

# ANT Neonatologia Trentina

Periodico trimestrale dell'ANT - Amici della neonatologia

Spedizione in abbonamento postale - Legge 549/95 art. 2 comma 27 - Filiale di Trento

*Gli auguri, gli impegni, le testimonianze concrete*

## PER UNA MIGLIOR "QUALITÀ" DI VITA" PER I NEONATI

**N**ella serie delle belle parole, troppo spesso astratte ma che pronunciamo con soddisfazione (pace, amore, libertà, "care",...), c'è anche questa. Si parla molto oggi di "Qualità di vita", non solo da parte di politici ed ecologisti, ma anche nell'industria e - ovviamente - in medicina. Molte industrie ora perseguono la cosiddetta "Total Quality", il che significa che tengono presenti non solo l'efficacia e l'efficienza (molte vendite, pochi difetti, bassi costi di produzione), ma anche il fattore umano (partecipazione, gradimento, valorizzazione delle risorse umane,...).

In parallelo, per la Neonatologia, significa avere neonati **sani**, con **pochi handicap**, a **bassi costi**, con la partecipazione e il **gradimento** dei genitori: sono i quattro obiettivi già esposti nel Convegno di Trento dell'aprile 1995 e in buona parte raggiunti nella nostra provincia.

A **Torino** (14-15.11.96) si è svolto un importante Congresso sulla "Qualità di vita del bambino", dalla gravidanza (Leboyer di Londra, Relier di Parigi) al neonato (Pedrotti), dalla bioetica (Burgio) al bambino ospedalizzato (Zitelli di Pittsburgh), dalla prevenzione (Panizon) all'adolescenza (Bardaro). In una Tavola rotonda è stato anche discusso un **Decalogo della Qualità della vita** dalla Nascita all'Adolescenza". Leggetelo a pagina 2 e meditatelo.



La Neonatologia trentina in diverse occasioni è stata presa ad esempio per l'interesse "globale" col quale viene organizzata l'assistenza al neonato in tutta la provincia, con la partecipazione di una qualificata Ostetricia. La buona organizzazione ostetrica e neonatale non è certo legata al fatto che da noi siano disponibili molte risorse. Anzi. Abbiamo più volte documentato che l'Ostetricia e la Neonatologia trentine sono **tra le più "povere" di risorse**. La **demedicalizzazione** della Neonatologia (che comporta, tra l'altro, meno spese) è stata discussa ed apprezzata in un Convegno internazionale a **Brindisi** (9-11.10) e a **Castel Ivano** (18.10), nonché nel Corso

di Aggiornamento in Neonatologia a **Roma** (4-6.10). A **Trento**, in un Convegno sulle malattie croniche dell'infanzia (23.11) sono stati presentati ottimi dati sugli esiti a distanza dei neonati ad alto rischio.

Insomma, negli ultimi anni, dati alla mano, è stata assicurata la miglior Qualità di vita ai neonati trentini.

Con la speranza che anche nel prossimo anno si possano mantenere questi concreti risultati, basati soprattutto sulla buona organizzazione e comunicazione, auguro a tutti i nostri Amici di trascorrere nel modo migliore le feste natalizie, di fronte al "neonato Gesù", e un ottimo 1997.

d.p.



*Per un Natale di pace e di serenità*

Le più giuste scelte etiche del 2000

## SIAMO VERAMENTE DALLA PARTE DEI BAMBINI?

In tutta la storia umana, fino agli anni più recenti, non si è mai voluto tener conto del punto di vista dei bambini. E' vero che i bambini erano considerati oggetto di amore e di tenerezza, ma sempre in un ruolo subalterno a quello degli adulti, sempre come "tabula rasa". Allo stesso modo, fino a non molti decenni fa, si cantavano lodi retoriche agli operai e alle donne ("gli angeli del focolare"...), ma ben pochi stavano realmente dalla loro parte e difendevano i loro diritti.

Solo negli ultimi due secoli le categorie più deboli (borghesi, lavoratori, donne, studenti,...) hanno conquistato, con lotte e rivoluzioni, il diritto ad essere tenuti in considerazione. Da pochi decenni si registra a livello mondiale una diffusa e concreta sensibilità anche nei confronti di cittadini ancora più deboli di loro, come i bambini: dopo una generica **Dichiarazione dei Diritti del Bambino** (ONU, 1959) si è passati alla **Convenzione internazionale sui Diritti dei Minori** (ONU, 1989), ratificata da quasi tutti gli stati del mondo ed anche dall'Italia (Legge 27.5.91). Questi "diritti" sono spesso parole molto belle, non fatti concreti conquistati con una rivoluzione. I bambini non faranno mai nessuna contestazione o rivoluzione, così come l'hanno fatta i giovani trent'anni fa; i bambini si aspettano che **l'ultima rivoluzione del mondo avvenga nella testa di ognuno di noi**.

Stare realmente *dalla parte dei bambini* significa anzitutto garantire loro il diritto innato alla vita e al godimento del più alto livello di salute fisica e mentale (art. 6, 24, 27 della Convenzione internazionale). Nel Trentino ci pare di aver garantito concretamente questi diritti: registriamo negli ultimi anni non solo tra i più **bassi tassi di mortalità** nel primo anno di vita, ma anche tra i più **bassi tassi di handicap** da cause legate alla nascita. Tutto bene? Non proprio tutto.

In realtà c'è una legge, quella sull'interruzione volontaria di gravidanza, che si vuole applicare solo

dalla parte dei diritti delle donne e non *dalla parte del bambino non ancora nato*: lo stato dovrebbe tutelare ogni vita dal suo inizio e impegnarsi a limitare al massimo l'aborto volontario (art. 1 e 2 della legge 194). Vedere il problema dal punto di vista della politica o della religione può essere confondente. E' più concreto vederlo dal punto di vista dei due diretti "interessati": il punto di vista della donna, rivendicato politicamente come "diritto", è in realtà **uno pseudo-diritto del più forte** su un essere che in quel momento è totalmente dipendente da lei. E' acrobatico cercare differenze tra un bambino in utero di 89 giorni (tutti i diritti alla madre e nessuno al bambino) e uno di 90 (tutti i diritti al bambino).

Questo argomento ci introduce ad altri argomenti di tipo politico, nei quali *il punto di vista dei bambini* non è ancora ben capito, considerato, tutelato. I bambini sono i futuri



lavoratori, i futuri genitori, i futuri politici. Rappresentano **un capitale**, un insieme di risorse molto più importanti di ogni altro tesoro. Hanno diritto (art. 28-29 della Convenzione internazionale) ad un'**educazione** che promuova lo sviluppo della personalità e dei talenti



e che li prepari ad assumersi responsabilità in una società libera, in uno spirito di comprensione, di pace, di tolleranza,... La **scuola** attuale è veramente *dalla parte dei bambini* e dei giovani? Se la scuola non è dalla parte dei bambini, viviamo in una società sballata che si autodanneggia.

E così per **l'ambiente**: la società dei grandi non ha diritto di inquinare un mondo che non è suo, ma che sarà dei nostri attuali figli. Essere ecologi è anzitutto un dovere, legato, più che al rispetto delle leggi, al rispetto dei diritti dei bambini. La migliore urbanistica, l'unica vera urbanistica, va bene per tutti se tiene conto anzitutto del benessere dei futuri cittadini.

Anche le leggi dell'**economia** sono ovvie, se si sta veramente *dalla parte dei bambini* e dei futuri lavoratori. Certi macroscopici errori come le baby-pensioni o altri allegri debiti del bilancio statale saranno pagati dai nostri nipoti; altro che "diritti conquistati dai lavoratori" come si è detto superficialmente a suo tempo (e tuttora...).

E' fondamentale considerare **consumismo** e **televisione** come due enormi "pericoli", purtroppo molto sottovalutati, sempre che si voglia vedere il mondo veramente *dalla parte dei bambini*: troppi bambini sono resi infelici dall'eccesso di stimoli, dall'eccesso di bisogni indotti, dal furto del tempo dedicato al gioco e alla creatività (a cui hanno "diritto"). Dovremo meditare un po' di più sulla difesa dell'economia "consumistica" che fa star bene i

*Dal Congresso di Torino del 14-15 novembre 1996*

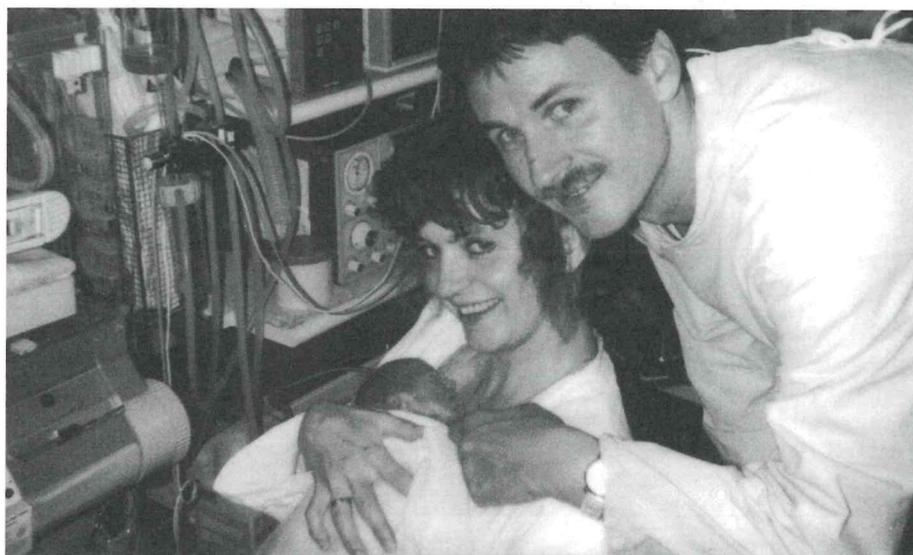
## DECALOGO DELLA QUALITÀ DELLA VITA DEL BAMBINO DALLA NASCITA ALL'ADOLESCENZA

redatto da: J. Baldaro-Verde (Genova), A. Bompiani (Roma), G.R. Burgio (Pavia), G. Ferrari (Torino), C. Losana (Torino), F. Panizon (Trieste), D. Pedrotti (Trento), J.P. Relier (Parigi), G. Rondini (Pavia), B. Zitelli (Pittsburgh)

- **1) Concepimento:** diffusa cultura preconcezionale e concepimento consapevole nello spirito della responsabilità procreativa.
- **2) Gravidanza:** tutelata, monitorata e vissuta con serenità, anche mediante idonea preparazione alla nascita, all'allattamento ed alla funzione genitoriale. Centralizzazione delle gravidanze a rischio.
- **3) Parto,** con rispetto della naturalità e della dimensione "umana" dell'evento nascita, senza negligenza di protezione della salute sia della madre sia del nascituro.
- **4) Assistenza neonatale:** disponibilità per tutti i bambini (in rapporto ai bisogni) di efficace ed efficiente assistenza per qualsiasi livello di necessità, immediata in sala parto, in tempi brevi per le cure successive, sia sotto l'aspetto tecnico e sia sotto l'aspetto umano, fatta da personale specializzato in strutture idonee.
- **5) Tutela sociale** della gravidanza, del puerperio, dell'allattamento, del rapporto "madre-padre-bambino" con particolare riguardo al 1° anno di vita.
- **6) Sicurezza:** norme, informazioni, educazione stili di vita a misura del minore ed a protezione dei rischi reali fisici e psichici.
- **7) Scuola:** conoscenza dei bisogni del minore, opportunità per tutti di apprendimento e di sviluppo delle potenzialità intellettuali e fisiche. Qualità ed attualità dell'istruzione e della cultura, compresa quella della salute, ed integrazione delle diversità.
- **8) Il bambino malato:** cure adeguate effettuate in luogo adatto da operatori dell'area pediatrica, rispettose delle necessità affettive, scolastiche, ludiche e di informazione sulla malattia.
- **9) Difesa del bambino:** dall'abbandono, dalla miseria, dalla violenza, dallo sfruttamento, dai rischi dell'indifferenza, dall'omologazione culturale, dall'assenza di valori, dall'inquinamento.
- **10) Dialogo:** promuovere il diritto del minore a poter esprimere compiutamente le relazioni fondamentali della sua personalità, attraverso la corretta comunicazione, l'attenzione ad ascoltarlo, la disponibilità di tempo e di spazio per giocare, capire e pensare. Disponibilità dei genitori a dedicare tempo ai figli per non farli crescere soli.

grandi (apparentemente), ma che è deleteria a lungo termine proprio per i nostri figli. Ma quale politico ha oggi il coraggio di ridurre posti di lavoro o retribuzioni, di impegnare più risorse nella famiglia e nella scuola, a costo di subire così una recessione economica del mondo in cui noi grandi stiamo così bene?

E' poi importantissimo considerare il punto di vista dei bambini anche in tema di **relazioni umane**. E' un loro "diritto" essere considerati soggetti, persone, interlocutori di un **dialogo** che deve cominciare ancor prima della nascita. Purtroppo molti genitori li considerano invece oggetti di loro proprietà e non considerano "il loro punto di vista" nel momento in cui prevale la scelta egoistica di abbandonare il figlio o la famiglia nella quale cui un bambino dovrebbe trovare sicurezza, coerenza, affetto. Tutti i bambini del mondo hanno il fondamentale diritto di vivere "in un'atmosfera di affetto e di sicurezza materiale e morale". "Il bambino deve essere educato in uno spirito di comprensione, di tolleranza, di amicizia tra i popoli, di pace e fratellanza universale, nella consapevolezza che le



sue energie e capacità devono essere rivolte al servizio dei propri simili".

C'è una via che è certamente **più giusta e più razionale** rispetto ad altre percorse dai grandi (anche dai lavoratori, anche dalle donne) in modo troppo spesso egoistico: occorre cercare di risolvere **tutti i problemi che ci stanno attorno dalla parte dei bambini**: problemi economici, ecologici, politici, pratici. I grandi non si chiedono mai quale sia il **punto di vista dei bambi-**

**ni** del Rwanda, di Sarajevo, del Brasile sui problemi della pace, della fame, della violenza. Il **bambino deve essere la vera bussola** in ogni progetto culturale, laico o cristiano che sia, per il futuro secolo. Il centro del mondo è sempre stato occupato dai potenti; ci vuole molta umiltà per mettere al centro del mondo un bambino. Cristo prese un bambino e lo mise "nel mezzo". Forse il miglior messaggio del Natale può essere proprio questo.

da "Vita Trentina" - 29.12.96

Più prematuro è il bambino, meno la mamma può stargli vicino

## PROPOSTA DALL'ON. SCHMID UNA LEGGE A FAVORE DELLE MADRI DI PREMATURI



**F**acendo seguito all'articolo della signora Degasperi comparso nell'ultimo numero, l'on. Sandro Schmid si è interessato a fondo del problema e sta per

presentare al parlamento una Proposta di legge, assieme all'on. Marida Bolognesi, presidente della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, e all'on. Rosa Russo Jervolino, presidente della Commissione Affari Costituzionali. Sono stati già valutati il merito della

proposta, la costituzionalità e l'armoniosità con l'ordinamento giuridico.

Il testo della presentazione della proposta di legge - nel momento di andare in stampa - non è ancora definitivo.

Altre associazioni, che negli ultimi anni sono presenti in diversi Centri nazionali, sono state tenute al corrente dell'iniziativa.

Diverse ci hanno appoggiato senza riserve:

- a **Verona**: ANAVI - Associazione Nascere per Vivere (presid. sign.a Todeschini Gozzo - v. Scrimari 10 - 37129 Verona - tel. 045- 8074213/ 8341492)
- a **Modena**: Associazione "Pollicino" - (presid. sign.a Barsuola Cermelli) - c/o Patologia Neonatale - Policlinico - 41100 Modena
- a **Monza**: Associazione "Lilliput" - (presid. sign.a Mara Pedrini) - c/o Patologia Neonatale - Ospedale - 20052 Monza
- a **Firenze**: Associazione Genitori Neonati Prematuri "Peter Pan" (presid. sign.a Barbara Giannini) - c/o Patologia Neonatale - Ospedale pediatrico Mayer v. Luca Giordano 13 - 50132 Firenze
- a **Foggia**: Associazione "FASNE" - (presid. dr. Vittorio Postiglione - v. Carella 26 - 71100 Foggia)
- a **Brindisi** - Associazione per la Difesa dei Diritti del Neonato della provincia - 72100 Brindisi

### PROPOSTA DI LEGGE

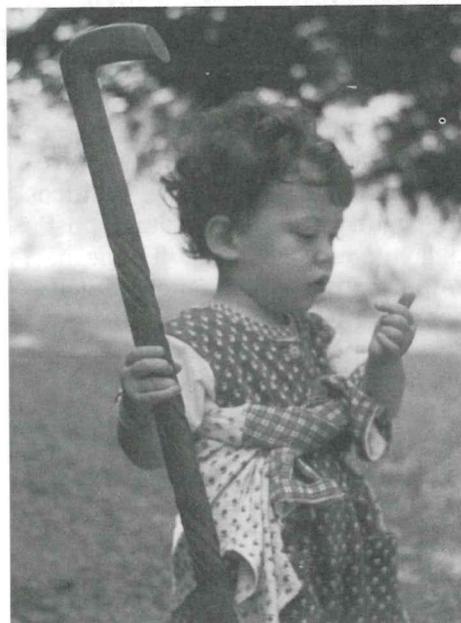
**ART. 1.** 1. Dopo il primo comma dell'art. 4 della legge 30 dicembre 1971, n. 1204, è inserito il seguente:

«Le madri dei bambini nati pretermine (per la certificazione dell'età gestazionale alla nascita fa fede il certificato di assistenza al parto) usufruiscono dei **tre mesi di astensione obbligatoria a partire dalla data presunta del parto**, recuperando nel periodo che va dall'effettiva data di nascita alla data presunta del parto a termine, parte del periodo di astensione obbligatoria pre-parto non goduta».

**ART. 2.** 1. All'onere derivante dall'attuazione delle disposizioni contenute nella presente legge pari a lire ottomiliardiquattrocentomilioni annui, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto - ai fini del bilancio triennale 1997, 1998, 1999 nel capitolo 6586 dello stato di previsione del Ministero del Tesoro 1997 all'uopo parzialmente utilizzato relativo al Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale.

2. Il Ministro del Tesoro è autorizzato ad apportare con propri decreti le occorrenti variazioni di bilancio.

**ART. 3.** 1. La presente legge entra in vigore il giorno stesso della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.



20 sabato  
19 ottobre 1996

Trento

PRIMO PIANO

Il mondo  
dei  
neonati

Protestano le lavoratrici madri di prematuri.

Si sentono discriminate dalla legge sulla maternità. E forse non hanno tutti i torti.

Una donna ha diritto, secondo la legge 1204, a due mesi di congedo obbligatorio (art. 4) prima della data presunta del parto e tre mesi dopo: viene data inoltre facoltà di poter chiedere altri sei mesi di astensione facoltativa (art. 7). Tale astensione facoltativa per gran parte delle madri di bambini nati prematuri diventa «obbligatoria» poichè il neonato ha

### IL PROBLEMA

## Le mamme dei prematuri discriminate sul lavoro

la necessità di più cure per recuperare soprattutto affettivamente il tempo trascorso in ospedale.

Ma l'ingiustizia più grossa è un'altra. La madre lavoratrice di un neonato nato a 6-7 mesi di gravidanza perde infatti del

tutto i due mesi di congedo pre parto e vive in ospedale con il figlio i tre mesi di congedo dopo il parto. Quando il figlio, dopo due tre mesi viene dimesso con un peso ancora molto basso e avrebbe bisogno di particolari attenzioni, proprio allora la madre deve riprendere il

lavoro. Ma cosa si potrebbe fare per ovviare a questo problema? Varie sono state nel corso degli anni le proposte avanzate da vari parlamentari. Una possibile soluzione potrebbe consistere nel concedere cinque mesi totali di congedo indipendentemente dalla data del parto. Altra proposta potrebbe prendere in considerazione solo i neonati di età gestazionale inferiore, ad esempio, alle 33 settimane concedendo alle loro madri uno o due mesi di congedo in più.

Camera dei Deputati - Proposta di legge d'iniziativa dei Deputati Schmid, Bolognesi, Russo Jervolino

## Tutela delle lavoratrici madri di figli nati prematuri

**O**norevoli colleghi! Circa il 6% dei neonati nasce pretermine, cioè prima delle 37 settimane (otto mesi) di gravidanza. La maggioranza di essi (il 5% di tutti i neonati) nasce tra 33 e 36 settimane: in questi casi la madre non usufruisce di oltre un mese di congedo pre-parto, mentre il figlio - in genere - deve rimanere ricoverato da pochi giorni a qualche settimana.

L'1% di tutti i neonati (circa 4.000 all'anno sono i sopravvissuti in tutta Italia) nasce a 24-32 settimane, a sei-sette mesi di gestazione: in questo caso la madre non solo perde i due mesi di congedo pre-parto, ma perde anche la possibilità - dopo la dimissione del figlio - di vivere a casa un periodo adeguato per prendersi cura di un figlio *più fragile e più bisognoso di assistenza*, che rispetto agli altri neonati ha *più bisogno di attenzioni e della presenza costante della madre, proprio a causa del distacco forzato al quale è stato costretto*.

Lo spirito della legge 30.12.1971 n.1204, oltre a riguardare la protezione della salute fisica della madre lavoratrice, dovrebbe garantirle anche - e soprattutto - la possibilità di star vicina al figlio, provvedendo personalmente ad ogni cura, possibilmente allattandolo al seno.

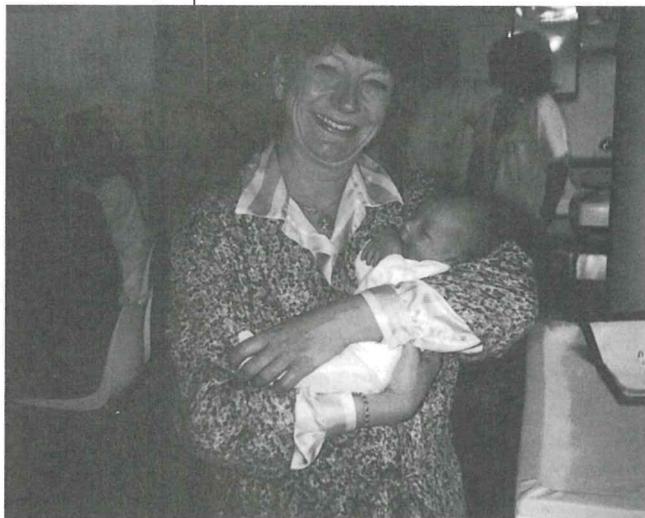
I neonati molto prematuri - al di sotto delle 33 settimane, di regola di peso inferiore a 1500 grammi - vengono dimessi dopo due-tre mesi di degenza in Ospedale con un peso ancora molto basso, sui 2000 grammi. Succede, soprattutto nei casi di pretermine molto piccoli, che appena il figlio viene dimesso, la madre debba tornare a lavorare, oppure può rimanere sì a casa per altri sei mesi di stensione facoltativa, ma con la riduzione

dello stipendio al 30%. Così la madre, oltre a dover vivere alcuni mesi spesso angoscianti durante il ricovero del figlio, perde una gran parte dei vantaggi offerti alle madri di neonati a termine.

Di conseguenza, la presente proposta di legge introduce una norma che **concede alle madri di neonati molto prematuri (nati con più di due mesi di anticipo, cioè fino a 32 settimane di gravidanza), che già hanno perso i due mesi di congedo pre-parto, di aggiungere ai tre mesi di astensione obbligatoria dopo il parto, i due mesi pre-parto previsti per le madri di neonati maturi.**

Dovrebbe essere sufficiente allegare al certificato dell'ostetrico di data presunta (es. 1.9.96) una copia del certificato di assistenza al parto da cui risulti - oltre al giorno di nascita - anche la settimana di gravidanza a cui il bambino è nato (es. 1.6.96, a 27 settimane): in questo caso la madre avrebbe diritto all'aspettativa obbligatoria post-partum non solo fino all'1.9.96, ma fino all'1.11.96: tre mesi dopo il termine del periodo di gestazione.

**Con questo principio, il diritto al recupero del periodo di astensione obbligatoria pre-parto non goduta è esteso anche alle madri di neonati comunque pretermine. Riguardo ai costi, va sottolineato che si tratta di recuperare periodi di aspettativa non goduta.**



Nel 1997, secondo il rapporto ISCO del luglio 1996, la retribuzione lorda media pro-capite è da considerare pari a 36,8 milioni all'anno. Tale valore corrisponde a 2,8 milioni mensili.

L'indennità - pari all'80% della retribuzione percepita dalla lavoratrice - corrisponde dunque a 1.550.000 circa (80% di una retribuzione netta mediamente pari a 1,9 milioni).

Moltiplicando prudenzialmente per 8.000 mensilità (2 mesi per 4.000 lavoratrici-madri) si ottiene un onere aggiuntivo per la gestione INPS pari a 12 miliardi per ognuno degli anni 1997, 1998, 1999. Considerato che in questo modo si assorbe l'indennità del 30% prevista dalla legge 30.12.1971 n.1204, per i mesi di astensione facoltativa per maternità o paternità prudenzialmente l'onere aggiuntivo per la gestione INPS è pari a 8 miliardi e 400 milioni per ognuno degli anni 1997, 1998, 1999.

Onorevoli colleghi! In conclusione questo progetto di legge si pone l'obiettivo di rendere giustizia al diritto di tutela dei bambini nati prematuri e delle loro madri, per una maggiore tutela e valorizzazione della famiglia.

(testo non definitivo)

*L'impegno costante delle infermiere*

## AGGIORNAMENTI, RICERCHE, CONVEGNI

**E'** sempre molto vivo l'interesse delle infermiere a rivedere il loro operato, ad aggiornarsi, studiare e interessarsi per meglio rispondere ai bisogni del bambino e migliorare la qualità delle prestazioni.

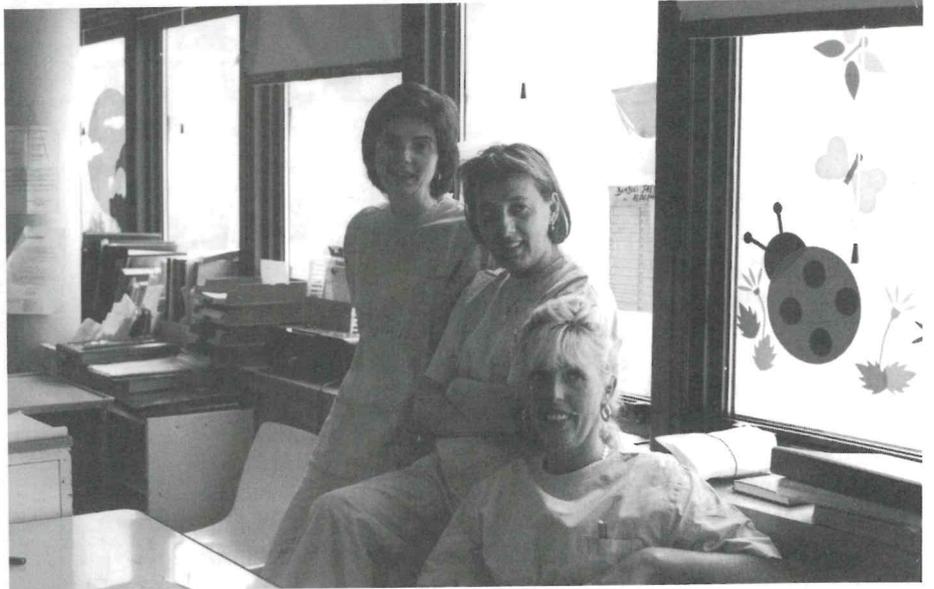
Le problematiche legate allo scarso numero di personale limitano purtroppo le possibilità di soddisfare tutti i bisogni di aggiornamento; spesso dobbiamo utilizzare il nostro tempo libero, fuori orario di servizio.

A marzo la caposala è stata invitata a **Foggia** a partecipare al corso di aggiornamento infermieristico promosso dalla locale U.O. di Neonatologia, e ha presentato un lavoro su come le infermiere attuano *la preparazione della mamma alla dimissione del neonato*.

Marina Cologna, infermiera professionale, Francesca Zeni, vigilatrice d'infanzia, con la caposala del territorio di Malè Carla Bobbi, hanno pubblicato sulla "**Rivista dell'infermiere**" un lavoro sull'esperienza domiciliare al bambino cronico e integrazione fra operatori ospedalieri e territoriali. Questo lavoro ha richiesto una accurata raccolta dei dati, un coinvolgimento di persone competenti, una buona collaborazione tra operatori di territorio e dell'ospedale.

Nei giorni 3-4-5 ottobre 1996 si è tenuto a **Riva del Garda** un convegno infermieristico "Insieme per crescere" per un aggiornamento in ambito ostetrico, neonatologico e pediatrico. A questo incontro, per noi molto importante, hanno partecipato numerose infermiere del reparto, che hanno presentato due lavori, uno di Annalisa Pallaver, vigilatrice d'infanzia, sulle nuove opportunità che vengono date agli *studenti infermieri che svolgono il loro tirocinio nel nostro reparto*, l'altro della caposala riguardante l'attività di aggiornamento in reparto attraverso l'utilizzo dei *gruppi di lavoro* (vedi numero precedente).

A **Milano**, l'11 ottobre siamo state invitate a partecipare all'incontro "Cura/curare: molteplici significati e percorsi, per un'educazione



della/dalla nascita" tenuto presso l'Istituto "Mario Negri". Abbiamo presentato un lavoro che sottolineava *la partecipazione dei genitori alle cure del loro figlio*, attraverso la loro presenza in reparto, il latte materno, l'accudimento del loro bambino: tutto questo presuppone attività di cura e di attenzione delle infermiere rivolte al neonato e la disponibilità del personale infermieristico ad informare e ad insegnare ai genitori.

Nei giorni 8-12 novembre si è tenuto a **Roma** un incontro internazionale montessoriano "Intorno al bambino, intorno al mondo" dove si sono riuniti varie persone che lavorano con bambini provenienti da molti Paesi, tutte molto interessate a questo incontro pluriculturale dove al centro dell'attenzione c'era il bambino. Siamo state invitate a partecipare per portare *la nostra esperienza sulle cure e attenzioni rivolte ai bambini prematuri nel nostro reparto*. A queste giornate hanno partecipato la psicologa che segue le nostre mamme, dottoressa Lia Cristofolini, e la caposala.

Due nostre vigilatrici d'infanzia, Monica Tomasi e Francesca Zeni hanno partecipato ad un corso per insegnanti di massaggio del bambino che si è tenuto ad **Arceto (RE)** nei giorni dal 13 al 16 novembre. Adesso loro saranno le insegnanti di massaggio del nostro reparto. Appena possibile attiveremo queste persone perché insegnino alle

nostre mamme come massaggiare il loro figlio, al fine di approfondire e migliorare la loro relazione.

A **Tabiano (PR)** si è tenuto il seminario residenziale "Sirmione 8" centrato su *problemi gestionali del personale e delle risorse e sulla motivazione in ambito pediatrico*. Questi argomenti sono stati trattati tenendo presente il grosso cambiamento avvenuto con l'avvio delle Aziende per i Servizi Sanitari e alla luce delle ultime normative. A questo appuntamento annuale, per noi sempre importante, hanno partecipato un medico e la caposala.

L'Ufficio Aggiornamento del personale della nostra Azienda ha proposto corsi di aggiornamento per infermieri su *"Assistenza infermieristica e scienze infermieristiche"*. Una nostra infermiera, Erina Reversi, ha già partecipato a tale corso, trovandolo molto interessante e rispondente alle nostre esigenze; altre parteciperanno più avanti. Oltre a questi incontri fuori del reparto continua la nostra *attività dei gruppi di lavoro e gli addestramenti con simulazioni per l'emergenza*, seppur condizionati dal carico di lavoro. Abbiamo constatato più volte, e ne siamo convinte, quanto queste attività portino ad un miglioramento e cambiamento nel nostro operato quotidiano, anche se talvolta ci costano molto impegno e dedizione.

**Paola Trainotti**

Dalla stampa

Un problema che non è più un problema

## ALLATTARE IN PUBBLICO SI' O NO?

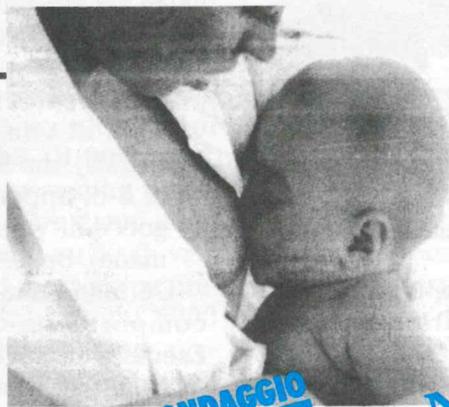
L'atto di allattare non dà certo scandalo, ma richiede una doverosa discrezione. E' un momento di "dialogo" col figlio, non deve essere considerato un momento in cui si rifornisce il figlio di "carburante". Su questo tema si è acceso un dibattito nei giorni di feragosto, per un episodio accaduto ad Andalo in un locale pubblico. Messaggio: non complichiamo le cose semplici...



'Adige

PRIMO PIANO

Trentino,  
turismo  
e ospiti



Un mamma con il suo...

Trento

giovedì  
15 agosto 1996

17

### IL SONDAGGIO

Le dà fastidio allattare  
con persone presenti?



Suor Eugenia:  
«Un gesto così  
bello non può  
creare rifiuto»  
Laura Dalfovo:  
«Può mettere  
in imbarazzo»

# Allattava al bar: dov'è lo scandalo?

## Opinioni a confronto, da chi è contro a chi s'intenerisce

Al Nido un gruppo di lavoro per la promozione dell'allattamento materno

### ALLATTARE AL SENO: SEMPRE PIU', SEMPRE MEGLIO

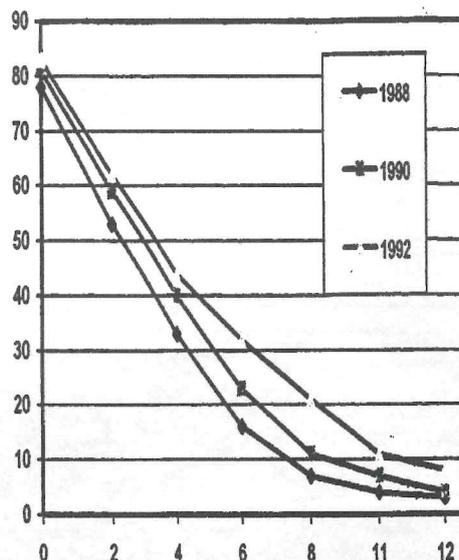
Nei mesi scorsi si è costituito un gruppo di lavoro per la promozione dell'allattamento materno con lo scopo preciso di preparare il testo di un opuscolo da diffondere a livello provinciale.

Il gruppo si è riunito già diverse volte ed è costituito da pediatri neonatologi (dr. Pedrotti, Pederzini, Valente) e di base (dr. Bonomi, De Lucca, Fanelli, Orso), ostetriche ospedaliere (Paoli, Preghenella, Guarese) e del territorio (Berlanda, Giordani), personale del Nido (Piechele, Donato). L'opuscolo sarà edito dalla nostra Associazione.



L'allattamento al seno è in costante aumento negli ultimi anni in tutta la provincia di Trento, raggiungendo valori discreti, anche se non ancora soddisfacenti, rispetto a quelli presentati negli stati scandinavi (in Norvegia a 2 mesi 80% di allattamento materno). A 2 mesi l'allattamento materno in provincia è salito dal 1988 al 1992 dal 53% al 62%; a 4 mesi dal 33% al 44%; a 6 mesi dal 16% al 32% (raddoppiato!). a 8 mesi dal 7% al 21% (triplicato!), a 11 mesi dal 4 all'11%.

### Provincia di Trento Decremento mensile dell'allattamento materno sul totale delle madri



“BAMBINI SANI E FELICI”

## COSTI E RISCHI DI UNA PREVENZIONE INTELLIGENTE

**E'** più intelligente e meno costoso prevenire piuttosto che curare: concetto ormai chiaro, almeno in teoria. I genitori debbono sapere tutto sulla prevenzione, in particolare su quella "primaria": il concetto è ben espresso nel disegno del nostro Fulvio Bernardini. E' meglio chiudere in tempo il rubinetto (prevenzione primaria), piuttosto che affannarsi ad asciugare l'acqua che esce dal lavandino. **La prevenzione più semplice e accettata da tutti è quella "senza costi":**

non fumare, non bere troppi alcoolici, non usare troppi farmaci, alimentarsi in modo corretto, allattare al seno, avere un sano stile di vita. Altri tipi di prevenzione presuppongono invece degli interventi attivi, per cui occorre fare dei **bilanci tra costi e benefici, tra rischi e benefici.**

E' costoso e senza benefici sottoporre un figlio a troppe **visite pediatriche.** I bilanci di salute giudicati sufficienti sono quelli riportati nel Libretto pediatrico: ad esempio, per avere la garanzia



di massima salute, è sufficiente portare dal pediatra il bambino non più di quattro volte nel primo anno di vita, sempre che i genitori controllino in modo responsabile crescita e comportamento del figlio.

A tutti i 4500 neonati trentini sono eseguite alcune analisi (**screening**) per prevenire e curare in tempo appena due casi di gravi ritardi mentali ogni anno, spendendo per questo circa 20 milioni: basta fare un po' di conti su quanto costa alla società un solo caso

di handicap (a parte il lato umano), per capire che queste analisi sono molto convenienti.

Dare al figlio un supplemento di **fluoro** per dieci anni costa 50.000 lire, con la garanzia di ridurre della metà il rischio di carie (anche di più se aggiungiamo una dieta adeguata e l'igiene dentaria): ottimo bilancio. Così il rischio di gravi emorragie nei primi mesi di vita è molto piccolo (0,01%), ma il costo per evitarle è di appena 2000 lire (due gocce di Vitamina K ogni settimana). Bene.

C'è infine una prevenzione che comporta sia costi che rischi. Eseguire radiografie del torace a tutti gli insegnanti per prevenire la diffusione della tbc è costoso e rischioso: da discutere caso per caso. Prima di eseguire interventi chirurgici non urgenti o di somministrare farmaci, ogni medico deve discutere rischi e benefici. Si sa che ogni trasfusione presenta un rischio sia pur minimo (1 ogni 40.000) di complicazioni infettive. Le **vaccinazioni** presentano indubbi benefici, con costi e rischi ben calcolati e controllati a livello internazionale. L'anti-influenzale ha sicuri benefici oltre i 65 anni e in pochi altri casi; quella contro le meningiti da emofilo è ancora troppo costosa per i benefici che dà (è comunque senza rischi). L'anti-morbillosa (come l'antipolio) presenta un rischio grave ogni 500.000 dosi; ma il morbillo presenta rischi gravi di un caso ogni 5.000 bambini. La scelta di vaccinare è più che razionale.

La prevenzione deve far parte di **una cultura di vita**; i pediatri per primi devono diffondere questa cultura, in modo che siano chiari strategie e obiettivi, nel modo più sereno e responsabile. Quando capita l'evento, è una grave responsabilità per il genitore non aver saputo (o voluto, talora) chiudere il rubinetto in tempo.

da "Vita Trentina" - 1.12.1996



«SONO in effetti i bambini di tutto il mondo a ricevere quest'anno il premio Comblan, consegnato sere fa, a due testimoni d'eccezione che con la loro attività, proprio dalla parte dei bambini, hanno saputo dare un'immagine positiva del Trentino: Padre Riccardo Cetto, missionario in Brasile e il professor Dino Pedrotti, primario dell'unità operativa di neonatologia dell'ospedale S. Chiara di Trento. E' ormai dal 1993 che la Comblan, Communication Planning, sostenuta dall'entusiasmo del suo padrino Piergiorgio Gabrielli, «consegna un riconoscimento a chi si è dimostrato capace, con le proprie forze di creare un'immagine positiva nei confronti del Trentino».

da "Alto Adige" - 22.11.96

Dalla stampa

Nemmeno questo è un dilemma serio

## PARTO A DOMICILIO SÌ O NO?

"E' stata un'esperienza bellissima" afferma senza esitazioni una mamma. Certamente le emozioni e i sentimenti sono dalla sua parte.

Trent'anni fa non ci interessava se moriva un bambino più o meno (morivano nel primo anno di vita quattro bambini su 100 nel primo anno di vita). Oggi (ne muoiono dieci volte meno) ci impegniamo a fondo per prevenire un evento negativo che può accadere in un caso ogni 5.000-10.000 nati. Sottoponiamo a screening tutti i neonati per prevenire danni cerebrali in un bambino su 3000; vacciniamo con l'anti-morbillo per prevenire un'encefalite ogni 5000 bambini; con anti-rosolia per prevenire gravissime malformazioni in un neonato su 3000; sconsigliamo di far dormire i bambini a pancia in giù per prevenire la morte improvvisa in un lattante su 3000. Quando capitano questi incidenti in modo imprevisto, è difficile che i genitori non sentano un senso di grave colpa.

Così l'asfissia neonatale si verifica in un neonato ogni 100-200, per cui è vero che il parto in casa è sicuro al 99%, sempre che i rischi siano ben controllati, ma questo non è affatto sufficiente quando capita un'emergenza. Si può calcolare che una grave emergenza avvenga in un parto ogni 1000: ma, quando avviene, sia la madre che l'ostetrica debbono sentirsi in colpa per non aver fatto nascere il figlio in un luogo dove le emergenze sono affrontate in modo razionale. L'ostetrica



che sul giornale scrive che "i rischi possono passare in secondo piano" sa benissimo che possono capitare gravi situazioni impreviste con possibili gravi danni al neonato (casi concreti ne capitano, purtroppo...).

Dal punto di vista del bambino (ma anche della madre), la nascita deve essere sicura e umana, ma prima di tutto sicura. Un bambino deve essere più vivo, più sano, più felice possibile, ma prima di tutto vivo e sano.

E smettiamola di confrontarci con l'Olanda, un paese dove alla nascita si muore più che nel Trentino (anche le madri, tre volte più che in Italia...) e dove si allatta la metà (35% a 3 mesi, 60% da noi); è vero che vent'anni fa più del 70% delle donne partoriva a domicilio; ma ora sono meno del 30%. Lo psicologo che commenta il fatto, cita l'Olanda come "stato all'avanguardia" (dati alla mano, non siamo d'accordo) ed esalta i parti naturali del Sudamerica, ma non dice quant'è la mortalità "naturale"

nel Sudamerica: secondo natura il 10% della prole deve morire. E allora, con questi ragionamenti, noi dovremmo chiudere la nostra Terapia intensiva neonatale...

Singoli esempi sono fuorvianti; non si può citarli come modello. E' come dire che mio nonno fumava a 90 anni e che quindi il fumo allunga la vita. L'assistenza ospedaliera in provincia di Trento è sicura (dati alla mano) ed è certamente umana (anche se migliorabile: abbiamo visto nel numero precedente che le madri sono soddisfatte al 96%).

Il parto in casa è una scelta da rispettare, ma in ogni caso è discutibile, perché fatta sulla pelle di un bambino. Io posso cercare un'emozione intensa facendo una scalata o andando veloce in automobile: so che i rischi maggiori saranno pagati da me; ma non posso, per avere io un'emozione, portare con me, in cordata o in macchina, della gente che rischia la sua pelle.

Le madri che veramente vogliono bene al bambino, cercano di vedere la cosa anzitutto dal punto di vista del loro bambino: e non seguano certe "mode" attuali che nulla hanno a che fare con il parto "naturale" delle nostre nonne e bisnonne.

### LA TESTIMONIANZA

«Un'esperienza bellissima»

«Per me l'aver partorito in casa è stata un'esperienza bellissima. Un'esperienza che mi sento di consigliare a tutte le future mamme». Non ha esitazioni la trentana...

andato per il meglio. «Un momento stupendo - continua la neomamma - il dolore è lo stesso che in ospedale ma almeno ero a casa mia, at-

te della gente è ancora perplessa e si mostra diffidente per questo sistema - confida la donna - ma lo ero molto serena anche perché avevo fatto un corso di prepa-

22 giovedì  
28 novembre 1996

### Il caso

Il pediatra: «Il momento della nascita è il più rischioso di tutta la vita. In pochi minuti si possono avere danni gravi»

L'ostetrica: «Il rischio va valutato, non enfatizzato. Ci sono molti altri aspetti della vita in cui passa in secondo piano»

# Pochi i bambini nati in casa

L'Adige

Un altro problema sempre più confuso e complicato

## VACCINAZIONI SI' O NO? SI', CON RAZIONALITA' E CONVINZIONE

Dalla stampa

**S**iamo ormai abituati a periodiche crociate contro tutto quanto propone la scienza medica, dalle vaccinazioni al tipo di alimentazione, dalle trasfusioni ai trapianti d'organo. Ogni tanto vediamo alzarsi qualche ciarlata-no e qualche "santone" che, anziché esporre le sue critiche con obiettività e razionalità, afferma di avere la verità in pugno e irride a quanto viene proposto a livello internazionale per raggiungere migliori livelli di salute. La scienza tutta procede (o dovrebbe procedere) con molta cautela, umiltà ed onestà, verso obiettivi molto chiari di benessere generale; ma - come ben vediamo nell'assistenza neonatale - si possono registrare facilmente casi di eccesso di medicalizzazione (con aumento dei rischi) ed anche casi di ipersemplificazione (con altrettanto aumento dei rischi - vedi pag. 2 del numero di dicembre 1995). Non è facile mantenere il **giusto livello di ottimizzazione**. Sull'"ottimizzazione delle cure neonatali" terremo un importante Convegno l'11-12 aprile 1997: vedi pag. 20). **Attenti all'intensivismo ma anche al semplicismo.**

C'è sempre bisogno di sottoporre i medici e la scienza medica ad una giusta critica e c'è veramente bisogno che emergano i veri bisogni della gente, che reclama giustamente più informazione, più trasparenza, più umanizzazione, meno medicalizzazione.

Una Terapia intensiva neonatale troppo invasiva, troppo aggressiva deve essere rifiutata da genitori e medici; e i medici debbono spiegare ai diretti interessati che si lavora **dal punto di vita del bambino** per ridurre in modo documentato mortalità, handicap, costi, aumentando l'umanizzazione (**i soliti "quattro obiettivi", per una migliore qualità di vita**).

Pochi anni fa c'era da noi uno strenuo difensore dell'alimentazione "naturale" (naturale, secondo lui) e sosteneva che era ottimo il latte di mandorle per i lattanti, i cataplasmi di fango, i purganti...

Molti "naturisti" a Trento accorrevano alle sue conferenze, piene di dati, presentati secondo le esperienze sue. Scriveva: "L'inconfutabile realtà dei fatti smentisce oggi le utopistiche teorie del convenzionalismo medico". "La stitichezza è la madre di tutti i mali". "Le malattie nei secoli passati non proliferavano come succede ora". "Siamo certi che l'alimentazione non di petto materno dà tutte le predisposizioni di malattia e, se il nuovo essere raggiungerà l'età della procreazione, genererà dei figli che perpetueranno il progressivo stato degenerativo": senza latte materno, secondo lui, si poteva dare solo yogurt al neonato. Con queste **teorie da "padreterno" e talora "criminali"**, diversi bambini sono stati ricoverati in quanto anemici o distrofici... Il suo libro era pieno di grandissime

stupidaggini. Ma aveva molti seguaci...; scomparso lui, non è rimasto nulla.

Ora sta emergendo un dott. Brazzo ("osteopata chinesologo", *non medico*) che ne sa più di tutti i luminari della medicina messi assieme, ma non sulla "chinesologia" bensì sull'immunologia, un settore molto difficile della scienza medica. Rifiuta di prendere in considerazione le statistiche ufficiali internazionali, afferma che ricercatori e premi Nobel sono tutti finanziati dalle multinazionali, colleziona solo i dati negativi (che sono ben noti, ma debbono essere studiati a livelli certamente superiori rispetto a quanto lui fa). Certamente è più furbo dei medici e usa molte frasi ad effetto.

Sui risultati che oggi registriamo in fatto di salute non dobbiamo permettere che vi siano persone di discutibile formazione professionale medica che affermano che la salute dei bambini è peggiorata rispetto a cinquant'anni fa o a dieci anni fa per colpa della classe medica.

Sulla cosiddetta "libertà di scelta delle vaccinazioni" abbiamo già parlato nel primo numero 1994 di NT ("**Il diritto del bambino ad essere vaccinato**", comunque la pensino i genitori: come il diritto del bambino ad andare a scuola).

Sul fatto che le vaccinazioni diventino facoltative, questo è un auspicio, senz'altro da condividere: come per ogni scelta in democrazia, dobbiamo "meritarci" la libertà di scelta delle vaccinazioni. Negli stati occidentali praticamente tutta la popolazione infantile viene vaccinata perché "matura" e "convinta" dai medici, anche se dappertutto esistono contestatori. O si pensa che i genitori olandesi, finlandesi, inglesi siano deficienti? I pediatri italiani debbono lavorare e dialogare in questa direzione.

L'APPELLO A GENITORI E MEDICI DEL PEDIATRA DINO PEDROTTI

**Vaccinare, un atto d'amore**  
Il diritto innegabile del bambino alla vita e alla salute

**Vaccinazioni  
Crociate  
superficiali  
e rischiose**

Idee & Società  
**«Vaccinazioni?  
Rischio inutile»**

Dalla stampa

## LE "PERLE" DEL DOTT. BRAZZO

**I** vaccini non fanno parte della prevenzione. Falso: i vaccini stimolano la produzione di anticorpi naturali, proprio come succede durante la malattia naturale e pertanto, di fronte ad un contagio, "prevengono" l'insorgenza della malattia stessa. E' una vera prevenzione primaria, così come è prevenzione migliorare le nostre difese naturali con l'igiene e lo sport.

La statistica depone a favore di chi non ricorre alle vaccinazioni. Falso, anche da un punto di vista quantitativo. Di fronte a un'enorme quantità di seri studi controllati secondo precise regole, vi sono certamente studi occasionali su base locale e su ipotesi personali, che debbono esser presi in considerazione solo dopo attenti esami. Un esempio è significativo: uno studio di pochi anni fa aveva dimostrato una correlazione tra vitamina K alla nascita e tumori. Decine di studi seguenti hanno dimostrato il contrario. La ricerca scientifica seria e razionale segue precise regole: è solo con un

attento e onesto studio che il medico deve scegliere tra un farmaco e un altro.

Il sistema immunitario di un bambino di tre mesi non si è ancora formato. Falso: anticorpi in misura notevole vengono prodotti anche dal prematuro di 24 settimane; la risposta immunitaria a tre mesi è altissima (i vaccini non si fanno prima solo perché esistono anticorpi passivi della madre).

Il vaccino a tre mesi lascia un sistema immunitario "debitato". Falso e non documentato: tutti gli studi immunologici dicono il contrario.

...Così l'apparato digerente a tre mesi non è maturo e non si può dare un piatto di pasta-scuitta. Frase ad effetto, assurda. I tempi di maturazione sono ben diversi per i vari apparati (la respirazione è "matura" già alla nascita; la riproduzione dopo almeno 15 anni).

A tre mesi non si può stabilire se vi sono immunodeficienze congenite o acquisite. Falso: alla nascita tutti i pediatri chiedono (c'è anche un questionario apposito) se vi sono casi di decessi in età pediatrica o casi noti di immunodeficienze familiari; ai bambini con possibile immunodeficienza (ad es. quando la madre è affetta da AIDS) si sconsigliano le vaccinazioni con virus vivi.

Quale medico mette sull'avviso delle pericolose controindicazioni dei vaccini?. Falso: da anni tutte le madri hanno chiaramente

**I rischi della vaccinazione**  
*Salute* | Sala gremita a Mezzolombardo, dove un bimbo è stato escluso dalla scuola materna, e a prevalere sono i contrari | Dal pubblico: «Perché farlo, se anche il mio medico di fiducia non ha fatto vaccinare i propri figli per l'epatite B?»

**Disobbedienza ai vaccini**

esposte queste controindicazioni. Due pagine del Libretto sanitario di ogni bambino (pag. 4 e 8) sono dedicate a questo argomento e vi è uno spazio apposito per le "controindicazioni alle vaccinazioni per problemi perinatali".

Chi praticherebbe un'iniezione di mercurio, formaldeide, alluminio ad un bambino di tre mesi? E' un appiglio molto debole. Le quantità di queste sostanze stabilizzanti (indispensabili) sono ben studiate e sono trascurabili rispetto alle quantità introdotte nell'organismo attraverso altre vie.

Una ferita lavata con acqua entro cinque minuti non lascia nessuna possibilità al virus del tetano (ignoranza: è un bacillo, non un virus). Falso: sono le ferite profonde non ben disinfettabili che possono favorire la malattia. Attenzione: tuttora si verificano casi di tetano anche in provincia di Trento in soggetti non vaccinati.

I vaccini hanno una copertura per un massimo di 7-8 anni. Impreciso: i vaccini, alla pari della malattia, attivano una memoria

## "Sutor, ne ultra caligam!"

La classe medica di tutto il mondo, secondo questa minoranza di benefattori dell'umanità, sarebbe così ignorante da non sapere queste cose; anzi la classe medica di tutto il mondo terrebbe all'oscuro la "povera gente" e approfitterebbe dell'ignoranza per avere dei profitti, in accordo con le multinazionali.

Credo sia anche offensivo - ma giudicatelo voi - che il dr. Brazzo scriva testualmente "Lei dott. (?) Pedrotti è meglio che vada in pensione, visto che non si accorge dei danni che fa"; "avete due meriti voi medici, la cieca ubbidienza, per cui la vostra preparazione si annulla di fronte ai dettami dell'OMS, e la buona fede. Ma questo non basta per giustificare i danni alla salute pubblica a cui contribuite inconsapevolmente". Il dott. Pedrotti ringrazia per essersi meritati questi riconoscimenti, dopo una vita dedicata alla prevenzione e all'educazione sanitaria.

Un calzolaio può certamente dar consigli allo scultore su come è stata scolpita una scarpa; ma quando un calzolaio criticò anche la forma della gamba, il sommo scultore Fidia disse: "Calzolaio, non oltre la scarpa" (Sutor, ne ultra caligam!). I ciarlatani, con la loro presunzione ed ignoranza, possono irretire la gente credulona e far capire che sono a livello di grandi scienziati (una scienza, la loro, studiata magari su Internet o sulla stampa quotidiana che evidenzia singoli episodi).

Impossibile discutere con loro. Anzi è grave che un medico serio si metta sullo stesso piano di questi "scienziati" improvvisati. E' grave che un medico abbia partecipato a Mezzolombardo (27.11) ad una serata definita dai giornali "a senso unico". "Il dott. Brazzo ha fatto la parte del leone, sciordinando con grande sicurezza statistiche e curve di livello...per dimostrare lui ciò che la scienza non ha riconosciuto. "Ha scioccato una platea attenta ed emotivamente coinvolta". Bravo. Questo è il risultato ottenuto in una zona in cui vi sono medici che da molti anni predicano la "loro" verità in tema di immunologia: scienziati ad altissimo livello insomma. E giustamente la gente non si fida più di quanto la pediatria offre per la salute dei loro figli...

immunologica che dura tutta la vita, anche se questa diminuisce progressivamente; dopo un certo numero di anni, non viene più garantita la piena immunità, ma un vaccinato (ad es. contro l'epatite B) è molto più protetto di un non vaccinato anche dopo dieci anni.

*I vaccini aumentano il rischio di morte improvvisa del neonato. Falso: questa è una grave affermazione, perché la stragrande maggioranza degli studi ci documenta che la morte improvvisa (un caso*

su 2-3.000 nati) colpisce tanti bambini prima quanti dopo la vaccinazione. E' giusto tener conto di qualche studio che afferma il contrario, ma è temerario usarlo per convincere la gente delle proprie idee. Le morti improvvise si sono ridotte più della metà negli stati in cui si è raccomandato di evitare la posizione prona, il fumo, il troppo calore: ben altro tipo di prevenzione.

*I miei figli, grazie al sistema immunitario integro, guariscono in*

*2-3 giorni dall'influenza, per gli altri ci vuole una settimana. Falso e ridicolo. Le normali forme influenzali non complicate guariscono sempre in 2-3 giorni senza farmaci.*

*I vaccini sono responsabili dell'inverosimile aumento di casi di bronchite asmatica, diabete, autismo, allergia, sclerosi a placche, leucemie, epilessia... A questo punto aggiungiamo tumori e AIDS per avere una completa panoramica delle devastazioni dei vaccini.*

## I "numeri"

*I casi di malattie sono diminuiti già prima dell'introduzione dei vaccini. E' vero, ma è un argomento sciocco. Anche la mortalità infantile è scesa dal 150 per mille del 1900 al 50 per mille del dopoguerra. Ma solo l'organizzazione attuale consente di azzerare quasi la mortalità (meno del 5 per mille). L'igiene non basta. Senza vaccini la polio, la difterite, il tetano colpirebbero ancora i nostri figli, anche se in misura ovviamente inferiore, in rapporto all'igiene praticata.*

*Fino al 1968 avevamo 5-10 casi di poliomielite in provincia (una trentina i bambini ricoverati per rieducazione); poi - dopo l'inizio della vaccinazione - nemmeno uno in trent'anni. In Olanda 70 persone non vaccinate sono state colpite da poliomielite (importata dal sud-est asiatico). In Russia e Albania, sospendendo le vaccinazioni o con vaccini non ben conservati, sono ripresi i casi di difterite.*

*Dal 1992 in tutto il continente americano non si sono verificati casi di poliomielite. Residuano su tutta la Terra poche decine*

*di migliaia di casi di polio nel Sud-Est asiatico. La speranza dell'O.M.S. è che tra pochi anni la polio scompaia del tutto, come è già successo per il vaiolo.*

*L'87% di tutti i casi di polio sono stati causati dal vaccino per polio. E' vero, ma è un altro argomento astutamente presentato sotto forma di percentuali, per confondere le idee della gente. Una cosa è dire che in Italia trent'anni fa erano presenti 3.000 casi di poliomielite all'anno e un'altra è dire che ora (su 10 casi di poliomielite) il 90% è da imputare al vaccino. Tutti sanno che il vaccino presenta rischi, molto, molto minori rispetto a quelli della malattia. Rischi che comunichiamo ai genitori e che sono ritenuti accettabili in tutto il mondo (tranne che da una ristrettissima minoranza non qualificata).*

*Dove si vaccina a valori superiori al 90% (Svezia, Finlandia, Olanda,...) sono praticamente scomparse le encefaliti da morbillo (colpiscono un bambino su 5.000); ne residuano, nei vaccinati, una ogni 500.000, cento volte meno.*

# Parto record al S. Chiara

## Tre gemelli per mamma Wilma di Bosentino

«E' stata una sorpresa, ma ora sono contenta»



A sin.: nelle foto piccole Maddalena, Bianca Maria e Margherita. In quella grande la mamma. A destra: un'altra tripletta dell'anno: Valentina, Alessia e Rossella.

24 gennaio  
sabato 1996

Trento

L'Adige

Il caso

Maddalena, Bianca Maria e Margherita, sono nate sabato mattina. Pesano poco meno di un chilo e mezzo ognuna

Le gravidanze trigemine sono rare. Se ne registra una ogni 6 mila parti, ma negli ultimi anni i casi sono in forte aumento



Assemblea straordinaria del 20.9.1996



## MODIFICHE ALLO STATUTO E ALL'ANNO FINANZIARIO

Sono state approvate alcune modifiche allo Statuto originale dell'Associazione, in base alle nuove normative dell'Amministrazione postale. Le Poste italiane, per una spedizione agevolata del giornalino, esigono che sia esplicitamente scritto che l'Associazione stampa un periodico. Le variazioni agli articoli dello Statuto sono state regolarmente registrate all'Ufficio del registro in data 22 novembre 1996. Riportiamo integralmente il nuovo testo dello Statuto a pag. 13.

Nella stessa seduta è stato approvato lo spostamento della fine dell'anno finanziario dell'A.N.T. dal 30 settembre alla fine dell'anno solare. Pertanto nel prossimo numero di marzo 1997 di N.T. troverete il Bilancio 1.01.1995-31 dicembre 1996: l'approvazione del Bilancio avverrà nell'Assemblea annuale, che si terrà nella primavera 1997 (con le elezioni del nuovo Consiglio Direttivo).

## STATUTO DELL'ASSOCIAZIONE "AMICI DELLA NEONATOLOGIA TRENINA" (A.N.T.)

(con modifiche allo Statuto originale, approvate dall'Assemblea straordinaria in data 20 settembre 1996)

### ARTICOLO 1 Costituzione.

E' costituita con sede in Trento, l'Associazione denominata Amici della Neonatologia Trentina, in sigla A.N.T.

Possono far parte della stessa tutti coloro che, sottoscrivendo il modulo di adesione, accettano il presente Statuto e le finalità dell'Associazione; alla stessa possono aderire anche Enti pubblici o privati tramite il loro legale rappresentante.

### ARTICOLO 2 Scopi.

L'Associazione, senza fini di lucro, si ispira alla Dichiarazione internazionale dei Diritti del bambino e ai concetti di globalità e di efficienza nell'assistenza perinatale. Persegue i seguenti scopi:

- discutere i problemi e diffondere informazioni sulla prevenzione della prematurità, delle malformazioni congenite, della mortalità e dei danni perinatali;
- promuovere studi e ricerche per migliorare l'assistenza del neonato a livello provinciale;
- collaborare con la Divisione di Neonatologia dell'Ospedale di Trento per quanto riguarda la soluzione di problematiche organizzative comprendenti, in particolare, l'aggiornamento scientifico, la dotazione di apparecchiature, le ricerche epidemiologiche e le valutazioni a distanza dell'assistenza;
- interessarsi e cercare di risolvere anche a livello politico e sociale casi particolari di sequele legate alla patologia perinatale;
- organizzare un incontro pubblico, almeno una volta all'anno, perché siano poste a confronto le valutazioni dell'assistenza fatte dai medici e le valutazioni fatte dai genitori.
- stampare un periodico a diffusione locale e nazionale ("Neonatologia trentina").

### ARTICOLO 3 Iscrizione e Patrimonio.

L'iscrizione all'Associazione è completamente gratuita. Costituiscono patrimonio dell'Associazione eventuali contributi volontari da parte di Enti Pubblici o privati o persone singole. I soci fondatori faranno personalmente fronte alle iniziali spese di gestione.

### ARTICOLO 4 Organi.

Gli organi dell'Associazione sono:

- l'Assemblea degli associati
- il Consiglio Direttivo
- il Presidente del Consiglio Direttivo (che è Presidente dell'Associazione)
- il Collegio Revisori dei Conti.

### ARTICOLO 5 Assemblea.

L'assemblea è composta da tutti i soci e compete ad essa:

- eleggere 7 membri del Consiglio Direttivo e i componenti del Collegio dei Revisori dei Conti

- deliberare il resoconto morale e finanziario

- approvare eventuali modifiche allo statuto.

E' convocata in seduta ordinaria almeno una volta all'anno dal Presidente.

Può essere convocata in seduta straordinaria ogni volta che il Presidente, sentito il Consiglio Direttivo, lo ritenga opportuno o lo sia richiesto da almeno un quarto degli associati.

La convocazione viene effettuata con avviso scritto indirizzato a ciascun socio almeno 8 giorni prima della riunione.

Le deliberazioni, dell'Assemblea in prima convocazione, per essere valide, devono essere prese con intervento della maggioranza assoluta (metà + 1) dei componenti l'Assemblea ed a maggioranza semplice dei voti degli intervenuti.

In seconda convocazione da effettuarsi dopo un intervallo di almeno un'ora dalla prima convocazione, l'adunanza sarà valida qualunque sia il numero degli intervenuti. E' richiesta, in ogni caso, la maggioranza assoluta dei voti degli associati presenti in assemblea, per la validità delle deliberazioni riguardanti le modifiche al seguente Statuto (e l'autorizzazione a stare in giudizio).

### ARTICOLO 6 Consiglio Direttivo: composizione.

Il Consiglio direttivo è composto da 7 membri eletti dall'Assemblea.

I membri del Consiglio Direttivo durano in carica 3 anni. Nel caso di decadenza di un Consigliere, lo stesso sarà surrogato da parte dell'Assemblea entro 30 giorni e resterà in carica fino alla normale scadenza del Consiglio Direttivo.

### ARTICOLO 7 Consiglio Direttivo: compiti.

Il Consiglio Direttivo si riunisce in via ordinaria ogni 6 mesi ed in via straordinaria ogni qualvolta il Presidente lo ritenga opportuno o su richiesta di almeno 2 Consiglieri.

Il Consiglio Direttivo viene convocato mediante avviso ai sigli componenti almeno 8 giorni prima della data della riunione. Per la validità delle adunanze e delle deliberazioni del Consiglio Direttivo occorre la presenza della maggioranza dei membri. Spetta al Consiglio Direttivo nel perseguimento degli intenti e delle finalità dell'Associazione previsti nell'articolo 2:

- a) eleggere il Presidente entro 15 giorni dalla data delle elezioni del Consiglio stesso da parte dell'Assemblea;
- b) designare un membro del Consiglio che fungerà da vice-presidente;
- c) ratificare la nomina del Segretario-Cassiere, nominati tra i membri del Consiglio Direttivo;
- d) redigere il resoconto morale e finanziario;
- e) deliberare sull'ammissione, la dimissione o le eventuali esclusioni dei soci.

### ARTICOLO 8 Presidente: mansioni.

Il Presidente, eletto in seno al Consiglio Direttivo fra i propri componenti, dura in carica 3 anni.

Il Presidente, in caso di cessazione dall'incarico, verrà surrogato dal Consiglio Direttivo entro 30 giorni e resterà in carica fino alla normale scadenza del Consiglio Direttivo. Rappresenta legalmente l'Associazione; convoca e presiede l'Assemblea e il Consiglio Direttivo; provvede all'esecuzione delle loro deliberazioni oltre ad esplicare funzioni sue proprie di propulsore dell'attività dell'Associazione.

Il presidente, in caso di sua assenza o di impedimento dichiarato, è sostituito dal Vice-Presidente.

Nomina il Segretario.

### ARTICOLO 9 Segretario.

Il Segretario coadiuva il Presidente nell'esecuzione delle deliberazioni, assiste alle adunanze degli Organi dell'Associazione e cura gli aspetti amministrativi, tecnici ed organizzativi.

### ARTICOLO 10 Collegio dei Revisori dei Conti.

I Revisori dei Conti, in numero di 2 sono eletti dall'Assemblea nel proprio seno e durano in carica 3 anni.

### ARTICOLO 11 Sede.

La sede legale ed amministrativa dell'Associazione è pressola Divisione di Neonatologia dell'Ospedale di Trento.

Le riunioni degli Organi collegiali dell'Associazione saranno tenute in luogo destinato di volta in volta dal Consiglio Direttivo e in caso di urgenza, dal Presidente.

### ARTICOLO 12 Adesione all'Associazione e recesso.

L'adesione all'Associazione comporta il rispetto delle decisioni assembleari assunte per il perseguimento degli scopi indicati all'art. 2 dello Statuto.

### ARTICOLO 13 Scioglimento dell'Associazione.

L'eventuale scioglimento dell'Associazione viene deliberato dall'Assemblea straordinaria, indicando la destinazione del patrimonio sociale.

### ARTICOLO 14 Disposizione finale.

Il presente Statuto entra in vigore dalla data di approvazione da parte dell'assemblea.

Per tutto quanto non previsto dal presente Statuto, si fa richiamo alle vigenti norme del Codice Civile

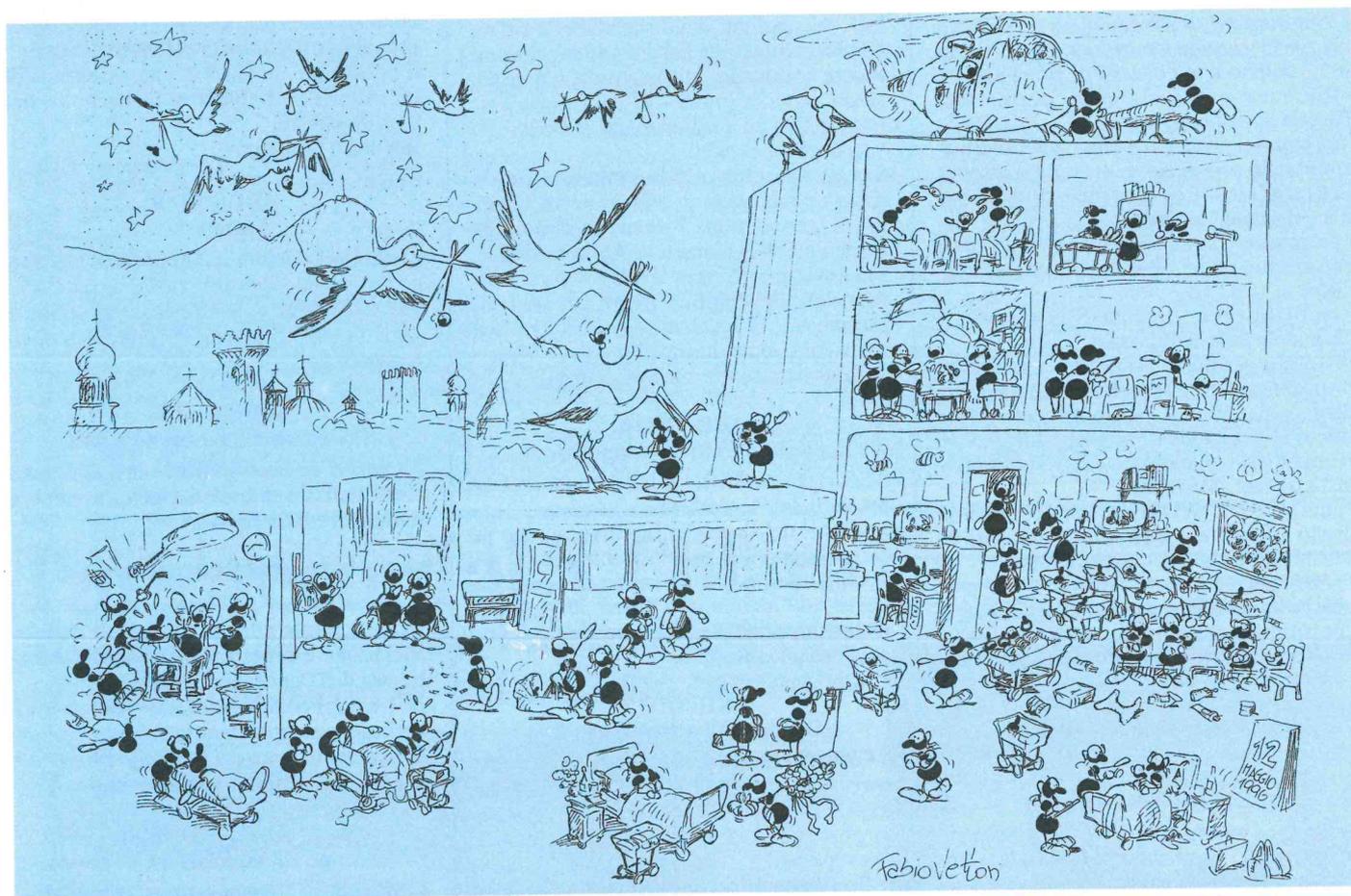
## E' NATA UNA FORMICHINA

**I**l 12 maggio 1996 è nata al S. Chiara una...formichina di nome Francesca. Papà Fabio Vettori - noto ideatore di formiche - si è sbizzarrito dalla gioia ed ha messo la sua Francesca e tanti tanti bambini-formica in un mondo ospedaliero simpaticissimo e complesso: i nostri lettori impegneranno almeno mezz'ora a seguire tutti i vari riquadri. C'è sullo sfondo la città di Trento, una decina di cicogne che arrivano da

un cielo stellato e atterrano sull'eliporto del S. Chiara, dove arriva anche l'elicottero certamente con un neonato grave. Sotto l'eliporto l'Area pediatrica con stanze di degenza dove i bambini giocano, con ambulatori e sale operatorie pediatriche. E sotto c'è tutto quello che accade nei nostri reparti di Ostetricia e Neonatologia: dalla madre che arriva col pancione alla sala parto alla degenza con le visite, i fiori, i regali, le fleboclisi, i

monitor e il figlio in braccio. Le carrozzelle con i bambini arrivano da un Nido molto molto confuso, dove le infermiere sono indaffarissime, la caposala guarda la caffettiera e tanti visitatori osservano dalla finestra quel che succede. Al centro mamma e papà Vettori, con Francesca nella culla, salutano e ringraziano.

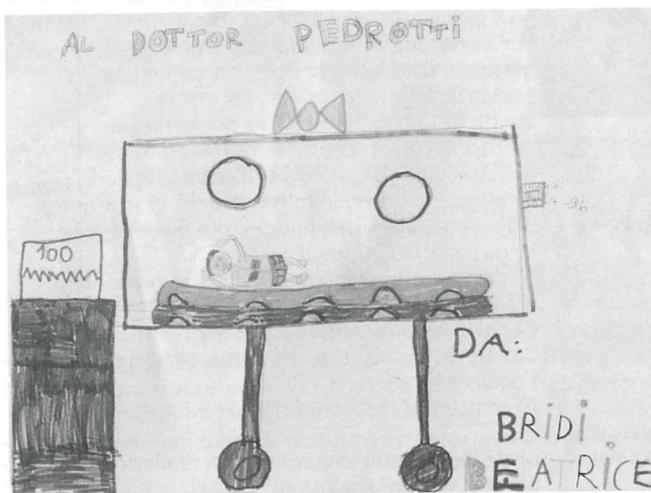
Il 12 maggio 1996 è proprio stato un giorno speciale nel mondo della Neonatologia.



### CHIARA E BEATRICE

Beatrice ha sei anni ed ha osservato con molta attenzione nell'incubatrice la sua piccolissima sorellina Chiara (520 grammi...). Nel disegno, notare non solo la bella incubatrice con rotelle, materassino ed oblò, ma anche i due elettrodi sul torace e i fili collegati col monitor (che segna "100"); a destra il cartellino col nome e la data di nascita. Splendida l'idea di mettere sopra l'incubatrice un simbolo di affetto: un fiocco rosa o una grande caramella?

Brava Beatrice! Auguri Chiara!



## I NEONATI DI CHI LAVORA IN NEONATOLOGIA



Andrea (2.96) e mamma Daniela



Michele (22.6) e mamma Anna (col nonno Dino...)



Giovanni (24.6) e mamma Lorenza



Francesca (29.7) e mamma Rita



Nicolò (30.10) e mamma Alessandra



Marco e Simone (21.11)  
con mamma Maddalena e papà Maurizio

Un messaggio dalla mamma di Chiara

### ORA CHE SONO PIU' FORTE POSSO ESSERE NUOVAMENTE FELICE

Il 30 luglio 1966 è nata a Trento una bimba di nome Chiara. Chiara è nata a sole 23 settimane di gestazione: è stata cioè solo 5 mesi nel grembo della sua mamma e pesava 520 grammi!

Dalla data della sua nascita è in incubatrice nel reparto di Neonatologia di Trento; ma per Natale dovrebbe tornare nella sua casa ed essere il vero Gesù Bambino della sua famiglia. La piccola viene alimentata esclusivamente con il latte materno che la mamma le porta ogni giorno: così vuole la filosofia di quel reparto e naturalmente anche la mamma.

Chiara ha superato molti momenti delicati, come un'operazione a Padova (un volo in elicottero, e via verso la vita!), una visita a Milano (per controllare una retinopatia) ed altri; ma ora assimila con vigore i grammi che giorno dopo giorno riesce a conquistarsi.

Incontabili le lacrime e i pensieri tristi.

Siamo sempre impreparati, quest'anno l'ho imparato, sia davanti alla morte che davanti alla vita.

Ora vedo una strada, ora che sono sicura che Chiara verrà a casa, ora che la mia dimensione di mamma si potrà nuovamente realizzare, perché questa è la vita, ora che la mia è più FAMIGLIA che mai, come i miei mi hanno insegnato, ora posso essere nuovamente felice, ora che sono più forte dentro, ora - se potessi - vorrei invitare quelle giovani coppie che si sposteranno, i giovani sposi a riflettere e a conoscere questo mondo del "bimbo nato prematuro" per essere più preparati nell'accettazione della vita, della morte, ma soprattutto ad essere vero genitore.

Quest'anno a Natale porterò nel cuore il ricordo di quei bambini, di cui ho saputo che non ce l'hanno fatta ed una preghiera sarà per quei genitori che non hanno potuto rivivere il mistero della nascita.

Ora, con la gioia nel cuore, Buon Natale!

**mamma Lucia**

### LA CURIOSITA'

3.5.96

## Fiocco rosa per il sindaco Ieri è nata Angela Dellai

Nuovo e raggianti fiocco rosa in casa del sindaco di Trento, Lorenzo Dellai. E' nata infatti ieri a mezzogiorno al reparto di neonatologia del Santa Chiara Angela Dellai, una bella bambina di tre chilogrammi che ha fatto la felicità del primo cittadino e della mamma Lorenza Dellai.

Per il Lorenzo Dellai parto tutto è filato liscio e su questo papà Dellai non aveva dubbi: «Quello del Santa Chiara è un ottimo reparto. Lo

conosciamo bene, ormai ci siamo abbonati...» Infatti Angela è la terzogenita e va ad aggiungersi ai fratellini Giulia e Andrea.

Per il sindaco e sua moglie una bella soddisfazione, dopo la vittoria elettorale dell'Ulivo del 21 aprile. In serata Dellai ha voluto brindare alla nuova arrivata in famiglia, con gli amici alla birreria Pedavena, presenti tanti suoi collaboratori e diversi politici.



## GIULIA E ADELE

*Questa è una storia come molte altre che capitano nel mondo dei neonati. Adele è nata 23 anni fa e pesava 1150 grammi; la sua cuginetta Giulia è nata di appena 800 grammi. Nel 1973 le probabilità di sopravvivenza per Adele, come per ogni bambino di 1150 grammi, erano appena del 25%; oggi le probabilità sarebbero superiori al 95%.*

*Per la sua cuginetta, le probabilità di sopravvivenza vent'anni fa sarebbero state vicine allo 0%; oggi, alla nascita di questi bambini, garantiamo una probabilità di farcela superiore all'85%.*

*Adele ci ha scritto le sue impressioni nel vedere una cosina così piccola, più piccola di come era lei.*



**S**ono Adele, una ragazza di 25 anni, nata prematura e sottopeso. La nascita prematura di Giulia, la figlia di mia cugina Claudia, ha fatto sì che io ricordassi tutto ciò. Mia madre, nonostante la gioia per il lieto evento, era preoccupata nel ricordare tutte le preoccupazioni e i problemi che lei stessa ha vissuto. Io, al contrario di mia madre, vedevo le cose più positivamente, dato che al giorno d'oggi per questi bambini sono disponibili molti mezzi.

Non ricordo ovviamente le preoccupazioni, i disagi, i problemi di quando ero piccola. Ricordo ancora l'odore dell'alcool per le ventose che mi mettevano in testa per fare l'elettroencefalogramma, ricordo il dottore che mi diceva di aprire e chiudere gli occhi... e io

mi addormentavo. Ricordo che quand'ero alle elementari la nostra maestra ci disponeva in fila indiana in ordine di altezza... ed ero sempre io a condurre la fila. Ogni tanto arrivavo in seconda posizione, finché, nel giro di un mese, sono riuscita a superare ben sei persone!

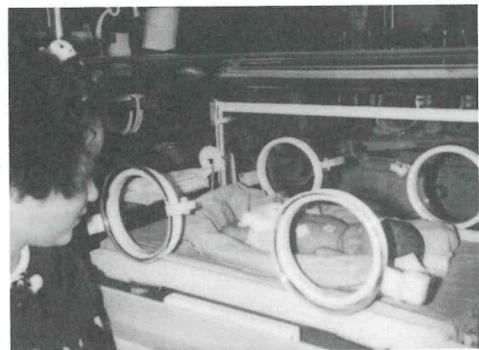
Torniamo ad oggi. Andando a trovare Claudia, senza quasi rendermene conto, mi sono ritrovata dietro una vetrata e dentro un'immensa incubatrice c'era Giulia, circondata da un enorme pannolino da cui spuntavano le sue manine e i suoi piedini. Una grande tenerezza e un grande desiderio di protezione mi hanno riempito il cuore. Non è facile esprimere quello che ho provato. Quella bimba che sentivo vicina ancor prima che nascesse, forse per l'af-

fetto che provo per la madre, in quel momento mi era apparsa ancor più cara per il semplice fatto che era, in certo senso, più simile a me.

Vedere quell'esserino mi ha data la possibilità di ritornare indietro nel tempo e di vedere me stessa; tuttora il sapere che Giulia, giorno dopo giorno, continua a crescere, mi rende orgogliosa e piena di gioia. Io sono cresciuta, sono andata a scuola, ora lavoro, ho conosciuto e fatto amicizie, ho fatto belle e brutte esperienze, ho avuto gioie e dolori, soddisfazioni e delusioni: insomma ho la vita e la possibilità di viverla. Per questo ringrazio il Signore e alla piccola Giulia vanno tutti i miei più sinceri auguri di tutta la felicità che è possibile avere.

**Adele**

*Una mattina davvero speciale. Martedì mattina sono andata a Trento dal dottor Pedrotti per il controllo degli 8 anni. Ero un po' emozionata, ma tranquilla perché mi fido dei dottori e delle dottoresse che mi hanno curato quando ero una neonata piccola, piccola, piccola. Appena arrivata una dottoressa mi ha fatto disegnare, poi ho parlato con lei dei problemi e ho risposto a delle domande un po' facili e un po' difficili. Poi abbiamo fatto un piccolo intervallo e siamo andate a vedere i bambini appena nati: alcuni erano nei lettini e altri un po' magrolini nell'incubatrice. Mi hanno fatto tenerezza e mi è venuta voglia di tornare piccola per riuscire a capire, com'era la vita quando ero piccina e per stare in braccio alla mamma come allora. Poi abbiamo giocato con i cubi, con le forme di cartone e poi ho fatto uscire un omino da tanti labirinti. Vorrei andare ancora a trovare e a giocare con questi dottori perché sono anche molto simpatici, soprattutto la dottoressa Gherosini che mi ha detto di toccarmi la punta del naso con gli occhi chiusi e mi ha*



*dato delle manine e delle <sup>mie</sup> gambine male. Sono stata contenta di rivedere i miei dottori che mi hanno aiutata a diventare grande e a essere una bambina sana e spero che tutti i neonati ricoverati nel reparto del dottor Pedrotti possano crescere sani e grandi come me. Penso che questi dottori stiano facendo un lavoro molto importante e io e i miei genitori li ringraziamo per tutto quello che hanno fatto e continuano a fare.*

**Rosella Pace**

*Il messaggio della mamma di Veronica*

## QUANDO UN FIGLIO NASCE CON UNA MALFORMAZIONE...

**V**eronica è nata a 36 settimane con parto cesareo, dopo un mese che mi trovavo ricoverata per accertamenti: i medici non sapevano dirci cosa avesse, l'unica cosa certa era che io avevo un'enorme quantità di liquido amniotico e che ecograficamente la crescita della piccola risultava bloccata da circa due settimane. Era nata con una malformazione congenita detta "atresia esofagea": l'esofago si interrompeva, mancava il collegamento con lo stomaco. Per questo non aveva mai potuto ingerire liquido amniotico, e non avrebbe mai potuto alimentarsi dopo la nascita. Fu quindi operata il secondo giorno di vita in anestesia generale, e per la prima settimana prendeva il mio latte attraverso un sondino naso-gastrico; la seconda settimana si alimentava con il biberon. Dopo 15 giorni trascorsi in Terapia Intensiva prima ed in Patologia Neonatale poi, potemmo finalmente portarcela a casa. Oggi Veronica ha da poco spento la sua prima candelina ed è veramente un tesoro.

Ciò che ricordo con meno piacere sono le ansie e le paure delle prime settimane di vita: non sapere se avrebbe superato l'intervento, non poterla stringere o prendere in braccio, non sentire ancora di essere diventati genitori.

E poi l'attesa ed i preparativi, quasi frenetici, per poter entrare a vedere il nostro cucciolo, incedrizzata, con il sondino, i cavetti per il controllo cardio-respiratorio... sono momenti difficili che però ritengo rinforzino l'amore verso il proprio figlio e che, una volta superati, vanno a finire un po' nel dimenticatoio.

Quello che credo sia importante è che i genitori, seppur consapevoli di un figlio nato con qualche difficoltà, non si "perdano d'animo", perché i piccoli respirano i nostri stati d'animo come nessun altro sa fare, e se si sentono sinceramente amati e seguiti possono recuperare molto velocemente.



E' anche importante che il papà sappia sostenere moralmente la mamma (specie se ha scelto di allattare), che di solito in questi casi si sente inconsciamente "col-

pevole" dei problemi del figlio: per questo desidero ringraziare tantissimo mio marito, per essere stato ed essere tuttora un papà veramente presente.

Vorrei ringraziare inoltre il dr. Pedrotti e tutta la sua équipe di medici e infermiere, perché anziché essere in un reparto ci sembrava di essere in una grande famiglia: affetto sincero e grande professionalità, ecco cosa abbiamo trovato; un grazie speciale anche al dr. Fanelli, nostro pediatra di base, competente ed estremamente disponibile. Un sincero "in bocca al lupo" a tutti quei genitori che vivono qualche "intoppo" iniziale: chissà che poi non si gustino di più i loro piccini!

**Paola Leveghi Sartori**

*Il parere della nostra genetista*

### ANOMALIE CONGENITE GASTROINTESTINALI

**I** difetti congeniti alla nascita colpiscono circa tre neonati ogni cento. La frequenza dei difetti al momento del concepimento è certamente più alta, in quanto molto spesso le gravidanze caratterizzate da gravi malformazioni od anomalie cromosomiche vengono spontaneamente interrotte.

Le malformazioni congenite sono causate da **anomalie genetiche** (19.5%), o da **agenti "teratogeni"** come farmaci, infezioni materne, sostanze chimiche (6%). Spesso riconoscono una **causa multifattoriale** (20-25%), ma in circa la metà dei casi sono provocate da cause sconosciute.

Le **anomalie del tratto gastrointestinale**, se isolate (non associate cioè ad altre malformazioni), riconoscono nella maggior parte dei casi una causa "multifattoriale": ciò significa che più fattori ambientali agiscono su un terreno geneticamente predisposto alla formazione di quella specifica anomalia, nel momento in cui quell'organo si sta formando.

Molto poco ancora si sa sul

numero e sul tipo dei geni coinvolti; anche le informazioni che riguardano gli agenti ambientali sono scarse. Di questi ultimi se ne conoscono numerosi, ma non si tratta di agenti specifici per le anomalie del tratto gastrointestinale.

Tra questi ricordiamo certe sostanze chimiche disperse nell'ambiente (metilmercurio, policlorinati bifenili), farmaci assunti dalla madre (ad esempio l'associazione di farmaci anti-epilettici), malattie infettive materne (rosolia, infezione da Citomegalovirus, toxoplasmosi), malattie croniche materne (diabete, epilessia), assunzione di alcool.

Tra le anomalie del tratto gastrointestinale quella che si presenta con maggiore frequenza è l'**atresia**, cioè il mancato sviluppo o la mancata canalizzazione di una parte del tubo digerente; un terzo circa dei casi interessa l'esofago (**atresia esofagea**). Tale malformazione può presentarsi con o senza fistola esofago-tracheale; segue in ordine di frequen-

(continua a pag. 18)

L'ANT ha garantito la dotazione di alcune apparecchiature difficilmente acquisibili dall'Ospedale

## LE APPARECCHIATURE DONATE ALL'U.O. DI NEONATOLOGIA

Art. 2 dello Statuto dell'Associazione Amici della Neonatologia.

L'Associazione persegue i seguenti scopi:

- collaborare col Centro di Patologia Neonatale di Trento per quanto riguarda la soluzione di problematiche organizzative comprendenti, in particolare, l'aggiornamento scientifico, la dotazione di apparecchiature,...

Una delle finalità dell'Associazione, fin dalla sua fondazione, è stata quindi quella di poter garantire l'acquisto di materiale utile allo sviluppo della Neonatologia Trentina, in modo diretto e soprattutto tempestivo, senza dover attendere le delibere e le difficoltà amministrative. Questa opportunità è stata di grandissimo aiuto ai nostri neonati. E questo lo sappiamo facendo confronti con altri centri italiani di assi-

stenza neonatale. Possiamo dire che i neonati trentini hanno al bisogno "una marcia in più", la nostra Associazione. Ma vediamo le tappe principali di queste donazioni ed in particolare l'utilità di alcune apparecchiature recentemente donate alla nostra Unità Operativa di Neonatologia.

La prima è stata nel 1985, quando non riuscivamo ad avere in dotazione l'**Oftalmoscopio a visione indiretta**, tanto necessario al nostro oculista per valutare in dettaglio la retina del prematuro e poter così diagnosticare precocemente la retinopatia tipica di questi bambini, in particolare dei neonati di peso inferiore a 1500 grammi. Questo tipo di oftalmoscopio ci ha permesso diagnosi precoci delle lesioni retiniche e possibilità quindi di intervenire con successo con la crio- e con la laser-terapia. Da quando l'abbiamo in dotazione, con la col-

laborazione dei nostri oculisti, non abbiamo registrato nessun caso di cecità da retinopatia.

Successivamente vi sono state donazioni di grande utilità, spesso non totalmente a carico dell'Associazione; è il caso dell'**emogasanalizzatore** (del valore di oltre 30 milioni), un' apparecchiatura vitale per l'assistenza del neonato patologico, in quanto analizza su poche gocce di sangue la sua acidità, la quantità di ossigeno e di anidride



(continua da pag. 17)  
za la atresia del duodeno e quella digiuno. Come detto si tratta quasi sempre di condizioni dovute a vari fattori, con basso rischio di ricorrenza; raramente però possono essere condizioni genetiche, dovute alla mutazione di un singolo gene (come ad esempio la atresia intestinale tipo apple peel). In questo caso il rischio di ricorrenza può essere elevato.

Altra malformazione piuttosto comune è la **duplicazione** di un tratto più o meno lungo dell'intestino. Tale anomalia talvolta può essere asintomatica e presentarsi pertanto come un elemento casuale nel corso di accertamenti fatti per altre cause; altre volte invece la sintomatologia compare nei primi mesi/anni di vita e sarà di tipo occlusivo; quasi certamente nella sua determinazione non sono coinvolti fattori genetici.

Molto più rara e talvolta ben più drammatica è la **gastroschisi**, malformazione nella quale manca

un tratto più o meno esteso della parete addominale, con fuoriuscita degli organi interni. La causa è probabilmente multifattoriale, con componente genetica poco rilevante. Tale malformazione va distinta dal meno grave **onfalocele**, grossa ernia a livello del punto di partenza del cordone ombelicale, nel quale l'erniazione degli organi interni è ricoperta da cute che, anche se sottile e distrofica, trattiene gli organi interni in una posizione anatomicamente più accettabile della gastroschisi. Questa malformazione si associa ad altre in alcune particolari sindromi, ma anche qualora si trovi isolata sembra riconoscere una causa genetica importante.

E' talvolta possibile la **diagnosi prenatale ecografica** di queste anomalie, sia con la **visione diretta** della malformazione come nel caso della gastroschisi e dell'onfalocele (se la massa è sufficientemente grande si può vederne l'immagine ecografica), sia con la **visione indiretta** nel caso delle

atresie, con la visualizzazione di difetti di canalizzazione o per la presenza di eccesso di liquido amniotico (poliidramnios).

La **terapia** di tutte le malformazioni gastrointestinali è di tipo **chirurgico**; gli straordinari progressi fatti negli ultimi anni in campo chirurgico ed anestesiologicalo, ma anche la possibilità di effettuare a questi piccolini, se necessario, una nutrizione parenterale totale, sia nel post-intervento, che prima dell'intervento stesso (con lo scopo di raggiungere un peso corporeo adeguato per sopportare meglio l'operazione) ha consentito di migliorare la prognosi di tutte queste anomalie, che, una volta corrette, consentono una aspettativa ed una qualità di vita perfettamente normali.

In provincia di Trento nascono in media ogni anno non più di cinque casi di anomalie del tratto gastrointestinale e praticamente tutte sono operate dall'équipe di Chirurgia Infantile del dott. Giorgio Defant.

dr.ssa Serena Belli

carbonica presente in esso, alcuni importanti sali, ecc...

È intervenuta coprendo il 50% del costo di tale apparecchiatura tuttora in funzione.

*Per una perfetta ed efficiente assistenza infermieristica, in particolare in una Terapia intensiva, si rendono necessari dei carrelli per l'emergenza e per le medicazioni (valore oltre 6 milioni). L'ospedale garantisce per i vari reparti un tipo di carrello uguale per tutti. E' evidente che le esigenze del neonato patologico non sono le stesse del paziente adulto geriatrico o chirurgico. Con l'A.N.T. siamo riusciti a dotare la Neonatologia trentina di questi due carrelli per la Terapia intensiva. Essi vengono costantemente attrezzati, in modo che, nel momento dell'emergenza, si possano guadagnare minuti preziosi.*

L'A.N.T. ha acquistato **20 copie del manuale "Rianimazione neonatale"** (testo ufficiale dell'American Academy of Pediatrics e dell'American Heart Association, tradotto dall'inglese - valore complessivo 1.000.000), per dotare non solo la Neonatologia di Trento, ma anche tutte le sale parto di questo essenziale strumento. Il testo viene commentato in periodici incontri che nei mesi prossimi si svolgeranno in tutti gli ospedali; in novembre-dicembre 1996 già si sono svolti quattro incontri con pediatri, ostetrici, anestesisti di Borgo, Tione (2 volte) e Rovereto.

*L'assistenza al neonato patologico deve basarsi, come altre branche della medicina, sulla prevenzione. Quando in periferia vi è un rischio di parto molto prematuro, il trasporto della gestante presso una struttura ostetrica dotata di assistenza neonatale permette di aumentare le probabilità di sopravvivenza e di diminuire eventuali danni neurologici legati a questi parti. Ma può ancora capitare (in provincia di Trento solo nel 5% dei casi) che il bambino nasca in una sala parto periferica, dove vi sono poche risorse e poca esperienza. I primi minuti di vita sono essenziali per l'immediato e per il futuro del nostro neonato! Quindi si è reso*



necessario un programma di formazione del personale medico ed infermieristico sulle tecniche di rianimazione neonatale. Una équipe del nostro reparto sta svolgendo questo itinerario di istruzione presso le varie sale parto della provincia riscuotendo notevole interesse da parte del personale locale.

Per questo è stato necessario l'acquisto di un valido mezzo di esercitazione: **due sofisticati manichini neonati** (valore oltre 5 milioni) con cui si possono simulare le varie situazioni d'emergenza.

Con il progredire delle conoscenze scientifiche, è noto ormai a tutti, la telematica e l'uso del computer si sta rivelando insostituibile in certe situazioni assistenziali.

Lo scorso anno un bambino di pochi mesi ha presentato un arresto cardiaco per una grave alterazione del ritmo cardiaco che arrivava fino alla fibrillazione ventricolare, situazione incompatibile con la vita. Farmaci opportuni hanno permesso di dominare questo grave quadro patologico; il monitoraggio cardiaco continuo 24 ore su 24 non poteva però essere eliminato. Per poter dimettere il piccolo e reinserirlo nella sua famiglia, a casa, si è reso necessario l'acquisto di un **monitor cuore-respiro** collegato attraverso un **modem** al nostro reparto (valore oltre 10 milioni), con possibilità quindi di "scaricare" in tempo reale i dati dell'ECG e poter intervenire quanto prima possibile se necessario. Grazie all'A.N.T. siamo riusciti a realizzare tutto questo. Quando il piccolo non avrà più bisogno di questo tipo di monitoraggio, potrà ancora essere utilizzato, anche in reparto.

*Un centro universitario o un centro ospedaliero regionale (cosiddetto di III*

*livello) oggi deve essere necessariamente collegato ad una banca di informazioni scientifiche che riesca a garantire la disponibilità delle pubblicazioni più recenti riguardo un certo argomento di studio o una certa patologia. Il nostro Centro, grazie all'A.N.T., è oggi costantemente informato sulle più recenti pubblicazioni riguardanti la patologia neonatale: abbiamo un **computer con CD-ROM** dal quale possiamo selezionare argomenti di specifico interesse contenuti in oltre 600 riviste internazionali ed un modem con password per accedere alle ultimissime riviste scientifiche per notizie di diagnosi e terapia che possano interessare il nostro neonato (valore oltre 6 milioni). Non sempre infatti ci troviamo di fronte a patologie usuali gestibili con la nostra esperienza. L'opportunità di conoscere ed intervenire in modo appropriato permette ancora una volta di garantire la migliore assistenza possibile al nostro neonato.*

*Con il progredire dell'informatica si è anche reso necessario l'utilizzo nella nostra Divisione di un sistema "a rete" di personal computer, che permette la rilevazione di dati di tutti i nostri bambini ricoverati ed il loro contemporaneo utilizzo dalle varie stazioni terminali (Terapia Intensiva, Ambulatorio, Nido, Segreteria, Studio medici, ecc...). Un programma ad hoc, per le nostre esigenze, ci è stato offerto dal dott. Aldo Valentini, dirigente di Fisica Sanitaria dell'Ospedale S. Chiara. La "rete computerizzata" è stata installata dall'Azienda Sanitaria Provinciale. Oggi questa struttura informatica funziona in modo regolare ed efficiente con diversi personal computer donati negli anni scorsi dalla nostra Associazione.*

**Giuseppe De Nisi**

## LA PERDITA DEL PADRE DEL DR. DE NISI

*Il 29 ottobre è deceduto improvvisamente a Napoli il prof. Mario De Nisi, padre del dr. Giuseppe De Nisi, aiuto di Neonatologia e vicepresidente della nostra Associazione, L'A.N.T. partecipa vivamente al dolore di tutti i familiari.*

*Sull'ottimizzazione delle cure in Neonatologia*

## UN CONVEGNO. A TRENTO L'11-12 APRILE 1997

*Un importantissimo Convegno sul tema "Ottimizzazione delle cure in Neonatologia" è stato previsto per l'11-12 aprile 1997. Si terrà presso la Sala Convegni del Grand Hotel Trento, con la partecipazione di numerosi esperti italiani e stranieri.*

*In tre distinte Tavole Rotonde si discuterà di*

**- Cure intensive neonatali e organizzazione** (Bucci, Macagno, Verder, Greisen, Pedrotti, De Nisi, Corchia);

**- Aspetti controversi nella gestione dei neonati di peso molto basso: Funzionalità renale e idratazione** (Orzalesi, Mastropasqua, Guignard, Coraiola, Morandi, Appiani);

**- Alimentazione: quale? quando? quanto?** (De Curtis, Bracci, Sauer, Carnielli, De Vonderweid, Pederzini, Trainotti).



**Auguri a Nico, il nostro piccolo amico che per nove mesi ci ha regalato tanti sorrisi e tante soddisfazioni: e ce l'ha fatta!!!**

## SEMPRE PIU' GENEROSI I NOSTRI AMICI SOSTENITORI: GRAZIE!

Monica Dal Pozzo, Maurizio Piffer, Roberta Coser, Anna Corea, Daniela Ravagni, Fabio Vettori, Annalisa Sala, Gabriella Adami, Luisa Turri, Sabina Casagrande, Luisa Bridi, dr. Giuseppe Ventimiglia, Marisa Dalmaso Franceschini, Maria Luisa Della Vedova, Fausto Andreotti, Fiammetta Pasculli, Matilde Degasperi, Antonella Raab, Stefano Lanzingher, Emma Depaoli, Ilaria Viola, Cristina Pignago, Flavia Zanolli, Anita Anesi, Franca Forster, Maria Rosa Tomasini, Emma Dagostini, Margherita Franch, Tiziana Loner, Alberto Defant, Giorgio Gremes, Lucia Pilati, Luciana Felicetti, Sergio Ramponi, Gianni Tosi, Giuseppe Versini, Veronica Uez, Alberto Oieni, Rita Magagni, Cristina Feller, Patrizia Benacchio, Marco Scarpari, Fabrizio Superbo, Paola Beatrice, Giuseppe Urbani, Giovanna Malafrente, Gino Comandella, Luigi Modena, Lara e Carlo Tezzele, Palma Bortolotti, Patrizia Scardamaglia, Emma Angheben, Roberto Lira, Federica Azzali, Mauro Tasin, Maria Ceschini, Tiziana Gatti, Natalina Ropele, Walter Donda, Stefano Mazzetto, Lorenzo Faes, Personale

Patologia Neonatale Feltre, Roberto Moser, Nicola Stenico, Pierluigi Maffei, Giorgia Benigni, Manuela Comper, Jacopo Delaiti, Laura Rosa, Paola Mazzalai, Patrizia Pedri, Lorena Bolognani, Laura Dallafior, Tommaso Bonafini, M. Grazia Ghinamo, Jacopo Pross, Antonella Gerola, Maria Grazia Gottardi, Rinaldo Stroppa, Gabriella Benini, Paolo Zobebe, Barbara Maccani, Daniele Scalambra, Arturo Boninsegna, Chiara Zanot, Paolo Bosetti, M. Cristina Magnelli, Giuseppe Topa, Lori Tambosi, Giuseppe Topa, Gabriele Bertola, Giuliana Santoni, Cristina Frizzera, Flavio Deflorian, Carolina Russo, Rosaria Ciola, Maddalena Chiogna, Gianpiero Cemin, Milena Moscon, Stefano Linguanotto, Alberto Covi, Aldo Viola, Giorgio Conci, Patrizia Gadotti, Luigi Cuel, Daniela Laghi, Annalisa Mattevi, Roberta Arcaini, Gabriele Canalia, Cristina Dal Fior, Rita Chiellino, Lorena Callegari, Katia Tomasella, Sandro Gabos, Laura Ferrari, Noriller, Franco Rovea, Sergio Giordani, Franco Rovea, Massimo Campolongo, Roberta Sartori, Berti e Mosna, Luciana Stoffella, Antonia Facchini, Claudio Bermond e numerosi altri.

**Il bilancio annuale - chiuso quest'anno al 31 dicembre (v. pag. 12) - sarà pubblicato nel prossimo numero e sarà proposto all'Assemblea generale che si terrà nella primavera prossima**

**"Neonatologia Trentina" viene inviata a tutti coloro che ne fanno richiesta.**

**I lettori possono contribuire ai costi di stampa e di spedizione, come pure a progetti ed interventi della Neonatologia trentina, con qualsiasi somma**

**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 Villazano e Trento.

Ricordiamo il Codice Fiscale dell'Associazione: 96009010222.

 **Neonatologia Trentina**  
Periodico trimestrale dell'ANT - Amici della neonatologia

NEONATOLOGIA TRENTINA  
Periodico trimestrale degli AMICI  
DELLA NEONATOLOGIA TRENTINA  
Largo Medaglie d'Oro, 1 - 38100 TRENTO  
Tel. 0461/903512 - Fax 903505.  
Autorizz. del Tribunale di Trento n. 628 del 25.2.89  
Spedizione in abbonamento postale  
Legge 549/95 art. 2 comma 27 - Filiale di Trento

**Direttore:** Dino Pedrotti  
**Vice direttore:** Giuseppe De Nisi  
**Direttore responsabile:** Danilo Fenner  
**Comitato di redazione:** Adriana Accler, Alba Donato, Barbara Sandionigi Pace, Loretta Gherisini, Irene Gutierrez, Liliana Iseppi, Fabio Pederzini, Paola Trainotti.  
**Stampa:** Grafiche Artigianelli - Trento