

NT Neonatologia Trentina

Periodico trimestrale dell'ANT - Amici della neonatologia
Spedizione in abbonamento postale - Pubblicità inferiore al 50%

Se ne parla sabato 12 marzo ore 16, al Centro Culturale S. Chiara di Trento

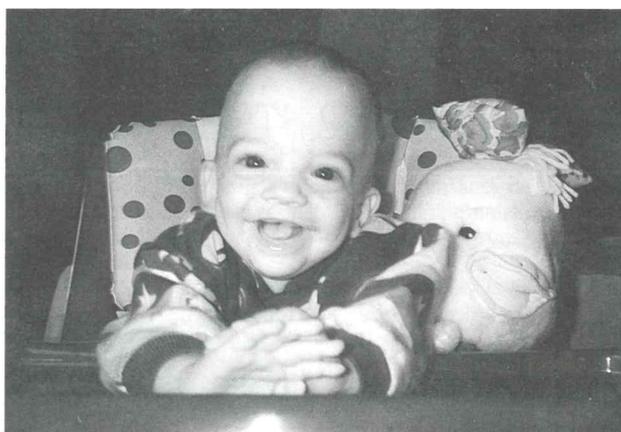
I DIRITTI DI TUTTI I BAMBINI DEL MONDO

È una rivoluzione copernicana che sta cambiando il mondo, ma di essa si parla troppo poco. Un figlio, da Adamo ed Eva fino ai nostri nonni, è sempre stato considerato dai genitori e dalla società come una indiscussa proprietà, sulla quale i genitori stessi avevano ovvii diritti: era sangue del loro sangue, generato e allevato da loro, per cui erano d'obbligo la totale riconoscenza e la più assoluta obbedienza. Erano i genitori a fare le scelte di lavoro e di studio, e magari anche di matrimonio. Il figlio era spesso zittito perché «non capiva niente», era spesso offeso e maltrattato «per il suo bene».

Il figlio era un «oggetto», un avere, un possesso di cui i genitori andavano fieri (se rispondeva alle loro aspettative); oppure era rifiutato (se era handicappato era messo in istituto, se era «cattivo» era cacciato e maledetto).

«Neonatologia Trentina» del settembre 1989 ha già descritto «**la storia dal punto di vista del neonato**» a duecento anni dalla Rivoluzione francese, e ha commentato i fatti con una favola vera: «C'era una volta il Re» che aveva ogni diritto sui cittadini (fino a 200 anni fa), ma poi c'erano i padroni (fino a 150 anni fa), i maschi (fino a un centinaio di anni fa), gli insegnanti (fino al 1968), c'erano tante tante persone che credevano di avere diritti indiscutibili sui più deboli.

Una serie di rivoluzioni sociali, almeno in teoria, ha tolto quasi tutti i



diritti dei «grandi» e dei «forti» e li ha riconosciuti ai più deboli, anche al malato, anche al bambino, anche al neonato.

I neonati sono certamente gli ultimi degli ultimi, i più deboli tra i deboli. Non faranno nessuna rivoluzione nelle piazze. Attendono che una decisiva rivoluzione avvenga nelle nostre teste e nei nostri cuori; attendono una nostra conversione a 180 gradi, attendono di essere considerati non più come un AVERE, non più oggetti, possesso, proprietà, ma come un ESSERE, come persone importanti, interlocutori di un dialogo, protagonisti della

Come già comunicato (NT dicembre 1993), l'Assemblea annuale della nostra Associazione si terrà prima dell'incontro di SABATO 12 MARZO, alle ore 15, nella stessa Sala 3 del Centro Culturale S. Chiara (vedi pag. 12).

loro vita (Bambini sani e felici, pag. 160).

Intanto è già avvenuto qualcosa di eccezionale: la Comunità internazionale nel 1989 e il Parlamento italiano nel 1991 hanno riconosciuto la **Convenzione Internazionale dei Diritti dell'Infanzia** (Bambini sani e felici, pag. 191), i diritti dei bambini nei confronti dei loro genitori e della comunità in cui vivono. Non esiste una Carta dei diritti dei genitori, come pensavano i nostri antenati (un unico

diritto è riconosciuto alla madre nei primi mesi di gravidanza, quando può scegliere se eliminare o meno il figlio).

Se ci pensiamo bene – ma non è facile farlo – il neonato rappresenta l'unità più elementare dell'«essere uomo». Molte persone di buona volontà vorrebbero oggi cambiare questo mondo, sostituendo la cultura dell'Avverire con quella dell'Essere, garantendo effettivamente i diritti a tutti i cittadini, ai lavoratori, alle donne, ai negri, agli studenti, ai malati,..... Ma il primo passo lo compiremo se avremo ben chiari i **diritti dell'essere più elementare, il bambino, il neonato.**

Su questi argomenti si parlerà a Trento sabato 12 marzo: siamo tutti invitati a partecipare ad un interessante incontro organizzato dalla nostra Associazione e dall'UNICEF proprio per la difesa dei diritti dell'infanzia.

La battaglia di ostetrici e pediatri contro la mortalità infantile

IL DIRITTO DEL NEONATO ALLA VITA E AL BENESSERE

Ogni bambino ha **diritto innato alla vita**; ha **diritto al godimento dei più alti livelli raggiungibili di salute fisica e mentale**: gli stati devono prendere misure appropriate per

- a) **ridurre il tasso di mortalità neonatale e infantile**;
- b) **garantire a tutti i bambini la ne-**

cessaria assistenza e cure mediche;

- c) **combattere le malattie e la malnutrizione**;
- d) **garantire appropriate cure mediche alla madre in gravidanza**;
- e) **garantire che tutti, in particolare genitori e fanciulli, siano informati sull'uso delle conoscenze di**

base circa la salute e la nutrizione infantile, i vantaggi dell'allattamento materno, l'igiene personale e ambientale, la prevenzione degli incidenti.

(artt. 3 e 24 della Convenzione Internazionale dei Diritti dell'Infanzia, O.N.U., 20.11.1989; D.L. 27.5.1991, n176)

La mortalità nel primo anno di vita («mortalità infantile») è attualmente considerata uno dei più affidabili indicatori del livello di civiltà di un popolo e del livello a cui è giunta l'assistenza medica.

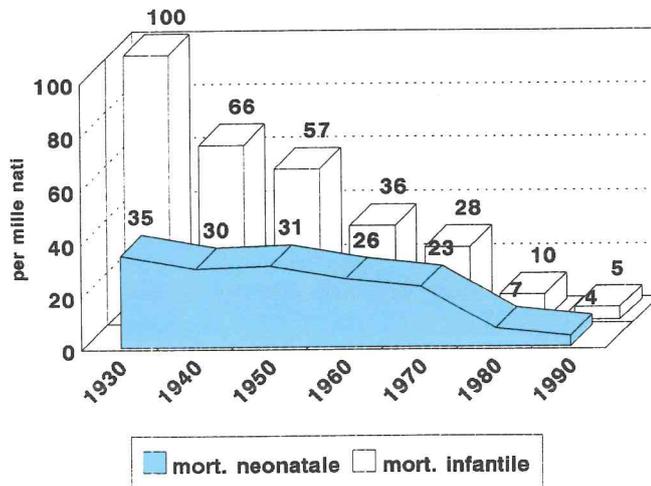
Nel mondo il tasso di mortalità infantile varia da oltre 150 decessi ogni 1000 nascite (Mozambico, Angola, Afghanistan, ...) a meno di 5 per mille (Giappone, 4.4 nel 1991, seguito da Finlandia col 5.6 e Svezia col 6.2).

E noi, concretamente, come garantiamo il «diritto alla vita» ai neonati trentini? La mortalità del primo anno di vita, come si vede dal primo grafico, è crollata nettamente dai 100 bambini su 1000 che morivano nel 1930 ai 10 bambini su 1000 del 1980 e ai 5 bambini su 1000 che sono morti nell'ultimo quinquennio. Siamo arrivati quindi a livelli «giapponesi»!

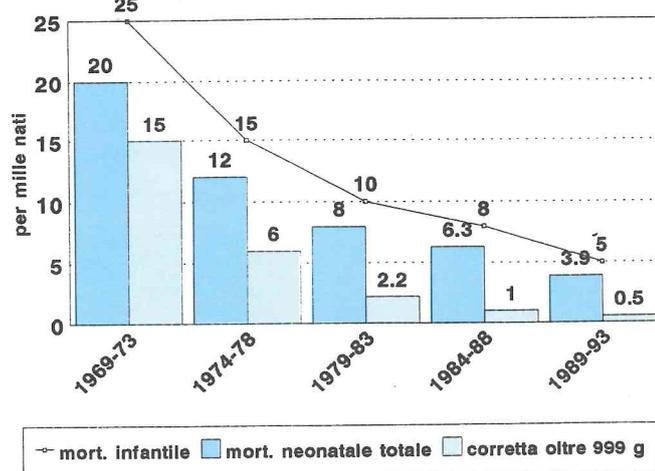
È interessante vedere come la mortalità nel primo mese di vita («mortalità neonatale») sia scesa molto lentamente tra il 1930 e il 1970, dal 35% al 23%; il crollo della mortalità infantile in quei quarant'anni si è registrato per i bambini con più di un mese di vita, per le migliorate condizioni igieniche e sociali, per la disponibilità di antibiotici e vaccini. La mortalità del primo mese di vita costituiva appena un terzo del totale nel 1930.

Dal 1970 in poi il 75-80% di tutta la mortalità infantile è stata invece a carico della mortalità neonatale. Certamente la netta riduzione dei dati negli ultimi trent'anni è dovuta alle cure e all'organizzazione di una moderna Ostetricia e di una nuova superspecialità pediatrica, la Neonatologia. Il no-

MORTALITÀ NEONATALE e INFANTILE
VARIAZIONI DECENNALI IN TRENTINO



MORTALITÀ NEONATALE IN TRENTINO
VARIAZIONI QUINQUENNALI



stro Centro di Neonatologia ha appunto 25 anni.

I numeri sono evidenti. Tra il 1970 e l'80 la mortalità neonatale si è ridotta di ben tre volte e tra l'80 e il 90 di altre due volte, fino al 4.2 per mille. Concretamente questo significa che nel 1990 sono morti meno di 20 neonati sui 4300 nati in tutta la provincia.

Nel secondo grafico è messo in evidenza il fenomeno negli ultimi 25 anni, quinquennio per quinquennio.

1. La mortalità infantile totale è scesa dal 25 per mille al 5 per mille.
2. La mortalità neonatale è scesa in modo corrispondente dal 20 per mille al 4 per mille.
3. Ma quello che più conta è togliere da questa cifra i neonati per i quali può essere più giustificato il decesso, quelli di peso inferiore a 1000 grammi e quelli con gravi anomalie alla nascita (costituivano il 5-6 per mille tra il 1973 e il 1988 e sono ora ridotti a meno del 4 per mille nell'ultimo quinquennio).

Nella seconda colonna restano così evidenziati solo i neonati per i quali vorremmo poter azzerare il rischio di morte, quelli di **almeno 1 Kg senza malformazioni** («mortalità corretta»): è con viva soddisfazione che possiamo affermare di aver portato questa categoria ai livelli più bassi possibili, difficilmente migliorabili, a due casi all'anno in tutta la provincia nell'ultimo quinquennio, corrispondenti appunto allo **0.5 per mille**,

- trenta volte meno rispetto al 1970,
- dieci volte meno rispetto al 1975,
- quattro volte meno rispetto al 1985,
- due volte meno rispetto al quinquennio precedente.

MORTALITÀ INFANTILE (decessi per 1000 nati «residenti»)

DATI INTERNAZIONALI (O.M.S., 1991)

GIAPPONE	4.4	(4.6)
Finlandia	5.6	(6.1)
Svezia	6.2	(5.6)
Norvegia	6.2	(7.8)
Canada	6.4	(6.8)
Olanda	6.5	(7.1)
Svizzera	6.8	(6.8)
Germania	6.9	(7.5)
Australia	7.1	(8.2)
Francia	7.2	(7.3)
Gran Bretagna	7.4	(7.9)
Danimarca	7.5	(7.5)
Austria	7.5	(7.7)
Spagna	7.7	(7.7)
Irlanda	8.2	(8.2)
Grecia	8.2	(9.7)
ITALIA	8.4	(8.5)
Belgio	8.4	(7.9)
USA	8.9	(9.1)

DATI REGIONALI ITALIANI (ISTAT, 1991)

TRENTO	4.1	(5.2)
FRIULI V.G.	4.5	(4.0)
VENETO	5.1	(5.7)
BOLZANO	5.7	(7.4)
Emilia	5.8	(6.9)
Toscana	6.3	(6.1)
Liguria	6.3	(7.2)
Marche	6.4	(7.6)
Lombardia	6.7	(6.9)
Piemonte	7.0	(6.5)
Sardegna	7.4	(8.3)
Lazio	7.9	(7.3)
Umbria	8.1	(7.9)
Abruzzo	8.9	(8.3)
Puglia	9.4	(10.0)
Molise	10.3	(7.8)
Sicilia	10.9	(10.2)
Campania	11.1	(10.4)
Basilicata	11.5	(10.8)

NOTE SUI DATI REGIONALI ITALIANI

L'indice ufficiale (ISTAT) di mortalità infantile è «per residenti»: vi figurano quindi anche i neonati deceduti fuori dalla provincia di nascita.

Tra parentesi sono segnati i dati del 1990. La Val d'Aosta con superficie e popolazione bassissime (900 nati/anno, 1 sola sala parto), non confrontabile con altri, ha avuto pure ottimi dati: 6.1 per mille nel 1990 e 3.1 nel 1991.

Il Triveneto presenta nel complesso i dati più positivi, a livello dei migliori dati mondiali; questo è un indicatore molto importante di un'efficiente organizzazione di cure e di un elevato livello socio-economico dell'area.

Vi sono ovviamente variazioni annuali tra le province, per cui nel 1990 la mortalità più

ridotta si aveva nel Friuli V.G.. Nel 1992 il Trentino, pur non avendo registrato nessun decesso di neonato sopra i 1000 grammi senza malformazioni (vedi pag. 4), ha «peggiolato» nella graduatoria (5.9 per mille, di cui 3.6 nel primo mese di vita), dato l'elevato numero di neonati deceduti sotto i 750 grammi (ben 12) e di bambini oltre il mese di vita. Invece la mortalità infantile dell'Alto Adige è scesa al 4.8 per mille.

Nel 1993 la mortalità neonatale del Trentino si è nettamente ridotta al 2.8 per mille (12 neonati, in tutto); quella a 12 mesi per ora si può solo «stimare» inferiore al 4 per mille. Il che porta la media quinquennale 1989-93 esattamente al 5.0 per mille.



DIRITTO NON SOLO ALLA VITA MA ANCHE DIRITTO ALLA MASSIMA SALUTE

I neonati hanno diritto ad avere delle cure tecnicamente all'avanguardia, per garantire il diritto non solo alla vita, ma anche ad una buona «qualità di vita». Gli ultimi tre numeri di «Neonatologia trentina» sono stati dedicati ai neonati molto molto piccoli, all'assistenza infermieristica e ai controlli neurologici a distanza (follow-up).

Abbiamo visto che esiti molto gravi sono molto limitati (meno di 1 su 1000 nati; il 2-3% dei nati sotto i 1500 grammi) e addirittura in diminuzione, malgrado l'aumento di sopravvivenza di neonati sempre più piccoli.

1989-1993 - Non solo numeri

PER NOI OGNI NEONATO DECEDUTO HA ANCHE UN NOME

Per lo statistico un neonato deceduto corrisponde ad uno 0.25 per mille di aumento del tasso di mortalità; ma per un genitore rappresenta la perdita del 100 per cento di tutte le sue aspettative.

La morte di un neonato è un insuccesso amaro anche per il medico e le infermiere che lo hanno curato. Vorremmo ricordare i nostri insuccessi non solo con dei «numeri», ma col nome delle «persone» che abbiamo curato, un nome anche per Ilaria di 280 grammi o per Alberto di 370 grammi.

I genitori, i cittadini, i politici devono capire che il nostro mestiere è fatto anche di insuccessi, di morti. Ovviamente, non sempre abbiamo potuto assicurare la vita ad ogni bambino. Ed anche un solo neonato che muore deve obbligarci ad un pensiero di umiltà. E a ripensare alle strategie necessarie per ridurre i «numeri» e le «persone» decedute.

① Neonati con gravi anomalie congenite

Queste sono presenti nell'1% di tutti i neonati (circa 250 casi nel quinquennio, di cui il 10% deceduti). Nel complesso questi 24 neonati costituiscono un terzo (esattamente il 31.6%) di tutti i 76 deceduti nel primo mese di vita.

Le strategie per ridurre questi casi sono particolari:

- una buona consulenza genetica ed una capillare educazione sanitaria (prevenzione primaria);
- attenti controlli in gravidanza (l'eventuale aborto eugenetico diminuisce ovviamente i nati malformati);
- migliori tecniche chirurgiche (in particolare la cardio-chirurgia) e migliore organizzazione dell'assistenza neonatale.

② Peso inferiore a 1000 grammi

È una categoria che rappresenta appena lo 0.3% di tutti i nati e che, da sola, costituisce più della metà (il 52.6%) di tutta la mortalità. **In evidenza i nati di peso tra 750 e 999 grammi**; un asterisco per i nati di peso inferiore a 500 grammi (*).

Il numero dei gravi prematuri in pratica non può essere diminuito: una buona ostetricia può ritardare un parto da 25 a 30 settimane, da 500 a 1000 grammi, ma contemporaneamente una buona ostetricia ritarda un parto da 20 a 25 settimane, da 200 a 700 g. Una strategia (poco seria!) per ridurre nettamente i numeri, consiste nel considerare «aborti» i nati vivi molto piccoli, eliminandoli così da ogni statistica. Per questo molti dati regionali non sono tra loro paragonabili.

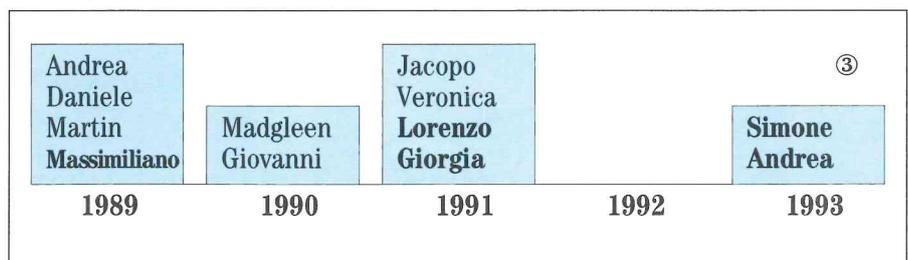
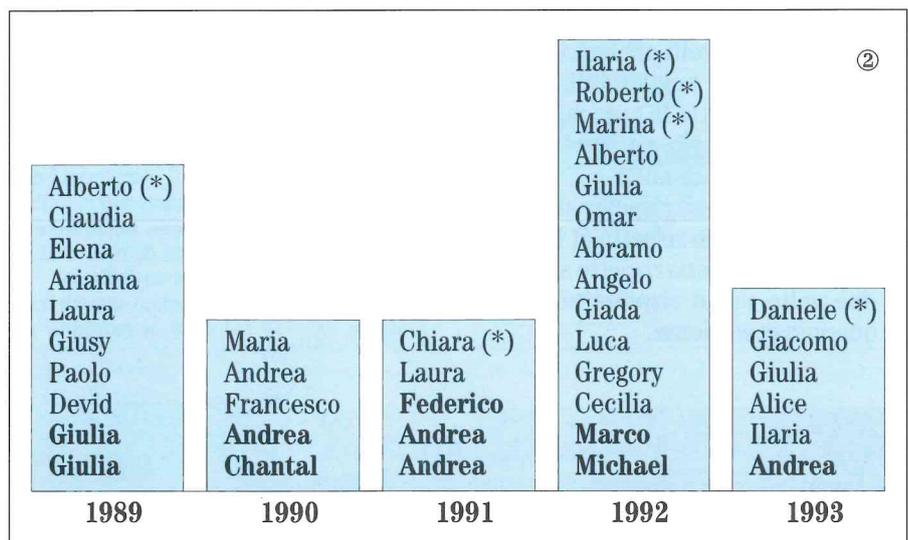
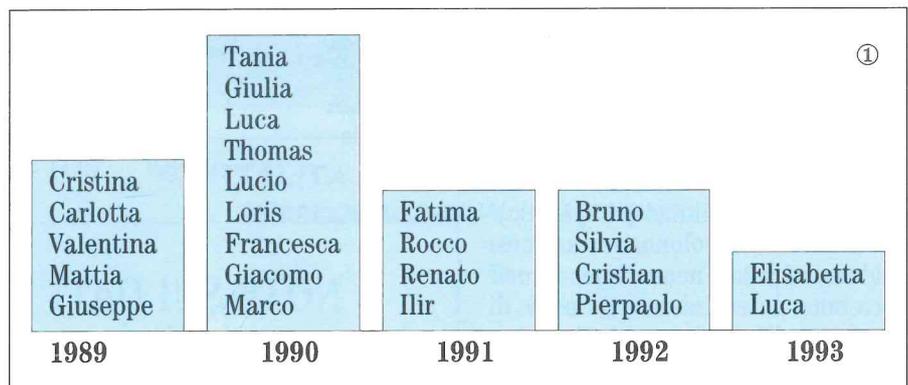
Per una maggiore sopravvivenza sono determinanti l'organizzazione (trasporto in utero e trasporto assistito) e le cure ostetrico-neonologiche di 3. livello)

Certamente è stata determinante per questi bambini l'assistenza immediata, quale possiamo fornire al S. Chiara dopo il trasferimento.

③ Peso superiore a 999 g, senza malformazioni

È la categoria più importante, perché comprende circa il 99% di tutti i neonati (circa 22.000 nel quinquennio, di cui 0.05% deceduti) Questi 12 bambini (poco più di due decessi all'anno) rappresentano il 15.8% di tutti i 76 decessi. Sono più **in evidenza i neonati di peso superiore a 2500 grammi**.

Per ridurre a zero questi decessi (come ci è capitato eccezionalmente nel 1992), tutto de-



ve essere previsto come sopra (organizzazione e tecniche), con particolare attenzione ad evitare l'assenza neonatale in sala parto e le infezioni; un'ottima prevenzione si fa anche garantendo l'allattamento materno ai più piccoli.

Ricordiamo che i neonati di 1000-1499 g registravano in provincia una mortalità del 180% nel 1970, del 26% nel 1980, del 10% nel 1989-90, fino ad arrivare al 3% nel biennio 1989-91 e allo 0% nel 1992-93.

I diritti dei genitori di neonati ricoverati

I PRINCIPI PER UN'ASSISTENZA NEONATALE INCENTRATA SULLA FAMIGLIA

Sulla prestigiosa rivista internazionale «Pediatrics» del novembre scorso è comparso un articolo «rivoluzionario» per una rivista scientifica: un articolo scritto da un comitato di genitori di bambini ricoverati alla nascita, spesso insoddisfatti per le difficoltà ad avere informazioni precise. Riportiamo qui il loro documento, perché lo riteniamo una buona base di discussione per confrontarci con quanto viene proposto.

1. Un'assistenza neonatale incentrata sulla famiglia deve fondarsi sulla **comunicazione onesta e leale** fra genitori e operatori sanitari sui problemi medici ed etici.
2. Per collaborare con i sanitari nel praticare scelte terapeutiche informate, i genitori **devono poter conoscere i fatti e le loro interpretazioni allo stesso modo dei sanitari**, intendendo con questo anche notizie mediche presentate in forma comprensibile, conoscenza dei dubbi sui trattamenti, informazione dai genitori di bambini con i medesimi problemi, accesso alle cartelle e alle discussioni.
3. In caso di condizioni cliniche gravate da mortalità e morbilità molto elevate, da grandi sofferenze e/o caratterizzate da significative controversie mediche, **genitori pienamente informati** dovrebbero avere il diritto di partecipare alle decisioni riguardanti i trattamenti invasivi per i propri figli.
4. **Durante la gravidanza**, ai futuri genitori devono essere comunicate informazioni sugli esiti sfavorevoli della gravidanza e questi devono avere la possibilità di stabilire in anticipo le proprie preferenze in campo terapeutico, se il loro bambino dovesse nascere altamente prematuro e/o in condizioni critiche.
5. Genitori e sanitari devono collaborare nel riconoscere e nell'**alleviare il dolore** dei bambini sottoposti a terapia intensiva.
6. Genitori e sanitari devono collaborare per creare nell'Unità di Terapia Intensiva Neonatale un **ambiente adeguato per i bambini**.
7. Genitori e operatori sanitari devono collaborare al fine di **garantire la sicurezza e l'efficacia delle terapie neonatali**.
8. I genitori e gli operatori sanitari devono collaborare per sviluppare nei reparti di Neonatologia **programmi e «politiche» che favoriscano l'acquisizione di informazioni** da parte dei genitori e incoraggino il più possibile il coinvolgimento delle famiglie nell'assistenza ai loro bimbi ricoverati.
9. I genitori e i sanitari devono collaborare nel promuovere un adeguato **follow-up a lungo termine per tutti i bambini ad alto rischio** sopravvissuti all'Unità di Terapia Intensiva Neonatale.
10. Genitori e sanitari devono comprendere che i neonati in condizioni critiche potrebbero essere messi in pericolo sia da un ipercherche da un ipotrattamento; dobbiamo insistere affinché le nostre leggi e politiche terapeutiche trovino fondamento nella umanizzazione delle cure. Dobbiamo collaborare per migliorare la conoscenza delle necessità dei sopravvissuti all'Unità di Terapia Intensiva Neonatale e portatori di handicap, in modo da poter assicurare un sostegno adeguato a loro e alle loro famiglie. **Dobbiamo lavorare insieme per ridurre gli handicap** con un'assistenza prenatale capillare.

Brasile: due milioni di bambini che si prostituiscono

Rio de Janeiro. Esistono in Brasile più di due milioni di ragazzi e ragazze che si prostituiscono. Quasi 100 mila di loro, pari a circa il 5 per cento, sono malati di AIDS. Il maggior numero di baby-prostituti si trova nella capitale Rio de Janeiro, dove essi ammontano a non meno di 300 mila. Ma cifre drammatiche si hanno anche a San Paolo nel Sud e a Fortaleza e Recife nel Nord. È stato accertato che molti alberghi offrono ai turisti, soprattutto stranieri, bambine e ragazzi e che il «sesso comprato» è in fase di continua espansione.

Pioggia di granate: uccise otto persone tra cui tre bambini. Ancora una volta i serbi sotto accusa

La strage degli innocenti

In fila per la farina trucidati a Sarajevo

Oltre due anni di guerra e di orrori hanno provocato danni irreparabili all'equilibrio dei ragazzini della Bosnia

Rubata ai bimbi la gioia di vivere

Per l'Unicef sono rassegnati ad una sorta di suicidio passivo

Londra, rischi, anche mortali, per i bambini esposti alle sigarette e per i loro figli

Allarme per i danni da 'fumo in culla'

Bambini e televisione le emozioni pericolose

Protezione medica, protezione giuridica, protezione sociale

L'AMBIENTE E LA FAMIGLIA

Il bambino, a causa della sua immaturità fisica e intellettuale, ha bisogno di una particolare protezione e di cure speciali, compresa un'adeguata protezione giuridica, sia prima che dopo la nascita...

Il bambino deve beneficiare della sicurezza sociale. Deve poter crescere e svilupparsi in modo sano. A tal fine devono essere assicurate a lui e alla madre le cure mediche e la protezione sociale adeguate, specialmente nel periodo precedente e seguente la nascita (4. principio).

«Dichiarazione dei Diritti del Bambino»
(O.N.U. 20.11.59)

«In quale ambiente nascerà? Come sarà la mia famiglia? Sarò allevato nel modo migliore?»

Sono queste le domande che sembra porsi un bambino fin da quando è nel grembo materno. E le risposte devono essere date dalla società nella misura in cui essa riesce a garantire l'erogazione di servizi adeguati e rispondenti ai bisogni del bambino.

La società dovrebbe infatti occuparsi dei numerosi diritti del bambino, non solo al momento della nascita e dopo, ma soprattutto prima della sua nascita e, perchè no, prima del suo concepimento.

Se è vero che la salute, come affermato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, deve essere intesa come garanzia di benessere fisico, psichico e sociale, appare chiaro che il raggiungimento di questo benessere deve essere favorito in tutte le fasi che portano alla nascita di un bambino e al suo sviluppo.

Prima della nascita

I corsi di preparazione alla nascita costituiscono oggi un importante mezzo di informazione per entrambi i genitori. Essi vengono già preparati ad accettare il nuovo essere, a capire i suoi bisogni, a soddisfare quindi le sue richieste.



La gestante può avvertire l'importanza e la responsabilità di portare nel suo utero un bambino in maturazione, totalmente dipendente da lei; a volte però l'ignoranza o le convinzioni errate possono comportare dei rischi gravi per il feto.

Una **dieta materna** non equilibrata, i **farmaci** o ancor peggio le droghe, il **fumo** e l'**alcool** sono tutti fattori che favoriscono la nascita di neonati di basso peso o con problemi neurologici. È quindi essenziale porre in gravidanza particolare attenzione alla conoscenza e alla prevenzione di questi problemi.

Molte patologie del feto oggi possono essere diagnosticate durante la gravidanza, in particolare i disturbi di crescita, le infezioni, le malformazioni cardiache, renali o intestinali. Il ricorso quindi a **controlli programmati** in strutture che eseguono ecografie fetali affidabili costituisce un diritto del nascituro che purtroppo non tutte le società oggi riescono a garantire.

Al momento della nascita

Tutti i parti possono essere considerati a rischio; in pratica, però, l'incidenza dei parti a rischio è legata ancora una volta alla realtà ambientale della gestante. In una società che ha garantito educazione sanitaria preparto, visite ostetriche, ecografie e controlli ematologici è possibile prevedere il tipo di parto e riconoscere quindi anche quello a rischio. Di fatto grazie alle cure prenatali si riesce a limitare al di sotto del 10% i parti ad alto rischio e a convogliarli verso strutture specializzate nella cura dei neonati patologici (i cosiddetti Centri Ostetrico-Neonatali di terzo livello).

I primi minuti di vita possono condizionare tutto lo sviluppo intellettuale del bambino: l'**asfissia neonatale**, cioè la carenza di ossigeno che arriva al cervello, può comportare gravi danni neurologici contro tutte le aspettative di una gravidanza condotta in modo attento e responsabile.

Il nostro neonato ha quindi diritto ad essere assistito da personale esperto, preparato a qualsiasi evenienza, capace di applicare tempestivamente quelle metodiche di rianimazione che le conoscenze attuali ritengono essenziali.

Il passaggio dalla fase intrauterina a quella propriamente neonatale comporta da una parte la necessità di assistenza medica esperta (ostetrico-neonatale), dall'altra il doveroso impegno verso una **umanizzazione** del parto.

Il nostro neonato è molto esigente: vuole essere assistito in modo perfetto, ma vuole anche attaccarsi subito alla sua mamma ed essere coccolato.

E questo è un diritto di ogni neonato, sia normale, sia con problemi. Riuscire a definire rapidamente il contatto madre-bambino, subito dopo la nascita, soddisfa pienamente il bisogno di calore, di nutrimento, di affetto, con



risvolti positivi sul nucleo familiare, sull'accettazione del bambino e sul suo sviluppo corporeo ed intellettuale.

Dopo la nascita

Nelle epoche successive alla nascita i diritti del neonato aumentano in modo esponenziale, come i suoi bisogni. Tutti i neonati nei primi giorni di vita dovrebbero essere sottoposti ai cosiddetti **screening**, cioè alla ricerca di alcune gravi malattie prima ancora che esse si manifestino clinicamente. Malattie come l'ipotiroidismo congenito o la fenilchetonuria possono portare a gravi deficit mentali; il loro precoce riconoscimento consente invece una terapia tempestiva e quindi un normale sviluppo intellettuale del bambino.

Il latte della propria mamma è il



diritto fondamentale di ogni neonato, anche se di peso molto basso o patologico. Il latte materno deve rientrare in un tipo di assistenza neonatale basata sulla preparazione tecnica e sulla disponibilità umana da parte di tutto il personale di assistenza.

Il nostro neonato pretende quindi infermiere e medici con obiettivi assistenziali precisi, ma anche con preparazione mirata a formare saldi legami tra il bambino e la famiglia. L'**educazione sanitaria**, in particolare l'insegnamento della puericultura all'interno delle strutture ospedaliere e sul territorio, costituisce quindi un mezzo di prevenzione di molti disturbi del bambino.

Una sana e congrua **alimentazione**, un **ambiente salubre**, i **controlli di salute**, le **vaccinazioni**, genitori consapevoli dei più comuni problemi dei primi mesi di vita sono tutti diritti che una società moderna dovrebbe garantire a qualsiasi bambino.

Giuseppe De Nisi

IL DIRITTO DEL NEONATO AD AVERE VICINA LA MADRE

«Alla madre è data la possibilità di avere accanto il bambino (compatibilmente con le esigenze di ordine strettamente sanitario), al fine di agevolare l'allattamento materno precoce e la continuità del rapporto madre-figlio».

(Legge prov. 16 agosto 1982, n. 13).

Quanto espresso dal legislatore è una conquista importante, perché restituisce al lieto evento il suo aspetto «fisiologico e naturale»; inoltre riconosce la priorità delle esigenze della «coppia madre-figlio» che ieri erano subordinate ai ritmi organizzativi dell'ente ospedaliero.

Tutto questo ha comportato una maggiore elasticità da parte del personale sanitario, nella gestione del lavoro favorendo così, non solo la continuità del rapporto madre-figlio, ma anche la possibilità di un allattamento materno precoce e a richiesta.

Il Nido di S. Chiara di Trento, in seguito al graduale processo di «umanizzazione» che ha subito, permette l'attuazione di questa legge. Oggi infatti si dà più spazio ai momenti di intimità, che sono anche occasioni di reciproco contatto, con benefici per la coppia madre-bambino.

Il neonato tra le braccia materne ritrova quella sensazione di contenimento che prova nel grembo materno; inoltre dal contatto con il corpo della mamma assorbe calore, riscaldandosi, ovviando così all'ipotermia cui va incontro per naturali cause fisiche dopo la nascita.

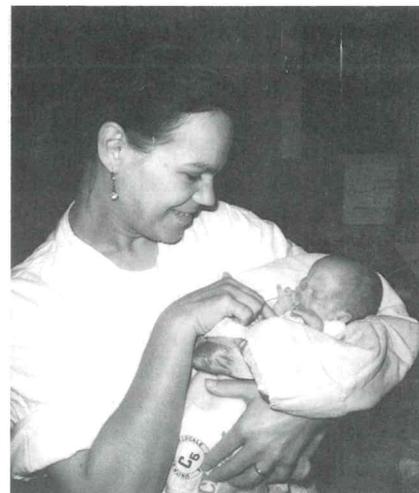
La madre finalmente può coccolarlo, parlargli (il neonato riconosce la sua voce che ha ascoltato per nove mesi), farlo succhiare se ne ha voglia o semplicemente guardarlo.

La «prima poppata», di solito avviene entro due ore dalla nascita, anche perché nelle prime ore di vita nel neonato è forte il riflesso della «suzione». Quindi dopo il primo bagnetto e le prime cure, il neonato raggiunge la madre.

In tale occasione si danno alla puerpera consigli utili sulla tecnica per l'allattamento, frequenza e durata delle poppate, igiene ed alimentazione della nutrice.

Il personale sanitario è disponibile durante tutto il periodo della degenza ad offrire chiarimenti ed insegnamenti ai genitori, con l'auspicio di soddisfare i loro dubbi e tutte le esigenze del neonato.

Alba Donato, Adriana Acler



I DIRITTI DEI PREMATURI CON MADRI LAVORATRICI

L'on. Azzolini, sottosegretario al Ministero del Lavoro, si è interessato a quanto scritto nel numero precedente dalla signora Dossi («Più prematuro è il bambino, meno la mamma può stargli vicino»).

Il problema è stato valutato molto serio e meritevole di approfondimenti. Lo terremo presente e terremo informati i nostri lettori.

ANCHE IL PREMATURO VUOLE AVER VICINO MAMMA E PAPÀ

«Al Centro di patologia neonatale è consentito ad entrambi i genitori l'accesso al centro per accudire direttamente il neonato sempre nei limiti imposti dalle terapie adottate».

Legge Prov. 16.8.82, n 13.

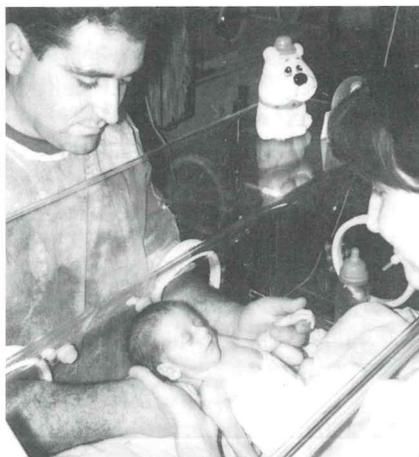
La legge provinciale n 13/82, nello spirito della Dichiarazione dei Diritti del Bambino dell'ONU, tutela i diritti del bambino ospedalizzato permettendo la presenza dei genitori accanto al figlio. Questo vale anche per il bambino piccolissimo ricoverato nei reparti di Patologia Neonatale e di Terapia Intensiva Neonatale, dove non sempre questo diritto viene tutelato e rispettato. Spesso in questi reparti viene impedita o limitata l'entrata dei genitori appellandosi a motivi igienici (il pericolo che i genitori portino infezioni toccando il bambino), organizzativi (troppo lavoro, interferenza e disturbo del lavoro del personale), strutturali (spazi ridotti), carenza di personale (poco tempo da dedicare ai genitori).

Noi riteniamo che siano tutti problemi risolvibili. Studi, esperienze, professionalità e sensibilità ci hanno permesso di superare questi problemi attuando una serie di interventi iniziati ormai da tanti anni.

Con opuscoli informativi e con incontri di educazione sanitaria ai genitori abbiamo insegnato alcune norme igieniche da rispettare al momento dell'ingresso in reparto (lavaggio

delle mani, uso di camici, soprascarpe, mascherina). Abbiamo riorganizzato il nostro lavoro in modo da permettere degli orari di visita elastici. Abbiamo ricercato spazi rivalutando l'ubicazione delle attrezzature. Si sono sensibilizzati gli operatori per quanto riguarda il rapporto genitore/bambino, in modo da accettare e studiare insieme un cambiamento perché convinti dell'importanza della presenza dei genitori.

Il neonato pretermine viene a trovarsi in una posizione svantaggiata rispetto al neonato a termine, in quanto



la nascita è inaspettata e il rapporto con la madre viene interrotto dalle sue condizioni cliniche. È quindi essenziale promuovere il più precoce possibile il contatto madre/bambino fissandolo come obiettivo principale da raggiungere per il bene e il futuro del figlio. Per questo è bene recuperare al più presto possibi-

le il tempo perso. Nel primo incontro l'infermiera invita la mamma a toccare, a parlare, a osservare il suo piccolo, spiegandole quanto questo sia importante per loro, per la sua vita affettiva. Spieghiamo alla mamma che all'inizio ci occuperemo noi dell'accudimento del bambino date le condizioni cliniche, ma che ciò non significa un sostituirci a lei. Quando la mamma si sente più sicura e tranquilla, la si coinvolge e la si aiuta nell'assistenza al neonato (somministrazione del pasto, cambio pannolino, bagnetto) e si soddisfa il suo desiderio di fornire il proprio latte. Il bambino ha anche il diritto di avere il latte della sua mamma: ed è compito dell'infermiera insegnare alla mamma le modalità per togliere, conservare, trasportare il latte. Successivamente la madre può partecipare anche al momento della somministrazione del pasto con il sondino, reggendo la siringa, oppure porgendo il biberon, o attaccando il bambino al seno. Il momento del pasto rappresenta un'occasione di particolare appagamento sia per la mamma che per il neonato.

Noi siamo convinte che il bambino, anche se piccolissimo, ha diritto ad avere vicino mamma e papà e che questo diritto deve essere tutelato. Le infermiere continuano ad impegnarsi per apportare nuove idee, raggiungere gli obiettivi prefissati per soddisfare madre e bambino e migliorare l'umanizzazione, la comunicazione, l'informazione.

Miriam Vaia, Annalisa Pallaver,
Mariangela Zancanella

L'Unicef: «I bambini di Sarajevo stanchi di vivere»

Il bambino ha diritto al rispetto di ogni suo dolore, non fosse che la perdita di un sassolino.

ONU II LA LOTTA AI PIRATI DEI TRAPIANTI

E IL MESSICO AMMETTE «IN VENDITA ORGANI DI BIMBI»

«È vero, ci sono bimbi messicani che sono stati prelevati per venderne gli organi», ha dichiarato ufficialmente un rappresentante governativo. Ma lo speciale gruppo di lavoro delle Nazioni Unite sulle «moderne forme di schiavitù» non ha ancora raggiunto una conclusione. «I Paesi del Nord del mondo continuano a negare, il loro è un muro di gomma»

QUEI PICCOLI SCHIAVI IN NOME DEL MERCATO

Il bambino ha diritto a morire prematuramente. Un profondo amore materno permette a questo figlio di morire prematuramente, di avere un ciclo di vita di poche primavere. Non tutti gli arbusti diventano alberi.

America violenta strage di bambini

Agghiacciante rivelazione di un'ostetrica di Erfurt: era una prassi del «regime»

Sterminio di neonati nell'ex Rdt I prematuri di regola venivano subito affogati

L'esperienza della nostra psicologa

DIAMO ASCOLTO, DIAMO VOCE ALLE MAMME!!...

È cominciato come nelle storie: circa due anni fa tre mamme di neonati ricoverati, nei lunghi intervalli di giornate vissute nell'attesa delle poppate dei loro figli, poi presero l'abitudine di parlare tra loro dei bambini naturalmente, ma anche di loro stesse. Erano d'accordo nell'avvertire, nell'intimo di sé, di vivere un momento particolare, unico, di grande sofferenza certo, comunque straordinario. Qualcosa di cui era difficile parlare con gli altri e con altre mamme.

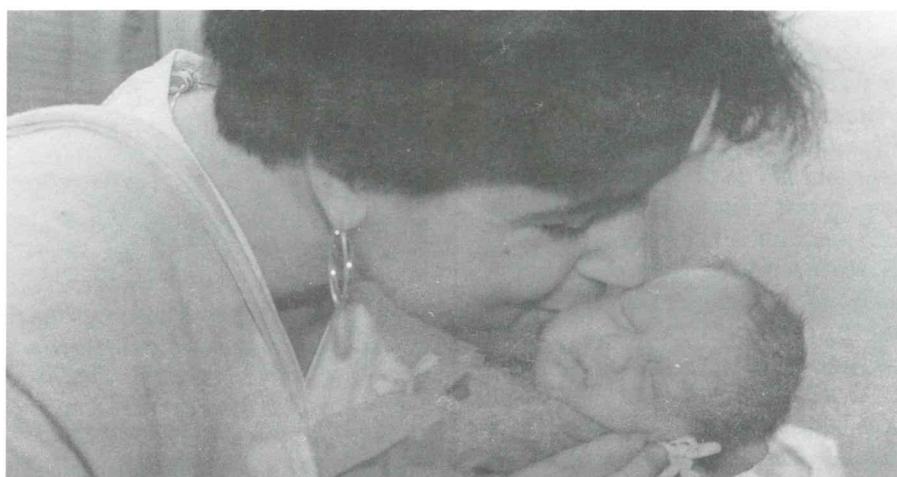
Del resto sarebbe sembrato fuori luogo parlare di cosa stava accadendo a loro, quando bisognava chiedere del bambino, approfittare di ogni anche piccolo spazio della grande disponibilità di tutti in reparto per essere continuamente informate del piccolo lui, della piccola lei.

Confessavano di essere intimorite, dall'essere lì, incapaci quasi all'inizio di accostarsi all'incubatrice, non parliamo di toccare il piccolo essere...; colme di desiderio, ma piene di timore. Non idonee, quasi si presentassero con una classificazione di madri di serie B, madri che non ce l'avevano fatta a condurre a termine la gravidanza, a fare un bambino come quasi tutti gli altri.

Ebbero un'idea e ne fecero parte al dottor Pedrotti. Volevano **qualcuno che dedicasse loro ascolto**. Un ascolto di cui avevano sentito il desiderio e la mancanza già quando il parto prematuro, del tutto impreveduto, per due di loro chirurgico, aveva spezzato il legame mamma-bambino. Si erano sentite private, espropriate quasi del loro figlio e con lui di tutti i sogni e di ogni progetto.

Erano tranquille e sicure nell'aspettarsi un parto durante il quale avrebbero avuto il marito al loro fianco, insieme avrebbero atteso il primo vagito, la rivelazione del sesso, da subito lei lo avrebbe avuto tra le braccia.

Ricordavano il momento in cui, per la prima volta, si erano avvicinate all'incubatrice (incubatrice salvifica e onnipotente, ma insopportabilmente ostile) con la tentazione di fuggire via, di dire «non c'entro con questo bam-



bino... non è mio, quello che aspettavo...». Oppure nella stanza del Reparto Maternità, dove si consumano lunghissime ore di attesa, mentre per altre mamme arrivano i figli per la poppata, in uno scambio amoroso di vagiti di bimbi e di tenere voci di mamme. Altre mamme. Il vuoto dentro e intorno a loro, come è vuoto il loro seno, la montata latte non arriva.

Il dottor Pedrotti diede il suo consenso e il via agli incontri con le mamme. Mi sono unita a quelle mamme e ad altre poi che, informate ed incoraggiate dalla capo-sala, desideravano **ritrovare il loro ruolo di mamma**, ricostruire il legame con il proprio bambino. Pronte, nonostante un inizio difficile, traumatico, a voler riaffidato ai loro occhi, alla loro voce, alle loro mani tremanti il proprio bambino.

Sono stata partecipe delle loro emozioni, ho conosciuto la ricchezza dei loro sentimenti dentro che urgeva per manifestarsi, per riversarsi sul bambino, ma anche le loro ansie e paure, speranze e attese, ricordi.

Nell'archivio del reparto, sede del nostro ritrovo del lunedì (un piccolo spazio riservato, a pochi passi dalle stanze di degenza dei bambini), si sono avvicinate molte mamme da allora.

Mamme «in vestaglia» perché ancora degenti in Reparto Maternità, smarrite, prive di punto di riferimento, della loro identità di madri perché

il bambino non è più né dentro di loro, né accanto a loro, in pianto o in silenzio disperato. Mamme da pochi giorni di più che possono parlare di quanto è a loro accaduto. Poi tutto cambia quando entrano in reparto e sono lì, vicine al bambino.

Ancora hanno tremato e sperato, scrutato in cartella la curva del peso...

Finalmente, un giorno, il bambino non è più lì al solito posto, in incubatrice; l'ultima stretta al cuore... poi la scoperta: è nella culla e dalla culla nelle sue braccia, **come nascesse veramente in quel momento**.

Per lui la mamma si trasforma, prende sicurezza, lo riconosce, lo ritrova, lo osserva con scrupolo, lo interpreta, lo tocca, gli parla. Diventa coraggiosa nel porre domande, chiedere risposte, si impadronisce di termini medici, scientifici. Con il bambino il suo linguaggio diventa quello degli innamorati che ancora forse non è percepito, è disconosciuto dagli altri.

E le preoccupazioni del prossimo rientro a casa, dell'essere da soli, lontani dal caldo, rassicurante reparto, si stemperano: **mamma e bambino si sono ritrovati**, l'uno con l'aiuto dell'altra, vicendevolmente, ce la faranno.

Alla vigilia delle dimissioni del loro figlio le tre mamme della nostra storia salutandomi mi hanno raccomandato: «Date voce alle mamme... date ascolto alle mamme...»!!

Lia Cristofolini

I genitori non possono invocare «diritti di proprietà»

IL DIRITTO DEI BAMBINI AD ESSERE VACCINATI

Tuttora vi sono opinioni molto contrastanti sulle vaccinazioni, sia da parte di genitori che da parte di medici.

Genitori e vaccinazioni. I «grandi», quando devono assumere delle decisioni nei confronti dei «piccoli», sono spesso disorientati. Non è facile far capire che i bambini non sono di nostra proprietà. Di fronte ad una scelta di trattamento medico, ci sono ancora genitori che invocano i loro presunti «diritti sul figlio».

Ai figli deve essere garantita ogni possibilità di raggiungere i più alti livelli di salute fisica, psichica e mentale.

Un genitore non può arrogarsi il diritto di non mandare un figlio a scuola, e per questo lo stato difende i diritti del bambino anche contro l'opinione del genitore.

Se nel mondo vi è un consenso praticamente unanime sull'efficacia delle vaccinazioni, un genitore di parere contrario non può togliere a suo figlio il diritto di essere vaccinato. Un genitore testimone di Geova può sì opporsi a ricevere una trasfusione, ma non può opporsi al fatto che suo figlio riceva una trasfusione di sangue ritenuta essenziale alla salute fisica. In questo caso il genitore non ha diritti sul figlio (nemmeno il medico ha diritti): è il giudice che tutelerà i diritti del bambino, facendo appello allo stato attuale delle conoscenze scientifiche di valore universale.

Medici e vaccinazioni. Quanto alle opinioni diverse espresse da parte di medici, vogliamo citare la seguente lettera, molto significativa, che ci è giunta recentemente.

Qui, purtroppo, c'è un solo giudizio da dare ed è molto negativo. Esistono medici, chiamiamoli «non aggiornati» o «presuntuosi» che esprimono giudizi personali, sulla base non di ricerche scientifiche ma di impressioni, di letture superficiali.

La mamma in questo caso ha scelto giusto ed ha ragione a lamentare il disagio di opinioni contrastanti. In realtà non esistono opinioni contrastanti a livelli seri; un parere ignorante e

«Sono la madre di Paolo, nato nel 1993. All'età di 65 giorni mi sono recata all'Ufficio Igiene del mio Comune per la prima vaccinazione; ho chiesto di vaccinare mio figlio anche per la vaccinazione facoltativa anti-pertosse.

L'ufficiale sanitario mi ha risposto che 'Loro' erano contrari e che poi al momento erano sprovvisti di vaccino trivalente, quello appunto che consente in un'unica iniezione di vaccinare contro tetano, difterite e pertosse. Mi recai in farmacia a comperare il vaccino (14.000 Lire) e tornai all'Ufficio dove eseguirono la vaccinazione da me richiesta.

Sono convinta di aver scelto giusto per il mio bambino, ma perché noi genitori siamo esposti a questo disagio di opinioni tanto contrastanti?»

una mamma della Val di Non

presuntuoso non può essere un'opinione valida.

Certe informazioni sulle vaccinazioni devono essere chiare a tutti. Da qualche anno non si è verificato nessun caso di poliomielite in Italia ed

anche nel Nord-Centro-Sud America; ma venti casi di polio si sono verificati in Olanda, dove la vaccinazione è facoltativa e un gruppo di bambini non vaccinati è stato recentemente contagiato da un ammalato proveniente dall'India. Casi di difterite sono ancora presenti in Germania; questa malattia è ricomparsa in migliaia di casi in Russia negli ultimi tre anni. L'80% dei bambini del mondo è vaccinato anche contro il morbillo; in Italia, fanalino di coda del «primo e secondo mondo» solo il 50% (dati UNICEF 1993).

Discutendo nei corsi pre-nascita, studiando il libro «Bambini sani e felici» (dieci pagine sono dedicate alle vaccinazioni), parlando col proprio pediatra di base, ogni genitore dovrebbe essere sempre più responsabilizzato, condividendo le scelte per questi atti sanitari di indubbio valore. I benefici sono di regola dieci-cento volte superiori ai rischi. I vaccini non sono di «acqua di fonte» e qualche rischio esiste (anche allacciandoci la cintura di sicurezza non siamo esenti da rischi).

I medici, i pediatri in particolare, devono impegnarsi a fondo per l'educazione sanitaria; se qualche medico mette i pali tra le ruote, è giusto che questo fatto sia segnalato alle competenti autorità sanitarie.

cara dottore,
 sono Mario Boninsegna,
 ora vado a scuola e sto
 bene.
 Auguri anche
 alle infermiere e tutti i
 dottori.
 Grazie.
 Mario



Una madre invoca il diritto dei bambini alla verità

IL DIRITTO AD UN'INFORMAZIONE CORRETTA

Prendendo in considerazione i diritti del bambino da un osservatorio particolare quale è quello del genitore, in Italia e in special modo in Trentino, le mamme e i papà di cui si è sentito il parere ritengono che per la salute e la prevenzione la situazione sia, in generale, più che buona.

Forse qualche controllo in più e più accurato all'inizio della scuola dell'obbligo (o meglio nell'ultimo anno di asilo), da parte di specialisti quali oculisti, logopedisti, dentisti, ecc. potrebbe evitare situazioni di disagio e incomprensioni nei confronti di alcuni bambini.

Ma quello che soprattutto è emerso dalle mamme e dai papà è una voglia di informazione corretta su argomenti sia di carattere specifico sia più generale, inerenti la crescita fisica e psicologica dei propri figli.

Nei primi, ecco le domande sulle vaccinazioni (la loro reale utilità, i rischi che comportano e i vantaggi), sull'uso corretto dei medicinali (per non abusarne ma non farsi neppure



abbindolare da false teorie pseudo-naturali), sull'uso delle vitamine (tanto reclamizzate, talvolta in confezioni tipo caramelline colorate: ma sono davvero utili?). Più in generale ci si pone domande riguardo all'alimentazione e si vorrebbe essere meno tormentati dalla pubblicità subdola, per il suo contenuto apparentemente scientifico, di cioccolato, dolci, merendine, bevande e analoghi che tanta presa hanno sulle menti dei più piccoli, costringendo noi genitori a ve-



re lotte per insegnare un modo di mangiare, quello sì più o meno sano e naturale.

Ma tant'è, non si tratta di una lotta ad armi pari e troppe volte capita di soccombere. Il prezzo si rischia di pagarlo poi più avanti, con problemi di sovrappeso o peggio, ma anche qui ecco i prodotti «light», le pasticche o le bustine per dimagrire, gli integratori dietetici, gli zuccheri artificiali, le diete magiche di cui gli adolescenti spesso abusano e forse non a caso sono in aumento malattie come anoressia e bulimia che interessano proprio questa fascia di età.

Un diritto quindi alla verità in tutti i campi e settori per poter crescere i nostri figli il più correttamente possibile e soprattutto dare loro un metro di giudizio che li aiuti a prendere le decisioni in modo autonomo, ricercando sempre la verità con spirito critico e senza pregiudizi, andando talvolta controcorrente e non rischiare di trasformarsi in automi sempre pronti a dire sì.

Altri diritti dei bambini, che spesso vengono dimenticati in questa società cosiddetta del benessere, sono il **diritto a una famiglia serena**, a dei genitori che si occupino di loro attivamente e non li affidino a baby sitters fittizie quali la televisione e i video giochi, e infine il **diritto al sogno, alla fantasia, al gioco vero**, in poche parole ad un'infanzia a loro misura e non a misura di noi adulti, con i nostri tempi, i nostri stress, le nostre ansie, le nostre paure.

Barbara Sandionigi

Ringraziamo per i loro generosi contributi:

Lazzeri Tarter Maria, Mezzanotte, Zeni-Ferretti, Magnani Lionello, Orsi Chiara, Omezzoli Fabrizio, Geiser Daniel, Chiusole Giampiero, Cortelletti Enrico, Caracciolo Sergio, Miani Paolo, Barozzi Elisabetta, Franch Margherita, Faes Lorenzo, Tonelli Mauro, Pedrolli Annalisa, Rigo Corrado, Pallaver Virginia, Cova Alessandro, Candioli Claudio, Broseghini Sandro, Verra Ivano, Cont Pietro, Piva Claudio, Corradi Dario, Boninsegna Arturo, Toni Sofia, Angeli Orazio, Azzolini Sergio, Albertini Alberto, Nardon Giuliano, Carraro Devid, Runcher Cristina, Ciaghi Gianni, Tonini Giorgio, Lievore Marco, Trenti M. Pia, Bisoffi Elsa, Bachelet Vittorio, Beozzo Renzo, Roccabruna Stefania, Gentilini Giovanni, Brugnara Sara, Cozzio Marco, Gottardi Marianna, Magagni Rita, Stefani Lino, Carini Verena.

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!



I DIRITTI DEL BAMBINO

**Il diritto dei bambini a sopravvivere e ad essere vaccinati
La situazione nel mondo**

dott. Marco ODELLO - Comitato Italiano UNICEF, Roma

**Il diritto dei neonati alla vita e al benessere
La situazione nel Trentino**

dott. Dino PEDROTTI - U.O. di Neonatologia, Ospedale di Trento

**Il diritto ad un'infanzia felice e protetta
Le risposte della società**

dott.ssa Barbara ONGARI - Dip. di Sociologia, Università di Trento

Seguirà dibattito

**SABATO 12 MARZO 1994 ore 16.00
SALA 3 - CENTRO CULTURALE S.CHIARA - TRENTO**

RELAZIONE DEL PRESIDENTE SULL'ATTIVITÀ 1992-93

Sarò brevissimo. Credo che mai come nell'ultimo anno la nostra Associazione abbia manifestato la sua validità.

Una prima testimonianza i genitori l'hanno avuta da quanto abbiamo scritto per loro negli ultimi tre numeri speciali di «Neonatologia Trentina». Il numero dedicato al lavoro delle infermiere è stato molto apprezzato, in particolare perché è stato messo in evidenza un impegno di studio, di ricerca, di coordinamento che non tutti potevano immaginare.

Il numero dedicato ai bambini molto molto piccoli (dicembre 92) e soprattutto l'ultimo su «Come crescerà mio figlio prematuro» (dicembre 93) hanno informato i genitori su molti aspetti importanti del nostro lavoro. Il nuovo fascicolo a colori che informa i genitori al momento del ricovero è stato pure accolto con successo.

Una seconda testimonianza sta nel bilancio pubblicato nel numero scorso. I genitori ci hanno inviato contributi per oltre 15 milioni e mezzo e noi abbiamo speso questi fondi (per noi essenziali) soprattutto per spese di ricerca e aggiornamento, per l'educazione sanitaria, per l'allattamento materno, per iniziative di comunicazione e di cultura.

Una terza testimonianza di validità dell'Associazione sta in questo stesso giornalino e in quanto sarà espresso nel Convegno del 12 marzo 1994. Da quando è nata, la Neonatologia trentina cerca di stimolare «cultura» attorno al neonato e all'evento nascita. Non è facile. Seguendo i dettami del nostro statuto, questo impegno sarà ancora maggiore nel 1994, se i nostri aderenti e collaboratori vorranno aiutarci. Grazie.

Dino Pedrotti

ASSEMBLEA ANNUALE

L'Assemblea annuale della nostra Associazione a norma dell'art. 5 dello Statuto, si terrà prima dell'incontro di SABATO 12 MARZO, alle ore 14 in prima e ALLE ORE 15 in seconda convocazione, nella stessa Sala 3 del Centro Culturale S. Chiara.

Ordine del Giorno:

1. Relazione del Presidente
2. Approvazione bilancio 1992-93
3. Programmazione attività 1993-94
4. Rinnovo del Consiglio Direttivo
5. Varie ed eventuali

Rinnovo del Comitato di redazione

In data 17 gennaio 1993 si è riunito il Comitato di Redazione e, dopo cinque anni, si è proceduto al suo rinnovo. Si sono dichiarati disponibili a collaborare le seguenti persone, che ringraziamo per la loro generosità: Adriana Accler, Alba Donato, Barbara Sandionigi Pace, Loretta Gherisini, Irene Gutterer, Liliana Iseppi, Fabio Pederzini, Paola Trainotti.

Ringraziamo per la passata collaborazione Marco Angeli, Antonio Mazza, Linda Menghini, Roberta Molinari, Ornella Moranduzzo, Erina Reversi.



NEONATOLOGIA TRENTO
Periodico trimestrale degli AMICI DELLA NEONATOLOGIA TRENTO, 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: Adriana Accler, Alba Donato, Barbara Sandionigi Pace, Loretta Gherisini, Irene Gutterer, Liliana Iseppi, Fabio Pederzini, Paola Trainotti.
Stampa: Alcione - Trento