

NT Neonatologia Trentina

Periodico trimestrale dell'ANT - Amici della neonatologia
Spedizione in abbonamento postale - Gruppo IV/70%

VENT'ANNI DI LAVORO IMPEGNATO, GENEROSO, RESPONSABILE

LE INFERMIERE, PROTAGONISTE DI UN'ASSISTENZA EFFICIENTE ED UMANA

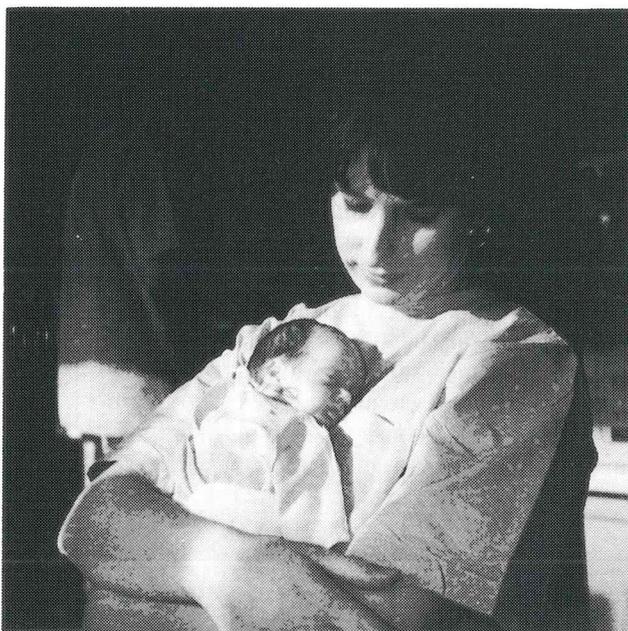
Le infermiere sono state sempre il motore principale dei reparti ospedalieri. Ma vent'anni fa, nel lontano 1973, le infermiere dell'allora Centro Immaturi di Trento hanno compiuto un passo determinante per tutta la futura storia dell'assistenza ai neonati trentini: hanno convenuto, dal punto di vista dei bambini, che era essenziale la loro presenza ancor prima del ricovero, fin dal momento della nascita di ogni neonato, anche se questa avveniva in ospedali lontani.

Hanno subito detto sì alla proposta di attuare un trasporto assistito centralizzato e *non hanno mai detto no*, nemmeno nei molti momenti in cui il personale, in agitazione perché ridotto allo stremo, avrebbe potuto eliminare quest'unico servizio «facoltativo». Le infermiere capivano che sarebbero stati i neonati a pagare le loro giuste rivendicazioni sindacali.

In realtà ogni ospedale ha il dovere di gestire il trasporto dei suoi pazienti, piccoli o grandi che siano: così si fa infatti nella stragrande maggioranza degli ospedali italiani.

Le infermiere di Trento, certamente tra le prime in Italia, hanno capito e messo subito in pratica quanto in teoria è raccomandato a livello internazionale: è solo il Centro che può assicurare la migliore assistenza nel delicatissimo momento del trasferimento.

Settemila trasporti di neonati patologici in vent'anni, con disponibilità assicurata 24 ore su 24, sono un patrimonio di lavoro generoso che ha permes-



so ai neonati trentini di avere il massimo di attenzioni ed il massimo delle possibilità di sopravvivenza.

Nella nostra provincia nessun altro reparto intensivo ha organizzato in modo efficiente, volontario e gratuito un trasporto del genere. Se uno è colpito da un infarto, per lui sarebbe senz'altro efficace avere sul posto un cardiologo e un infermiere di cardiologia che lo assistano e lo accompagnino durante il trasporto in ospedale. Occorre rimarcare che il servizio è stato attuato senza nessun aumento di organico e senza particolari incentivazioni, come invece si pretende in altre realtà.

Nel 1973, per merito delle nostre infermiere, si è quindi posato questo *primo «mattoncino» della regionalizzazione* dell'assistenza, di un'organizzazione molto complessa, che descriveremo nelle pagine seguenti. Come vedremo

non si può «regionalizzare» un servizio se non si attuano il trasporto assistito, la raccolta e l'elaborazione di dati essenziali e - molto importante - l'aggiornamento e la formazione permanente all'interno del centro e in tutti gli altri ospedali.

Un altro grazie si meritano le nostre infermiere: in vent'anni hanno contribuito in modo determinante a rafforzare l'altro aspetto dell'assistenza neonatale, *la massima umanizzazione delle cure*. Fin dal 1973 esse hanno accettato l'accesso libero dei genitori, in tempi in cui questo era consentito eccezionalmente (per pseudo-problemi igienici): l'allattamento con latte materno ai neonati ricoverati,

tutti separati dalla madre, è stato esteso dal 20% all'80% in dieci anni. La vicinanza dei genitori ha permesso di responsabilizzarli e di migliorare sempre più l'educazione sanitaria.

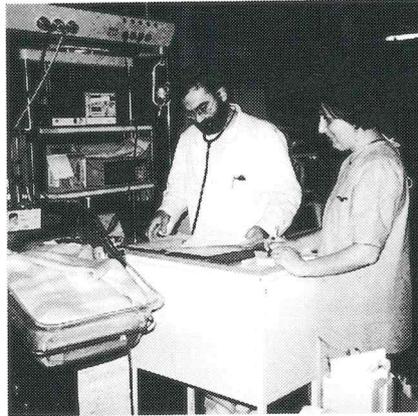
Raggiunto un livello ottimale, l'impegno delle infermiere si è indirizzato alla parte «culturale», quella che riguarda le ricerche, le verifiche, le revisioni della qualità dei servizi prestati. Sono nati spontaneamente diversi «gruppi di studio» indirizzati a vari problemi tecnici ed anche umani. I genitori che leggeranno i contributi delle nostre infermiere nelle pagine interne di questo giornale sono invitati a capire meglio cosa c'è «dietro» il quotidiano lavoro del personale: c'è senz'altro entusiasmo e disponibilità, ci sono fatti concreti, strategie semplici, per raggiungere un obiettivo chiaro, il maggior benessere del neonato e della sua famiglia. **d.p.**

L'ABC DELL'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA NEONATALE UNA COSTRUZIONE CRESCIUTA IN VENT'ANNI SECONDO PRECISE LOGICHE E STRATEGIE

La filosofia che sta alla base di tutto il nostro ventennale lavoro si trova schematizzata a pag. 136 del libro «BAMBINI SANI E FELICI». L'obiettivo ultimo era e continua ad essere il benessere del bambino («sano e felice», minori rischi di mortalità e di handicap); due le direttrici, quella sul lato tecnico-razionale e quella sul lato umano-affettivo; una base di «risorse minime» è ovviamente indispensabile.

Il «TERRENO» su cui costruire l'attività di un Centro di cure intensive neonatali è rappresentato dal suo «bacino di utenza»: è un terreno scadente e poco consistente se il bacino è inferiore a 4-5.000 nati per anno; è un terreno troppo duro e difficile se supera i 10.000 nati per anno. Esistono Centri che curano, magari in modo «efficace», 2-3.000 nati per anno, ma non possono essere «efficienti» (tropi costi per giustificare la loro esistenza).

La provincia di Trento (come quella di Bolzano), con 4-5.000 nati/anno, è appena sufficiente, per cui si può affermare che il terreno su cui abbiamo costruito è favorevole.



Le «FONDAMENTA» sono costituite dalle dotazioni essenziali di cui deve essere disporre un Centro regionale, dotazioni di spazio, personale, attrezzature.

Solo da due anni il nostro spazio è appena adeguato come estensione (700 mq), ma soprattutto, dopo il trasferimento, è finalmente contiguo ad un Centro di Ostetricia «di terzo livello».

Solo da un anno il nostro personale è adeguato come qualità e quantità (sufficiente per una guardia continua di medici e per una presenza media di 4 infer-

miere).

Solo da poco abbiamo apparecchiature sufficienti (nell'agosto dello scorso anno abbiamo dovuto trasferire tre neonati gravi per mancanza di respiratori).

Malgrado le poche risorse abbiamo sempre lavorato con obiettivi chiari. I primi respiratori sono arrivati nel 1979, ma prima avevamo raggiunto ottimi risultati con semplici trattamenti, con la pressione positiva e negativa; le infermiere erano solo due per turno fino a 10 anni fa, tre per turno fino allo scorso anno.

La «COSTRUZIONE» per molti è costituita essenzialmente dalle cure prestate all'interno del reparto: dateci «risorse» sufficienti e noi curiamo il paziente dall'ingresso fino alla dimissione, nel modo ovviamente migliore. Nella maggior parte dei reparti di un ospedale si ragiona così. O per che cosa sono pagati medici e infermiere?

Le cure che abbiamo cercato di prestare in vent'anni al neonato trentino hanno costituito il «nocciolo» di una costruzione che prevede, attorno ad essa, delle particolari strutture di supporto di tipo tecnico e di tipo umano. Le cure senza questi puntelli esterni sono sicuramente meno efficienti: i risultati confermano che non basta limitarsi alle cure classiche. I neonati e i genitori hanno bisogno di questi supporti esterni, che per noi sono «obbligatori», ma che per molti sono solo «facoltativi».

Sul lato tecnico abbiamo puntato alla REGIONALIZZAZIONE, con tre iniziative:

1. abbiamo eseguito fin dal 1973 settemila TRASPORTI assistiti, di tutti i neonati patologici gravi da tutte le sale parto, e questo grazie alla disponibilità delle nostre infermiere; abbiamo registrato in parallelo un significativo aumento del TRASPORTO IN UTERO dagli ospedali periferici (oltre il 90% dei neonati di peso molto basso nascono a Trento);
2. abbiamo cercato di conoscere i bisogni di assistenza per mezzo di una EPI-DEMOLOGIA a livello provinciale, con la collaborazione di tutti gli ospedali (per tutti libretto sanitario con

Nella sanità si possono registrare gravi squilibri, con risultati negativi dal punto di vista degli assistiti, in quelle zone in cui i lati di questa delicata costruzione sono diretti non verso l'interesse e il benessere del paziente (verso l'Essere), ma verso l'interesse di chi lavora nella sanità (più prestigio, più profitti, più Avere, pag. 141).



scheda informativa ostetrico-neonatale; per i neonati ricoverati computerizzazione di tutti i dati importanti);

3. abbiamo attuato nei confronti del personale medico e infermieristico del centro e dei tutti gli altri ospedali iniziative «culturali» di AGGIORNAMENTO e FORMAZIONE PERMANENTE regionalizzata.

Sul lato umano abbiamo raggiunto soddisfacenti livelli di UMANIZZAZIONE con tre importanti iniziative:

1. favorendo al massimo la VICINANZA DELLA MADRE AL NEONATO, in particolare fin dai primi giorni (trasporto in utero, foto alla madre, reparto aperto);
2. favorendo al massimo l'ALLATTAMENTO MATERNO, anche quando la madre è distante, con una efficace organizzazione del trasporto del latte, con una banca di latte materno pastorizzato (più dell'80% dei nostri bambini riceve, poco o tanto, latte della sua mamma);
3. insistendo molto con iniziative di EDUCAZIONE SANITARIA, con opuscoli informativi, con la distribuzione del libro «Bambini sani e felici», con incontri-discussione con i genitori.

A questo punto, e solo a questo punto

- con neonati nelle migliori condizioni (nati a Trento o portati ben assistiti),
- con una chiara documentazione sui bisogni assistenziali,
- con personale aggiornato e ben formato,
- con massima disponibilità di latte materno,
- con genitori responsabilizzati, si può passare ad una seconda fase di OTTIMIZZAZIONE delle cure, una fase di ripensamento, di verifiche, di confronti.

Sul lato «tecnico» si può attuare:

1. una costante ricerca di SEMPLIFICAZIONE ragionata delle cure (minor invasività, sempre sotto meticolosi controlli): meno fleboclisi, meno fototerapia, meno intubazioni, meno farmaci, meno radiografie,...
2. un'insieme di CONTROLLI E VERIFICHE che vanno dalla nascita fino ad un approfondito controllo a sette anni di tutti i neonati a rischio, con seri CONFRONTI con altri centri analoghi al nostro; fondamentale per questo l'INFORMATIZZAZIONE di tutta l'attività;



3. l'estensione di questi programmi di assistenza «globale» a settori contigui, all'ostetricia e alla neuropsichiatria, nell'ambito di una DIPARTIMENTALIZZAZIONE delle cure nell'area materno infantile (nello scorso numero abbiamo parlato del «Dipartimento materno-infantile» che tra poco inizierà la sua attività in provincia).

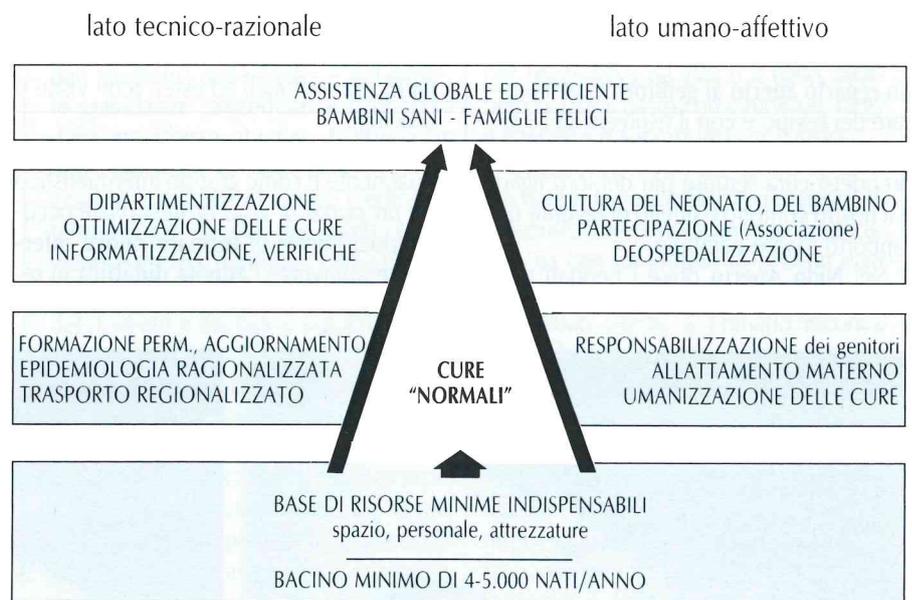
Non si possono semplificare le cure senza aver prima «regionalizzato» il servizio (trasporto, epidemiologia) e senza avere personale aggiornato; è poi determinante avere a valle un sistema molto sofisticato di controlli.

Non si può parlare di Dipartimento se non si attuano prima iniziative di collegamento che facilitino il dialogo e lo spirito di collaborazione.

Sul lato «umano»

1. si può attuare una ponderata DEOSPEDALIZZAZIONE (a 2000 grammi si può consegnare il figlio, ma solo a genitori responsabilizzati, con netta riduzione dei tempi di degenza); con la collaborazione dei pediatri di base sul territorio si possono anche «demedicalizzare» i controlli, eseguendo solo i più indispensabili;
2. si può favorire la PARTECIPAZIONE dei genitori per mezzo di una Associazione (magari con un giornale come questo, che mantenga i collegamenti anche dopo la dimissione);
3. si può promuovere tra la popolazione e a livello politico una vera e propria CULTURA del neonato e del bambino, così carente nella nostra società del consumismo, dell'arrivismo, dell'apparenza.

Non si può arrivare a questi livelli se non si è lavorato per garantire ad ogni bambino i suoi diritti fondamentali, la vicinanza e il latte della sua mamma e se i genitori non sono responsabilizzati.



La «costruzione» - se le basi sono solide, se non vi sono deviazioni verso interessi personali, se gli obiettivi sono chiari non è difficile da realizzare. Spesso sono interferenze «umane» che impediscono di progredire.

Impossibile organizzare questo tipo di

assistenza senza la *partecipazione convinta ed entusiasta del personale* medico e infermieristico e senza la partecipazione dei genitori.

Il tutto, in fondo in fondo, è stato anche *molto semplice e molto logico*, perché semplici e logici sono i bambini e i loro bisogni.

LE INFERMIERE SI PRESENTANO AI GENITORI

Questo numero del giornalino è per i genitori dei bambini ricoverati in Patologia Neonatale, genitori «nuovi» che ci conoscono da poco e genitori «vecchi» con i quali abbiamo condiviso molti momenti importanti e difficili di un periodo così ricco come la nascita del loro bambino e insieme abbiamo percorso tanta strada.

È dedicato alla figura dell'infermiera che opera in Patologia Neonatale.

I genitori ci vedono occuparci di bagnetti e pannolini, zittire allarmi, eseguire prelievi, destreggiarci tra monitors e incubatrici. Sono le attività che più saltano agli occhi. Ma non ci occupiamo solo di biberon e apparecchiature: dedichiamo anche molto spazio a coccole, cure, accudimento. Il nostro lavoro richiede sia una notevole preparazione dal lato tecnico, ma anche una forte attenzione al lato umano. Compensiamo in gran parte le attività dei genitori dove questi non possono intervenire (bambino in incubatrice o troppo piccolo), ma non ci sostituiamo a loro.

Ogni bimbo ha bisogno e diritto di avere accanto la sua mamma e il suo papà in un **reparto aperto ai genitori**. Con il passare del tempo e con il risolversi delle situazioni, i genitori vengono invitati a prendersi cura sempre più del loro figlio e il nostro compito è quello di favorire un rapporto madre-bambino.

Nel **Nido Aperto** dove i neonati non hanno esigenze particolari di assistenza,

SIAMO PICCOLI



MA CRESCEREMO!

l'umanizzazione si è potuta realizzare attraverso la motivazione del personale e un aggiustamento dell'organizzazione del lavoro.

Dal lato tecnico c'è la necessità di conoscere e imparare il funzionamento di nuove «macchine» (**le attrezzature**).

Noi abbiamo «voglia di conoscere e migliorare», attraverso un **aggiornamento** che si occupi sia del lato tecnico, sia del lato umano, fatto di gruppi di studio, di partecipazione a corsi di aggiornamento, letture, confronto con altri reparti di neonatologia nazionali ed esteri (con visite o tirocinii).

Abbiamo bisogno di crescere individualmente e come gruppo infermieristico da un punto di vista professionale occupandoci anche di **formare nuove infermiere** attraverso l'**attività didattica** in reparto. In questi ultimi tre anni sono prin-

cipalmente le allieve Vigilatrici d'Infanzia che lavorano con noi a gruppi di quattro-cinque persone, a rotazione, fino alla fine del corso. Con noi collabora la loro monitorice Cassandra D'Agostino, che le guida nella loro formazione scolastica.

Nell'ultimo anno è stato dato spazio allo studio sull'**accesso venoso** che ha portato alla costruzione di un manuale dove sono raccolte le procedure e le modalità per saper utilizzare in modo sicuro e razionale le vene del bambino quando è necessario infondere farmaci e nutrizione.

Questo lavoro è stato svolto da un gruppo che poi si è impegnato a trasmettere a tutte le novità portate, in modo da poter lavorare in modo omogeneo e condiviso.

Altri lavori sono stati fatti e altri progettati da vari gruppi. Ad esempio un gruppo si è occupato della **Cartella Infermieristica**: avevamo bisogno di «comunicare» meglio anche attraverso *uno strumento di lavoro per raggiungere continuità e qualità di cure nel neonato*.

Altre attenzioni al neonato sono state prese in considerazione: «negli ultimi anni è improvvisamente e notevolmente aumentato l'interesse per il trattamento del **dolore nel neonato**».

Ciascuna di noi è particolarmente attenta a riconoscere i primi segni di sofferenza del neonato per evitare occasione di dolore, a farsi portavoce verso il medico perché questo aspetto abbia la massi-



ma considerazione. Ci troviamo ad affrontare questo argomento ed a parlarne con serenità anche con i genitori.

«Da vent'anni vi è stato un impegno delle infermiere ad assistere ogni trasferimento del neonato». Il **trasporto neonatale** assicura l'assistenza infermieristica a tutti i neonati patologici che nascono negli ospedali periferici e che hanno bisogno dell'Unità di Terapia Intensiva o che debbano essere trasferiti in altri centri specialistici fuori provincia. Tutte partecipano all'addestramento permanente con aggiornamento o simulazioni di situazioni critiche in cui la rapidità di intervento è fondamentale assieme ad una buona integrazione con il medico.

I nostri interessi sono anche quelli di occuparci di bambini in situazioni particolari che si possono realizzare solo con la **assistenza domiciliare**. Per questi pochi casi cerchiamo di *personalizzare* le cure e il rapporto con i bambini e i genitori dedicando una o due infermiere per la preparazione dei genitori alla dimissione del bambino. Le stesse persone seguono il bambino a domicilio secondo un progetto, in collaborazione fin dall'inizio con gli operatori di territorio.

Fra le colleghe una di noi si occupa dell'**ambulatorio**. Si prende cura del bambino e della famiglia nei controlli dopo la dimissione. L'infermiera di ambulatorio conosce i genitori e il bambino durante il ricovero e stabilisce con loro un rapporto, e quando vanno a casa è già un «punto di riferimento». La sua attività si integra con un progetto di valutazione a distanza di come sono stati curati i bambini. Di fatto tutto il reparto (medici e infermiere) è coinvolto nella verifica della qualità delle cure prestate per migliorare la nostra assistenza.

La **segretaria** non fa parte del personale infermieristico, ma oltre al lavoro di segreteria svolge attività di collegamento tra genitori e altre figure (medici, infermiere, consulenti) e i servizi. I genitori troveranno utile il contatto con questa «prima» voce, un «primo» volto, per iniziare a orientarsi nel nostro ambiente e nelle nostre attività e ritmi di reparto.

Da un po' di tempo abbiamo finalmente raggiunto un più adeguato numero di personale in un ambiente nuovo e più adattato alle esigenze del bambino e della madre. Questa nuova situazione favorevole ci permette di «pensare» al nostro aggiornamento per raggiungere livelli migliori di cure e di umanizzazione, un gradino in più verso la qualità.

Paola Trainotti

REPARTO APERTO AI GENITORI



In Patologia Neonatale è consentito ai genitori di entrare a trovare i loro figli ad orario libero, preferibilmente al momento dei pasti. Il pediatra dopo aver visitato il neonato, talora alla presenza del padre, informa direttamente i genitori sulle condizioni generali, se ha bisogno di ossigeno, come gli viene somministrato, cosa sono e a cosa servono i fili che lo collegano ai diversi monitors, rispondendo a tutti i loro dubbi. Viene sempre fatta una foto Polaroid al bambino per la mamma che subito dopo il parto, in particolare se cesareo, non può venire in reparto a fargli visita.

In occasione della prima visita dei genitori l'infermiera consegna un foglio di raccolta delle notizie anamnestiche (i dati anagrafici della madre e del padre, le gravidanze precedenti e il decorso della gravidanza attuale,...) oltre a un opuscolo dove ci sono delle informazioni utili relative al nostro Centro (le terminologie da noi più usate, come viene assistito il bambino, come entrare in reparto, i problemi del primo giorno del ricovero e dei giorni seguenti, informazioni sull'importanza del latte materno e consigli per la raccolta, ecc.).

Il personale infermieristico insegna ai genitori a prepararsi ad entrare in reparto: come indossare camice e soprascarpe, come lavarsi le mani togliendo anelli, bracciali, orologi per motivi d'igiene. La capo sala fa visita alla mamma degente in ostetricia, perchè ritiene opportuno conoscerla e informarsi sulla sua salute. Nel corso di questa visita la capo sala la informa sulle condizioni del bambino e su come si comporta e così inizia il dialogo che poi continuerà con noi in reparto.

Quando la mamma può alzarsi per venire a trovare il suo bambino, sa di trovare *un ambiente amico* che l'aspetta

e l'aiuterà nei primi rapporti con il suo piccolo. Cerchiamo di essere sempre accanto alla mamma quando si avvicina per la prima volta al suo bambino. Per prima cosa le facciamo notare qualche particolare, come il colore dei capelli, l'espressione del viso,...e la invitiamo a toccarlo e ad accarezzarlo. Le mamme sono felici quando comunichiamo loro che il bimbo succhia bene. Dopo queste prime informazioni lasciamo mamma e papà soli per i commenti personali tra loro e per assaporare la gioia di stare per la prima volta assieme al loro piccolo e sentirsi finalmente genitori. Quando la mamma viene dimessa dal reparto di ostetricia ha la *possibilità di alloggiare* nelle stanze riservate alle madri nutrici per seguire più da vicino il figlio, allattarlo o dare il pasto con il biberon, fargli il bagnetto e soprattutto coccolarlo.

Durante il periodo del ricovero i genitori hanno la *possibilità di partecipare all'incontro* che periodicamente la psicologa ha con un gruppo di genitori e su richiesta anche un incontro privato.

A sabati alterni, il Primario incontra nella sala d'attesa i genitori e ha con loro un amichevole dialogo, dà dei fondamentali consigli di puericoltura rispondendo alle loro domande e ai loro dubbi.

Finalmente arriva il giorno della dimissione. In un apposito quaderno i genitori scrivono le loro impressioni, ci raccontano della loro esperienza, delle loro ansie e delle loro gioie e noi magari aggiungiamo alla foto del bimbo appena nato quella dei genitori e del loro figlio pronti per andare a casa. Questo è il nostro album dei ricordi e noi periodicamente lo sfogliamo per ricordare anche a distanza di tempo le emozioni, le difficoltà e soprattutto tanti bei rapporti umani.

Caterina Autellitano

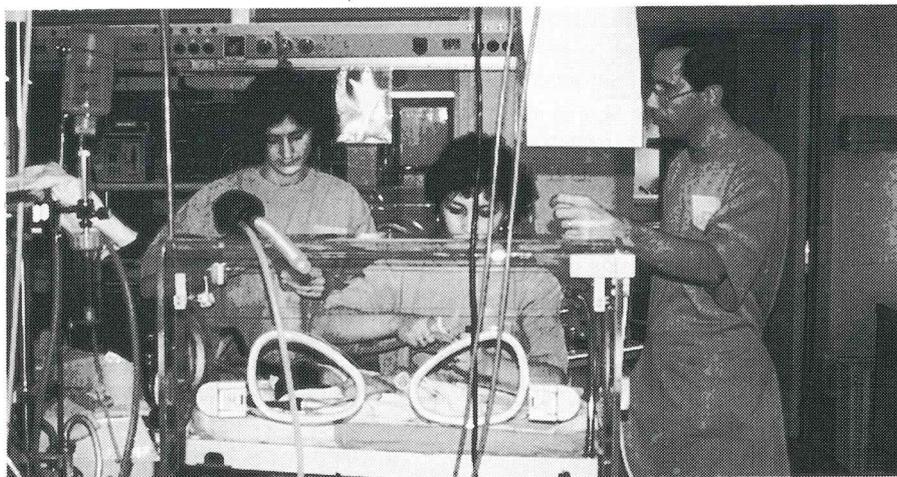
FILI CHE SCENDONO DALL'ALTO

LE APPARECCHIATURE

Chi entra per la prima volta nel reparto di Terapia Intensiva e Patologia Neonatale nota, vicino alle incubatrici, dei fili che scendono dall'alto e numerosi apparecchi che spesso emettono dei suoni strani: i «monitors». Queste apparecchiature sono indispensabili per controllare costantemente nel neonato diverse funzioni vitali come l'attività del cuore, il respiro, la temperatura corporea, l'ossigenazione del sangue e la pressione arteriosa. Altre apparecchiature vengono invece utilizzate per aiutare il neonato a respirare quando non è in grado di farlo spontaneamente oppure per infondere in vena le fleboclisi che si vedono appese alle incubatrici. Un neonato in Terapia Intensiva è circondato da fili che sono applicati sul torace o sugli arti con dei piccoli dischetti, gli «elettrodi», che permettono di rilevare come funzionano i suoi organi.

La visione d'insieme di un neonato sottoposto ad un monitoraggio continuo spaventa un po', in particolare i genitori che si avvicinano al loro bambino in un ambiente così diverso; ma occorre considerare che in particolari situazioni è indispensabile conoscere momento per momento lo stato di salute del neonato. Il monitoraggio delle principali funzioni vitali non provoca nel neonato dolore, proprio perché non è invasivo, cioè non richiede nessun intervento, che comporti l'applicazione di strumenti speciali oltre la cute del neonato.

Anche se il bambino è circondato da tutti questi strumenti e da numerosi cavi, può essere agevolmente toccato e accarezzato dai genitori e dal personale di assistenza. Infatti, quando le condizioni di salute lo consentono, il neonato può essere preso in braccio anche se porta ancora qualche elettrodo per il monitoraggio del cuore e del respiro. Nonostante l'uso di apparecchiature così sofisticate, la presenza costante delle infermiere è insostituibile, perché osservando il neonato può rilevare ogni cambiamento delle condizioni di salute come il colorito, la reattività ecc..., oltre ad interpretare i dati che i monitors costantemente segnalano. L'integrazione tra assistenza e tecnologia richiede una notevole preparazione ed esperienza per saper collegare tempestivamente l'evolvere della patologia nel



neonato e per considerare sotto la giusta dimensione i dati che emergono dal monitoraggio delle diverse funzioni vitali. L'infermiera deve avere un'alta preparazione sia sul piano assistenziale che tecnico; deve conoscere bene le apparecchiature che usa quotidianamente nello stesso modo in cui un pilota conosce la sua auto da corsa. Per un'infermiera neo-assunta la conoscenza delle apparecchiature avviene attraverso corsi di addestramento e prove di simulazione tenuti da infermiere più anziane e da medici, in modo da abilitarla all'uso corretto delle apparecchiature in dotazione al reparto. Tutto il personale di assistenza è responsabile del funzionamento e della manutenzione delle apparecchiature in collaborazione con l'Ufficio Tecnico dell'ospedale. È fondamentale che i monitors, i respiratori, le incubatrici e le pompe di infusione siano sempre funzionanti e disponibili in qualsiasi momento, considerando anche il loro costo estremamente elevato, (un monitor per la rilevazione dell'attività cardiaca e respiratoria costa sui 15-20 milioni, un posto letto completo di terapia intensiva comprende apparecchiature del valore di oltre 100 milioni).

Ogni guasto deve essere segnalato tempestivamente all'Ufficio Tecnico, il quale provvede alla manutenzione ordinaria e, in collaborazione con i tecnici delle ditte costruttrici dei vari apparecchi, alla manutenzione straordinaria per guasti più complessi che possono verificarsi nell'uso.

L'attività delle infermiere nel corso degli anni si è modificata passando da una

professione strettamente assistenziale ad una professione che globalmente deve essere aperta anche a conoscenze tecniche: queste richiedono aggiornamento continuo e devono avere come obiettivo fondamentale il miglioramento della qualità della assistenza al neonato.

Erina Reversi

IL NIDO

Nido «aperto»: questo cerca di essere oggi il Nido di S. Chiara di Trento, volendo superare le modalità tradizionali di assistenza al neonato (rigidità degli orari di visita e dei pasti, accesso vietato al Nido). Tutto questo ci ha richiesto una lunga revisione del nostro operato per arrivare ad aggiungere al nostro lavoro, fatto prevalentemente di abilità tecniche e manuali, un lavoro fatto anche di relazione, di ascolto e di disponibilità verso i genitori ed il neonato.

Il passaggio dal Nido tradizionale al Nido «aperto» ha richiesto tempo, riorganizzazione del lavoro, motivazione di ciascuna di noi e pensiamo abbia avuto come risultato una migliore «umanizzazione» del Nido stesso.

Per quanto riguarda i neonati, il Nido «aperto» permette di attuare «l'allattamento a richiesta» cioè dare i pasti solo quando il piccolo piange per fame; in questo modo è il bambino stesso a stabilire un proprio ritmo alimentare. Si attua così la teoria «self-demand» del lattante,

VOGLIA DI CONOSCERE E DI MIGLIORARE L'AGGIORNAMENTO

L'Infermiere Professionale dopo la formazione di base a scuola, deve continuamente aggiornarsi per seguire l'evoluzione rapida della medicina e mantenersi al passo di nuove tecniche e metodologie.

In particolare in Neonatologia, (essendo questa una branca relativamente giovane della medicina) si sono verificati in pochi anni notevoli sviluppi, tali da richiedere un progressivo adeguamento a nuove tecniche di lavoro e conoscenze medico-assistenziali.

Tutto questo porta a un notevole impegno da parte nostra: infatti sentiamo profondamente questa esigenza, per migliorare e capire meglio i bisogni del neonato e dei genitori.

Il nostro aggiornamento avviene spesso all'interno del reparto stesso con lezioni tenute dai nostri medici, da psicologi, da specialisti (radiologi, ginecologi, ematologi...) o da Infermiere nostre o di altri centri, con confronti e scambi di opinioni.

Dal 1974 ci rechiamo presso altri ospedali con reparti come il nostro, oppure presso centri universitari più all'avanguardia ove studiano nuovi modi di fare assistenza e nuove tecniche sempre meno invasive e traumatizzanti per il neonato.

Spesso medico ed infermiere insieme svolgono questi aggiornamenti a livello nazionale e internazionale.

L'U.S.L. stessa organizza corsi di aggiornamento obbligatorio riguardante nuove tematiche (es. infezioni ospedaliere, assistenza al paziente in area critica).

Chi partecipa a tali congressi o esperienze trasmette al ritorno le conoscenze



aquisite alle altre infermiere.

Questo porta a una continua verifica, a porre in discussione il nostro modo di lavorare, il nostro comportamento, creando così una nuova mentalità verso i bisogni degli altri e migliorando l'assistenza.

Da alcuni anni la nostra partecipazione a tali congressi non è più passiva, ma *portiamo anche noi dei lavori* (assistenza domiciliare al neonato con malattia respiratoria, trasporto assistito neonatale, ecc...) e delle elaborazioni di dati, che *ci danno la possibilità di confrontarci con altri, di fare la revisione della qualità delle cure* prestate e anche di arricchire altri con le nostre esperienze.

Grazie alla sensibilità di tanti genitori, disponiamo anche di mezzi che ci permettono di avere a disposizione in reparto una biblioteca discretamente fornita di testi, che possiamo consultare a nostro vantaggio. Ogni infermiera, inoltre, è personalmente abbonata a una o più riviste infermieristiche.

Cerchiamo di coinvolgere nell'aggiornamento anche le allieve che svolgono il loro tirocinio nel nostro reparto, in modo che la loro formazione di base risulti arricchita e il loro interesse per questo tipo di reparto sia stimolato.

L'aggiornamento ci stimola ed aiuta a conoscere meglio ciò che avviene in ogni neonato, a selezionare per ciascuno le manovre meno disturbanti, meno invasive e dolorose, anche se ciò può comportare una osservazione ed un monitoraggio più attenti. È così che mentre cerchiamo di capire ciò che è meglio tollerato da ogni neonato, ci troviamo spesso a *comunicare con le madri, spiegando il perché di tutti i monitors e rendendole partecipi di tutto ciò che avviene attorno al loro bambino.*

Ciascuna di noi ha facoltà di comunicare con i genitori riguardo al loro bambino.

Qualche volta, se non abbiamo le conoscenze sufficienti per rispondere adeguatamente, invitiamo i genitori a chiedere al medico una risposta più adeguata.

Cerchiamo, comunque, di comunicare riconoscendo il bisogno del genitore di chiarezza e la necessità di avere fiducia e speranza.

«APERTO»

sostenuta ormai da molti autori. Invece il Nido tradizionale era basato su una distribuzione schematica e rigida dei pasti, secondo orari prestabiliti.

Per quanto riguarda i neo-genitori, il Nido «aperto» permette di «demedicalizzare» il lieto evento, *favorendo maggiore vicinanza e reciproco contatto.* Offre cioè la possibilità, ogni volta che i neo-genitori lo desiderino, di recarsi al Nido per vedere se il loro bambino dorme tranquillo o piange, o semplicemente per il desiderio naturale di coccolarlo. Per permettere questo, accanto al locale Nido, è stata creata ed organizzata una saletta che è a disposizione delle mamme, dei papà e di eventuali fratellini o sorelline.

Il Nido «aperto» favorisce anche momenti di incontro tra personale sanitario e genitori. Il primo momento di incontro si ha con i papà: infatti subito dopo la nascita, quelli che lo desiderano, sono invitati ad assistere al primo bagnetto ed alle prime cure prestate al bambino.

Tra le quotidiane relazioni tra persona-

le sanitario e mamme, rilevante è il momento d'incontro al secondo bagnetto (che avviene in seconda giornata dopo parto spontaneo e in quarta giornata dopo taglio cesareo). In tale occasione la puericultrice dà alla mamma consigli utili per quando andrà a casa e le spiega la tecnica del bagnetto permettendole così di eseguirlo da sola; questo momento è importante, in modo particolare per le primipare, perché *acquistano sicurezza nella manipolazione del bambino.*

Col Nido «aperto» il personale sanitario ha imparato a stare «dietro le quinte», intervenendo però al momento opportuno per *aiutare e rassicurare la neo-mamma* nelle inevitabili difficoltà dei primi giorni dopo il parto. Viene così restituito alla madre il ruolo di protagonista nell'assistenza al neonato.

Alba Donato e Alessandra Leita

**Mariangela Zancanella e
Giovanna Taraboi**

LA CART



FORMARE NUOVE INFERMIERE

LA DIDATTICA IN REPARTO

Addestrare le allieve sul lato pratico della nostra professione è uno dei compiti del personale infermieristico. Fino a tre anni fa avevamo in reparto una o due allieve per volta e a queste veniva insegnata un'assistenza di base al neonato.

Da un paio d'anni ci siamo impegnate con la Scuola Viglatrici di Infanzia alla formazione delle allieve e questo ha creato per tutte noi un notevole impegno.

La loro formazione deve essere specifica e completa in modo tale che una volta diplomate, sappiano gestire qualsiasi neonato o bambino con problemi.

Il programma di studio delle allieve prevede degli insegnamenti non solo assistenziali, ma anche teorici (anatomia, patologia, fisiologia, pediatria ecc...).

Prima di essere introdotte nei reparti di degenza, hanno imparato a scuola le varie metodiche su dei manichini; così dopo aver acquisito una certa preparazione e manualità hanno iniziato il loro tirocinio pratico.

Seguendo un programma stabilito dalla scuola, ci vengono quindi affiancate, inizialmente nei lavori più semplici, quali l'alimentazione con il biberon, il bagnetto ecc...; successivamente, sotto la no-

stra supervisione, saranno loro ad eseguire queste prestazioni acquistando sempre più sicurezza e autonomia.

Ovviamente non si tratta solo di biberon e pannolini, ma per gradi saranno introdotte metodiche nuove e più specifiche, fino a raggiungere la completezza della loro preparazione professionale.

Per raggiungere questo obiettivo dedichiamo loro tempo per gli insegnamenti teorici e per la verifica di una corretta esecuzione pratica.

Con ciò vorremmo rassicurare i genitori che vedono le allieve affaccendarsi nelle cure dei loro bambini; sappiano che non agiscono autonomamente, ma fanno sempre riferimento a noi e vengono osservate in continuazione.

Le allieve stesse sono molto responsabili e non prendono iniziative, di cui non hanno capacità.

Terminato il tirocinio, da parte nostra ci sarà una valutazione globale sull'operato delle allieve.

La valutazione si riferisce sia all'esecuzione pratica delle manovre, sia alla preparazione dei materiali e non ultima al rapporto che le allieve riescono ad instaurare con i genitori dei bambini.

**Manola Bonato e
Mariagrazia Mosca**

«**C**OMUNICARE» significa: trasmettere, ricevere un messaggio e comprendere il significato. La capacità di comunicare è uno degli elementi su cui si fonda la nostra civiltà.

Anche noi, infermiere, ci rendiamo conto di quanto la comunicazione orale e scritta sia uno strumento fondamentale nell'esercizio della nostra professione. L'interscambio di informazioni è permanente ed assume un ruolo prioritario ed insostituibile. Ci rapportiamo anzitutto alle colleghe, poi ai medici, alle allieve I.P. o V.I. ma anche a Voi genitori. Col vostro bimbo non possiamo parlare, ma relazioniamo ugualmente con il tatto, con qualche coccola.

Ogni comunicazione per essere efficace deve tener conto di tre semplici regole basilari: il destinatario, il linguaggio, il contenuto.

I destinatari li abbiamo già elencati, il linguaggio deve essere chiaro ed appropriato, lo stile scorrevole, conciso e semplice.

Il contenuto rappresenta invece la «SOSTANZA» dell'informazione che si trasmette. Caratteristica prioritaria è realizzare una facile comprensione. Il contenuto deve essere inoltre significativo, sintetico e non deve dare adito ad interpretazioni personali (chiaro).

Ore 7 - ore 14 - ore 21 è l'ora della «consegna» tra le infermiere. Ma che cosa significa? È molto semplice: le colleghe che finiscono il turno di lavoro si incontrano con quelle che iniziano il servizio. Tutte insieme facciamo un giro, uno «slalom» fra i lettini o le incubatrici dei Vostri bambini e ci diamo informazioni relative alla cura e all'assistenza dei baby.

Le osservazioni, le prestazioni eseguite vengono messe per iscritto; questo permette a tutto il personale del turno successivo una conoscenza chiara e precisa dei problemi del neonato nell'arco della giornata. La consegna ci assicura una «continuità assistenziale», una raccolta di dati e di informazioni, una pianificazione e una serie di prestazioni dal momento del ricovero fino alla dimissione del Vostro bambino, con una successione logica e completa.

Da poco ci siamo «rimboccate le maniche» ed abbiamo progettato la «CARTELLA INFERMIERISTICA». Ma che cos'è? Non c'è già la cartella clinica? Cosa raccoglie? Le domande di fronte ad una cosa

ELLA INFERMIERISTICA

nuova sarebbero molte. Noi cerchiamo di illustrarVi la nostra cartella, a grandi linee.

La sua struttura è molto semplice. È come un diario che accompagna la permanenza del bimbo nel nostro reparto. Trascriviamo qualsiasi tipo di informazione che riteniamo significativa e utile per l'assistenza al bambino e per la trasmissione ai colleghi.

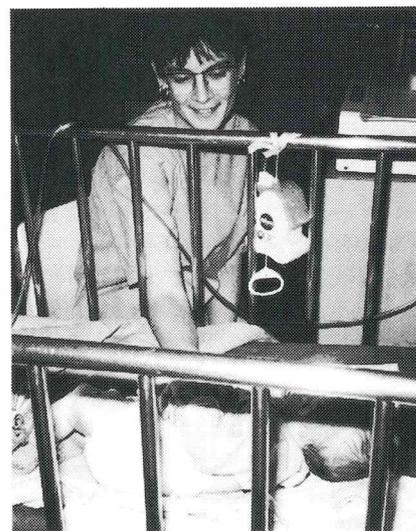
L'introduzione della Cartella Infermieristica è stata preceduta da un lavoro di progettazione sulla modalità di compilazione, sull'identificazione di problemi o situazioni importanti per il nostro reparto, sui quali raccogliere dati ed informazioni. Si rischia altrimenti di riportare dati superflui, carenti o incompleti, oppure informazioni che non vengono utilizzate per l'assistenza al bambino.

Perché è utile l'introduzione della Cartella Infermieristica? Permette di pro-

grammare l'assistenza ad ogni bambino, conoscerlo bene per tutto il tempo che rimane con noi, evitando che le informazioni raccolte si esauriscano nello spazio di un turno, come nella consegna orale. Precisiamo comunque che la Cartella Infermieristica non sostituisce la consegna orale, ma la integra.

Anche Voi genitori troverete utile la nostra cartella. Una parte, infatti, viene posta in fondo al lettino del Vostro bambino. Avete la possibilità di consultarla. È un «DIARIO» dove vi sono notizie riguardanti i pasti, l'attività intestinale, il peso giornaliero, osservazioni su come è stato il bambino nelle ore precedenti.

La nostra presenza in reparto Vi è comunque d'aiuto per chiarirVi ogni dubbio e per rispondere a tutte le Vostre domande inerenti l'assistenza. Per informarVi meglio sulle condizioni cliniche e sulla



tanto attesa data di dimissione è sempre presente un medico. Insieme potremmo prepararVi o almeno aiutarVi per quando il Vostro bambino sarà finalmente a casa.

**Lorenza Paoli, Luigina Penner
Ilaria Nicolao**

L'ACCESSO VENOSO

Sono tante le domande che i genitori ci pongono a proposito della terapia infusione. Ma innanzitutto cos'è una «fleboclisi»? È l'introduzione di liquidi e medicinali nell'organismo attraverso una vena a scopo idratante, nutritivo o terapeutico in senso stretto (farmaci, trasfusioni). Questi «liquidi» sono contenuti o in flaconi di vetro o in sacche e sono ovviamente sterili, cioè non contengono germi. L'ausilio di speciali pompe, ci permette di effettuare un'infusione controllata sia nella velocità (ml/ora), sia nella quantità totale che vogliamo infondere.

Nella scelta del posto ideale per l'inserimento dell'ago o del catetere venoso, la prima regola è il rispetto e la conservazione del patrimonio venoso del bambino, soprattutto se molto piccolo. In ordine saranno preferite le vene del capo, dell'avambraccio, del dorso della mano e del dorso del piede. Abbiamo iniziato ad usare creme anestetiche locali per contenere il dolore della puntura. Il fissaggio dell'ago sulla testa impressiona i genitori, ma noi spieghiamo loro che la vena è di buon calibro, è molto resistente, lontana da pieghe di flessione, ma soprattutto è

la sede meno dolorosa e consente al bambino di muoversi più liberamente. Una «flebo» fissata alla piega del gomito immobilizza il piccolo paziente ed impedisce alla mamma di prenderlo in braccio e di allattarlo.

Per eliminare il trauma fisico ed il dolore in bimbi che ogni giorno hanno bisogno di diverse somministrazioni di farmaci, abbiamo introdotto l'anno scorso l'utilizzo di una piccola cannula munita di un tappino. Inserita in una vena può rimanere in sede anche dieci giorni. Per praticare l'antibiotico non facciamo altro che pungere il tappino e iniettare. Il bambino intanto continua tranquillo a dormire o a succhiare al seno.

Se la terapia infusione non è di breve durata ed i liquidi hanno particolari composizioni (a scopo nutritivo), si parla di «accesso venoso centrale». Nei casi di urgenza il neonatologo utilizza un vaso ombelicale per introdurre il catetere in profondità; l'accesso per il moncone ombelicale non è doloroso per il neonato. Nel neonato la vena ombelicale rimane pervia anche fino all'ottavo giorno di vita.

Nei casi programmabili la tecnica è chi-

rurgica. In anestesia locale il chirurgo isola una vena periferica, generalmente del braccio o del collo, per accedere ad un grosso vaso. Questo catetere venoso centrale può rimanere in sede anche mesi. Ha il pregio di eliminare il dolore ed il trauma di continue venipunture, di consentire una terapia infusione costante ed in alcuni casi di effettuare prelievi di sangue.

È una tecnica importante e sicura, se però ben gestita dal personale infermieristico. La complicanza più temibile è l'infezione. Viene curata l'igiene delle mani del personale prima di manipolare l'accesso venoso. Ogni tre giorni viene sostituita la medicazione del punto di entrata del catetere in campo sterile. La preparazione della linea di infusione e il collegamento di questa al catetere vengono fatte sterilmente. Importante è pure l'igiene giornaliera del neonato. Sono utilizzate risorse di tempo, di personale, di materiali per raggiungere buoni risultati e soprattutto vi è una continua ricerca e una continua revisione, utilizzando la letteratura e lo scambio con personale infermieristico di altri centri.

Roberta Molinari

IL DOLORE NEL NEONATO

Negli ultimi anni è improvvisamente e notevolmente aumentato l'interesse per il trattamento del dolore nel paziente pediatrico.

Ricerche e congressi cercano di riempire i vuoti che precedentemente esistevano.

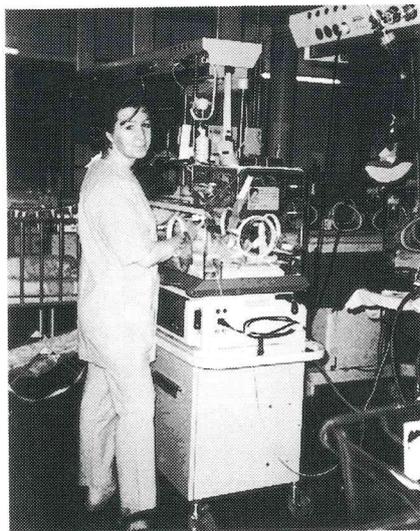
Nonostante questo però, il dolore inteso come sgradevole esperienza sensitiva, è spesso sottovalutato e di conseguenza non riconosciuto e trattato in maniera idonea.

Un tempo si riteneva che il neonato non provasse dolore in base a false convinzioni dettate da credenze o pregiudizi dovuti a scarse conoscenze scientifiche. Si pensava che il neonato fosse incapace di localizzare e percepire, elaborare e memorizzare l'esperienza e soprattutto si credeva che anatomicamente non fosse ancora strutturato per recepire la stimolazione dolorosa.

Studi più recenti dimostrano invece che già a 20 settimane gestazionali sono presenti le terminazioni sensoriali, nel 2° - 3° trimestre si completa la struttura di una parte delle fibre nervose, a 31 settimane il neonato è «maturo» per «sentire» le stimolazioni dolorose. Di conseguenza il fatto che il neonato non verbalizzi il dolore non significa che non lo «senta». Per valutare in termini quantitativi questo fatto, basti pensare che un adulto conosce ben 141 parole per definire il dolore, il neonato nessuna parola, il bambino dai 4 ai 10 anni due parole: «male» e «bua».

La comprensione delle modalità di espressione del dolore è condizione fondamentale per valutarlo e contenerlo.

Ci sono varie manifestazioni che permettono di individuare la sofferenza nel



neonato: *il pianto, la consolabilità del pianto, le modificazioni dei parametri vitali* (aumento della frequenza cardiaca e respiratoria e della pressione, diminuzione dell'ossigenazione), *l'aumento della sudorazione, l'espressione del viso* (occhi aperti, fronte corrugata, smorfie), *il colorito cutaneo, la motilità, il tono muscolare*.

Il neonato in terapia intensiva è oggetto di continue manipolazioni: gran parte di queste sono vissute come stimoli dolorosi sia fisici sia psichici. Molti sono gli elementi che possono provocare la sofferenza. Per citarne alcuni: rumori, luci, posture obbligate, ferite chirurgiche, e tutte le manovre più o meno invasive, come prelievi, flebo, iniezioni, aspirazioni, cateteri, fame.

Gli obiettivi che gli operatori sanitari dovrebbero sempre perseguire sono quelli di prevenire e minimizzare il dolore e aiutare il neonato a sopportarlo. Molte sono le tecniche disponibili per il trattamento del dolore tenendo presente che ogni condizione che lo provoca deve essere trattata con interventi specifici.

È importante l'approccio uniforme da parte di tutti gli operatori, ricorrendo ad appositi protocolli di terapia e comportamento. Essi si realizzano attraverso metodologie di valutazione che tengono conto delle personali e specifiche necessità di ogni neonato (individualizzazione delle cure) ricordando che ogni bambino reagisce in modo diverso agli stimoli.

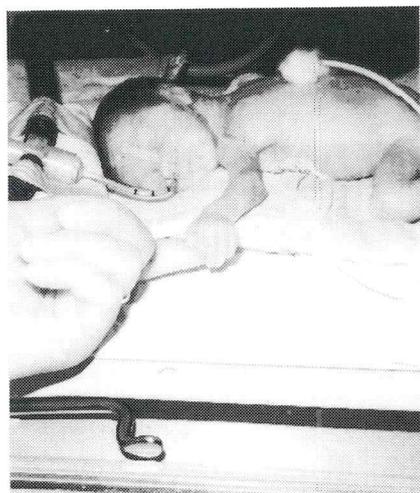
Il nostro comportamento assistenziale può essere molto efficace nel trattamento del dolore lieve nel neonato. Noi cerchiamo di raggruppare tutte le manovre in un

unico intervento e nell'ambito del possibile semplificarle; rispettiamo il sonno e soprattutto cerchiamo di favorire il ritmo notte-giorno, evitiamo i rumori bruschi e le luci dirette. Giochi colorati, carillon, succhiotto sono elementi che creano un ambiente tranquillo. Risultati positivi vengono ottenuti anche con il massaggio ed il contenimento (nido di panni). In breve, *cure dolci e coccolate*: gli atti assistenziali, sia quelli di vera cura che quelli routinari, andrebbero eseguiti con modalità più morbide. Parlare con voce pacata e tranquilla, accarezzare, la presa della mano, permettono di entrare in sintonia con il neonato riducendo l'impatto negativo delle procedure.

L'utilizzazione dei farmaci verrà limitata ai casi di dolore acuto, (ad esempio nei neonati appena operati) ed in caso di procedure diagnostiche invasive. Il ricorso ai farmaci deve seguire dei criteri ben definiti espressi in protocolli, una progressione logica in base all'intensità del dolore (farmaci via via più potenti), ritmi di somministrazione regolari e soprattutto un adattamento degli interventi personalizzato ai bisogni del singolo bambino.

L'adeguato trattamento del dolore va considerato una componente essenziale dell'assistenza medica. Permettere che una sintomatologia dolorosa prosegua senza fare ogni sforzo per alleviarla non solo è disumano, ma può influenzare l'esito della malattia. Sono stati dimostrati ritardi dello sviluppo e regressioni psicomotorie in bambini che hanno sperimentato lunghi periodi di dolore ed è per noi un impegno evitare che ciò accada.

Marina Cologna





IL TRASPORTO

Il Centro di Patologia Neonatale assicura trasporti e assistenza a tutti i neonati patologici che nascono all'ospedale S. Chiara o negli ospedali periferici di tutto il Trentino quando abbiano bisogno di trasporto al nostro Centro o per trasferimenti dal nostro Centro ad ospedali fuori provincia.

Nella maggioranza dei casi nelle altre regioni è l'ospedale periferico che si occupa del trasporto del neonato al Centro di Patologia Neonatale più vicino.

Nel nostro Centro si è iniziato a parlare di trasporto ancora negli anni 70; un ser-

vizio che inizialmente si presentava molto difficoltoso, per le mancanze di mezzi, di attrezzature adeguate, di persone specializzate. Oggi sicuramente le cose sono migliorate: si può affermare di effettuare un trasporto assistito nelle condizioni ottimali dal punto di vista organizzativo, professionale e tecnologico.

Il servizio si effettua 24 ore su 24; di questo si occupa un'infermiera professionale o vigilatrice d'infanzia affiancata sempre da un medico di reparto. Per quanto riguarda l'infermiera e il medico, si è istituito un turno di reperibilità per poter essere sempre disponibili.

L'infermiera si appresta ad effettuare un servizio di questo livello dopo una esperienza lavorativa in reparto di un certo periodo di tempo. La preparazione è minuziosa e attenta, per poter apprendere, conoscere, applicare e assicurare al neonato un'assistenza in tutta la sua globalità.

Di primaria importanza sarà la veloce e corretta valutazione dei bisogni di ogni neonato. L'operatore viene addestrato ad una sicura padronanza delle varie manovre attraverso prove simulate di trasporto in varie situazioni. Oltre alla capacità assistenziale curiamo anche una preparazione tecnica per l'utilizzo di tutte le attrezzature e i materiali.

L'équipe infermieristica è organizzata in modo che il personale di trasporto possa su chiamata essere efficiente ed autonoma in ogni momento della giornata, per effettuare un trasporto programmato o un trasporto immediato urgente.

Il servizio trasporto avviene attraverso persone e attrezzature: medico, infermiera, incubatrice da trasporto attrezzata per la rianimazione, ambulanza. La collaborazione fra medico ed infermiera è condizione indispensabile per ottenere buoni risultati assieme a capacità tecniche e conoscenze specifiche.

Linda Menghini

Nell'ambulatorio è presente un'infermiera professionale, tutti i giorni dalle ore 8.30 alle ore 16.00.

Dopo aver lavorato per molto tempo in «prima linea» (in reparto) mi sono dedicata completamente al servizio in ambulatorio neonatale.

Il lavoro mi piace e da quando siamo nella nuova sede, ho cercato di riorganizzarlo in modo più efficiente: ho cercato di fissare gli appuntamenti ogni mezz'ora, in modo che i piccoli non debbano attendere troppo il loro «turno» per essere sottoposti a visita. Per i prelievi il laboratorio centrale lascia volentieri che noi trattiamo con le vene dei piccoli.

Non mi occupo dell'assistenza ai neonati nei primi giorni di vita, ma il mio compito è di seguire «i piccoli» dopo la dimissione: cerco di abbinare le visite pediatriche con quelle neurologiche, oculistiche ed eventuali altri accertamenti, che il pediatra decide alla dimissione. Ciò non sempre è possibile, ma per il bambino e la famiglia sono assai preferibili più appuntamenti nella stessa giornata almeno per chi viene da lontano.

Il mio lavoro non è solo quello di fissare gli appuntamenti: affianco il medi-

DOPO LA DIMISSIONE, UN PUNTO DI RIFERIMENTO

L'AMBULATORIO

co nella visita dei bambini, eseguo prelievi di controllo già programmati alla dimissione o nelle visite successive, preparo le schede di ambulatorio, spiego alle madri come si devono comportare di fronte a piccoli problemi che insorgono subito dopo la dimissione dalla Patologia Neonatale e dal Nido, o di fronte a problemi di alimentazione (preparazione del latte artificiale, divezzamento).

Spesse volte i genitori mi telefonano per avere una risposta di esami effettuati o di sapere la data e l'ora del controllo: è preferibile telefonarmi al 903513 la mattina dalle ore 10.30 alle ore 12.00 (prima sono occupata nel seguire i prelievi!) o nel pomeriggio.

Partecipo a lavori di ricerca; attualmente stiamo studiando la salute dei piccoli, molto piccoli ricoverati sette anni fa, quelli con peso neonatale inferiore ai 1500 grammi.

Data la mia lunga esperienza, sono un punto di riferimento non solo per i genitori dei bambini, ma anche per i pediatri di base e per i centri specialistici di cliniche universitarie.

Spesse volte i pediatri di base mi contattano per sapere quando possono parlare con un determinato medico del Centro, oppure viceversa quando il bambino viene dimesso.

Il mio desiderio sarebbe di conoscere meglio i genitori durante la degenza del proprio figlio, in modo da creare un punto di riferimento quando il piccolo viene dimesso (quante volte arrivati a casa, i genitori non ricordano certe manualità che sono state spiegate dal pediatra: come si prepara il latte in polvere? come mi devo comportare quando ha il raffreddore?... e per tutti i bisogni che possono nascere dopo la dimissione.

Irene Gutterer

LA SEGRETERIA



Cari genitori, il mio compito non si svolge tra «incubatrici» od altri affascinanti macchinari ad alta tecnologia medica, bensì, per lo più, tra centralino telefonico e Personal Computer.

Il primo è uno strumento che consente a voi genitori la prima presa di contatto con la struttura pubblica che, nell'occasione, «ospita» quanto vi è sicuramente di più prezioso al mondo! Ritengo indispensabile adoperarmi in maniera tale che questo approccio risulti il più possibile efficiente, prezioso e rassicurante, indirizzando con prontezza le chiamate in arrivo verso l'interlocutore più adatto, per qualsiasi esigenza.

Tale funzione prosegue, e si arricchisce di maggiori contenuti umani, nel contatto diretto e personale con l'utente, le cui esigenze, specie sotto il profilo della trepidazione e partecipazione emotiva alle vicissitudini di un «bambino» appena venuto al mondo, richiedono un'attenzione davvero «speciale». Tutto questo, che gli addetti ai lavori definiscono con il termine straniero di «front-office», mi impegna notevolmente e costantemente sotto il profilo umano. Considero un obiettivo qualificante e da perseguire con tenacia, riuscire ad essere il più possibile cortese e affabile, oltreché precisa ed efficiente: un primo «volto» amico e rassicurante, insomma, non solo una semplice «rotella» dell'ingranaggio.

A questo riguardo, colgo l'occasione per invitarvi ad aiutarmi a convogliare le

richieste di consulenze mediche varie (non urgenti) in una fascia oraria (indicativamente dopo le 10.30/11.00) che trovi il personale medico libero dai compiti più urgenti.

Ma i miei compiti non finiscono qui: da alcuni anni, particolare risalto viene dato, nella nostra struttura, alla formazione di una «banca dati» quanto più possibile cospicua, precisa, attendibile: se le «incubatrici» custodiscono inizialmente le trepidanti esistenze dei vostri bambini, i Personal Computer si avviano ad essere i depositari della «memoria storica» di queste «battaglie» contro le prime difficoltà della vita.

Questo lavoro di elaborazione, ordinamento e archiviazione di dati, che sintetizza e trasferisce su supporto magnetico il lavoro instancabile di ricerca, osservazione e studio di tutto il personale medico ed infermieristico, sarà, negli anni, uno strumento prezioso e insostituibile per la verifica della qualità delle cure prestate.

Come spero apparirà evidente da queste note, il «lavoro» di una segretaria di reparto ospedaliero, per il quale sembra non esistere un'adeguata formazione preparatoria, (a differenza del personale medico e infermieristico vero e proprio), non è affatto semplice né superficiale in quanto deve adeguarsi ad un linguaggio medico, favorire l'integrazione con i vari servizi e le relazioni con le persone che vi lavorano, anche del territorio, che fanno parte di un unico insieme: il servizio sanitario.

Liliana Iseppi

L'ASSIS

Il personale infermieristico del reparto di Patologia Neonatale, in collaborazione con i medici, si occupa di una particolare fase dell'assistenza del neonato dimesso a domicilio con patologie croniche.

In questi ultimi anni, quando un bambino necessita di cure che dovranno essere protratte per lungo tempo, si prospetta ai genitori la possibilità di una dimissione, affidando a loro l'assistenza diretta e assicurando tutto il necessario appoggio sia dal punto di vista pratico che morale.

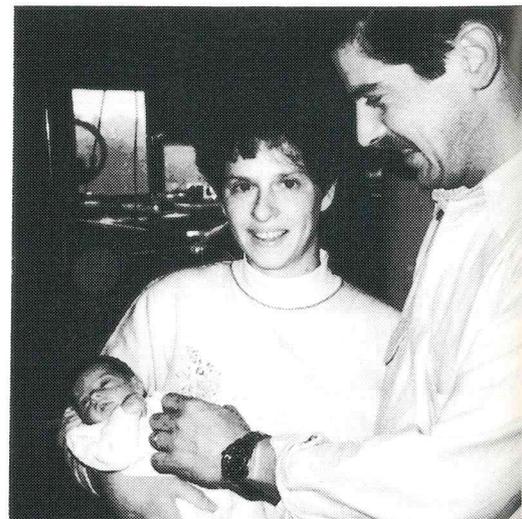
Questi casi sono abbastanza rari, circa uno-due all'anno.

La terapia domiciliare è rivolta:

- ai bambini con *broncodisplasia* (è una patologia che comporta una difficoltà respiratoria cronica con necessità di terapia con ossigeno);
- a bambini con *seri problemi di alimentazione* per cui si rende necessario l'uso di un sondino gastrico per la somministrazione degli alimenti;
- a bambini ai quali si deve mantenere *un catetere venoso* per praticare terapie farmacologiche e/o nutritive.

La dimissione di questi bambini comporta dei vantaggi sia pratici che psicologici.

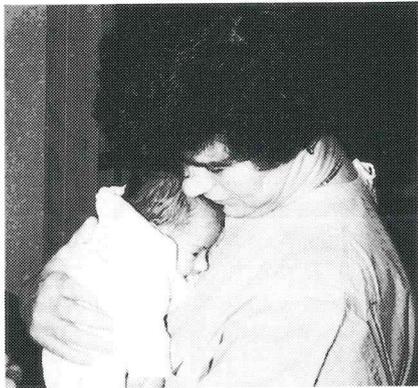
Non vi sono dubbi sul fatto che il processo di legame tra genitori e neonato ne risenta positivamente; spesso le famiglie affermano di sentire il bambino come «proprio», solo quando hanno potuto portarlo a casa; inoltre nell'ambiente familiare ricco di stimoli il bambino progredisce dal punto di vista evolutivo e della interazione sociale.



TENZA DOMICILIARE

Prima di procedere alla dimissione vengono individuati all'interno del reparto il medico e l'infermiera che si occuperanno di:

- preparare i genitori, addestrandoli all'esecuzione di alcune tecniche, aiutandoli a porre domande e a manifestare i loro dubbi;
- instaurare i rapporti con i servizi di assistenza territoriale;
- seguire il bambino a casa con visite periodiche e telefonate; (generalmente queste visite avvengono al di fuori dell'orario di servizio, grazie alla disponibilità volontaria del medico e dell'infermiera).



Ancora in ospedale i genitori familiarizzano con l'esecuzione di alcune tecniche assistenziali, e questa fase è molto importante per la buona riuscita del programma di assistenza a domicilio.

La fase di addestramento comprende i seguenti aspetti:

- la capacità di valutare le condizioni di salute del bambino: il suo aspetto, la respirazione, la crescita;

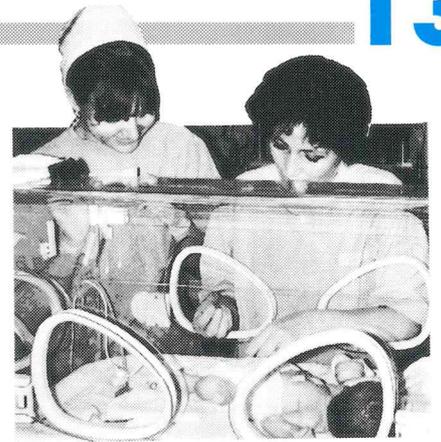
- l'esecuzione delle necessarie manovre assistenziali;
- l'utilizzo di alcune apparecchiature affidate;
- la capacità di un primo intervento in caso di emergenza.

I genitori a fianco dell'infermiera provano gradualmente ad eseguire in prima persona alcune manovre, come l'aspirazione delle secrezioni, usando l'aspiratore, prendono confidenza con l'uso dell'erogatore di ossigeno o imparano a somministrare i pasti mediante il sondino.

Il medico e l'infermiera, che si sono presi cura del caso, prendono i primi contatti con i servizi sanitari di base della zona di residenza del bambino.

Gli operatori del territorio che vengono coinvolti sono:

1. il pediatra di base, che viene invitato in reparto perché possa conoscere il bambino con tutte le sue necessità ed i suoi genitori;
2. il responsabile del servizio di base che coordina l'attività di vari operatori;
3. le infermiere del servizio di base (anche queste vengono invitate in reparto perché possano conoscere il bambino e i genitori e possano apprendere le specifiche necessità assistenziali);
4. la fisioterapista (se necessario);
5. la psicologa infantile;
6. l'assistente sociale, la quale può aiutare i genitori a risolvere alcuni problemi, per esempio insegnando l'iter burocratico per l'approvvigionamento di materiale sanitario, o per ottenere aiuti economici per affrontare disagi; può portarli a conoscenza di norme legislative inerenti alla loro situazione; inol-



tre può attivare l'assistenza domiciliare inviando a domicilio una persona che aiuta nei vari lavori.

Un ultimo passo che precede la dimissione consiste nella valutazione della situazione domestica. Il medico e l'infermiera si recano a domicilio con i genitori e confermano l'idoneità dell'ambiente; studiano assieme le soluzioni per la sistemazione del bambino e delle apparecchiature, perché tutto sia il più funzionale possibile; quando è necessario, predispongono gli apparecchi e controllano il loro funzionamento.

A dimissione avvenuta, quando il bambino è a casa, vengono fatte delle visite periodiche o su richiesta dei genitori per controllare lo stato di salute del bambino, le apparecchiature e per affrontare eventuali problemi insorti. I genitori possono telefonare per qualsiasi necessità. Vengono mantenuti i contatti con gli operatori esterni dapprima in modo più intenso e successivamente meno frequente, in seguito all'autonomia che viene acquisita da questi.

Talvolta avvengono dei rientri in ospedale di questi bambini per controlli più approfonditi, per cui il reparto garantisce la piena disponibilità.

I genitori sanno di poter contare su degli alleati che affronteranno i problemi assieme a loro.

Ornella Moranduzzo

Una simpatica madre ladina ricorda come suo figlio non poteva volare, come avrebbe voluto: ora però è in piena forma, come ci documenta la splendida foto.

Ge siere schechel spotz che d'aisuda volea sgoler fora de coa, ma l'era masa fiegol, e te coa el cognea sin ster ...

(Io ero come un passerotto che in primavera voleva volare, ma era troppo debole, e così nel nido doveva rimanere...)



ASSEMBLEA ANNUALE DEL 19 DICEMBRE 1992

LA RELAZIONE DEL PRESIDENTE (1991-92)

L'Associazione, nell'anno trascorso, ha continuato a manifestare la sua vitalità. È essenziale, per chi lavora in un settore così fortemente tecnico e così profondamente umano, avere l'appoggio morale e concreto di chi fruisce dei servizi.

Il consenso può essere dato secondo due modalità («Bambini sani e felici», pag. 141).

1. Secondo la modalità dell'AVERE si dà un consenso al fine ultimo di avere vantaggi diretti e concreti. Diverse Associazioni sono costituite da soci che aderiscono per trarre benefici: questo succede di regola per le Associazioni tra ammalati di malattie di importanza sociale (diabetici, nefropatici,...). I genitori dei neonati patologici, no.

E talora sono anche i promotori di Associazioni che si avvantaggiano dei consensi. Vantaggi materiali per noi, no.

Secondo la modalità dell'APPARIRE (molto vicina a quella dell'Avere) un'Associazione può dare prestigio a chi la organizza. Il prestigio non deve essere mai un obiettivo; viene, eventualmente, come conseguenza di un lavoro svolto. Né l'Avere né l'Apparire sono tra gli obiettivi della nostra Associazione.

2. Secondo la modalità dell'ESSERE, il consenso viene invece dal dialogo, dalla comprensione, dalla consapevolezza dell'importanza dell'argomento, dal bisogno di essere informati.

I nostri amici genitori vivono con noi i nostri problemi, anche dopo la dimissione del figlio; partecipano a quel movimento di idee che più volte abbiamo chiamato «cultura del neonato» (vedi a pagina 3).

Nell'anno trascorso, il primo dopo il faticato trasferimento al S. Chiara, i legami con i genitori sono stati ancora più forti. Molti genitori ci sono stati vicini nelle difficoltà legate alla presenza di troppo scarso personale infermieristico (vedi Neonatologia Trentina, giugno 1992). Diamo atto alla Direzione Sanitaria di avere risolto positivamente il problema, anche se è stato penalizzato – speriamo temporaneamente – il Nido. Diamo atto alle infermiere e alle puericultrici del Nido di aver lavorato bene e in modo costruttivo, malgrado le difficoltà.

I genitori sono stati anche protagonisti del numero di dicembre 1992 di Neonatologia Trentina, un numero dedicato ai neonati di peso molto basso (meno di

1500 grammi): nel giornale sono state raccolte molte loro testimonianze.

L'Associazione ha edito, tra l'altro, un nuovo opuscolo informativo dedicato «ai giovani, ai futuri sposi, ai futuri genitori», per migliorare la prevenzione pre-concezionale (vedi pag. 15 di questo numero).

L'Associazione ha diffuso il libro «BAMBINI SANI E FELICI» tra i genitori che ne hanno fatta richiesta e partecipa con fondi propri alla realizzazione della nuova edizione del libro «IL NEONATO TRENINO - 1989-1993», che sarà pubblicato a fine anno 1993.

Per il 1993 sono in programma tre numeri di NEONATOLOGIA TRENINO.

L'AGGIORNAMENTO del personale è sempre stato favorito dai fondi dell'Associazione e così la RICERCA (ricordo che l'Associazione finanzia, tra l'altro, le ricerche epidemiologiche e quella sui controlli a distanza di sette anni): insomma, se non ci fosse la nostra Associazione, bisognerebbe inventarla. Senza un appoggio esterno convinto e costruttivo non sarebbe possibile raggiungere quei risultati che, con la massima trasparenza, riusciamo a documentare.

UN COMMENTO AL BILANCIO 1990-91 E 1991-92

Durante l'Assemblea annuale del 19 dicembre 1992 è stato richiesto un più dettagliato resoconto dell'impegno finanziario, in particolare per i contributi versati dagli Amici.

Anzitutto preme rilevare come i contributi siano di due provenienze: una – per noi la più significativa – da parte dei nostri «Amici» e un'altra costituita da donazioni da parte di «Enti diversi» (banche, ditte,...; ricordiamo che la Cassa di Risparmio ci versa contributi annuali di cinque milioni).

Le Entrate «Enti» (oltre 10 milioni all'anno) sono destinate all'organizzazione del reparto (acquisto di materiale, compu-

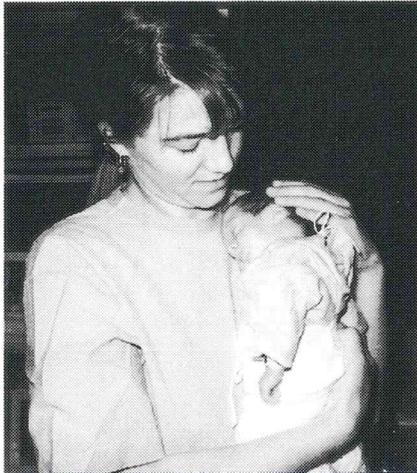
ter,...) e al servizio di segreteria, all'acquisto di libri e di riviste importanti per la nostra biblioteca, all'invio di medici ed infermiere a importanti convegni di aggiornamento ed anche alla stampa e diffusione del nostro giornale.

Le Entrate «Amici» nel biennio 1990-92 sono state di L. 6.440.000.

Come sono state spese? Per risolvere problemi di umanizzazione e di educazione sanitaria, integrando comunque quanto mancava con le entrate da altre fonti. Basti pensare che la sola spesa per la stampa di opuscoli di informazioni per i genitori, in particolare quella relativa al fascicolo su «IL NEONATO TRENINO» (capillarmente diffuso in tutta Italia), è

stata superiore a dieci milioni nel biennio; che l'iniziativa di inviare la foto Polaroid alla madre lontana è stata superiore a L. 2.100.000; che le spese sostenute per inviare infermiere a convegni o incontri di aggiornamento ha superato L. 2.200.000; libri e abbonamenti hanno impegnato circa 5 milioni....

Tutti soldi spesi bene? I genitori ne debbono essere convinti. Il bilancio 1992-1993 sarà ancora più trasparente: il nostro «cassiere», il dott. Stabile, se ne fa garante. E noi lo ringraziamo per la meticolosità con cui registra tutto. È dovere nostro spendere nel modo più razionale e mirato quanto genitori ed amici ci offrono per scopi ben precisi.



UN SENTITISSIMO GRAZIE PER I CONTINUI CONTRIBUTI DI TANTI AMICI

Non sempre riusciamo a ringraziare personalmente e singolarmente gli Amici che ci testimoniano la loro solidarietà. Assicuriamo che tutti i contributi degli Amici sono destinati a migliorare l'attività del reparto sui fronti dell'umanizzazione, dell'educazione sanitaria, dell'aggiornamento, dell'efficienza.

Riportiamo un elenco delle persone che negli ultimi mesi (1.6.92-1.4.93) ci hanno aiutato in modo concreto:

Imoscopi-Revolti, Rosa Antonietta Vasone, Michele Cavallo, Verena Carini, Stefania Roccabruna, Davide Caset, Claudio Chiomento, Chiari, Fabbri, Chiara Orsi, Stefano Codroico, Francesca Pallanch, Aldo Foti e Sonia Berlanda, Giorgio Tonini, Annamaria Ferretti e Zeni, Dellantonio-Vecchi, Giongo, Elisa Zeni, Pegoretti, dr. Sergio Azzolini, Giampaolo Mezzanotte, Mattia Casile, Mauro Poli, Lionello Magnani, Lino Stefani, Elisabetta Biasiol, Marco Bazzanella, Giancarlo Zuech, Cinzia Smadelli, Ivano Verra, Fabiano Prosser, Isabella Nardon, Roberto Gallina, Emma Oss Emer, Sergio Brigadoi, Corrado Rigo, Alberto Albertini, Caludio Candioli, Gianfranco Cerea, Elisabetta Barozzi, Adriano Odorizzi, Gloria Lazerri, Giovanni Gentilini, M.Teresa Caliciotti, Luigi Tarter, Fabio Maltussi, Stefania Roccabruna, Chiara Barzoi, Franco Marzatico, Gino Comandella, Arrigo Spagnola, Mario Corradi, Vittorio Olivotto, Marco Pedron, Giovanni Martini, Cristina Sperotto, Olivo Zeni, Bruno Puel, Renzo Beozzo, Michele Gaigher, Sergio Antonelli, Annalisa Pedrolli, Luigi Amistadi, Arciso Zanetti, Ferdinando Polito, Virginia Pallaver, Giulio Reversi, Sandro Broseghini, Giuseppe Zanetti, Antonello Toni, Orazio e Lucia Angeli, Jacopo Pross, Humana Italia Spa, Bernardelli, Gabriella Bona, Daniel Geiser, Daniele Braitto, Giovanni Cumer, Arturo Boninsegna, Paolo Bortolotti, Lucia De Nisi, Marco Cozzio, Sara Brugnara, Fabio Pacini, Silvia Bachelet, Adolfo Banovich, Bruno Canzano, Enrica Giudici, Gianpiero Chiusole, Barbara Pace, Sergio Caracciolo, Fabio Pacini, Maurizio Merler, Elena Castellani, Angelo Valentini, Gaia Samanni, Adriana Broz, Samuele Garzoni, Gianni Ciaghi, Mario De Nisi.

UN NUOVO FASCICOLO SULLA PREVENZIONE LA PREVENZIONE, QUANDO DEVE COMINCIARE?

Non occorre parlare ancor una volta dell'importanza della «prevenzione»: si sa che la prevenzione è intelligente e redditizia. Merita rileggersi almeno le prime pagine del capitolo 2. del libro «Bambini sani e felici», dedicate appunto all'ABC DELLA PREVENZIONE.

Non vi sono dubbi sul fatto che la prevenzione deve essere attuata il più presto possibile. Prima della nascita sono organizzati in molte zone del Trentino dei Corsi di preparazione: essi dovrebbero essere addirittura «obbligatori» (almeno moralmente, almeno per chi attende il primo figlio). Non c'è solo da imparare come entrare ed uscire, meglio che è possibile, dalla sala parto; c'è soprattutto da aggiornarsi su quanto occorre sapere per «essere genitore».

to recentemente dalla nostra Associazione: «IL PUNTO DI VISTA DEL VOSTRO FUTURO FIGLIO».

L'occasione è stata offerta dal fatto che il Comune di Trento (Assessorato alle Attività sociali) ha organizzato nelle varie Circoscrizioni degli incontri sul tema «FAMIGLIE IN FORMAZIONE», nell'ambito di un «Progetto di prevenzione giovanile». In essi parla il sessuologo, il ginecologo, l'avvocato, lo psicologo, ed è stato riservato un posto anche al pediatra. Bene. È sempre importante riuscire ad estendere quella che, a pagina 3, abbiamo chiamata «cultura del bambino».

Il fascicolo di 64 pagine, come tutti i fascicoli editi dall'Associazione, può essere richiesto direttamente da chiunque abbia interesse ad averlo e sarà inviato gratuitamente a domicilio.



In particolare occorre che i genitori siano informati sui principi basilari della PREVENZIONE e del COMPORTAMENTO. Il libro «Bambini sani e felici» si consegna e si commenta nel modo migliore proprio nei Corsi di preparazione alla nascita.

Eppure qualche volta è già tardi per un efficace prevenzione (dell'aborto, delle malformazioni, in particolare). Certe idee dovrebbero essere state approfondite ancor prima del concepimento. Per questo bisognerebbe parlare di «prevenzione» ancora prima del matrimonio, bisognerebbe che i giovani, i futuri sposi, i futuri genitori studiassero almeno qualche elemento di «prevenzione» e di «comportamento».

Ad essi è rivolto il nuovo fascicolo edi-

PUBBLICAZIONI DISPONIBILI
A RICHIESTA:

IL NEONATO TRENTO (1979-1988)

- Dati e commenti (64 pag., 1991)

1. **Il punto di vista del vostro futuro figlio** (64 pag., 1993)
2. **Informazioni e consigli per i genitori dei neonati ricoverati** (16 pag., 9. ediz., 1991)
3. **Consigli pratici di alimentazione e assistenza nei primi mesi di vita** (16 pag., 13. ediz, 1993)
4. **L'ABC dell'alimentazione** (16 pag, 1988, in esaurimento)
5. **Un'alimentazione sana e serena nella scuola materna** (40 pag, 2. ediz., 1989)

NUOVA EDIZIONE 1993 DEL LIBRO «BAMBINI SANI E FELICI»

Nel mese di maggio 1993 per conto dell'Assessorato provinciale alla Sanità sarà pubblicata un'edizione aggiornata fuori commercio del libro «BAMBINI SANI E FELICI».

Sono disponibili un certo numero di copie per i nostri Amici che ne faranno richiesta scritta o telefonica (903512, in orario di segreteria).

NOTIZIE DAL REPARTO

8 MARZO 1993 - UNA SIMPATICA «FESTA DELLA DONNA» - Ci siamo ritrovati in tanti (oltre quaranta persone) presso l'Albergo Margherita di Tenna per festeggiare, in particolare, le infermiere, le ausiliarie, le dottoresse (senza dimenticare della segretaria): abbiamo messo in evidenza tutto quanto è successo negli ultimi vent'anni, dando i meriti dovuti alle infermiere, alla loro disponibilità, alla loro buona volontà.

Si sono festeggiate le nuove «dottoresse» che sono state recentemente assunte nel nostro Centro: la dott. Valente, la dott. Vitorangeli, la dott. Acler, la dott. Pedrotti.

4 APRILE 1993 - CONVEGNO TRIVENETO DI NEONATOLOGIA AD ABANO - Abbiamo attivamente partecipato ad un Convegno Triveneto in cui sono state messe in evidenza le diverse realtà organizzative regionali nell'assistenza ai neonati di peso molto basso.

Il Triveneto, nel complesso, offre i dati migliori a livello nazionale per quanto riguarda la mortalità del primo anno di vita (siamo arrivati negli ultimi tre anni a scendere sotto il 5 per mille nel Trentino e nel Friuli-Venezia Giulia, un risultato eccezionalmente buono).

8 MAGGIO 1993 - ROVERETO - CONVEGNO DI AGGIORNAMENTO OSTETRICO-NEONATOLOGICO DEL TRENTINO-ALTO ADIGE - Ogni sei mesi viene organizzato un incontro-confronto tra ostetrici e pediatri delle due province. Questo sarà dedicato ad un aggiornamento sulle metodiche di assistenza in sala parto e sul trasporto «in utero».

12-15 MAGGIO 1993 - 2. CONGRESSO NAZIONALE DI AGGIORNAMENTO PER IL PERSONALE INFERMIERISTICO DI NEONATOLOGIA - Parteciperanno diverse nostre infermiere, con comunicazioni di lavori eseguiti. Ad una tavola rotonda sui rapporti tra infermiere e genitori di neonati malformati parteciperà la nostra caposala.

CONTIENE I.P.



Periodico trimestrale dell'ACIT - Amici della neonatologia

NEONATOLOGIA TRENTINA
 Periodico trimestrale degli AMICI DELLA NEONATOLOGIA TRENTINA, Largo Medaglie d'Oro, 1, 38100 TRENTO - Tel. (0461) 903512 - Fax 903505.
 Autorizz. del Tribunale di Trento n. 628 del 25.2.89.
 Spedizione in abb. postale gr. IV - 70%

Direttore: Dino Pedrotti

Vice direttore: Giuseppe De Nisi

Direttore responsabile: Danilo Fenner

Comitato di redazione: Marco Angeli, Irene Gutterer, Loretta Ghersini, Antonio Mazza, Linda Meneghini, Roberta Molinari, Ornella Moranduzzo, Erina Reversi.

Stampa: Alcione - Trento



Il signor Paolo Ronch dell'agenzia pubblicitaria APR&B ci ha fatto il gentile omaggio di predisporre un simpatico «marchio» della Neonatologia Trentina. Vi si può immaginare una simbolica marcia di tre neonati verso un futuro di piena salute...
 Gli adesivi sono disponibili a richiesta.

UN APPELLO AI NOSTRI «AMICI»: UTILIZZATE IL c/c/p 13205380

Tutti i contributi dei nostri «Amici» sono utilizzati per migliorare l'organizzazione e la cultura attorno all'evento nascita. Come abbiamo segnalato anche nell'ultimo numero, i bisogni sono numerosi.

Due le possibilità di versamento:

- recandosi all'Ufficio postale, sul **c/c/postale 13205380** (bollettino allegato)
- recandosi in qualsiasi Banca, sul **c/c 10768/0** della Cassa di Risparmio di Trento e Rovereto - Sede Centrale.

Ricordiamo il Codice Fiscale dell'Associazione: 96009010222.

Grazie, grazie da parte nostra e da parte dei nostri piccoli ospiti!

VOLETE RICEVERE ANCORA «NT»?

I costi di spedizione sono sempre più elevati, i nostri Amici sempre più numerosi: e così è indispensabile - dopo quattro anni - rivedere il nostro indirizzario.

Sarà assicurato l'invio a medici e infermiere che già lo ricevono, alle famiglie di nati ad alto rischio (per i primi due anni), a chi ha inviato contributi finanziari.

Se altri desiderano continuare a ricevere il giornale sono pregati di scrivercelo o di ritagliare e rispediti il foglietto compilato in modo ben leggibile.

Speditelo a «Neonatologia Trentina» - Ospedale S. Chiara - 38100 - Trento.

Grazie.

Sì, desidero continuare a ricevere il giornale «NT»

Cognome, nome

Indirizzo postale