

La pelle: dalla parte del neonato

MARIO CUTRONE¹, FRANCO PANIZON²

¹Unità Operativa Semplice di Dermatologia Pediatrica, Ospedale Umberto I, Mestre (Venezia)

²Professore Emerito, Dipartimento di Scienze della Riproduzione e dello Sviluppo, Università di Trieste

Il neonato viene al mondo: e il mondo si incontra col neonato attraverso la sua pelle (del neonato).

Il neonato viene al mondo, né più né meno come noi ci stiamo, avvolto nella sua pelle. Solo che, per lui, tutto è nuovo. Per noi, il fatto che la pelle sia il nostro involucro e il nostro confine è naturale, ma prima che naturale connaturato e, oltre che connaturato, usuale.

In parole semplici, noi siamo abituati alla nostra pelle, a stare nella nostra pelle, a sentire piacere, dolore, conoscenza attraverso la nostra pelle, a esserne protetti. Per il neonato è quasi "la prima volta". Quasi. Perché, nell'uomo che si forma a poco a poco, che nasce a poco a poco, niente è mai veramente per la prima volta. Così anche il feto sente, attraverso la pelle, "da sempre", da quando è ancora embrione, la pressione delle pareti dell'utero; e la manina che sale alla bocca per essere succhiata percepisce, quando ci arriva, il contatto con le labbra e l'energia della suzione alla quale si offre, come esercizio per l'afferramento del capezzolo. Questo dell'embrione che si succhia la mano è in realtà qualcosa di diverso e speciale, rispetto alla "conoscenza": è auto-conoscenza, la conoscenza di sé, una funzione che solo il

NEWBORNS' SKIN

(Medico e Bambino 2008;27:433-439)

Key words

Newborn, Skin, Congenital disorders, Response

Summary

Formation anomalies and response peculiarities of the newborns' skin at delivery and in the following days are analysed. In detail: a) formation congenital disorders (cutis aphasia, dimples) and structural congenital disorders (ichthyosis, epidermolysis bullosa, achromic areas, naevi, and Mongolian spots); b) sebaceous (decreasing) and sweat (increasing) gland adaptation; c) bloodstream adaptation (cutis marmorata and Arlequin baby); d) response capacity to external stimuli, especially to the skin-to-skin relation with the mothers, and to pain.

tatto consente, perché il tatto "sente" sia il "sé soggetto" attraverso la mano (o la bocca?) esplorante, sia il "sé oggetto" attraverso la bocca (o la mano?) esplorata: l'unica funzione che solo il tatto garantisce. Ma ci ritorneremo.

Invece, il contatto col mondo esterno, la "conoscenza dell'altro", prima della nascita, è ancora molto mediato.

Dal liquido amniotico, intanto, che toglie il peso e attutisce ogni urto. Poi dalla vernice caseosa, che protegge la pelle dal contatto col liquido. Ma, an-

cora di più, dal corpo stesso della mamma che protegge il feto da ogni sbalzo di temperatura.

Sicché, con la nascita, si può dire che il neonato cambia pelle. Certo, non è la sola cosa che cambia: cambia tutto. Viene alla luce, respira, mangia. Mette in moto la funzione visiva, i polmoni, l'apparato digerente (anche questi apparati avevano già fatto, in utero, le loro prime esercitazioni "virtuali"). E come questi, ma più visibilmente, anche la pelle cambia, in parte, rapidamente,



Bolla da suzione alla mano. Si tratta di un fenomeno frequente, che evidenzia l'intensa attività intrauterina del feto. Le bolle possono essere singole (con aspetto emorragico, aperto e rotondeggiante o crostoso) oppure multiple, a testimonianza di più atti di suzione in sedi ravvicinate.



Suzione post-nascita. Subito dopo la nascita il bambino continua e perfeziona le attività già intraprese in utero: in questa immagine si osserva la suzione post-nascita di un neonato, con segni evidenti di bolle da suzione.



Neonato al primo minuto di vita. La vernice caseosa, presente nei neonati a termine e pre-termine, è un mix di sebo, cellule di desquamazione e, a volte, capelli neonatali caduti. La sue funzioni principali sono quelle di impermeabilizzazione, durante la vita intrauterina, e di antibiotico naturale, nei primi momenti di vita.



Secchezza fisiologica dei primi giorni di vita. Nel neonato a termine alcune ore dopo la nascita e la rimozione della vernice caseosa si osserva una caratteristica "secchezza", ben visibile soprattutto alle regioni acrali.



Secchezza fisiologica al tronco. La secchezza "fisiologica" del neonato a termine, quando molto evidente e diffusa, non deve essere confusa con patologie potenzialmente serie come l'ittiosi.



Macerazione da post-maturità. Il neonato post-termine, che rimane a lungo in ambiente umido senza la protezione della vernice caseosa, presenta immediatamente dopo la nascita aree di "raggrinzimento", macerazione con erosione e un caratteristico peeling diffuso.

le sue molteplici funzioni e le sue molteplici capacità. Tutti questi cambiamenti, nel loro insieme, costituiscono l'unicità del periodo neonatale.

LA PELLE COME PELLE: I DIFETTI DI FABBRICA

La pelle è prima di tutto un involucro, un contenitore di una qualità perfetta e irripetibile: una tuta termica, fatta di un tessuto resistente, elastico, capace di difendersi, oltre che dal caldo, dal freddo, dai traumi, anche dagli insulti infettivi, dall'acqua e dalle perdite idriche.

Rarissimamente la pelle del neonato mostra dei difetti di costruzione (in Veneto si direbbe che raramente è "falada").

I difetti di formazione (le incompletezze del tessuto, i buchi o gli strappi nella tutina) sono dati dalle piccolissime o piccole zone di aplasia cutis, dalle fossette, dai seni pilonidali.

I difetti di tessitura possono riguardare la componente intercellulare dell'epidermide, cioè la ganga idrolipidica, oppure la sua componente cellulare, i cheratinociti, e il loro prodotto, la cheratina; o ancora le fibrille di raccordo intercellulari, i desmosomi, oppure le fibrille che legano le cellule dello strato basale alla membrana basale, oppure le fibre collagene del derma. Ne fanno parte rispettivamente le diverse forme di ittiosi (per la ganga e la cheratina) e le diverse forme di epidermolisi bollosa (per i desmosomi), di cui solo le più gravi hanno un'evidenza alla nascita.

I difetti di colore: la pelle del neonato è pallida: vediamo il neonato rosso perché il suo sangue è policitemico; ma i melanociti (che arrivano all'epidermide attraverso il derma, migrando dalla cresta neurale) sono ancora poco attivi e la pelle, anche quella dei neri, alla nascita è ipopigmentata. Ci possono essere delle piccole aree di cute a cui i melanociti non arriveranno mai: sono le piccole aree a-melanocitiche, quelle del piebaldismo e della sindrome di



Aplasia cutis. L'aplasia cutis congenita si localizza quasi sempre al cuoio capelluto, e può avere dimensioni molto variabili. Questo "difetto", attribuito in passato all'assunzione materna di barbiturici o tapazole, si associa in rari quadri ad altre malformazioni (cardiache, oculari, degli arti) e merita pertanto attenzione.



Neonato eritrosico. Il neonato sano alla nascita è sempre discretamente (e fisiologicamente) eritrosico. Questa caratteristica costante e "confondente" deve rendere prudente il medico nel fare diagnosi dermatologiche, specie se riguardano quadri vascolari, nelle prime ore di vita.



Nevo melanocitico congenito. Un nevo melanocitico congenito è presente all'incirca nell'1% dei nati. Solo in casi particolari (nevi giganti, cioè con dimensioni superiori a 20 cm) c'è un reale rischio di insorgenza di melanoma già in età pediatrica. In tutti gli altri casi tuttavia è necessario segnalare ai genitori la presenza del nevo. Molti Autori ritengono infatti che questi nevi "congeniti" vadano asportati nell'adolescenza o comunque monitorati con più attenzione durante l'età adulta, in quanto a maggior rischio di trasformazione maligna.



Fossette. Nel neonato, oltre alle fossette di origine iatrogena (da amniocentesi,) è frequente il riscontro di fossette in sede mediana, dove sono più facili gli "errori" durante il periodo embrionale. Alcune sedi particolari, come quella nasale, richiedono approfondimento diagnostico per il rischio di complicanze anche gravi.



Neonato nero. Il neonato nero alla nascita è in realtà molto più chiaro di come sarà nell'età adulta. Sono sempre presenti aree di iperpigmentazione (scroto, grandi e piccole labbra, areola mammaria, 2/3 superiori dell'orecchio, falange distale) che danno l'idea della colorazione definitiva.



Salmon patch. La salmon patch (chiazza eritematosa dovuta a dilatazione capillare transitoria) si localizza in sedi sempre fisse: gabello (con la caratteristica forma a V), palpebre, naso, filtro nasale, nuca. Risolve spontaneamente quasi sempre in alcuni mesi. Fanno eccezione le chiazze nicali (che persistono nel 50% dei casi fino all'età adulta) e le chiazze frontali, che in rari casi sono ancora evidenti nell'adolescenza. A differenza delle malformazioni vascolari capillari (con le quali vengono talvolta confuse) non si associano a malformazione e non richiedono approfondimenti di imaging.



Fossetta sacrale. Le fossette della regione interglutea sono un reperto comunissimo. Pur rappresentando un "difetto di formazione" non si associano mai a disrafismo spinale. Non richiedono quindi RMN di approfondimento. Fanno eccezione le fossette molto ampie (> 5 mm) o associate ad altri marker cutanei di sospetto come nevi, emangiomi, tumefazioni, ciuffi di pelo.



Piebaldismo. È un fenomeno non rarissimo, che è ben individuabile alla nascita per la presenza di un ciuffo di capelli bianchi, che risaltano sul resto della capigliatura. Questo quadro, ereditario e non associato a malformazioni, persisterà tutta la vita arricchendosi nel tempo di chiazze ipocromiche simili a quelle della vitiligine.

Waardenburg. Le altre macchie, quelle acromiche postume della sclerosi tuberosa, e quelle caffelatte della neurofibromatosi, verranno più tardi, per i difetti di riparazione che caratterizzano le due patologie genetiche.

E c'è anche l'albinismo, in cui i melanociti non funzionano e non producono melanina.



Chiazza mongolica. *Le chiazze mongoliche sono un quadro ben conosciuto da ogni pediatra. È sempre opportuno ricordare che non si localizzano esclusivamente alla regione sacrale o glutea, ma possono essere ubiquitarie. Esistono forme acrali (che interessano mano o piede) e forme multiple, con numerosi elementi. Contrariamente a quanto farebbe pensare il nome, sono più frequenti nel bambino nero che nel bambino asiatico.*

Ci possono essere, naturalmente, le **macchie neviche**. I nevi non se ne andranno; mentre le chiazze salmone, che sono solo delle teleangectasie transitorie (dal nome poetico: il morso della cicogna, sulla nuca; o il bacio dell'angelo, sulla gabbella o sulle palpebre), ci metteranno qualche mese ad andarsene. Poi c'è la faccenda delle macchie mongoliche. Le macchie mongoliche sono formate da melanociti che si sono perduti, nel loro viaggio attraverso il derma (della migrazione abbiamo già fatto cenno), dalla cresta neurale all'epidermide, che hanno sbagliato strada, e sono rimasti al di qua (al di sopra) della membrana basale (sono, appunto, dei melanociti dermici) e ritroveranno il giusto cammino, e passeranno nel derma solo nel giro di alcuni mesi.

LA PELLE COME BARRIERA IDROLIPIDICA E ANTINFETTIVA. I CAMBIAMENTI PERINATALI

La pelle del neonato è già quasi adeguata a tutte le sue funzioni, ma non ancora compiutamente, e deve rapidamente adeguarsi.

La pelle del feto aveva bisogno di essere protetta dall'acqua del liquido am-

niotico; e le ghiandole sebacee producevano abbastanza vernice caseosa. Adesso, nel corso del primo mese, questa secrezione dovrà ridursi, e lo farà, lasciando il breve strascico iperproduttivo della iperplasia sebacea, della seborrea capitis e del milium; per contro, maturerà il funzionamento delle ghiandole sudoripare, che anzi, sotto stress termico, funzioneranno tanto da produrre, qualche volta, la miliaria cristallina.

I melanociti avranno già colonizzato, migrando attraverso il sottocutaneo, rapidamente la cute, in maniera più vistosa nei soggetti di colore; le macchie mongoliche e la melanosì pustolare costituiscono degli occasionali disordini di questo processo migratorio.

In questo rimaneggiamento, sia le infezioni batteriche (stafilococco, *Pseudomonas*) che quelle fungine (*Candida*) che quelle virali (herpes simplex) costituiscono dei pericoli a cui le strutture cutanee, epidermide, vasi e cellule infiammatorie, e le difese dell'ancora balbettante immunità primaria, sanno solo malamente opporsi, dando luogo, quando i patogeni hanno la meglio, come nel pemfigo dei neonati, o nella



Miliaria. *La sudamina o miliaria nel neonato è spesso favorita dall'applicazione continua di oli, creme idratanti e paste non necessari. La comparsa delle manifestazioni tipiche ("puntini rossi" ravvicinati) spesso induce le madri ad aumentare l'applicazione di questi prodotti, producendo un circolo vizioso difficile da arrestare.*



Iperplasia delle ghiandole sebacee. *È uno dei fenomeni più noti ai genitori e ai pediatri: si evidenziano numerosissime micropapule giallastre, non pruriginose né dolenti, che si concentrano normalmente alla regione perinasale e al mento. La risoluzione è spontanea.*



Milium. *Le microcisti di milium vengono spesso confuse con l'iperplasia delle ghiandole sebacee. In realtà sono meno numerose, biancastre e generalmente sparse e non raggruppate sul volto del neonato. Risolvono spontaneamente estrudendo una "pallina" biancastra. La spremitura è inutile e dannosa (per possibili sovrainfezioni).*



Melanosì pustolosa (alla nascita). *La melanosì pustolosa è una dermatosi neonatale transitoria, più frequente nei bambini neri, ma non rara anche nei bianchi. Alla nascita si evidenziano pustole biancastre localizzate a fronte, collo, genitali, che autorisolvano lasciando un tipico "orletto".*



Melanosi pustolosa (esiti). A distanza di qualche giorno dalla nascita (o molto più raramente già in prima giornata) si evidenzia la iperpigmentazione puntiforme che dà il nome a questo quadro. Risolverà spontaneamente in alcune settimane.



Impetigine da stafilococco. L'impetigine stafilococcica esordisce nel neonato solitamente nella regione periombelicale, alle sedi di strofinamento, o più raramente in regione periungueale. Il trattamento deve essere più aggressivo rispetto a quello utilizzato nel bambino più grande (la terapia topica è insufficiente).

candidiasi del podice, o nella sindrome di Ritter, a quadri peculiari prevalentemente esfoliativi, bollosi, necrotici.

ADEGUAMENTO DELLA PELLE COME STRUMENTO DI PROTEZIONE TERMICA NELLA VITA EXTRAUTERINA

Il cambiamento più importante, o almeno il più vistoso, riguarda, forse, la protezione termica. Prima della nascita, lo abbiamo detto, di questa protezione non c'era bisogno. E infatti il sottocutaneo del neonato è povero, la sudorazione è inadeguata, le variazioni dell'irrorazione sono disarmoniche, scoordinate (ce ne accorgiamo osservando la cutis marmorata, e la sua manifestazione più vistosa: la scolorazione da Arlecchino, o *Arlequin baby*); e specialmente le capacità della muscolatura di produrre calore "bruciando" energia meccanica sono limitate.

E in effetti, al momento della nascita, appena tolta la vernice caseosa, la prima preoccupazione dell'ostetrica, la preoccupazione più "naturale" è quella di difendere la creatura dal freddo: questo atteggiamento "naturale" simboleggia nello stesso tempo la fragilità del neonato e la vocazione dell'adulto a proteggerlo.

Nei giorni e nelle settimane successive al parto, rapidamente, il lattante rifornirà di adipe il suo sottocutaneo, costruendosi la sua pellicetta protettiva interna, rinforzerà la sua esile massa muscolare, imparerà prontamente ad attivare in maniera armoniosa la rete dei



Cutis marmorata fisiologica. È caratterizzata dal tipico aspetto "reticolare" che la cute neonatale assume dopo l'esposizione al freddo. È un fenomeno transitorio, è quindi ben riconoscibile dalla cutis marmorata teleangectasica congenita. In quest'ultima, l'aspetto reticolare è fisso e talvolta si associano malformazioni associate come asimmetria degli arti e sindattilia.



Arlequin color change. Anche questo quadro, come la cutis marmorata, è una manifestazione della scarsa maturità del sistema circolatorio superficiale del neonato. Nell'Arlequin color change le variazioni di irrorazione (e quindi di colore) sono collegate alla posizione del bambino e non ai cambiamenti di temperatura. Si risolve già nella prima giornata di vita.



Neonato distrofico. La scarsa componente di tessuto adiposo nel neonato è molto evidente nei neonati "distrofici", che possono presentare un quadro simile alla cutis laxa. Sono sufficienti 2 o 3 settimane di allattamento per far scomparire completamente questo aspetto di "pelle troppo grande".

suoi capillari e il funzionamento delle sue ghiandole sudoripare.

LA PELLE COME STRUMENTO DI CONOSCENZA

Ma già da subito il neonato userà la pelle come il suo principale strumento di conoscenza.

Il neonato è come una talpina cieca: ci vede e non ci vede; percepisce i suoni ma non sa dar loro un significato, nemmeno di vicino o lontano; i suoi "veri" sensi sono i sensi elementari, quelli che hanno le loro terminazioni nei tegumenti, cute e mucose: odorato, gusto, percezione tattile.

Il suo mondo, d'altra parte, è ristretto come quello della talpina.

È con l'odorato che il neonato riconosce la madre, e che raggiunge il capezzolo, da solo (sospinto da quella sorta di "riflesso di deambulazione" che il neonato conserva e che lo aiuta anche per spingersi fuori dall'utero durante il tumultuoso evento del parto). È col gusto che si incontra con le prime gocce di colostro; ed è col tatto che trova la strada per strisciare sul corpo della mamma, per girare il viso al contatto con le mammelle, per afferrare con la bocca il capezzolo e succhiarlo con forza.

Tutte queste azioni vengono svolte,

oggi, dal neonato-talpina, in maniera meno naturale di una volta, come d'altra parte è oggi meno naturale (ma alquanto più sicuro) l'evento stesso del parto.

Ma di questa naturalità/innaturalità non è forse il caso di fare un mito; la mente dell'uomo, e tanto più la mente del neonato, è plastica, duttile, elastica, e si adatta alle circostanze: il bambino si attaccherà d'affetto alla sua mamma anche se non gli accadrà la ventura di raggiungere spontaneamente e da solo il capezzolo materno, seguendo la strada del tatto e dell'olfatto per raggiungere il capezzolo.

In effetti, sul ruolo del contatto pelle-a-pelle, nei primi giorni e ancor più alla nascita, sull'ondata di prolattina che lega madre e neonato, nell'animale come nell'uomo, si è fatta molta letteratura e anche molta ricerca, ancora da una trentina d'anni fa, al tempo della riscoperta del neonato e delle sue competenze.

Probabilmente non è giusto attribuire a nessun fenomeno naturale, come a nessun rito che ne derivi (come a questo, del contatto precoce pelle-a-pelle, a cui si è voluto dare un peso iniziatico e simbolico, alla fine banalizzandolo) nessun valore trascendentale.

Da una parte, si può dire con certezza che il facile trasferimento dei risultati della ricerca etologica (l'imprinting dell'ochetta di Lorenz che condizionerà il suo riconoscimento della "madre", il leccamento dei genitali del topolino, che condizionerà le sue scelte sessuali, l'effetto delle carezze sul pelo del ratto che svilupperà le sue capacità intellettive) è un trasferimento troppo facile per essere realmente corretto; e che non è nemmeno scientificamente legittimabile, tenendo conto delle grandi differenze di potenzialità, ma anche di maturazione al momento del parto tra queste specie animali.

L'attaccamento dell'uomo è certamente molto meno "meccanico", e meno "automatico" rispetto all'attaccamento del topo o della paperetta; richiede molto più tempo, può iniziare anche molto dopo la nascita, ha componenti cognitive, non solo istintive. Ma, da un'altra parte, non dispiace l'idea che qualcosa di tutto ciò, un legame

oscuro e indicibile, anche se non così direttamente dimostrabile, rimanga.

Al di là di ogni scientificizzazione, i dolci toccamenti tra la mamma, che sperimenta il suo essere mamma, e il neonato-talpina, che sperimenta il suo stare al mondo e il suo bisogno di legarsi a un altro essere umano, posseggono una realtà poetica, e non solo poetica, che non merita di venire scalfita.

Molto più forte, e più dimostrabile, l'effetto del pelle-a-pelle si manifesta nel pretermine, e nella pratica della madre-canguro, buona per i Paesi poveri ma ancora più buona per i Paesi ricchi (laddove, almeno, si riescano a trovare due genitori sufficientemente buoni da prestarsi a fare da incubatrice naturale): è una pratica che ad ogni prova, stavolta sì scientifica, risulta molto più efficace dell'incubatrice artificiale, nel tempo breve, medio e lungo, per la vita, la crescita e lo sviluppo della creaturina. Qui la protezione termica, la ricerca e l'offerta del cibo, lo scambio di informazione e di sentimenti, attraverso il contatto e anche attraverso la reciproca percezione del ritmo del battito cardiaco e del respiro, rappresentano la più naturale e nello stesso tempo la più efficace delle soluzioni di allevamento.

Ritorniamo alla pelle come strumento di conoscenza, diciamo come organo sensitivo. È certamente il più elementare e primordiale degli organi di senso: il modello elementare della centralizzazione delle funzioni superiori. I neuroni sensitivi, cellule ectodermiche in via di specializzazione, nel lungo viaggio dalla superficie verso la costruzione del sistema nervoso centrale, e poi nella loro "ritirata" dalla cute ai gangli dorsali, hanno lasciato lì, agganciate all'epidermide, le loro terminazioni sensitive, i corpuscoli di Pacini, di Meissner, di Ruffini, le terminazioni "nude", costruendo un sistema strutturalmente semplice, e che in effetti possiede la forza invulnerabile della semplicità primordiale; un numero quasi infinito di terminazioni, strutturate secondo pochi modelli, in grado però di fornire informazioni molto differenziate sulla forma, sulla struttura intima, sulla consistenza, sul peso degli oggetti, sulla giusta forza della presa



Ecchimosi da trazione. Lesioni ecchimotiche lineari al dorso, alle guance o agli arti, che compaiono già pochi minuti dopo il parto sono legate alle manovre di "afferramento" degli ostetrici. Scompaiono in 3-4 giorni senza lasciare esiti.



Prelievo capillare. I neonati sono sottoposti a prelievi per glicemia, bilirubinemia, emogasanalisi. Tutte queste manovre, oltre a provocare dolore, lasciano dei segni cutanei: ecchimosi (da pressione da parte della mano dell'infermiera) ed escoriazioni (da lancetta).



Neonato intubato. Il numero dei neonati sottoposti a intubazione è in continuo calo per il miglioramento dei provvedimenti pre nascita. Quando è necessario utilizzare la ventilazione assistita con intubazione, dobbiamo tener presente il dolore immediato insito nella metodica e gli esiti cutanei iatrogeni.

con cui afferrarli, sul loro movimento relativamente alla superficie cutanea, sulla loro temperatura, sulle loro vibrazioni, sulla trazione che viene esercitata sulla cute, sulla piacevolezza del contatto, dal solletico ai vari gradi e tipi di dolore, in funzione di pochi elementi, il tipo delle terminazioni, la loro densità nei diversi punti della cute, la loro profondità, la qualità delle fibre che conducono lo stimolo; e infine la durata e l'intensità di quest'ultimo.

Questo è dunque lo strumento primario di conoscenza del neonato. Attraverso questo strumento, come già si è detto, le manipolazioni affettuose della madre e il contatto con la sua pelle stimoleranno la sua socialità, mentre la carenza di queste manipolazioni potrà avere qualche effetto misurabile sullo sviluppo neuromotorio e forse affettivo del pretermine.

E naturalmente il dolore, che è il segnale primario del pericolo, produrrà una reazione di allarme; e, se protratto, una reazione di stress, negativo sotto ogni punto di vista, quanto meno nel breve-medio termine, probabilmente più negativo nel neonato e nel piccolo lattante, proprio perché non esprimibile a parole, che in ogni altro momento della vita. Anche qui c'è molta letteratura, stavolta recente, ma almeno in parte "ideologica". Certo, il neonato sente il dolore, e il dolore, che a differenza che per l'adulto è un dolore oscuro, non spiegato, percepito quindi come "male puro", piuttosto che come semplice "allarme" e tanto meno come "sofferenza necessaria".

È possibile che il dolore oscuro che un pretermine in culla percepisce abbia un peso maggiore che in qualunque altra età per orientare il suo temperamento, il suo successivo atteggiamento nei riguardi della vita.

È un dolore che chi non lo sente (noi, i medici, gli infermieri, gli adulti) fa presto a dimenticare, ma che per chi lo sente all'inizio della sua esperienza umana, il neonato, può (potrebbe) invece, trasformarla, deformarla, deviarla.

Vero, non vero, è comunque un dolore; e il dolore fa male a tutte le età. Non solo il male diretto, ma anche il male indiretto, quello dello stress, che

sicuramente, e a tutte le età e a tutti i livelli, fa più male di quanto ne faccia il dolore direttamente e consapevolmente percepito. Un male che va conosciuto, tenuto presente anche se debolmente espresso, che abbiamo il dovere di evitare o attenuare, con gli strumenti adeguati, che possono essere, qualche volta, anche soltanto l'acqua zuccherata o, molto meglio, il capezzolo della mamma.

Indirizzo per corrispondenza:

Mario Cutrone
e-mail: cutfae@tin.it

Bibliografia di riferimento

- Baddock SA, Galland BC, Beckers MG. Bed-sharing and the infant's thermal environment in the home setting. *Arch Dis Child* 2004;89:1111-8.
- Blair PS, Ball HL. The prevalence and characteristics associated with parental bed-sharing in England. *Arch Dis Child* 2004;89:1106-12.
- Bystrova K, Widström AM, Matthiesen AS. Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of the "stress of being born": a study of temperature in newborn, infants subjected to different ward routines in St Petersburg. *Acta Paediatr* 2003;92:207-32.
- Darmstadt GL, Sidburg R. Vascular disorders. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson BF, Stanton HB. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th Edition. Philadelphia: Saunders Company, 2007, p. 2167-72.
- Darmstadt GL, Sidburg R. Salmon patches. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson BF, Stanton HB. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th Edition. Philadelphia: Saunders Company, 2007, p. 2162.
- Darmstadt GL, Sidburg R. Hypopigmented lesions. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson BF, Stanton HB. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th Edition. Philadelphia: Saunders Company, 2007, p. 2178-81.
- Darmstadt GL, Sidburg R. Morphology of the skin. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson BF, Stanton HB. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th Edition. Philadelphia: Saunders Company, 2007, p. 5153-4.
- Darmstadt GL, Sidburg R. Diseases of the neonate. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson BF, Stanton HB. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th Edition. Philadelphia: Saunders Company, 2007, p. 2161-4.
- Darmstadt GL, Sidburg R. Disorders of the sweat glands. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson BF, Stanton HB. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th Edition. Philadelphia: Saunders Company, 2007, p. 2213-5.
- Darmstadt GL, Sidburg R. The skin. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson BF, Stanton HB. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th

Edition. Philadelphia: Saunders Company, 2007, p. 2153-250.

- Darmstadt GL, Sidburg R. Candidal infections. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson BF, Stanton HB. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th Edition. Philadelphia: Saunders Company, 2007, p. 2234-530.
- Darmstadt GL, Sidburg R. Cutaneous defects. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson BF, Stanton HB. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th Edition. Philadelphia: Saunders Company, 2007, p. 2164-6.
- Darmstadt GL, Sidburg R. Vescicobullous disorders. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson BF, Stanton HB. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th Edition. Philadelphia: Saunders Company, 2007, p. 2181-8.
- Darmstadt GL, Sidburg R. Disorders of keratinization. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson BF, Stanton HB. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th Edition. Philadelphia: Saunders Company, 2007, p. 2200-04.
- Darmstadt GL, Sidburg R. Cutaneous naevi. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson BF, Stanton HB. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th Edition. Philadelphia: Saunders Company, 2007, p. 2172-6.
- Feldman R, Eidelman AI, Sirota L, Weller A. Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics* 2002;110:16-23.
- Kennell JH, Mc Grath SK. Beneficial effects of post-natal skin-to-skin contact. *Acta Paediatr* 2003;92:272-8.
- Panizon F, Leone V. La cute, tra ecologia e genetica. *Medico e Bambino* 2003;22:221-32.
- Raimbault C, Saliba E, Porter RH. The effect of the odour of the mother's milk in breastfeeding behaviour of premature neonates. *Acta Paediatr* 2007;96:368-71.
- Rezvani I. Thyrosine. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson BF, Stanton HB. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th Edition. Philadelphia: Saunders Company, 2007, p. 402-5.
- Romantshik O, Porter RH, Tillmann V, Varendi H. Preliminary evidence of a sensitive period for olfactory learning by human newborns. *Acta Paediatr* 2007;96:372-6.
- Shann F. Suckling and sugar reduce pain in babies. *Lancet* 2007;369:721-2.
- Stoll BJ, Kliegman RM. The newborn infant. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson BF, Stanton HB. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th Edition. Philadelphia: Saunders Company, 2007, p. 523-31.
- Stoll BJ, Kliegman RM. The mongolian spots. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson BF, Stanton HB. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th Edition. Philadelphia: Saunders Company, 2007, p. 524.
- Stoll BJ, Kliegman RM. Nursery care. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson BF, Stanton HB. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th Edition. Philadelphia: Saunders Company, 2007, p. 529.
- Stoll BJ, Kliegman RM. Parent-infant bonding. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson BF, Stanton HB. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th Edition. Philadelphia: Saunders Company, 2007, p. 529-31.

