

NT Neonatologia Trentina

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

DUE CONVEGNI!
21 APRILE 1995
13 MAGGIO 1995

IL NEONATO TARENTINO (1979 - 1993)

*21 aprile 1995:
siamo tutti invitati
ad una attiva partecipazione*

IL NEONATO TARENTINO, PROTAGONISTA DI UN IMPORTANTE CONVEGNO



VENERDÌ 21 APRILE 1995 AD ORE 16.30
PRESSO LA SALA DELLA COOPERAZIONE
via Segantini 10, Trento

TUTTA LA CITTADINANZA

e in particolare tutti gli Amici della Neonatologia Trentina sono invitati a partecipare al Convegno in cui, alla presenza delle autorità locali e dei «vertici» della Neonatologia italiana, verrà presentato il

**RAPPORTO SULLO STATO
DI SALUTE
DEL NEONATO TARENTINO
(1979-1993)**

UN ALTRO IMPORTANTE APPUNTAMENTO

SABATO 13 MAGGIO 1995
AD ORE 15.30

presso l'Aula Magna dell'Istituto Arcivescovile
via Endrici, 23 - Trento

a cura dell'ASSOCIAZIONE
AMICI DELLA NEONATOLOGIA
e dell'UNICEF

si terrà un incontro
pubblico sul tema

**IL DIRITTO AD UN'INFANZIA
FELICE**

(v. pag. 13-16)

IL NEONATO TARENTINO, PROTAGONISTA DI UN IMPORTANTE CONVEGNO



Il protagonista sarà lui. Il 21 aprile, al centro di tutte le nostre attenzioni, al centro di un Convegno nella Sala della Cooperazione, ci sarà un ideale neonato, il neonato più piccolo che possiamo immaginare e comunque «il più debole, il più inerme, il più indifeso di tutti i cittadini». Questo neonato, questo speciale interlocutore ci invita a rispondere a quattro sue precise domande:

1. **quali possibilità di sopravvivenza gli si possono garantire al giorno d'oggi nella nostra provincia?**
2. **quali e quanti sono i rischi di riportare danni permanenti a causa di una nascita prematura o comunque difficile?**
3. **a quali costi effettivi?**
4. **con quale sensibilità ai problemi umani e affettivi?**

A differenza di molte altre persone deboli (le donne, i lavoratori, i consumatori,...), i neonati non hanno forze politiche dalla loro parte, non hanno certamente sindacalisti: hanno bisogno di avvocati per sensibilizzare sempre di più l'opinione pubblica ai loro bisogni, ai loro interrogativi.

Per molta gente quest'invito cadrà nella terra arida: con tutti i pensieri che abbiamo per la politica e per le prossime votazioni, per l'economia e

per le prossime tasse, per le prossime vacanze estive, per «noi grandi» che significato ha interessarci di un piccolo neonato?

In realtà la politica, l'economia e i problemi quotidiani possono migliorare di qualità solo se aumenta la nostra sensibilità ai problemi dei più piccoli, se ci si abitua a vedere il mondo con gli occhi dei più deboli e dei più indifesi.

Molti cittadini affollano le conferenze in cui si parla di tumori, di AIDS, di droga, perché queste sono cose «da grandi», mentre i neonati non costituiscono materia interessante. Se un primario di cardiologia o di malattie infettive potesse dire che nella nostra provincia le morti da infarto o da AIDS sono state ridotte ai più bassi livelli registrati nel mondo, credo che la notizia sarebbe diffusa in modo sensazionale. La riduzione delle morti per droga o per incidenti da lavoro o da traffico è argomento di interesse molto superiore alla riduzione delle morti neonatali.

Di fronte ad una diffusa insensibilità, la nostra scommessa è grande. Perché, oltre a garantire la massima salute al neonato, vorremmo anche stimolare sempre più interesse per i problemi che stanno alla radice della vita.

Una Neonatologia a 360 gradi significa organizzare non solo cure efficienti, ma anche migliorare la comunicazione, l'organizzazione, l'umanizzazione, la partecipazione attorno ai problemi della nascita e della famiglia.

Il 21 aprile, di fronte al protagonista, di fronte al neonato trentino, vi saranno le autorità politiche e sanitarie, i presidenti nazionali delle Società di Neonatologia, di Pediatria, di Medicina perinatale e i nomi più qualificati della Neonatologia italiana.

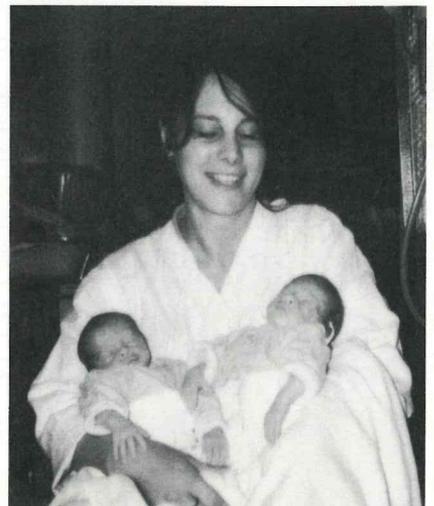
L'interesse per il neonato trentino è dato dalla pubblicazione di un ponderoso volume, edito dall'Assessorato alla Sanità, nel quale vengono esposti analiticamente tutti i dati di interesse generale e particolare riguardanti l'assistenza ostetrica e neonatale negli ultimi quindici anni.

Un corposo estratto del libro (o il libro stesso per i medici e per chi è particolarmente interessato) è disponibile per tutti coloro che parteciperanno al Convegno nel pomeriggio del 21 aprile. I nostri Amici possono eventualmente richiederlo, inviandoci una richiesta scritta.

Proponiamo ai nostri Amici in questo numero, oltre all'Indice del volume, parte del capitolo introduttivo e le conclusioni. Speriamo che, leggendoli con particolare attenzione, siano tutti invogliati a partecipare in modo attivo al Convegno del 21 aprile.

Se poi il motto condiviso dai nostri Amici è «bambini non solo sani, ma anche e soprattutto felici», allora sarà simpatico ritrovarsi sabato 13 maggio con tanti, tanti bambini a discutere di un altro tema importantissimo: «il diritto ad un'infanzia felice» (v. pag.).

D.P.



IL NEONATO TRENTO 2 (1989-1993)

1. INTRODUZIONE

«Se vogliamo cambiare il mondo che sta attorno a noi, dobbiamo cominciare a misurarlo...»

È compito primario di ogni società garantire la salute «globale» dei bambini e in particolare dei neonati, in quanto essi costituiscono certamente una categoria di cittadini tra i più deboli e delicati, con diritto al massimo di assistenza.

È dovere imprescindibile di ogni Centro di riferimento per le cure intensive neonatali in un determinato territorio documentare periodicamente la propria efficienza ai politici, agli amministratori, ai genitori, all'opinione pubblica. Questo lavoro costituisce quindi un insieme di doverose valutazioni sugli «obiettivi» raggiunti in rapporto alle «risorse» impegnate per l'assistenza neonatale in tutta la provincia di Trento dal 1979, con particolare riferimento all'ultimo quinquennio 1989-1993.

1.1 I cinque obiettivi

Per poter avere un costruttivo dialogo con politici ed amministratori che gli forniscono le risorse, ogni medico (una persona che lavora per «vendere» il prodotto «salute») deve conoscere i risultati della sua attività, deve poter fare paragoni con altre realtà, deve avere in mano la situazione del territorio nel quale ha responsabilità assistenziali.

L'efficienza e la trasparenza sono due qualità sempre più richieste (o pretese) nella gestione di attività non solo politiche, amministrative, commerciali, ma anche sanitarie, in particolare con l'avvento delle cosiddette «Aziende».

In ogni settore della medicina gli obiettivi fondamentali sono essenzialmente cinque e devono essere chiari ad ogni operatore:

1. raggiungere un buon livello di conoscenza della situazione;
2. ridurre al minimo i tassi di mortalità e
3. ridurre al minimo gli esiti negativi (cure efficaci),
4. ai minori costi possibili (cure efficienti),
5. con la massima umanizzazione (cure globali).

1. Il primo obiettivo è in realtà un obiettivo «intermedio»: **conoscere è certamente una premessa essenziale per verificare, per programmare, per fare «revisioni di qualità», per poter curare meglio.**

2. Nel settore ostetrico-neonatale non è difficile tenere sotto controllo la situazione della mortalità (alla nascita e nel primo anno di vita), la cui riduzione costituisce il primo vero obiettivo dell'assistenza materno-infantile. In concreto occorre dimostrare di **avvicinarsi il più possibile ai più bassi livelli di mortalità infantile registrati nel mondo (4-5 morti su mille nati entro il primo anno di vita).** Più dettagliatamente occorrerebbe, in tutta l'area considerata, azzerare (o quasi) la mortalità in neonati di oltre 999 g senza difetti congeniti, ridurre a meno del 25% la mortalità da 500

a 999 g e ridurre all'1 per mille i morti per malformazioni congenite.

3. Non ci si può fermare ai soli dati di mortalità: **sarebbe una cattiva Neonatologia quella che fa sopravvivere più neonati con aumento dell'handicap residuo.** Quindi un altro obiettivo fondamentale è costituito dalla riduzione dell'handicap grave per cause perinatali a meno di un caso ogni 1000 nati: su questo argomento è più difficile, ma non impossibile, fare delle valutazioni di efficacia e di efficienza.

4. L'assistenza ostetrico-neonatale è particolarmente costosa (per far sopravvivere un solo neonato di 1000 g si impegnano cure per 50-100 milioni) ed è **sempre più doveroso tener conto dei costi nella programmazione.**

5. E infine viene sempre più richiesta una maggior **umanizzazione** (meno intensivismo, più allattamento al seno, più frequenza ai corsi pre-parto, meno fumo, alcool, droghe,...), una maggior **partecipazione e responsabilizzazione** dei genitori.

1.2. Strategie - metodi di raccolta dei dati

Le «strategie» necessarie per raggiungere questi obiettivi devono prevedere non solo cure ad alti livelli di impegno clinico, ma anche cure organizzate e integrate in modo dipartimentale così da garantire i migliori risultati dal punto di vista del neonato e della sua famiglia, dal lato tecnico e dal lato umano.

L'educazione sanitaria, il consultorio familiare, il consultorio genetico sono efficaci per attuare una prevenzione primaria. Cure ostetriche organizzate e regionalizzate, il trasporto in utero e assistito, efficienti cure intensive neonatali con servizi sempre disponibili permettono di affrontare i problemi del neonato con esiti positivi. Validi centri di chirurgia neonatale (anche di cardio- e neuro-chirurgia) permettono di ridurre sempre più mortalità ed esiti negativi da malformazioni.

Il coordinamento di queste attività deve essere attuato nell'ambito di un Dipartimento materno-infantile.

Il Dipartimento è stato istituito in provincia di Trento con delibera della Giunta provinciale n 9352 del 13.7.1992. Ha funzioni di coordinamento tra tutti i settori che si interessano dell'assistenza materno-infantile. È compito specifico del Dipartimento eseguire periodiche valutazioni di costi e benefici sulla base di numerosi indicatori epidemiologici.

I dati di popolazione dovrebbero essere disponibili nell'ambito di un ben definito bacino di utenza di cure ostetrico-neonatali di terzo livello e dovrebbero essere raccolti con spirito dipartimentale, con la collaborazione di ostetrici, pediatri, neuropsichiatri di tutto il territorio.

Le valutazioni imposte sono di regola incomplete e poco credibili. La gestione della raccolta e della elaborazione dei dati perinatali deve far parte della «normale» attività di ogni Unità di Terapia Intensiva Neonatale con bacino di utenza adeguato, con 5-10.000 nati/anno (un «osservatorio epidemiologico» esterno lavora in modo freddo ed asettico e non coinvolge gli operatori sanitari che hanno prestato le cure).

12. CONCLUSIONI

Una cultura del neonato - La Neonatologia è nata nell'ambito della Pediatria, da appena trent'anni, nel momento in cui handicap e mortalità nei bambini erano sempre meno riferiti a cause infettive e nutrizionali e sempre più a cause connesse alla nascita (vedi cap.8).

Come per la Pediatria, l'interesse della Neonatologia non deve essere rivolto solo alla ricerca scientifica ed alla cura di patologie: deve esistere e deve essere valorizzato anche un aspetto «preventivo e sociale», dato che gli obiettivi di una medicina moderna ed efficiente sono costituiti da una efficace prevenzione degli eventi e da una globalità di impegni.

Al di là dell'aspetto curativo e preventivo dovremmo considerare anche quello culturale: proporre alla società e difendere gli interessi del più inerme dei cittadini nel momento più delicato di tutta la vita è veramente una sfida culturale. E la cultura, come la scienza, si forma sull'elaborazione di precise conoscenze da parte di molte persone che collaborano con unità di obiettivi.

La Neonatologia è una disciplina tipicamente «dipartimentale». Un'assistenza efficiente al neonato non può non avere caratteristiche di globalità di interventi, basati su un dialogo aperto non solo di medici tra di loro (ostetrici, anestesisti, neuroscisti, chirurghi,...), ma anche tra medici e psicologi, riabilitatori, as-

sistenti sociali, amministratori, politici, cittadinanza,

Un'assistenza perinatale, in particolare per l'alto rischio gravidico e neonatale, deve essere programmata e pianificata: deve essere «regionalizzata», come si dice con un termine efficace.

Per tutti questi presupposti, dimostrati validi a livello internazionale, l'epidemiologia dei fenomeni perinatali non è solo necessaria, ma indispensabile, in particolare per un Dipartimento materno-infantile che controlla gravidanze e neonati di una determinata zona geografica.

La nostra filosofia sugli interventi riguardanti l'assistenza neonatale non è cambiata nell'ultimo quinquennio, tanto è vero che si sono fin qui riproposti gli stessi concetti presentati alla fine della precedente rassegna dei dati 1979-1988 (NT1, pag. 273). Negli ultimi anni si sono certamente consolidate molte posizioni, con un approccio culturale innovativo, in particolare nei settori dell'organizzazione territoriale, della demedicalizzazione e della globalità degli interventi, della comunicazione in Neonatologia.

In ognuno dei capitoli del libro dovrebbe trasparire l'impegno a conoscere a fondo la situazione sotto molteplici aspetti, anche di tipo sociale e culturale; ma soprattutto si è cercato di «valutare» e di «verificare», anche con confronti internazionali, il livello di qualità delle cure prestate al neonato trentino. I risultati ottenuti sono stati esposti analiticamente nei capitoli, sulla base di numerosi indicatori di efficacia, di efficienza, di globalità di interventi («qualità totale»).

Ora i risultati saranno esposti in modo sintetico, sulla falsariga dei cinque obiettivi presentati nell'Introduzione, coincidenti con gli obiettivi proposti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Secondo l'O.M.S., è indispensabile valutare la qualità dell'assistenza (1) per verificare «che ogni paziente riceva un insieme di atti diagnostici e terapeutici che portino ai migliori risultati in termini di salute (2-3) - tenendo conto delle attuali conoscenze scientifiche -, con i minori rischi iatrogeni e con il minor costo possibile (4), ottenendo la sua soddisfazione (5) rispetto agli interventi e alle interazioni umane avute all'interno del sistema sanitario».

PRIMO OBIETTIVO: BUON LIVELLO DI CONOSCENZA DELLA SITUAZIONE

Abbiamo avuta la possibilità di documentare lo stato di salute di oltre 63.000 neonati trentini nati negli ultimi quindici anni (1979-1993), corrispondenti al 99% di tutti i nati in provincia (2.2).

L'omogeneità del campione è data dal fatto che il 97-98% delle madri trentine partorisce in provincia, mentre registriamo contemporaneamente un 2-3% di madri non residenti in provincia.

Molti rischi materni sono in diminuzione, in particolare l'età inferiore a 20 anni (3.2), la bassa scolarità (3.4), il numero insufficiente di visite ostetriche (4.2). In aumento invece la classe di età materna tra 35 e 39 anni e la condizione di madre nubile, situazioni peraltro oggi ben controllate (3.7).

Oltre il 30% delle madri segue un

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO		Servizio Piano Sanitario		1	
SCHEDA INFORMATIVA OSTETRICA		COD. IST. (1)	ANNO	N° 6055	
MADRE		DATA DI NASCITA		PADRE	
COMUNE DI NASCITA		SCOLARITÀ		PROFESSIONE	
1 <input type="checkbox"/> Elem. 2 <input type="checkbox"/> Med. 3 <input type="checkbox"/> Sup. 4 <input type="checkbox"/> Laurea		1 <input type="checkbox"/> Elem. 2 <input type="checkbox"/> Med. 3 <input type="checkbox"/> Sup. 4 <input type="checkbox"/> Laurea			
INDIRIZZO ATTUALE (*)					
Madre: 1 <input type="checkbox"/> Coniugata 2 <input type="checkbox"/> Nubile 3 <input type="checkbox"/> Altro:					
GRAVIDANZE PRECEDENTI n. _____					
di cui aborti n. _____		nati morti n. _____		nati pretermine n. _____	
Toxotest pregravidico 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> SI		Rubetotest pregravidico 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> SI			
GRAVIDANZA ATTUALE: n. visite ostetriche _____ n. ecografie _____					
Corso di preparazione al parto 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> incompleto 3 <input type="checkbox"/> completo		Fumo 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> SI numero medio sigarette/di _____ fino al _____ mese			
Minaccia d'aborto 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> SI		Minaccia parto premat. 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> SI		Iperensione - gestosi 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> SI Diabete in gravidanza 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> SI	
Iposviluppo fetale 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> SI		Ricoveri (*) 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> SI 1-2 trimestre 3 <input type="checkbox"/> SI terzo trimestre			
PARTO 1 <input type="checkbox"/> eutocico 2 <input type="checkbox"/> forcipe 3 <input type="checkbox"/> ventosa 4 <input type="checkbox"/> T.C. elettivo					
Cause prime di T.C. 1 <input type="checkbox"/> materne 2 <input type="checkbox"/> fetali 3 <input type="checkbox"/> annessi 4 <input type="checkbox"/> REINTERVENTO					
Parto indotto 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> SI con: _____		Analgoanestesia 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> loco-regionale 3 <input type="checkbox"/> generale			
Presentazione 1 <input type="checkbox"/> vertice 2 <input type="checkbox"/> podalica 3 <input type="checkbox"/> altre _____		Soffer. fetale acuta 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> SI			
Gemellare 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> SI monocoriale 3 <input type="checkbox"/> bicoriale _____		Firma del compilatore _____			
				COPIA PER IL SERVIZIO PIANO SANITARIO 1	

PRIMO OBIETTIVO - Un ottimo livello di conoscenza della situazione è stato raggiunto per mezzo della assidua compilazione di una scheda ostetrico-neonatale presente nel Libretto sanitario consegnato ai genitori alla dimissione di ogni neonato. Dal 1979 sono state compilate ed elaborate oltre 63.000 schede, pari al 99% del numero dei neonati.

Per la mortalità è stato preso in consi-



corso di preparazione alla nascita (4.3). Più del 10% fuma in gravidanza fin oltre il quinto mese (4.6).

Il Centro per l'AIDS pediatrico provinciale controlla ogni caso segnalato in provincia (4.9), in parallelo ai casi di neonati di madri tossicodipendenti (4.8).

Tutta la popolazione dei neonati trentini è sottoposta agli screening per ipotiroidismo e malattie metaboliche (7.2) e alla rilevazione delle malformazioni congenite (IPIMC). Non vi sono state variazioni rilevanti, anche rispetto ai dati nazionali, salvo un apparente lieve aumento di casi di trisomia 21 nell'ultimo biennio considerato (Tab. 10).

Avendo un unico Centro di Terapia intensiva neonatale, abbiamo avuta la possibilità di documentare tutta la patologia neonatale, compresa quella dei neonati non ricoverati e dei neonati trasferiti fuori provincia (cap. 8-9-10-11).

SECONDO OBIETTIVO: MORTALITÀ AI PIÙ BASSI LIVELLI

L'abortività volontaria, indicatore del fallimento di una prevenzione preconcezionale, è in diminuzione, dai 288 aborti del 1984 ai 176 aborti ogni 1000 nati vivi del 1993; il dato è ancora poco accettabile in quanto inferiore a quello nazionale, ma nettamente superiore a quello medio dell'Europa occidentale (8.1.b).

Sono ancora troppo scarse le attività di prevenzione previste dalla legge 194. Molto attivo invece il volontariato con diversi centri di aiuto diffusi sul territorio provinciale.

La **natimortalità** (sul 3 per mille) e la **mortalità perinatale** (sul 6 per mille) toccano i **valori più bassi riscontrati in tutta Italia**, vicini ai migliori valori presenti in Alto Adige e in Friuli-Venezia Giulia (8.3).



La mortalità neonatale (sul 3 per mille negli anni 1991-93) è stata calcolata con molta accuratezza: per il 24% è costituita da neonati di 20-25 settimane, per il 53% da nati di peso inferiore a 1000 g, per il 34% da malformati gravi (8.4).

La mortalità infantile infine resta **inferiore al 5 per mille (4.4 la media 1991-93), un valore registrato in pochissime aree geografiche di tutto il**

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
Servizio Piano Sanitario

SCHEDA INFORMATIVA NEONATALE COD. IST. ANNO N° 6055
0,4,2

COGNOME E NOME SESSO DATA DI NASCITA
M F

Gemello (†) 1 2 numero ordine numero registro altro gemello

Età gestaz. settimane compiute Peso neonatale g
Indice di APGAR a 1 minuto /10 Lunghezza cm
a 5 minuti /10 Circonf. cranica cm

Rianimazione primaria 1 2 3 breve 3 intensa
Insufficienza respirat. (†) 1 2 3 lieve 3 discreta 4 grave

Disturbi neurologici 1 2 3 lievi 3 moderati 4 gravi

Fototerapia 1 2 Max bilirubina mg
Malformazioni 1 2 3 minori 3 maggiori

Traumi (†) 1 2 3 tratt. clavic. 3 altri:
Infezioni 1 2 3 lievi 3 gravi:
Altra patologia (†) 1 2 3 lieve 3 grave:

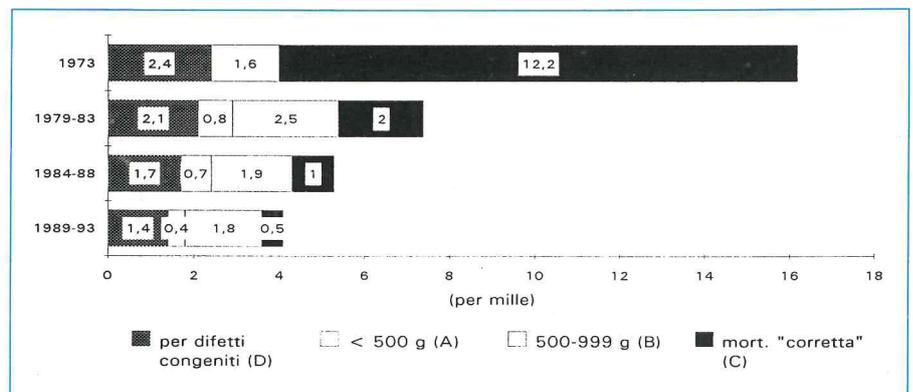
Trasfusioni di sangue (pg. 5) 1 2 3 numero di cui exanguinotrasfusioni

Prima suzione al seno 1 < 2 h 2 2-12 h 3 13-24 h 4 > 24 h
Latte materno alla dimiss. 1 2 3 parziale 3 totale

RICOVERATO (†) 1 2 3 a Trento a giorni 3 in altri ospedali
TRASFERITO fuori prov. 1 2 3 a giorni (codice prov.)
DIMESSO a domicilio a giorni di vita

Firma del compilatore COPIA PER IL SERVIZIO PIANO SANITARIO

Variazioni dei tassi di mortalità neonatale in quattro periodi per gruppi di causa (prov. di TN)



SECONDO OBIETTIVO - Negli ultimi vent'anni la mortalità del primo mese di vita (mortalità neonatale) è calata di ben quattro volte, dal 16.1 per mille nati (1973) al 4.1 per mille nati (1989-93), come ben si vede dalle diverse lunghezze delle quattro barre orizzontali, corrispondenti ai dati registrati in quattro diversi periodi di tempo.

All'interno delle barre sono evidenziate quattro categorie di neonati.

D - La prima (in grigio scuro) è costituita da neonati con gravi difetti congeniti: la mortalità di questo gruppo è costantemente scesa, quasi dimezzandosi e passando dal 2.4 all'1.4 per mille.

A - Una categoria di neonati neppure considerata vent'anni fa (erano considerati «aborti») era quella con peso inferiore a 500 g: negli ultimi 15 anni contribuisce per circa lo 0.5% al tasso di mortalità (circa 2 neonati all'anno su oltre 4000).

B - Interessante il terzo gruppo, di bassissimo peso, tra 500 e 999 g. Vent'anni fa anch'essi erano spesso considerati aborti e non si compilava nemmeno il certificato di nascita. Negli ultimi 15 anni la loro mortalità sta riducendosi sotto il 2 per mille (meno di 8 decessi all'anno).

C - Ma quello che più ci interessa è la netta riduzione della mortalità «corretta», quella di neonati di almeno 1000 g senza difetti congeniti gravi. Essi si sono ridotti di ben 25 volte in vent'anni (1973-1993), di 4 volte in dieci anni, di 2 volte in cinque anni: ne muoiono in tutta la provincia circa 2 all'anno, sempre su oltre 4000 nati (0.5 per mille).

siderazione ogni caso di decesso denunciato nel primo anno di vita, consultando tutte le schede ufficiali ISTAT.

I dati sulle malformazioni derivano dalle schede compilate per un'indagine policentrica nazionale e dalla banca dati del Consultorio genetico di Trento.

I dati di morbilità dei neonati ricoverati sono ricavati dalla banca dati dell'U.O. di Neonatologia di Trento.

La figura evidenzia le linee di tendenza di quattro tipi di mortalità, tracciate sui dati annuali assoluti registrati negli ultimi quindici anni.

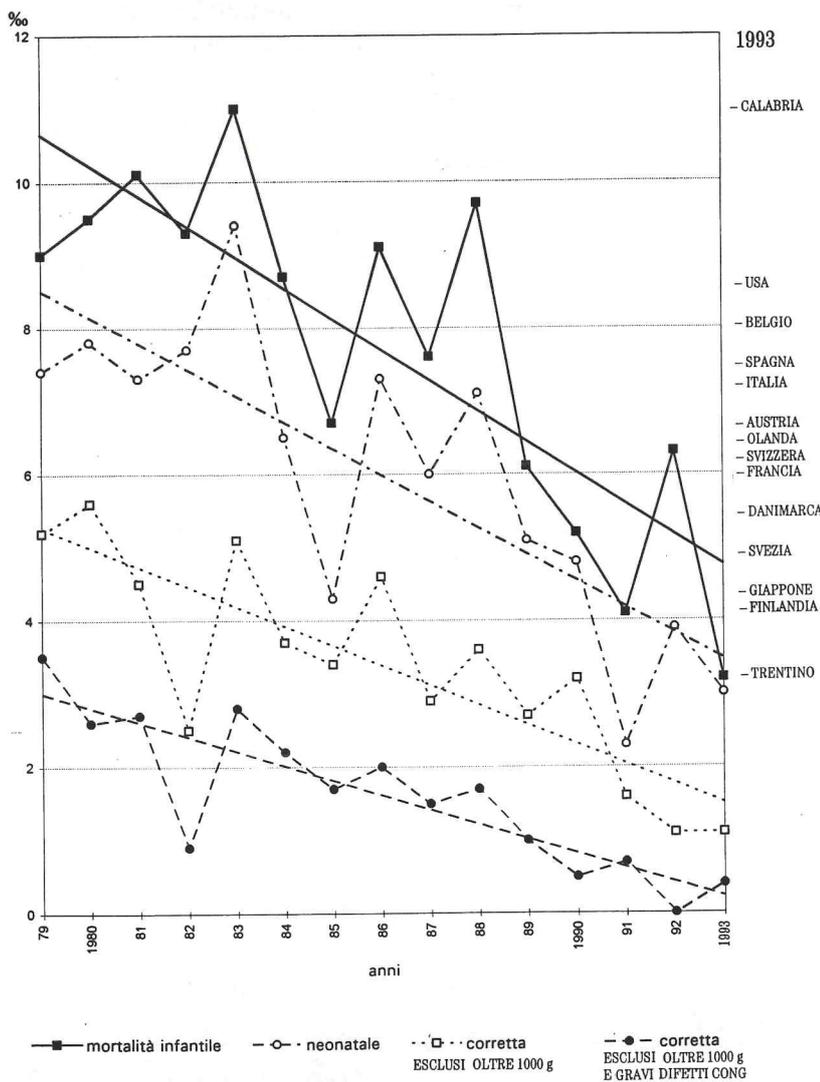
Dall'alto al basso sono registrati:

- i tassi ufficiali di mortalità infantile (nel primo anno di vita), secondo i dati dell'ISTAT;

Siamo passati da circa dieci bambini ogni 1000 nati a meno di cinque. Per il 1993 sono segnati a lato i tassi di mortalità (dati provvisori) di alcuni stati del mondo. È evidente l'ottima posizione della provincia di Trento.

- i tassi ufficiali di mortalità neonatale (nel primo mese di vita);

Mortalità infantile, neonatale, corretta C+D, corretta C (1979-1993)



Essi corrispondono, nell'ultimo quinquennio, al 79% della mortalità infantile (24 decessi su 115 denunciati tra il 1989 e il 1993).

- i tassi di mortalità neonatale «corretta», riferita a tutti i neonati, escludendo quelli di peso inferiore a 1000 g;

Come evidenziato sopra i neonati sotto i 1000 g contribuiscono a più della metà alle morti del primo mese di vita.

- i tassi di mortalità neonatale «corretta», escludendo anche i gravi difetti congeniti.

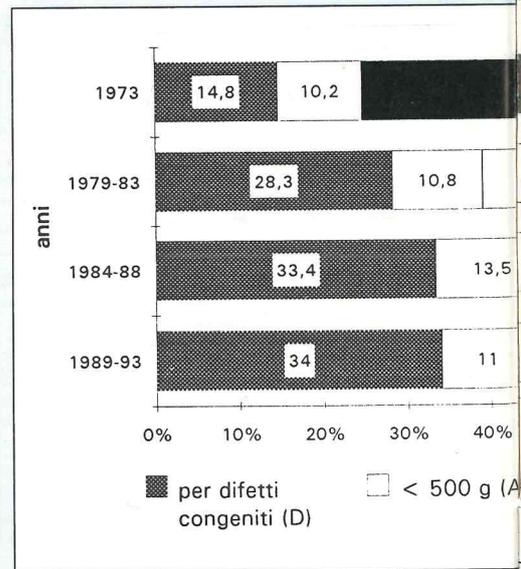
È evidente come, togliendo le due cause principali di morte, siamo arrivati ad una mortalità «corretta» che si avvicina ormai allo zero (0.5 per mille, in media due casi all'anno su 4500 nati) e che risulta quindi del tutto incompri-mibile.

mondo (8.5). Per il 93% la mortalità infantile è riferita a cause perinatali (in particolare basso peso e difetti congeniti).

In complesso la mortalità da 500 a 1499 g era già calata dall'85% del 1973 al 30-35% del 1989-90 (prima del trasferimento), ma ora è scesa a meno del 20% (media 1991-94). Nei bambini da 1000 a 1499 g nell'ultimo decennio è sempre stata inferiore al 5 per cento.

La categoria di neonati che ha avuto maggiori benefici negli ultimi anni è stata quella di peso 750-999 g. In questi neonati la mortalità era calata dal 73.5% (1977-86, NT1, pag. 239) al 47% (1987-89) e negli ultimi tre anni (dopo il trasferimento dell'Ospedale infantile) è ulteriormente scesa al 10-15%. È importante segnalare il fatto che solo il 3% di questi neonati è nato e deceduto in periferia senza essere ricoverato.

Composizione qualitativa in quattro periodi per gruppi



Il contributo delle quattro categorie proposte a pagina 5 è ben evidenziato nella figura che mostra le variazioni qualitative di mortalità neonatale. Attualmente oltre un terzo dei decessi è riferito a gravi malformazioni (34%), oltre il 50% a neonati di peso inferiore a 1000 g (53.9%) e appena il 12% a neonati di oltre 1000 g: enorme la differenza rispetto a vent'anni fa, quando la mortalità «corretta» superava il 75%.

In pratica la mortalità si riduce perché migliorano le strategie assistenziali su tre fronti:



TERZO OBIETTIVO: NON SOLO MENO MORTI, MA ANCHE MENO HANDICAP

L'handicap residuo da cause perinatali è stato studiato scrupolosamente su tutti i neonati ad alto rischio neurologico ed in particolare su tutti i nati di peso inferiore a 1500 g a due e a otto anni (dal 1976).

I casi di handicap grave sono stati in netta diminuzione nell'ultimo quinquennio, la metà dei casi rispetto al quinquennio precedente: 10 casi su 22.000 nati, cioè lo 0.45 per mille (vedi figura).

Nessun caso di cecità negli ultimi dieci anni (9.4).

Le emorragie cerebrali (IVH) e la leucomalacia periventricolare (PVL) sono state ricercate in tutti i neonati ad alto rischio.

Le IVH di 3-4 grado hanno colpito il 13.0% di tutti i VLBW trattati (il 5.5%

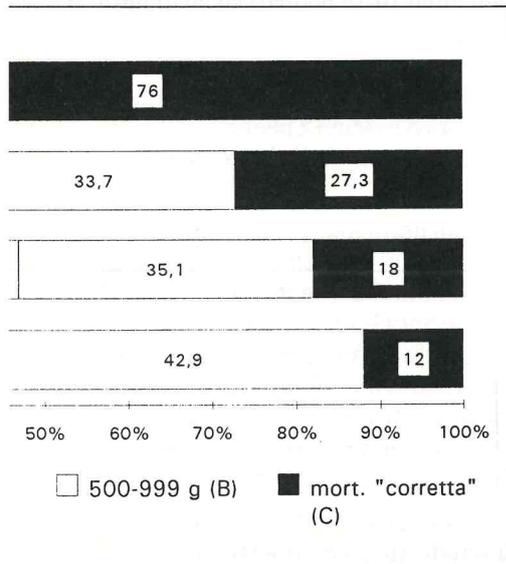
dei sopravvissuti); la PVL ha colpito il 4.9% dei sopravvissuti. I risultati sono a livello dei migliori dati riportati nella letteratura internazionale (9.3).

I casi di **paralisi cerebrale** «moderata» sono stati 4 su 100 VLBW; un solo caso di paralisi cerebrale «grave» in fetopatia alcolica (Tab. 9.1).

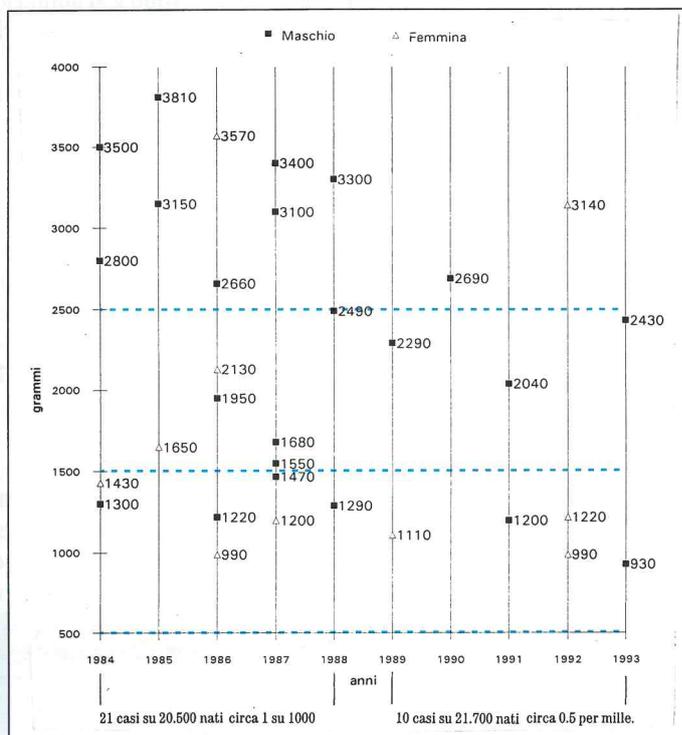
Sommando i casi di mortalità e di handicap grave nei VLBW abbiamo rilevato una percentuale più bassa rispetto ad altri studi di area disponibili nella letteratura internazionale (Fig.9.2).

A 8 anni abbiamo valutato 110 neonati VLBW (1977-1985) – il 94% di tutti i sopravvissuti – e li abbiamo paragonati a 34 bambini caso-controllo senza trovare differenze significative nei test psicometrici (rilevate in diversi altri studi - Tab. 9.2.h).

della mortalità neonatale di cause (provincia di Trento)



Casi di neonati con handicap perinatale grave per peso alla nascita e per anno



TERZO OBIETTIVO - La figura mostra anno per anno tutti i casi di handicap da cause «perinatali» (encefalopatie ipossico-ischemiche, infezioni, emorragie intracraniche,...) registrati in provincia di Trento negli ultimi dieci anni. Netto il miglioramento negli ultimi cinque anni rispetto al quinquennio precedente: si è passati da 1 caso su 1000 nati (21 casi su 20.500 nati) a 0.5 casi su 1000 nati (10 casi su 21.700 nati).

Interessante rilevare l'uniformità della distribuzione, malgrado oltre i 2500 g nasca il 94% dei nati e sotto i 1500 g solo l'1 per cento.

In pratica il rischio di handicap grave, da 500 a 1500 g è ora del 40 per mille (cinque casi su 200 nati); da 1500 a 2500 g è del 3 per mille (3 casi su 1000 nati); da 2500 g in su è dello 0.1 per mille (2 casi su oltre 20.000 nati).

nel gruppo D, i morti per malformazioni diminuiscono se funzionano bene consultorio genetico e familiare, servizi di diagnosi prenatale, chirurgia neonatale e ovviamente assistenza neonatale;

nel gruppo B i morti tra 500 e 999 g calano se l'assistenza ostetrica e neonatale sono ben integrate;

nel gruppo C i morti di almeno 1000 g si possono addirittura azzerare (ora siamo allo 0.5 per mille), ma solo con una programmazione globale e con personale perfettamente formato.

QUARTO OBIETTIVO: MENO COSTI IN RAPPORTO AI RISULTATI

La minimizzazione dei costi e degli sforzi e la massimizzazione dei risultati è un obiettivo sempre più richiesto da una logica «aziendale», nell'ottica del raggiungimento della «qualità totale»: non si devono studiare solo i rapporti **costi/efficacia** (per l'individuo e il medico), ma anche i rapporti **costi/utilità** (per il sistema sanitario) e soprattutto i rapporti **costi/benefici** (per la società).

Le scelte economicamente efficienti sono anche scelte etiche.

I costi per caso trattato riferiti al 1992 sono stati studiati in base alle risorse disponibili (Tab. 11.4.f). Il «numeratore» è costituito dalle **risorse** impiegate (spazio + personale + attrezzature) e dalle **spese** sostenute; il «denominatore» dai **casi** di neonati trattati o sopravvissuti.

Le RISORSE: solo col 1991-92 sono state fornite al livello minimo per poter garantire,

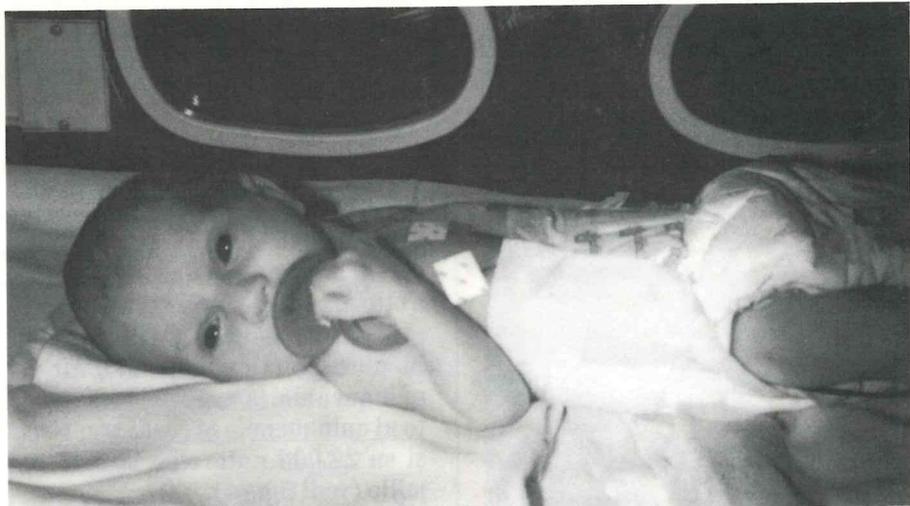
- come spazio, la contiguità con la sala parto (trasferimento dell'Ospedale Infantile al S.Chiera nel 1991);
- come personale, la guardia medica continua, l'assistenza neonatologica a 2500 nati, il trasporto assistito in provincia, un turno medio di 4 infermiere;
- come attrezzature, la possibilità di cure e monitoraggio per 8 posti di terapia intensiva e subintensiva, appena adeguati per circa 7 presenze medie al giorno.

È da evidenziare il fatto che il trasferimento dell'UTIN (oltre 3 miliardi per la sola Neonatologia) ha significato non solo un risparmio economico per l'accentramento di molti servizi, ma anche e soprattutto una maggiore e documentata efficienza in sala parto (più sopravvivenze, meno handicap), migliori possibilità di comunicazione con gli ostetrici, maggiore umanizzazione.

A distanza di pochi anni possiamo già affermare che le spese sostenute per il trasferimento della Terapia intensiva neonatale dall'Ospedalingo al S.Chiera sono state certamente restituite alla comunità trentina.

Le SPESE per la terapia intensiva sono state molto ridotte, soprattutto con l'approccio meno invasivo:

- **sempre meno i casi trattati con**



- ventilatore** (0.5 neonati ventilati ogni giorno) o con nutrizione parenterale (11.2.d/e) o con farmaci;
- **sempre meno le trasfusioni** (nei neonati 1000 g sono state ridotte da 5-6 per neonato nel periodo 1987-1991 a 4.4 nel 1992 e a 2.3 nel 1993, con 5 bambini su 13 non trasfusi affatto; nei neonati di 1000-1500 g si sono ridotte da 2.3-1.2 nel periodo 1987-1991 a 0.2 e 0.04 per neonato);
- **sempre minore l'incidenza di sepsi** (3.1%) e riduzione a zero della contaminazione da accesso venoso (11.3);
- **sempre minori le spese per farmaci e materiale sanitario** (dai 125-130 milioni all'anno nel 1992-93 ai 105 milioni del 1994, di cui il 25% per l'uso del surfattante e il 10% per il Nido);
- **sempre minore la durata della degenza**, sia per il back-transport sia per la riduzione del peso medio di dimissione del VLBW (calato da 2200 g a meno di 2100 g, con dimissioni anche a meno di 2000 g): questo è possibile solo con la maggior umanizzazione dell'ambiente, come si dirà più avanti.



Questo approccio ha comportato di conseguenza anche un sempre minor impiego di «tempo» dedicato alle CURE dirette (vedi punto 5), compensato da un maggior tempo dedicato alla comunicazione, alle verifiche e all'umanizzazione delle cure.

I CASI trattati: per ridurre i costi è possibile lavorare anche sul «denominatore», aumentando la numerosità dei sopravvissuti (più sopravvissuti, meno costi): se ora sopravvivono ogni anno 10-15 neonati su 20 di peso inferiore a 1000 g, i costi per neonato sopravvissuto sono almeno cinque volte minori rispetto a 5-10 anni fa, quando sopravvivevano 2 neonati su 20 (ovviamente a parità di risorse impegnate).

È poi praticamente impossibile fornire dati sul risparmio dei cosiddetti «costi indiretti»: **se noi consegniamo alla società individui sani, la società risparmia notevoli risorse, dato che ogni caso di handicap impegna molte spese per la qualità della sua sopravvivenza e riduce o annulla la produttività economica dell'individuo.**

Se abbiamo ridotto della metà i casi di handicap grave, questo non è solo un problema di «efficacia», ma anche di «efficienza».

Il «costo» di un neonato sopravvissuto è risultato pari a £ 15.500.000 se di peso 1000-1500 g ed a £ 28.000.000 se di peso inferiore a 1000 grammi; il «costo» di ogni giornata di degenza in terapia intensiva/subintensiva è risultato pari a £ 487.000. Questi costi sono relativamente bassi, anche se sono pochissime le possibilità di confronto (secondo dati internazionali si arriva fino a 70-100 milioni per un neonato di 500-1000 grammi e a oltre 1 milione per un giorno in terapia intensiva).

QUINTO OBIETTIVO: SEMPRE PIÙ COMUNICAZIONE E UMANIZZAZIONE

Non è che manchi l'interesse per questo tipo di obiettivi: nella maggior parte dei casi si dice che manca il «TEMPO». Il tempo è un importante fattore di costo, e quindi si preferisce investire tempo e risorse per le cure dirette anziché per questi obiettivi, giudicati «secondari».

Di regola si segue una priorità di interventi per cui si antepone l'efficacia e l'efficienza alla comunicazione. **Noi invece abbiamo ritenuto che le relazioni umane all'esterno e all'interno dell'ospedale siano un fattore eccezionalmente importante proprio per avere più efficacia (meno mortalità e meno handicap) e più efficienza (a minori costi).**

Solo curando a fondo i rapporti umani all'interno del bacino di utenza si riesce ad ottenere sia la concentrazione al 90% delle gravide ad alto rischio (fattore determinante per la sopravvivenza), sia la disponibilità a for-

nire dati epidemiologici al 99% (fattore determinante per fare verifiche); solo comunicando i risultati delle verifiche si convincono sempre più gli operatori periferici a trasferire gli alti rischi (siamo così arrivati a superare il 90% di VLBW nati a Trento - Tab. 11.2.c).

L'organizzazione che sta a monte di ogni ricovero neonatale è frutto di una intensa opera di comunicazione e di partecipazione.

Anche all'interno del reparto deve essere sviluppata l'arte del dialogo: solo con un programma di formazione permanente (anche rivolta all'esterno, cioè «regionalizzata»), solo con la costituzione di gruppi di lavoro integrato (medici e infermiere), si riesce a lavorare con competenza e con entusiasmo.

Infine, solo con una intensa comunicazione con le madri, con le famiglie ed anche con la cittadinanza si ottiene fiducia e collaborazione. Solo così, se i genitori sono responsabilizzati vivendo il più possibile vicino

al loro figlio, si riesce a dimettere i neonati a 2000 grammi (ricordiamo che vi sono ancora realtà in cui i neonati pretermine sono dimessi a 2500 g e oltre). Molto «tempo» è dedicato all'educazione sanitaria nei corsi preparto, durante la degenza e con l'attività di supporto di una Associazione laica (**Amici della Neonatologia Trentina**). Questo ha contribuito ad aumentare il tasso di allattamento con latte della propria madre a livelli insperati (80% dei neonati ricoverati in terapia intensiva).

L'allattamento materno alla dimissione è un discreto indicatore del livello di umanizzazione delle cure neonatali. In provincia è aumentato dal 75% del 1979 al 91% del 1988 e al 94% del 1993.

L'allattamento con latte materno ai neonati di peso inferiore a 1500 g è aumentato notevolmente dal 25 % (1970-71 - NT1, pag. 117) al 58% (1978), al 78% (1983-85), fino all'85% del 1992-93. Alla dimissione oltre il 60% del VLBW riceve latte materno (Tab. 11.2.g).

CONCLUDENDO

L'obiettivo finale concreto di tutta l'attività organizzata nei Consultori e nei reparti di Ostetricia e di Neonatologia in una determinata area geografica è certamente uno solo: avere neonati **più vivi e più sani**. Le famiglie e la società tutta pretendono da noi anzitutto un serio impegno di ridurre al minimo la mortalità infantile e la disabilità correlata alla nascita.

L'obiettivo primario deve essere raggiunto rispettando i criteri di massima razionalità (verificando, comunicando), di massima efficienza (a costi più bassi possibili) ed anche di massima umanizzazione (col massimo rispetto delle relazioni affettive e dei diritti del neonato).

Possiamo ancora migliorare, ma sempre perfezionando le idee di «**qualità totale**», un modo di affrontare i problemi che viene sempre più promosso nelle Aziende industriali e commerciali (in questo caso al fine di ottenere vantaggi economici).

Per ottenere vantaggi di salute per

il neonato occorre adottare le stesse strategie:

- prestare attenzione al «cliente», alle sue necessità, alle sue aspettative (per conquistare rispetto e fiducia);
- pianificare gli interventi e gestire i processi per migliorarli (con verifiche costanti);
- stimolare la partecipazione attiva totale, sia nel gruppo degli operatori sanitari (Dipartimento), sia tra i genitori.



Questa «partecipazione attiva» sposta il livello delle CURE prestate con scienza e coscienza ad un livello culturalmente superiore: passiamo dalle CURE alla «CARE» (usando qui un termine inglese mal traducibile che significa **non solo «curare» ma soprattutto «prendersi cura», farsi carico, sentirsi responsabile,...**): si tratta di interessarsi e preoccuparsi di ogni aspetto, medico, sociale, affettivo, partecipando alle aspettative, alle gioie, ai dolori dei genitori, **«come se il neonato fosse nostro figlio».**

Anche lo studio dei dati statistici, se fatto in funzione del miglioramento della salute neonatale, fa parte della «CARE».

Come sui muri della scuola di Barbiana, anche noi sui muri delle nostre Terapie intensive dovremmo scrivere «in grande» (come scriveva don Milani): «I care».

Mettendo il neonato e la sua famiglia al centro delle nostre attenzioni, non facciamo altro che il nostro dovere nei confronti dell'essere più debole e più inerme tra tutti i cittadini, un essere al quale la società riconosce (in realtà da pochi anni) il massimo dei diritti.

IL NEONATO TARENTINO 2

L'assistenza ostetrico-neonatale in provincia di Trento negli anni 1989-1993

1. Introduzione

- 1.1 I cinque obiettivi dell'assistenza perinatale
- 1.2 Le strategie, i metodi di raccolta dei dati
- 1.3 La situazione
(Aspetti geografici e demografici della provincia di Trento; organizzazione dell'assistenza ostetrico-neonatale)

2. La natalità

- 2.1 Natalità: dati nazionali e internazionali
- 2.2 Natalità in provincia di Trento
- 2.3 Natalità per mese
- 2.4 Natalità per comprensorio
- 2.5 Natalità per ospedale
- 2.6 Ospedale di nascita e residenza delle madri (II.6)
- 2.7 Residenza delle madri ed ospedale di nascita (II.7)

3. La madre - dati demografici

- 3.1 Luogo di nascita delle madri (III.1.a/b)
- 3.2 Età materna (III.2)
- 3.3 Età paterna (III.3)
- 3.4 Livello di istruzione delle madri (III.4)
- 3.5 Livello di istruzione dei padri (III.5)
- 3.6 Professione materna (III.6)
- 3.7 Stato civile della madre (III.7)

4. La gravidanza

- 4.1 Numero d'ordine del parto (parità) (IV.1)
- 4.2 Visite ostetriche ed ecografie in gravidanza (IV.2.a/b/c)
- 4.3 Corsi di preparazione alla nascita (IV.3.a/b)
- 4.4 Test pregravidici per rosolia e toxoplasmosi (IV.4)
- 4.5 Ipertensione e minacce d'aborto (IV.5)
- 4.6 Fumo e alcool in gravidanza (IV.6.a/.../i)
- 4.7 Toxoplasmosi in gravidanza (B.Stabile)
- 4.8 Tossicodipendenza in gravidanza (A.Mazza)
- 4.9 Infezione da HIV in epoca neonatale (A.Mazza)

5. Il parto

- 5.1 Taglio cesareo (V.1.a/b/c/d)
- 5.2 Forcipe e ventosa
- 5.3 Asfissia neonatale (V.3)
- 5.4 Frattura della clavicola (V.4)
- 5.5 Parti gemellari
- 5.6 Fattori predittivi del parto a rischio (A.Romeri, P.Facchin, A. Antolini)

6. Età gestazionale e peso neonatale

- 6.1 Età gestazionale (VI.1)
- 6.2 Età gestazionale per ospedale di nascita (VI.2)
- 6.3 Peso neonatale (VI.3)
- 6.4 Peso neonatale per ospedale di nascita (VI.4)

7. I primi giorni di vita

- 7.1 Ittero neonatale e fototerapia (VII.1)
- 7.2 Durata della degenza del neonato (VII.2)
- 7.3 Allattamento materno alla dimissione dall'ospedale (VII.3.a/b)
- 7.4 Medicina preventiva neonatale - screening (F.Pederzini)

8. La mortalità neonatale

- 8.1 Abortività spontanea e volontaria (VIII.1.a/b)
- 8.2 Dati nazionali e internazionali di mortalità (VIII.2)
- 8.3 Nati-mortalità e mortalità perinatale (VIII.3)
- 8.4 Mortalità neonatale (VIII.4)
- 8.5 Mortalità infantile

9. L'handicap da cause perinatali

- 9.1 Follow-up dei neonati ad alto rischio neurologico (L. Ghersini, F. Pederzini)
- 9.2 Controllo a 8 anni dei neonati di peso inferiore a 1500 g (F. Pederzini, M. Berti, L. Ghersini) (IX.2.a/b)
- 9.3 Lesioni cerebrali rilevate ecograficamente nei VLBW (1989-93) (R. Malossi, E. Marsilli) (IX.3)
- 9.4 La retinopatia del pretermine (M. Berti, E. Zampedri)

10. Le malformazioni congenite

- 10.1 Anomalie congenite - Commento al Registro 1989-1993 (S. Belli) (X.)
- 10.2 Attività del Consultorio genetico di Trento (S. Belli)

11. Terapia intensiva neonatale

- 11.1 Attività dell'Unità di Terapia intensiva neonatale di Trento (1989-93) (G. De Nisi)
- 11.2 Valutazioni delle cure al neonato di peso molto basso (1989-93) (M. Coraiola)
- 11.3 Sorveglianza delle infezioni nosocomiali in Terapia intensiva neonatale (1989-93) (M. Cologna)
- 11.4 Analisi dei costi delle prestazioni dell'U.O. di Neonatologia di Trento (1992) (G. De Nisi)

12. Conclusioni

- APPENDICE - Tabelle, Registri
(sono indicati con numeri romani, corrispondenti al capitolo di riferimento)
- Attività scientifica





Provincia autonoma di Trento
Assessorato alle Attività sociali e Sanità
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari

U.O. di Neonatologia - Ospedale S. Chiara - Trento

Società Italiana di Neonatologia - Sez. Trentino-Alto Adige

L'ASSISTENZA AL NEONATO IN PROVINCIA DI TRENINO

Trento, 21-22 aprile 1995

Sala Congressi della Cooperazione
via Segantini, 10 - Trento

Con il patrocinio: della Società Italiana di Medicina Perinatale
della Società It. di Pediatria -Sez. Regionale Trentino-Alto Adige
dei Dipartimenti materno-infantili della provincia di Trento
dell'Associazione AMICI DELLA NEONATOLOGIA TRENINA

Venerdì 21 aprile 1995, ore 16.30

SALUTO UFFICIALE DELLE AUTORITÀ

- dott. Pino Morandini, Assessore provinciale alla Sanità e alle Attività sociali
- dott. Marino Nicolai, Direttore generale dell'Azienda provinciale per i Servizi Sanitari
- prof. Giorgio Rondini, Presidente della Soc. Italiana di Pediatria
- prof. Giulio Bevilacqua, Presidente della Soc. Ital. di Medicina Perinatale
- prof. Giovanni Bucci, Presidente della Società It. di Neonatologia

RELAZIONI

- ore 17.00 prof. Giovanni Bucci: La Neonatologia italiana verso il 2000
- ore 17.20 prof. Emilio Arisi: L'integrazione tra Ostetricia e Neonatologia
- ore 17.40 prof. Franco Macagno: Efficienza, organizzazione, regionalizzazione
- ore 18.00 dott. Dino Pedrotti: Rapporto sullo stato di salute del neonato trentino
- ore 18.30 Discussione

Per tutti i partecipanti sarà disponibile un fascicolo estratto dal volume **IL NEONATO TRENINO (2)**, edito dall'Assessorato prov. alla Sanità di Trento, con i dati rilevati ed elaborati negli ultimi 15 anni (1979-1993) su tutto il territorio della provincia

Saranno esposti dei poster su argomenti di epidemiologia perinatale e di valutazione delle cure.

Sabato 22 aprile 1995

ore 8.30 TAVOLA ROTONDA:
«Epidemiologia perinatale area-based e confronto con i dati trentini»

Moderatori: prof. Giorgio Rondini (Pavia),
prof. Firmino Rubaltelli (Modena)

- dott. Maurizio Bonati (Milano): La necessità di valutare sistematicamente l'assistenza perinatale
- dott. Carlo Corchia (Sassari): Verifiche delle cure neonatali su piccole aree
- prof. Franco Macagno (Udine): Epidemiologia perinatale area-based in Friuli-V. Giulia
- prof. Giuseppe Rinaldi (Foggia): Informatizzazione dei dati perinatali dei VLBW di tutta la provincia di Foggia
- prof. Umberto De Vonderweid (Trieste): Esiti neurologici nei neonati di peso molto basso
- dott. Savino Mastropasqua (Acquaviva delle Fonti, Bari): Costi delle prestazioni in Neonatologia

ore 10.00 Discussione

ore 11.00 TAVOLA ROTONDA:
«Semplificazione e ottimizzazione delle cure intensive neonatali»

Moderatori: prof. Marcello Orzalesi (Roma),
prof. Rodolfo Bracci (Siena)

- dott. Giuseppe De Nisi (Trento): Assistenza respiratoria
- dott. Fabio Pederzini (Trento): Alimentazione precoce nei VLBW
- dott. Maurizio Coraiola (Trento): Terapia infusionale e bilancio idrico nei VLBW

ore 12.00 Discussione

Conclusioni: prof. Giovanni Bucci (Roma)

18 febbraio 1995 - Un incontro molto interessante sul tema:

«COME CRESCONO I BAMBINI NATI PREMATURURI»

Il 18 febbraio 1995 abbiamo tenuto un seminario su questo appassionante tema. Possiamo dire che l'argomento ha interessato ed appassionato tutti i partecipanti invitati, che sono stati i pediatri di base della provincia (20) e i neuropsichiatri infantili (10), oltre a noi neonatologi ed alcune infermiere della Terapia Intensiva Neonatale.

Proprio le infermiere sono state invitate per riferire su quanto avviene attorno al neonato, sulla loro esperienza a fianco con i genitori, sulle iniziative del reparto per rendere più umano il periodo della degenza in ospedale. Per parlare di come crescono i bambini a 7-8 anni abbiamo dedicato ampio spazio ai primi momenti della vita di questi bambini ed ai loro genitori, per il significato che può avere su tutto il periodo successivo, attraverso l'infanzia. Abbiamo invitato anche un «esperto» osservatore dei genitori e bambini nati prematuri, proveniente da una realtà diversa (dott.ssa M. Concetta Scavo, di Mestre): ha sollevato grande interesse ripercorrere l'esperienza che fanno i genitori dalla nascita alla dimissione. Il confronto con altri reparti di terapia intensiva neonatale ha reso ancora più evidente il significato di ogni iniziativa di una-



nizzazione tesa a facilitare il rapporto madre-neonato.

«Come crescono i bambini nati prematuri», un interrogativo inquietante, ha riproposto alla discussione la necessità di un follow-up ben organizzato con la collaborazione del neuropsi-

chiatra, dell'oculista e di altri consulenti nei primi due anni di vita. Il pediatra di base ed il neonatologo possono lavorare in stretta collaborazione, per dare continuità di cura. Un gruppo di studio, nel corso della giornata del seminario, si è occupato di come organizzare bene questa collaborazione.

Infine il seminario ha aperto una finestra rassicurante su come vanno a scuola i bambini nati prematuri nel Trentino, come crescono di statura e peso, come stanno di salute. Queste ed altre informazioni sono state raccolte in particolare modo da chi, come i pediatri di base e i neuropsichiatri, possono trovarsi a seguire bambini ormai cresciuti e possono aver bisogno di interpretare la crescita del bambino per fare un intervento adeguato, quando necessario.

Per tutti i partecipanti è stata una giornata ricca di confronti e di approfondimenti, per realizzare sempre più il massimo della integrazione tra neonatologo, pediatra di base e neuropsichiatra infantile ed eventuali altri operatori, con il minimo della medicalizzazione possibile per il bambino e la sua famiglia.

Fabio Pederzini





Nella riunione del nuovo Comitato Direttivo dell'A.N.T. era stata messa in evidenza la necessità di orientare ancor più l'attività dell'Associazione verso i problemi umani e verso la difesa dei Diritti del Bambino (all'argomento era stato dedicato il Convegno dell'8 marzo 1994).

Il «diritto ad un'infanzia felice», al di là delle garanzie di salute fisica, è un diritto che cerchiamo di assicurare anzitutto in occasione dei primissimi rapporti tra neonato e genitori. Nel prossimo numero di NT parleremo ancora di sentimenti e di un'organizzazione che facilita i contatti col figlio nel difficile momento del ricovero per patologia neonatale.

Ma poi vogliamo verificare se il diritto ad un'infanzia felice è garantito nei primi anni di vita.

Un figlio è «felice» se gli è consentito di essere se stesso, di sviluppare liberamente la sua personalità, se viene accettato e compreso; sarà felice quando sarà capace di amare.

Ma i bambini come vivono questa parola? Cos'è per loro la «felicità»? Abbiamo voluto chiederlo ai bambini stessi, ai bambini della scuola. L'insegnante signora Lessi, che fa parte del nostro Direttivo, ha curato un'importante iniziativa, in accordo con la Sovrintendenza scolastica provinciale e in collaborazione con il Comitato UNICEF di Trento.

Circa trecento bambini della scuola dell'obbligo hanno risposto in vari modi agli interrogativi sulla felicità.

Siamo tutti invitati, sabato 13 maggio, ad osservare i loro «compiti» e ad imparare da loro, se necessario, un messaggio di fiducia.

Non solo vivi e sani: vogliamo bambini felici

COMPITO IN CLASSE: «COS'È LA FELICITÀ?»

«La felicità per un bambino è fatta di cose semplici, il seno di sua madre, una carezza, una risposta giusta, un piccolo regalo, un prato silenzioso dove possa giocare con suo padre...» (pag. 171).

«Se l'ambiente familiare sarà sereno, creativo, sicuro, onesto, la felicità del figlio e dei suoi genitori sarà una conseguenza logica» (pag. 145).

«Il bambino non nasce né violento, né consumista, né nervoso, né viziato, né pigro: noi lo renderemo tale, se lo vogliamo; noi lo potremo rendere felice o infelice,...» (pag. 162).

Dal libro «Bambini sani e felici»

L'Assemblea generale delle Nazioni Unite... proclama la presente Dichiarazione dei Diritti del Bambino, affinché esso abbia **un'infanzia felice...**

Il bambino, per il sano e armonico sviluppo della sua personalità, ha bisogno di amore e di comprensione,... Deve crescere in un'atmosfera di affetto e di sicurezza materiale e morale.

Dalla Dichiarazione dei Diritti del Bambino (ONU, 1959)



Gli Stati... riconoscono che il fanciullo, per il pieno ed armonioso sviluppo della sua personalità, deve crescere in un ambiente familiare, **in un'atmosfera di felicità, amore e comprensione.**

Dalla Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia (ONU, 1989)

Se avessi un figlio vorrei fare di lui un uomo felice. E allora, prima di tutto, gli direi sempre e su tutto la verità. Perché quello che rende infelice e disperato un bambino è accorgersi che i genitori gli hanno mentito.

D.M. Turollo (1916-1992)

L'11-12 maggio più strade si incrociano per un'INFANZIA FELICE

LA FELICITÀ: È TUTTA QUESTIONE DI GIUSTIZIA

La «felicità» per cui mi piace adoperarmi, per me e per gli altri, è tutta questione di giustizia. Per parte mia è proprio brutto che si continui a sostenere che di felicità in questi tempi ce ne sia fin troppa (a certi bimbi pare non manchi nulla) mentre c'è chi la ritiene solo privilegio di pochi. Ho mille buone ragioni per difendere la felicità «giusta», spesso umiliata e confusa con il benessere economico, ricercata nelle grosse eredità od in effimeri colpi di fortuna.

La «questione di giustizia» sta proprio qui, che ognuno di noi può conseguirla in tante infinite occasioni della vita e perfino regalarla agli altri, se ce ne fosse bisogno.

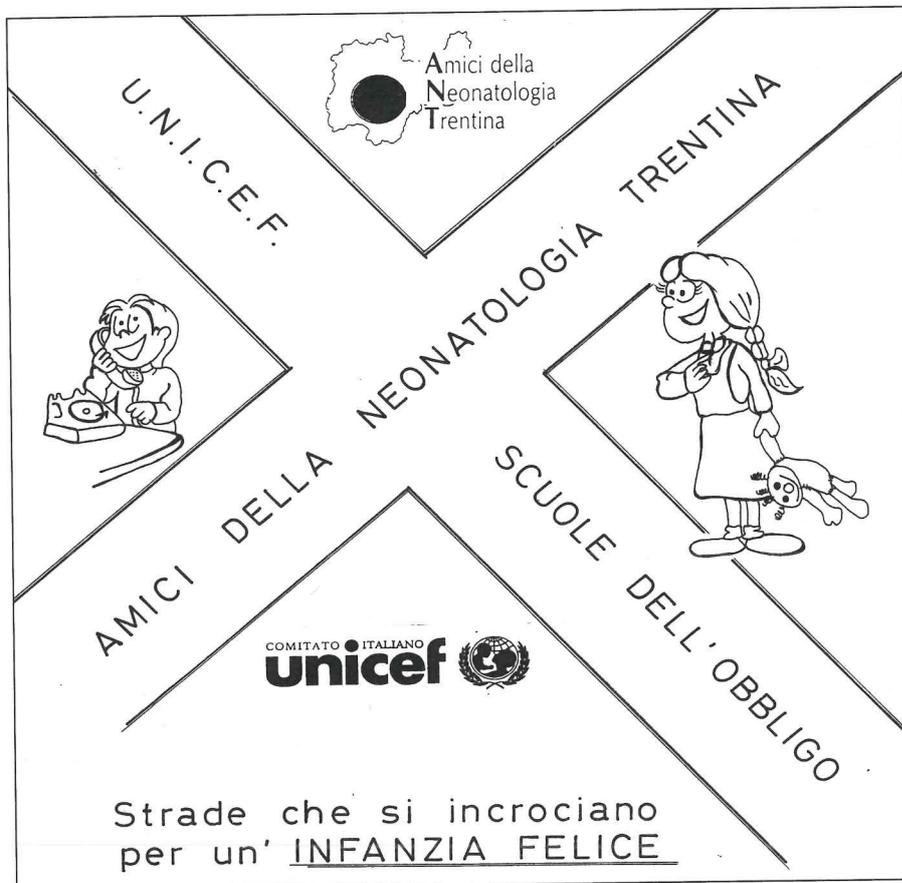
Per queste e molte altre ragioni è bellissimo ed indispensabile impegnarsi affinché al più presto chi si affaccia alla vita maturi la giusta interpretazione della felicità, come condizione economica sociale.

Affiancarsi ai nostri figli e nipoti ed aiutarli a riconoscerla e rincorrerla vuol dire aiutarli ad individuare il colore giusto da conferire alla loro esistenza. Certo è più probabile avvertire i suoi segnali al di fuori della confusione, perché la felicità è schiva (come tutti i nostri sentimenti): questi segnali dapprima timidi diventeranno poi inconfondibili e forti.

L'ascolto e l'attenzione faranno di sicuro riemergere per ognuno infinite «storie» di felicità, grandi o piccole, ma comunque impregiate da quel colore di cui ho parlato prima.

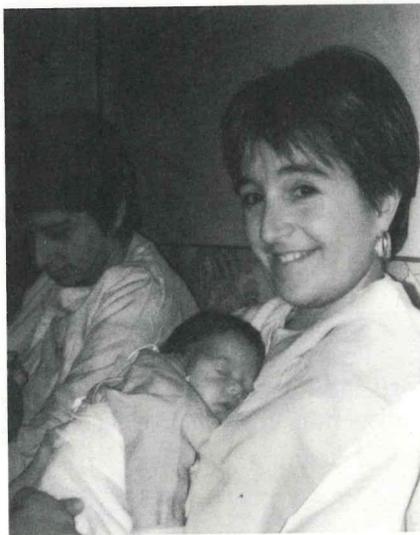
L'incontro con un amico, l'aiuto prestatogli o ricevuto, il sorriso di un vecchio con la nostra complicità, la gioscosità di un bimbo, un problema risolto a fatica, ma con soddisfazione nel lavoro e nella famiglia, la stessa vita che continua nei nostri figli: esperienze che ci appagano dentro, ci valorizzano o ci rinforzano per il futuro. È come ritrovarsi (o mantenersi) bambini e vivere da poeti o forse anche solo uomini veri. E non è poco.

Ho detto alcune cose mie, perché



storie più nuove e più belle le attendiamo dai bambini e ragazzi coinvolti nel Progetto attivato.

Ho potuto ascoltarne una che par-



lava di un bimbo felice quando riuscì a dialogare con un ruscello chiacchierino...; un'altra ancora che raccontava di un povero vecchio di montagna che riuscì a diventare felice quando scoprì il mare negli occhi azzurri del nipotino; e poi di quella mamma che aveva e distribuiva tanta felicità nella sua linda casetta; ed ancora quella di un medico bianco che curava felice bambini malati di tutti i colori.

Ho già anticipato troppo, a dimostrazione che molti di loro sembrano aver riconosciuto la felicità che possono fare propria poiché sta dietro l'angolo pronta a farsi acchiappare. E sarà tanto più bello il gioco quanto più vinceremo la sfida di far rientrare il mondo intero.

Una fortuna ed una ricchezza!? A presto con la parola ai bambini.

Maria Pia Lessi

L'UNICEF in prima fila per promuovere tutti i diritti dell'infanzia



L'UNICEF ha aderito a questa proposta della Neonatologia Trentina per tentare di dare un contributo significativo a questa tematica, particolarmente attuale, relativa al bambino e al suo sviluppo affettivo e socio-culturale.

La Convenzione Internazionale dei Diritti dell'Infanzia, approvata il 20 novembre 1989, è una autentica possibilità per affrontare, da ogni punto di vista, il tema dell'infanzia come vera e propria occasione di crescita sociale, come proposta di collaborazione per **identificare nei diritti dell'infanzia i motivi basilari per la nuova società** che dovrà crescere dalla cenere dei millenni in cui l'umanità si è dibattuta in contrastanti forme politiche, morali e sociali.

Siamo veramente entrati in un'epoca nuova in cui bisogna costruire tutto, proporsi al mondo come anticipatori di un futuro che può riguardare l'infanzia «felice». È una singolare esperienza che vogliamo tentare rivolgendosi principalmente ai ragazzi.

Chi sia un bambino felice è una domanda imbarazzan-

te e provocatoria perché in realtà nessuno, né filosofi, né sociologi, né moralisti ci hanno mai dato finora una definizione, non dico del bambino felice, ma del bambino che viene al mondo, in mezzo a noi, chiamato da noi. Imbarazzante e provocatoria proprio per questo.

Occorre quindi aprire un dibattito su quello che «sente» un bambino nella società.

Bisogna tentare di conoscere nei particolari i problemi e i drammi che travagliano il mondo dell'infanzia, di tutta l'infanzia, anche di quella dei paesi ricchi. È ormai evidente a tutti che qualcosa è accaduto in quel mondo segnato da una incomprensibile mancanza di comunicazione fra il mondo degli adulti e il mondo dei bambini, da un mancato riconoscimento della peculiarità e delle specificità delle caratteristiche dell'età infantile: un mondo che non risparmia ai bambini nessuna sofferenza, che, in molti casi, nega loro i diritti più elementari.

Loredana Speranza

UN GRAZIE DI CUORE A TUTTI GLI AMICI GENEROSI!

Cari Amici, se la nostra attività di promozione della «cultura del neonato» migliora sempre più, certamente a vantaggio dei bambini e delle loro famiglie, lo dobbiamo soprattutto al fatto che sta aumentando sempre di più la Vostra partecipazione al nostro lavoro.

Già i due incontri che Vi proponiamo sono particolarmente onerosi per noi. Ma possiamo dire che, di fronte alle difficoltà, non ci è mai mancata la Vostra solidarietà. Per ringraziarvi non possiamo fare altro che elencare qui, come ogni altra volta, una serie di nomi di persone generose che ci hanno aiutato a organizzare molte attività (dicembre 1994 - febbraio 1995).

Francesco Pederiva, Corrado Rigo, Sandro e Giulia Gabos, Pio Nicolini, Giovanni Holzer, Giovanna Pediconi, Marco Pedron, Ivano Vera, Giovanni Gentilini, Gino Comandella, Beniamina Faes, Augusta Zannetti, Arciso Zannetti, Elisabetta Barozzi, Luciana Zanella, Margherita Franch, Davide Caset, Arrigo Spagolla, Morgana Fia, Giorgio Tonini, Fabrizio Cattani, Domenico Paoli, Gabriele Banal, Alberto Defant, Alessio Rosani, Sergio Pellizzari, Paola Belli Viola, Arturo Boninsegna, Graziano Cristoforetti, prof. Carlo Moggi, Fabrizia Lunelli, Gruppo Scout Trento 2, Pierluigi Maffei, Giampiero Chiusole, Walter Berretta, Ivan Marcantoni, Marco Scarpari, Manuela Zorzi Versini, Alberto Defant, Stefania Roccabruna, Aldo Foti, Marcello Zampedri, Ivo Lazzeri, Lorenzo Faes, Antonia Dessena, Danilo Ianeselli, Franco Pooli, Stefano Zocca, Mario Corradi, Delia Ioppi, Fabrizio Omezzoni, Ivo Chisté, dipendenti CCIAA, Angelo Valentini, Fabia Miorelli, Mario Caroppo, Cristina Roncher, Monica e Carlo Biasi, Rita Magagni, Valerio Galvagni, Verena Carini, N.N., Gianpaolo Mezzanotte, Lionello Magnani, Claudio Candioli, Sandro Zanghellini, Andrea Balter, Giangiaco Tadd-

dei, Donato Fanelli, prof. Piera Buttitta, Valerio Mori, Rosanna Manara, Sergio Sartori, Maurizio Merler, Marco Vaccari, Patrizia Loreface, Alberto Flavia Zanolli, Sandro Broseghini, Mauro Roberta Giuliani, Paolo Bortolotti, Flavia Gerola, Rosantonella Uasone, Ettore Vivaldi, Tommaso Montefusco, Francesco Alibrandi, M. Fiorella Pantarotto, Nicola Tomedi, Dino Finotti, Enrico Cortelletti, Giorgio Armanini, Monica Ripamonti, Michele Gaigher, Serena e Doriana Piffer, personale Neonatale Feltre, Lino Stefani, Danilo Prada, Vilma Arman, Antonella Pezzè, Arnaldo Padovani, Fausto Rech, Marco Cozzio, Arianna Vanzetta, Bianca Biffi, Silvano Taddio, Giorgio Sassudelli, Sara Brugnara, Carla Beluschi, Andrea Vettori, Alessandro Angeli, Silvia Bachelet, Elisabetta Caliciotti, Giuseppe Greco, Paolo Facci, P. Mastroiacovo, Daniel Geiser, Evelina Maestranzi, Sergio Caracciolo, Sabrina Chiesa, Gabriella Andreatta, Alice Loreface, Marisa Soracreppa, Yvonne M. Bezrucka, Vittorio Olivotto, Raffaella Marchiodi, Fulvia Pantanò, Lucia Menapace, Estela Boccardi, Marco Pegoretti, n.n., Enzo Donini, Franco Rovea.

Amici della Neonatologia Trentina - U.N.I.C.E.F.

Sovrintendenza scolastica della Provincia di Trento

IL DIRITTO AD UN'INFANZIA FELICE

12-13 maggio 1995

Aula Magna dell'Istituto Arcivescovile
via Endrici, 23 - TRENTO

Venerdì 12 maggio - ore 9.30

- Esposizione e presentazione degli elaborati di alunni delle scuole dell'obbligo sul tema: «INFANZIA FELICE»
- «CIELO D'INCHIOSTRO», spettacolo animato da Giacomo Anderle

Sabato 13 maggio - ore 15.30

- TAVOLA ROTONDA sul tema: IL DIRITTO AD UN'INFANZIA FELICE, con la partecipazione di Ch. Baker, A. Conci, M.P. Lessi, D. Pedrotti, G. Pompei
- Ha collaborato con noi la CASSA RURALE di VILLAZZANO e TRENTO

Concluso su RTTR il ciclo di trasmissioni «SANI E FELICI»

Dopo una lunga serie di 22 trasmissioni, si è concluso il ciclo di incontri dedicato alla salute del bambino e della famiglia. Le trasmissioni sono state molto partecipate e c'è una generale impressione che siano veramente servite a migliorare le idee sulla prevenzione e sul comportamento da tenere per avere bambini sempre più sani e sempre più felici. Le ultime trasmissioni hanno avuto per tema: la febbre (10.1), i farmaci (17.1), la medicina preventiva (24.1), gli incidenti (31.1), la scuola materna (7.2), le vaccinazioni facoltative (14.2), le malattie croniche (21.2), le malattie allergiche (7.3), le vitamine e il fluoro (14.3), la pianificazione familiare (21.3), la prevenzione dell'handicap (28.2), il diritto ad un'infanzia felice (4.4).

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.

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!

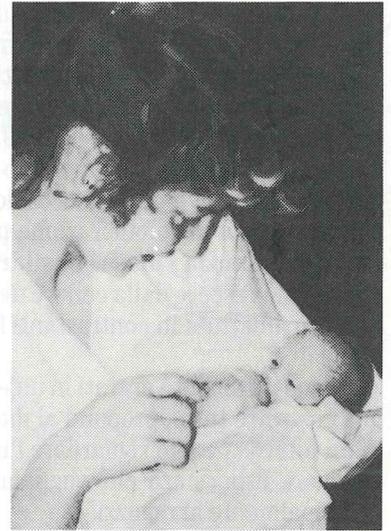


NEONATOLOGIA TRENINA
Periodico trimestrale degli AMICI DELLA
NEONATOLOGIA TRENINA,
Largo Medaglie d'Oro, 1, 38100 TRENTO
Tel. (0461) 903512 - Fax 903505.
Autorizz. del Tribunale di Trento n. 628 del
25.2.89-
Spedizione in abb. postale pub. inf. 50%

Direttore: Dino Pedrotti
Vice direttore: Giuseppe De Nisi
Direttore responsabile: Danilo Fenner
Comitato di redazione: Adriana Acler, Alba Donato, Barbara Sandionigi Pace, Loretta Ghersini, Irene Gutterer, Liliana Iseppi, Fabio Pederzini, Paola Trainotti.
Stampa: Alcione - Trento

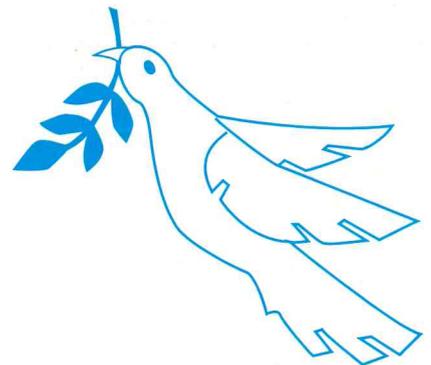
Invitiamo tutti coloro che desiderano ricevere il nostro giornale a richiedercelo, scrivendo a «Neonatologia Trentina» - Ospedale S. Chiara - 38100 Trento e fornendoci l'indirizzo esatto.

È molto gradita la partecipazione: attendiamo i Vostri scritti, le Vostre fotografie, le Vostre impressioni, le Vostre comunicazioni su ogni argomento che riguardi



il neonato, la famiglia, la Neonatologia.

Dopo questo numero speciale riprenderemo a pubblicare articoli scritti dai lettori, risposte a loro richieste, fotografie di momenti particolari. Saranno molto gradite le Vostre impressioni sulle giornate di studio presentate in questo numero e su quanto pubblicato nel volume «Il Neonato Trentino».



Auguri