

NT Neonatologia Trentina

Periodico trimestrale dell'ANT - Amici della neonatologia

Spedizione in abbonamento postale - Pubblicità inferiore al 50%

Una solida base per curare, organizzare, comunicare

UN PERSONALE SEMPRE PIÙ AGGIORNATO E MOTIVATO

La Neonatologia del 2000 deve interessarsi del neonato a **360 gradi**, dal punto di vista non solo medico, ma anche organizzativo, politico, sociale, etico, affettivo, umano... Chi lavora attorno al neonato nel momento più critico della vita non deve compiere solo atti medici di cura, ma anche e soprattutto atti umani motivati.

Già tre anni fa (giugno 1993) abbiamo dedicato un numero di NT alle Infermiere, definite «il motore principale dei reparti ospedalieri». Già allora si scriveva che esse sono «le protagoniste di un'assistenza efficiente ed umana». Merito delle infermiere aver capito e attuato quel **trasporto assistito** dei neonati che da oltre vent'anni è una efficacissima pedina della nostra regionalizzazione.

Merito delle infermiere aver attuata la massima umanizzazione delle cure (la «Care», come abbiamo scritto su NT del giugno 1995, fatta sì di **umanesimo**, ma su una base di **efficienza**: altrimenti è una falsa umanizzazione).

Merito delle infermiere essersi dedicate soprattutto in questi ultimi anni allo studio e alla ricerca infermieristica nell'ambito di «**gruppi di lavoro**», presentati su questo foglio tre anni fa e ora sempre più consolidati. Basta leggere riga per riga quanto attuato nel 1995 e i propositi per il 1996.

Nelle pagine seguenti la formazione del personale viene paragonata al



basamento di un tempio greco, su cui poggiano non solo l'**altare delle cure dirette** (la parte certamente più consistente della nostra attività), ma anche - a lato dell'altare - due robusti colonnati con le colonne dell'**organizzazione** (il «lato tecnico» comprendente regionalizzazione, trasporto, informatizzazione) e le colonne della **comunicazione** (il «lato umano» riguardante la partecipazione, la «care», l'allattamento,...).

Le cure sprofondano se non c'è un basamento solido. Le cure degradano se non sono protette dalla copertura sorretta dai due colonnati (colonne solide e sicure, se solido è il basamento).

Dovere nostro consolidare il basa-

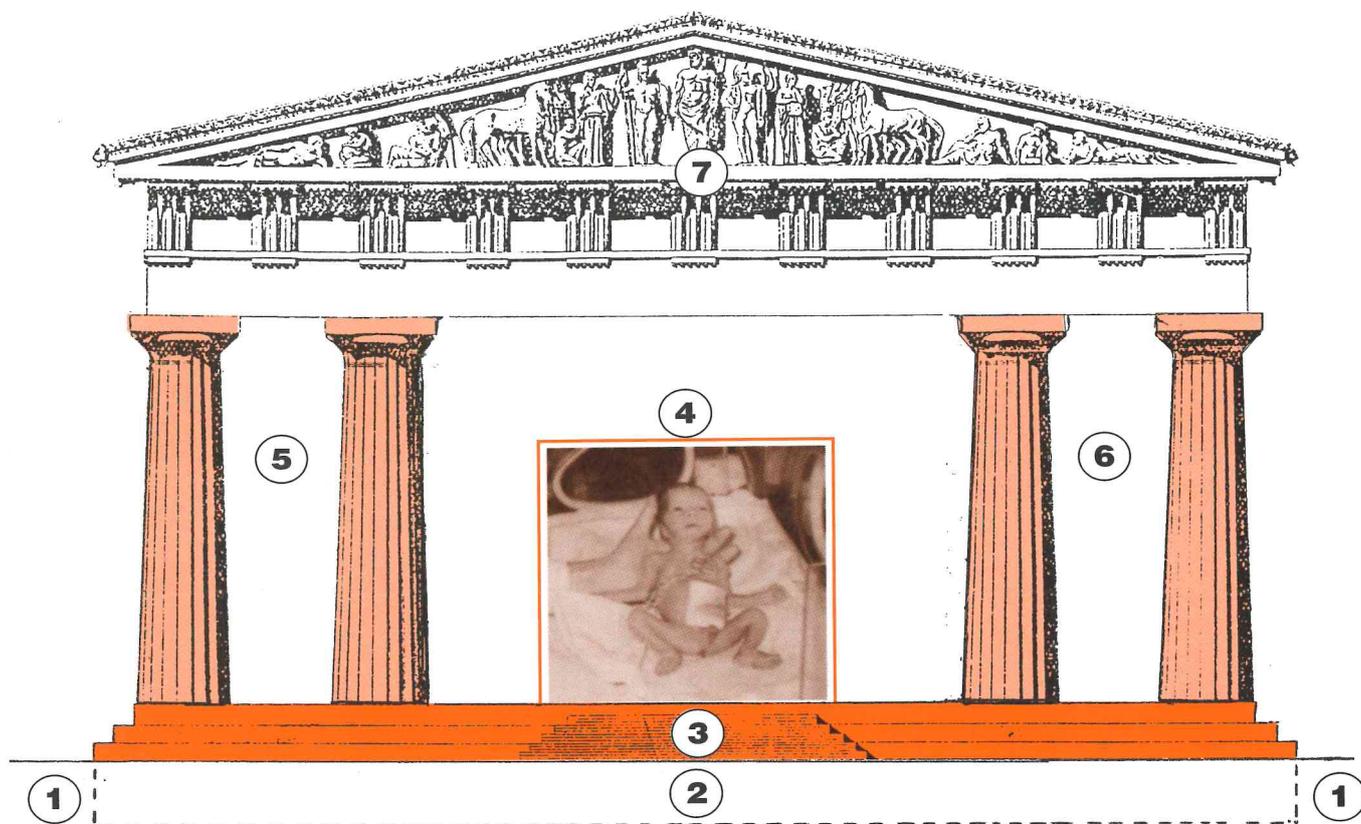
mento: l'Associazione è sempre più impegnata nell'investimento di risorse su questa direzione. Grazie alle infermiere e grazie anche ai nostri Amici.

In questo numero non si parla solo di aggiornamento e di formazione del personale: ci auguriamo che vi sia particolare interesse anche ai risultati delle cure, al ruolo del pediatra di base, al problema delle lavoratrici madri di prematuri, al nuovo piano sanitario, all'arrivo del nuovo primario pediatra di Trento, alle diverse attrezzature che acquisteremo con la collaborazione dei nostri Amici.

Buona lettura, buona estate a tutti.
d.p.

Come organizzare un Centro di Neonatologia

LA FILOSOFIA E L'ARCHITETTURA DI UNA «NUOVA NEONATOLOGIA»



Riprendiamo un concetto esposto nella prima pagina. Dal punto di vista dei valori etici che esprime, la Neonatologia può ben essere considerata alla pari di un tempio sacro. È «sacro» il lavoro che si compie attorno alla nascita di un essere umano, quando non solo i genitori, ma anche gli operatori sanitari cercano di partecipare al mistero di una vita che sboccia, e mettono al centro della loro attività, quasi su un altare, l'interesse per il cittadino più inerme tra tutti.

Il «tempietto greco» ci dà un'immagine concreta di armonia, di bellezza e contemporaneamente di sicurezza e di solidità. Un tempio è una costruzione che si eleva rispettando principi di logica, di estetica, di etica.

Come nel caso della costruzione di un tempio, la Neonatologia, per crescere e svilupparsi in modo razionale, deve rispettare le leggi fi-

siche che riguardano ogni costruzione. È fondamentale che sia **solido il terreno** (1. il «bacino di utenza»), che vi siano **adeguate fondamenta** (2. il minimo di risorse) e un **solido basamento** (3. il «personale motivato, formato e aggiornato» che è a diretto contatto col neonato da curare).

Su questo possiamo poggiare l'**altare delle cure** (4). Ma per fornire le migliori cure non basta essere bravi: se così fosse, nelle province in cui i neonati sono curati da illustri professori in ambienti universitari, vi sarebbero risultati significativamente migliori rispetto ad una provincia «povera» come la nostra.

Le colonne della organizzazione (5) e **della comunicazione** (6) che sostengono la copertura «**dipartimentale**» (7) sono troppo spesso trascurate. Troppo spesso non si lavora in modo integrato, globale, «dipartimentale». Per questo modo di lavo-

rare **non occorrono soldi e nemmeno leggi** per imporre il dialogo.

Si può imporre per legge un'epidemiologia o il trasporto assistito, ma se mancano le motivazioni si otterranno scarsi risultati. Non si può imporre la concentrazione delle gravidanze a rischio: solo se gli ostetrici sono motivati trasferiranno la donna, pensando non al loro utile individuale, ma al benessere di donna e bambino, senza presunzioni.

Dal punto di vista estetico, un tempio deve esprimere **canoni di bellezza universale, giuste proporzioni, armonia di stili**. L'organizzazione della Neonatologia, attraverso dialogo e comunicazione, deve essere in armonia con i bisogni del neonato e della sua famiglia e tutti i rapporti umani devono essere orientati al Bello e all'Amore universale. Arrivare alla copertura del tempio significa lavorare in modo armonioso e semplice.



Nel nostro reparto si sono sempre tenuti in gran considerazione l'aggiornamento e la formazione del personale. Da sempre ci si è preoccupati di promuovere queste iniziative, anche in momenti difficili, quando la carenza del personale era enorme, con un carico di lavoro notevole.

In questi ultimi anni l'interesse è cresciuto, la necessità di prepararsi meglio ai vari eventi è aumentata, le richieste dei bisogni si sono modificate. Nel giugno 1991 è avvenuto il trasferimento del reparto dal vecchio Ospedalino decentrato in collina all'Ospedale S. Chiara e ci siamo trovati a lavorare in una struttura diversa, molto più grande e complessa, con la necessità di integrarsi con numerosi servizi prima assai distaccati. La prima esigenza è stata quella di sapersi orientare nella nuova struttura ospedaliera e nelle nuove articolazioni di reparto (Dipartimento materno Infantile, Consultorio Genetico, Centro AIDS, ecc...).

Abbiamo così capito che bisognava interessarsi dell'aggiornamento e formazione **in modo nuovo**, pianificando, organizzando, attuando momenti formativi, dando uno spazio nelle attività di reparto. Dato il tipo di lavoro in Neonatologia a **forte integrazione tra ruolo medico ed infermieristico**,

Formazione e aggiornamento nel nostro lavoro

COSE FATTE E COSE DA FARE

l'aggiornamento è stato pianificato da subito rivolto a tutto il personale, individuando gli argomenti di interesse comune da affrontare insieme.

Nel nostro reparto la partecipazione all'aggiornamento è sempre stata lasciata facoltativa nel rispetto dei tempi e dell'interesse delle persone; tuttavia si è cercato di attuare la formazione **in orario di servizio e negli spazi interni di reparto**.

Il Primario ci aveva chiesto di occuparci dell'organizzazione dell'attività di aggiornamento di reparto, visto il nostro interesse. Così nel primo **anno 1992** si è pensato ad un programma che presentasse a tutto il personale i servizi che la Neonatologia e i servizi ad essa collegati offrono (ecografia neonatale, diagnosi prenatale, neuropsichiatria infantile, consultorio genetico, ecc.), chiedendo ai consulenti di intervenire di volta in volta.

Nell'**anno 1993** abbiamo tematizzato l'aggiornamento alla tecnologia di reparto in particolare al buon uso e conoscenza di tutte le apparecchiature, anche per favorire l'addestramento di personale nuovo medico e infermieristico.

Nel frattempo **si sono costituiti dei gruppi di lavoro** nati dall'esigenza di curare un argomento. Persone motivate si univano per affrontare insieme un problema e riuscire a risolverlo, o per migliorare e modificare l'assistenza cercando il modo più idoneo, studiare strategie, portare quindi tutto il personale a conoscenza per poi adottare il cambiamento ed attuarlo. Questi gruppi sono diventati anche un'occasione per far circolare la comunicazione e le informazioni sulle situazioni emotivamente molto coinvolgenti di bambini ricoverati in Terapia Intensiva con problemi particolarmente impegnativi, che inevitabilmente coinvolgono il personale di assistenza.

Nel **1994** in seguito si sono affrontati problemi sempre più specifici (ad es: emergenze neonatali), si sono ela-

borate linee guida, modalità di lavoro nuove e più efficaci: l'addestramento ha utilizzato anche nuovi strumenti pedagogici e divertenti come la simulazione di situazioni critiche da affrontare ed analizzare in gruppo.

Oggi l'aggiornamento è diventato **uno strumento flessibile** che si inserisce nell'attività quotidiana di reparto. Come coordinatori cerchiamo di sfruttare i momenti di minor carico di lavoro per inserire proposte di aggiornamento e viceversa di lasciarlo ai margini nei momenti di maggior impegno. Il lavoro dei gruppi è diventato e sarà sempre più il modo per offrire qualità di aggiornamento e partecipazione attiva, che meglio sfrutta i tempi di lavoro individuale. Il ruolo di coordinatore del gruppo diventa sempre più il volano dell'attività di aggiornamento; alla figura dell'animatore del gruppo dedicheremo quest'anno spazio e formazione individuale.

C.S. Paola Trainotti,
dr. Fabio Pederzini



1995 - Sintesi delle attività di aggiornamento in Patologia Neonatale

Corso di aggiornamento:

«Esercitazioni in emergenze neonatali: il trasporto neonatale assistito»

È stato organizzato dal gruppo di lavoro «emergenze neonatali», con preparazione di un elaborato contenente le procedure di attivazione del 118-Trentino Emergenza e delle modalità di trasporto, realizzazione di momenti formativi a tutto il personale attraverso situazioni simulate di trasporto in collaborazione con il 118. Tutto il personale è stato coinvolto per un totale di 4 incontri.

Seminari interni:

1. Incontro con Stefania Gadotti sul massaggio del bambino - 9 novembre
2. VRQ ed infezioni ospedaliere nel nostro reparto in collaborazione con Microbiologia - 3 marzo
3. Razionalizzazione delle cure e demedicalizzazione - 12 aprile
4. Idratazione e funzione renale nel neonato di basso peso - 8 maggio

Partecipazione attiva a seminari esterni:

«Come crescono i bambini prematuri» -

organizzato dalla Neonatologia di Trento - 18 febbraio 1995 - hanno partecipato numerosi medici ed infermiere di reparto

«Verso il futuro» - aggiornamento infermieristico in Neonatologia - Grado 30,31.03/01.04.95 - presentazione del lavoro infermieristico «Alimentazione enterale»

«Il neonato trentino» - 21-22 aprile - Convegno nazionale - ha partecipato con varie relazioni il personale medico ed infermieristico del reparto.

«Quarte Giornate Internazionali di Terapia Intensiva Pediatrica» - Abano 15-17 giugno - con presentazione di 3 posters clinici.

«III convegno nazionale per l'aggiornamento e la formazione permanente infermieristica neonatale» - Montecatini 21-24 giugno - con i seguenti lavori: «VRQ nella gestione dell'accesso venoso», «Attività di formazione in reparto per il trasporto del neonato critico con l'utilizzo di simulate a griglia di osservazione», «L'esperienza nel nostro reparto di un inserimento in blocco di neo-assunte». Presentazione di vari posters clinici. Moderazione della tavola rotonda sul tema «Dalle cure alla care» (dott. Pedrotti e CS Trainotti).

«Convegno regionale di VRQ» - 31 marzo

con relazione dal titolo «Nursing dell'accesso venoso in Neonatologia: due diverse gestioni a confronto».

«L'assistenza infermieristica neonatale a confronto» - Varenna 2-6 ottobre - hanno partecipato alcune infermiere.

«La gestione dei gruppi di lavoro e la creazione di un ambiente motivante nell'ospedale pediatrico» - Codigoro 19-21 ottobre - hanno partecipato medici ed infermiere.

«Convegno Associazione per il Bambino in Ospedale» - Milano 16 novembre - con il poster dal titolo «Il dolore nel neonato».

Stage di aggiornamento esterno

In procedure di emergenza pediatrico-neonatale presso la Terapia Intensiva Pediatrica - Padova novembre - hanno partecipato un medico ed una infermiera

In pratiche di «care» e nursing neonatale presso Patologia Neonatale - Modena 6 giugno - hanno partecipato tre infermiere ed un medico

Corso di Terapia Intensiva Neonatale - Leeds, Inghilterra novembre - ha partecipato un medico

In esperienze di Terapia Intensiva Neonatale - Olbaek, Danimarca settembre - ha partecipato un medico per 6 giorni.

1996 - Grandi Temi di Aggiornamento

- Emergenze (continua addestramento personale interno, addestramento del personale dei Nidi periferici, seminario di una giornata sull'emergenza in pediatria in collaborazione con il 118)

- Promozione latte materno (Linee guida per l'allattamento, gruppo di studio con le ostetriche di territorio ed i pediatri di base)

- Follow up (controlli a 2 anni) dei bambini nati di peso inferiore a 1000 g

- Il contenimento del dolore del neonato

- Il bilancio idro-elettrolitico del prematuro

- La deospedalizzazione precoce del bambino con problemi («Home care»)

Indirizzi dell'attività di aggiornamento 1996

- continuazione e promozione dei gruppi di lavoro esistenti
- preparazione attiva medico-infermieristica del seminario sull'emergenza

- utilizzo delle simulate per l'addestramento del personale sull'emergenza
- raccolta dati sull'attività di trasporto neonatale

- partecipazione a convegni infermieristici
- proposta di stage di tirocinio sull'emergenza presso reparti specializzati.

Gruppi di lavoro attivi

Nell'anno 1995 sono stati attivi 10 gruppi di lavoro a partecipazione mista medico-infermieristica (vedi elenco). Sono stati istituiti di volta in volta attorno ad un tema di particolare attualità. Le persone interessate, che aderiscono, concordano il programma con i responsabili dell'aggiornamento ed un medico o un'infermiera assumono l'incarico di coordinare il gruppo, predisponendo gli obiettivi ed i tempi dell'attività del gruppo. I gruppi si muovono poi autonomamente fino alla preparazione di un elaborato (linee guida o procedura o risoluzione di un problema). A lavoro completato, si individua di volta in volta la modalità per condividere con tutto il personale i cambiamenti o i miglioramenti da introdurre.

ACCESSO VENOSO

AGGIORNAMENTO DI REPARTO

APPARECCHIATURE

«CARE» e FISIOTERAPIA

CONTROLLO INFEZIONI

DIDATTICA ED INSERIMENTO
NUOVI ASSUNTI

DOLORE

DOMICILIARI/CRONICI
«Home Care»

EMERGENZE

GIORNALINO NT

Un costante impegno, un notevole investimento

LA DIDATTICA PER I FUTURI INFERMIERI

Nel nostro reparto la didattica è un argomento che interessa e stimola molto il personale infermieristico, che si dedica alla formazione degli allievi e offre loro opportunità di apprendimento attraverso il tirocinio. Da parecchi anni arrivano nel nostro Centro gli allievi del terzo anno della **Scuola Infermieri di Trento e Rovereto**. Dall'anno scorso si sono aggiunti gli infermieri professionali allievi del **corso di specializzazione in area critica**, le **volontarie della Croce Rossa** e, prossimamente, verranno accolti gli allievi del Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche. Questo ha fatto sì che venisse costituito un **gruppo di lavoro composto dalla caposala e da alcune infermiere** particolarmente interessate a seguire gli allievi per offrire loro un supporto e una guida.

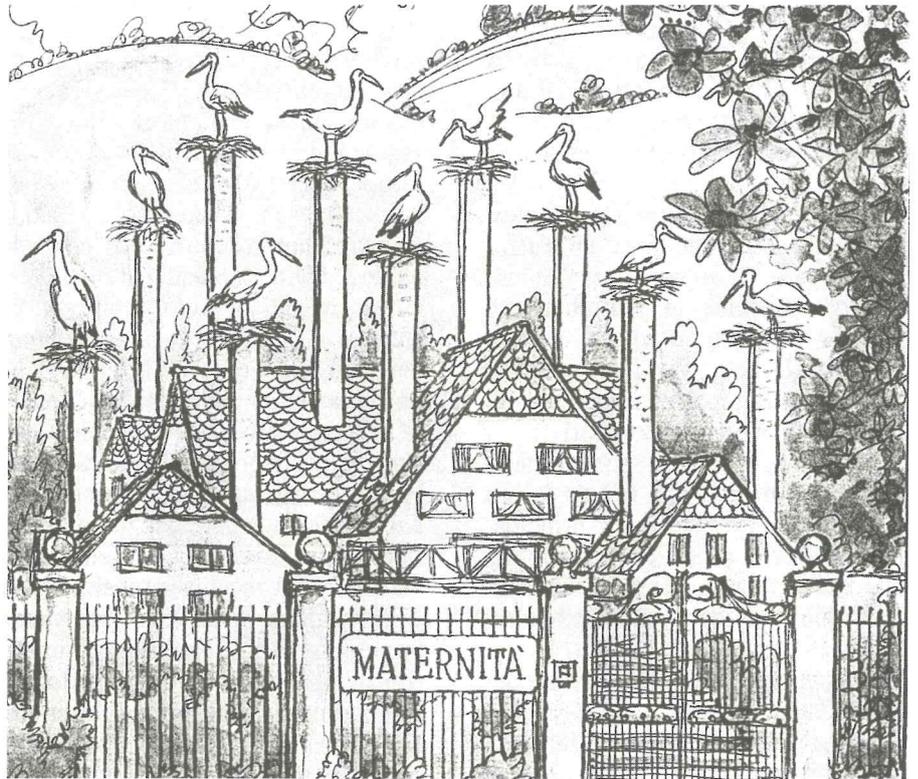
Il loro periodo di permanenza in reparto è variabile dalle tre alle sei settimane.

Nei primi giorni è previsto un incontro con loro per descrivere l'organizzazione del reparto, il tipo di utenti, le più frequenti patologie che si riscontrano ed infine gli accorgimenti da attuare: per esempio il lavaggio delle mani e tutte le norme igieniche per evitare l'insorgenza di alcuni problemi relativi al tipo di paziente, come ad esempio le infezioni.

In questa occasione ad ogni allievo viene consegnata e commentata una **scheda personale** per il tirocinio che compilerà come guida per il suo tirocinio e che lo rende responsabile del suo percorso. Sulla scheda sono espressi:

- gli obiettivi da raggiungere,
- le attività che possono svolgere da soli,
- le attività che possono svolgere solo in collaborazione con le infermiere.

Quotidianamente, ogni allievo viene affiancato ad una infermiera, nei primi giorni in Patologia Neonatale e nei successivi in Terapia Intensiva. **Ogni infermiera è responsabile**



dell'operato dell'allievo, il quale inizia a svolgere alcune tecniche assistenziali semplici solo dopo aver ricevuto le spiegazioni opportune, dopo averle viste fare e dopo aver provato sotto la sorveglianza delle infermiere.

Il reparto offre altre possibilità di esperienze di tirocinio quali:

- una giornata al lattario, per rendersi conto dell'importanza dell'igiene nella preparazione dei latti;
- una giornata in ambulatorio per seguire i controlli periodici ai bambini;
- la partecipazione all'assistenza alla nascita del bambino in sala parto e in sala operatoria;
- la partecipazione ad un trasporto dei neonati dai centri periferici dislocati su tutta la Provincia al nostro reparto o dal nostro Centro agli ospedali extraregionali per capire cosa si prepara e si controlla prima della partenza.

Sono poi riservati degli spazi per lo studio, la ricerca, la consultazione

di testi bibliografici, riviste, articoli infermieristici. Durante la loro permanenza vengono assegnati dei **compiti scritti** sui quali lavorare: piano di assistenza, relazioni su tecniche infermieristiche, confronti fra testi bibliografici e pratica assistenziale svolta in reparto.

La correzione di questi elaborati viene eseguita dalla caposala o dalle infermiere che compongono il **gruppo di lavoro «didattica»**. Le Scuole ci richiedono di esprimere una valutazione sul raggiungimento dei vari obiettivi espressi nella scheda di tirocinio per valutare la preparazione raggiunta dall'allievo.

Siamo soddisfatti per il dato interessante che è emerso dai colloqui con gli allievi a fine tirocinio circa l'elevato grado di soddisfazione ed entusiasmo che manifestano per l'esperienza ricca di stimoli e novità che il nostro reparto offre.

V.I. Miriam Vaia, V.I. Annalisa Pallaver

INSERIMENTO E FORMAZIONE DELLE INFERMIERE NUOVE ASSUNTE

Il reparto di Patologia Neonatale, come è noto, si occupa dell'assistenza a quei bimbi che presentano dei problemi alla nascita, come prematurità, difficoltà respiratorie, peso molto basso.

Risulta evidente quindi la complessità del nostro ambiente lavorativo dove apparecchiature «strane», monitors che suonano in continuazione, personale medico e infermieristico ruotano sia attorno ad un esserino «molto, molto piccolo» sia a dei genitori «molto, molto preoccupati».

Nel nostro reparto ci sono infermiere che si alternano in questo lavoro impegnativo dove l'obiettivo principale è risolvere i problemi di salute del neonato senza dimenticare di favorire al meglio il delicato rapporto madre-bambino.

L'assistenza infermieristica in questo reparto è molto complessa così come la nostra formazione professionale che prevede frequenti corsi di aggiornamento e confronti con altre realtà lavorative.

Fa parte del nostro lavoro anche la **formazione delle infermiere neo-assunte**, le quali devono acquisire una professionalità concreta e passare **dal sapere al saper fare in breve tempo**.

Perché tutto questo avvenga senza problemi è opportuno affiancare la neo-assunta ad una diplomata esperta che noi chiamiamo «**tutor**» che le insegnerà le varie tecniche, l'organizzazione del lavoro e del reparto, ne seguirà i primi passi con la collaborazione e la comprensione di tutti, controllando l'andamento dell'inserimento.

Pur avendo ricevuto una preparazione accurata durante il corso di formazione alla Scuola per Infermieri, le nuove assunte hanno bisogno di essere seguite e preparate a seconda dei vari reparti ai quali vengono assegnate. Questo è maggiormente necessario per coloro che sono assegnate al nostro Centro, essendo un reparto specialistico e di Terapia Intensiva.

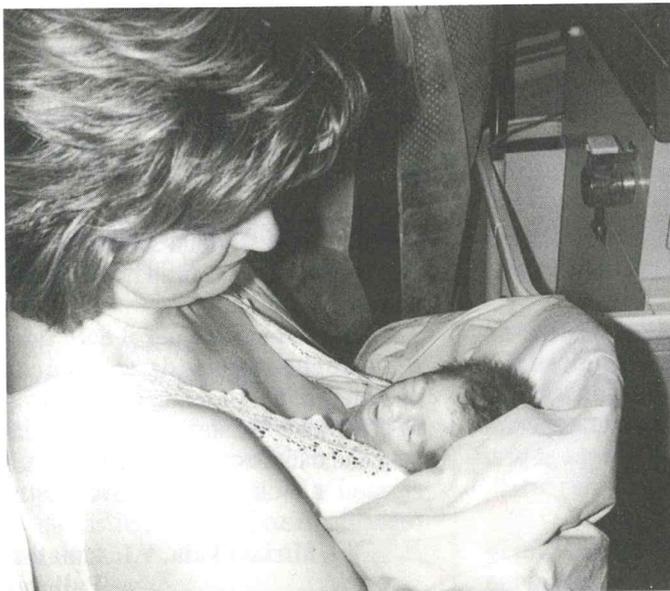
L'esperienza degli anni precedenti ha permesso di raccogliere suggerimenti ed idee per elaborare un **progetto per l'inserimento del personale** che prevede vari incontri e riunioni, una scheda per l'inserimento, l'affiancamento alla tutor. Vengono scelti obiettivi in base al carico di lavoro del momento seguendo soprattutto la scheda di inserimento che descrive le attività dalle più semplici alle più complesse, cercando di rispettare i tempi di apprendimento individuali delle neoassunte.

Nelle settimane successive all'inserimento si prevedono incontri periodici della coppia (neo-assunta più tutor) con la caposala per rilevare eventuali difficoltà incontrate e per stabilire quali sono gli obiettivi di apprendimento da raggiungere nei prossimi giorni.

Il tempo per addestrare bene un'infermiera è molto lungo data la complessità e la delicatezza del nostro lavoro; l'entrata in Terapia Intensiva avviene dopo tre mesi ed i primi trasporti dopo quattro. Solo dopo 4-5 mesi c'è il distacco dalla tutor per ruotare in turno con le altre colleghe. Sono poi necessari continui aggiornamenti e addestramenti sulle emergenze fino al raggiungimento della **completa autonomia in reparto dopo 10-12 mesi circa**.

L'inserimento efficace di una nuova infermiera richiede un impegno notevole da parte sia del personale di reparto che dell'infermiera stessa, la quale comunque non termina con questo la sua preparazione, ma continua successivamente con un costante aggiornamento e formazione per acquisire sempre più esperienza.

I.P. Daniela Benedetti



«Essere sempre preparati», come i vigili del fuoco

PERIODICI ADDESTRAMENTI ALL'EMERGENZA

Il miglioramento dell'assistenza ostetrica in tutta la provincia ha fatto sì che negli ultimi anni nascano bambini in condizioni sempre migliori richiedendo pertanto un'assistenza meno intensiva. Tuttavia, noi, operatori della U.O. di Neonatologia, **dobbiamo essere pronti alle situazioni di grave emergenza**, anche se si presentano sempre meno frequentemente di un tempo. Nell'emergenza non vi è tempo per rivedere tecniche e procedure che devono essere possedute dall'équipe di rianimazione neonatale, anche se infrequentemente applicate.

Il gruppo «Emergenze» è nato proprio per questo. Questo gruppo è formato da tre medici, la capo sala e sette infermiere; si è composto circa due anni fa con l'obiettivo di formare e aggiornare il **personale medico ed infermieristico**, uniformandone i comportamenti nelle situazioni di emergenza. Uniformare i comportamenti dei vari operatori all'emergenza è fondamentale, perché nel momento critico non vi è lo spazio per discutere, ma per agire. Un'altra dote che riteniamo importante nell'emergenza è l'intesa tra l'équipe di rianimazione, che nasce da buoni rapporti tra le persone e da un buon clima di lavoro; l'affiatamento si può anche promuovere ed esercitare attraverso la formazione.

Per raggiungere questi obiettivi, come gruppo abbiamo discusso e rivalutato le esperienze di ciascuno nelle manovre rianimatorie, abbiamo recuperato dalla letteratura le indicazioni più aggiornate, le modalità e gli effetti collaterali dell'intervento di rianimazione; abbiamo rivisto il percorso operativo ridefinendo i ruoli rispettivi del neonatologo e della infermiera, nonché rivista la disposizione degli operatori e dei materiali attorno al bambino.

Siamo giunti quindi a formulare le **Linee guida riguardanti il trasporto e la rianimazione del neonato** ed a presentarle al resto del personale sia della Patologia Neonatale che del Nido.



Una volta condivise le Linee guida, è iniziato l'addestramento avvalendosi del **metodo della «simulazione»**, inteso come un metodo per l'aggiornamento partecipativo di tutto il personale. Un'esercitazione «simulata» consiste nel ricreare nella finzione delle situazioni di emergenza; due attori, neonatologo ed infermiera, attuano una seduta di rianimazione ricevendo un «caso» da svolgere, di volta in volta diverso per caratteristiche cliniche. Attorno agli attori, che dispongono di tutto il set di materiali come nella realtà (anche il timer), avvalendosi per le manovre di un **manichino di neonato** molto realistico, siedono il gruppo di osservatori, che partecipa attivamente all'addestramento. Gli osservatori sono dotati di una **griglia di osservazione**, che facilita l'analisi di ogni singolo atto rianimatorio. È importante ricordare che la «simulata» non tende alla valutazione delle

capacità del singolo operatore: la «simulata» sarà tanto più efficace, quanto più gli attori sapranno far vivere la situazione di emergenza proposta, favorendo l'identificazione degli osservatori nella scena. Sono consentiti agli attori «errori» predeterminati, in quanto servano alla discussione di alcuni passaggi importanti o da rivedere. L'occasione valorizza le proposte di cambiamento e favorisce l'intesa tra operatori e l'omogeneità dei comportamenti.

Un grosso lavoro che sta pianificando in questi mesi il gruppo emergenze è quello di una **formazione attiva mediante le «simulate» anche del personale dei punti nascita periferici** con la finalità di uniformare il più possibile l'assistenza al neonato nei primissimi istanti di vita in tutta la provincia.

I.P. Linda Menghini
 V.I. Susanna Lorenzi

Per gli operatori di reparto, di territorio ed anche dei genitori

ASSISTENZA DOMICILIARE: MOMENTI DI FORMAZIONE

Nel nostro reparto si presentano ogni anno alcuni casi di **neonati con patologia cronica** che necessitano di particolari cure da parte di personale esperto anche dopo la dimissione.

La lunga ospedalizzazione influisce negativamente sullo sviluppo psicorelazionale del bambino, mentre il **trattamento domiciliare** favorisce il ruolo tradizionale della famiglia nel dare cura ed assistenza.

Si è formato pertanto all'interno del nostro reparto un **gruppo di lavoro medico-infermieristico** con l'incarico di studiare e approfondire le tematiche cliniche, pratiche e relazionali riguardanti il neonato con malattia cronica dimissibile con cure a domicilio (**gruppo «Home care»**).

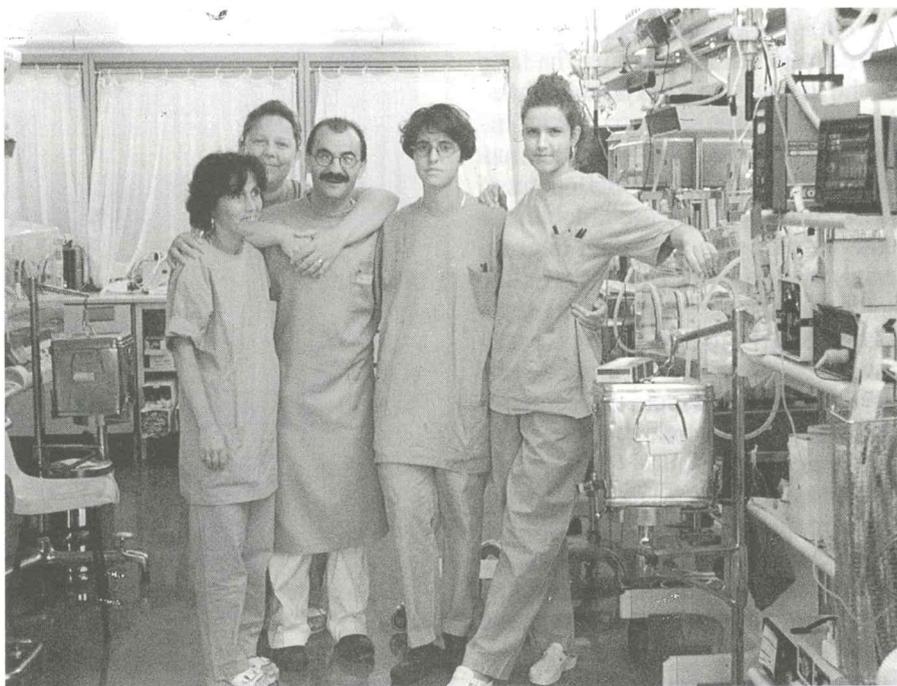
Uno degli obiettivi del gruppo è la formazione degli operatori e dei genitori in modo da consentire un'assistenza efficace per prevenire peggioramenti clinici che porterebbero ad una riospedalizzazione.

Formazione degli operatori dell'ospedale

Anche per noi infermiere che seguiamo le problematiche dei bambini cronici è stato necessario un momento di revisione e di studio per valutare ed apprendere **le metodologie più corrette di dimissione di questi bambini e per la preparazione tecnica dei genitori**.

Ci siamo informate sulle modalità di erogazione dell'ossigeno liquido, abbiamo curato la ricerca di monitoraggi più semplici che l'industria mette a disposizione per l'assistenza domiciliare, abbiamo tracciato delle **Linee guida** da seguire per personalizzare l'assistenza e per ridurre al minimo i rischi clinici per il bambino e gli effetti sfavorevoli sui familiari.

Abbiamo elaborato dei **piccoli protocolli scritti per i genitori**, a cui essi potranno accedere in caso di dubbi. Questi manuali descrivono con un linguaggio semplice le modalità corrette delle procedure, il funzionamento del-



le apparecchiature, come intervenire in caso di guasti, come comportarsi in caso di complicazioni ed infine un elenco di numeri di telefono di riferimento.

Addestramento tecnico-assistenziale dei genitori

È necessario **condividere con chiarezza e fiducia gli obiettivi del piano di cura con i genitori**, perché talora non sempre si hanno risultati definitivi (la guarigione), ma spesso solo un miglioramento di qualità della vita.

Durante la fase di approccio con i genitori è importante instaurare dei rapporti interpersonali di **fiducia**, infondere **sicurezza**, ridurre l'ansia. Si dimette il bambino solo quando i genitori avvertono l'importanza della dimissione del bimbo per un rafforzamento dei legami affettivi e per un miglioramento dello sviluppo psico-emotivo, in un ambiente ricco di stimoli e con minor aggressività di interventi e quando ci comunicano il desiderio di andare a casa.

Inizia così l'**addestramento del padre e/o della madre** a manovre più o

meno invasive che costituiscono il nursing routinario del paziente cronico.

Per prevenire le incomprensioni e per dare ai genitori un punto di riferimento costante, si propongono un medico ed un'infermiera che seguiranno tutto il programma di addestramento dei familiari.

Siamo consapevoli che rendere il genitore un «terapeuta» comporta un carico non solo tecnico, ma anche emotivo per i familiari; infatti al pensiero della prognosi possono aggiungersi le preoccupazioni per la corretta esecuzione delle tecniche di nursing loro affidate e questo va tenuto sempre presente da parte nostra.

L'infermiera segue i genitori nell'esecuzione delle varie manovre fino al graduale raggiungimento di una loro totale autonomia.

Le fasi dell'addestramento si possono riassumere:

1. spiegazione della procedura da parte dell'infermiera
2. l'infermiera esegue la procedura davanti al genitore

3. il genitore esegue la procedura davanti all'infermiera
4. il genitore esegue da solo (l'infermiera è in reparto)
5. il genitore esegue da solo fuori dal reparto, nella stanza delle madri nutrici.

Per aumentare la sicurezza, la madre può passare qualche notte con il bambino e le attrezzature necessarie fuori dal reparto nella stanza delle madri nutrici (in caso di problemi c'è il telefono interno) ed eseguire da sola il nursing.

Formazione degli operatori del territorio

L'assistenza dei bambini lungodegenti della Patologia Neonatale può richiedere una competenza professionale molto specifica cui preparare il personale del territorio, che seguirà il bambino a casa. Gli infermieri sono invitati nel nostro centro per apprendere alcune tecniche di monitoraggio, le tecniche assistenziali specifiche sul neonato, le indicazioni per la valutazione delle condizioni cliniche generali e per la rilevazione dei parametri vitali nel neonato-lattante. Vengono consegnati **manuali scritti** sull'assistenza a seconda dei bisogni del bambino e sull'utilizzo e la manutenzione dei presidi (materiale per la medicazione, siringhe, sondini) e delle attrezzature (ad esempio, monitor per la rilevazione dell'ossigenazione, della frequenza cardiaca, erogatori di ossigeno, aspiratore).

L'infermiera di reparto e l'équipe infermieristica di territorio, in accordo con il neonatologo ed il pediatra di base, formulano in collaborazione un **piano di assistenza** per il bimbo da seguire, come negli esempi di Ahmed e di Luca.

L'esperienze di assistenza domiciliare condotte finora in collaborazione stretta con gli operatori di territorio sono state molto significative per noi infermiere della Patologia Neonatale; accanto alla possibilità di dare **continuità negli aspetti tecnici della cura** anche a domicilio con la massima **sicurezza per il bambino**, abbiamo partecipato alla realizzazione della cura a casa, in cui tanta parte hanno avuto le facilitazioni realizzate nell'approccio alla famiglia nel suo contesto di vita da parte dei colleghi di territorio.

I.P. Marina Cologna,
V.I. Francesca Zeni

Un caso di assistenza domiciliare: le infermiere del territorio raccontano.....

Ahmed è un bambino di padre e madre non italiani, nato prematuro, affetto da una forma di displasia broncopolmonare ossigeno dipendente.

Fin dalla nascita è stato seguito dalla Neonatologia di Trento. All'età di tre mesi il bambino viene affidato alle cure di una piccola équipe di assistenza domiciliare del territorio della Valle di Non. In seguito a cambio di residenza della famiglia, il piccolo viene poi preso in carico dal nostro Servizio (**Servizio Infermieristico della Valle di Sole**).

Un aspetto estremamente positivo di questo caso riguarda il tipo di impegno assistenziale che è stato richiesto a noi infermieri territoriali. La specificità della nostra professione è stata messa in gioco a tutto campo in quanto, al di là delle prestazioni «tecniche» si trattava di individuare e cercare di rispondere ai molti bisogni di benessere del bambino e della sua famiglia inseriti in un contesto ambientale per loro abbastanza diverso, essendo di provenienza straniera. **Assistenza globale**, quindi, in base ad una visione olistica della persona e delle sue necessità.

Lavorare con Ahmed ha richiesto **l'integrazione di numerose figure professionali**: medici ed infermieri della Neonatologia di Trento, pediatri di base, infermieri territoriali, assistenti sociali della Valle di Non e di Sole, fisioterapista della Unità Operativa di Neuropsichiatria di Trento.

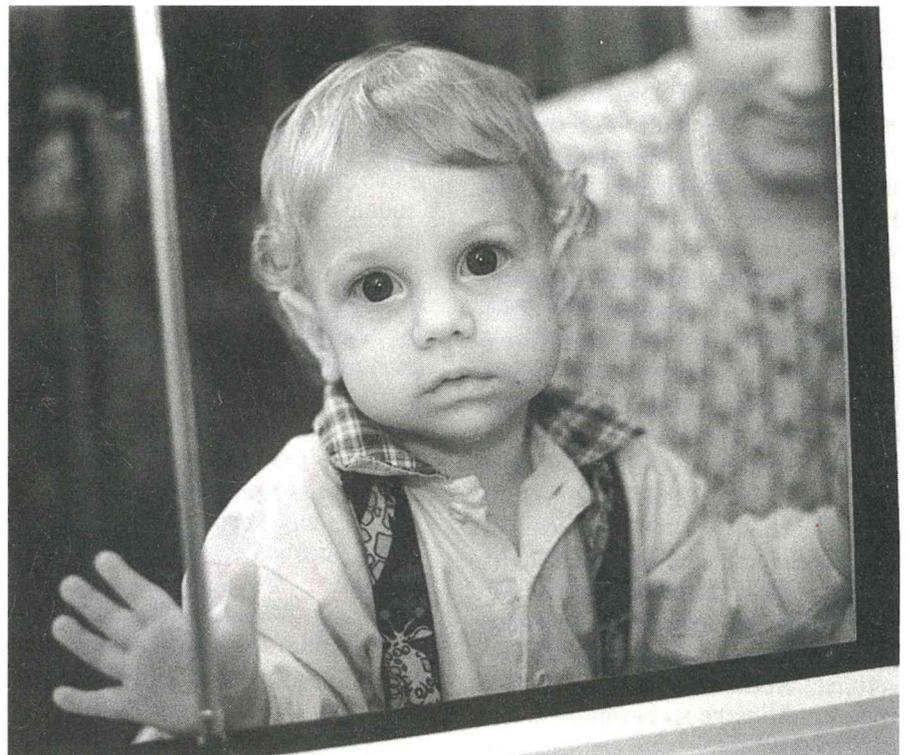
Vi è stato un incontro iniziale tra tutti, per il passaggio di consegne dalla Valle di Non alla Valle di Sole e la nuova presa in carico del bambino.

Successivamente, abbiamo avuto **momenti periodici di verifica e revisione** del piano assistenziale tra l'équipe della Neonatologia di Trento e quella territoriale della Val di Sole. Abbiamo tenuto poi frequenti contatti, soprattutto telefonici, tra noi ed il pediatra di base.

Lavorare insieme non è stato sempre facile, come operatori socio-sanitari non siamo ancora abituati ad uscire dal nostro specifico professionale per capire quello dell'altro, a **progettare insieme** tutti sullo stesso piano, ad adattare tempi e metodi di ciascuno a quelli del gruppo. L'Unità Operativa di Neonatologia, che ha promosso e favorito l'integrazione tra le varie figure e soprattutto fra ospedale e territorio, ci ha dato l'opportunità di metterci alla prova e di fare comunque un primo passo verso quella che dovrà essere la principale modalità di lavoro nel futuro.

Nonostante l'aver sperimentato durante questo percorso alcuni limiti e difficoltà, è stata un'esperienza che ci ha sicuramente arricchiti.

C.S. Carla Bobbi, per tutta l'équipe infermieristica di territorio
Malè (Val di Sole)



LA STORIA DI LUCA, RACCONTATA DA LUI MEDESIMO

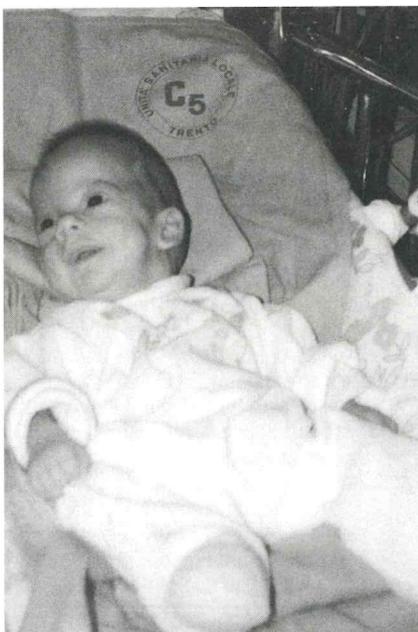
Ciao a tutti! Sono Luca. Dopo otto lunghi e affannosi mesi sono finalmente uscito dall'ospedale.

Ragazzi, qui fuori c'è una bella confusione, ma, dopo i primi momenti di smarrimento, devo dire che non è così male. Che spavento quando, usciti dall'ospedale, mi hanno caricato su una cosetta che viaggiava su quattro ruote! Mamma Gina però non sembrava preoccupata, così mi sono calmato e ne ho approfittato per schiacciare un pisolino.

Al mio arrivo a casa ad accogliermi, insieme alla mia mamma, c'era un bambinone grande grande con due così rotondi sul naso. Non ne avevo mai visti di così grandi: all'ospedale erano tutti piccoli come me. La mamma ha detto che è il **mio fratellone Giorgio**. Fino a quel momento tutto è filato liscio e tranquillo, ma all'improvviso un sacco di persone sconosciute e gioiose si sono riversate nella stanza: era un autentico e festante **comitato di benvenuto** con alla testa le mie scatenate e rumorosissime zie. Che affanno tenerle a bada!

Fortunatamente, il giorno dopo, ecco arrivare alcuni volti conosciuti: il dottor Riccardo Malossi e l'infermiera Marina Cologna, che per tutto il tempo che sono rimasto in ospedale mi hanno seguito ed accudito con grande cura, c'era anche il **mio pediatra, il dottor Dakka** che da quel giorno viene a casa una volta alla settimana per vedere come sto. Sono venuti a salvarmi, ho pensato sulle prime. Ora però devo dire che sono molto felice di essere a casa: adesso ho proprio tutto ciò che mi serve per essere **sano e felice**: una famiglia affettuosa ed amorevole e un eccezionale gruppo di medici, terapisti, infermiere che ogni giorno si occupano di me con molto impegno e professionalità.

A questo proposito devo proprio ringraziare sia il **dottor Brighenti**, responsabile del reparto di Neuropsichiatria Infantile all'ospedale di Rovereto, sia **Anita Giuliani** che per tre volte la settimana mi permette di giocare in una grande sala con tanti bei



giochi. Due volte alla settimana vedo l'infermiera **Wilma Bertolini**: una volta viene a trovarmi a casa e la successiva ricambio io la visita.

Grazie all'aiuto di queste persone e al loro impegno, oggi mi sento sempre meglio: ho ancora molti problemi, ma sto diventando sempre più «atletico» ogni giorno che passa. Ora sorrido spesso, mi guardo intorno, sgambetto con vivacità, stringo le dita e quando sono arrabbiato mi faccio sentire con più forza: sono molto orgoglioso di me stesso e di chi mi segue con amore. Tutti i giorni mi faccio delle lunghe

passeggiate pomeridiane e una volta siamo perfino andati al Lago di Garda. Quel giorno il dottor Dakka è venuto a trovarmi ma non ero in casa: dovrebbe sapere che sono un tipo molto impegnato e conduco una intensa vita mondana.

Le giornate si susseguono così sempre più ricche di avvenimenti e stimoli nuovi: c'è sempre qualcosa da vedere, sentire, annusare, imparare.

C'è voluto **molto coraggio e molta forza** da parte di tutti per arrivare fino a qui, ma alla fine ce l'abbiamo fatta e questo soprattutto grazie a delle persone speciali, quasi dei super eroi: il dottor Pedrotti e la sua eccezionale équipe di medici che insieme alla mia mamma hanno profuso tutte le loro energie ed hanno creduto che la speranza di farmi tornare a casa sarebbe divenuta realtà.

Il loro lavoro permette ogni giorno di far continuare i sogni di vita di tanti bambini e di tante famiglie e di ciò non li ringrazieremo mai abbastanza.

Adesso non so cosa mi riserverà il futuro, ma **continuerò ad andare avanti** insieme ai miei compagni di viaggio, confidando nel fatto che le cose migliorino giorno dopo giorno: arrivare fino qui comunque, se pur faticoso è stata una bellissima avventura. Grazie a tutti voi.

Luca



**CONCLUSE
LE
TRASMISSIONI
«SANI E FELICI»
SU RTTR**

Dopo sei mesi si è conclusa la serie di trasmissioni condotte dal dott. Dino Pedrotti e dedicate a vari aspetti della nuova «cultura del bambino».

Gli argomenti trattati nei primi mesi del 1996 sono stati:

Le giuste medicine per le malattie di stagione (9.1, col dr. Mario Zuanni e la dott.ssa Roberta Calza), **I bambini maltrattati** (16.1, con la dr.ssa Roberta Bonmassar e l'Ass. sociale Carla Comper), **Bambini in affido e famiglie affidatarie** (23.1, con Anna Berloff, M. Elisabetta Vindimian, Paolo Rebecchi), **I bambini e il gioco** (30.1, con la dr.ssa M. Rita Colucci e la dr.ssa Antonella Giurato), **Il bambino in ospedale** (6.2, con la dr.ssa Sara Piazza e il dr. Carlo Marchesoni), **Il cibo, la fame, l'appetito** (13.2, con la dr.ssa Angela Fadda, la dr.ssa M. Grazia De Lucca, la dr.ssa Roberta Calza), **Le**

Pediatratri di base e neonatologi

ANCHE A CASA CONTINUA LO STESSO LINGUAGGIO

«È nato Matteo, pesa 3640 grammi, un bel maschietto! Mamma e bimbo sono in ottima forma e fra due giorni vengono a casa!» Quasi sempre è così che un papà mi avverte per telefono della nascita del suo secondo figlio. «Ci vediamo per il bilancio di salute del primo mese; se ci sono problemi telefonatemi; congratulazioni e arriverci», aggiunge io. Sembra tutto semplice, anzi lo è: una famiglia conosciuta, il fratellino mio paziente da quattro anni, fiducia reciproca, un rapporto amichevole.

Ma cosa succede quando nasce un bimbo prematuro o comunque un bambino che manifesta problemi alla nascita e deve rimanere quindi in ospedale per più giorni? I genitori temono per il suo futuro e sono assillati da mille dubbi e mille paure, soffrono per il distacco dal loro piccolo ed è per loro difficile accettare di non averlo vicino e di poterlo vedere solo attraverso la plastica di una incubatrice. In questi momenti la disponibilità e la professionalità di tutto il personale del reparto di Neonatologia e Terapia Intensiva è importantissimo: dopo i primi momenti i genitori si sentono inglobati in una grande famiglia che sta facendo tutto quanto è possibile ed è meglio per il loro bambino.

I colleghi del reparto si mettono



subito in contatto con il pediatra di base per iniziare insieme un costruttivo lavoro di équipe. Ci incontriamo in reparto, discutiamo insieme della situazione clinica e programiamo visite e controlli. Gli incontri fra neonatologi e pediatri di base avvengono continuamente anche per aggiornarci su nuove tematiche mediche: la possibilità di un continuo confronto è stimolante e costruttivo. Questa collaborazione è di fondamentale importanza per seguire il bambino nel futuro, sia nei casi più semplici ma soprattutto in quelle situazioni che necessiteranno di esami particolari, interventi chirurgici o controlli di altri specialisti.

Questa collaborazione rassicura i genitori che si sentono più compresi ed aiutati e quindi più sicuri. E quando finalmente il piccolo viene dimesso, il pediatra di base è a conoscenza di tutto quello che è stato fatto in ospedale: viene preparata una dettagliata relazione clinica e molta spesso il referente ospedaliero ci informa telefonicamente degli ultimi dati. Ci si può accordare subito su ulteriori visite

specialistiche, esami e vaccinazioni, alcune delle quali per il momento ancora facoltative, sono di importanza fondamentale per la salute del bambino e possono oggi essere fatte con vaccini sicuri, privi di effetti collaterali. Il pediatra a casa continua ad incoraggiare la mamma, quando è possibile, ad allattare al seno il suo bambino, facendo capire e spiegando, al pari dei colleghi della Neonatologia, l'importanza di questo alimento per una sana crescita di ogni lattante e soprattutto di un bambino prematuro.

Il follow-up di un bimbo prematuro e/o con problemi alla nascita può durare anni e può essere costellato di difficoltà ed esigenze particolari: solo una collaborazione basata su competenza, fiducia e chiarezza tra la pediatria di base e la pediatria ospedaliera può dare buoni frutti. E questa è sicuramente la strada che dobbiamo continuare a percorrere per il fine che interessa a tutti noi: il bene dei bambini.

dr. ssa Alessandra Bonomi

regole del dialogo tra figli e genitori (27.2, con la prof. Grazia Honegger Fresco), Il bambino e la scuola (5.3, con la dr.ssa Gemma Pompei), I problemi della Pediatria a Trento (12.3, con la dr.ssa Annunziata di Palma, la dr.ssa Vittoria Cauvin, il dr. Giovanni Lorenzin), L'educazione sessuale in età evolutiva (17.3, con la dr. ssa Maria Degasper), Figlio felice, famiglia felice (con la dr.ssa M.Teresa Pontara). L'ultima trasmissione del 2 aprile, col dr. Giuseppe De Nisi, il dr. Fabio Pederzini e la caposala sign.a Paola Trainotti, è stata dedicata all'assistenza neonatale in provincia di Trento: **Nascere a Trento: nascere in modo sicuro ed umano.**

Chi desidera visionare qualche cassetta, può richiederlo alla segreteria di Neonatologia.

Per migliorare le relazioni affettive tra madre e neonato

PERSONALE COMPETENTE ANCHE PER L'ASSISTENZA AI NEONATI SANI

«Incentivare l'allattamento al seno» e «rendere l'ospedale Amico del Bambino» questi i messaggi lanciati dal «Corso di formazione sull'allattamento al seno» che si è svolto a Trieste nel mese di gennaio 1996; da sempre sono stati e sono gli obiettivi del personale del Nido S. Chiara di Trento.

Incentivare l'allattamento materno: si sa che il latte materno è l'alimento ideale per il «cucciolo» della razza umana. Per un buon inizio, e poi soprattutto per un buon proseguimento dell'allattamento, è importante un valido aiuto alle puerpere nelle prime ore (specialmente se primipare). Il personale del Nido istruisce le neomamme sulla tecnica dell'allattamento (igiene del seno, posizione di madre e bambino, corretta suzione del neonato, come staccare il bambino dal seno, ecc.). Le puericultrici istruiscono anche le neo-mamme di bambini nati pre-termine, che sono ricoverati in Patologia Neonatale, ad usare il tiralatte, a raccogliere il latte ed a conservarlo presso la Banca del latte materno.

Inoltre è fondamentale, per incentivare l'allattamento, **la comunicazione**, cioè la disponibilità al dialogo da parte delle puericultrici verso le neomamme: ascoltare con attenzione la madre, incoraggiarla di fronte alle inevitabili difficoltà dei primi giorni (ragadi, ingorgo, il bambino non si attacca al seno, ecc.).

«**Rendere l'ospedale Amico del Bambino**», significa smantellare le antiche barriere (isolamento del neo-

nato per motivi igienici, riposo della puerpera, accesso vietato al Nido, ecc.) che tenevano separati per molte ore la coppia madre-figlio e che ostacolavano o rallentavano l'allattamento. Oggi il Nido S. Chiara di Trento, con l'umanizzazione delle cure e con l'ali-

mentazione a richiesta del neonato, consente a mamma e bambino di stare assieme senza limiti di tempo o di orario. Infatti ogni neonato ha esigenze e ritmi diversi che vengono rispettati.

Alba Donato, pueric.

*I risultati di un'indagine svolta
tra le madri del S. Chiara*

ALTISSIMO IL GRADIMENTO PER L'ASSISTENZA NEONATALE

Secondo un'indagine svolta nei mesi scorsi su 700 madri che hanno partorito al S. Chiara, il **96.2% è stato dimesso con latte materno** (l'11.8% con possibili aggiunte di latte in polvere). Il **92.7% delle madri è soddisfatto** (il 39% «molto soddisfatto») delle informazioni ricevute ma per il 3.7% le informazioni sono state «insufficienti» e per il 3.6% «contraddittorie». Per il 73.4% le informazioni sono state fornite soprattutto dalle puericultrici (per il 7% da ostetriche e puericultrici) e per il 23.2% soprattutto dalle ostetriche.

Solo l'1.3% ha rilevato molte differenze con quanto imparato nei corsi pre-nascita.

Le condizioni in cui hanno allattato sono state **soddisfacenti per il 96%**; solo per 26 madri su 700 non sono state soddisfacenti per mancanza di assistenza del personale surante l'allattamento.

Il 79.8% hanno allattato non solo in stanza ma anche al Nido con soddisfazione (il 2.3% è però insoddisfatto).

Solo il 24.2% delle madri vorrebbe stare di più col bambino di giorno; il 7.8% vorrebbe averlo in stanza di notte.

Il 30.6% delle madri (pluripare?) non partecipa a incontri di gruppo col pediatra; solo il 2.1% li giudica scarsamente positivi.

Che programmi di allattamento prevedono? Solo l'8.5% allatterebbe per meno di 4 mesi; il 54.3% da 4 a 6 mesi (37.2% fino a 6 mesi); il 26.5% da 7 a 9 mesi. E un buon 11.8% anche oltre, con 4 madri che vorrebbero allattare addirittura fino a 2 anni...

Il **98.8% delle madri è soddisfatto del comportamento dei pediatri** (il 74.2% molto soddisfatto); il 98.1% è soddisfatto dell'assistenza infermieristica al Nido (il 77.4% molto soddisfatto).

Anche il **gradimento per l'assistenza ostetrica è eccezionalmente elevato**: la soddisfazione per l'assistenza da parte degli ostetrici raggiunge il **99%**. Dopo un'attenta valutazione dei dati assieme agli ostetrici, nel prossimo numero del giornalino, commenteremo i risultati di questa importante indagine.



Un servizio prezioso, fatto di attenzioni continue alle madri e ai neonati

IL LATTARIO E LA BANCA DEL LATTE



La funzione principale del Lattario consiste nel preparare il latte per le esigenze del Nido, della Patologia Neonatale, dei reparti di Pediatria-Lattanti e di Chirurgia pediatrica.

È sotto la responsabilità della caposala del Nido ed è gestito da una Viglatrice d'Infanzia, coadiuvata da una puericultrice. L'orario di lavoro va dalle 7.00 alle 14.00 per sette giorni. Per urgenze fuori orario risponde il personale del Nido. Fino alle 9.30 deve essere preparato tutto il materiale necessario, in attesa delle prescrizioni giornaliere; poi si preparano i pasti e contemporaneamente si raccoglie il latte materno trasportato da casa.

Particolare attenzione deve essere rivolta alle madri nutrici: occorre **istruire le madri** su come raccogliere il loro latte nel modo più igienico ed anche su come preparare eventualmente il latte in polvere. Nel caso di madri di neonati ricoverati sottoposte a taglio cesareo, iniziamo la stimolazione del seno nella loro stanza già nelle prime dodici ore dopo l'intervento ogni 3-4 ore, finché non possono recarsi al Lattario. Il latte spremuto serve per la preparazione dei pasti di

latte fresco al loro figlio nelle 24 ore successive.

Il latte non solo viene raccolto dalle madri durante la degenza, ma – per i neonati ricoverati – viene anche portato giornalmente anche **da casa**, spesso dal padre (l'orario migliore per la consegna è dalle 9 alle 11). In casi particolari chiediamo al servizio 118-Trentino Emergenza di passare a casa a prelevare il latte, in adeguati contenitori termici, utilizzando i **trasporti in ambulanza** programmati. Alla consegna dei biberon pieni di latte avviene il rifornimento di biberon sterilizzati per la successiva consegna.

Notevole tempo viene dedicato al riordino della **stanza attrezzata in cui viene raccolto il latte materno** (tiralatte e materiale). Il personale del lattario deve controllare attentamente le confezioni di latte in polvere e il materiale in esaurimento (scadenze!). L'ultimo impegno giornaliero riguarda la preparazione della sterilizzatrice dei biberon. La lavastoviglie lavora 4-5 carichi di biberon al giorno dopo lavaggio manuale e si sterilizzano a 180° 1-2 carichi di biberon al giorno, dopo le 19.00.

Banca del latte

Il latte materno non utilizzato in giornata viene pastorizzato, congelato e stoccato in freezer a seconda della sua «maturità» (nella banca del latte il latte di ogni madre viene conservato con l'**indicazione del nome e delle settimane di gravidanza**, almeno tra le 25 e le 33 settimane). Ad esempio, bambini molto piccoli nati a 30 settimane, in attesa del latte della loro madre, ricevono latte di banca, possibilmente di madri che hanno partorito a 30 settimane. Garantire questa modalità di alimentazione è molto importante, soprattutto nelle delicate fasi di avvio dell'alimentazione (che nel nostro reparto inizia spesso fin dalle primissime ore di vita).

La pastorizzazione è un trattamento che garantisce le condizioni igienicamente più sicure per l'utilizzo ed la conservazione del latte: consiste nell'immergere il cesto contenente 12 biberon da 100 g nel bagno di acqua fredda, portandolo a 80 gradi per 20 minuti circa, per poi riimmergerlo a -33 gradi per 15-20 minuti, raffreddandolo successivamente e stoccandolo

infine nel freezer a -20 gradi. Il Freezer della Banca del latte materno contiene fino a 600 biberon.

Complessivamente il Lattario raccoglie circa **400-500 litri di latte materno all'anno** e viene mantenuto in costante aggiornamento per essere informati sulle indicazioni più moderne per lo stoccaggio e la conservazione del latte di donna.

Una catena di solidarietà

Un impegno particolare si ha nella raccolta di **latte materno per bambini esterni** che devono essere alimentati esclusivamente con latte materno (fino a un litro al giorno) per particolari patologie: si deve raccogliere il latte proveniente da madri distribuite su tutto il territorio della provincia (portato ogni giorno dalle ambulanze del 118), lo si deve pastorizzare e stoccare in freezer, mantenendosi in costante collegamento con la famiglia del bambino interessato.

Negli ultimi 12 mesi il Lattario ha raccolto latte di donna per garantire questo prezioso alimento ad un neonato affetto da una malattia congenita del metabolismo: abbiamo fatto un appello alle mamme, con la collaborazione delle ostetriche, per attivare la raccolta laddove vi è stata disponibilità e abbondanza.

Ed anche ricerca scientifica...

Ma i compiti degli operatori del Lattario non si sono esauriti qui; abbiamo collaborato anche a due ricerche sulla composizione del latte materno. Ad esempio, i risultati della prima ricerca eseguita in collaborazione con gli esperti ed il Laboratorio del **Sophia Children Hospital di Rotterdam** sono stati da poco pubblicati (vedi inserto). La collaborazione allo studio ci era stata chiesta per conoscere cosa avviene (nei globuli rossi e nella crescita) nei prematuri alimentati con latte di donna fin dalla nascita. La raccolta di piccoli campioni di latte materno per ciascuna delle prime quattro settimane di vita di 20 bambini di peso inferiore a 1500 g, si è protratta per oltre un anno. Durante questo lavoro abbiamo avuto sempre consenso ed adesione delle madri di bambini prematuri; esse hanno dato il loro prezioso contributo allo studio, i cui risultati potranno essere utili in futuro per quei bambini che non disporranno del latte della propria madre.

V.I. Nella Nicoletti,
C.S. Oris Piechele

La ricerca sugli acidi grassi polinsaturi (detti PUFA) nel latte materno e lo sviluppo del bambino pretermine



All'U.O. di Neonatologia di Trento è stato chiesto di collaborare con l'Università di Rotterdam per un progetto di studio sul bambino prematuro, con gli obiettivi

- di indagare la relazione tra i livelli di **acidi grassi (detti PUFA) materni e del neonato pretermine** alla nascita;
- di valutare la relazione tra variazioni della composizione del latte materno e lo stato di PUFA nel sangue dei pretermine nei primi 28 giorni, così come gli effetti sulla crescita;
- di confrontare i risultati con quanto osservato in neonati simili, ma alimentati con formule artificiali a diversa composizione di lipidi.

La scoperta recente che alcuni grassi della dieta (i PUFA appunto) sono **essenziali per i prematuri** e sono costituenti delle membrane cellulari cerebrali e dei fotorecettori della retina, ha richiamato l'attenzione dei ricercatori a studiare le formule latte in modo da garantire al prematuro anche questi componenti importanti nella dieta, quando il latte materno non sia disponibile.

La prima parte dello studio è stata pubblicata recentemente (*Pediatric Research aprile 1996, vol. 39, pag.671-679*) ed ha riguardato proprio **lo studio sui prematuri di Trento, alimentati esclusivamente con latte della propria madre fin dalla nascita, senza aggiunte di alimentazione artificiale, né alimentazione parenterale**. Sono state raccolte informazioni sulla dieta della madre nutrice ed esaminati i campioni di latte materno; questi dati sono stati messi in relazione con la crescita del bambino e con i livelli nel sangue di PUFA nelle prime quattro settimane di vita, in ragione delle quantità di latte materno assunto e della capacità digestiva del bambino, che pure è stata oggetto di studio. Per realizzare tale ricerca, dopo un primo studio di fattibilità condotto con più incontri tra i ricercatori olandesi e il personale medico-infermieristico del reparto per la messa a punto delle tecniche necessarie, lo studio è partito affidando la gestione ad un team di ricerca composto da quattro infermiere della Patologia Neonatale, la responsabile del Lattario e due medici, che avevano i compiti più diretti nella programmazione dei prelievi e della raccolta dei dati; tutto il personale ha partecipato all'assistenza al progetto per la durata di più di un anno.

Un grazie ancora alle madri dei bambini prematuri ed al personale del Lattario e della Patologia Neonatale anche da parte dei conduttori «olandesi» della ricerca (ricercatore responsabile dott. Virgilio Carnielli), che hanno riconosciuto alla collaborazione trentina puntualità, accuratezza e passione per una ricerca considerata lunga e complessa.

f.p.

Il dott. Fabio Pederzini, la puericultrice Alba Donato e l'ostetrica Serena Preghenella hanno partecipato dal 15 al 17 gennaio a Trieste ad un corso dell'UNICEF sul tema «Pratica e promozione dell'allattamento al seno». Un serio obiettivo della Neonatologia trentina è certamente anche quello di migliorare qualità e quantità dell'allattamento con latte materno.

Dopo questo corso i neonatologi, con le ostetriche di S.Chia-ra e del territorio, con i pediatri di base e ospedalieri, hanno costituito **un gruppo di lavoro sul latte materno**, per raccogliere dati e informazioni scientifiche e per pubblicare un opuscolo promozionale da distribuire a livello provinciale.

IL NUOVO PIANO SANITARIO E L'ASSISTENZA AL NEONATO

È da circa vent'anni che in provincia di Trento la programmazione della Sanità continua a basarsi su «progetti» o «bozze» di piani sanitari triennali non approvati dal Consiglio provinciale. Anche l'ultima stesura di **Piano Sanitario 1996-1998** da molti mesi fa anticamera e difficilmente sarà approvata in questi mesi estivi.

Il penultimo Piano 1993-1995 (l'unico approvato con Legge prov. 6.12.1993 n° 38) riconosceva che l'assistenza neonatale doveva basarsi su una serie di iniziative ben integrate tra di loro. Veniva riconosciuta la necessità di mantenere e potenziare una sequenza logica che andava dal Consultorio familiare e genetico (periodo pre-concezionale) e dall'assistenza in gravidanza fino all'assistenza «tecnica e umanizzata» ad ogni neonato (pag. 162): trasporto assistito, screening neonatali, epidemiologia perinatale, promozione di educazione sanitaria, promozione dell'allattamento al seno,.... Si proponevano obiettivi concreti (pag. 157) e indicatori di efficacia e di efficienza da mantenere sotto controllo.

L'attuale «disegno di legge», tenendo in scarso conto l'enorme studio analitico sull'assistenza ostetrico-neonatale in provincia negli anni 1979-1993, dedica poche righe (pag. 89) per ribadire che «**obiettivo prima-**

rio del piano è quello di garantire il mantenimento degli standard di risultato raggiunti dalla sanità trentina in questo comparto».

Poi gli estensori del Piano, con dati poco esatti, mescolano i problemi dei neonati (primo mese di vita, con un'organizzazione tutta peculiare a monte e con i problemi della terapia intensiva neonatale) con quelli dei lattanti (da 1 a 12 mesi di vita) e concludono: «l'obiettivo è di **ridurre del 30% i ricoveri del primo anno di vita**»; in che modo? «... attraverso un maggior impegno a trattare a livello territoriale (pediatri di libera scelta) i piccoli malati»...

Si noti che per circa **due terzi i ricoveri del primo anno di vita si registrano nel primo mese di vita**. È del tutto incomprensibile come i pediatri di base potranno diminuire i ricoveri alla nascita....

Spiace che, di fronte a diverse segnalazioni, l'Assessorato non abbia preso in considerazione quanto espresso dalle persone competenti.

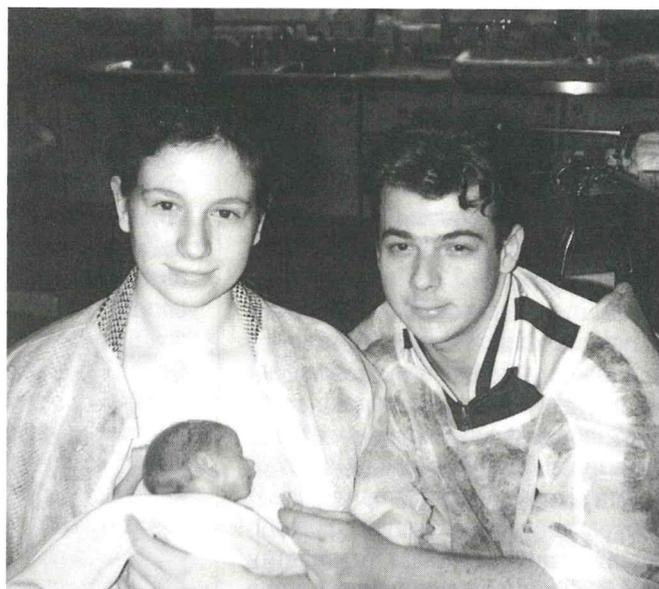
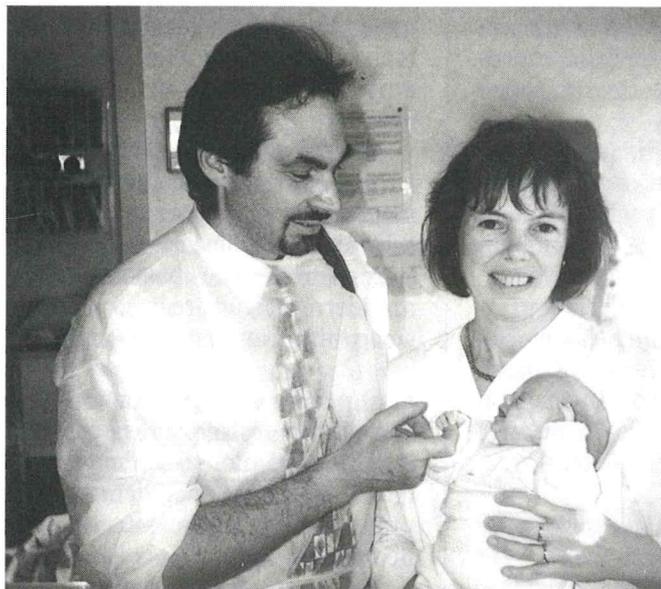
Altro discutibile obiettivo del «Disegno di legge» è costituito dall'impegno a «**ridurre del 25% le interruzioni volontarie di gravidanza in soli tre anni**»: è noto che le IVG si stanno riducendo spontaneamente del 3% all'anno circa. Un Piano sanitario do-

vrebbe essere concreto e non proporre soluzioni utopistiche.

Il «Disegno di legge» lascia infine tutti e quattro i punti-nascita molto piccoli **negli ospedali di vallata (Cavalese, Borgo, Tione, Riva)**, e questo per ovvii motivi politici. Questi ospedali registrano appena **200-300 nati all'anno** e per questo sono considerati poco efficienti secondo il Ministero della Sanità e secondo le società scientifiche di Ostetricia e Neonatologia: di regola in questi ospedali vi sarebbero troppe spese con peggiori risultati.

In modo del tutto «eretico», noi non possiamo dare giudizi negativi, anche se manca in essi un'assistenza pediatrica ospedaliera locale (vi è solo l'accesso saltuario di un neonatologo esperto). In 17 anni su oltre 20.000 nati in questi ospedali non abbiamo registrato casi di morti o di handicap superiori al normale. Tutto questo per tre motivi: gli ostetrici sono molto responsabili e trasferiscono a Trento i rischi (**trasporto in utero**), da Trento da vent'anni garantiamo in caso di emergenze la nostra presenza e il **trasporto del neonato** e infine teniamo anche una **attenta e doverosa rilevazione di tutti i neonati**, per controllare che non vi siano rischi documentati.

Senza queste tre premesse, si concorda che i punti nascita molto piccoli dovrebbero essere aboliti.



Un'esperienza umana eccezionalmente formativa

RWANDA: LA DEBOLE VOCE DEI BAMBINI AFRICANI

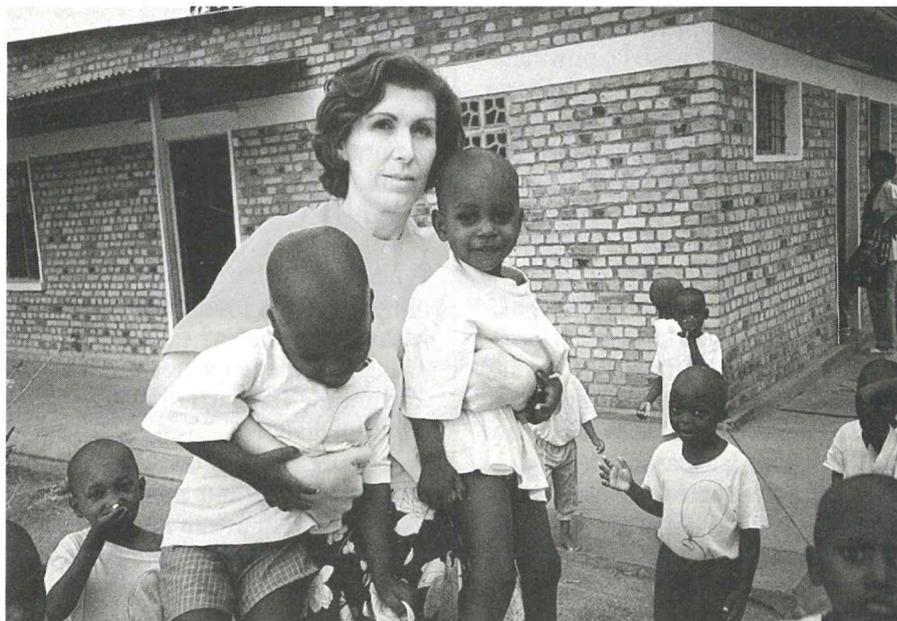
«Dovrai raccontarci tutto sul bambino africano!»: con queste parole e con l'entusiasmo di sempre, il dr. Pedrotti mi ha accolto qualche mese fa al ritorno dalla mia esperienza in Rwanda.

Ora che è venuto il momento di raccontare, mi accorgo che dieci mesi d'Africa non bastano per diventare «esperti» sull'argomento, ma sono comunque sufficienti per trasmettere impressioni, immagini, sensazioni che possono darci un quadro, anche se sfumato e parziale, del «pianeta bambino» nei paesi in via di sviluppo.

Sono arrivata in Rwanda ai primi di marzo 1995, inviata da un organismo di Cooperazione, il CUAMM di Padova, al quale l'UNICEF aveva affidato un progetto di aiuto per «bambini non accompagnati», cioè orfani o comunque separati dai loro familiari a causa della guerra.

Nei due centri a noi affidati e situati nella località di Nyamata a sud del paese, ce n'erano allora circa 700. Ognuno di loro aveva vissuto storie incredibili: molti avevano assistito all'uccisione dei familiari, altri si erano salvati nascondendosi sotto i loro corpi o fingendosi essi stessi morti. Eppure, nonostante tanta violenza, sembrava avessero già recuperato, con la buona salute, la voglia di vivere e di essere allegri, grazie soprattutto alle cure mediche e alle iniziative scolastiche e pedagogiche realizzate dal personale del CUAMM che mi aveva preceduto.

Comunque, tra questa folla di bambini di tutte le età, sembrava mancassero i più piccoli. Li abbiamo cercati e trovati in una grande stanza buia: una quindicina di bambini di età inferiore ai due anni, tristi e spaventati ma soprattutto molto soli. La maggior parte non era in grado di camminare e rimaneva quasi immobile in uno stato di apatia senza lacrime. Le donne che si occupavano di loro nell'orfanotrofio sembravano interessate prevalentemente all'alimentazione e molto meno



a inventare qualcosa che li scuotesse da quello stato di depressione.

Ho cercato una ragione a questo atteggiamento apparentemente così distaccato ed ho trovato forse una chiave di lettura nella stessa cultura africana, dove il **bambino piccolo non esiste come entità a sè stante** ma è un'appendice della madre, dipendente da lei in tutto e per tutto; tenendolo sul dorso, essa lo porterà sempre con sè fino a circa due anni, cioè fino a quando una nuova gravidanza la costringerà a interrompere l'allattamento e con esso il rapporto simbiotico con il figlio.

È inevitabile quindi che il bambino piccolo, il lattante, segua il destino materno e così, probabilmente, nella guerra del '94 che ha insanguinato il Rwanda, i più piccoli hanno condiviso con le loro madri la sopravvivenza, la fuga ed anche la morte. Questo potrebbe spiegare il basso numero di bambini di età inferiore ai due anni, rispetto a quelli di altre età, riscontrabile nei centri di raccolta del paese.

Ritornando ai nostri piccoli, era evidente che non potevamo ricreare per loro un rapporto così esclusivo e pre-

maturamente interrotto, ma eravamo comunque convinti che, al di là delle abitudini culturali, l'importante era proporre un contatto umano e con esso **la possibilità di comunicare e di ricevere segnali affettivi**. Così abbiamo creato uno spazio tutto per loro, una specie di asilo-nido attrezzato con giochi, costruzioni, sussidi per la psicomotricità (ovviamente arrivati dall'Italia); là, per alcune ore al giorno, due assistenti opportunamente preparate dovevano dedicarsi ai bambini solo dal punto relazionale, in un rapporto a tu per tu con ciascuno di loro.

Nel giro di poche settimane abbiamo assistito ad un cambiamento di umore e ad una accelerazione dello sviluppo psicomotorio: finalmente stavano diventando «normali», capaci di ridere, di giocare e di piangere come tutti i bambini del mondo.

Al quadro sul «pianeta bambino» che mi stavo costruendo a poco a poco, mancava un elemento importante, quello che forse, per deformazione professionale, più mi interessava: il neonato.

Nel paese africano con una delle

natalità più alte del mondo (in media 7-8 figli per donna), inizialmente non riuscivo a vedere neonati. Nei due piccoli centri sanitari che ho avuto modo di frequentare, a Nyāmata e a Rilima, in marzo e aprile ci saranno stati non più di 15-20 parti al mese. Poi, man mano che nel paese si percepivano segnali di ripresa e la gente cominciava a rientrare dai campi profughi, ho assistito a un aumento progressivo della natalità, fino ad una vera e propria esplosione di nascite nel periodo estivo, con oltre 100 parti al mese solo nel piccolo ospedale di Rilima, dove la presenza di un chirurgo inviato dal CUAMM assicurava la possibilità di intervenire con taglio cesareo se necessario.

In questo meraviglioso e sperduto angolo del Rwanda, ho maturato alcune considerazioni che ora vorrei esprimere, sulla donna e sul neonato di questo paese.

– Le donne africane stanno prendendo sempre più coscienza di quanto sia importante una gravidanza controllata e sono disposte a fare chilometri e chilometri a piedi se si offre loro un servizio prenatale decoroso e a costi accessibili.

– Nonostante ciò l'Ospedale è ancora il posto dove si va a partorire prevalentemente se comincia a insorgere qualche problema. I parti «in casa» sono ancora la maggioranza: prima della guerra in Rwanda erano circa l'80%.

– La mortalità materna, come per il resto dell'Africa, è piuttosto alta (circa 2 su 1000 parti), ma nei rapporti epidemiologici che i centri sanitari periferici dovevano inviare periodicamente agli organismi centrali, questo dato non compariva. Comunque non era raro che ci venissero portati da una vicina di casa o da un parente neonati di pochi giorni la cui madre era morta in seguito al parto.

– Per quanto riguarda i neonati in genere, vorrei azzardare una percentuale: non meno del 30-40% erano di basso peso, ipodistrofici e/o prematuri (impossibile conoscere la data dell'ultima mestruazione). Comunque nessun medico e nessuna ostetrica riusciranno a trattenere una donna in ospedale dopo il parto, contro la sua volontà, nemmeno di fronte a un bambino piccolo e debole, specie se lei stessa percepisce che per il suo neonato non ci sono molte possibilità di cure.

22 giovedì
29 dicembre 1995

Trento

l'Adige

La storia

Alberta e Gigi, di Tione, raccontano i dieci mesi trascorsi a Nyamata, luogo tristemente famoso per il massacro a colpi di mitra e di machete in chiesa

Prima il cibo e le cure, poi la ricerca dei familiari in giro per tutto il Paese. «Molti hanno visto uccidere i genitori, e soffrivano di incubi e allucinazioni»

Tra i senza famiglia del Rwanda

Rientrati due volontari trentini
«Duemila bambini da salvare»

di FRANCO BRUNELLI

Dieci mesi in Rwanda, a Nyamata, 30 chilometri circa dalla capitale Kigali, nel cuore delle zone dove un anno fa sono avvenuti i massacri più cruenti. Alberta Valente, pediatra presso il reparto di Neonatologia dell'ospedale S. Chiara, e il marito Gigi Ranzato, dirigente psicologo dell'Unità delle Guardie e del Basso Sarca, sono appena tornati, dopo un'intensa esperienza umana e professionale proprio dove è infuriata la sanguinosa guerra, u-



Luigi Ranzato con uno dei suoi piccoli pazienti. A sinistra, Alberta Valente tra i bambini di Nyamata

tentata una tecnica di recupero originale basata su modalità espressive tradizionali, come danze e poemi del Rwanda, nel tentativo di far loro rielaborare i vissuti.
È iniziata poi una seconda fase, di ricerca e di rinfanzizzazione di questi bambini alle loro famiglie. «Un lavoro molto intenso», spiegano Alberta e Gigi. «Alla fine, dei circa 200 bambini presenti nei nostri centri a marzo, ne sono rimasti 200, quelli più piccoli che non hanno fornito indicazioni sui loro nuclei familiari e gli adolescenti, per i quali si sta attuando un progetto particolare di

– Il latte materno in questi paesi, vuol dire «vita»; la sua mancanza è un dramma che rischia di concludersi con la morte del bambino. La carenza di igiene, la difficoltà anche solo ad avere acqua bollita (il carbone o la legna per il fuoco non sono facili da trovare e spesso costano più del cibo stesso), i costi del latte in polvere ne rendono il suo uso improponibile e dannoso.

– La donna africana che con tanta naturalezza riesce ad allattare un figlio anche fino a 2-3 anni, a volte si arrende troppo facilmente di fronte a un ostacolo o a un problema, specie se questo viene da lei interpretato come evento inevitabile perché appartenente all'ordine naturale delle cose. Il concetto di «latte buono» e «latte cattivo» è ampiamente diffuso nella cultura africana.

Si può così capire l'atteggiamento passivo che a volte queste donne mostrano di fronte a un neonato che non succhia perché piccolo o prematuro. Ricordo la fatica per convincere alcune donne che il latte materno risponde a principi naturali tutto sommato semplici, come quello dello stimolo e risposta e che esistono modi per aiutare un neonato debole ad alimentarsi finché non sarà diventato più forte e in grado di farlo da solo. Ma ricordo pure il sorriso e l'espressione di felice meraviglia di una mamma la prima

volta che le ho insegnato ad usare il tiralatte a mano, arrivato da poco, assieme ad altro materiale, dalla Neonatologia di Trento. Confesso che in quel momento ho pensato anche al dr. Pedrotti: se fosse stato lì, non avrebbe nascosto una punta di soddisfazione.

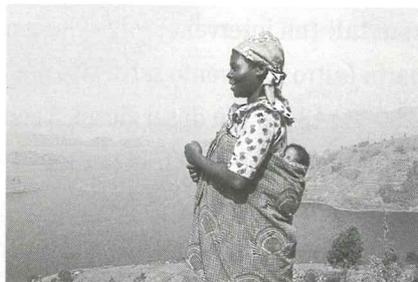
Il Rwanda è un paese meraviglioso che la guerra ha profondamente cambiato soprattutto nella struttura sociale. Al mio arrivo ho trovato un paese popolato prevalentemente di donne e bambini; anche nella campagna più sperduta bastava fermarsi qualche minuto per essere subito circondati da una folla di bambini di tutte le età, sbucati chissà da dove.

Ho visto anche un paese sommerso dagli aiuti internazionali, ma sempre di più mi sono convinta che questi aiuti, indispensabili nella fase transitoria dell'emergenza, rischiano poi di non portare nessun cambiamento se non sono sostenuti da una volontà di pace.

So che la maggior parte dei lettori di questo giornale sono genitori e che molti di loro vorrebbero chiedermi: «...ma cosa possiamo fare noi per aiutare concretamente questi bambini rwandesi?».

Dopo 10 mesi di Africa e senza timore di essere retorica, direi loro che la cosa più importante, ma probabilmente la più difficile da realizzare, è di educare ogni figlio «...in uno spirito di comprensione, di tolleranza, di amicizia tra i popoli, di pace e fratellanza universale, nella consapevolezza che le sue energie e le sue capacità devono essere rivolte al servizio dei propri simili». (art. 10 della Dichiarazione dei Diritti del Bambino. O.N.U. 20/11/59).

dr.ssa Alberta Valente



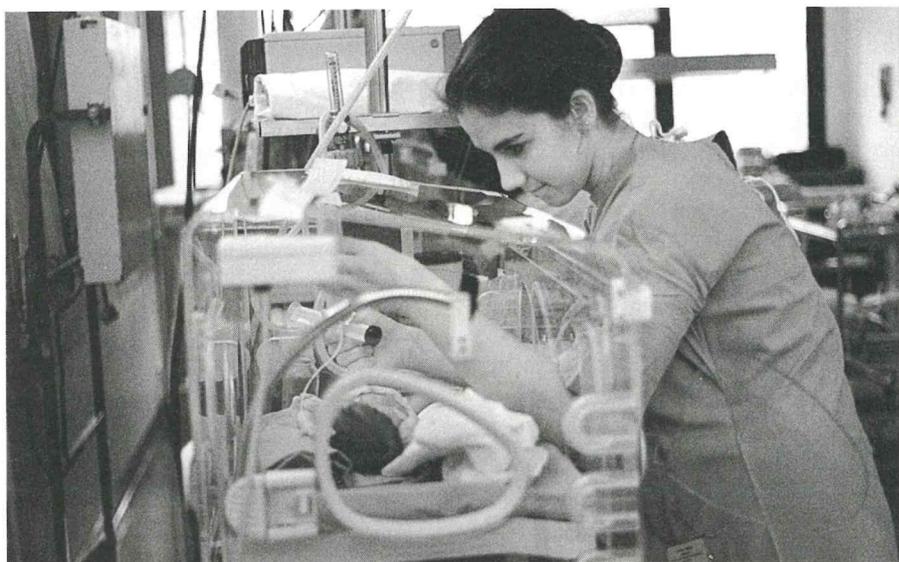
Il primo impegno di una Neonatologia veramente efficace

RAGGIUNTI LIVELLI SEMPRE PIÙ BASSI DI MORTALITÀ NEONATALE

Nel Convegno di Trento di un anno fa erano stati proposti quattro obiettivi che devono costituire la vera «**essenza**» della Neonatologia del 2000 (obiettivi rimarcati anche sul precedente numero a proposito della «**de-medicalizzazione**»): in un dato territorio si deve tendere a ridurre ai valori più bassi possibile – in modo ben documentato – **mortalità (1)**, **handicap (2)** e **costi (3)**, mentre il gradimento (4) di genitori e cittadini deve aumentare al massimo.

A proposito del primo obiettivo, la lotta contro la mortalità infantile, riteniamo fondamentale aggiornare i nostri amici sui risultati concreti raggiunti in provincia di Trento negli ultimi anni. Gli ultimi dati nel grande lavoro su IL NEONATO TARENTINO arrivavano fino al 1993.

Probabilmente sono ben pochi coloro che seguono attentamente l'evoluzione di questo fenomeno: costoro ricorderanno il netto calo di mortalità verificatosi negli ultimi 15 anni (leggi in «Neonatologia Trentina» del marzo 1995): la nostra provincia, assieme ad



altre del Triveneto, aveva raggiunto negli ultimi anni i **livelli più bassi registrati in tutto il mondo** (vedi anche la cartina d'Europa nel numero di giugno 95 di NT).

Negli ultimi sei anni abbiamo veramente toccato limiti nemmeno ipotizzabili dieci anni fa: sarà praticamente impossibile negli anni futuri scendere

sensibilmente al di sotto dei dati presentati. I dati comprendono tutti i neonati «residenti» nella provincia, non solo quelli deceduti a Trento (dati cosiddetti «**area-based**» e non «**hospital-based**»).

1. UN neonato ogni 1000 (anche meno) muore ogni anno se pesa più

1994-1995: LO STATO DI SALUTE DEI NEONATI TARENTINI DI PESO MOLTO BASSO (MENO DI 1500 g)

100, esattamente 100, sono i neonati di peso inferiore a 1500 g, **nati** nel biennio 1994-1995 (1.1% di tutti i nati)

98 sono stati **ricoverati in Terapia intensiva a Trento** (due sono deceduti in periferia)

91 sono **nati nell'Ospedale di Trento** (solo 9 su 100 non sono stati trasportati «in utero»)

84 sono **sopravvissuti** (la mortalità totale è del 16%; che diventa del 12.5% senza 4 gravi malformati)

67 sono stati trattati con **cortisonici prenatali** (un intervento salva-vita molto importante: 18% in Italia)

31 hanno ricevuto **surfattante** in sala parto (altro intervento salva-vita per i più piccoli, fino a 28 settimane)

19 erano **ventilati a 24 ore**, (48% nel 1990-91) 12 per più di sei giorni, 3 soli per più di 28 giorni

46 erano sottoposti a **fleboclisi a 24 ore** (99% nel 1988-1991), 14 per più di 6 giorni, 2 soli per più di 28 giorni

18 sono stati sottoposti a **trasfusione di sangue** (70% nel 1988-89)

66 sono stati **dimessi con latte materno**, su oltre 80 che l'hanno ricevuto durante la degenza.

di 1000 grammi e non presenta gravi malformazioni (in media meno di quattro neonati su circa 4500 nati all'anno in tutto il Trentino: 4585 nel 1995).

2. DUE ogni 1000 nati sono i bambini deceduti di peso inferiore a 1000 grammi: su una ventina di questi piccolissimi bambini ne muore ora meno della metà, circa 7-8 all'anno circa, contribuendo così per oltre il 50% alla mortalità totale del primo mese di vita.

3. TRE neonati su 1000 muoiono in totale nella prima settimana di vita. Altrettanti, tre neonati su 1000,

sono i nati-morti, neonati di almeno sei mesi di gravidanza che nascono senza segni di vita

4. QUATTRO su 1000 nati sono i decessi nel primo mese di vita («mortalità neonatale»): oltre ai morti per peso bassissimo (2 per mille) e a quelli sopra i 1000 grammi (meno dell'1 per mille), abbiamo ogni anno 5-6 neonati che decedono per gravissime malformazioni: in totale sono meno di 20 i deceduti a meno di 30 giorni di vita.

5. CINQUE su 1000 sono i decessi nel primo anno di vita («mortalità infantile», dovuta per il 20% a decessi

dopo il primo mese di vita, per metà causati da problemi presenti alla nascita). Questo dato fondamentale è raggiunto in ben poche zone del mondo.

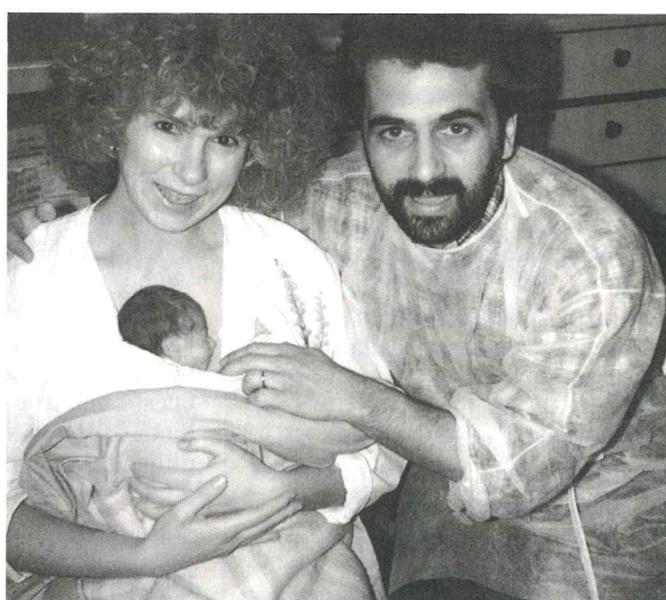
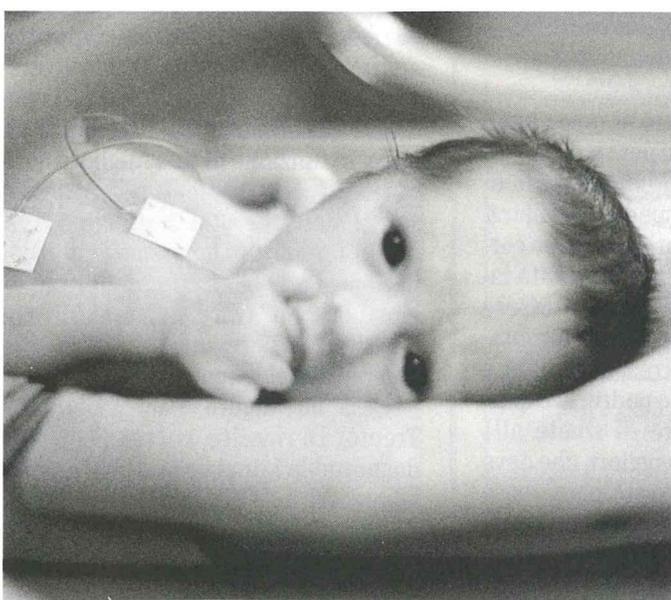
6. SEI su mille nati è il dato della cosiddetta mortalità perinatale: un indicatore ritenuto universalmente importante per valutare l'assistenza ostetrica in un dato territorio: in pratica è la somma della nati-mortalità (3 per mille) e dei morti nella prima settimana di vita (3 per mille). Obiettivamente si può giudicare ottima l'assistenza ostetrica nella nostra provincia.

LIVELLI MINIMI DI MORTALITÀ ATTUALMENTE RAGGIUNGIBILI

oltre 1000 g	1 per mille	MORTALITÀ NEONATALE CORRETTA n. decessi 0-29 giorni oltre i 1000 g senza gravi malformazioni ogni 1000 nati
meno di 1000 g	2 per mille	MORTALITÀ NEONATALE < 1000 grammi n. decessi 0-29 giorni di nati di peso inferiore a 1000 g ogni 1000 nati
mortalità della I settimana	3 per mille	MORTALITÀ NEONATALE PRECOCE 0-6 giorni ogni 1000 nati di qualunque peso
mortalità del I mese di vita	4 per mille	MORTALITÀ NEONATALE TOTALE n. decessi 0-29 giorni ogni 1000 nati di qualunque peso
mortalità del I anno di vita	5 per mille	MORTALITÀ INFANTILE n. decessi 0-364 giorni ogni 1000 nati (1993: Finlandia 4.4, Svezia 4.8)
nati mortalità + mortalità della I settimana	6 per mille	MORTALITÀ PERINATALE nati morti + morti 0-6 giorni ogni 1000 nati

1 2 3 4 5 6 per mille nati vivi

PROVINCIA DI TRENTO 1990-1995 Dati ISTAT e Neonatologia Trentina
0.5 - 0.7 - 0.0 - 0.4 - 0.9 - 0.9 MEDIA 0.6
1.6 - 0.6 - 2.8 - 2.2 - 2.6 - 2.2 MEDIA 2.0
4.1 - 2.3 - 3.6 - 3.1 - 3.6 - 2.8 MEDIA 3.2
4.8 - 2.3 - 3.9 - 3.4 - 4.2 - 3.3 MEDIA 3.6
5.2 - 4.2 - 6.2 - 3.8 - 4.9 (4.2 presunta nel 1995) MEDIA 4.8
6.6 - 6.7 - 5.8 - 6.9 - 5.3 - 6.8 MEDIA 6.3



La dott.ssa Annunziata Di Palma si presenta

CHI È IL NUOVO PRIMARIO DI PEDIATRIA DI TRENTO

Non è mai facile parlare di sé e farlo diventa anche più difficile quando viene richiesta una presentazione della propria persona e della propria attività lavorativa, al di fuori della compilazione ufficiale del proprio «curriculum professionale».

In teoria dovrebbero essere gli altri, quelli che ti conoscono, a descrivere chi sei, cosa hai fatto e forse cosa ci si può aspettare «di buono» da te. Questo purtroppo non è possibile quando si è arrivati da poco tempo in una realtà nuova, dove ancora non si conosce abbastanza bene nessuno, come capita a me in questo periodo. In queste circostanze, diventa necessario superare quel naturale disagio che deriva dalla difficoltà di non sapere bene a quali elementi della propria vita lavorativa dare maggiore rilievo, quale è il tono più giusto da usare. Proprio per queste difficoltà, io chiedo scusa in anticipo se quel poco che vado a raccontarvi di me e del mio lavoro risulterà probabilmente inadeguato e sicuramente abbastanza noioso.

Vengo da una città dell'Emilia Romagna, **Ferrara**, dove ho vissuto, studiato e lavorato dal primo mese di vita fino al momento del mio trasferimento a Trento. Sono però nata in Calabria nel luglio del 1953, prima di quattro figli da padre napoletano, Giuseppe e madre calabrese, Amelia.

Dopo la scuola dell'obbligo e il diploma di maturità, conseguito presso il Liceo classico «Ludovico Ariosto» di Ferrara, nel 1972, mi sono iscritta alla facoltà di Medicina e Chirurgia sempre a Ferrara, dove mi sono laureata nel 1978.

In virtù di una borsa di studio che mi era stata assegnata dalla regione Emilia-Romagna quando ero iscritta al V anno di Medicina, nel 1977 ho iniziato a frequentare il reparto ospedaliero di Pediatria di Ferrara, diretto dal **Prof. Calogero Vullo**, uno tra i pediatri più noti nel nostro Paese, e da allora fino al momento del mio trasferimento a Trento, mi sono fermata a



lavorare in quel Reparto, dapprima con borse di studio, pre e post-laurea e successivamente come assistente medico e quindi come aiuto corresponsabile.

Dopo la Laurea in Medicina ho conseguito la specializzazione in Pediatria, presso l'Università di Modena e successivamente la specializzazione in Ematologia generale e Reumatologia presso l'Università di Ferrara.

Fino ad oggi ho coltivato in modo costante due principali filoni di interesse: l'interesse clinico-assistenziale per la **Pediatria generale** e l'interesse clinico-assistenziale e scientifico per le **malattie croniche dell'età evolutiva**, con particolare riferimento alla Talassemia, una forma di grave anemia endemica nell'area del Delta del Po.

All'inizio di febbraio di quest'anno sono arrivata a Trento per ricoprire un incarico quinquennale di primario di Pediatria, presso l'Ospedale S. Chiara.

Gli elementi salienti che hanno certamente contattato nella mia attività lavorativa fino ad oggi possono essere così riassunti: l'educazione improntata a grande senso di responsabilità e onestà, che devo a mio padre, la caparbietà a non desistere di fronte alle difficoltà, anche le maggiori, che devo a mia madre, la curiosità continua e l'interesse scientifico e umano per il lavoro che ho visto e forse in piccola parte appreso dal mio ex-capo o meglio

«maestro». Sono quindi riuscita ad appassionarmi al «mestiere» di Pediatra, ho imparato cosa significa affrontare i problemi clinici e psicosociali dei pazienti con malattie croniche che esordiscono in età evolutiva e ho mantenuto un rapporto proficuo e costruttivo con le associazioni dei pazienti.

L'attività scientifica sulla Talassemia mi ha consentito inoltre di gestire collaborazioni nazionali ed internazionali di grande interesse, permettendomi di accostarmi a realtà diverse tra loro, come quella degli Stati Uniti, del Brasile, della Russia.

Oggi, o meglio da qualche mese si è aperto un periodo nuovo nella mia attività di lavoro e certamente l'entusiasmo è grande, almeno quanto la preoccupazione, del nuovo, dell'autonomia finalmente raggiunta, del grande carico di responsabilità.

Cosa mi riprometto di fare? In primo luogo, insieme con i miei collaboratori, medici ed infermiere, spero di riuscire a **dare risposte efficienti e umane a chi per necessità deve rivolgersi al Reparto di Pediatria di Trento**, di coltivare io stessa e mantenere elevato nel personale del Reparto l'interesse per il lavoro e per la salute dei bambini e dei soggetti in età evolutiva, rimanendo **dalla parte dei pazienti**, di stabilire un rapporto aperto e costruttivo, basato sul reciproco scambio culturale **tra noi, pediatri ospedalieri ed i pediatri di base**, in funzione di una migliore qualità delle cure ai bambini e agli adolescenti della provincia di Trento; di aprire il reparto alle associazioni dei pazienti, dei volontari e dei cittadini che possono avere come interesse transitorio o permanente la salute dei bambini e degli adolescenti.

Cosa mi auguro e mi aspetto da Trento? Di riuscire, col tempo, a guadagnarmi la fiducia e la stima dei Collaboratori, dei Colleghi e della Popolazione di Trento

Un saluto cordiale

dr.ssa Annunziata Di Palma

LA GIUSTA PROTESTA DELLE LAVORATRICI MADRI DI PREMATURI

Vorrei riprendere un argomento del quale avete già parlato e che interessa tutte le lavoratrici madri di bambini nati prematuri. Pietro, mio figlio, doveva nascere come data presunta il 6 luglio. È nato invece ben 3 mesi prima e cioè il 6 aprile alla fine del 6° mese di gravidanza o, come si dice in termini ostetrici, alla 27^a settimana. Al momento del parto pesava 1220 g ed è stato subito preso in cura dall'équipe del dott. Pedrotti che lo segue tuttora.

Quando raggiungerà il peso di 2 kg circa, probabilmente verso i primi di giugno, e se tutto procederà bene dal punto di vista clinico, potrò portare mio figlio a casa. Sarà un bimbo più fragile per cui più bisognoso di assistenza. Il giorno della data presunta del parto lui compirà 3 mesi, ma il suo peso raggiungerà sì e no i 3 kg, peso che solitamente ha un bambino nato a termine e la sua maturità non sarà quella di un bimbo appena nato (non a caso i pediatri fanno poi riferimento all'età corretta).

Secondo la legge vigente sulla maternità io dovrei riprendere il lavoro il 7 luglio, senza contare che non ho potuto usufruire dei due mesi precedenti il parto. E qui mi permetto di entrare nel campo del **diritto del bambino**. Mi chiedo se è giusto penalizzare il bambino prematuro dal momento che, in quanto tale, ha più bisogno di cure, attenzioni e soprattutto della presenza costante della madre

proprio a causa del distacco forzato al quale è stato costretto per un periodo più o meno lungo, comunque mai inferiore ai 2-3 mesi.

Sappiamo ormai tutti come siano decisivi e quale sia l'importanza dei primi mesi di vita nell'evoluzione del bambino e del futuro uomo. È per questo motivo che nonostante io parli per una minoranza, penso che la legge sul

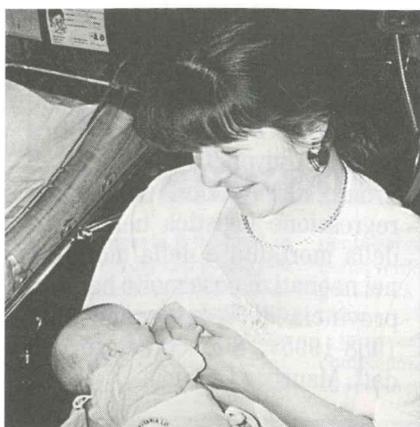
congedo per maternità andrebbe rivista in modo da consentire alla madre di poter usufruire dei 3 mesi post partum a decorrere dalla data presunta del parto e quanto meno dell'utilizzo dei 5 mesi previsti dalla legge. Ne va della tutela dei bambini, in questo caso bambini prematuri sottoposti a terapia neonatale intensiva.

Maria Rosa Degasperì

La signora Rossella Maccani Dossi sul **numero di dicembre 1993** aveva scritto una lettera molto circostanziata sul fatto che il congedo per maternità nel caso il figlio nasca molto prematuro praticamente non esiste. La madre lavoratrice di un neonato nato a 6-7 mesi di gravidanza perde del tutto i due mesi di congedo pre-parto e vive in ospedale col figlio i tre mesi di congedo dopo il parto. Quando il figlio, dopo due-tre mesi viene dimesso con un peso ancora molto basso (2000-2500 g) e avrebbe bisogno di particolari attenzioni, proprio allora la madre deve riprendere il lavoro. Il titolo dell'articolo era chiaro: **PIÙ PREMATURO È IL BAMBINO, MENO LA MAMMA PUÒ STARGLI VICINO**.

L'onorevole Azzolini, come scritto sul numero 1/1994, in qualità di sottosegretario al Ministero del Lavoro, aveva promesso di interessarsi per modificare questa evidente «ingiustizia». E poi cadde il Governo. Ora con la lettera della signora Degasperì riprenderemo il discorso presentando il problema non solo ai nuovi parlamentari trentini, ma anche ad altre Associazioni nazionali a tutela dei neonati e delle donne e agli stessi organi di stampa.

Una possibile proposta potrebbe consistere nel concedere cinque mesi totali di congedo indipendentemente dalla data del parto (iniziando comunque non prima dei 7 mesi compiuti di gravidanza). Altra proposta più limitativa potrebbe prendere in considerazione solo i neonati di età gestazionale inferiore, ad esempio, a 33 settimane: le loro madri dovrebbero aver diritto a uno o due mesi in più di congedo. Riguarderebbe **non più dell'1% delle madri**; quelle che si sentono oggi colpite da una grave ingiustizia.



NASCITA NORMALE		Mesi di vita del figlio	
Mesi di gravidanza		MADRE A CASA FIGLIO A CASA	
6	7 → 8 →	0 → 1 → 2 → 3	
NASCITA PREMATURA			
PARTO	1 → 2 → 3	→ 4 → 5 → 6	
	MADRE A CASA FIGLIO RICOVERATO	MADRE AL LAVORO FIGLIO A CASA	

PARLANO DI NOI

Il «Corriere della Sera» di lunedì 13 maggio 1995 nel suo supplemento «Corriere Salute» ha dedicato due pagine all'Ospedale di Trento. Tra i «fiori all'occhiello» anche la Terapia intensiva neonatale di Trento (vedi l'articolo in questa pagina).

«IL NEONATO TARENTINO» è stato commentato a più riprese da Fabio Govoni sul periodico nazionale «Panorama della Sanità» (24.6.1995 pag. 9 e 24.3.1996 pag. 13 e 23). Sono stati messi in evidenza non solo i dati di mortalità e di handicap perinatale (paragonati ai pochi altri dati di territorio disponibili dell'Olanda e di Oxford), ma anche l'impegno di «razionalizzazione organizzativa» per mezzo di cure più semplici; ed anche la «care», quella «cultura del neonato» che da sempre cerchiamo di promuovere.

Il prof. Fabio Sereni (Milano) sulla «Rivista Italiana di Pediatria» (1995, 21, suppl. 1) definisce la situazione dell'assistenza neonatologica del Trentino come «particolarmente felice, da essere eventualmente presa a modello per altre realtà regionali o provinciali».

E infine il prof. Rodolfo Bracci (Siena) negli Atti del 1. Congresso della Società Italiana di Neonatologia (pag. 441 e 449) segnala l'esistenza di nuovi standard di cure intensive neonatali basate su cure individualizzate evitando protocolli particolarmente invasivi: e cita, assieme ad un lavoro di Als comparso sul giornale della Associazione Medica Americana, la nostra realtà trentina, nella quale – con interventi poco invasivi – si sono ridotti al minimo non solo i decessi ma anche il numero globale dei disabili.

Trento all'avanguardia

Razionalizzazione organizzativa, cure più semplici. D'accordo. La strategia della neonatologia trentina è questa. Ma questi ingredienti necessitano anche di un terzo elemento, il condimento: la cosiddetta «care», vocabolo inglese che racchiude un unico concetto a più facce. Nella fattispecie si può tradurre pressappoco con «cultura del neonato», cioè dedizione, motivazione, umanizzazione e disponibilità al dialogo degli operatori. Si orbita attorno alla sfera dell'etica, ma non solo. Interlocutori per gli operatori sono i familiari del neonato, non solo la madre. Figlia di questa filosofia è l'associazione «Amici della Neonatologia trentina» di mamme, familiari e «fans» che pubblica anche un bollettino trimestrale. La «care» è il collante che tiene in piedi l'edificio...

da «Panorama della Sanità» 24.6.1995

CORRIERE DELLA SERA



Spiccano tra i reparti specialistici: Neonatologia e terapia intensiva neonatale (dott. Dino Pedrotti)

È un vero centro «salvavita» per i neonati a rischio. Più sopravvivenza dei bimbi e meno handicap grazie a un «modello» basato su due linee-guida: le donne con gravidanza a rischio per il nascituro vengono concentrate al Santa Chiara, dove i neonatologi sono pronti a intervenire; l'altra li-

nea-guida è quella di evitare l'eccessiva «medicalizzazione» del neonato a basso peso. («Ci considerano un po' eretici» dice Pedrotti) Solo il 10% dei «Pollicini» viene messo in respirazione assistita, e soltanto il 20% riceve trasfusioni. Secondo natura, anche questi bimbi si nutrono con il latte della mamma: c'è un'organizzatissima «banca del latte».

«Corriere della Sera» 13/5/96

La provincia di Trento vanta tassi di mortalità neonatale e infantile fra i più bassi d'Italia

Pochi ma sani

Se l'Italia negli ultimi anni ha conquistato il primato di Paese meno prolifico del mondo, con un quoziente di natalità del 9,4 per mille nel '94, il Trentino non fa eccezione: nello stesso anno il tasso di natalità era del 9,8 per mille.

Nel corso del 1994 i nuovi nati sono

stati 4.412, passati a 4.528 nel '95 (erano circa 8.000 nei primi anni Sessanta) su una popolazione che in tutta la provincia di Trento supera di poco le 449.000 unità (censimento '91). La cifra è praticamente stazionaria da 15 anni. Le interruzioni volontarie della gravidanza sono in costante calo, scese sotto le 1.100 l'anno nel biennio 1992-93, con un decremento del tasso di abortività volontaria da 8,1 ogni mille donne fertili nel 1989, a 6,9 per mille nel '93.

Ma se si nasce meno si nasce anche meglio: il Trentino vanta attualmente tassi di mortalità perinatale, neonatale e infantile fra i più bassi della penisola.

Lo evidenziano i dati raccolti nel corso degli anni, su base provinciale...

da «Panorama della Sanità» 24.3.1996

TESI DI LAUREA SUI NEONATI TARENTINI

Il 20 marzo 1996 il dott. Cristiano Zanella si è brillantemente laureato in Economia Politica presso l'Università degli Studi di Trento, discutendo la tesi su «La regressione logistica nell'analisi della mortalità e della morbilità nei neonati di peso molto basso in provincia di Trento negli anni 1988-1995». Suo correlatore il dott. Maurizio Coraiola.

GRAZIE A TUTTI COLORO CHE HANNO FIDUCIA NELLA NEONATOLOGIA TRENINA

Germano Migotto, Daniela Zanin, Stefano Zocca, Giorgio Tonini, Paolo Bortolotti, Luciana Corea, Alessandro Cova, Walter Berretta, Giuseppe March, Lorenzo Faes, Donato Fanelli, Rita Magagni, Elisabetta Barozzi, Stefania Roccabruna, Mario Corradi, Arrigo Trainotti, Isidoro Tell, Veronica Sartori, Ezio Pedrotti, Marco Cozzio, Gianpaolo Mezzanotte, Alberto Defant, G.Cerea, Francesco Pederiva, Sergio Antonelli, Corrado Rigo, Elia Manfrini, Alessandro Angeli, Giulio Gubert, Benito Melis, Margherita Aimo, Giampiero Chiusole, Luciano Trentin, Aldo Foti, Antonello Toni, Arciso Zanetti, Fabrizio Omezzoli, don Giuseppe Ghezzer, Gino Comandella, Renzo Beozzo, Andrea Balter, Adriano Spada, Lucia Menapace, Gianni Monfredini, Maurizio Pescarmona, Arrigo Spagolla, Bruno Zanet, Azienda Far-

maceutica, Flavio Dugato, Giancarlo Calza, Andrea Miani, Bianca Biffi, Piera Buttitta, Verena Carini, Lucia De Nisi, Elisabetta Caliciotti, Vittorio Bachelet, Maria Fiorella Pantarotto, Elisabetta Marchese, Claudio Candioli, Giovanni Holzer, Vittorio Lorenzini, Cinzia Corradini, Rosantonia Uasone, Giovanni Gentilini, Marco Pedron, Daniele Scalambra, Mario De Nisi, Humana Italia Spa, Luciano Mutinelli, Bruno Canzano, Gianfranco Scarpelli, Claudia Valdagni, Rosalba Segata, Silvano Bonapace, Evelina Maestranzi, Sandro Broseghini, Maurizio Agostini, Roberta Cognola, Massimo Salvaterra, Franco Rovea, Enzo Donini, Antonio Danesi, Piffer, Pietro Fabbri, Merler, Laura Zampiero, Marco Pegoretti, Michele Lorenzi e numerosi altri...

La Cassa Rurale di Villazano e Trento ha elargito un cospicuo contributo di L. 5.000.000 per attività di educazione sanitaria



Eventuali contributi possono essere versati sul c/c 01/711785 presso

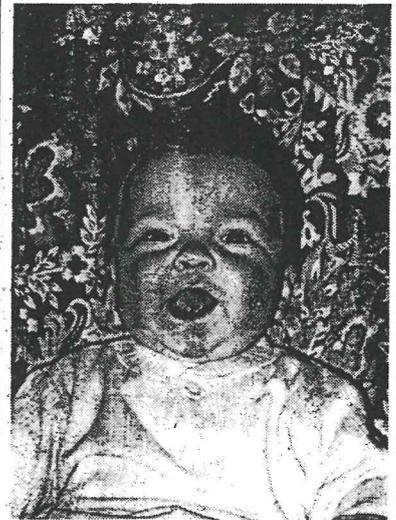
cassa rurale di villozano e trento

DELIBERE DI DONAZIONI

In data 25 febbraio e 25 marzo il Consiglio Direttivo dell'Associazione ha deliberato le seguenti donazioni a favore dell'U.O. di Neonatologia di Trento, ai sensi dell'art. 2 dello Statuto:

- una pompa tiralatte Medela (del valore di circa 1.200.000)
- un aspiratore per completare la dotazione di una incubatrice da trasporto (del valore di circa 1.700.000)
- un modulo per la saturazione O₂ per completare un monitor di pressioni invasive (circa 8.800.000)
- due manichini-neonati per le esercitazioni-simulazioni di rianimazione neonatale (circa 5 milioni)
- un monitor per la rilevazione della frequenza cardiaca e respiratoria, da utilizzare per neonati dimessi con cure a domicilio (dotato di modem per la trasmissione dei dati al Centro) (circa 8 milioni).

IL GRAZIE DI EROS Ospedale affettuoso



Il piccolo Eros Salvaterra

«Mi chiamo Eros Salvaterra e sono nato a Rovereto il 3 gennaio 1995, alla 33^a settimana di gestazione; ho fatto proprio un bello scherzo a mamma Alessia e papà Massimo e papà che aspettavano la mia nascita intorno al 20 febbraio.

Non ero piccolissimo, pesavo 2290 gr. ed ero lungo 45 cm. facevo una fatica incredibile a respirare, così a malincuore doveti lasciare la mia mamma a Rovereto e trasferirmi al reparto di patologia neonatale dell'Ospedale S. Chiara di Trento, con me c'era il mio papà. Non sembrava di essere arrivati in un ospedale ma su un'isola felice dove gentilezza, disponibilità, affetto, unite ad una grande professionalità di tutti erano all'ordine del giorno.

Nonostante fossi stato premurosamente adagiato in una incubatrice e avessi bisogno dell'ossigeno potevo abbracciare mamma e papà ad ogni pasto i quali giorno dopo giorno si sentivano sempre più a casa loro. C'era sempre qualcuno disponibile ad informarmi sui miei progressi ed a tranquillizzarmi. Si sente molto parlare di malasanità ma la mia prima esperienza di ricovero in ospedale è stata veramente di una ottima sanità, dove il paziente e i suoi parenti sono veramente messi al centro dell'attenzione di tutti: medici, caposala, infermiere, ausiliarie e perfino le signorine delle pulizie. Al dottor Pedrotti e ai suoi collaboratori, alle infermiere del reparto di Patologia Neonatale io, la mia mamma ed il mio papà diciamo «Grazie». Fra pochi giorni ho il compleanno: lo festeggerò nella mia casa di Chizzola di Ala. Un saluto a tutti e buon lavoro.

Eros

Cles, domani festa per Chiara, Gianluca e Serena Bergia Il primo anno dei tre gemellini

Un anno fa, il 19 aprile, in casa Bergia nascevano ben tre gemellini: Chiara, Gianluca, e Serena, venuti alla luce all'ospedale Santa Chiara di Trento.

Un caso singolarissimo,

per la borgata di Cles, dove non si verificavano parti tri-gemini da alcune decine d'anni.

In occasione del primo compleanno i nonni, gli zii ed i cuginetti si stringeran-

no attorno ai tre fratellini per festeggiare degnamente il primo anno di vita. Chiara, Gianluca e Serena godono di ottima salute e «riempiono» - è il caso di dirlo... - casa Bergia.



I gemelli Chiara, Gianluca e Serena Bergia domani compiono un anno

MONDO PICCOLO

NOTIZIE IN BREVE

VITAMINA K NEI PRIMI DUE MESI DI VITA

Dal 1. gennaio 1996, contemporaneamente alla distribuzione del nuovo Libretto Sanitario pediatrico, è stata proposta la somministrazione a tutti i nati di due gocce di vitamina K (*Konakion*) ogni sette giorni per i primi due mesi di vita. È documentato che questa semplice metodica previene efficacemente la **malattia emorragica tardiva del neonato**, un evento molto raro (1 su 10-15.000 nati) ma spesso molto grave.

UN REGOLAMENTO DEL TRASPORTO ASSISTITO NEONATALE

È in via di approvazione il Regolamento del Trasporto assistito neonatale che prevede la massima integrazione col **118-Trentino Emergenza**. Sono definite le modalità di intervento di neonatologi e infermiere (dal 1974 siamo ormai a 7500 trasporti eseguiti) per un sicuro trasporto di ogni neonato da ogni sala parto, anche con elicottero; ma vengono regolamentati anche il trasporto delle gravide ad alto rischio (**trasporto in utero**), il **trasporto secondario** di madri da ospedali periferici qualora il figlio sia rico-

verato a Trento, il **trasporto del latte materno** da altri ospedali a Trento.

UN NUOVO TIPO DI RILEVAZIONE EPIDEMIOLOGICA SULL'ASSISTENZA PERINATALE

Per ben 17 anni, dal 1.1.1979 al 31.12.1995, per ogni neonato della provincia di Trento veniva compilata una scheda ostetrico-neonatale che ci ha fornito numerose importanti informazioni su circa 70.000 neonati trentini: l'elaborazione di tutti questi dati ci ha portati alla pubblicazione dei due prestigiosi volumi su **IL NEONATO TRENINO**.

Dal 1.1.1996 le ostetriche, compilando il **Certificato di assistenza al parto**, rileveranno contemporaneamente i dati importanti su una **Scheda di nascita** (completata poi dal pediatra/neonatalogo).

Questa è una notevole iniziativa promossa e gestita dal nuovo Osservatorio Epidemiologico dell'Azienda Sanitaria provinciale, diretto dal dott. Silvano Piffer.

Contemporaneamente è anche partita la nuova rilevazione di tutti i casi di **malformazione congenita** coordinata dallo stesso Os-

servatorio Epidemiologico, in collaborazione con il nostro Consultorio genetico diretto dalla dott.ssa Serena Belli Ricordiamo che anche queste rilevazioni sono state promosse e coordinate dalla Neonatologia di Trento dal 1979 al 1995.

SOCIETÀ ITALIANA DI NEONATOLOGIA (S.I.N.) - INCONTRI DI AGGIORNAMENTO

Il 21 marzo si è svolto a S. Michele all'Adige un incontro di aggiornamento promosso dalla Sezione Trentino Alto Adige della S.I.N. Ostetriche e pediatri della regione si sono confrontati su importanti temi riguardanti il trattamento del dolore nella madre e nel neonato,

«CONSIGLI PRATICI DI ALIMENTAZIONE E ASSISTENZA NEI PRIMI MESI DI VITA»: 15. EDIZIONE

Il fascicolo dalla copertina arancione (ANT 3), che riproduce le «pagine gialle» del libro «Bambini sani e felici», ricco di consigli per un buon inizio della vita del figlio, è stato aggiornato e stampato nel giugno 1996.

Sarà messo a disposizione di tutte le sale parto e di tutti coloro che lo desiderano.

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.

Tre le possibilità di versamento:

- presso ogni Ufficio postale, sul c/c postale 13205380 (bollettino allegato)
- sul c/c 10768/0 della CARITRO - Sede Centrale
- sul c/c 01/711785 della Cassa Rurale di Villazzano e Trento.

Ricordiamo il Codice Fiscale dell'Associazione: 96009010222.

SCHEDA DI TRASPORTO NEONATALE

DATA (della chiamata): / / ora :

Nome del neonato

Peso neon. g Età gestazionale s nato il / / ora :

Azienda Prov. Serv. Sanitari
Provincia Autonoma di Trento



U.O. NEONATOLOGIA
TRENTO



TRENTINO
EMERGENZA 118

ACCETTAZIONE TRASPORTO:

- dall'ospedale di: _____ Tel. _____
 all'ospedale di: _____

MOTIVO TRASFERIMENTO

- prematurità o basso peso



Medici e infermiere
in attività di
formazione «esterna»
anche a 3000 metri!



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 pubb. 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, Lilliana Iseppi, Fabio Pederzini, Paola Trainotti.
Stampa: Alcione - Trento