

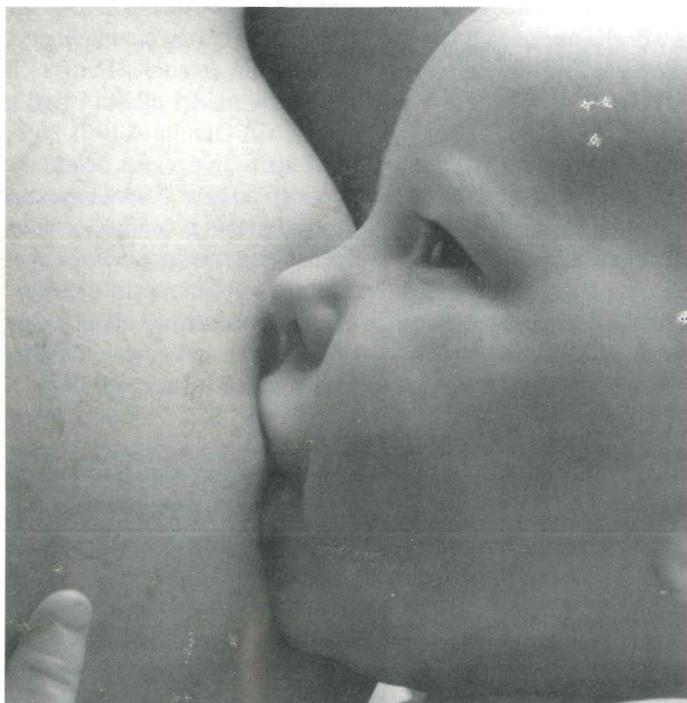
**SOTTOSCRIZIONE  
PER BAC GIANG:  
CI MANCANO  
ANCORA 20 MILIONI**

# **NT** Neonatologia **Trentina**

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

**Sempre più latte materno ai nostri neonati - Sempre più salute ai neonati del Vietnam**

## **UNA NEONATOLOGIA SEMPRE PIÙ "GLOBALE"**



**Tanto latte di mamma e tante coccole ai neonati**

*A pagg. 2-11*



**A Bac Giang si lavora per la ristrutturazione delle sale parto**

*A pagg. 12-15*

**CONTIAMO ANCORA SULLA VOSTRA GENEROSITÀ  
AIUTATECI A COMPLETARE I LAVORI ENTRO L'ANNO**

**13.10.1999 - ULTIM'ORA  
APPROVATA ALLA CAMERA  
LA LEGGE A.N.T.-SCHMID**

*A pag. 16*

**Cinque validi motivi  
per giustificare una  
vostra donazione**

*A pag. 12*

**Rovereto, 20.11.99  
Incontro sul *Rooming-in***

*A pag. 10*

# NEONATOLOGIA: UNA "CULTURA GLOBALE" DEL NEONATO

La Neonatologia per molti neonatologi si identifica con la Terapia Intensiva Neonatale. Per i neonatologi trentini (e per non molti che la pensano come noi) la Neonatologia è un universo, una galassia, in cui certamente il nocciolo è rappresentato dall'assistenza ai neonati bisognosi di terapia intensiva. E' il settore più impegnativo, quello che garantisce anche al neonato di 500 grammi il diritto di vivere e crescere "sano e felice".

Ma la nostra filosofia negli ultimi vent'anni si è basata sulla convinzione che si debba lavorare non concentrandosi solo sui neonati più difficili, ma in modo globale, a 360 gradi, interessandosi di tutte le nascite, a monte (prevenzione) e a valle (verifiche), dal latte materno all'etica e alla formazione dei genitori,

dai diritti del neonato trentino ai diritti di tutti i bambini del mondo: in modo concreto, prendendosi cura anche dei neonati del lontano Vietnam, se questo ci viene chiesto.

In questo modo siamo convinti che anche il neonato in terapia intensiva trae dei vantaggi, perché viene curato da persone che lo curano con umiltà, rispetto e conoscenza "globale" dei problemi dei neonati. Minore può risultare così l'invasività, migliori potranno essere i risultati sulla totalità dei neonati di una data zona (ricordiamo che quattro, né più né meno, sono i nostri obiettivi finali a livello provinciale: registrare meno morti, meno handicap, meno costi, col maggiore gradimento. E dieci sono le strategie per conseguire questi risultati (v. NT settembre 97).

## UNA CULTURA ATTORNO AL LATTE MATERNO

Tra le "dieci strategie di prevenzione", massima attenzione è stata prestata, negli ultimi vent'anni, alla promozione dell'allattamento con latte materno e alla vicinanza tra madre e bambino "ad ogni costo". E' interessante vedere come da noi si sia organizzato contemporaneamente non solo il trasporto *in utero* e quello del neonato patologico (ai massi-

mi livelli), ma anche quello secondario di sua madre e addirittura, in casi speciali, quello del latte materno (vedi pag. 8): il tutto sempre a livelli soddisfacenti. E' documentato che il latte materno migliora la qualità della vita, soprattutto nei grandi prematuri. Nell'ultimo decennio siamo riusciti a dare latte della loro madre all'80% dei nati di peso molto basso (< 1500 g), al 60% alla dimissione. Ad Helsinki arrivano al 40-50% (vedi pag. 17). Ed è documentato che l'allattamento al seno favorisce i legami madre-figlio. Questo scrive De Nisi in un articolo comparso recentemente su una rivista divulgativa (vedi pagg. 4-5).

Per quanto riguarda i neonati "non ricoverati", registriamo ormai una percentuale di neonati allattati al seno ben superiore al 90% alla dimissione dagli ospedali della nostra provincia. I dati presentati nello scorso numero di NT (pag. 20) e su NT del giugno 1998 (pag. 16) ci dicono che la durata dell'allattamento al seno è in costante aumento: il 62% a 4

mesi nel 1995, rispetto al 39% del 1988. Possiamo ancora migliorare. In Norvegia - record d'Europa - il 70% delle madri allatta i figli a 4 mesi (in Olanda solo il 30%, negli Stati Uniti meno del 20%). In questo numero si vuol tornare a ribadire quanto si continua a fare a Trento in questo settore, dopo quel che si è scritto su NT del dicembre 1995 (*Nido aperto e allattamento a richiesta*) e del giugno 1996 (*Il lattario e la banca del latte*).

## I DIRITTI DEI NEONATI DI TRENTO, DEL VIETNAM, DEL MONDO

Stiamo assicurando ad ogni neonato trentino il suo diritto ad essere alimentato nel modo migliore, per crescere sempre più sano e in un ambiente di felicità. E' uno dei primi "diritti ad essere" che dobbiamo garantire ai nostri figli (diritto ad esistere e ad essere neonato: alla vita, al latte materno, a crescere sano,...). L'art. 2 dello Statuto, che troverete a pag. 19 nel nuovo testo ap-



LATTE

neonato "sano"

MATERNO

prevenzione

neonato di  
500 g

etica

diritti universali

NEONATI

DEL VIETNAM

provato dall'ultima Assemblea, prevede che la nostra Associazione discuta problemi, diffonda informazioni, promuova studi e ricerche, organizzi incontri pubblici e stampi anche questo periodico, il tutto allo scopo di migliorare l'assistenza del neonato "a livello provinciale". Tutto questo può essere sintetizzato nella frase **"promozione di una cultura attorno al neonato"**.

Nel 1989, già il secondo numero di *"Neonatalogia Trentina"* titolava **"La cultura del neonato, i diritti del neonato"**. E il nostro pensiero era rivolto ai neonati vicini a noi, ai neonati trentini.

Dieci anni dopo ci troviamo a discutere non solo dei neonati del Trentino, ma anche dei **diritti di tutti i bambini del mondo** (e concretamente dei neonati del Vietnam).

**L'universo della Neonatologia** ha sì al suo centro i neonati più difficili, ma ai suoi limiti estremi deve comprendere da una parte i **neonati più vicini a noi e più "normali"** (che hanno diritto ad una nascita "sicura ed umana", con tanto latte materno) e dall'altra i **neonati più lontani da noi**, quelli che non avremmo mai pensato di conoscere, ma che oggi ci interpellano e ci chiedono aiuto. *d.p.*



*Disordine e confusione a livello mondiale*

# SOLIDARIETÀ E COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

Sono "parole" bellissime, che vediamo scritte sempre più spesso sui giornali. Dovremmo sempre abituarci a catalogare le varie notizie secondo le tre direzioni verso cui si muove ogni comportamento umano. Così nei numeri scorsi abbiamo parlato di tre modi di intendere l'abusata parola "diritto" e di tre modi di intendere i compiti dei medici (dei primari di Neonatologia, in particolare). In ogni nostro comportamento noi possiamo voler essere vincitori (1, al Totocalcio); oppure possiamo limitare al minimo l'impegno, lasciando che altri vincano la partita (2); oppure possiamo lavorare per raggiungere un pareggio (X), per aiutare chi è più debole di noi ad essere come noi, per convincere chi è più forte di noi a comprendere i vantaggi della collaborazione.

1. A proposito di interventi nel Terzo mondo, noi possiamo leggere notizie da cui capiamo che chi li attua ha evidentemente come obiettivo finale il **proprio tornaconto**. Io ti aiuto sì, ma per trarre dei vantaggi per me. Ricordate gli aiuti italiani in Somalia? E ora si trovano comportamenti discutibili perfino nella missione Arcobaleno per il Kosovo. Si è parlato di **interventi "umanitari" interessati** di Europa e Stati Uniti nel Golfo Persico e in Jugoslavia. Ma dobbiamo pensare anche alle percentuali di risorse che non arrivano a chi ne ha bisogno, in quanto servono a chi organizza la solidarietà (sembra siano altissime le "spese" dell'UNICEF, ad esempio). Ed è pure discutibile la **mentalità diffusa dell'assistenzialismo e del "colonialismo" sanitario**: vedo i bisogni e affermo che noi dobbiamo mandare apparecchiature ed esigere che nel Terzo mondo si comportino come noi. L'atteggiamento è orientato al potere, all'AVERE.

2. Anziché avere come obiettivo finale interessi personali di "potere", molti parlano sì di solidarietà e di cooperazione, ma senza una logica, talora per mettersi in pace la coscienza, talora perché **parlare di solidarietà è di moda**, talora solo per criticare ma in modo debole e confuso. Sono atteggiamenti passivi che permettono ai "potenti" di lavorare con poco disturbo. Chi manifesta questi atteggiamenti favorisce la sconfitta della vera solidarietà.

L'orientamento è all'APPARIRE.

X. La terza possibilità è quella di chi manifesta un **atteggiamento costruttivo, basato sulla ricerca e sul dialogo**. Occorre essere disponibili all'ascolto, sapersi mettere nei panni di chi ci interpella, studiare la situazione in cui si trova, aiutandolo anzitutto a **fare da sé**. Questo tipo di solidarietà è quello che ci fa muovere in Vietnam. Ed è il più giusto atteggiamento, quello che valorizza le persone deboli, un atteggiamento orientato all'ESSERE.

1  
2  
X



# LA NOSTRA "BANCA" DEL LATTE MATERNO

**A**ll'Ospedale Santa Chiara di Trento la Banca del Latte esiste da ben 25 anni, cioè dalla fondazione del Centro di patologia neonatale, che oggi ospita tutti i neonati di basso peso che nascono nel territorio della Provincia. Qui, la raccolta del latte materno è considerata **uno dei cardini dell'assistenza ai piccolissimi**, insieme al trasporto neonatale, che consente di trasferire tutti i bambini a rischio dalla periferia al centro ospedaliero che offre le cure più avanzate.

## COME FUNZIONA LA BANCA DEL LATTE

Come viene raccolto il latte materno? Ci sono due canali di approvvigionamento, uno interno all'ospedale e l'altro esterno. Il **canale interno** è "alimentato" dalle madri dei bambini pretermine, che donano il latte finché il loro piccolo non è in grado di attaccarsi al seno a causa dell'immaturità del suo organismo e del basso peso. In questo modo, non corrono il rischio di perdere il latte e, soprattutto, lo rendono disponibile per il loro bambino ospitato nel centro di terapia intensiva, che lo riceverà, non appena possibile, attraverso un sondino (vedere sotto: "Come si nutre un prematuro"). Il **canale esterno** è costituito dalle mamme che hanno davvero tanto latte (molto più del fabbisogno

nutrizionale del loro bebè) e che possono donarlo.

Le neomamme estraggono il latte con l'ausilio di appositi tiralatte elettrici (detti mastosuttori) in una stanza tranquilla e riservata. Il prezioso alimento viene poi conservato in biberon sterili, che vengono accuratamente etichettati e riposti in frigo.

## PASTORIZZAZIONE E STOCCAGGIO

Viene effettuata ad alte temperature (a 63 gradi per 35 minuti). Al trattamento termico fa quindi seguito quello di raffreddamento rapido e successivo congelamento. Questa procedura serve a rendere sterile e conservabile il latte, senza intaccarne significativamente il valore nutritivo, che rimane più o meno invariato. Le eventuali lievi perdite, che riguardano soprattutto i nutrienti più sensibili all'azione del calore (come, per esempio, le vitamine) sono largamente compensate dai benefici: purezza e lunga conservabilità dell'alimento. Comunque, se necessario, il latte materno così raccolto può essere integrato con l'aggiunta di vitamine e sali minerali.

Il latte, dopo la pastorizzazione, viene accuratamente catalogato riportando alcuni dati essenziali: nome della donatrice, data del prelievo, età gestazionale del bambino (alla nascita) ed età al momento del prelievo (che viene calcolata secondo le settimane di vita). Gli ultimi due dati, in particolare, sono molto importanti perché indicativi della composizione nutrizionale del latte stesso, che varia a seconda dello stadio di prematurità e dell'età del neonato, e quindi indispensabili per destinarlo al bambino "giusto" al momento "giusto".

Il latte può rimanere in frigo, prima della pastorizzazione, per un massimo di 24 ore. Questa sosta è spesso necessaria per motivi organizzativi: prima di passare al trattamento termico, che comporta costi non trascura-

bili, occorre raccogliere un congruo numero di biberon. Il latte, dopo il congelamento, si mantiene **fino a tre mesi**. Potrebbe durare anche di più, ma per motivi di sicurezza si preferisce limitare al minimo la conservazione.

## BIBERON INVIAGGIO CON IL 118

Quando le gravidanze a rischio vengono trasferite al Centro ospedaliero di terzo livello da località della periferia, il problema principale è riuscire a garantire ai prematuri il latte materno anche dopo che la loro mamma è stata dimessa dall'ospedale e ha fatto ritorno a casa. Molti bambini pretermine, infatti, devono rimanere ricoverati anche per uno-due mesi.

- Grazie alla collaborazione del 118, si riesce a organizzare il **trasporto del latte materno dall'ospedale più vicino all'abitazione della mamma** a quello dov'è ricoverato il bambino. Ecco come funziona questa "catena" domiciliare: ogni mamma deve, entro le 10 della mattina, consegnare il suo latte in biberon sterili chiusi in borse termiche con gel ghiacciato. L'attrezzatura indispensabile è fornita dalle farmacie, che noleggiato il tiralatte elettrico, e dall'ospedale, che mette a disposizione il set con biberon di vetro sterile, borsa termica e gel ghiacciato.
- Il latte viene consegnato al più vicino ospedale dalla famiglia del bambino ricoverato. Poi il 118 lo preleva per portarlo al Santa Chiara di Trento.
- Se l'abitazione della mamma è molto lontana dall'ospedale, il 118 si incarica direttamente del ritiro che deve avvenire entro le dieci del mattino.
- Una volta giunto in ospedale, il latte donato viene raccolto dalla vigilatrice che si occupa del lattario, e che provvede in breve tempo alla pastorizzazione e al congelamento.



## I CONTROLLI PER LA SICUREZZA

Tutte le madri donatrici (sia per il loro bambino sia per gli altri) devono essere sottoposte a un esame del sangue per accertare che non abbiano infezioni, anche se non esiste ancora in Italia una precisa regolamentazione in materia.

- **DI NORMA, SUL SANGUE PRELEVATO DALLA DONATRICE SI FANNO TUTTI I CONTROLLI PER LE MALATTIE INFETTIVE**, già previsti dal protocollo per il monitoraggio della gravidanza (fra cui, i test per la sifilide, per l'epatite B e C, per la toxoplasmosi, per il citomegalovirus e l'HIV).

## L'IDENTIKIT DELLA DONATRICE

Avere tanto latte è indispensabile, ma anche gli aspetti psicologici non vanno sottovalutati.

### I REQUISITI PER DONARE

- **ALTRUISMO E GENEROSITÀ.** Spesso, le mamme che hanno latte sovrabbondante preferiscono conservarlo in freezer per il loro bambino.
- **SERENITÀ E SICUREZZA.** Avere un buon equilibrio psicofisico è essenziale, sia per sostenere l'elevata produzione di latte, sia per imparare a conoscere il proprio bambino e per capire se è davvero soddisfatto.
- **UN COMPROVATO SURPLUS DI LATTE.** Avere solo 10 o 20 grammi di latte in più non è sufficiente. Il quantitativo minimo richiesto per mettere in moto la complessa macchina organizzativa della donazione è di almeno di 200 grammi. La mamma, cioè, deve avere una documentata ipergalattia (abbondante produzione di latte).

## COME SI NUTRE UN PREMATURO

Il latte materno è prezioso per il prematuro, e non solo per l'apporto nutritivo.

I PREMATURI DOVREBBERO ESSERE ALIMENTATI AL PIU' PRESTO CON LATTE MATERNO, per mezzo di un sondino che va direttamente nello stomaco. In questo modo, si evita l'inserimento di un ago in vena o di un catetere nell'ombelico, con il grande vantaggio di risparmiare al piccolo manovre dolorose e invasive.

ALL'80 PER CENTO DEI BAMBINI, ANCHE DI PESO MOLTO BASSO, RICOVERATI AL SANTA CHIARA DI TRENTO VIENE DATO ESCLUSIVAMENTE LATTE MATERNO. Nel giro di sole 24 ore si raggiunge l'obiettivo della "totale nutrizione enterale" (cioè non endovenosa), con grandi benefici per la salute dei piccoli e per l'equilibrio psicologico della neomamma, che si sente gratificata.

ANCHE SE ALL'INIZIO È NECESSARIA LA SOMMINISTRAZIONE DEL LATTE PER MEZZO DI UN SONDINO CHE LO FA SCENDERE GOCCIA A GOCCIA (il "gavage"), appena possibile viene associato a prove di biberon e di suzione al seno. Inoltre, il gavage non viene effettuato in modo continuo, come una volta, ma intermittente. Con due importanti vantaggi: si evita che i grassi si depositino sulle pareti del sondino impoverendo l'apporto nutritivo del latte e si alimenta il bambino in modo personalizzato, cioè confacente ai suoi ritmi e alle sue capacità digestive (le infermiere controllano che non ci siano ristagni di latte, rigurgiti, vomito, ecc.).

QUESTE ATTENZIONI FAVORISCONO L'INIZIO PRECOCE DELL'ALLATTAMENTO AL SENO con grandi benefici: dimissione precoce; minori costi ospedalieri; più sopravvivenza e meno handicap per i piccolissimi; più soddisfazione per il personale, che si sente coin-

*La raccolta del latte è il perno su cui si fonda l'assistenza "umanizzata" del prematuro. Anzitutto, perché l'alimento materno è il migliore in assoluto per il piccolo della specie umana, tanto più se bisognoso di cure speciali come il prematuro, per il quale il latte materno è un insostituibile motore di crescita e un fattore di protezione dal rischio di malattie e complicanze. E poi perché la nutrizione con il latte materno è alla base della "minimal handling", termine inglese che si può tradurre con assistenza "dolce", che prevede il minimo ricorso a manovre dolorose (come l'inserimento di aghi, sonde e cateteri).*

volto, e per le mamme, subito partecipi della cura e dello nutrimento del bebè.

## NON SOLO PER I PICCOLI PREMATURI

Il latte materno della banca non è solo prezioso per la crescita dei prematuri, ma anche per la salvezza di bambini affetti da rare malattie metaboliche, che comportano gravi blocchi enzimatici e, quindi, danni irreversibili al cervello, soprattutto nella prima fase di crescita. Recentemente, due bambini affetti da queste malattie hanno ricevuto una nutrizione a base di latte materno e sono stati salvati grazie a una catena di solidarietà fra mamme trentine, che hanno donato il latte per loro.

*Giuseppe De Nisi - Nella Nicoletti*



# LA BANCA DEL LATTE MATERNO APPLICA LE NORME DELLA LEGGE 626/94

La Banca del Latte ha il compito di raccogliere il nutrimento prezioso per la donazione e di garantire la sicurezza, in particolare **riducendo il rischio di trasmissione di infezioni**. E' opinione condivisa a livello dei massimi esperti mondiali che il latte di banca va pastorizzato prima dell'uso con i neonati. Inoltre i donatori vanno attentamente selezionati e le donne ad alto rischio per alcune infezioni non vanno accolte nella banca come donatrici di latte. **Non vi è in Italia una legislazione** per la conservazione ed uso del latte umano, né una regolamentazione a tutela degli operatori che operano nella banca del latte. Il riferimento internazionale più noto è The Human Milk Banking Association of North America (HMBANA)<sup>1</sup>.

Quando si raccoglie latte materno per il proprio figlio o per la donazione è di primaria importanza **il mantenimento dell'igiene** per minimizzare la crescita batterica. La madre va istruita nelle procedure di igiene propria e delle attrezzature per la raccolta del latte. Ogni equipaggiamento come tiralatte, tubi e biberon di raccolta devono essere puliti o a perdere ("*disposable*"). Sono rac-

comandati dispositivi di protezione individuale. I guanti debbono essere indossati dagli operatori sanitari che lavorano nella banca del latte.

Gli operatori della Banca del Latte del S. Chiara si sono dedicati quest'anno all'analisi dei processi lavorativi nella sezione Lattario della U.O. di Neonatologia ai fini della sicurezza e responsabilità derivanti dal D.lgs. 626/94. Cioè, la caposala, due infermiere professionali e due puericultrici affiancate da un neonatologo **hanno rivisto tutte le procedure della Banca del Latte**. Per ogni procedura sono stati discussi ed esaminati i seguenti fattori:

- Analisi dei processi lavorativi
- Identificazione processi a rischio biologico per l'operatore e i pazienti
- Individuazione ed applicazione dei correttivi

Il lavoro svolto ha portato, oltre che ad espletare la dettagliata descrizione delle procedure della Banca del Latte in ottemperanza della legge 626/94, alla revisione delle seguenti attività:

## 1. Assistenza alle madri durante la raccolta del latte

Pur non essendovi in letteratura riferimenti di trasmissione HIV o di epatite dalla madre all'operatore in riferimento alle manovre per l'allattamento, a scopo prudenziale, sono stati proposti i **guanti** in vinile per le puericultrici che aiutano le madri nell'allattamento, come dispositivi opzionali.

## 2. Chiusura dei biberon

La tappatura dei biberon con ghiere di alluminio esponeva l'o-

peratore al rischio di ferita da taglio; le ghiere sono state sostituite con tappo di materiale plastico.

## 3. Gestione dei dispositivi tira-latte e relativi accessori

Per garantire una migliore igiene e sicurezza di questi dispositivi, si è abbandonato il metodo Milton per la sterilizzazione e ci si è attrezzati, in accordo con la Direzione sanitaria dell'Ospedale coinvolta sul problema, per fornire ad ogni madre che lo richieda i **dispositivi tiralatte "monopaziente"** per tutto il periodo necessario. Alla madre viene fornito un mini kit (saponina, scovolino, coppa per il seno, valvola a membrana) per la mastosuzione; la madre mantiene direttamente la detersione del dispositivo in uso, che viene consegnato a fine uso; i materiali riutilizzabili vengono quindi inviati alla sterilizzazione per l'uso successivo.

Solo attraverso la periodica revisione delle procedure, la formazione continua del personale sulle tecnologie e procedure di trattamento del latte e sulla formazione e responsabilizzazione delle madri donatrici, la Banca del Latte può continuare a raccogliere il latte umano per nutrire con efficacia e sicurezza i neonati che lo richiedono per la loro sopravvivenza e benessere. E' un impegno che il personale del Nido conduce da anni e che quest'anno ha avuto la tappa descritta, con l'obiettivo di offrire **un prodotto di qualità al meglio delle conoscenze disponibili**, in attesa che si sviluppi una legislazione italiana che regolamenti questa preziosa attività.

Oris Piechele  
Fabio Pederzini

<sup>1</sup> PO Box 370464, West Hartford, Connecticut 06137-0464 USA



La madre cura il proprio figlio in ospedale... come a casa

# NIDO APERTO: MAMME PIÙ VICINE E PIÙ RESPONSABILI

Il Nido dell'Ospedale S. Chiara è un "Nido Aperto". Si è passati gradualmente da un Nido tradizionale in cui il neonato durante il periodo di degenza veniva completamente accudito e curato dal personale, con alimentazione imposta ad orari prestabiliti, ad un Nido che tende a privilegiare la **vicinanza madre-bambino-padre**, la "self-demand" (cioè l'alimentazione a richiesta) ed infine la "self-care", cioè l'**autocura del neonato da parte dei genitori**. Papà e mamma hanno libero accesso al Nido, ad esclusione del momento della visita pediatrica. I neonati, durante il giorno, possono restare accanto alla madre nelle camere di degenza, tranne - purtroppo - nel periodo di visita dei parenti. In questi momenti il bambino viene ripor-

tato al Nido e le mamme verranno chiamate per l'allattamento.

Il Nido Aperto offre alla mamma tutto l'occorrente per l'auto-cura del proprio figlio: lavello, fasciatoie, panni, detersivi, pannolini, garze ed alcool denaturato per la medicazione del moncone ombelicale, tutine, ecc... Per quanto riguarda il personale presente al Nido, la madre trova: la capo sala (camice con **targhetta di riconoscimento viola**), infermiere professionali o vigilatrici d'infanzia (**targhetta arancio**), puericultrici (**targhetta gialla**), personale ausiliario (**targhetta bianca**).

I momenti di incontro fra madre e personale del Nido vengono dedicati ad informazioni su allattamento, su puericultura, su come mettere il bambino in culla,



sulla temperatura dell'ambiente. Durante la degenza sono previsti incontri dei genitori con il pediatra-neonatologo, per informazioni di prevenzione e cura del neonato.

*Alba Donato* (puericultrice)  
*Oris Piechele* (capo sala Nido)

## VISITA PRE-PARTO AL NIDO: UN INVITO ALLE FUTURE MADRI (E AI FUTURI PADRI)

Le future mamme e papà, se lo desiderano, possono venire a visitare il Nido di S. Chiara da soli o accompagnati dall'ostetrica che segue i corsi pre-parto, per conoscere l'ambiente che accoglierà alla nascita il loro bambino. Durante la visita verrà spiegata l'**organizzazione del Nido Aperto**:



- Il primo bagnetto dopo la nascita viene effettuato in presenza del padre o della persona che la madre ha scelto come accompagnatrice.
- L'accesso al Nido è libero in qualsiasi momento, e si possono portare anche fratellini e sorelline, in un locale contiguo al Nido, dedicato all'allattamento e alle coccole al proprio bambino, quando nelle stanze di degenza vi siano visite.
- L'allattamento del neonato è "a richiesta".
- Il latte materno si dà in modo esclusivo. Potrebbero essere necessarie somministrazioni di acqua zuccherata (glucosata) o latte artificiale: ciò può avvenire in qualche caso e su prescrizione del neonatologo, con informazione e consenso della madre (ad es. neonati pretermine o di basso peso, notevole calo ponderale, febbre, diuresi contratta, ipoglicemia).
- **Auto-cura del proprio figlio**: cambio pannolino, medicazione del moncone ombelicale, vestizione ecc...; pratica del bagnetto da parte della madre.
- Si danno informazioni su quanto occorre avere durante la degenza del neonato.

Per chi lo desidera, è consigliabile programmare la visita al Nido, telefonando alla Capo Sala (0461.903518).

*Oris Piechele*

# SE MADRE E NEONATO DEBONO ESSERE SEPARATI

In Provincia di Trento due parti su tre avvengono in ospedali periferici. In qualche caso è necessario trasferire il neonato in Neonatologia o la madre in Ostetricia a Trento per cure particolari. In queste occasioni c'è qualcuno che si preoccupa del distacco madre-bambino ed è il personale dei Nidi periferici. Il personale dell'Ostetricia di Tione riassume per tutti, ciò che da anni i Nidi svolgono, in fattiva collaborazione con la Neonatologia di Trento.

Recentemente l'Azienda Sanita-

ria ha finalmente sancito con la Delibera n°1689/99 il protocollo operativo (tra U.O di Neonatologia, 118 Trentino Emergenza e U.O. di Ostetricia della Provincia), dedicato al "Trasporto assistito dei neonati patologici".

Questo documento conferma quanto si fa da molti anni. Anzitutto si dispone che, al fine di garantire al massimo la vicinanza madre-bambino, la donna con gravidanza considerata "ad alto rischio" venga indirizzata o trasferita già prima del parto presso l'Ospedale S.Chiera di Trento dagli ospedali di Cles, Tione, Borgo, Cavalese, Riva, Rovereto e S. Camillo di Trento ("trasporto in utero").

Se il parto è già avvenuto presso uno degli ospedali periferici e il neonato abbisogna di ricovero presso la Neonatologia di Trento, si provvede a trasferire immediatamente anche la madre ("trasporto

secondario della madre"), compatibilmente con le condizioni post-operatorie, se cesarizzata.

Se le condizioni della madre non sono favorevoli, la donna rimane nell'ospedale dove è avvenuto il parto, ma viene invitata a stimolare la produzione di latte con mastosutore. Giornalmente il latte materno viene inviato alla Banca del latte di Trento, presso la Neonatologia, per il proprio bambino ("trasporto del latte materno").

Se la madre viene trasferita a Trento per cure ostetriche particolari, il bambino segue la madre ("trasporto secondario del bambino"); se le condizioni del bambino sono buone, il personale del Nido periferico si incarica del trasporto del neonato con ambulanza e il bambino viene accolto dal Nido del S.Chiera, sempre per garantire la vicinanza madre-bambino.

Angelita Mosca (ostetrica di Tione)



## Al Nido anche la patologia minore per garantire la vicinanza madre-bambino

Il Nido del S.Chiera non si occupa solo di nati a termine sani, ma accoglie anche neonati con patologia minore, valutata di volta in volta dal neonatologo all'ingresso. L'orientamento prevalente è di mantenere la vicinanza madre-bambino, anche se sono richiesti accertamenti, consulenze, terapie, per le quali il personale del Nido si organizza ogni qual volta le condizioni del neonato consentano l'osservazione al Nido e non in Patologia Neonatale.

Il Nido accoglie quindi:

- neonati al seguito di madri trasferite per cure da ospedali periferici della provincia;
- neonati fino al primo mese di vita, se la madre in puerperio necessita di ricovero al S.Chiera;
- neonati con patologia minore che richiedono solo accertamenti.

Giuseppe De Nisi

## Trasporto secondario della madre dall'Ospedale periferico all'Ostetricia di Trento per avvicinamento al proprio figlio

Nell'ultimo triennio il 75% delle madri che hanno partorito con taglio cesareo negli ospedali periferici sono state avvicinate al proprio bambino a Trento e di queste l'81% ha rivisto il proprio bimbo entro i primi 3 giorni.

Anno	1996	1997	1998	Totali
N° neonati avvicinati alla madre/n° dei neonati trasportati	29/35 (83%)	39/44 (89%)	12/27 (44%)	80/106 (75%)
N° madri avvicinate entro 3 giorni dal parto/n° dei trasporti secondari delle madri	21/29 (72%)	34/39 (87%)	10/12 (83%)	65/80 (81%)

Sono state considerate solo le madri che hanno partorito con taglio cesareo, in quanto è per queste che viene organizzato nel periodo post-operatorio il trasporto assistito per avvicinamento al proprio figlio dai Nidi periferici a Trento. Abbiamo considerato "avvicinamento precoce" quello che è avvenuto entro i primi tre giorni dal parto.

Marina Cologna (infermiera di Neonatologia)

Tanta gioia, ma anche tanta folla, troppa!!!

## MADRI, NEONATI E... VISITATORI

**"Chiznerar"**: è una parola dialettale, oggi poco in uso, che, secondo qualche esperto, coniuga felicemente bambino (dal tedesco *Kind*) e ninnare, in un gesto dolce e protettivo, proprio della madre e delle donne verso il neonato che accudiscono. *Chiznerar* (come già annunciato sul precedente numero di *NT*) è la denominazione data al **progetto '98-'99 di revisione della qualità delle cure** prestate dal Nido S. Chiara, cui hanno partecipato puericultrici ed infermiere. Il gruppo di studio ha pensato opportuno ripartire dall'analisi dei bisogni della madre e del neonato; sono state raccolte informazioni dalle future madri su quello che si aspettano di trovare al S. Chiara.

**Vicinanza madre-bambino:** quasi il 50% delle madri sia primipare, che pluripare, si attendono oggi un attaccamento precoce del bambino al seno, già alla nascita, soprattutto per avere un contatto fisico col figlio neonato. Durante i giorni di degenza il bisogno di vicinanza madre-bambino è risultato molto forte soprattutto nelle primipare: **la maggioranza (60%) si aspetta di stare con il figlio per tutto il giorno.**

**L'allattamento:** oggi oltre il 95% delle madri allatta il proprio figlio alla dimissione dal S. Chiara. La presenza in stanza di altre madri non sembra disturbare la madre nutrice. La presenza dei padri disturba "un po'" soprattutto le primipare. Invece **la presenza di altri visitatori è apparso elemento di forte disturbo** per tutte le madri. Occorre ricercare soluzioni per comporre il bisogno di intimità e vicinanza con l'interesse per le visite di parenti ed amici.

Un altro aspetto che rischia di incidere negativamente sulla qualità percepita dalle madri, è la struttura attuale che offre stanze

di degenza molto affollate (da 4 a 6 letti).

**Il bisogno di auto-cura del proprio figlio:** sia le primipare, che le pluripare hanno dichiarato chiaramente la volontà di occuparsi direttamente delle cure al neonato. E' arduo realizzare l'allattamento a richiesta con madri che devono percorrere, magari con punti di sutura, per 8-10 volte al giorno, la distanza di circa 40 metri tra la stanza e il Nido Aperto. Garantire la vicinanza madre-bambino è un obiettivo che si può raggiungere solo parzialmente e con affanno, trasportando il neonato avanti e indietro dal Nido alle stanze di degenza. Qui diverse stanze sono a 6 letti e bisogna proteggere il neonato dall'affollamento dei visitatori (anche 30-40 per stanza nei momenti di punta, tanto che spesso è necessario aprire le finestre a fine visita per rinfrescare l'aria). Essi sono presenti per almeno 4 ore al giorno (dalle 14 alle 16 e dalla 18 alle 20), perfino 6 ore la domenica (anche al mattino dalle 10 alle 12),

E' previsto che la struttura del S. Chiara cambi in un prossimo futuro, con la realizzazione di stanze a minor numero di letti. Ma nell'attesa? La gioia di incontrare una persona cara in un momento come quello della nascita di un figlio non va negata o ostacolata. Si potrebbero ridurre



gli orari di visita; questo sì, ma forse non si ridurrebbe l'affollamento, nel momento della visita.

Insomma, in attesa che le strutture cambino e si raggiunga maggior comfort nelle stanze di Ostetricia, riducendo il numero di letti, padri e madri hanno **diritto di tutelare l'intimità con il loro figlio nei primi giorni**, così significativi ed importanti; hanno diritto di "chiznerar" il loro neonato quanto desiderano e quanto il neonato lo richieda, senza interruzioni, sguardi intrusivi, folla, che per quanto gioiosa, oggi è presente in stanza per troppe ore ogni giorno.

I visitatori comprenderanno...

**Fabio Pederzini**, neonatologo

**Laura Manica**, capo ostetrica

**Oris Piechele**, capo sala Nido

E allora, anche dal giornalino *NT* ci permettiamo di lanciare un paio di messaggi.

1. **Alle future madri** consigliamo nelle settimane che precedono il parto di raccomandare a parenti ed amici di contenere le visite nei 2-3 giorni di degenza ospedaliera. Facciamo eco ad un desiderio di molte madri: "*Vediamoci a casa, magari dopo la prima settimana*".
2. **Il secondo messaggio è per i padri**, che hanno oggi un ruolo attivo quando nasce un figlio: fate da protezione della tranquillità ed intimità della madre col figlio in ospedale, informando amici e conoscenti e scoraggiando la visita in ospedale, se non strettamente indispensabile e non rinviabile a dopo la prima settimana.

E speriamo che questi messaggi arrivino **anche nei corsi pre-parto**, affinché la raccomandazione abbia un effetto alone e si diffonda adeguatamente. Se si vuol proprio vedere il neonato, senza infastidire la madre, lo si può vedere attraverso la vetrata del Nido tutti i giorni, dalle 18 alle 19.

## DORMIRE A PANCIA IN SU



**L**e puericultrici hanno un ruolo importante nel rassicurare le famiglie dei neonati, dando informazioni per un "sonno sicuro" ed indicando in che modo si può ridurre il rischio della "morte improvvisa" nel primo anno di vita. La ricerca medica non è riuscita a spiegare tutto di questo fenomeno. Dove si osservano molti più casi che in Trentino, hanno verificato come la posizione

nel sonno abbia un ruolo molto importante. Dal 1991 gli Stati Uniti hanno avviato una campagna per ridurre il rischio di questi incidenti, consigliando la **posizione di schiena durante il sonno**: hanno così osservato una riduzione di due terzi degli episodi di morte bianca.

Fortunatamente l'incidenza di questo evento drammatico

è molto bassa in Trentino (circa 1 caso su 4000 nati, 1-2 episodi/anno). Tuttavia, prendendo spunto da questi risultati scientifici, le puericultrici del Nido hanno preparato materiale informativo, per rassicurare sul problema con indicazioni pratiche e aggiornate. E' risultato evidente che vi è molta confusione sulla posizione da tenere nel sonno del bambino (anche perché una volta si racco-

mandava di mettere a dormire il bambino a pancia in giù).

1. **Dormire di schiena** - Il bambino va posto a dormire sulla sua schiena, a meno che non vi sia una ragione medica contraria. La posizione di schiena è preferibile a quella di fianco e va evitato dormire di pancia
2. **Piedi in fondo al letto e testa scoperta** - La testa non deve rimanere coperta durante il sonno. Si può evitare che il bambino durante il sonno scivoli sotto le coperte mettendolo a dormire con i piedi in fondo al letto e aggiungendo un asciugamano arrotolato, se occorre. Usare coperte e non piumini, controllando che la testina rimanga scoperta. Non coprire la testina con berretti durante il sonno.
3. **Non troppo caldo in stanza** - E' sì importante che il bambino non si raffreddi, ma è da evitare anche il troppo caldo. Le stanze in cui di notte dormono i bambini dovrebbero essere tenute a temperatura confortevole per un adulto leggermente vestito (16-20°C).
4. **Non fumare** - Fumare durante la gravidanza aumenta il rischio di morte bianca. L'esposizione del bambino al fumo dopo la nascita aumenta il rischio; più a lungo sta il bambino in un ambiente fumoso, più aumenta il rischio.
5. **Nel letto insieme per comfort, non per dormire** - Mentre può essere piacevole e utile per i genitori prendere il loro bambino a letto per coccolarlo, è preferibile porlo nella sua culla per dormire. Questo è particolarmente importante per i genitori che fumano o che consumano alcool. Non dormire col figlio sul sofà.

*Oris Piechele, Fabio Pederzini*

Riferimenti: *Journal of Neonatal Nursing*  
Vol. 5 n° 1 1999  
*Bambini Sani e Felici*, pag. 140

Sabato 20 novembre 1999, presso l'Ospedale di Rovereto

### ROOMING-IN: PRIMO DIALOGO TRA MADRE E FIGLIO

Sabato 20 novembre ad ore 9.00, presso la Sala Conferenze dell'Ospedale di Rovereto si terrà un incontro, aperto anche alla popolazione, sul delicato tema del "Rooming-in" (v. NT n° 4/1997 pag. 12 e segg.).

La dott.ssa Barbara Zapparoli dell'U.O. di Patologia Neonatale Ospedale di Monza parlerà sul tema: **Rooming-in: un diritto del neonato e della sua madre**. Seguiranno relazioni del dott. Gabriele Mucci, della Pediatria di Rovereto (**Come preparare ed attuare il Rooming-in: cinque anni di esperienze**), del dott. Dino Pedrotti dell'Ospedale S. Camillo di Trento (**Organizzazione e valutazioni di un servizio di Rooming-in**), del dott. Fabio Pederzini della Neonatologia di Trento (**Nido Aperto, Auto-cura e Rooming-in**). Il primario pediatra dott. Nino Fioroni sarà moderatore degli interventi e della discussione.

Alle ore 11.00 seguirà una interessante **TAVOLA ROTONDA** su **Esperienze concrete, strategie ed obiettivi finali**. Vi parteciperanno le Caposala dell'Ospedale di Monza, di Bolzano, di Bressanone, del Nido e della Sala parto dell'Ospedale S. Chiara Trento, ostetriche di Rovereto e dell'Ospedale S. Camillo di Trento. La dott.ssa Barbara Zapparoli di Monza modererà la Tavola Rotonda e il dott. Manfred Gamper, primario ostetrico di Rovereto, concluderà l'incontro.

Saranno molto apprezzati gli interventi di genitori e del pubblico.

**Un caloroso invito ad intervenire è rivolto ai nostri amici e simpatizzanti.**

# MADRE E NEONATO SEMPRE PIÙ PRESTO A CASA

Il momento della dimissione del neonato è particolarmente strategico, e come tale dovrebbe essere adeguatamente preparato, in modo che ogni madre, andando a casa, possa farsi responsabilmente carico delle cure nei confronti di suo figlio. Nei decenni scorsi vi erano concrete paure, per cui, anche dopo un parto normale, madre e bambino venivano trattenuti in ospedale anche più di una settimana dopo il parto. Talora era purtroppo evidente l'esigenza di tenere occupati i letti di piccoli reparti ostetrici (prevaleva il **punto di vista del medico**, del primario, dell'ospedale).

Dal 1996 sono entrati in vigore i cosiddetti DRG: per ogni nascita l'ospedale riceve un compenso fisso, con l'obiettivo di minimizzare i costi, riducendo le degenze (prevale così il **punto di vista del Servizio sanitario nazionale**). Negli ultimi anni sono anche aumentati i casi di madri che desiderano sì avere un parto in ospedale (più sicuro rispetto al parto a domicilio), ma poi sollecitano una dimissione precoce. Secondo la nuova logica aziendale non si deve badare alla riduzione dei soli costi, ma al **miglioramento del rapporto tra "costi" e "benefici"**. Compete al neonatologo, in accordo con l'ostetrico, documentare i benefici oppure i rischi di danni dovuti ad una ridotta durata di degenza: deve prevalere insomma **"il punto di vista del neonato"** e della sua madre. Come continuiamo a ripetere (a Trento), si deve tener conto costantemente degli **obiettivi di efficacia** (meno morti, meno esiti), **di efficienza** (a minori costi), **di globalità** o di **total-quality** (con la massima umanizzazione) e si deve lavorare al massimo con strategie di **prevenzione**, sempre in collaborazio-

ne dipartimentale con gli ostetrici, per avere neonati più sani e genitori più preparati e responsabili al momento della nascita e della dimissione. Se si è molto lavorato "a monte" (v. NT n.97, pag. 2-3), la preparazione alla dimissione, anche precoce, diventa certamente più facile. Ogni intervento deve essere individualizzato. Una dimissione **dopo 48 ore** può essere possibile per madri senza problemi. Una dimissione ancora più precoce dovrebbe essere sempre considerata "a rischio".

Nel 1995 l'Accademia Americana di Pediatria ha raccomandato il **rispetto di alcuni criteri "minimili"**, giudicando "improbabile" il fatto che possano essere soddisfatti in meno di 48 ore, anche per neonati sani nati da parto spontaneo non gemellare, senza significative malformazioni e senza complicanze di parto. La madre dovrebbe dimostrare capa-

La durata della degenza è progressivamente calata negli ultimi vent'anni, rimanendo però molto variabile da ospedale a ospedale. Negli otto punti nascita della provincia di Trento la durata media della degenza per neonati sani nati da parto *non cesareo* è progressivamente diminuita a **meno di 3 giorni, dai 6,8 giorni del 1979** (tra 5,5 e 8,7 nei vari ospedali) e **dai 3,5 giorni** (3,1-4,6) del 1996. I nati sani da *taglio cesareo* registrano ora degenze inferiori a 6 ed anche a 5 giorni, dagli 8,2 giorni del 1984 (7,3-9,1).

cià di riconoscere segni patologici e conoscere le norme di sicurezza. I test di screening (per ipotiroidismo e malattie metaboliche) devono essere ripetuti se il neonato è stato allattato per meno di 48 ore. Il neonato dovrebbe essere **visitato da un medico esperto entro 48 ore dalla dimissione**. Dal 1.1.1998 per legge le assicurazioni americane devono pagare almeno 48 ore di degenza dopo un parto spontaneo e 96 ore dopo un parto cesareo.

1. Tutte le madri, almeno durante la prima gravidanza, dovrebbero aver seguito **un corso di preparazione alla nascita**, in cui il neonatologo espone principi generali sull'allattamento, la prevenzione, il comportamento.
2. Il parto dovrebbe essersi svolto nel modo più sicuro e più umano, possibilmente con un contatto **madre-figlio in sala parto** (in caso di taglio cesareo, è preferibile l'anestesia peridurale).
3. Il **Rooming-in** dovrebbe essere attuato appena possibile: contatti frequenti e poppate a richiesta, di regola, responsabilizzano e danno sicurezza e serenità alla madre.
4. Non si devono fare "doppie pesate" o aggiunte, almeno nelle prime 48 ore di vita, controllando accuratamente il peso e la diuresi.
5. Si devono ridurre **al minimo gli interventi medici** non necessari, soprattutto in caso di ittero o di calo di peso che non superi il 10%.
6. Il neonatologo deve essere presente in modo rassicurante, con disponibilità di materiale illustrativo (da commentare in frequenti incontri).
7. Il territorio dovrebbe prendere a carico neonato e madre con possibilità di invio a domicilio di **ostetrica o assistente sanitaria**, per valutare anche i problemi sociali.
8. Il **pediatra di base** dovrebbe essere scelto subito dopo la nascita e farsi carico da subito della salute del bambino.
9. L'**ospedale** - in caso di mancanza di risorse territoriali - deve prevedere una dimissione protetta con possibilità di colloqui telefonici o di visite gratuite per la madre e il bambino almeno per le prime settimane di vita, anche in rapporto ai rischi prevedibili.

# VI CHIEDIAMO OGNI CONTRIBUTO POSSIBILE PER COMPLETARE I LAVORI NELL'OSPEDALE DI BAC GIANG

*Entro la fine di dicembre vogliamo concludere il nostro intervento sulle sale parto*

## PERCHÉ AIUTARE MAMME E NEONATI DEL VIETNAM

C'è una traccia che deve guidarci nella scelta "pro Vietnam" (tra tanti inviti che riceviamo a sostenere miriadi di altri progetti!).

1. Ogni vostra lira versata viene impegnata nel progetto e - come già abbiamo fatto per il progetto 1998 (nuovo reparto di cure speciali per bambini) - **di ogni lira spesa viene fatto il rendiconto**. Abbiamo ricevute di ogni spesa per ogni intervento.
2. L'impegno finanziario **non è di tipo assistenzialistico**. Le autorità vietnamite finanziano parallelamente in parte i progetti. Tutte le infrastrutture, tutto l'arredamento viene prodotto in Vietnam. *"A questa gente cerchiamo di insegnare a pescare. Non regaliamo pesci"*.
3. I neonati del Vietnam nascono in un paese molto povero di risorse, nel quale però esistono per loro scuole e precisi progetti di sviluppo ambientale. La popolazione non vive in miseria ed è **molto operosa ed attiva**; non chiede l'elemosina.
4. Abbiamo già impegnato circa 50 milioni e dopo un anno sono ben visibili i risultati dei nostri **interventi "globali"**

sulle infrastrutture di base ed anche sulla formazione del personale, in accordo con l'Istituto Nazionale di Pediatria di Hanoi.

5. Quanto siamo riusciti a fare nell'Ospedale di Bac Giang viene visto come **un intervento da esportare in altre province** del Vietnam. Abbiamo l'impressione di aver avviato una catena molto positiva.

Scriva il dott. Arrighini, responsabile territoriale Asia del GVC di Bologna, dopo una sua ispezione nel luglio scorso:

*Per quanto riguarda il **Reparto di Neonatologia di Bac Giang**, visto a distanza di tempo, debbo confermare che avete dato corso a **qualcosa di importante e significativo**. Non solo sotto il profilo qualitativo dell'infrastruttura, gestita in modo encomiabile, ma soprattutto dal punto di vista della mentalità (il Direttore dell'Ospedale ha sottolineato molto questo aspetto in un incontro): **il personale ha capito il senso della vostra iniziativa che toccava la gestione e non la sola ristrutturazione**. Dirsi soddisfatti di quanto fatto è dir poco. Certo questo avrà un trascinarsi positivo sul progetto Sale parto.*

*I bambini sono il miglior simbolo di pace, il più concreto punto di riferimento per il nostro futuro.*

*Tutti i bambini del mondo hanno diritto a vivere e ad essere bambini, come a Trento  
Progetto TRENTO - BAC GIANG: aiutiamo un paese povero a "ripartire dai bambini"*

## RESOCONTO FINANZIARIO



**BAC GIANG:  
IL NUOVO REPARTO "MODELLO"**

La "sottoscrizione pro Vietnam" tra i nostri Amici ha superato i **25 milioni nei primi otto mesi** dell'anno, mentre altri **10 milioni sono stati versati pro Neonatologia Trentina**. Non dimentichiamoci che - come è ben descritto in questo numero - è nostro compito primario curare sempre meglio i nostri neonati e i nostri genitori. Ma è contemporaneamente nostro dovere morale mettere a disposizione le nostre esperienze e le nostre risorse per quei neonati del Terzo mondo che ci chiedono le briciole...

Abbiamo impegnato oltre **10 milioni** per le spese di viaggio dal Vietnam a Trento dei nostri amici vietnamiti con i quali abbiamo discusso sui progetti di intervento (vedi pag. 14). E' stato un inter-

vento doveroso, anche per presentare i responsabili della Sanità vietnamita alle nostre autorità politiche e amministrative. Fondamentale la presenza a Trento per una settimana del primario di Neonatologia di Hanoi e del Direttore dell'Istituto Nazionale di Pediatria di Hanoi.

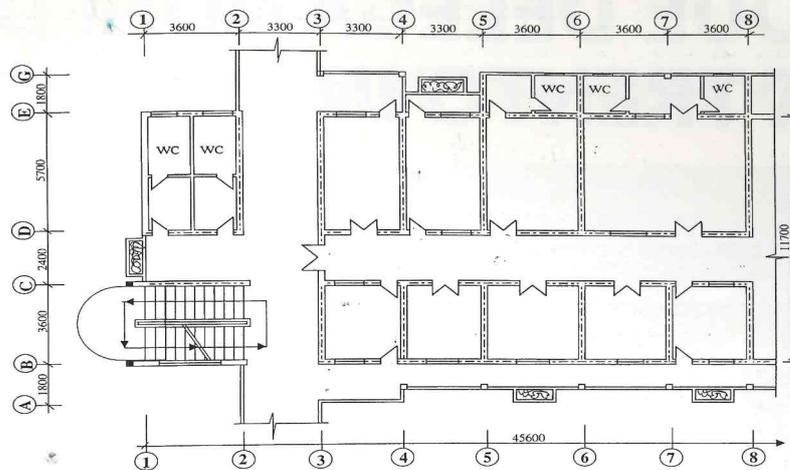
**Per le sale parto di Bac Giang** abbiamo già versato 10 milioni per l'inizio dei lavori e **dobbiamo versare ancora 28 milioni** per completare il progetto di ristrutturazione (preventivo globale £ 38 milioni).

**Circa 10 milioni** sono poi da preventivare per il viaggio ad Hanoi-Bac Giang che si svolgerà dal 17 al 27 ottobre da parte del dott. Coraiola e della Caposala Trainotti, assieme al dott. Cecchi.

**L**a Signora Giulia Uberti, responsabile per il GVC di Bac Giang ci aggiorna sullo svolgimento dei lavori di ristrutturazione delle Sale Parto.

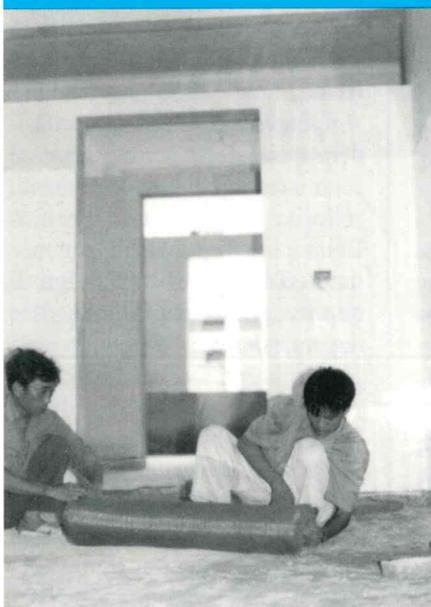
Il Direttore dell'Ospedale dott. Coi assieme al dott. Lanh e all'imprenditore Signor Ha' sono stati molto soddisfatti per il nostro impegno ed **hanno avviato i lavori fin dal mese di giugno, fidandosi delle nostre promesse.**

Sarà ristrutturato l'intero reparto, mentre le attrezzature, climatizzatori compresi, saranno acquistati con i fondi dell'Ospedale.



**MATT BANG HIEN TRANG CAI TAO**

## LAVORI IN CORSO A BAC GIANG



**<30.000 (26 donazioni):** per un totale di £ 440.000 -

**30.000 (18 donazioni):** L. Trisotto, C. Iachelini Nichelatti, I. Martignoni, A. Como, G. Cancelli Marches, S. Curzel, T. Rozzi, NN Trento, L. Rovigo, L. Bertolini, Lefebvre-Ioriatti, A. Torniero, S. Anceschi, R. Dallapè, F. Daldoss Nardon, M. Maniotti, E. Untersulzner, L. Giovanaz,

**35.000:** R. Calabrese

**40.000 (4):** F. Pedrotti, J. Wermter, S. Monsani, A. Barbagallo,

**50.000 (36):** I. Rudersdorf, C. D'Amato, M. Ventavoli, E. Caliciotti, G. e O. Piffer, C. Morlin, E. Pancheri, F. De Padova, G. Chisté, S. Simoni, E. Maffei, R. Bazzanella, M.P. Trenti, G. Comandella, De Gasperi-Bertoli, A.L. Bertolin Odorizzi, A. Marchesetti, C. Ravelli, G. Poletti, D. Menguzzato, F. Pinter, F. Rovea, D. Stenico, M. Viola, D. D. Corradini, C. Moschen, M.A. Pellegrini, M. Campogrande, G. Nardelli, C. Valdagni, F. Mazzoni, M.G. Pisoni, Chisté, C. Franceschini, F. De Carli, M. Cattoni, M.D. Bellini

**54.000:** V. Zorzi

**68.000 :** Circolo Tennis Trento

**80.000 :** G. Casetti

**100.000 (26):** G. Calza, G. Pola, A. Tecchioli, E. Barozzi, E. Dagostin, C. Casagrande, M.I. Robol, O.

Turri, L. Callovi, G. Orsingher, L. Zinzarella, L. Geat, E. Girardelli, A. Scarpari, E. Loner, V. Carini, T. Volcan, E. Volcan, C. e I. Fronza, T. Gadotti, M. Beatrici, V. Cristofolini, R. Fanton, A. Mora, L. Pedrotti, P. Rizzoli ed E. Bonvecchio

**110.000:** M. Ferrazza

**120.000:** NN Ravina

**150.000 :** E. Mora

**200.000 (7):** A. Gamper, C. Mengon, D. Michelin, A. Magotti, M. Barbacovi, P. Fuganti, M. Betta Bridi

**250.000:** L. Dossi

**300.000:** C. Salizzoni

**350.000:** S. Pertile

**500.000 (4):** NN Trento, colleghi di Katia, in ricordo di Alessia, Max Village di M. Stablum e A. Borlotti, F. e S. Ferrari

**553.000:** Cassa Rurale di Besenello

**600.000:** M. Sartori

**1.150.000:** R. Magnani

**1.500.000:** M. Fattore

**1.627.000 + 403.000:** In memoria di Aurora, gli amici.

**TOTALE n°137 donazioni per un totale di £ 16.290.000**

dal 1.1.99 al 31.3.99 erano state raccolte £ 18.162.000 (vedi NT precedente).

I Sindacati trentini nel maggio scorso hanno esposto sui loro giornali l'invito a tutti i soci a partecipare alla nostra sottoscrizione pro Vietnam. Purtroppo l'invito si è sovrapposto ad una emergenza di notevole gravità quale la guerra del Kosovo. Pertanto non è stata inserito nei giornali il bollettino c/c/p con la causale "CGIL-CISL-UIL del Trentino pro Vietnam" (vedi pag. 7 del precedente numero di NT).

I Sindacati trentini si sono impegnati a rilanciare nei mesi autunnali la proposta di collaborazione. Contiamo molto su questo contributo.

E infine in data 5.8.1999 il Servizio Relazioni Pubbliche della

Provincia Autonoma di Trento (dott. Marco Viola) ci ha comunicato che il nostro progetto Bac Giang, vista la L.P. 10/88 ("Soste-

gno alla cooperazione per lo sviluppo"), è stato giudicato idoneo e sarà ammesso al sostegno provinciale.

**CISL** LAVORO SOCIETA' 8

**SOLIDARIETA'**

**Aiutateci ad aiutarli**

**"Bambini nel Vietnam",  
il progetto avanza**

Si può collaborare al progetto Trento-Vietnam versando un contributo sul c/c 99470 aperto presso la Cassa Centrale delle Casse Rurali Trentine  
*di Walter Liber*

Un nuovo reparto di pediatria nell'ospedale di Bac Giang e un corso di formazione realizzati grazie al sostegno degli Amici di neonatologia. Ed ora parte la seconda fase del progetto, con l'aiuto degli iscritti Cisl.

A Bac Giang, capoluogo di provincia a 50 chilometri da Hanoi, in Vietnam, il tasso di natalità è del 16 per mille, quasi il doppio che in Trentino. Le donne della città ricevono tre visite prenatali in gravidanza presso il locale ospedale, ma in periferia solo lo 0,5% delle donne fa controlli durante il periodo di gestazione. Parte da qui, da questa popolosa provincia del Vietnam la missione comin-

ste di acquisto di costose attrezzature da parte di multinazionali molto interessate. Richieste impossibili da esaudire in un Paese che sta ripartendo da zero.

A Bac Giang sembra di tornare indietro di quarant'anni. Dell'organizzazione sanitaria un tempo assai capillare e orientata a garantire a tutti la possibilità di curarsi, rimangono i resti fatiscenti lasciati dalla guerra terminata più di

volontà, aiutata da mezzi adeguati, può partire un modello di sviluppo sostenibile e gratificante.

Il progetto adesso va avanti. In questa fase si sono inserite anche le organizzazioni sindacali Cisl, Cgil e Uil che si sono impegnate a partecipare ad una nuova raccolta di fondi. Servono 50 milioni di lire per ristrutturare la sala parto e la maternità. E poi a settembre partirà il se-

# DUE DELEGAZIONI DAL VIETNAM A TRENTO IN MISSIONE DI STUDIO



L'incontro con l'Assessore Magnani (al centro) della Delegazione di Bac Giang. A sinistra Paolo Bridi, il dott. De Nisi e la Caposala Trainotti. A destra dell'Assessore il dott. Doanh, il dott. Pedrotti, la dott.ssa Vong (interprete), il dott. Coi e il dott. Lahn.

La Neonatologia trentina ha portato nel lontano Sud Est asiatico idee e risorse della Provincia di Trento. Ma vuole anche che i responsabili della programmazione vietnamita vengano a Trento, per consolidare quel dialogo che deve essere alla base della nostra solidarietà.

In data 24 aprile sono stati ospitati a Trento il **dott. Doanh**, Direttore del Dipartimento Sanità di Bac Giang, il **dott. Coi**, Direttore dell'Ospedale provinciale di Bac

Giang e il **dott. Lahn**, già Direttore sanitario provinciale, Coordinatore dei programmi sanitari di cooperazione. Il GVC di Bologna ha promosso questo incontro, programmando anche visite a Venezia, Genova, Roma, Bologna, Rimini; la nostra Associazione ha collaborato assumendosi le spese di viaggio aereo. Con loro era presente come attiva interprete la **dott.ssa Le Thi Bich Huong**.

La Delegazione ha visitato il nostro reparto di Neonatologia e

Il prof. Cong Khanh, la dott.ssa Dung e la Caposala Hoa Binh in visita al nostro Centro, col Direttore dell'ospedale S. Chiara dott. Monardo.



l'Ospedale S. Chiara. In un proficuo incontro con l'Assessore provinciale alla Sanità **dott. Mario Magnani** sono stati discussi temi pratici di collaborazione futura. In particolare l'Assessore, dopo aver preso atto di quanto concretamente è stato fatto, si è impegnato a favorire ulteriori interventi dei nostri neonatologi in Vietnam. L'Assessore ha detto che "l'iniziativa riempie di soddisfazione e arricchisce anche il bagaglio professionale dei nostri operatori" e si è impegnato a trovare una soluzione al problema delle missioni dei volontari che finora si sono recati in Vietnam usufruendo delle loro ferie.

La nostra Associazione, considerato che dopo sei mesi non si sono ancora presi provvedimenti, sollecita vivamente una specifica Delibera della provincia Autonoma di Trento, sulla falsariga di quanto già deliberato in altre regioni italiane.

La **dott.ssa Khu Thi Khanh Dung**, primario di Neonatologia del *National Institute of Pediatrics* (Vien Nhi) di Hanoi è stata nostra ospite per una settimana dal 22 al 29 maggio 1999, assieme alla Capo sala **Le Hoa Binh**. Per alcuni giorni è stato ospite di Trento anche il prof. **Nguyen Cong Khanh**, Direttore dello stesso Ospedale pediatrico. I due medici si sono incontrati con il Direttore dell'Ospedale di Trento dott. Sergio Monardo in un cordiale colloquio.

Nell'Ospedale Vien Nhi sono ricoverati 60-70 neonati con 10-15 ricoveri al giorno; 10-20 neonati hanno bisogno di essere ventilati, con soli 4 ventilatori disponibili. Per questo la dott.ssa Dung è stata molto interessata alle nostre esperienze di scarsa medicalizzazione degli interventi. Al suo rientro ci ha fatto sapere che, secondo quanto già era stato concordato col dott. De Nisi, sta raccogliendo dati epidemiologici importanti (vedi NT n° 1/99 a pag. 10).

## "BAMBINI DI TRENTO, DEL VIETNAM, DEL MONDO"

Il 28 maggio si è tenuta presso il Circolo di Cultura "A. Rosmini" di Trento l'Assemblea annuale, durante la quale sono state approvate la Relazione del presidente sull'attività 1998 e la Relazione del segretario sul bilancio 1998. E' stato discusso il programma di interventi per il 1999 e sono state approvate le modifiche allo Statuto presentate a pag. 22 del precedente numero di NT (vedi testo completo a pag. 19).

E' seguito un incontro sul tema "Bambini di Trento, del Vietnam, del Mondo". Dopo le relazioni del dott. **Dino Pedrotti** e del dott. **Giuseppe De Nisi** vi sono stati due interventi molto significativi.

Paolo Dal Rì, segretario provinciale della CISL trentina, ha svolto un tema molto concreto: di fronte a tanta confusione sta maturando il tempo in cui **politici e sindacalisti debbono sempre più tener conto del punto di vista dei bambini**, che rappresentano concretamente il futuro della società.

La dott.ssa **Khanh Dung**, primario di Neonatologia di Hanoi, e il prof. **Cong Khanh**, direttore



Il prof. Cong Khanh e la dott.ssa Dung (al centro) assieme a Paolo Dal Rì segretario della CISL trentina e alla caposala.

del *National Institute of Pediatrics* di Hanoi, hanno descritto la situazione concreta in cui versano i bambini vietnamiti e hanno avuto parole di ringraziamento per quanto fa la comunità trentina.

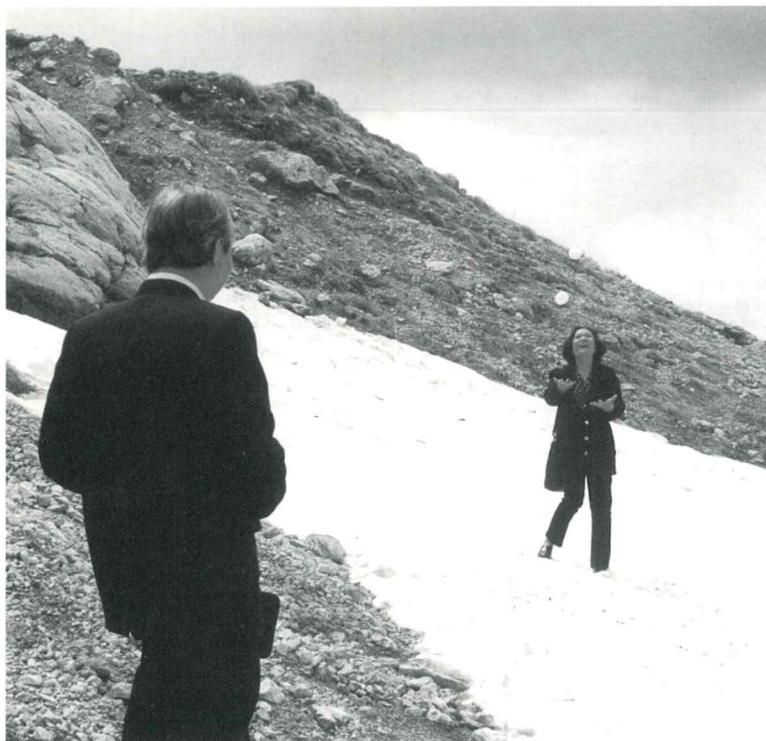
La dott.ssa Dung sulle Dolomiti (col prof. Cong Khanh) vede la neve per la prima volta.

### G.T.V., IL NUOVO GRUPPO TARENTINO DI VOLONTARIATO

E' stato costituito un Gruppo Trentino di Volontariato (G.T.V.), presentato a pag. 12 del precedente numero di NT. Il Gruppo nasce sulla base dell'impegno e dei risultati conseguiti dalla nostra Associazione in Vietnam. E' stato riconosciuto che il nostro lavoro svolto nell'anno trascorso rispetta i canoni di quella che oggi viene chiamata "**cooperazione decentrata**". Questa presuppone la corresponsabilizzazione delle popolazioni su cui si vuole intervenire.

La nuova Associazione nasce anche come gemmazione del Gruppo di Volontariato Civile di Bologna (GVC), che ha costituito la base portante del nostro intervento in Vietnam. Il **GTV, sempre in collaborazione con GVC bolognese**, potrà essere in futuro la base per iniziative non solo sanitarie nel terzo mondo. Sono già diverse decine i soci del GTV: il Gruppo si è dotato di Statuto e in tempi brevi conta di presentarsi in modo ufficiale. Sono già allo studio interventi di cooperazione nel settore della formazione universitaria, della forestazione, della cooperazione, dei lavori idraulici, dello studio di piante medicinali, interventi rivolti per ora verso il Vietnam.

Una prima proposta di interventi - discussa il 17 settembre a Trento dal Consiglio Direttivo del GTV (col presidente del GVC Luigi Seghezze e col responsabile territoriale per l'Asia Tarcisio Arrighini) - riguarda **un progetto presentato dalla dott. Dung di Hanoi per migliorare cure neonatali e mortalità neonatali negli anni 2000-2003**. Il progetto sarà discusso dai neonatologi e dal Direttivo dell'ANT.



Federico (415 g alla nascita) sarà sempre vicino a noi e ai suoi genitori

## "AGLI AMICI DELLA NEONATOLOGIA DI TRENTO"

Sono giunto da voi un po' di corsa, e forse per questo più piccino picciò di quanto normalmente capita, solo 400 g, ma tutti di cuore...: però grandi cuori ho trovato ad accogliermi, certo più di quanto normalmente ci si aspetta.

Non ho avuta la gioia di assaporare l'aria libera e fresca, ma ho avuta la fortuna di avere accanto chi come voi, per cinque lunghi mesi, tutti i miei mesi, mi ha aiutato nel non facile confronto con la vita.

E così sono riuscito a crescere da scricciolino implume

a passerotto, però non ancora in grado di affrontare il cielo libero con le proprie ali.

Non potrò mai dimenticarvi e sarò sempre qui vicino, nei quotidiani vostri impegni, tesi a consentire ad altri angioletti di riuscire a togliersi le alette, così da camminare nella vita accanto ai loro genitori.

So che non sarebbe necessario, perché per l'amore dimostratomi già mi avete vicino nel vostro cuore, ma - considerato che tanti sono gli angioletti che avete già aiutato - ho pensato di lasciarvi alcune mie foto.

Grazie di tutto e prometto che nei momenti di naturale stanchezza sarò qui, vicino a voi, per rincorarvi col mio grazie di cuore.

Federico

nato il 19.11.98

e volato in cielo il 29.4.99



### LA LEGGE A.N.T.-SCHMID IN DISCUSSIONE ALLA CAMERA



L'on. Sandro Schmid ci comunica che la proposta di legge Schmid, assorbita dalla proposta di legge sui congedi parentali e tempi delle città (Atto Camera n° 259 abb.) è stata illustrata in Aula da parte della relatrice on. Cordoni e del ministro Turco il 4 giugno 1999 e si è tenuta la prima parte della discussione generale.

Alla ripresa dei lavori parlamentari, a metà settembre, è iniziata la discussione sui singoli articoli della proposta di legge.

Nel frattempo la Corte Costituzionale ha dichiarato illegittimo l'art. 4 comma 1 della Legge 1204 del 1991 sulla Tutela delle lavoratrici madri, proprio perché, secondo i giudici, non proteggerebbe a sufficienza la salute delle mamme con bambini prematuri. La Corte ipotizza: o il periodo viene esteso calcolando i tre mesi dopo il parto da quando il bambino viene consegnato alla famiglia (come avviene per l'adozione) oppure si fa decorrere il trimestre post-parto dalla data presunta del parto. Così come è stato previsto nella "nostra" Legge in discussione.

Un significativo messaggio di due bambini del Terzo mondo

### "ECCELLENZE D'EUROPA, AIUTATECI..."

Il 29 luglio due bambini di 14 e 15 anni sono partiti dalla Guinea nel vano di un aereo belga e sono arrivati morti a Bruxelles. Sul petto di uno c'era una lettera. Il sogno di farsi ambasciatori dei bambini del Terzo mondo non si è infranto, perché le loro commoventi parole debbono restare in noi. Così scrissero Yaguine Koita e Fodè Tounkara:

"Eccellenze d'Europa. Prima di tutto vi presentiamo i saluti più deliziosi, adorabili e rispettosi. **Siate il nostro appoggio e il nostro aiuto.** Voi siete per noi coloro a cui chiedere soccorso. Vi supplichiamo, per amore del vostro continente, in nome dei sentimenti che nutrite per il vostro popolo e soprattutto **per l'affinità e l'amore che avete per i vostri figli.** Inoltre **per l'amore di nostro dio** creatore onnipotente che vi ha dato tutte le buone esperienze, ricchezze e potere per ben costruire e organizzare il vostro continente e farne il più bello e ammirabile tra tutti...

Aiutateci, noi soffriamo enormemente, abbiamo problemi e **manCANZE a livello di diritti dei bambini**, una grande mancanza di istruzione e insegnamento... C'è bisogno di lottare contro la povertà e mettere fine alla guerra in Africa. **Vi chiediamo di aiutarci a studiare per essere come voi...** Vi preghiamo di scusare molto per aver osato scrivere questa lettera a Voi, grandi personaggi a cui dobbiamo molto rispetto. **E' con voi che dobbiamo lamentarci** per la debolezza della nostra forza in Africa".

Donc de votre voyage que nous nous sacrifier et de  
passer notre vie. C'est pourquoi on souffrait trop en  
Afrique et qu'on a besoin de vous à l'étranger contre  
la pauvreté et mettre fin à la guerre en Afrique.  
Néanmoins nous espérons et nous nous  
demandons de nous aider à étudier pour être  
comme vous en Afrique.  
Enfin : nous vous en supplions de nous  
écouter bien car nous avons écrit cette lettre  
enfant que nous, les  
grands personnages que nous devons  
beaucoup de respect.  
Et n'oubliez pas que c'est à vous  
nous devons présenter la faiblesse  
de notre force en Afrique. p. 2

Ecrite par deux enfants guinéens  
Yaguine Koita et Fodé Tounkara.

# MASSIMO (970 g alla nascita), dopo 30 anni (90 kg) è papà di Davide (4300 g)

**S**iamo nel 1967, il primo anno di attività del vecchio "Centro Immaturi" dell'Ospedale. Il 22 settembre alle ore 15 nella Casa di Cura Villa Bianca una signora a sei mesi di gravidanza, mette al mondo un fagottino che l'ostetrica battezza e mette da parte: "Non può vivere, non glielo faccio nemmeno vedere...". Viene anche pesato: 970 grammi... Dopo 10 minuti la madre, sul letto con la flebo, vede qualcosa che si muove e urla: "E' vivo, è vivo...". L'ostetrica chiama l'ambulanza e alle 16.00 il bambino, "nemmeno lavato" come diranno le infermiere, arriva al Centro Immaturi "nero nero". Viene messo in incubatrice nel posto più distante dalle vetrate: **la mamma non lo vedrà per un mese e mezzo**, finché Massimo (il nome era ridicolo, ma era stato scelto nei primi mesi di gravidanza) raggiungerà i 1500 g.

E intanto, da quel che ci dicono i registri, Massimo passò tante crisi respiratorie, ed ebbe perfino un pneumotorace destro e una polmonite. Ricorda la mamma che suor Faustina, la caposala, le descriveva quel che si faceva: "si doveva mettere dell'olio sulle labbra perché potesse respirare con la bocca...". Fino a 2000 g rimase in incubatrice, fino a 2500 g in termoculla, poco prima dei 3000 g, dopo 110 giorni, il 10 gennaio 1968 venne dimesso. A Natale 1967 le infermiere, innamorate della loro mascotte, lo vestirono da Babbo Natale... "Era una vera sfida alla vita", commenta la mamma. La mamma ricorda i controlli mensili da parte del prof. Malossi e il fatto che a 12 mesi Massimo pesava già sui 10 Kg.

Il mondo, si sa, va avanti. Massimo incontrò Cinzia (che da neonata pesava 4 Kg e mezzo!) ed assieme hanno impastato Davide,



nato a S. Camillo il 9 giugno 1999: la bilancia stavolta si è fermata a 4160 g.

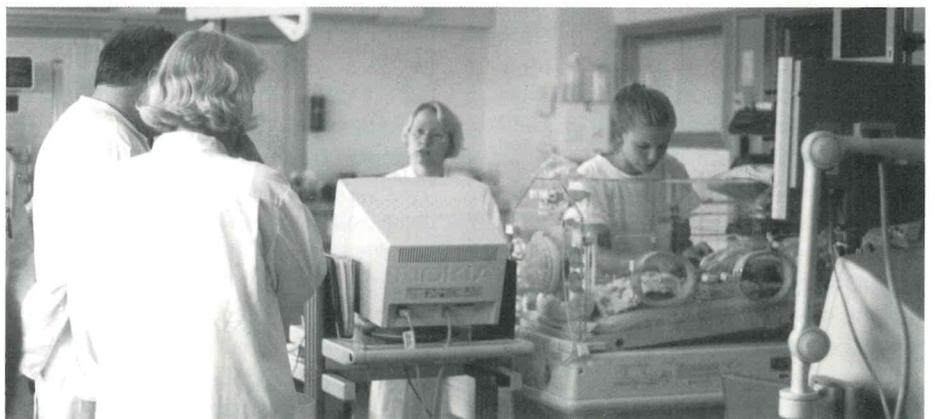
*Il rischio di morire, tra 1000 e 1500 g, negli anni 1967-1972 era del 75%; a 1000 g era sul 95% (praticamente sotto i 1000 g non sopravviveva nessun bambino). Trent'anni dopo il rischio di morire, attorno ai 1000 g, si è ridotto dal 95% al 5%.*

Stavolta il "prematuro" è il papà, tra sua madre e Ada, la puericultrice che lo curò nel 1967 e che oggi cura anche Davide, suo figlio.

## LA TERAPIA INTENSIVA NEONATALE DI HELSINKI

**L**a Finlandia, assieme alla Svezia, rappresenta lo stato che registra negli ultimi anni i più bassi tassi di mortalità infantile del mondo (vedi NT n° 1/99, pag. 17). Di qui l'interesse, da noi sempre dimostrato, per il tipo di **organizzazione scandinava che permette di avere ottimi risultati con scarsa invasività**.

Nella prima settimana di luglio il dott. Pedrotti si è recato ad Helsinki, accolto dalla dott.ssa Paivi Luukkainen. Il Centro è dotato di 16 posti letto di terapia intensiva, per un bacino di circa un milione di abitanti (a Trento abbiamo 8 posti per mezzo milione di abitanti). L'organizzazione a monte funziona molto bene, con un'ottima concentrazione dei rischi. Colpisce comunque l'altissimo livello di tecnologia, con attrezzature molto moderne e sofisticate. Vengono ventilati anche neonati di 23 settimane, di peso anche inferiore a 500 g. Il 30-40% dei nati di peso molto basso riceve latte della propria madre. I neonatologi finlandesi si sono dimostrati interessati alla realtà trentina.



## L'ASSISTENZA A DOMICILIO DELLE INFERMIERE DI NEONATOLOGIA



Ci presentiamo: siamo i gemelli DONATONI DANIELE e SARA nati il giorno 11 ottobre 1997. Il nostro peso "piuma" era: Daniele 730 g e Sara 1.185 g. Come vedete dalla foto abbiamo acquistato una linea invidiabile grazie alle cure ricevute dalle infermiere e dottori del reparto. I nostri genitori ringraziano di cuore il reparto ginecologico/ostetricia per le cure date alla nostra mamma quando nella nostra fretta di nascere, l'abbiamo spaventata quel "famoso" sabato 11. Un ringraziamento grande a tutto il reparto Neonatologia e Terapia Intensiva: è merito vostro se oggi sorridiamo alla vita e ai nostri genitori. Grazie.

**A**l Congresso nazionale Infermieristico di Neonatologia tenutosi a Stresa il 23-25 giugno 1999 è stata presentata una relazione delle nostre infermiere Marina Cologna e Francesca Zeni. Il Servizio di "Ospedalizzazione domiciliare" è attuato dal 1990 e approvato da Delibere del 1994-95.

L'U.O. di Neonatologia di Trento ha cercato di raggiungere un modello organizzativo per i bambini lungodegenti, anche se l'organizzazione ospedaliera non facilita il lavoro fuori sede dei suoi operatori.

I casi sono pochi (8 nel 1996), ma i risultati sono stati molto soddisfacenti dal punto di vista del benessere del bambino e della sua famiglia. Il bambino può essere dimesso molto precocemente dall'ospedale, in modo sicuro e protetto, secondo linee guida concordate con medici di famiglia e

personale dei servizi di base, che hanno sempre collaborato con entusiasmo.

Il personale ospedaliero garantisce l'addestramento e il coinvolgimento dell'assistenza sul territorio per una successiva presa a carico totale, secondo tempi e modalità concordate (in media dopo 4-8 mesi). Un aspetto importante è costituito dalla formazione degli operatori e dei genitori. **La famiglia ha sempre avuto un ruolo primario** e per questo è stato fondamentale l'intervento di supporto delle infermiere nei momenti di sconforto dei genitori.

La strategia vincente è stata quella di **integrare tra di loro** diversi servizi e figure professionali nonostante la specificità degli interventi, creando un clima di tranquillità, fiducia, disponibilità tra operatori e genitori, tenendo soprattutto in alta considerazione **gli aspetti umani del problema.**

## ANTIPOLIO: ANCOR PIÙ SICURA ANTIPERTOSSE: AD OTTIMI LIVELLI DI ADESIONE ANTIMORBILLO: DOBBIAMO ESSERE PIÙ CONVINTI

L'Organizzazione Mondiale della Sanità vede ormai vicino il traguardo dell'eradicazione totale della poliomielite (solo il vaiolo finora è stato dichiarato "eradicato" dal 1978). Nel mondo sono segnalate ormai solo poche migliaia di casi all'anno in Africa, nel Vicino Oriente e nell'Asia sud-orientale (India). Nel continente americano l'ultimo caso si è verificato nel 1991; in Europa rari casi sono stati segnalati recentemente in Olanda, Albania, Spagna; l'ultimo in Turchia nel giugno 1998. Non siamo ancora sicuri: occorre continuare a vaccinare, probabilmente ancora per 5-10 anni.

Il vaccino antipolio Sabin "per bocca" è costituito da virus "attenuati", che in casi eccezionali (1 caso su 500.000) possono provocare nel bambino una paralisi associata al vaccino (*Bambini Sani e Felici*, pag. 105). Per evitare questo rischio, finora considerato a livelli minimi e quindi "accettabile", con un recente decreto legge

è stato stabilito che tutti i bambini debbano essere vaccinati con i virus "inattivati" (e quindi del tutto innocui) del vaccino Salk nelle prime due sedute vaccinali nel terzo e nel quinto mese. Il vaccino (per via intramuscolare) è già associato al vaccino contro difterite-tetano-pertosse.

Notizia buona: ormai quasi il 95% dei bambini trentini si vaccina contro la pertosse. I casi segnalati sono ormai poche decine l'anno. Invece, secondo l'Istituto superiore di Sanità meno del 60% dei trentini nati nel 1996 si è vaccinato contro il morbillo. Siamo al penultimo posto - dopo Bolzano - nell'Italia centro-settentrionale (Emilia 88%, Veneto 82%, Friuli 77%, Lombardia 76%, Umbria 72%, Toscana 65%, Liguria 62%). In tutto il mondo questo vaccino è molto raccomandato e

l'Italia nel suo complesso sfigura di fronte a tutti gli altri stati (v. BSF, pag. 103).

Quanto al vaccino contro l'Emofilo (rischio di meningite 1 su 1000), in Friuli, Lombardia, Emilia, Liguria, Sardegna, Veneto più del 30% dei bambini si è vaccinato. Da noi solo l'11%. Ma negli ultimi due anni si sta vaccinando con maggior convinzione (v. BSF, pag. 109).



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

(con modifiche allo Statuto originale del giugno 1985, approvate da Assemblee straordinarie del 20 settembre 1996 e del 28 maggio 1999)

## ARTICOLO 1

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

L'Associazione potrà utilizzare nella denominazione la locuzione "Organizzazione non lucrativa di utilità sociale" o l'acronimo "ONLUS".

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, di utilità sociale e senza fini di lucro, si ispira alla **Convenzione internazionale dei Diritti dei Minori** (ONU, 1989) ed ai concetti di **globalità** e di efficienza nell'assistenza perinatale.

Persegue i seguenti scopi, nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria, con esclusive finalità di solidarietà sociale:

- 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 la valutazione a distanza dell'assistenza;
  - interessarsi e cercare di risolvere anche a livello politico e sociale **casi particolari di sequele** legate alla patologia perinatale;
  - **sostenere l'attività di organizzazioni volontarie di cooperazione allo sviluppo**, in relazione alla difesa dei diritti dei bambini e alla promozione della salute fin dalla nascita, assumendo anche iniziative dirette compatibili con le finalità dell'Associazione, **a livello nazionale e internazionale;**
  - **organizzare un incontro pubblico**, almeno una volta all'anno perché siano poste a confronto le valutazioni dell'assistenza fatta dai medici e le valutazioni fatte dai genitori;
  - **stampare un periodico** a diffusione locale e nazionale ("Neonatologia Trentina");
- E' fatto divieto di svolgere attività diverse da quelle sopra menzionate ad eccezione di quelle a esse direttamente connesse.

## ARTICOLO 3

**Iscrizione e Patrimonio.** L'iscrizione all'Associazione è completamente **gratuita**. E' possibile diventare **socio sostenitore** per un triennio versando una quota associativa minima fissata dal Consiglio Direttivo. Costituiscono patrimonio dell'Associazione eventuali contributi volontari da parte di Enti pubblici o privati o persone singole.

## ARTICOLO 4

**Organi.** Gli organi dell'Associazione sono:

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

## ARTICOLO 5

**Assemblea.** L'Assemblea è composta da tutti i soci e tutti i soci maggiori d'età hanno diritto di voto. 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 il bilancio** o rendiconto annuale predisposto dal Consiglio Direttivo entro 4 mesi dalla fine dell'anno
- approvare eventuali modifiche allo Statuto.

E' convocata in seduta ordinaria almeno una volta all'anno dal Presidente per l'approvazione del bilancio o rendiconto.

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. **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 tre 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 due Consiglieri. Il Consiglio Direttivo viene convocato mediante avviso a singoli 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:

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

## ARTICOLO 8

**Presidente: mansioni.** Il Presidente, eletto in seno al Consiglio Direttivo fra i propri componenti, dura in carica **tre 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; provvede all'esecuzione delle loro deliberazioni oltre ad esplicare funzioni sue proprie di propulsore dell'attività dell'Associazione.

Il Presidente, in caso 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 e organizzativi.

## ARTICOLO 10

**Collegio dei Revisori dei Conti.** I Revisori dei Conti, in numero di due, sono eletti dall'Assemblea nel proprio seno e durano in carica tre anni.

## ARTICOLO 11

**Sede.** La sede legale ed amministrativa dell'Associazione è **presso la 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 dall'art. 2 dello Statuto.

## ARTICOLO 13

**Scioglimento dell'Associazione.** L'eventuale scioglimento dell'Associazione viene deliberato dall'Assemblea straordinaria.

E' fatto obbligo di devolvere il patrimonio dell'Associazione ad altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale o a fini di pubblica utilità, sentito l'organismo di controllo di cui all'articolo 3 comma 190 della legge 23 dicembre 1996 n° 662, salvo diversa destinazione imposta dalla legge.

## ARTICOLO 14

**Impiego degli utili.** Incombe l'obbligo di impiegare gli utili o gli avanzi di gestione per la realizzazione delle attività istituzionali e di quelle ad esse direttamente connesse.

E' fatto divieto di distribuzione, anche in modo indiretto utili o avanzi di gestione nonché fondi, riserve o capitale durante l'intera esistenza dell'Associazione a meno che ciò non sia previsto per legge o sia effettuato a favore di altre ONLUS che per legge, statuto o regolamento facciano parte della medesima e unitaria struttura.

## ARTICOLO 15

**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.

# ADESIONE SOCIO

## Richiesta PUBBLICAZIONI

Da ritagliare o fotocopiare e rispedire in busta a:  
Dino Pedrotti - via Milano 140 - TRENTO

- Aderisco come **socio** dell'Associazione "Amici della Neonatologia Trentina" - Vedi Statuto pag. 19 (iscrizione gratuita)
- Aderisco come **socio sostenitore triennale** (quota minima L. 30.000)
- Desidero continuare a ricevere **NT - NEONATOLOGIA TRENTEINA** per 3 anni (gratuito)
- Desidero ricevere (ho versato/verserò un contributo sul c/c/p o bancario):
  - l'ultima edizione del libro "**BAMBINI SANI E FELICI**" (8. ed., 1998) (v. NT 1-2/98, pag. 9)
  - l'opuscolo **ANT 1 "Il punto di vista del vostro futuro figlio"** (2. ed., '97)
  - l'opuscolo **ANT 3 "Consigli pratici di alimentazione ed assistenza nei primi mesi"** (17. ed., 1999)
  - l'opuscolo **ANT 4 "L'ABC dell'allattamento al seno"** (2 ediz., 1999)
  - l'opuscolo **ROOMING-IN** (S. Camillo, 1998) (NT 4/97, pagg. 11-14)
  - COPIE ARRETRATE DI NT:** .....
  - IL NEONATO TRENTEINO 3** (Assistenza ostetrico-neonatale 1994-96)
  - LO STATO DI SALUTE 0-12 mesi (1988-1995): NOVITÀ**

Cognome e nome: .....

Indirizzo postale: .....

CAP - località .....

- genitore di ..... nato il .....

- operatore sanitario (qualifica)..... istituzione: .....

- altro: .....

I dati personali forniti saranno conservati nel rispetto della legge 31.12.1996 n. 675 (tutela della privacy dei dati personali).

**«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**

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 Villazano e Trento (ABI 8304, CAB 1802)
  - sul c/c 99470 della Cassa Centrale delle Casse Rurali Trentine (ABI 03599, CAB 01800)
- Codice Fiscale dell'ANT: 96009010222.

## ROOMING-IN: PRIMO DIALOGO TRA MADRE E FIGLIO

Sabato 20 novembre ad ore 9.00

Sala Conferenze  
dell'Ospedale di Rovereto

Interventi della dott.ssa **Barbara Zapparoli** (Monza), del dott. **Gabriele Mucci** (Rovereto), del dott. **Dino Pedrotti** (Nido S. Camillo di Trento), del dott. **Fabio Pederzini** (Neonatologia S. Chiara di Trento).

Alle ore 11.00 seguirà una interessante **TAVOLA ROTONDA con diverse Caposala su esperienze concrete.**

L'incontro è aperto anche alla popolazione e saranno molto apprezzati gli interventi di genitori.

**Un caloroso invito ad intervenire è rivolto ai nostri Amici e simpatizzanti**

vedi pag. 10



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

NEONATOLOGIA TRENTEINA  
Periodico trimestrale degli AMICI  
DELLA NEONATOLOGIA TRENTEINA - ONLUS  
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:** Nuove Arti Grafiche "Artigianelli" - Trento