E. Trombini**

*\*Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi, Bologna*

*^Istituto di Pediatria Preventiva e Neonatologia, Università degli Studi, Bologna*

**Ricerca svolta con il contributo della Fondazione Cassa di Risparmio in Bologna**

# INTRODUZIONE

**Alimentazione** assume **ruolo centrale nella relazione madre-bambino** nei primi anni di vita

Normale processo di sviluppo, il **comportamento alimentare** rappresenta l'espressione di una **progressiva evoluzione del figlio verso l'autonomia**

Momenti cruciali di passaggio:

**svezzamento a 6 mesi** e avvio verso l'**alimentazione autonoma a 12 mesi**

(Fava Vizziello et al., 1995; Vegetti Finzi, 1997; Latmiral et al., 2000; Trombini, 2005)

Sviluppo psicofisico dei **bambini nati prematuri area alimentare problematica**

**Peso e crescita strettamente legati alla loro sopravvivenza**

**Rappresenta area conflittuale rapporto fra madri e figli**

(Lifschitz, 2001; Rimmel, 2003; Magrini, 2002; Thoyre, 2007; Trombini E., 2002c )

**Già dai primi mesi alimentazione neonato prematuro diversa dal neonato a termine**

Nel neonato prematuro si configura come evento passivo, meccanico e imprevedibile scollegata da dinamica relazionale con la madre

# INTRODUZIONE

In collaborazione con l'**Istituto di Pediatria Preventiva e Neonatologia**  
(Ospedale S.Orsola, Università Bologna)

**studi sull'andamento dello stato emozionale delle madri durante il ricovero del neonato pretermine**

(Trombini et al., 2005; Trombini et al., 2006; Piccioni et al., 2007a, 2007b )

madri che beneficiano di una Struttura Ospedaliera:

- contatto costante con il personale medico, coadiuvato dalle figure di medici specializzandi presenti in modo continuativo
  - orari di visita dei genitori liberi
- supporto psicologico costante e continuativo fin dal primo momento dell'ingresso in reparto del neonato  
**minori livelli di ansia, depressione e stress**

## SCOPO

**Andamento vissuto emotivo materno in rapporto allo sviluppo psicofisico del bambino pretermine durante il 1° anno di vita con attenzione alla sfera alimentare sia durante il ricovero ospedaliero sia dopo le dimissioni dal reparto**

# CAMPIONE

**15 madri:** 29-40 anni; 73% primipare e 27% secondo figlio

**15 neonati prematuri:** EG media = 30,58 settimane

Peso medio alla nascita = 1194,40 gr

afferenti all'Istituto di Pediatria Preventiva e Neonatologia dell'Ospedale Sant'Orsola

Sono state escluse le mamme di neonati prematuri aventi malformazioni cardiache, lesioni cerebrali, sindromi genetiche e/o di madre lingua non italiana

## STRUMENTI

**MADRI:** **Symptom Questionnaire** (di Kellner, 1981) per la valutazione di Ansia, Depressione, Sintomi Somatici e Ostilità;

**Questionario Qualitativo** per la valutazione della relazione madre/bambino durante il momento dell'alimentazione da noi appositamente ideato per la ricerca

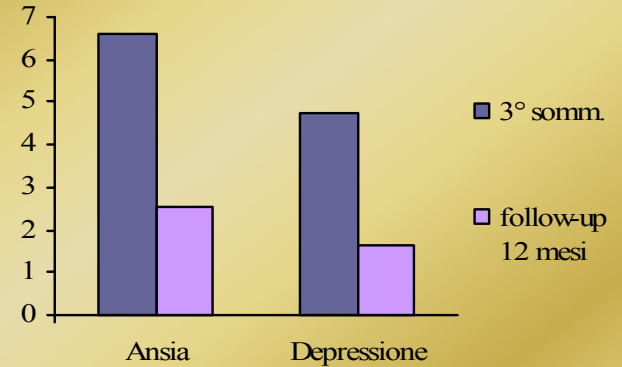
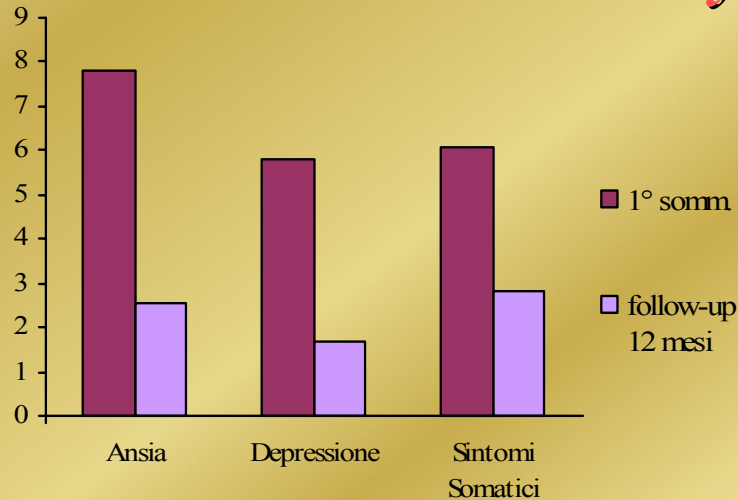
**BAMBINI:** **Griffiths Mental Development Scales** (Griffiths, 1996, versione 0-2 anni) per la valutazione dello sviluppo psicofisico

## PROCEDURA

Le **madri** sono state valutate una **prima volta entro i primi 7-10 giorni dall'ingresso in reparto del neonato** (1° somministrazione), **successivamente a cadenza settimanale** (2° e 3° somministrazione) e **con i loro bambini in follow up a 6 e 12 mesi di età corretta**

# RISULTATI

## Madri - Symptom Questionnaire



**Ansia [t(14)=4,27; p<.05]**

**Depressione [t(14)=3,71; p<.05]**

**Sintomi Somatici [t(14)=2,90; p<.05]**

**Ansia [t(14)=2,85; p<.05]**

**Depressione [t(14)=2,36; p<.05]**

## Prematurì - Griffiths Mental Development Scales

	N.	Media	Range	DS
<b>GQ a 6 mesi</b>	15	<b>105.86</b>	86-126	10.08
<b>GQ a 12 mesi</b>	15	<b>104.33</b>	83-119	12.21

<i>r di Pearson</i>	<b>GQ a 12 mesi</b>
<b>GQ a 6 mesi</b>	r= .70 p<.01

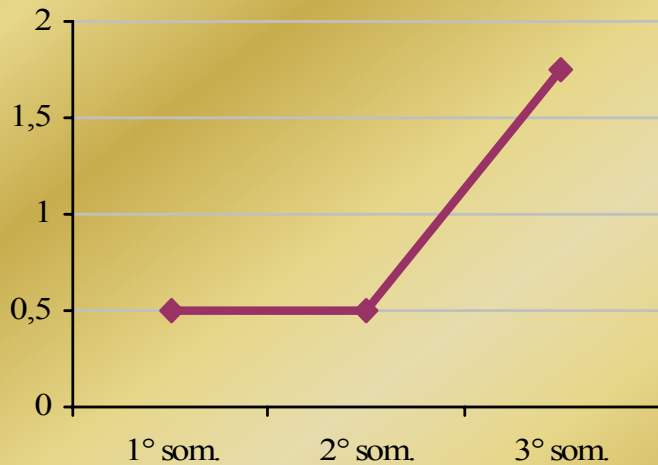
# RISULTATI

## Questionario Qualitativo Alimentazione

### Durante l'ospedalizzazione

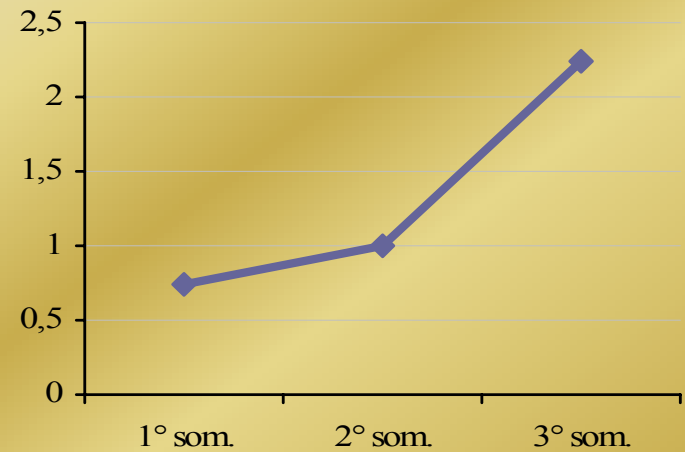
**Madre  
Serena/Preoccupata**

[F(2,14)=4.48, p<.05]



**Madre  
A proprio agio/ A disagio**

[F(2,14)=4.61, p<.05]

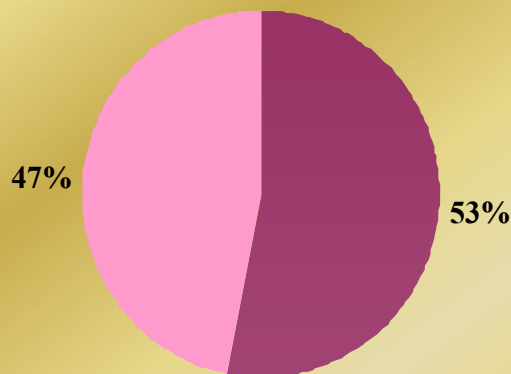


# RISULTATI

## Questionario Qualitativo Alimentazione

### Durante il follow-up

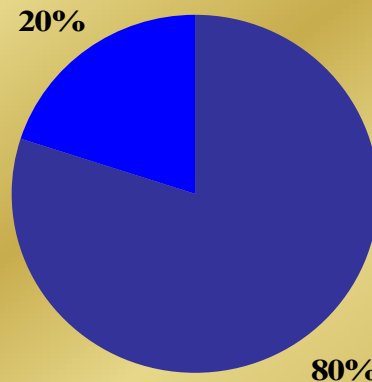
**Bambino prematuro 6 mesi**  
Svezzamento



**-Bambini che hanno reagito "bene"**

**-Bambini che hanno avuto delle iniziali difficoltà superate in breve tempo**

**Bambino prematuro 12 mesi**  
Avvio alimentazione autonoma

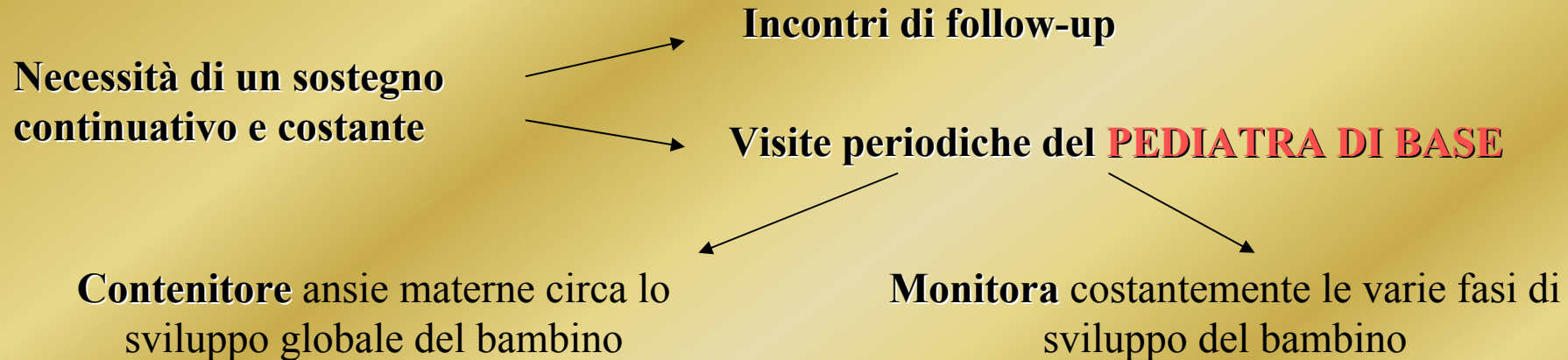


**-Bambini imboccati**

**-Bambini che mangiano anche da soli**

# CONCLUSIONI

Madri si riferiscono maggiormente in difficoltà nel momento in cui i loro bambini iniziano a sperimentare una maggiore autonomia



**Osservazione attenta e partecipe** dell'interazione madre-bambino

**Pediatra promuove interventi di sostegno**

orientati a **modalità di alimentazione più adeguate alle esigenze del bambino**

**Problematica alimentare disfunzionale = Patologia relazionale**

**Attivazione dello psicologo clinico o del neuropsichiatra infantile**