



Maternità e Diabete. Rappresentazioni materne in situazioni di gravidanza a rischio

Busonera A.^o, Vismara L.^o, Manca Uccheddu O.^o,
Songini M.* , Guicciardi M.^o

*S.C. Diabetologia – Azienda Ospedaliera Brotzu – Cagliari

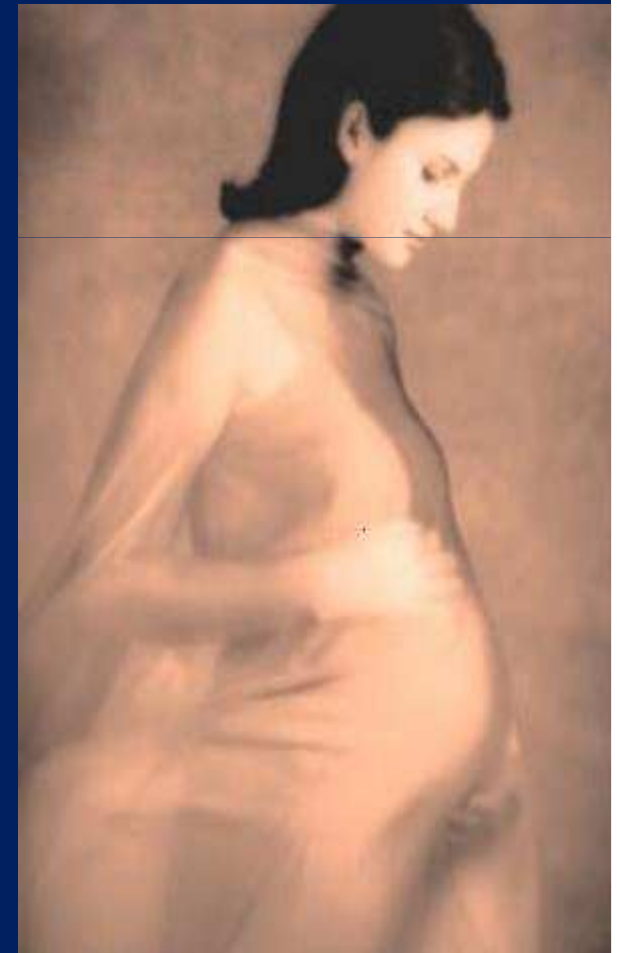
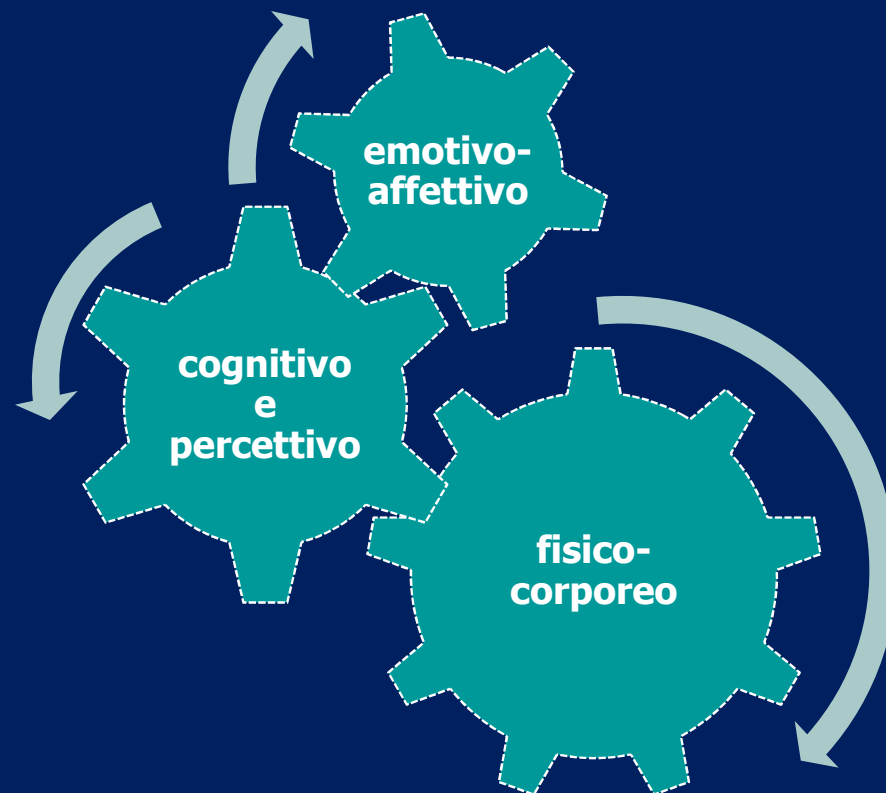
^oDipartimento di Pedagogia, Psicologia e Filosofia – Università degli Studi di Cagliari

Premesse teoriche...

Psicologia della gravidanza e della maternità

Eventi centrali nel ciclo di vita individuale femminile, nella storia della coppia e della famiglia.

Per la donna, complesse trasformazioni a 3 livelli:



Studio della gravidanza e delle dinamiche psichiche che la caratterizzano

- Esplorazione delle modalità con cui la donna affronta l'esperienza della gravidanza, organizza ed elabora le strategie comportamentali nei confronti del proprio figlio, già durante l'attesa (Breen, 1975; Raphael–Leff, 1983; Ammaniti *et al.*, 1990,1995; Di Vita, Giannone, 2002) .

Accesso alle rappresentazioni mentali delle gestanti

Produzioni narrative

Ricorso ad interviste semistrutturate

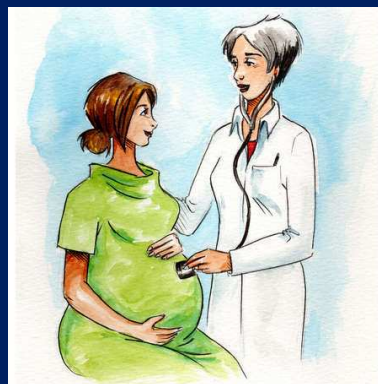
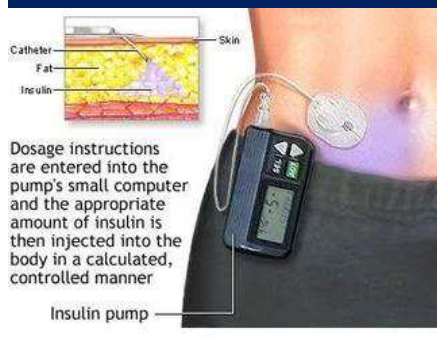
La gravidanza “a rischio”



- Nei casi in cui la salute e/o la vita stessa del futuro bambino siano minacciate da fattori di ordine biologico, a carico della madre, si parla di gravidanza a rischio.
- Il diabete materno è tra le più frequenti cause di gravidanza a rischio.
- Doppia casistica: 1) donne con diabete mellito precedente il concepimento; 2) donne che manifestano per la prima volta il diabete durante la gravidanza (diabete gestazionale, GDM).

Il diabete gestazionale

- **Definizione:** Si definisce diabete mellito gestazionale (GDM) qualsiasi grado di intolleranza al glucosio con insorgenza o primo riconoscimento in corso di gravidanza (Metzger B.E., Coustan D.R., 1998). Approssimativamente, il 7% di tutte le gravidanze è complicato da GDM, ossia più di 200.000 casi l'anno (ADA, 2003b).
- **Rischi per il bambino:** Il GDM aumenta il rischio di macrosomia fetale e può essere complicato da ipoglicemia neonatale, ittero, policitemia ed ipocalcemia. Elevati livelli di glicemia a digiuno nella gestante sono associati ad aumentato rischio di morte fetale intrauterina nel corso delle ultime 4-8 settimane di gestazione. I nati da madri con GDM sono ad aumentato rischio di obesità, intolleranza al glucosio e diabete in tarda adolescenza o in età adulta (ADA, 2003b).
- **Rischi per la madre:** Il GDM si associa ad aumentata frequenza di disordini ipertensivi nella gestante e di ricorso a parto cesareo dovuto ad alterazioni della crescita del feto. Le donne con GDM hanno un aumentato rischio di sviluppare diabete, solitamente di tipo 2, dopo la gravidanza. Infine, il GDM tende a ripetersi in gravidanze successive.



Sebbene i rischi legati al diabete in gravidanza si siano notevolmente ridotti nel corso degli anni, le gestanti con questo disturbo vanno sicuramente incontro ad impegni aggiuntivi rispetto a quelli posti da una gravidanza normocondotta. La futura mamma si trova a vivere una gravidanza molto più “medicalizzata” e “responsabilizzata” rispetto a quanto capita nel caso di gravidanze non complicate da patologie organiche materne.



- La letteratura ha evidenziato la presenza di sentimenti di rabbia, perdita, angoscia, vulnerabilità (Gupton *et al.*, 2001, Daniells *et al.*, 2003), stress (Ford e Hodnett, 1990; Clauson, 1996), bassa autostima (Kemp e Page, 1987), disagio psichico, psicopatologia (es. Bernazzani e Bifulco, 2003; Evans e O'Brien, 2005; Rumbold e Crowther, 2002) ed aspettative negative rispetto all'andamento della gravidanza, del travaglio e del parto (Heaman *et al.*, 1992), associate alla diagnosi e alla gestione di una "gravidanza a rischio", sentimenti che tenderebbero a riflettersi sulle aspettative e sulle rappresentazioni della gestante durante il periodo della gravidanza (Berg, 2005).



Gli studi longitudinali hanno evidenziato una continuità tra vissuti materni in epoca gestazionale, benessere psicologico della donna nel postpartum e *maternage* fornito al bambino sin dai primi periodi di vita. In questo senso, lo studio delle rappresentazioni materne in gravidanza, soprattutto nelle gravidanze a rischio, assume un importante valore predittivo e preventivo.

(Levine L.V. et al., 1991; Fonagy P. et al., 1991; Fonagy P., 1992; Slade et al., 1999a, 1999b; Ammaniti et al., 1995, 2002, 2006).

Perché studiare le rappresentazioni delle donne con gravidanza complicata da diabete?

Diabete come fattore critico aggiuntivo per la donna in gravidanza?



Influenza sui vissuti materni e sulle relative rappresentazioni ?



Ripercussione sul benessere psicologico della donna nel puerperio e sulla qualità della relazione madre-bambino?

La ricerca...

Il nostro studio ha carattere esplorativo e riguarda le gravidanze complicate da GDM.

Ci siamo chiesti:

Il diabete in gravidanza costituisce un fattore di stress in grado di influenzare le rappresentazioni di sé, di se come madre e del futuro bambino nelle donne con questa problematica?

Obiettivo generale:

Studiare le dimensioni rappresentazionali materne, al fine di esplorare le modalità con cui la madre che vive una gravidanza a rischio a causa del diabete, affronti l'esperienza dell'attesa e della maternità.

Strumenti

- **IRMAG** - Intervista sulle Rappresentazioni Materne in Gravidanza (Ammaniti, Candelori, Pola, Tambelli, 1995);
- **SCL-90** - Symptom Check List -90 (Derogatis, Leary, 1977)

IRMAG

Intervista sulle Rappresentazioni Materne in Gravidanza (Ammaniti et al., 1995)



Intervista semistrutturata che indaga le seguenti aree:

- a) Il desiderio di maternità nella storia personale e di coppia;
- b) Le emozioni personali, di coppia e familiari alla notizia della gravidanza;
- c) Le emozioni ed i cambiamenti durante la gravidanza nella vita personale, di coppia e nel rapporto con la propria madre; prospettiva del parto;
- d) Le percezioni e le fantasie relative al “bambino interno”;
- e) Le aspettative future riguardanti le caratteristiche di sé come madre e le caratteristiche del bambino;
- f) La prospettiva storica della madre riguardante il proprio ruolo attuale e passato di figlia.

Rappresentazioni materne integrate/equilibrare:

dal punto di vista percettivo, affettivo e cognitivo, l'esperienza della gravidanza appare relativamente ricca; il modello narrativo che la donna fornisce di sé e del bambino è coerente, flessibile, autonomo.

Rappresentazioni materne ristrette/disinvestite:

la donna tende a razionalizzare l'esperienza della gravidanza, trasmettendo astrattezza, impersonalità e scarso coinvolgimento emotivo attraverso la "piattezza" del racconto; le fantasie, di per sé poco presenti, quando emergono, appaiono dominate da timori di perdita e morte del bambino; spesso traspaiono atteggiamenti oppositivi e di contrasto verso la propria figura materna e/o la propria famiglia d'origine.

Rappresentazioni materne non integrate/ambivalenti:

la donna mostra tendenze opposte nei confronti della propria gravidanza e del proprio bambino, fornisce un modello narrativo oscillante, confuso ed incoerente, denso di contenuti fantasmatici di inadeguatezza, malattia, perdita e senso di colpa.

SCL-90 - Symptom Check List -90 (Derogatis e Leary, 1977)

- Questionario self-report per la valutazione della sintomatologia psichica. Modalità di risposta su scala Likert a 5 passi, che esprimono l'intensità del sintomo (da 0= per niente a 4=moltissimo). 90 item che riflettono il *distress* psicopatologico su 9 dimensioni di sintomi: SOM (somatizzazione), O-C (ossessività-compulsività), IS (sensibilità nei rapporti interpersonali), DEP (depressione), ANX (ansia), HOS (ostilità), PHOB (ansia fobica), PAR (ideazione paranoide), PSY (psicoticismo) + GSI (indice di gravità globale)

Procedura

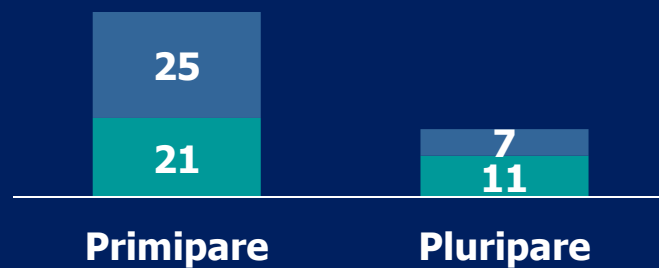
- Partecipazione volontaria;
- GDM: routine presso la S.C. di Diabetologia dell'Ospedale Brotzu di Cagliari;
- Controlli: corsi di preparazione alla nascita, presso le strutture di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale Brotzu e della Casa di Cura Villa Elena ;
- Età compresa tra i 22 ed i 42 anni;
- Nate e residenti in Sardegna;
- Periodo gestazionale: dal 6° mese e 1/2 al 7° mese e 1/2;
- Per le GDM diagnosi da almeno 45 giorni al momento dell'intervista (o almeno tre incontri di controllo con l'équipe).

Soggetti

64 gestanti (32 con diagnosi positiva per GDM e 32 con diagnosi negativa per GDM). Età 22-42 anni. Periodo di gestazione: compreso tra il 6° mese e ½ ed il 7° mese e ½.

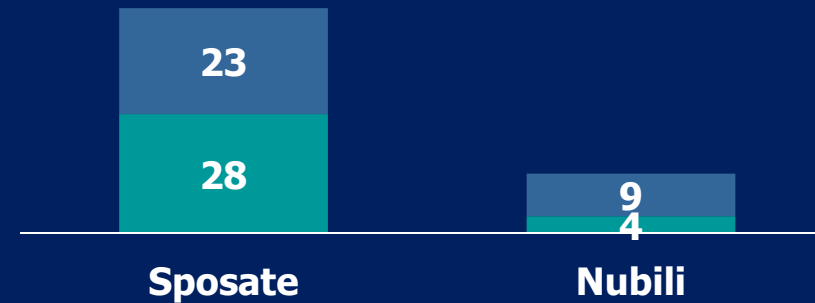
Primipare/Pluripare

■ GDM ■ Controlli



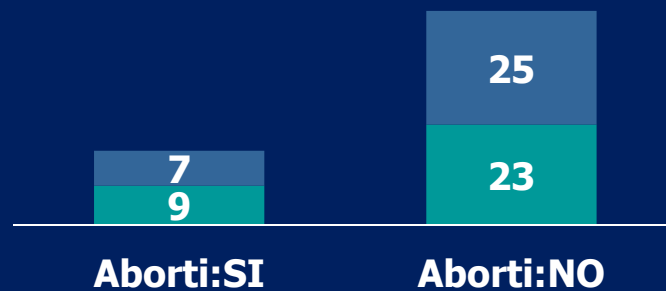
Stato civile

■ GDM ■ Controlli



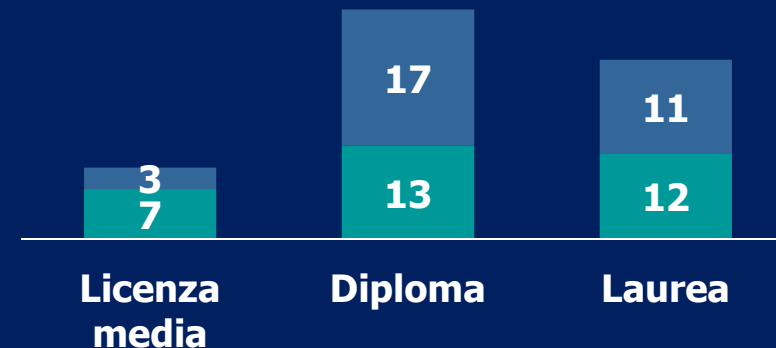
Aborti

■ GDM ■ Controlli



Titolo di studio

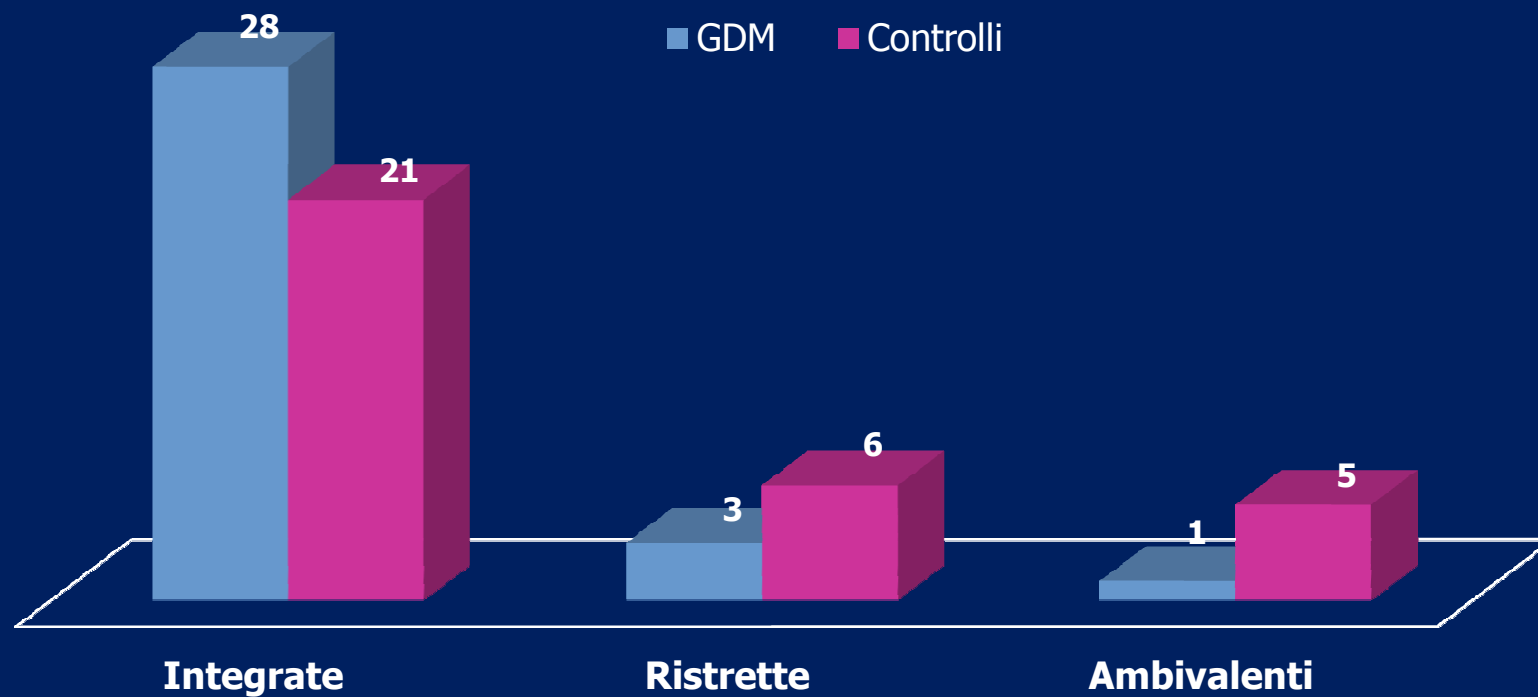
■ GDM ■ Controlli



Risultati...

Obiettivo 1: Studiare la distribuzione degli stili di rappresentazioni materne nel gruppo di gestanti con GDM e nei controlli.

Distribuzione delle categorie di rappresentazioni materne



Obiettivo 1: Valutare l'esistenza di una differente distribuzione degli stili di rappresentazione materna nelle gestanti con diagnosi positiva per GDM e nelle gestanti con diagnosi negativa per GDM.

	Integrate	Ristrette	Ambivalenti	Tot
GDM	28	3	1	32
Controlli	21	6	5	32
Tot	49	9	6	64

Il test esatto di Fisher non ha evidenziato differenze significative fra GDM e controlli nella distribuzione degli stili di rappresentazione materna ($p=0.093$).

- **Obiettivo 1:** Valutare l'esistenza di differenze significative tra le caratteristiche delle rappresentazioni materne nelle gestanti con diagnosi positiva per GDM e nelle gestanti con diagnosi negativa per GDM, attraverso il confronto del modello narrativo emergente dai punteggi alle sette dimensioni relative alla rappresentazione di sé come madre (A1-A7) e del bambino (B1-B7).

Effetti dell'appartenenza di gruppo (GDM versus Controlli) sulle Rappresentazioni di sé come madre

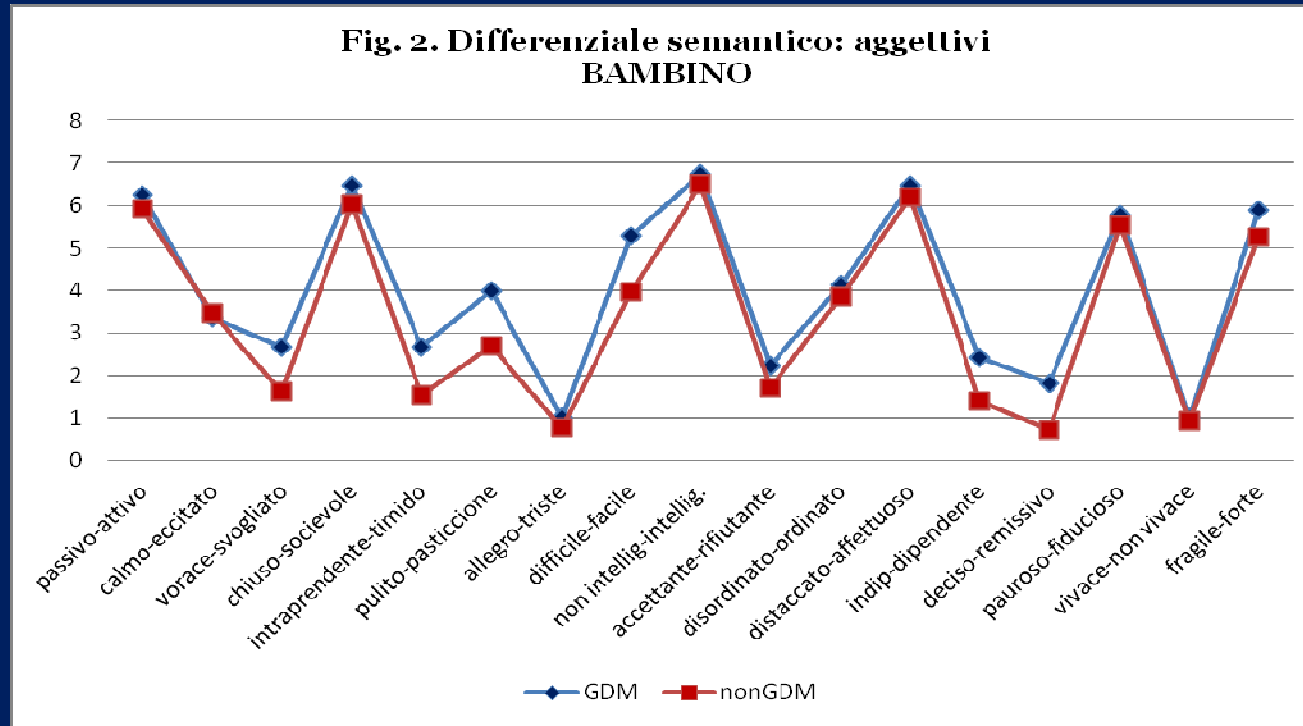
		GDM		Controlli		Anova F	Sig.
		Media	DS	Media	DS		
A1	Ricchezza percezioni	3.17	.27	3.14	.46	.11	.74
A2	Apertura al cambiamento	3.09	.51	3.09	.53	.00	1.00
A3	Intensità investimento	3.25	.46	3.08	.55	1.82	.18
A4	Coerenza	3.20	.45	3.12	.58	.36	.55
A5	Differenziazione	3.16	.48	3.05	.51	.77	.38
A6	Dipendenza sociale	1.69	.78	2.02	.70	3.13	.08
A7	Dominanza fantasie	3.27	.57	3.22	.62	.10	.75

Effetti dell'appartenenza di gruppo (GDM *versus* Controlli) sulle Rappresentazioni del bambino

		GDM		Controlli		Anova F	Sig.
		Media	DS	Media	DS		
B1	Ricchezza percezioni	2.98	.41	2.98	.24	.00	1.00
B2	Apertura al cambiamento	2.98	.37	2.98	.27	.00	.99
B3	Intensità investimento	3.20	.57	3.11	.40	.59	.45
B4	Coerenza	3.08	.26	3.05	.39	.14	.71
B5	Differenziazione	3.26	.46	3.08	.46	2.39	.13
B6	Dipendenza sociale	1.67	.75	1.95	.74	2.27	.14
B7	Dominanza fantasie	3.03	.65	3.27	.56	2.53	.12

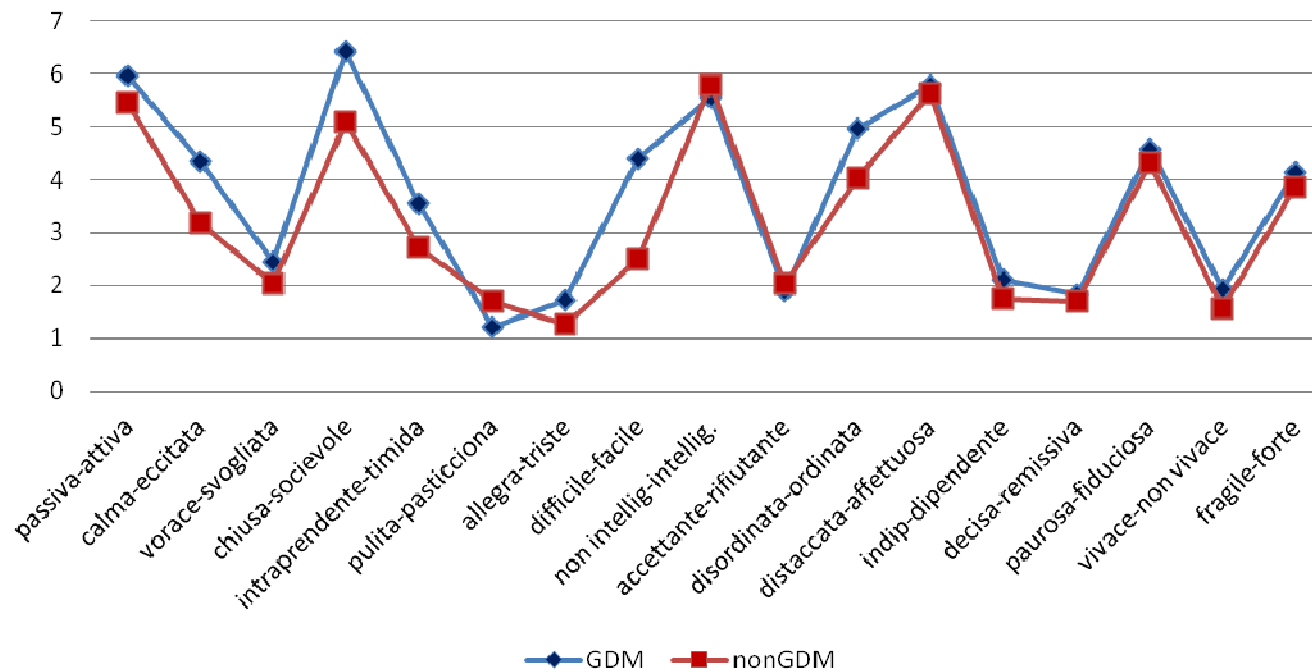
I risultati dell'ANOVA non hanno evidenziato effetti significativi del gruppo d'appartenenza delle gestanti (GDM/Controlli) né sulle dimensioni che compongono le rappresentazioni di sé come donne e come madri (A1-A7) né sulle dimensioni che compongono le rappresentazioni del bambino (B1-B7).

Obiettivo 2: Studiare le risposte fornite dalle gestanti sulle scale del differenziale semantico e valutare l'esistenza di differenze nelle descrizioni delle donne con diagnosi positiva *versus* negativa per GDM (ANOVA one-way).



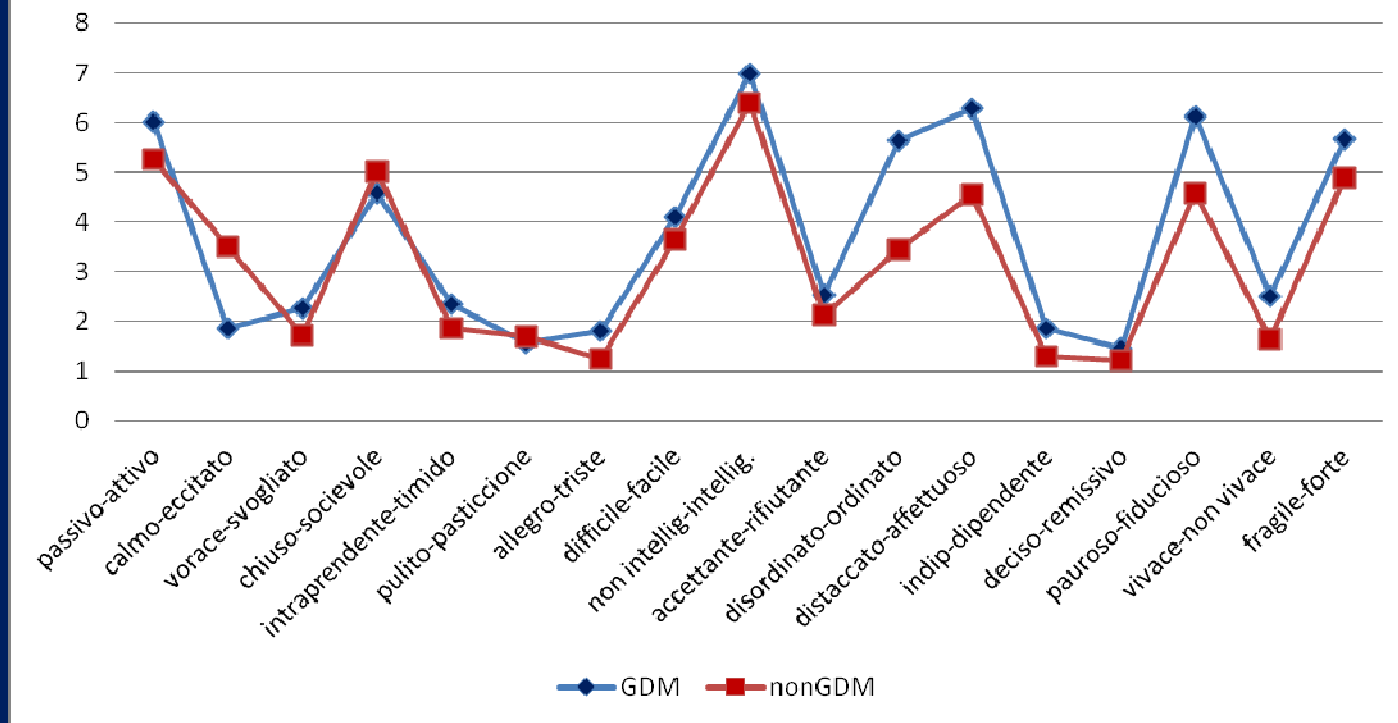
Effetti significativi dell'appartenenza di gruppo (GDM *versus* Controlli) sulle polarità vorace-svegliato ($F=7.45$; $p=0.01$), intraprendente-timido ($F=5.59$; $p=0.02$), pulito-pasticcione ($F=4.88$; $p=0.03$), difficile-facile ($F=7.98$; $p=0.01$), indipendente-dipendente ($F=3.86$; $p=0.05$), deciso-remissivo ($F=11.48$; $p=0.00$). Rispetto al gruppo dei Controlli, le donne con GDM si rappresentano i loro futuri bambini mediamente più svegliati (media GDM=2.67; media Controlli=1.63), più timidi (media GDM=2.66; media Controlli=1.53), più pasticcioni (media GDM=4.00; media Controlli=2.70), più facili (media GDM=5.29; media Controlli=3.97), più dipendenti (media GDM=2.42; media Controlli=1.41), e più remissivi (media GDM=1.81; media Controlli=0.72).

**Fig.3. Differenziale semantico: aggettivi individuali
Sé**



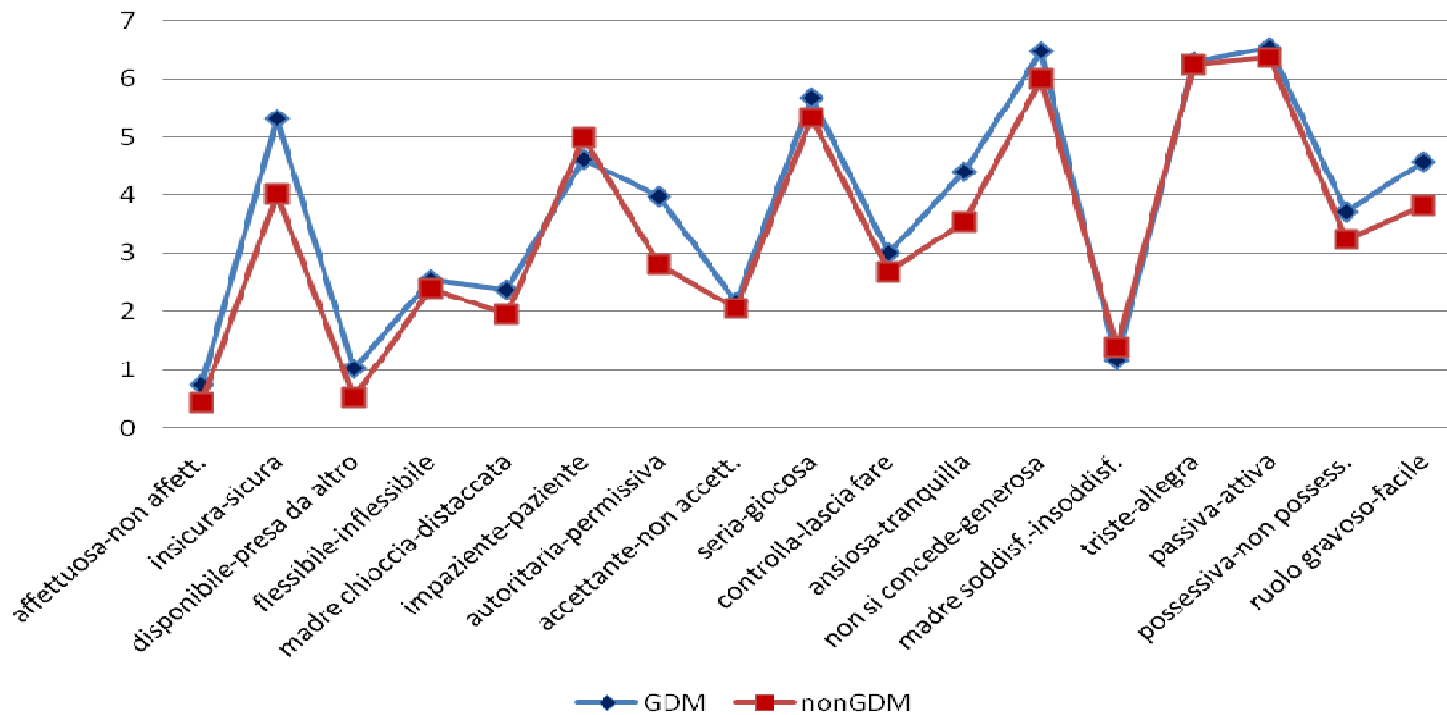
Per quanto riguarda le caratteristiche individuali di sé, effetti significativi dell'appartenenza di gruppo (GDM *versus* Controlli) sulle polarità chiusa-socievole ($F=7.90$; $p=0.01$), e difficile-facile ($F=11.70$; $p=0.00$). Rispetto al gruppo dei Controlli, le donne con GDM hanno un'immagine di sé stesse come persone mediamente più socievoli (media GDM=6.43; media Controlli=5.09) e più facili (media GDM=4.40; media Controlli=2.50).

Fig. 4. Differenziale semantico: aggettivi PARTNER



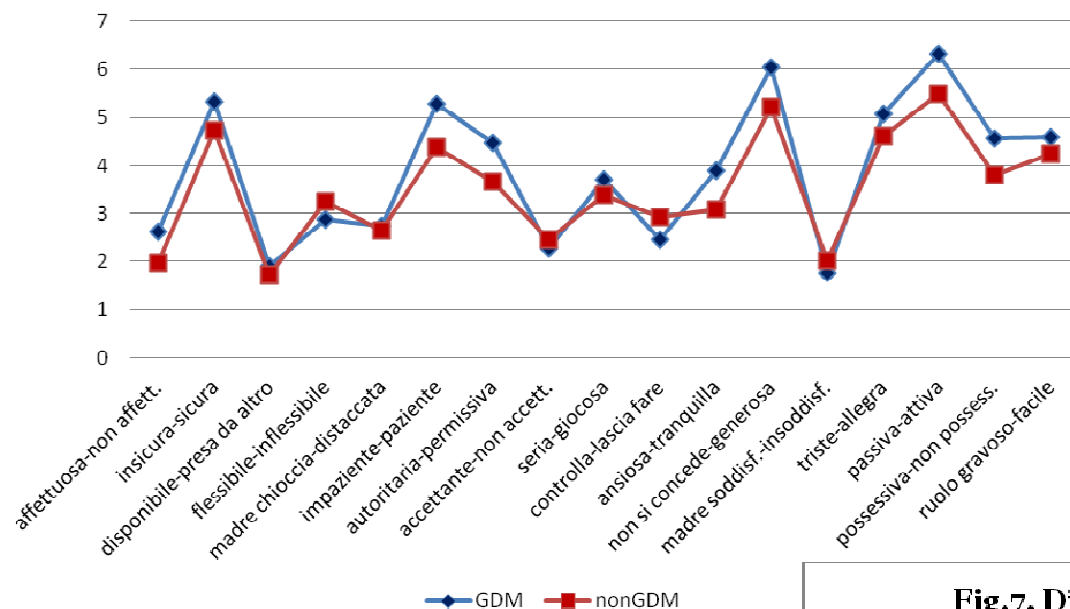
Per quanto riguarda la scala relativa alle caratteristiche del partner, effetti significativi dell'appartenenza di gruppo (GDM *versus* Controlli) sulle polarità calmo-eccitato ($F=6.11$; $p=0.02$), non intelligente-intelligente ($F=4.78$; $p=0.03$), disordinato-ordinato ($F=10.12$; $p=0.00$), distaccato-affettuoso ($F=12.01$; $p=0.00$), pauroso-fiducioso ($F=8.12$; $p=0.01$). Rispetto al gruppo dei Controlli, le donne con GDM hanno un'immagine del proprio partner come di una persona mediamente più calma (media GDM=1.85; media Controlli=3.51), più intelligente (media GDM=6.98; media Controlli=6.38), più ordinata (media GDM=5.64; media Controlli=3.44), più affettuosa (media GDM=6.27; media Controlli=4.56), più fiduciosa (media GDM=6.12; media Controlli=4.59).

**Fig.5. Differenziale semantico: caratteristiche
MATERNE di Sè**



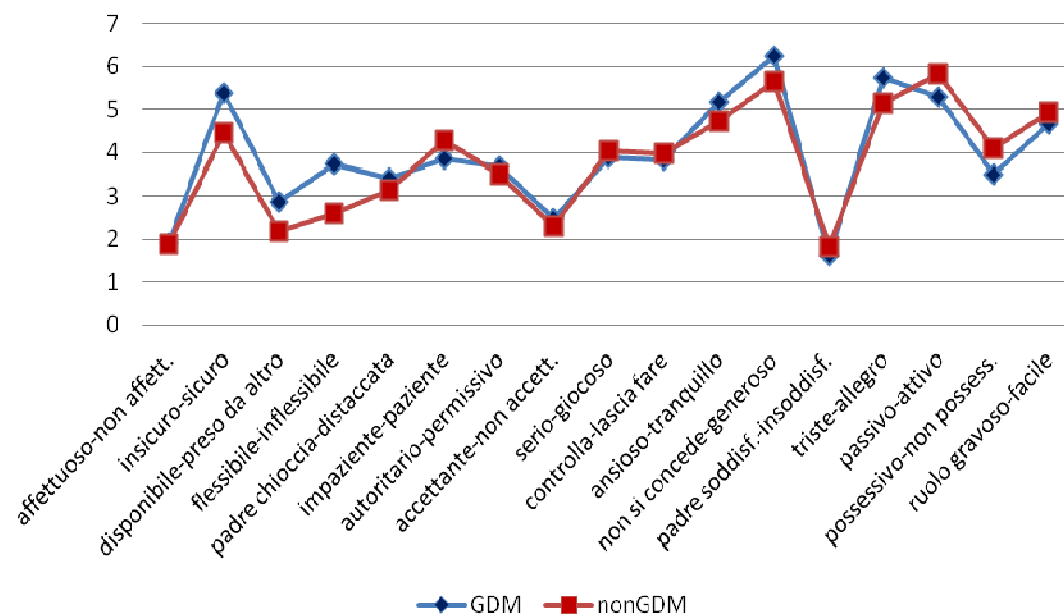
Sulla scala delle caratteristiche di sé come madre, effetti significativi dell'appartenenza di gruppo (GDM *versus* Controlli) sulle polarità insicura-sicura ($F=4.16$; $p=0.05$) e autoritaria-permissiva ($F=6.05$; $p=0.02$). Nel futuro ruolo di madre, le donne con GDM si valutano mediamente più sicure rispetto alle donne del gruppo di controllo (media GDM=5.31; media Controlli=4.03), e mediamente più permissive (media GDM=3.98; media Controlli=2.81).

Fig.6. Differenziale semantico: caratteristiche materne
MADRE



Nella valutazione dello spazio semantico riferito alle caratteristiche materne della propria madre e alle caratteristiche paterne del proprio padre non abbiamo riscontrato effetti dovuti all'appartenenza delle gestanti ai due differenti gruppi (GDM *versus* Controlli).

Fig.7. Differenziale semantico: caratteristiche paterne
PADRE



Obiettivo 3: Valutare l'esistenza di differenze significative sulle dimensioni sintomatologiche dell'SCL-90 tra gestanti con diagnosi positiva per GDM e gestanti con diagnosi negativa per GDM.

	GDM		Controlli	
	Media	DS	Media	DS
SOM	.86	.50	1.07	.61
O-C	.59	.51	.69	.51
INT	.32	.37	.28	.29
DEP	.70	.51	.74	.51
ANX	.55	.39	.63	.46
HOS	.47	.47	.49	.50
PHOB	.19	.41	.24	.30
PAR	.29	.33	.44	.47
PSY	.20	.26	.20	.27
GSI	.52	.30	.60	.35
Lambda di Wilks		Sig.= .648		

Conclusioni

- Le analisi condotte non hanno evidenziato differenze statisticamente significative fra gestanti con GDM e controlli negli stili di rappresentazione materna e nelle dimensioni relative alla rappresentazione di sé come madre (A1-A7) e del bambino (B1-B7).
- Inoltre, non sono state riscontrate differenze statisticamente significative fra gestanti con GDM e controlli relativamente alla sintomatologia psichiatrica.
- Tali risultati sono in linea con quelli di alcuni studi pubblicati in letteratura (Spirito *et al.*, 1989; Langer e Langer, 1994; Sjogren *et al.* 1994; Badii, 2001), ma divergenti rispetto ad altri (Lawson e Rajaram, 1994; Langer e Langer, 1998; York *et al.*, 1996; Chazotte *et al.*, 1995; Rumbold e Crowther, 2002).

Principali limiti dello studio

- Ridotta numerosità del campione
- Svantaggi della partecipazione volontaria
- Mancanza di un follow-up (cosa succede nel post nascita?)

Spunti per la riflessione e l'approfondimento 1: CRITICITÀ

GDM come “impegno aggiuntivo” nel percorso di gravidanza ed acquisizione del ruolo genitoriale

Patologia gravidica → EVENTO CRITICO PARANORMATIVO

- 1) Carattere di imprevedibilità: “irrompe” all'interno di una fase del ciclo di vita normalmente caratterizzata da forte progettualità e da aspettative positive;
- 2) Discrepanza rispetto alla “gravidanza immaginata”, cambiamenti che investono soprattutto le abitudini alimentari e lo stile di vita, e che rendono il periodo dell'attesa molto “medicalizzato”;
- 3) Ansia ed incertezza: il GDM è un motivo in più di preoccupazione rispetto alla salute del feto e alle proprie capacità di prendersi adeguatamente cura di lui;
- 4) Talvolta, sensi di colpa nella madre, che si trova a chiedersi “dove ha sbagliato” e ad attribuirsi erroneamente la responsabilità per la presenza della patologia e delle sue possibili conseguenze.

FATTORI PROTETTIVI

- Identificazione di **fattori protettivi** che sembrano aver potuto aiutare la donna con GDM ad affrontare in maniera equilibrata l'attesa del proprio bambino, riducendo ansia ed incertezza e mobilitando adeguate abilità di coping. I principali fattori protettivi individuati nel nostro studio riguardano, da una parte, il *sapere* cos'è (e cosa non è) il diabete mellito gestazionale, ossia la possibilità di acquisire adeguate informazioni sulla natura della patologia; e dall'altra il *saper fare*, ossia essere in grado di agire comportamenti adeguati a scongiurare gli esiti negativi della patologia stessa.

Presenza in carico multidisciplinare della gestante con GDM come contesto in cui tali fattori protettivi possono agire e realizzarsi.

Spunti per la riflessione e l'approfondimento 2: FATTORI PROTETTIVI

Presenza in carico della pz con GDM come fattore protettivo del benessere psicologico durante la gravidanza



Counseling medico-infermieristico:

- Diabetologo
- Ginecologo
- Osterica
- Dietista
- Infermiere-educatore
- (Psicologo)

“...sabato sono venuta per quel problema della glicemia e c'ero anche ieri, mi ha fatto di nuovo il tracciato, mi ha misurato di nuovo la glicemia, controllato il liquido, è molto scrupolosa, bravissima...infatti mi ha detto: << Ogni qual volta, se c'è qualche problema mi chiami...>> ogni tanto le scrivo il messaggio perché non mi piace disturbarla in continuazione per la glicemia, perché magari vuole sapere i valori, mi dà più sicurezza, mi dà più tranquillità avere un medico così vicino.”

“... quando poi ho saputo di avere il diabete gestazionale mi è venuto un po' di sconforto, nel senso che ho pensato: possibile che non vada tutto secondo la norma? Anche se poi la Dott.ssa mi ha confortato abbastanza, mi ha detto che dal momento in cui viene tenuto sottocontrollo, i rischi sono assolutamente limitati...di non allarmarmi troppo, il rischio maggiore è che possa essere grande il bambino e che debba programmarsì un parto cesareo”

“...lo sconforto era dovuto un po’ a questo a questa cosa qui, pensare che magari avrei...avrei avuto bisogno di una terapia e devo dire che, da questo punto di vista, qui al Brotzu sono stati molto rassicuranti, quindi una volta che ho cominciato a parlare con la diabetologa e la dietista, mi sono rassicurata molto sul fatto che...la dieta per come la conducevo in linea di massima andava bene, per cui...ovviamente alcuni accorgimenti (...) e però mi sono resa conto di poter controllare la cosa attraverso magari qualche limatura nella dieta, però niente di più”

“...E niente, e quindi l’ho scoperto praticamente tre settimane fa e allora, per fortuna qua sono molto scrupolosi e invece di farmi fare i controlli ogni due settimane me li stanno facendo fare tutte le settimane, e mi hanno dato la macchinetta con le strisce, io la settimana scorsa ho fatto i miei controlli a casa...bocciata! Abbiamo tentato un’altra settimana sempre con la dieta, ma insomma, i valori sono un po’ sballatini, adesso vediamo che cosa mi dirà la diabetologa insomma.”

“...Poi dopo ho scoperto che avevo questo diabete gestazionale, un po’ mi sono preoccupata...veramente la mia ginecologa mi aveva detto che io soffrivo di diabete, non... cioè non mi ha detto che era gestazionale, quindi la paura che ero diabetica, che la bambina doveva crescere di più rispetto a quello...rispetto a un bambino normale mi ha spaventata, invece venendo qua ho scoperto che non era diabete, e che soffrivo solo di diabete gestazionale, quindi mi hanno tranquillizzato qua e adesso sono più contenta. Ho seguito la dieta e speriamo che tutto vada bene.”

Spunti per la riflessione e l'approfondimento 3: FATTORI PROTETTIVI

Non cronicità del GDM



Il GDM non è percepito dalle pz come malattia cronica, ma piuttosto come un disturbo temporaneo. Come tale, esso non esercita influenze negative stabili sull'immagine di sé. Anche le terapie sono vissute come un qualcosa di limitato al periodo della gravidanza, e quindi contestualizzate, accettate facilmente e con poco stress.

“...invece venendo qua ho scoperto che non era diabete, e che soffrivo solo di diabete gestazionale, quindi mi hanno tranquillizzato qua, e adesso sono più contenta.”

“...da quando l'ho scoperto ho modificato le mie abitudini alimentari, questo senza particolari sacrifici, anzi, traendone anche vantaggio perché, alla fine dei conti, il fatto di regolare la propria alimentazione, quindi tenere sotto controllo il peso, ha tanti tanti vantaggi. E quindi adesso mi trovo quasi all'ottavo mese con un buon peso tutto sommato”

“...ho sempre la glicemia alta, infatti l'ultima volta mi hanno dato la macchinetta per guardarmi, per verificare la glicemia tutti i giorni...ce l'ho alta, ci sono giorni che ce l'ho più o meno alta, altri giorni regolare, però la media è quella, quindi sicuramente sono già preparata al fatto di fare qualche goccia di insulina, penso da oggi...”

Spunti per la riflessione e l'approfondimento 4: FATTORI PROTETTIVI

Gravidanza come fattore protettivo in sé, nella donna con GDM



Le gestanti con GDM manifestano in genere un'elevata compliance alle terapie. Il desiderio di portare avanti la gravidanza e di salvaguardare la salute del bambino costituiscono una forte motivazione alla corretta gestione del diabete.

“ In tutto questo, c'è il lato positivo, cioè il bambino sta bene, sta crescendo regolarmente e...noi continuiamo a parlarci, ci risponde più che mai, è molto monello e...speriamo che non sia così monello anche quando nasce, insomma!”

“È una cosa risolvibile, si può curare in qualche modo, si possono fare delle cose, la bambina non è a rischio particolare, per cui, insomma, l'importante è quello per me, poi io posso, certo, farmi l'insulina o qualsiasi altra cosa, quello non è la cosa importante.”

Un particolare ringraziamento va alle Dott.sse Renata Floris e Giuliana Tocco, S.C. Diabetologia, Ospedale Brotzu di Cagliari, alla Dott.sse Esmeralda Loi e Ornella Urrai, Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale Brotzu di Cagliari, al Dott. Nicola Pirastu e alla Dott.ssa Giulia Tesio, Casa di Cura Villa Elena di Cagliari, per aver facilitato l'accesso alle pazienti e la loro adesione allo studio.



*Grazie per la vostra
attenzione ed il vostro
tempo*

Per approfondimenti, informazioni, confronti....:

alessandrabusonera@yahoo.it

vismara@unica.it