

Le mamme canguro. Meglio di un'incubatrice

2016-11-09 11:11:14 Redazione SI

pubblicato su:
SSANI.A



madre canguro

Adriano Cattaneo

Il metodo della madre canguro è stato ideato verso la metà degli anni '70 in Colombia per sopperire all'insufficienza di incubatrici nella gestione dei neonati pretermine. Si è però subito rivelato meglio di un'incubatrice perché, oltre a mantenere la temperatura del neonato, offre uno stretto contatto pelle a pelle con la madre che favorisce la stabilità cardiorespiratoria, l'allattamento, lo stimolo neuromotorio e il vincolo affettivo, oltre a proteggere contro le infezioni più gravi.

Si stima che nel 2010 vi siano state circa 3 milioni di morti neonatali nel mondo. Il numero è leggermente diminuito da allora; ora siamo probabilmente a circa 2.8 milioni. Si tratta del 45% di tutti i decessi sotto i 5 anni. E la maggior causa di morte neonatale è la nascita pretermine[1]. È ben noto che, in numero assoluto, la maggior parte delle morti neonatali e delle nascite pretermine avvengono nei paesi del sub-continente indiano e dell'Africa sub-Sahariana; in questi ultimi si registrano anche i tassi più elevati di mortalità neonatale. In tutti questi paesi l'accesso alle cure sofisticate, spesso necessarie per far sopravvivere un neonato pretermine, è largamente inadeguato, essendo relativamente alti i costi delle unità di cure intensive neonatali e trattandosi di tecnologie inappropriate, rispetto alle capacità di uso e gestione disponibili.

Il metodo della madre canguro (in inglese Kangaroo Mother Care, KMC) è stato ideato verso la metà degli anni '70 in Colombia per sopperire all'insufficienza di incubatrici nella gestione dei neonati pretermine. Si è però subito rivelato meglio di un'incubatrice perché, oltre a mantenere la temperatura del neonato, offre uno stretto contatto pelle a pelle con la madre che favorisce la stabilità cardiorespiratoria, l'allattamento, lo stimolo neuromotorio e il vincolo affettivo, oltre a proteggere contro le infezioni più gravi. Una revisione Cochrane del 2011 mostra una riduzione della mortalità alla dimissione dall'ospedale del 40% ed una riduzione del 32% all'ultimo follow-up[2]. Questi risultati positivi, ed altri ancora, sono stati confermati anche da una meta-analisi pubblicata nel 2016[3].

Per tutte queste ragioni, il KMC si è diffuso, dapprima lentamente e poi, non appena sono state disponibili ricerche che provavano la sua sicurezza ed efficacia, rapidamente in tutto il mondo, sia nei paesi a basso che in quelli ad alto reddito. Tant'è che è tra gli interventi di provata efficacia inseriti recentemente nella serie del Lancet dedicata al neonato e nelle raccomandazioni dell'OMS per i neonati pretermine[4,5]. Si tratta anche di uno dei pochi casi, assieme ai sali per la reidratazione orale, di innovazione sviluppata nei paesi poveri e trasferita a quelli ricchi; di solito succede il contrario.

Tra i primi al mondo a fare ricerca sul KMC è stato il Centro Collaboratore con l'OMS per la Salute

Materno Infantile dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, che ha sperimentato il metodo dapprima in Mozambico e ha poi coordinato una ricerca multicentrica in Etiopia, Messico, Brasile, India e Indonesia[6].

Al completare questa ricerca, è stato organizzato nel 1996 a Trieste il I° congresso dell'International Network on KMC (INK). Vi hanno partecipato 36 ricercatori da una decina di paesi. Congresso piccolo, ma importante, perché in quella sede a) si è stabilito di diffondere il KMC organizzando congressi simili ogni due anni, e b) la rappresentante dell'OMS, che partecipava alla riunione, ha chiesto ai partecipanti di elaborare delle linee guida internazionali[7].

Il manuale è stato diffuso in migliaia di copie in decine di lingue, contribuendo a formare operatori sanitari in grado di istituire unità KMC in centinaia di ospedali in tutto il mondo.

I congressi a scadenza biennale hanno continuato ad essere organizzati in vari paesi: Colombia, Indonesia, Sud Africa, Brasile, Stati Uniti, Svezia, Canada, India, con una partecipazione crescente che è andata dalle quasi 100 persone del II° congresso alle oltre 300 del X°. Nel corso di quest'ultimo (Kigali, Ruanda, novembre 2014) è stato chiesto di organizzare l'XI°, il congresso del ventesimo anniversario dell'INK, a Trieste. Nei due giorni iniziali, 14 e 15 novembre, si terrà un seminario con quasi 100 partecipanti. Si discuteranno e approfondiranno esperienze realizzate in 5 paesi dove il KMC ha avuto una storia di successi (Colombia, Brasile, Filippine, Sud Africa e Svezia) e in altri 5 dove si riscontrano molti ostacoli e barriere all'uso estensivo del metodo (India, Vietnam, Camerun, Algeria e Italia).

L'idea è di apprendere dalle esperienze positive per aiutare i paesi del secondo gruppo, ma anche molti altri, ad aumentare la copertura e la qualità del KMC[8]. Saranno presenti rappresentanti di organizzazioni e istituzioni interessate a finanziare e sostenere seri tentativi di applicare il KMC a un numero sempre crescente di neonati pretermine. Il seminario sarà seguito, il 16 e 17 novembre, da un congresso con circa 200 partecipanti da tutto il mondo. Si parlerà dei progressi fatti dal KMC negli ultimi 20 anni, delle sfide che lo aspettano, delle nuove frontiere della ricerca, di come espandere e migliorare progetti e programmi, e di come sostenerne lo sviluppo futuro[9]. Il congresso si chiuderà il 17 novembre, in coincidenza con la Giornata Mondiale del Prematuro, istituita nel 2011 dall'ONU a partire da un'idea lanciata in Europa nel 2008 da genitori di neonati prematuri. Si stima che nel 2013 abbia raggiunto attraverso vari media circa un miliardo e mezzo di persone nel mondo[10].

Bibliografia

1. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet* 2012; 379: 2162–72.
2. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Diaz-Rossello J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 3.
3. Boundy EO et al. Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. *Pediatrics* 2016;137: e2 0152238.
4. Mason E, McDougall L, Lawn JE et al. Every newborn 5: From evidence to action to deliver a healthy start for the next generation. *Lancet* 2014;384:455-67.
5. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. Geneva: World Health Organization, 2015.
6. Cattaneo A, Davanzo R, Worku B et al. Kangaroo mother care for low birth weight infants: a randomised controlled trial in different settings. *Acta Paediatr* 1998;87:976-85.
7. WHO. Department of Reproductive Health and Research. Kangaroo mother care: a practice guide. Geneva: World Health Organization, 2003
8. International Network on Kangaroo Mother Care: [workshop](#)
9. International Network on Kangaroo Mother Care: [congress](#)
10. Darmstadt JL, Kinney MV, Chopra M et al. Every Newborn 1: who has been caring for the baby? *Lancet* 2014;384:174-88

- Facebook
- Twitter
- LinkedIn
-