

# NT Neonatologia Trentina

Periodico trimestrale dell'ANT - Amici della neonatologia  
Spedizione in abbonamento postale - Art. 2 comma 20/c legge 662/96 - Filiale di Trento

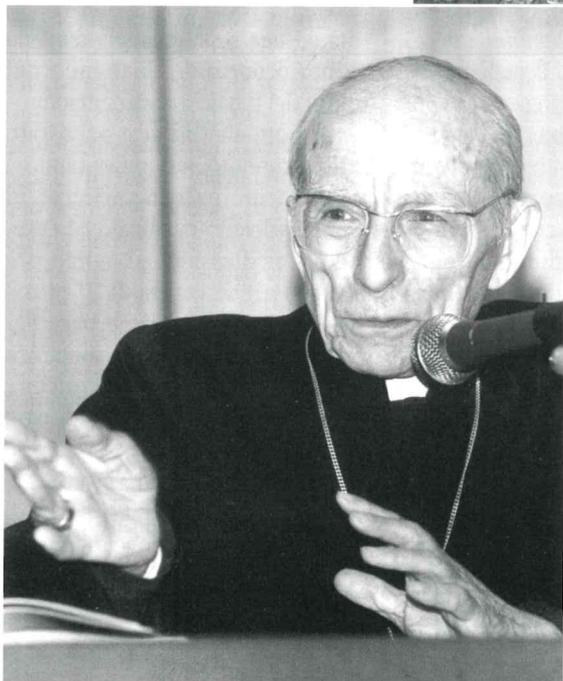
*Un nuovo impegno nel Vietnam della Neonatologia Trentina*

## AIUTIAMO LA NEONATOLOGIA DI BAC GIANG!

### IL TERZO MONDO CI CHIAMA

UN PROGETTO  
PER MIGLIORARE  
L'ASSISTENZA NEONATALE  
E PEDIATRICA  
NELL'OSPEDALE  
DI BAC GIANG (Vietnam)

*alle pagg. 4-9*



### APERTA UNA SOTTOSCRIZIONE PRO VIETNAM

*a pag. 6*

12 SETTEMBRE 1998

Un altro incontro culturale col S.E. il Cardinale Tonini su

### BAMBINI: "LORO" DIRITTI, "NOSTRE" RESPONSABILITÀ

*alle pagg. 2 e 20*

EFFICIENZA,  
ETICA,  
UMANIZZAZIONE  
in  
NEONATOLOGIA

*alle pagg. 10-13*

IN AUMENTO  
L'ALLATTAMENTO  
AL SENO

*a pag. 16*

Per sabato 12 settembre 1998 gli Amici della Neonatologia Trentina assieme all'Associazione "Famiglie Insieme" propongono un incontro su

# BAMBINI: "LORO" DIRITTI E "NOSTRE" RESPONSABILITÀ

**N**on ha bisogno di presentazioni, S.E. il **cardinale Tonini**, sempre attento ai problemi della famiglia, dei giovani, dei bambini. Tratterà l'argomento più interessante per tutti noi: **"Un modo nuovo di essere genitore"**. Proprio nella famiglia e nei primissimi anni di vita si attua la **migliore prevenzione "primaria"** nei confronti del problema emergente del disagio giovanile. Sarà preceduto da tre brevi interventi del prof. Giovanni Serra dell'Istituto Gaslini di Genova (**"Nascere negli anni 2000"**), del dott. Dino Pedrotti (**"Un nuovo modo di essere pediatra"**) e del dott. Lorenzo Dellai, sindaco di Trento (**"Per una città dei bambini"**).

Il **prof. Giovanni Serra** è Direttore del Servizio di Patologia neonatale di un "Ospedale Infantile" tra i più prestigiosi d'Italia, l'Istituto Gaslini di Genova. Apprezzato ricercatore, in particolare nei campi della nutrizione neonatale e dell'infettivologia perinatale. Negli ultimi anni ha organizzato un efficace servizio di trasporto neonatale che copre tutta la regione Liguria; come succede in poche altre realtà italiane, segue con particolare attenzione l'epidemiologia perinatale. Su queste basi molto concrete, vi è un dialogo aperto tra Trento e Genova. Nel novembre scorso ha organizzato a Genova un

Convegno nazionale della Società Italiana di Medicina Perinatale, nel quale è stata inserita una Conferenza-Dibattito molto interessante sull'argomento "Natalità nel 2000", con la presenza sua e del cardinal Tonini.

Solo da pochi decenni l'umanità può regolare la fertilità: il fenomeno della denatalità deve essere valutato e inquadrato attentamente. Il prof. Serra ci porterà dei dati aggiornati ed interessanti, assieme a importanti considerazioni sull'argomento. **La prima "responsabilità"** dei genitori nei confronti di un figlio si ha proprio nel momento in cui la coppia decide di concepirlo. Occorre valorizzare sempre più **"il punto di vista del futuro figlio"**, con la massima prevenzione in età preconcezionale e con la responsabilizzazione dei futuri genitori (vedi opuscolo *ANT 1: "Il punto di vista del nostro futuro figlio"*).

Un nuovo modo di "essere pediatra": è un argomento presentato dal **dott. Dino Pedrotti** in più parti del libro *Bambini sani e felici* (pagg. 28-31). Il pediatra di venti-trent'anni fa prescriveva le cure dall'alto al basso, senza discuterle; pensava che per avere bambini più sani occorresse visitarli spesso e prescrivere tante analisi e tante medicine. Negli ultimi vent'anni si sta facendo

sempre più strada la cultura della prevenzione.

E soprattutto negli ultimi dieci anni si cerca non solo di insegnare prevenzione, ma anche di **responsabilizzare**, di demedicalizzare, di deospedalizzare. Contemporaneamente la salute dei bambini è trattata in modo sempre più confuso da stampa e TV: l'informazione non è obiettiva, ma si fa a seconda delle mode e degli interessi. Il pediatra ha il "dovere" non solo di curare bene il bambino, ma anche di fare il suo avvocato, il suo sindacalista; deve pertanto saper dialogare con i genitori e con la stessa opinione pubblica.

La presenza del sindaco di Trento, **dott. Lorenzo Dellai** non deve essere interpretata come "presenza preelettorale". L'argomento da trattare non è **né di destra né di sinistra**. "Il bambino" rappresenta la migliore unità di misura del nostro operato non solo in campo sanitario ma anche in campo sociale e politico. Molte iniziative verso una miglior vivibilità ed una seria ecologia tengono conto proprio dei bisogni e dei diritti del più debole dei cittadini.

Il dott. Dellai si è accostato all'argomento, documentandosi sulle principali esperienze in corso, a livello nazionale ed europeo. La riflessione si svilupperà attorno a due capisaldi. Il primo assume **l'infanzia come paradigma progettuale e come metafora di tutte le differenze da tutelare** ("i bambini come cittadini di oggi e non solo di domani"). Il secondo caposaldo considererà, invece, l'esigenza e la possibilità concreta di attuare una "valutazione di impatto sull'infanzia" delle singole politiche di settore, se non delle singole azioni, espresse da un'Amministrazione cittadina.



Il prof. Serra al Convegno di Trento 1997



*L'Associazione "Famiglie Insieme", nata il 14 gennaio 1996, è un'associazione di volontari, apartitica, senza fini di lucro, "a favore di un'autentica cultura della famiglia, da promuovere sia all'interno della famiglia stessa, sia all'esterno, con una costante azione di verifica e di stimolo alle iniziative dell'ente pubblico, della scuola, dei mezzi di comunicazione".*

*Ha, come prima finalità, "la promozione della famiglia come ambito privilegiato di relazioni in cui si realizza pienamente l'incontro tra l'uomo e la donna e tra le generazioni, come nucleo della società civile e come luogo primario di educazione."*

Sede: via S. Giovanni Bosco, 3 - TRENTO - tel. 0461/235125

Ci sono diritti e diritti...: ma quanta confusione!

# DIRITTI<sup>1</sup>, DIRITTI<sup>2</sup>, DIRITTI<sup>X</sup>

**A**nche in questo numero trattiamo l'argomento "**Diritti dei bambini**". "Loro" diritti e "nostre" responsabilità sarà il titolo di un importante incontro culturale con S.E. il cardinale Tonini. Il diritto di tutti i bambini del mondo a crescere sani e felici sta alla base del nostro nuovo impegno, quello di aiutare un reparto di Neonatologia del Vietnam ad organizzarsi per migliorare l'assistenza a neonati molto più poveri dei nostri.

In tutto il mondo si parla sempre più di "diritti", tutti concordano astrattamente sul fatto che i bambini, i lavoratori, le donne, gli handicappati, i poveri, i deboli in generale sono titolari di diritti. Molti affermano anche, sulla base di un diffuso libertarismo, che a questi mondo tutti hanno diritto a fare e ad avere tutto quello che possono e che vogliono. E concretamente tutti difendono i propri diritti acquisiti e cercano possibilmente di estenderli. La parola "diritto", come altre parole ("libertà" "amore",...) si presta a molte ambiguità e crea confusione.

Fu un contadino di Roveré della Luna a dirmi qualche anno fa, alla fine di un incontro, che - di fronte a tante nuove idee rivoluzionarie sul comportamento tra genitori e figli - aveva bisogno di fissarle bene nella sua testa: "Se ho ben capito - mi disse - tutto si riduce ad una partita da giocare, in cui possono vincere i genitori, se impongono la loro autorità, può vincere il figlio se si è troppo permissivi, oppure si può pareggiare con il dialogo. E' come al Totocalcio. E i risultati definitivi possono essere soltanto tre: ci sono **genitori 1**, **genitori 2**, **genitori X**".

Quando una parola ha più significati, il vocabolario la numerava in modo diverso: c'è la lira<sup>1</sup> (moneta) e la lira<sup>2</sup> (strumento); il radio<sup>1</sup> (osso) e il radio<sup>2</sup> (in chimica); il porto<sup>1</sup> (per navi), il porto<sup>2</sup>

(d'armi), il porto<sup>3</sup> (vino)... Quando si usa una parola, bisognerebbe chiarire sempre in quale senso viene usata. Come ci sono tre tipi di genitori, dico spesso, in modo provocatorio, che ci sono anche tre modi diversi di essere medici: **medici<sup>1</sup>**, che hanno sempre ragione, orientati alla cura dei propri interessi e del proprio prestigio, **medici<sup>2</sup>**, che tirano avanti passivamente, senza preoccupazioni e **medici<sup>X</sup>**, che dialogano e cercano di costruire assieme. In modo molto chiaro diciamo che tutti a questo mondo, genitori, medici, politici, commercianti,... possiamo comportarci secondo la doppia modalità dell'Avere (1 = il potere individuale -2 = il piacere individuale) oppure secondo l'unica modalità dell'Essere (X): vedi nel libro *Bambini sani e felici*, a pag. 15 e segg.

E allora scopriamo anche che nel mondo, dal punto di vista dei neonati, i più diretti interessati (neonati-oggetto o neonati-soggetto?), ci possono essere reparti di **Neonatologia<sup>1</sup>**, reparti di **Neonatologia<sup>2</sup>** (secondo l'Avere) ma anche qualche **Neonatologia<sup>X</sup>** (secondo l'Essere).

I **diritti<sup>1</sup>** sono diritti che **i forti** presumono di avere, talora appellandosi anche al padreterno: *Gott mit uns*, Dio lo vuole, Dio mi ha dato il potere e guai a chi me lo vuol prendere (giustificando così anche la violenza). Così ragionavano non solo i dittatori, ma anche i genitori da Adamo ed Eva ai nostri nonni: mio figlio è di mia proprietà e su di lui ho dei diritti: il figlio ha il dovere di rispettarli e di ubbidire.

Il maschio in particolare era titolare di questi **diritti<sup>1</sup>**.

I **diritti<sup>2</sup>** sono diritti pretesi dai **non-forti**: persone deboli e viziate pretendono il diritto di fare e di avere tutto quello che vogliono. Siamo sempre nell'individualismo, con aumento di confusione. Si

rifiuta la violenza, e, a parole, si parla di libertà, di amore ("Fate l'amore, non la guerra"). Ma quale amore?

L'amore<sup>1</sup>, possessivo, egoistico o l'amore<sup>2</sup>, edonistico, consumistico o l'amore<sup>X</sup>, basato sul dialogo, sulla tenerezza, sul dono, sul rispetto della dignità della persona umana, un amore di coppia che si orienta ad essere madre e padre?

Le donne sono simbolicamente titolari dei **diritti<sup>2</sup>**, con possibilità di evoluzione in tre direzioni (tra cui il ritorno ai **diritti<sup>1</sup>**, come in un certo tipo di femminismo, oppure un'evoluzione verso i **diritti<sup>X</sup>**).

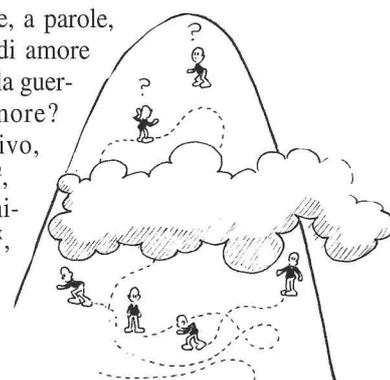
I **diritti<sup>X</sup>** sono legati alla razionalità, al dialogo, alla comprensione, alla giustizia, a valori universali. Il diritto di ogni uomo ad essere rispettato nella sua dignità, il diritto di ognuno a poter realizzare le sue potenzialità, **il diritto ad "essere" se stessi**.

Il bambino è la più concreta metafora di questo tipo di diritti.

Nostro figlio ha un diritto illimitato alla vita, agli affetti, al gioco, all'istruzione, a crescere più sano e felice possibile. Ha diritto ad avere genitori che comprendano questi suoi diritti, ha diritto a ricevere dalla società gli aiuti necessari. Non ha diritto ad avere tutto. Ha diritto ad avere solo quello che gli serve per esistere e per essere.

Questo è un concetto basilare per capire meglio il linguaggio confuso del giorno d'oggi. Proviamo a completare il ragionamento con i vari significati dati alla parola "amore" (1-2-X) o alla parola "libertà" (1-2-X) o alla parola "felicità" (1-2-X). Un ragionamento analogo è stato fatto a proposito della parola "care" a pag. 2 di NT - giugno 1995.

Idee chiare, come al gioco del Totocalcio, appunto. **d.p.**



CONFUSIONE - ANARCHIA - AMBIGUITÀ

1

2

X

Il "diritto" di tutti i bambini del mondo a crescere sani e felici

# IL TERZO MONDO CI CHIAMA



"ricchi", nei quali il 20% della popolazione mondiale detiene l'80% delle risorse globali, e di paesi "poveri", in cui si registra esattamente il contrario.

Negli ultimi anni il livello di civiltà di un popolo viene misurato con parametri diversi da quelli finora utilizzati, la quantità di risorse economiche disponibili e il potere militare: si dà sempre più valore a parametri meno economici e più umani, come la mortalità infantile (fino a uno o fino a cinque anni), l'alfabetizzazione e la scolarizzazione dei bambini.

L'UNICEF presenta ogni anno una Relazione in cui i 150 maggiori stati del mondo vengono presentati secondo un "ordine" particolare: ai primi posti figurano quelli con il più alto tasso di mortalità infantile. Seguendo questa graduatoria è facile fare commenti. Gli stati del centro Africa occupano i primi trenta posti (assieme all'Afghanistan, al Bhutan, alla Cambogia), seguiti poi da molti stati del Sud-Est asiatico e dell'America meridionale. Difficile capire come mai certi stati come il Sud Africa o il Brasile abbiano alti redditi pro capite con alti tassi di mortalità infantile. Nel gruppo intermedio

di stati, la posizione del Vietnam è interessante, in quanto, pur essendo tra i più poveri stati del mondo (è preceduto solo da nove stati del centro Africa), presenta dati discreti o addirittura buoni per quanto riguarda la mortalità e la scolarizzazione dei bambini. Un tasso di mortalità infantile attorno al 34 per mille era presente in Trentino negli anni 1960-1965.

Nel terzo mondo l'assistenza neonatale rappresenta un problema secondario rispetto ai problemi del miglioramento dell'igiene e dell'alimentazione, della cultura, del lavoro. L'India e la Somalia necessitano per ora di pozzi, di scuole, di una sana economia più che di incubatrici e di respiratori per neonati (che rischierebbero di morire di fame o in modo violento).

Il Vietnam rappresenta un paese povero sì, ma già orientato verso un "secondo mondo": in queste condizioni si pensa che igiene, organizzazione e minime tecnologie possano migliorare nettamente la salute dei bambini. In questo senso la "filosofia" della Neonatologia Trentina (organizzazione/ comunicazione, scarsa medicalizzazione,...) potrebbe utilmente essere applicata ed essere efficace.

Il nostro "primo" mondo è un mondo fortunato, perché chi ci vive ha a sua disposizione molte (troppe?) risorse per sopravvivere e migliorare lo stato di benessere. Le differenze col "secondo" e col "terzo" mondo (ma molti parlano anche di un "quarto" mondo...) sono soprattutto di carattere economico, per cui si parla anche - in modo molto più chiaro - di paesi

Stati (graduatoria sec. mortalità infantile)	Niger - 1°	Somalia - 10°	Brasile - 63°	Vietnam - 74°	Italia - 136°
Popolazione abitanti (milioni)	9.2	9.3	162	74	57
Popolazione urbana %	17	26	78	21	67
PIL annuo pro capite \$	230	120	2970	200	19300
Natalità (nati/1.000 abitanti)	52	50	24	29	10
Mortalità < 5 anni (su 1.000 nati)	320	211	60	45	8
Mortalità < 1 anno (su 1.000 nati)	191	125	51	34	7
Speranza di vita alla nascita (anni)	48	48	67	66	78
Vaccinati polio-morbillo %	18-18	28-45	83-88	94-95	98-50
Parti assistiti da sanitari %	15	2	61	95	99
Mortalità madri (/100.000 parti)	1200	1600	220	160	10
Alfabetizzazione adulti %	14	24	83	94	97
Alfabetizzaz. femmine/maschi %	33	39	99	94	98
Frequenza scuole secondarie %	6	6	33	42	82
Acqua potabile % popolazione	54	31	73	43	99

Dati 1995 - Fonte: UNICEF

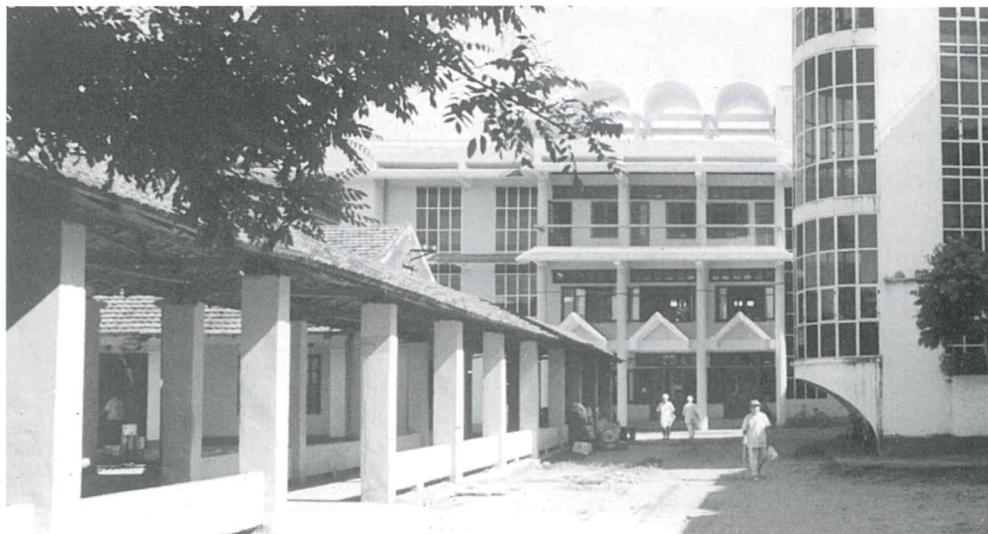
# PROGETTO PER MIGLIORARE L'ASSISTENZA NEONATALE E PEDIATRICA NELL'OSPEDALE DI BAC GIANG (Vietnam)

**I**l dott. Pierluigi Cecchi è un pediatra italiano che da diversi anni si è impegnato nell'assistenza ai bambini del terzo mondo. Trovandosi da qualche anno in Vietnam, essendo a conoscenza dell'attività della nostra Neonatologia, dopo averci interpellati, ci ha inviato un progetto elaborato con il direttore e con i responsabili di Pediatria e Ostetricia dell'Ospedale di Bac Giang.

Bac Giang è capoluogo di una "povera provincia di montagna", a 50 km a nord-est della capitale del Vietnam, Hanoi. La provincia ha una popolazione di circa 1.500.000 di abitanti su 3800 km<sup>2</sup>. L'economia è prevalentemente agricola, con un reddito medio annuo pro-capite molto inferiore a 1000 dollari. Le famiglie povere sono circa il 20%.

L'organizzazione sanitaria è capillare ma "di qualità molto scadente", soprattutto nei piccoli ospedali distrettuali. L'ospedale di Bac Giang ha 500 posti letto con un centinaio di medici. E' sostenuto da un progetto affidato dal Ministero italiano degli Affari Esteri e dall'Unione Europea al Gruppo di Volontariato Civile di Bologna.

Il dott. Cecchi ci informa che l'ospedale è ancora carente in



infrastrutture ed in attrezzature. Il reparto di Pediatria è costruito da poco, ma ha "più le caratteristiche di un lazzaretto per l'infanzia che di un reparto ospedaliero". Vi nascono ogni anno **1800 bambini** e sono disponibili 85 posti letto di Pediatria con oltre 4000 ricoveri annui. I pazienti gravi sono tutti ricoverati (neonati prematuri o gravi assieme a lattanti settici) in un'unica stanza di "terapia intensiva", poco aerata e illuminata. **La situazione è insostenibile** e occorrerebbe razionalizzare spazi e percorsi.

Non si chiede di portare alte tecnologie assistenziali, ma "cose semplici e importantissime": **ristrutturare Sala parto e Neonatologia**, creando un centro di assistenza igienicamente idoneo (filtri di accesso, terapia intensiva neonatale distinta dai lattanti settici,...) e **organizzando la formazione degli operatori sanitari**. Il modello di assistenza neonatale proposto nel progetto è moderno, lontano dagli standard ospedalieri vietnamiti. Potrebbe diventare "punto di riferimento anche per altri ospedali del territorio". Vi sono buoni rapporti con la responsabile della Patologia Neonatale di Hanoi, che si può coinvolgere nel progetto, in parti-

colare per la formazione del personale.

La gestione organizzativa verrà assicurata dal Gruppo di Volontariato Civile del posto, che coordinerebbe gli interventi dei trentini e dei vietnamiti nella gestione tecnico-scientifica del programma.

I costi a carico dei vietnamiti sarebbero pari a 38 milioni (in Lire), per la ristrutturazione di Ostetricia e in parte di Pediatria. **I costi a carico nostro sarebbero pari a 26 milioni**, di cui 12 per la ristrutturazione e 9 per attrezzature di Neonatologia-Pediatria. Altri 5 milioni dovrebbero essere previsti per la formazione e l'organizzazione.



**Il reparto di Pediatria-Neonatologia del "nuovo" ospedale di Bac Giang**

## La risposta del Consiglio Direttivo

A seguito della lettera inviata il 1.6.1998 dal dott. Pierluigi Cecchi, il 4.6.1998 si è riunito il Consiglio Direttivo dell'ANT. Presenti: Bridi, Degasperi, De Nisi, Pederzini, Pedrotti, Sandionigi Pace, Trainotti.

Il Consiglio Direttivo ha esaminato il "micro-progetto" di collaborazione con l'ospedale vietnamita di **BAC GIANG**. Nella discussione, si è convenuto che il **Vietnam** rappresenta un paese povero sì, ma già orientato verso un "secondo mondo": in queste condizioni si pensa che igiene, organizzazione e minime tecnologie possano migliorare nettamente la salute dei bambini. In questo senso la **"filosofia" della Neonatologia Trentina** (organizzazione/comunicazione, scarsa medicalizzazione,...) potrebbe utilmente essere applicata ed essere efficace.

**Il dott. De Nisi, il dott. Pederzini, la CS Trainotti (e il dott. Coraiola, invitato per l'occasione)** si sono dichiarati molto interessati al problema e disponibili a collaborare. Malgrado i notevoli impegni di reparto, si pensa che ciascuno potrebbe dedicare al

microprogetto **fino a 2-3 settimane all'anno**. L'U.O. di Neonatologia è disponibile ad accogliere eventualmente medici e infermiere di Bac Giang per stages di formazione.

Si chiederà di **conoscere più nei dettagli la situazione locale** (mortalità, tassi di prematurità, natalità a domicilio, morbidità, assistenza ostetrica, incidenza di tagli cesarei, tassi di vaccinazione, allattamento materno,...).

Un approfondimento di conoscenze sul posto potrebbe essere molto utile: si ritiene essenziale programmare al più presto **una visita conoscitiva** sul posto. In luglio-agosto è presente il dott. Cecchi e il sig. Bridi intende partire per il Vietnam verso la metà di agosto.

**Problema finanziario:** sono disponibili in cassa fondi sufficienti per iniziare il progetto. Il progetto sarà divulgato su Neonatologia trentina (1-2/98) che uscirà in agosto-settembre. L'iniziativa si potrà divulgare anche in occasione dell'incontro con la cittadinanza previsto **per il 12 settembre col card. Tonini**.

Si fissa un altro incontro di approfondimento per il giorno **30 giugno ad ore 17.30**.

Si propone di convocare un'Assemblea straordinaria per il giorno **4 settembre**.

Nella riunione del Consiglio Direttivo del 30 giugno il dott. De Nisi, considerata l'urgenza di documentare e discutere direttamente sul posto la situazione, ha dato la

sua disponibilità a recarsi immediatamente a Bac Giang. Il Consiglio Direttivo ha dato tutto l'appoggio dell'Associazione a questa iniziativa tempestiva e generosa.

Grazie al dott. De Nisi, siamo riusciti ad avere e a fornire a tutti i nostri lettori informazioni molto concrete sulla reale situazione e su quanto possiamo fare.

## APERTA UNA SOTTOSCRIZIONE PRO VIETNAM

Come potete leggere, a fine luglio abbiamo spedito la somma di 5 milioni necessari per urgenti lavori.

Ci siamo impegnati a fornire almeno altri venti milioni per la prima parte del progetto.

Con un primo versamento di 500.000 lire è stata ufficialmente aperta una sottoscrizione per rendere possibili e concreti i nostri interventi a Bac Giang in tempi rapidi.

Preghiamo i nostri Amici di specificare nei versamenti la causale: **pro Vietnam**.

Nei prossimi numeri di NT vi daremo dettagliati resoconti.

Potete utilizzare:

- il c/c **01/711785** della Cassa Rurale di Villazzano e Trento (ABI 8304, CAB 1802)
- il c/c postale **13205380**

intestati a:

**AMICI DELLA  
NEONATOLOGIA TRENTINA**  
c/o Ospedale S. Chiara - 38100 Trento

L'Associazione "Amici della Neonatologia Trentina" fa parte delle Organizzazioni Non Lucrative di Utilità Sociale (ONLUS), per cui ogni contributo ed erogazione a suo favore - a mezzo banca o c/c/p - può essere **detratto nella Dichiarazione dei redditi** fino ad un importo massimo di 4 milioni.

Chiedeteci l'abbonamento (gratuito) a **"Neonatologia trentina"**: vi troverete molte informazioni sull'assistenza neonatale, argomenti utili per la gestione del neonato, stimoli culturali attorno all'evento nascita. Sarete così informati anche sulle iniziative che adatteremo nel gemellaggio con Bac Giang.



È necessario riscoprire anche in Vietnam la cultura del neonato

## UN'INFANZIA DA SALVARE

**Q**uando l'amico **Paolo Bri-di** ci informò sulla realtà del Vietnam, sui bisogni primari della gente e ancor di più sulle gravi carenze in ambito sanitario e ci propose di collaborare al progetto generale di intervento del **Gruppo di Volontariato Civile (GVC) con sede a Bologna**, non mi fu difficile prendere la decisione di partire, per rendermi conto personalmente della situazione sanitaria locale e soprattutto della fattibilità di un progetto che prevede un impiego di risorse umane e finanziarie da parte della Neonatologia trentina.

I pochi giorni disponibili per questa visita (17-22 luglio) sono stati organizzati in modo ottimale dal **dott. Pierluigi Cecchi**, che con la moglie **dott.ssa Rosalba Rondinelli**, lavora da oltre due anni nel progetto sanitario del GVC di Bologna. E proprio grazie al dott. Cecchi mi è stato possibile incontrare ufficialmente i massimi responsabili politici (cosa non facile!) e sanitari delle città di Bag Giang e di Hanoi: i direttori dei **Comitati Popolari** e dei **Dipartimenti Provinciali della Salute**, i direttori dell'**Ospedale di Bac Giang** e dell'**Ospedale Pediatrico "OLOF PALME"** di Hanoi e la **dott.ssa Dung**, capo del **Dipartimento di Neonatologia** di Hanoi.

In questi incontri ho potuto presentare il modello di assistenza neonatale esistente in Trentino, con i fondamentali indicatori di qualità delle cure. I Vietnamiti hanno mostrato un interesse veramente alto per il nostro tipo di gestione e, pur confermando il loro orgoglio nazionale, hanno accettato con umiltà e responsabilità il progetto di formazione medica ed infermieristica che si è poi delineato.

Il primo impatto è stato con l'ospedale di Bac Giang. Una definizione occidentale per tale



"ospedale" potrebbe essere quella di *un ritrovo non organizzato (tipo campeggio)* di malati con varie patologie e di parenti che li accudiscono nei vari momenti della giornata. La struttura, ultimata nell'aprile di quest'anno, già risulta deteriorata ed in condizioni igieniche precarie.

I parenti degli ammalati cucinano *sul posto*, lavano e stendono la biancheria *sul posto*, siedono e dormono *accanto al malato* (nello stesso letto, con un grado di igiene comprensibile), in condizioni climatiche insopportabili per un occidentale (in questo periodo: 40° C e umidità permanentemente oltre l'80%) e favorenti l'insorgenza di patologie infettive.

Mi risultava difficile riconoscere il malato dal parente, perchè erano tutti vestiti normalmente e seduti su letti senza materasso, con una stuoia stesa sulla rete.

La situazione cambiava nel reparto di Pediatria solo per la facilità di riconoscere il paziente per la sua età! I bambini con patologie di vario tipo, dalla gastroenterite alla polmonite, dalle virosi alla meningite, erano accomunati *nella stessa stanza* e, se neonati, anche sullo stesso letto con la loro mamma. Mi sono reso conto che non era per nulla sentita la necessità di cure differenziate tra lattanti e neonati men-

tre erano evidentemente enormi i riflessi sulla mortalità e sulla morbilità neonatale.

Il dott. Cecchi, esperto ormai della situazione sanitaria vietnamita, riferisce un tasso di **mortalità infantile** (sotto l'anno di vita) pari al 46 per mille (1991), imputabile principalmente alla malaria e alla tubercolosi, alle malattie diarroiche, al tetano neonatale ed al morbillo. È stato stimato che le infezioni respiratorie acute (33%) e le diarreie (25%) rappresentino circa la metà di tutte le cause di decessi tra i bambini. La **mortalità al di sotto dei 5 anni** è di circa l'81 per mille (1991) riflettendo le stesse cause dei bambini sotto l'anno. Anche i dati sulla **mortalità materna** sono paurosi: variano grandemente nel paese, con una media attorno a 110 donne decedute ogni 100.000 parti, ma raggiungono punte di oltre 400 (1991).

Il tasso di **malnutrizione infantile** in Vietnam è ancora estremamente alto. Nei bambini al di sotto dei 5 anni, la percentuale di bassa statura è del 49%, quella dei distrofici è del 12%. La percentuale di bambini **nati con basso peso alla nascita**, conseguenza di una malnutrizione intrauterina, nel 1990 e 1992 era rispettivamente del 12% e del 14% (circa il doppio rispetto ai

Colloquio  
del dott. De Nisi  
col Direttore  
dell'Ospedale  
di Bac Giang



Da destra: il dott. Cecchi, la caposala e la dott.ssa Dung, primario di Neonatologia di Hanoi, la dott.ssa Hainh, interprete; dietro il dott. De Nisi.

dati occidentali); queste percentuali sembrano essere in aumento. Un grosso problema è ancora l'anemia da mancanza di ferro: si stima che circa la metà di tutte le donne gravide siano anemiche e nelle aree rurali circa la metà dei bambini piccoli siano anemici.

Nella visita all'Ospedale Pediatrico di Hanoi mi sono reso conto che qui la realtà è sostanzialmente diversa: un ospedale costruito nel 1981 dalla Svezia, con una maggiore sensibilità ai problemi del neonato, tanto da prevedere un Dipartimento di Neonatologia con 30 posti letto. La dotazione in apparecchiature è minimale: vi sono gli stessi letti visti a Bac Giang (con le mamme accanto ai bambini), ma anche incubatrici, fototerapie e 3 respiratori neonatali. La responsabile della Neonatologia, la **dott.ssa Dung**, e il direttore di tutto l'ospedale, il **dott. Knanh**, sono apparsi molto più competenti e consapevoli delle carenze esistenti in ambito pediatrico e neonata-



le, e mi hanno riportato alcuni dati drammatici: la mortalità pediatrica intospedaliera è pari all' 8%, e di questa il 50% riguarda i neonati; nessun neonato sotto i 1000 g sopravvive e tra i 1000 e i 1500 g la sopravvivenza è eccezionale! Sono dati questi che in Italia e in Trentino si avevano negli anni del dopoguerra.

### Ed è ancora una situazione da dopoguerra quella esistente attualmente in Vietnam!

Un popolo che ha dovuto combattere per anni prima contro i Francesi, poi contro gli Americani ed i Russi, poi ancora contro l'invasione cinese, e che ha cercato sempre di conservare una propria identità, oggi cerca di proiettarsi verso il mondo occidentale. I medici e le strutture sanitarie appaiono però ancora di stampo bellico; la cultura di un essere come il neonato, che è l'antitesi della guerra, entra con difficoltà in tale processo evolutivo. Vi è spazio per le iniziative industriali, pubbliche e private, per nuove tecnologie agro-alimentari, per la viabilità ed i trasporti, ecc...; molto meno sentiti risultano invece i bisogni di salute. I cartelli di educazione sanitaria che si notano per le strade di Hanoi invitano le famiglie a limitare il numero di figli a 2, mentre viene spacciato per "regolazione delle mestruazioni" l'aborto istituzionalizzato.

Sembra quindi che l'**unica vera difesa del neonato vietnamita sia la madre**, che vuole (o deve) gestire il figlio fin dal momento del parto ed anche quando è ammalato in ospedale. Non sorprendono quindi i dati sull'allattamento materno: il 100% di allattati al seno per tutto il primo anno di vita, il 25% viene allattato per 1 anno e mezzo di vita, il 10% a 2 anni, e in certi casi anche a 3-4 anni. Questo fattore positivo costituisce una risorsa che nel programma di miglioramento delle cure assume un ruolo fondamentale.

Gli incontri con i Vietnamiti hanno chiarito maggiormente la necessità di formazione medico-infermieristica, possibile solo par-



tendo dall'*ospedale specializzato di Hanoi*. Questo centro infatti è l'unico adatto sia a migliorare la qualità delle cure neonatali, sia a vidimare e a divulgare linee-guida in tutti gli altri centri vietnamiti. La struttura verticistica esistente nella politica e nella società di questo paese si ripercuote infatti anche a livello sanitario. Abbiamo previsto così, insieme all'amico Pierluigi Cecchi, un periodo di **formazione del personale** di Hanoi con quello di Bac Giang, articolato in tre momenti: 7-10 giorni di lezioni teorico-pratiche (fine ottobre - metà novembre 1998), un secondo ciclo di 7-10 giorni (gennaio-febbraio 1999), un periodo di aggiornamento a Trento della responsabile della Neonatologia di Hanoi, la dott.ssa Dung. Dopo questa fase vi saranno successivi momenti di verifica e di aggiornamento.

Intanto sembra **urgente poter realizzare nell'ospedale di Bac Giang la separazione dei neonati gravi dal resto della Pediatria**, un intervento che da solo già potrebbe dare una svolta, se non alla mortalità neonatale, almeno alla cultura del neonato in questa provincia.

L'ANT in questi giorni contribuirà concretamente (attraverso il GVC di Bologna) nella realizzazione di questo progetto strutturale: **cinque milioni di lire**, al momento, sembrano sufficienti per iniziare i lavori.

Molto c'è però da fare e l'aiuto della nostra Associazione può essere determinante nella realizzazione di strutture adatte al neonato patologico, nell'acquisto di lettini per i neonati critici, nell'acquisto di monitor essenziali, nella realizzazione dei corsi di formazione.

Giuseppe De Nisi

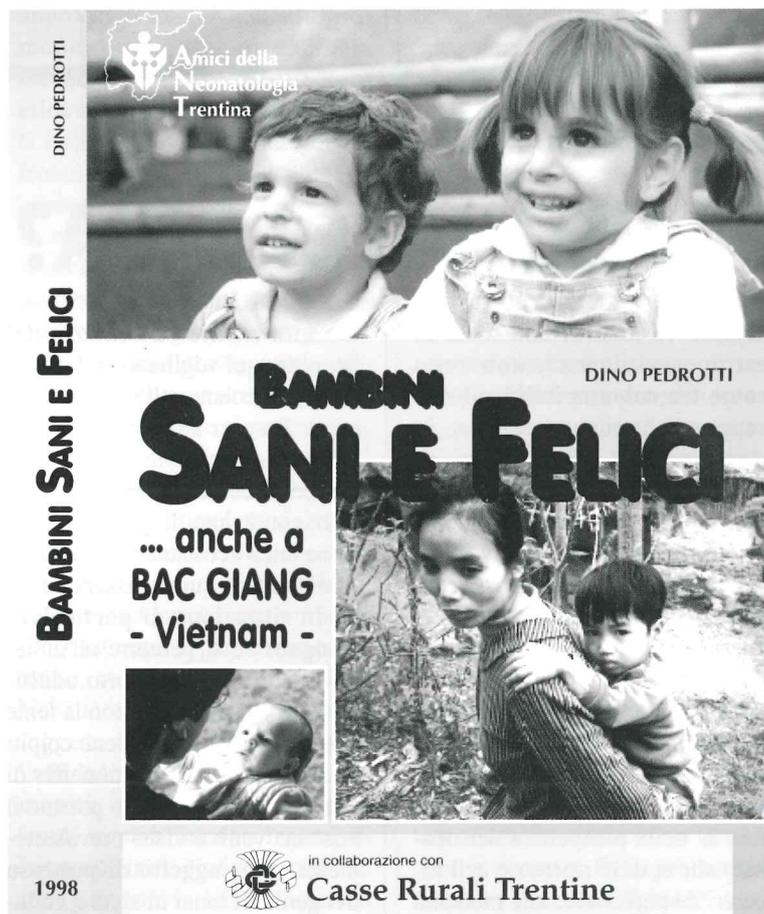
Ristampa dell'8. Edizione pro Vietnam

## BAMBINI SANI E FELICI... ANCHE A BAC GIANG

Di fronte alla necessità di ristampare l'8. edizione del libro "Bambini sani e felici", abbiamo voluto inserire nella copertina, assieme ai tre bambini trentini "sani e felici" ritratti nelle foto, anche una foto di mamma e bambino vietnamita.

I contributi che i genitori vorranno inviarci in occasione della consegna del libro saranno destinati appunto alla Neonatologia di Bac Giang.

La ristampa è stata resa possibile con il determinante contributo delle **Casse Rurali Trentine**.



### TUO FIGLIO

ha un illimitato DIRITTO  
a vivere e a crescere sano e felice.

### TUTTI I BAMBINI DEL MONDO

hanno un illimitato DIRITTO  
a vivere e a crescere sani e felici.

### I NEONATI E I BAMBINI DI BAC GIANG (Vietnam),

in una delle regioni più povere del mondo,  
hanno bisogno di noi, dei nostri consigli,  
del nostro aiuto: li aiuteremo  
con semplici tecnologie e semplici idee  
di prevenzione e organizzazione.

### AIUTATECI AD AIUTARLI!

Grazie!



## "NEONATOLOGIA TRENTINA" VERSO I 10 ANNI

Inizia con questo numero la decima "annata" del nostro giornale. Sfogliando la raccolta dei 24 numeri finora stampati, ci pare di aver documentato un sempre maggior approfondimento di temi riguardanti "la cultura del neonato".

Merita rileggere quanto scritto nell'editoriale del primo numero:

*"Questo notiziario trimestrale è un tentativo di mantenere il dialogo tra il Centro di Neonatologia e i genitori, anche dopo il ricovero del figlio in età neonatale. Per altre persone sarà una testimonianza di come la Neonatologia trentina cerca di stimolare una "cultura" del neonato e del bambino in generale."*

Sono ancora disponibili poche copie arretrate di quasi tutti i numeri del periodico.  
Chi desidera ricevere qualche copia arretrata, può richiederla specificando il numero.



# IL NEONATO A 360°

## All'Istituto Trentino di Cultura medici, psicologi e teologi Genitori e medici assieme sono alleati nell'evento nascita

di Andrea Tomasi

UNA NUOVA nascita: un'evento. Un momento unico e straordinario per mamma e

Giuseppe De Nisi, primario di Neonatologia a Trento, ha fatto proprio. E le cifre confermano l'efficacia della collaborazione fra famiglie e pedia-

sulla salute dei neonati i medici non possono limitarsi alla mera assistenza tecnica".

I pediatri sono sempre più spesso affiancati dagli psicolo-

Il 3 aprile 1998, presso l'Istituto trentino di Cultura, si è svolto il preannunciato incontro con la cittadinanza, moderato dal direttore del giornale "L'Adige" Paolo Ghezzi sul tema "Efficienza, Etica, Umanizzazione in Neonatologia".

Riportiamo l'intervento molto apprezzato del Direttore dell'Istituto di Scienze religiose di Trento, prof. Antonio Autiero.

La dimensione etica nel servizio al neonato

## QUALE ISTANZE IN NEONATOLOGIA?

**L**e provocazioni che vengono dal progresso della medicina in generale e da quella neonatale in particolare, ci inducono a riflettere in maniera sistematica e puntuale sul senso di quanto facciamo e di quanto decidiamo di non fare, nel nostro intervento a favore del neonato. Senza pensare di aver trovato formule magiche, riteniamo che i compiti nuovi e ardui con cui andiamo a confrontarci possano essere riassunti ed espressi dalle tre categorie che fanno da titolo a queste riflessioni. Esse però non

stanno tra loro in una sorta di estranea vicinanza, **non sono come tre colonne indipendenti**, seppure chiamate a reggere lo stesso edificio. Non si possono accostare stabilendo una gerarchia di valore o una precedenza cronologica. Il raggiungimento del massimo di obiettivo sanitario, così come la costruzione di rapporti di umanizzazione e l'assecondare una profonda dimensione di carattere etico nell'approccio ai problemi del neonato **sono come tre cerchi concentrici** che ruotano attorno a quest'ultimo. E' nella prospettiva del neonato che si deve ripensare agli itinerari da percorrere, alle modalità da mettere a fuoco e agli stili di comportamento da maturare. Alla fine si deve dire che quanta più **efficienza** si saprà ottenere, tanta più **umanizzazione** e tanta più **eticità** si sarà raggiunto. E così la dimensione etica non sarà a scapito di una ponderata ed efficiente qualità di intervento terapeutico. Umanizzazione non potrà significare un ritorno all'indietro su metodologie prescientifiche e poco efficaci.

Nell'intreccio dinamico e coordinato delle tre categorie, intese come **tre dimensioni del medesi-**

**mo atto medico a servizio del neonato**, qui vogliamo soffermarci in particolare sulla dimensione etica. Essa ci aiuta a entrare da una porta privilegiata nell'universo complesso e delicato del neonato; con l'aiuto di qualche riflessione etica accosteremo **il volto e il mistero di questo essere umano in situazione di particolare bisogno**. Se si percorre all'indietro la storia del rapporto adulti-neonato e la si riflette con la lente del discorso etico, si viene colpiti da una specie di spostamento di attenzione e di ottica. In passato il neonato veniva visto prevalentemente come **oggetto di possesso dei genitori** (anzi in alcune culture arcaiche addirittura come oggetto di possesso del padre). Sul piano medico esso assumeva la stessa connotazione di oggetto, **oggetto di cure**, a lui somministrate, a partire dal giudizio di opportunità che ne dava il medico. Lo sfondo generale era quello della deontologia professionale, dei doveri che incombevano al medico, per intendersi.

L'accentuazione di una **cultura dei diritti**, maturata da lontano nella filosofia della soggettività, uscita dalla temperie culturale dell'illuminismo, ha portato una

ETICA  
UMANIZZAZIONE  
EFFICIENZA

nuova sensibilità nell'approccio al neonato: lo ha fatto vedere come **soggetto e latore di fondamentali diritti**.

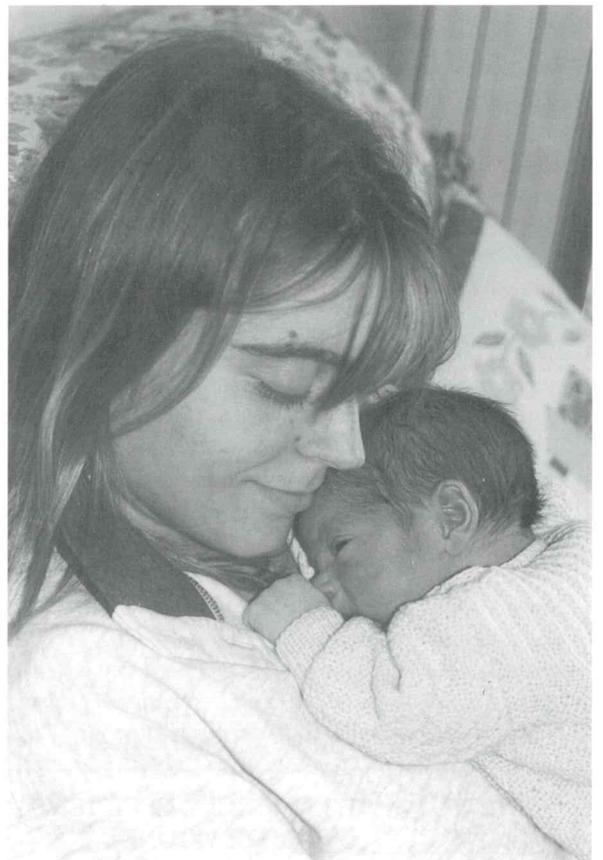
Sarà soprattutto la cosiddetta **"bioetica dei principi"**, sviluppatasi in Nordamerica negli anni '80 a sottolineare questo aspetto, pur riconoscendo la particolare condizione di precarietà del neonato. Nella dialettica tra approccio dei doveri del medico e quello dei diritti del neonato si manifesta anche il limite di una maniera astratta e poco attenta alla natura particolare del soggetto in questione. Perciò ambedue questi approcci domandano un superamento e una armonizzazione. **Occorre trovare una categoria etica nuova**, più sensibile ai limiti indicati e più in grado di far fronte alle esigenze del soggetto neonato. Un passo considerevole in avanti su tale strada si può fare introducendo un paradigma di discorso morale che ricollochi **al centro la categoria di responsabilità**. E' soprattutto grazie allo sviluppo del pensiero femminile in campo etico che si mettono accenti nuovi in tal senso. La cosiddetta **"etica della cure"** (*"care ethics"*), che l'etica femminista ha riflettuto e tematizzato, contiene un serbatoio considerevole di risorse sia teoriche che pratiche. Il neonato non appartiene che a se stesso, non è oggetto di possesso. Nel suo essere soggetto e quindi soggetto di diritti, è un **soggetto "affidato" ai genitori, alla comunità, alla vita**. Nei suoi confronti si stabiliscono legami di "rispondenza", cioè si assumono atteggiamenti in base ai quali si deve poter rispondere di quanto si compie e di quanto si omette.



Questo mettere in discussione e affidare al vaglio della critica permanente il proprio modo di agire e di intendere ha a che fare con la responsabilità che si avverte, proprio in ragione della natura di bisogno del soggetto implicato, del neonato. **Il mondo degli adulti**, nella multiforme sua composizione, si assume la responsabilità di misurare i passi e gli interventi che vanno a raggiungere il neonato. Esso si configura come una istanza interpretativa di tali bisogni e si costituisce come luogo di difesa dei valori fondamentali del neonato, esposti a rischio. L'immagine alla quale si può far ricorso in questo senso è quella dell'avvocato, che si fa carico non solo di rappresentare il neonato sull'orizzonte della collettività, ma anche e soprattutto della sua condizione di soggetto debole e lo asseconda nella sua crescita. L'etica della responsabilità si trasforma in una sorta di **"etica avvaloratoria"**, non tanto perché riduce il discorso ai suoi coefficienti legale-giuridici, quanto piuttosto perché accorpa atteggiamenti e stili di impegno che fanno perno sulla responsabilità.

Il cammino evolutivo che abbiamo brevemente ricostruito deve farci attenti e sensibili. Esiste una scansione della responsabilità che può peccare di minimalismo e una che può peccare di massimalismo. **Anche in medicina neonatale si può correre il rischio di fare poco o di fare troppo**. Ambedue questi sbordamenti dalla misura sono deleteri per il neonato. Egli può trovarsi esposto al rischio di basse difese e poca tutela, oppure può essere ridotto a bersaglio di interventi accaniti ed eccedenti. **L'intreccio tra efficienza, umanizzazione ed etica** deve garantire proprio contro ambedue questi livelli di confine.

Non si può negare che oggi esistano **reali pericoli di ritorno all'indietro**, nel considerare nuovamente il neonato come oggetto. Anzi il tutto comincia oggi un po' prima, cioè già nella fase di vita prenatale. L'incremento della medicina prenatale, a partire dalle diverse metodiche di carattere



diagnostico; la considerazione del nascituro come "prodotto" delle tecniche di medicina procreativa; la manipolazione embrionale, soprattutto quella a scopo di ricerca sono tutti ambiti che devono farci pensare più a fondo, se non stiamo ricadendo in una cultura dell'oggetto, abbandonando i sentieri della responsabilità e della cura. L'etica e il suo intreccio con l'efficienza e l'umanizzazione dovrà farci imparare una **nuova sapienza** che probabilmente ci porterà a ridurre le cose da "fare per" e ci farà apprezzare di più la realtà di soggetto umano del neonato con cui condividiamo il cammino, la fatica e la gioia di vivere.

Antonio Autiero



# UMANESIMO ED EFFICIENZA IN NEONATOLOGIA

Ad Ancona, nei giorni 28-30.5.1998 si è svolto un Meeting Internazionale sul tema: **BAMBINO PROGETTO SALUTE**. Il dr Dino Pedrotti è stato invitato a tenere una "lezione magistrale", su un argomento importante, che riguarda la vera "essenza" della Neonatologia. Come dobbiamo comportarci per "essere" veramente medici o infermieri in Neonatologia? Ci basta essere efficienti? L'Efficienza è l'obiettivo primario di ogni lavoro, di ogni scienza, ed anche della Neonatologia ovviamente. L'Efficienza non deve però essere considerata l'unico freddo obiettivo del nostro fare quotidiano, ma deve essere circondata dal calore di un Umanesimo scientifico, che mette al centro dei nostri inter-

venti il neonato e la sua famiglia. Il tutto alla luce di un'etica, che deve sempre più pervadere ogni intervento medico, politico, sociale.

Interessante la conclusione: l'Umanesimo in Neonatologia non è un optional: è un fattore molto importante per migliorare la stessa Efficienza. Se si vuol essere veramente efficienti è obbligatorio introdurre questo fattore.

E' stata proposta l'immagine di un albero nel quale l'Efficacia e l'Efficienza sono rappresentate da solide radici e da un robusto tronco; alla luce dell'Etica sull'Efficienza in Neonatologia fiorisce l'Umanesimo in Neonatologia. E l'Umanesimo, oltre che produrre frutti, dà anche linfa e vigore alle radici.

Riportiamo alcuni stralci della lezione.

## 1. EFFICACIA, EFFICIENZA, OTTIMIZZAZIONE

"L'efficacia si riferisce ai risultati raggiunti, mentre l'efficienza si riferisce ai costi - in termini di risorse - per ottenere questi risultati". Le cure in Neonatologia hanno due soli obiettivi finali di efficacia, raggiungere **i più bassi livelli possibili sia di mortalità sia di disabilità** correlata alla nascita. Ma quanto "bassi" possono essere questi livelli? Sempre secondo l'OMS, "il livello di efficacia delle cure dovrebbe essere sempre quantificato".

**EFFICACIA** significa quindi riuscire a registrare meno morti e meno handicap, tenendo conto dei livelli più bassi segnalati nel mondo.

Se in Svezia e Finlandia si registrano ora meno di **4 morti per 1000 nati** nel primo anno di vita (NT 4.97, pag. 5), nel Trentino, con quasi 5000 nati l'anno, non dovremmo contarne più di 18 l'anno (4 per mille). Un "tasso" è un numero, un numero fred-

do e astratto; mettere in fila 18 neonati col loro nome e cognome, con ogni storia valutata e discussa caso per caso, significa individualizzare le cure e comportarsi come se il decesso di ogni neonato fosse quello di nostro figlio (vedi NT 1.94, pag. 4). *I care for him*: mi interessa, sono coinvolto, sono interessato a trovare e correggere eventuali errori.

L'**etica della care** (di cui parleremo più avanti) deve cominciare dal nostro impegno a ridurre i tassi di mortalità mettendoci in crisi su ogni singolo caso. Anche nel caso degli handicap la "care" del neonatologo si esprimerà nel conoscere, registrare e valutare ogni singolo caso di paralisi cerebrale o comunque di handicap grave, in particolare di tipo neuro-sensoriale.

**EFFICIENZA: Costi e Risorse.** Secondo il Sistema ufficiale di informazione terminologica dell'OMS, "efficienza", significa **la miglior utilizzazione delle risorse** per raggiungere un dato obiettivo. E "risorse", sempre per l'OMS, significa "l'insieme dei mezzi per il funzionamento del sistema sanitario, non solo costi e fondi, ma anche personale, strutture, attrezzature, conoscenze, tecnologie"; e non dimentichiamo

che se la Neonatologia è "efficace" (soprattutto con meno handicap) la società evita costi elevatissimi. L'assistenza perinatale, alla luce delle analisi costi/benefici e costi/efficacia, è il miglior esempio di "**prevenzione primaria**".

Esistono indicatori particolari di "costi" riferiti all'impiego di risorse intraospedaliere per la degenza di un neonato fisiologico, per il trasporto di un neonato a rischio e, in generale, per le cure a neonati ad alto rischio: **i costi per neonato sopravvissuto di peso inferiore a 1000 g** sono stati calcolati sui 90 milioni a Melbourne, sui 95 a Providence, sui 120 a Melbourne, sui 150-200 a Boston (vedi pag. ) : a Trento ci bastano 30 milioni. E' documentato che, in presenza di un'elevata sopravvivenza con buona qualità di vita, le cure ai neonati estremamente piccoli sono "un saggio investimento economico" (v. NT 1.97, pag. 14).

**EFFICIENZA: Demedicalizzazione e Prevenzione.** Ovviamente l'efficienza sarà tanto maggiore quanto minori sono le spese legate a farmaci, pratiche, interventi invasivi, quanto minore è la durata della degenza. La massima demedicalizzazione si può attuare solo se si applicano a monte **tutte le più validate misure di prevenzione**. E questo è possibile solo con un'organizzazione dipartimentale dell'assistenza ostetrico-neonatale (regionalizzazione del trasporto in utero e neonatale, della formazione permanente del personale, dell'epidemiologia perinatale). Le valutazioni di base e le valutazioni finali sono un impegno obbligatorio per poter documentare l'efficienza dell'organizzazione. Chi demedicalizza deve però curare l'epidemiologia e le valutazioni molto più di chi agisce con intensivismo, anche per ovvii motivi legali.



**EFFICIENZA**  
**EFFICACIA**

Nel Convegno tenutosi a Trento lo scorso anno sull'"**ottimizzazione**" (un sinonimo di efficienza) sono state proposte **dieci strategie** apparentemente "semplici" (almeno per chi lavora dal punto di vista del neonato, secondo la modalità dell'Essere), a costi trascurabili, praticate soprattutto **da noi, piuttosto che da politici o amministratori** (v. NT 2-3.97, pag. 11).

Cure apparentemente ottimali, ma non efficienti, possono essere praticate sia dove si fa "troppo" (**ipermedicalizzazione**, tecnicismo, invasività,...), col rischio di avere più danni iatrogeni e maggiori costi; sia dove si fa "troppo poco", a livelli sub-ottimali, magari per **ipersemplificazione**: calano sì i costi, ma aumentano morti ed handicap (v. NT 3-4.95, pag. 2-3).

## 2. UMANESIMO, UMANIZZAZIONE, CARE

Sempre che i risultati di efficacia siano ottimali, **demedicalizzare non significa solo impegnarsi a risparmiare** risorse per migliorare l'efficienza. Per demedicalizzare occorre anche "individualizzare" le cure intensive, sulla base della migliore conoscenza delle "risorse interne" di ogni neonato e delle risorse offerte dall'ambiente familiare (latte materno, *family-centered care*,...). Occorre anche e soprattutto valorizzare la persona del neonato, trattandolo non come "oggetto" di cure e di ricerca, ma come "soggetto di diritti" (diritto alla vita e alla miglior qualità di vita); passando quindi dalla modalità dell'Avere e dell'Apparire a quella dell'Essere.

L'efficienza deve essere perseguita non solo - o non tanto - sulla base di principi pratici ed utilitaristici, ma soprattutto alla luce di **principi etici**: dobbiamo ridurre mortalità, handicap e costi, a vantaggio del paziente (per il suo miglior interesse, *his best interest*) e della società. Alla luce degli stessi principi etici, siamo quindi tenuti a considerare non solo il lato tecnico (l'efficien-

za!), ma anche il lato umano: quando ci si riferisce a questo, si usa di regola una parola discutibile come "**umanizzazione** delle cure", quasi si rendessero umane delle cure non umane.

"**Care**", è un'altra parola, introdotta da non molti anni, per esprimere l'interesse ai problemi umani del neonato e dei suoi genitori. La parola "*care*", come le parole "amore", "felicità" (o tante altre belle parole), si presta ad essere usata in modo distorto, talora ambiguo o limitato (v. NT 2.95, pag. 2). La vera care, secondo Ferrari, "ha l'obiettivo di promuovere il benessere immediato del neonato e di favorire tutte le sue potenzialità di sviluppo fisico, neurologico, relazionale". Si parla di *care* individualizzata, di *care* ambientale, di *care* centrata sulla famiglia del neonato. Per attuare la *care*, si devono promuovere iniziative e cure che diminuiscano lo stress per neonato e genitori e migliorino dialogo e accettazione (analgesia, contenimento, massaggio, presenza e coinvolgimento dei genitori, marsupio, incontri con i genitori,...). Questa *care* è fatta di azioni: si attua una "pratica della *care*". Si deve andare oltre e passare **dalla pratica della care all'etica della care**. L'etica della care supera la stessa etica dei diritti e ci impone un comportamento molto più responsabile.

**L'UMANESIMO migliora l'EFFICIENZA.** Introdurre più "**umanesimo**" nelle cure neonatali significa attribuire ad esse anche valore di educazione integrale. L'umanesimo è infatti una corrente di pensiero che tende all'esaltazione del valore e della dignità dell'uomo: **del valore e della dignità del neonato** e dei suoi genitori, nel nostro caso. L'umanesimo scientifico a questo deve tendere, e la parola non si presta a distorsioni. L'umanesimo in Neonatologia comporta che si arrivi **ad una vera cultura del neonato**: si deve cioè mettere **il neonato al centro** dei nostri interventi medici, sociali, politici. L'uomo, all'inizio della vita, dovrebbe avere garantita davanti

## QUANTO COSTA LA SOPRAVVIVENZA DI UN NEONATO MOLTO PREMATURO?

*Gli articoli comparsi sull'ultimo numero di NT (pag. 8-10) a proposito delle possibilità di far sopravvivere neonati sempre più piccoli hanno stimolato l'interesse per l'argomento, anche dal lato economico. Abbiamo più volte segnalato come dal 1992 riusciamo anche a documentare "quanto costa far sopravvivere a Trento un neonato di peso inferiore a 1000 g": sui trenta milioni (NT 1.97, pag. 14). Tre-sei volte meno rispetto a quanto si può leggere sulla (scarsa) letteratura internazionale sull'argomento. Si pensi che nel 1987 l'Office for Technology Assessment dell'U.S. Congress stima in 118.418 \$ (oltre 200 milioni di lire) il costo della terapia intensiva neonatale per un sopravvissuto di 500-999 g (86.284 \$ per 1000-1499 g). Nel numero di marzo 1998 della prestigiosa rivista Pediatrics (101: 344-348) è comparso un lavoro di Stolz e McCormick di Boston sull'assistenza in terapia intensiva neonatale: effetto su mortalità e risparmi economici. Gli autori hanno esaminato le spese ospedaliere necessarie per far sopravvivere 1119 neonati di peso molto basso, nati tra il 1988 e il 1992 nel loro centro (non è un lavoro area-based). Per i nati di 500-999 g i costi variano tra i 200.000 \$ (500-600 g) e i 125.000 \$ (900-1000 g), con una media approssimativa superiore a 150.000 \$, oltre 250 milioni di lire italiane. Per i nati di 1000-1500 g si riporta un costo di 74.000 \$, oltre 130 milioni.*

*Un ulteriore conferma dell'efficienza della nostra Neonatologia.*

a sé ogni possibilità di realizzare le sue **potenzialità, a 360 gradi**. E noi dovremo assicurare queste possibilità con **interventi attivi a 360 gradi**, da parte di genitori, operatori sanitari e sociali, politici,... La nascita di ogni cittadino-neonato deve essere considerata come la nascita di un nostro figlio.

Siamo tutti moralmente obbligati ad essere prima di tutto efficienti. Non si può imporre per legge il trasporto in utero o più allattamento al seno; ma, **se ogni neonato in difficoltà è nostro figlio, non è difficile** applicare per lui le dieci strategie di efficienza; non è difficile riuscire a dialogare tra ostetrici e neonatologi, tra ospedale e territorio in modo dipartimentale; non è difficile demedicalizzare e organizzare la miglior formazione di personale e di genitori.

**ETICA**

**UMANESIMO**



D. Pedrotti

# DA TRENT'ANNI I NEONATI "AL CENTRO" E "A 360 GRADI"

In occasione della pubblicazione dei dati 1994-1996 - che completano un arco di 18 anni di rilevazioni epidemiologiche perinatali - mi è stato chiesto di tracciare una breve storia della *Neonatologia trentina*, visto che è toccato al sottoscritto il compito di traghettare alle attuali frontiere la precaria assistenza neonatale di trent'anni fa.

La nostra storia sarà suddivisa in sei periodi di cinque anni ciascuno.

Al primo periodo 1967-1972 sono state dedicate anche le pagine 14-15 del precedente numero.



Il vecchio "Ospedalino" di Via della Collina a Trento

1967-1972 - Trent'anni fa veniva aperto presso l'Ospedale Infantile di Trento un "Centro Immaturi" per la cura dei nati di peso inferiore a 2500 grammi, con 40 posti letto di cui 17 in incubatrice. Nei primi cinque anni la mortalità dei neonati ricoverati si aggirava sul 25-30% (oltre il 40% se sotto i 2000 g, oltre il 70% se sotto i 1500

g, l'85% tra 1000 e 1250 g). Il 10% moriva a causa di infezioni. Dodici le sale parto della provincia. Quella del S. Chiara di Trento era a oltre 2 km dal Centro; vi nascevano ogni anno 1300 bambini, meno del 20% dei nati in provincia. Il pediatra vi accedeva per qualche ora al giorno e, in caso di emergenza, poteva intervenire solo dopo 20-30 minuti. I nati di peso inferiore a 2000 g dagli ospedali più periferici venivano ricoverati dopo oltre 7 ore dalla nascita.

In provincia la mortalità infantile (del primo anno di vita) era di poco inferiore al 30 per mille, sensibilmente più elevata rispetto a Lombardia e Veneto.

Di questo periodo restano interessanti gli studi fatti fin da allora sulla somministrazione **precoce di "latte di donna", in modo esclusivo** per oltre 15 giorni di vita (anche a 1000 g, fin dal primo giorno "pasti da 2 ml e 50 ml di liquidi totali"): si precorrevano già le attuali indicazioni per l'alimen-

tazione del neonato prematuro (il lavoro di M. Malossi e D. Pedrotti è del 1969).

1972-1977 - Le prime due "idee" basilari vennero raccolte nei primi incontri di aggiornamento tenuti a Milano (prof. Candiani, prof.ssa Minoli). Gli svizzeri, in particolare, già presentavano dati epidemiologici molto chiari alla base della loro organizzazione e già attuavano un convincente programma di trasporto dei neonati ad alto rischio.

Le nostre risorse nel settore ostetrico-neonatale erano (e restano tuttora) molto scarse. La nostra relativa "**povertà**" ci ha stimolati fin da allora a lavorare utilizzando al meglio le risorse tecniche (interventi semplificati) e **umane** (collaborazione, dialogo, allattamento materno, ...). Per curare meglio c'era da organizzare meglio (epidemiologia e trasporto regionalizzati), ma era chiaro che non si poteva organizzare senza la collaborazione degli ostetrici e degli altri pediatri della provincia, di tutto il personale ostetrico e infermieristico. Con questa filosofia vissuta per oltre vent'anni siamo cresciuti, curando **il lato tecnico ed il lato umano nei modi più semplici**.

Già nel 1972-73 - con idee molto chiare e con la collaborazione di molti amici - abbiamo iniziato un programma razionale di cure che prevedeva un **rapporto attivo con gli altri 12 punti-nascita della provincia** e interventi interni attivi di aggiornamento, di prevenzione, di raccolta di dati.

La prima raccolta analitica e sistematica di tutti i casi di morte neonatale in provincia riguarda l'anno 1973. Già nel 1973 eravamo arrivati ad eseguire l'autopsia al 73% dei deceduti. Su 71 decessi, poco più del 10% (8) erano dovuti a malformazioni; dopo il 1985 la percentuale salirà al 35%.

L'epidemiologia è stata considerata basilare fin da allora per programmare interventi ostetrici e neonatologici. Dal 1973, proprio per via della necessità di

OSPEDALE INFANTILE REGIONALE «ANGELI CUSTODI» - TRENTO

II Divisione di Medicina Pediatrica

Primario: Prof. M. Malossi

**I SODDISFACENTI RISULTATI OTTENUTI CON L'ALIMENTAZIONE  
PRECOCE NEL NUOVO CENTRO IMMATURI DI TRENTO \*)**

PROF. MARCELLO MALOSSI

DOTT. DINO PEDROTTI

valutare, abbiamo adottata una scheda di follow-up per ogni ricoverato

E' del 1973-74 l'attuazione della seconda "idea", quella per cui si deve garantire ai nati di tutta la provincia la migliore assistenza in sala parto e durante il trasporto a Trento dei nati ad alto rischio. Nel 1974 abbiamo avuta la prima incubatrice da trasporto e da allora il Centro di patologia neonatale ha eseguito oltre 7000 trasporti di neonati... Nel 1974 è stata determinante la unificazione di tutti i neonati patologici nel Centro Immaturi.

A lato delle cure dirette ai neonati, sono cresciute così, molto semplicemente, le colonne dell'organizzazione, sia interna sia regionalizzata. Ma le colonne dell'organizzazione non possono sostenere il coronamento della costruzione, se dall'altro lato non ci si preoccupa di consolidare le colonne della comunicazione, interna e regionalizzata anche questa. I primi corsi interni di aggiornamento e i primi incontri con pediatri e ostetriche della provincia risalgono al 1975. La "comunicazione" doveva essere rivolta anche ai genitori e alla popolazione: da allora molte sono state le iniziative di educazione sanitaria, in particolare sotto forma di incontri settimanali con i genitori dei ricoverati e plurisettemanali al Nido. Dal 1975 abbiamo cominciato a fornire alle madri lontane la foto Polaroid del loro figlio ricoverato.

Per fortuna non abbiamo avute particolari interferenze con l'Università: in quegli anni si moltiplicavano in tutta Italia i primariati. In realtà i politici, nel primo "Piano Sanitario" trentino (1973), avevano previsto altre tre sezioni di Pediatria a Borgo, Tione, Riva. Una nostra documentazione analitica su reali fabbisogni riuscì a bloccare tale l'iniziativa.

**1977-1982** - Negli anni 1977-80 i tassi di mortalità neonatale e infantile in provincia di Trento erano già migliorati tanto da raggiungere i primi posti nelle graduatorie delle provincie italiane, assieme a Trieste, Treviso, Perugia... E non avevamo certo ottenuto questo risultato per la disponibilità di tecnologie avanzate. Per trattare i casi di grave insufficienza respiratoria lavoravamo, con buoni risultati, con due apparecchi a pressione negativa continua e molto con le cannule nasali (pressione positiva continua). I primi due ventilatori ci sono stati dati nel 1979.

L'epidemiologia ci permetteva già allora di coltivare la cosiddetta "cultura del confronto" con altre realtà nazionali e internazionali. In realtà, pochi in Italia curavano queste "idee".

Nel 1977 l'allattamento materno veniva dato a più del 50% dei neonati ricoverati (dal 20-25% del 1970): altra "idea" vincente nella nostra organizzazione. Dieci anni più tardi arriveremo all'80%. Sempre più attento il controllo a distanza dei nati sotto i 1500 g è sempre stato superiore al 90%: un buon indicatore della fiducia dei genitori.

Dal 1979, con la collaborazione dell'Assessorato alla sanità e di tutti gli operatori sanitari di tutti i punti nascita, per ogni neonato trentino venne compilata alla nascita una scheda ostetrico-neonatale con 80 informazioni. L'adesione a questa iniziativa volontaria è stata eccezionale: è stato schedato il 99% di tutti i neonati trentini (dal 1979 al 1996: circa 80.000 neonati).

Anche tutti i casi di malformazioni congenite sono stati schedati dal 1979,

ISTITUTI OSPEDALIERI DI TRENTO  
Il Divisione di Medicina Pediatrica  
Sezione Neonatale  
CENTRO IMMATURI E NEONATI PATOLOGICI

prof. Marcello Malossi - dott. Dino Pedrotti

## LA PATOLOGIA PERINATALE NELL'ANNO 1973 NELLA PROVINCIA DI TRENTO

Rilevazioni statistiche e prospettive

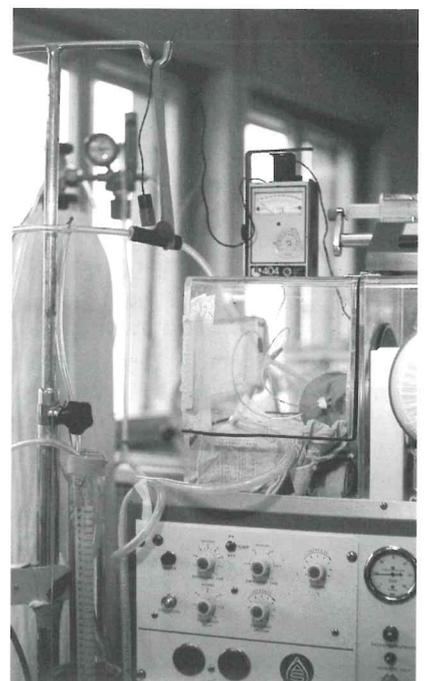


in collaborazione con un centro nazionale (Univ. Cattolica - Roma) fino al 1993, dopo con il centro di Padova.

**1975: primi trasporti assistiti dagli ospedali periferici.**

Le elaborazioni dei dati, ritornando periodicamente agli ospedali di nascita, "hanno fatto cultura". Tutti erano a conoscenza che negli anni 1976-78 la mortalità neonatale era del 5 per mille per i nati a Trento e del 10 per mille nei nati in altri ospedali;rispettivamente dell'1,4 per mille e del 6,4 per mille nei non malformati. La raccolta dei dati, come il trasporto, come l'allattamento al seno, come i controlli dopo la dimissione non si impongono per legge: sono il risultato della cultura del dialogo e della comunicazione in generale. (segue)

**1975: trattamento dell'insufficienza respiratoria con pressione negativa e positiva continua**



d.p.

Fig. 1.2.a - Scheda ostetrico-neonatale 1981

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO Assessorato alle Attività Sociali e Sanità		Ediz. 1981	
Cod. list. Anno N. pratica (madre) GEMELLO numero (1)		SCHEDA INFORMATIVA OSTETRICO-NEONATALE	
Dati riguardanti LA MADRE		Dati riguardanti IL NEONATO	
Cognome, nome (2)	Data di nascita	Cognome, nome	Data di nascita
Comune di nascita	Prov. contine	Sesso	STATO GIURIDICO
Indirizzo attuale (via piazza o frazione numero, comune)	Prov. contine	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> non riconosciuto
Scolarità	1 <input type="checkbox"/> elementare 2 <input type="checkbox"/> media 3 <input type="checkbox"/> superiore/laurea	Era gestazionale settimane compiute	PESO neon g
Professione	1 <input type="checkbox"/> casalinga 2 <input type="checkbox"/> impiegata 3 <input type="checkbox"/> operaia 4 <input type="checkbox"/> altro (specificare)	Indice di APGAR a 1' 4 5	LUNGHEZZA cm
Stato civile	1 <input type="checkbox"/> coniugata 2 <input type="checkbox"/> nubile/separata/divorziata/vedova		C. CRANIO cm
			1 <input type="checkbox"/> NATO MORTO (7) causa accertata/presunta

# L'ALLATTAMENTO AL SENO IN COSTANTE AUMENTO DI DURATA

**L'**Osservatorio Epidemiologico dell'Azienda Sanitaria, diretto dal dott. Silvano Piffer, ha elaborato recentemente i dati (in corso di pubblicazione) sulla durata dell'allattamento al seno in provincia di Trento per gli anni 1988-1995, dati ricavati dalla Scheda informativa a 12 mesi, compilata dai pediatri di base al

60% di tutti i bambini della provincia.

Nel biennio **1994-95** dalle schede ostetrico-neonatali avevamo rilevato come il **95,2% dei neonati trentini venne dimesso con latte materno** (il 12,2% in modo parziale). La percentuale maggiore di allattati al seno si registra nella Vallagarina (96,9%), la più bassa

nelle Giudicarie (90,4%) e nell'Alto Garda (92,7%).

Per lo stesso biennio, dalla scheda dei 12 mesi, risulta che appena l'**86,5%** delle madri conferma di aver allattato il figlio nel primo mese di vita: questo significa che alla dimissione dal Nido, dopo appena due-tre giorni di vita, non è possibile precisare se l'allattamento al seno continuerà in tutti i casi. Il 30% delle madri perde il latte nei primi due mesi; il 45% nei primi quattro mesi, il 60% nei primi sei mesi. Buona la tenuta nel secondo semestre. Interessante il confronto con dati italiani recentemente riportati su "*Medico e Bambino*" (1.98) e riferiti all'anno 1994.

Si sa che il latte vaccino è **controindicato nei primi sei mesi di vita** e quindi non si può non essere soddisfatti della netta riduzione registrata (dal 46% al 7% in sei anni). Il latte vaccino è **sconsigliato nel secondo semestre** e possono essere accettabili, anche se ancora migliorabili, le percentuali ora registrate (meno del 25% a 8 mesi, meno del 60% a 10 mesi).

Mesi di durata	1	2	4	6	8	10	12
<i>Provincia di Trento</i>							
1988-89	79%	54%	34%	17%	8%	5%	3%
1990-91	82%	59%	40%	24%	11%	7%	4%
1992-93	86%	63%	50%	36%	27%	18%	12%
<b>1994-95</b>	<b>86%</b>	<b>66%</b>	<b>50%</b>	<b>36%</b>	<b>26%</b>	<b>19%</b>	<b>8%</b>
<i>Indagine 1994</i>							
<b>Nord Italia</b>	<b>72%</b>	<b>59%</b>	<b>42%</b>	<b>33%</b>			
Centro Italia	78%	67%	45%	34%			
Sud Italia	56%	45%	34%	27%			
<b>ITALIA</b>	<b>67%</b>	<b>54%</b>	<b>39%</b>	<b>31%</b>			

L'uso del latte vaccino nel primo anno di vita si è nettamente ridotto in provincia, come risulta dalla seguente tabella:

Mese di inizio	meno di 7 mesi	meno di 9 mesi	meno di 11 mesi
1988-89	46%	81%	94%
1994-95	7%	23%	57%

## ATTIVITA' SCIENTIFICA

- Trieste 5-7 maggio 1998 - F. Pederzini, M. Coraiola, A. Pedrotti, G. De Nisi - **La nutrizione precoce del pretermine** - Relaz. al Seminario "Quali evidenze scientifiche per la nutrizione parenterale neonatale?"
- Terni - 14-16 maggio 1998 - D. Pedrotti, M. Coraiola, A. Pedrotti - **Alimentazione enterale precoce in Terapia intensiva neonatale** - Relaz. alle 1. Giornate Neonatologiche Interamnensi
- S. Michele a/Adige - 16 maggio 1998 - G. De Nisi - **Dimissione precoce da un reparto di Terapia intensiva neonatale** - Relaz. al Convegno di aggiornamento Soc. It. Neonatologia - Sez. Trentino-Alto Adige
- Padova - 23 maggio 1998 - D. Pedrotti - **Quale organizzazione per i migliori ri-**

- sultati** - Relaz. al 3. Convegno di Pediatria ospedaliera su "L'ospedale e il neonato patologico: la semplificazione delle cure"
- Roma - 23 maggio 1998 - G. De Nisi, F. Pederzini, M. Coraiola, A. Pedrotti - **La nutrizione precoce del pretermine** - Relaz. al Seminario "Quali evidenze scientifiche per la nutrizione parenterale neonatale?"
- Ancona - 28-30 maggio 1998 - D. Pedrotti - **Umanesimo ed Efficienza in Neonatologia** - Lezione magistrale al XV International Meeting "Bambino: Progetto Salute '98"
- Castel Ivano 14 giugno 1998 - G. De Nisi - **Efficienza ed umanizzazione delle cure al neonato** - Relazione al Meeting "L'infanzia fra due mondi"
- Liegi (Belgio) 13 giugno 1998 - M. Coraiola, A. Pedrotti, F. Pederzini - **Exclusive enteral feeding in VLBW: a real challen-**

**ge** - Relazione al XVI Annual Meeting of Neonatology: Nutrition in the VLBW

## Prossimi interventi:

- Siena - 18-19 settembre 1998 - G. De Nisi - **Gli ormoni tiroidei nella maturazione polmonare** - Relazione al Congresso di Endocrinologia Perinatale.
- Rimini 22-24 ottobre 1998 - G. De Nisi - **Il trasferimento neonatale e la promozione dell'allattamento al seno** - Relazione al CONGRESSO della SOCIETA' ITALIANA DI NEONATOLOGIA su "Trasporto e Rianimazione" - Strategie per il contenimento dei rischi legati al trasporto perinatale: dai modelli all'operatività.

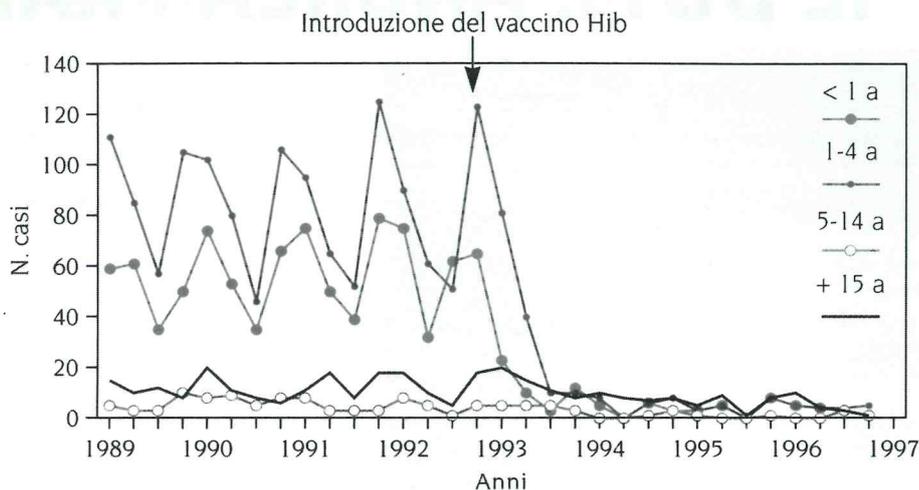
**Il dott. G. De Nisi è stato nominato Rappresentante regionale della Società Italiana di Medicina Perinatale.**

# SÌ ALLA VACCINAZIONE ANTI-HIB

"Vorrei avere maggiori notizie sul vaccino contro la meningite. Lo consigliate? Il mio pediatra lo consiglia solo ai bambini che frequentano il Nido." (N. Raimondi, Trento)

In realtà le meningiti sono causate da molti virus e da molti batteri (tubercolare, meningococco, pneumococco, emofilo,...). Da oltre 10 anni è disponibile un vaccino efficace non contro ogni meningite, ma contro un germe, l'*Haemophilus influenzae di tipo B (HIB)*, che colpisce in modo grave - con meningite o setticemia - più di **un bambino su 1000**, soprattutto nel primo e secondo anno di vita (per essere concreti: registriamo più di cinque casi all'anno in provincia di Trento).

In molti paesi del mondo (Stati Uniti, stati scandinavi e molti stati dell'Europa centrale) la malattia è stata praticamente eliminata con l'introduzione del vaccino. Nel Regno Unito è stato proposto e somministrato già dal 1992 a tutti i bambini sotto i 4 anni. La campagna di vaccinazione è stata ben organizzata, tanto che nel 1994 più del 90% dei bambini risultava vaccinato. I casi



di meningite e sepsi da HIB sono quasi scomparsi (vedi figura).

Che fare? **Inutile chiederci un parere. Un pediatra non può avere idee personali** di fronte a ricerche e studi internazionali ben documentati (vedi Bambini sani e felici, pag.104).

Il vaccino è costoso, ma viene fornito gratuitamente, come nel Regno Unito, dai servizi vaccinali dell'Azienda sanitaria. Perché gratis? Perché in tutti gli stati del mondo si riconosce che i vaccini raccomandati sono efficaci e fanno risparmiare in modo deciso.

Dato che la malattia è più grave proprio nel primo anno, si consiglia di vaccinare ogni bam-

bino a 2-4-11 mesi, assieme ai vaccini contro difterite-tetano-pertosse. E' vero che i lattanti al Nido rischiano di più i contagi, ma nessuno al mondo raccomanda di vaccinare solo loro: come ben capisce Suo figlio può essere contagiato anche in casa o ai giardini pubblici.

*Nel prossimo numero daremo risposte a numerosi lettori che ci hanno scritto. Attendiamo sempre con piacere le vostre richieste. Se urgenti e importanti, vi daremo risposte personali. Non dimenticate di scriverci indirizzo e numero di telefono. Grazie.*

## LA LEGGE SULLE MADRI DEI PREMATURE

È incominciata due settimane fa presso la Commissione Lavoro della Camera dei Deputati, la discussione del Disegno di Legge Governativo n. 4624 "Disposizioni per sostenere la maternità e la paternità e per armonizzare i tempi di lavoro, di cura e della famiglia". A questo importantissimo provvedimento sono state associate alcune proposte di legge, fra le quali quella sulla tutela delle lavoratrici madri di figli nati molto prematuri di cui sono primo firmatario. Come si capisce sin dai titoli è stato ritenuto che l'aspetto particolare da noi sollevato possa trovare risposta positiva all'interno di una nuova e organica legge a favore della maternità e della paternità.

Penso che la complessità e la delicatezza della proposta governativa, nella quale si inserisce di fatto quella di cui sono il primo firmatario, richieda un forte sostegno congiunto affinché nel tempo più

breve possibile si possa avere una nuova legge a sostegno della maternità e soprattutto dei neonati. Particolarmente significativa in questo senso potrebbe essere una azione di sollecito.

La Commissione Lavoro della Camera, prima di entrare nell'esame puntuale del Disegno di Legge del Governo e delle congiunte proposte di legge parlamentari, ha ritenuto aprire una fase di audizione delle categorie sociali, economiche ed associative interessate a portare alla attenzione del Parlamento le loro sensibilità ed aspettative. Ritengo che, considerato il vostro lungo impegno e la particolare attenzione che avete rivolto a tematiche come queste, possa essere molto significativa la presenza di una delegazione congiunta delle associazioni che hanno con voi seguito la problematica in modo da poter sostenere direttamente la necessità di una particolare attenzione alle problematiche delle madri lavoratrici di bimbi nati prematuri.

On. Sandro Schmid

# IL DOTT. ANDREA FRANCHELLA



Il dott. Andrea Franchella è nato a Ferrara, dove si è laureato in Medicina e Chirurgia nel 1974. Ha conseguito il diploma di specialista in Chirurgia a Milano ed in Chirurgia Pediatrica a Ferrara. Dopo la laurea ha lavorato come Ricercatore presso il Servizio di Chirurgia Pediatrica dell'Università di Ferrara fino al 19 marzo 1998, quando è stato nominato Primario dell'U.O. di Chirurgia e Ortopedia Pediatrica dell'Ospedale S. Chiara di Trento.

Dal 1993 insegna Chirurgia Pediatrica nel corso di laurea in Medicina dell'Università di Ferrara e presso le Scuole di specializzazione di Pediatria, di Chirurgia Pediatrica e di Chirurgia Generale dell'Università di Ferrara.

Negli anni trascorsi a Ferrara il dott. Franchella ha maturato la propria preparazione chirurgico-pediatria svolgendo un'intensa attività clinica ed operatoria con l'esecuzione di quasi 4.000 interventi.

Nel curriculum formativo del dott. Franchella vi sono stati numerosi soggiorni di studio all'estero: tra i più significativi quelli presso il Red Cross Children Memorial Hospital di Cape Town, quello presso il Dipartimento di Chirurgia Pediatrica dell'Università Autonoma di Barcellona, quello presso la Chirurgia Pediatrica dell'Università Erasmus da Rotterdam e quello presso il Centro per il Trapianto Polmonare dell'Università di Bordeaux. Vanno infine ricordati i periodi di studio statutari a Phoenix Arizona, Los Angeles e Chicago.

In Italia il dott. Franchella ha frequentato il centro di microchirurgia dell'Università di Brescia e l'Istituto di Chirurgia Plastica dell'Università di Milano.

Nel 1997 l'Organizzazione Mondiale dei Chirurghi Pediatrici ha affidato al dott. Andrea Franchella il compito di guidare due missioni umanitarie in Antigua Guatemala per il trattamento chirurgico dei bambini, in gran parte abbandonati, con gravi quadri malformativi.

Il dott. Andrea Franchella è autore di 171 lavori scientifici e di nove monografie su argomenti di Chirurgia Pediatrica. Gran parte di questi lavori illustrano quelle che sono state le ricerche sperimentali sia cliniche portate avanti in questi anni dal dott. Franchella ed in particolare quelle relative alla chirurgia endouterina, alla neoproduzione ossea degli innesti liberi di periostio nelle schisi labio-maxillo-palatine ed infine all'utilizzazione dell'embrione di pollo in campo sperimentale ed in campo clinico quelle relative all'espansione cutanea, alla chirurgia videoassistita e alle malformazioni dell'apparato urinario.

Quando arriva un nuovo primario, vi sono sempre delle aspettative di novità. Dott. Franchella, nel porgerLe il benvenuto a Trento, Le chiediamo anzitutto di presentarci i Suoi progetti per l'immediato futuro della Chirurgia e Ortopedia pediatrica di Trento.

Credo che non ci possa essere migliore presentazione, quale nuovo Responsabile dell'Unità Operativa di Chirurgia pediatrica dell'Ospedale S. Chiara, che parlare dei progetti che insieme ai miei Collaboratori ho pensato di sviluppare nei prossimi anni.

La Chirurgia pediatrica che negli ultimi anni è stata soprattutto ortopedica, vuol diventare chirurgia toracica, chirurgia addominale, chirurgia urinaria, chirurgia plastica; chirurgie comunque assai differenti da quelle dell'adulto così come la Pediatria è differente dalla Medicina generale.

La **Chirurgia pediatrica** non è limitata ad una regione del corpo né comprende l'insieme delle malattie di un singolo sistema, ma raggruppa quelle specifiche competenze di patologia e di fisiopatologia nonché le necessarie nozioni tecniche che consentono di trattare le affezioni chirurgiche dei bambini.

E' necessaria infatti **una specifica conoscenza della malattie congenite e di quelle acquisite** dell'infanzia ed una dimestichezza con il loro trattamento chirurgico che è assolutamente peculiare.

Può presentarci in dettaglio i campi di interesse della moderna Chirurgia pediatrica?

Per dare un'idea dei campi che vorremmo sviluppare, vediamo di analizzare alcune delle "materie" che caratterizzano oggi questa specialità:

- le **labiopalatoschisi** (fessure congenite del labbro e del palato) costituiscono una patologia relativamente frequente che richiede in genere più di un

intervento chirurgico. Il dato fondamentale è rappresentato dal fatto che è necessario un approccio multidisciplinare che coinvolga il chirurgo, il foniatra, l'audiologo, il pediatra, lo psicologo e l'ortodontista. E' una delle malformazioni che caratterizzano la Chirurgia pediatrica, in quanto il programma ricostruttivo si svolge normalmente dalla prima infanzia all'adolescenza.

- la **chirurgia urinaria**: le malformazioni urinarie hanno aspetti tanto peculiari che sono da sempre parte integrante della Chirurgia pediatrica ed il loro trattamento può essere frutto solo dell'esperienza. Progressi molto importanti sono stati fatti negli ultimi anni soprattutto nella chirurgia dell'ipospadia e nell'adozione di metodiche miniinvasive nella terapia del reflusso vescico-ureterale.

- la **chirurgia plastica**: angiomi, nevi melanocitici, ustioni e loro esiti hanno trovato in questi ultimi anni soluzioni molto soddisfacenti sia dal punto di vista estetico che funzionale, in particolare con l'introduzione della tecnica dell'espansione cutanea.

- la **chirurgia videoassistita**: rappresenta da un punto di vista tecnico la novità più importante nel campo della chirurgia pediatrica per trattamento della patologia ovarica, del testicolo ritenuto non palpabile, della malattia da reflusso gastro-esofageo, degli esiti di empiema pleurico del varicocele nonché per l'esecuzione di alcuni interventi di colecistectomia, splenectomia ed in certi casi di appendicectomia.

E per la più comune patologia chirurgica e ortopedica?

Per il trattamento di gran parte della più comune patologia chirurgica e ortopedica dell'età pediatrica, si sta procedendo all'attivazio-

ne della "Day surgery" (il **Day-hospital chirurgico**), che consentirà di ridurre al minimo i giorni di ricovero.

L'obiettivo fondamentale che

mi pongo insieme ai miei Collaboratori è quello di offrire a tutti i bambini un'unica sede qualificata per la diagnosi e terapia delle diverse patologie chirurgiche e

ortopediche, nel rispetto sì della tradizione ma perseguendo nuovi obiettivi per un servizio qualitativamente più valido per la popolazione pediatrica.

## L'ASSEMBLEA ANNUALE DELL'ASSOCIAZIONE

Prima del Convegno su "Il neonato a 360°", il 3 aprile 1998 si è svolta presso la Sala grande dell'ITC l'Assemblea annuale dell'Associazione.

Nella relazione del presidente si è rimarcata la funzione determinante dell'ANT per le attività di formazione all'interno dell'Unità Operativa di Neonatologia. Nel 1997 è stata notevole l'attività scientifica e di aggiornamento del personale medico e infermieristico, come documentato nel numero 4/97 di NT: tale intensa e proficua attività è stata resa possibile da interventi di appoggio finanziario dell'ANT.

Il Convegno di Trento dell'11-12 aprile 1997, patrocinato dall'ANT, ha costituito un importantissima occasione di confronto con esperti nazionali e internazionali. E' stata molto impegnativa la stampa di tre numeri del giornalino, di tre fascicoli di informazioni per i genitori e dell'ottava edizione del libro "Bambini sani e felici" (vedi NT 2/94). Stiamo rinnovando tutto l'indirizzario di NT e l'elenco dei Soci effettivi dell'Associazione.

Attendiamo per i prossimi mesi del 1998 la nomina del nuovo Primario di Neonatologia.

Attendiamo anche la conclusione dell'iter parlamentare della "nostra" proposta di Legge, presentata dall'On. Sandro Schmid. La proposta di Legge è stata recepita nel Decreto Legge del Consiglio dei Ministri n° 4624 che dal 15 aprile viene discussa dalla Commissione Lavoro

Il segretario dott. De Nisi ha presentato il Bilancio 1997 vidimato dai revisori dei conti Cozzio e Pederzini (vedi NT 4/97).

Relazione del presidente e bilancio 1997 sono stati approvati all'unanimità dall'Assemblea.

## VIDEOREFRATTOMETRO: UN'IMPORTANTE APPARECCHIATURA

La nostra Associazione, assieme all'ANFFAS e altre Associazioni (Trentina Diabetici e Diabete giovanile) ha promosso l'acquisto in comodato di una apparecchiatura innovativa, molto utile per diagnosticare facilmente tutte le patologie dell'occhio in soggetti poco collaboranti, come neonati, bambini o portatori di handicap. Non occorre nessuna preparazione, non occorre dilatare le pupille: basta che il bambino fissi per un solo secondo l'"occhio" dell'apparecchio e questo in pochi minuti mette in evidenza gli eventuali difetti registrati.

Il 17.4.1998 il primario oculista dott. De Concini ha presentato alla stampa l'apparecchiatura, del costo di oltre trenta milioni, acquistata col contributo della Federazione trentina delle Cooperative e del Consorzio dei comuni del BIM dell'Adige.

In questo numero:

Sped. in a. p. 45% - art. 2, comma 20/B legge 662/96 - Filiale di Trento

Quindicinale di informazione  
Il prossimo numero uscirà sabato 11 luglio

27 giugno 1998 - Anno XIX, n° 13 - Lire 3.000

**SONO NATO  
A TRENTO:  
MI E' ANDATA BENE?**

Carlo Dogheria, giornalista di QT - Questo Trentino, ha letto attentamente il nostro "giornalino" ed ha voluto mettere in evidenza sul numero 13 di fine giugno i dati e la filosofia della nostra Neonatologia: "un esempio di sanità che funziona".

## Un'associazione e un giornale

L'associazione "Amici della Neonatologia" (ANT), nella quale si ritrovano medici e genitori, nacque 13 anni fa, sotto la spinta di un'emergenza: quella di chiudere l'Ospedale e di trasferire i piccoli pazienti al S. Chiara, dove avrebbero potuto ricevere cure più pronte ed efficaci. Ma anche dopo il conseguimento di quell'obiettivo, l'associazione rimase attiva, per la consapevolezza di quanto sia fondamentale la comunicazione per diffondere una cultura corretta su temi quali la gestazione, la nascita e la crescita del bambino. Con questi intenti, da una decina d'anni l'ANT pubblica un periodico (*Neonatalogia trentina*), inoltre produce opuscoli e materiale informativo, favorisce incontri di mutuo-aiuto fra genitori e organizza conferenze per sensibilizzare la comunità su questi temi ("Cosa non sempre facile. - commentano - L'Aids o la pedofilia attirano molto di più...").



Recentemente, l'ANT ha ricevuto una richiesta di intervento addirittura dal Vietnam: "Non ci chiedono farmaci o tecnologie: vogliono sapere come funziona, da noi, l'organizzazione della neonatologia".

# **BAMBINI: "LORO" DIRITTI, "NOSTRE" RESPONSABILITÀ**

Giovanni Serra

Dino Pedrotti

Lorenzo Dellai

**S.E. Card. Ersilio Tonini**

**NASCERE NEGLI ANNI 2000**

**UN NUOVO MODO DI ESSERE PEDIATRA**

**PER UNA CITTÀ DEI BAMBINI**

**UN NUOVO MODO DI ESSERE GENITORE**

**SABATO 12 SETTEMBRE 1998 - Ore 10.00 - TRENTO - Palazzo Geremia - Via Belenzani**

*L'incontro sarà coordinato da Luciano Malfer, presidente di "Famiglie Insieme". Seguirà discussione. La cittadinanza è cordialmente invitata.*

## **ADERITE ALLA SOTTOSCRIZIONE PRO-VIETNAM**

*a pag. 6*



**«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 13.20.53.80 (bollettino allegato)
- sul c/c 01/711785 della Cassa Rurale di Villazzano e Trento (ABI 8304, CAB 1802)
- sul c/c 10768/0 della CARITRO - Sede Centrale (ABI 6330, CAB 1800).

Ricordiamo il Codice Fiscale dell'Associazione: 96009010222.

## **ASSEMBLEA STRAORDINARIA per il gemellaggio TRENTO - BAC GIANG**

Tutti i soci e tutti i simpatizzanti sono invitati a partecipare ad un'Assemblea straordinaria che si terrà

**VENERDÌ 4 SETTEMBRE 1998 AD ORE 17**

presso Sala Stampa Palazzo Geremia - Via Belenzani

Data l'importanza dell'argomento, sia sul piano organizzativo-finanziario che sul piano istituzionale, tutti sono vivamente pregati di partecipare in modo attivo. Grazie.

*Il Presidente*



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

NEONATOLOGIA TRENTO  
Periodico trimestrale degli AMICI  
DELLA NEONATOLOGIA TRENTO  
Largo Medaglie d'Oro, 1 - 38100 TRENTO  
Tel. 0461/903512 - Fax 903505.  
Autorizz. del Tribunale di Trento n. 628 del 25.2.89  
Spedizione in abbonamento postale  
Art. 2 comma 20/c legge 662/96 - Filiale di Trento

**Direttore:** Dino Pedrotti  
**Vice direttore:** Giuseppe De Nisi  
**Direttore responsabile:** Danilo Fenner  
**Comitato di redazione:** Alba Donato,  
Barbara Sandionigi Pace, Annalisa Pallaver,  
Fabio Pederzini, Paola Trainotti, Miriam Vaia.  
**Stampa:** Grafiche Artigianelli - Trento