

NT Neonatologia **T**rentina

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

23 settembre: a Trento un importante Convegno sul Latte materno

LA BANCA DEL LATTE MATERNO e l'utilizzo del Latte di Banca nell'alimentazione del neonato pretermine

**RELATORI
ITALIANI E STRANIERI
FARANNO IL PUNTO
SUL LATTE DI BANCA**

La presentazione del dott. De Nisi a pag. 2
Il programma a pag. 16

**LA "VIA LATTEA"
TRENTINA**

Dalla storia degli ultimi 30 anni
alla filosofia che sta alla base,
dai dati epidemiologici
alle ricerche degli ultimi anni

alle pagg. 3-5

**VIETNAM:
IL GTV ORGANIZZA**

un Convegno nazionale
sulla cooperazione internazionale
il 26-27 settembre a Trento

a pag. 15



MADRI SEMPRE PIÙ RESPONSABILI

Self-care (pagg. 6-7)
Rooming-in (pag. 13)

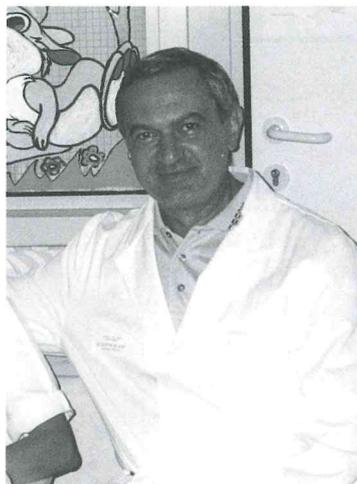
Il 23 settembre, presso il Grand Hotel Trento

UN CONVEGNO SULLA BANCA DEL LATTE MATERNO E L'UTILIZZO DEL LATTE DI BANCA NELL'ALIMENTAZIONE DEL NEONATO PRETERMINE

Dai confronti con i diversi Centri di Patologia Neonatale si fa sempre più strada l'opportunità di **ridurre l'invasività nelle cure neonatali**. Se tuttora vi sono alcune divergenze nel trattamento più o meno invasivo dell'insufficienza respiratoria del neonato, appare univoco invece il consenso sull'utilizzo del latte materno, soprattutto nell'alimentazione del neonato pretermine.

Un **grosso limite** ad una gestione alimentare basata essenzialmente sul latte materno è costituito dalla carenza o assenza di latte materno nei primi 2-3 giorni di vita. La difficoltà a reperire l'alimento naturale, in particolare nelle nascite di età gestazionale molto basse, porta inevitabilmente a ricorrere alla fleboclisi e/o all'utilizzo di latte artificiale. Sembra quindi ovvio che per superare tale difficoltà **ogni Centro che cura neonati dovrebbe avere anche una Banca del Latte Materno**, latte di madri donatrici, che possano garantire i primi pasti del neonato, in attesa del latte fresco della propria mamma.

Questo Convegno cercherà di offrire ai diversi centri italiani un supporto scientifico e organizzativo per gestire una Banca del Latte Materno, con diversi obiettivi:



1. capire la **tecnologia necessaria** per un corretto uso del latte umano di banca,
2. discutere le evidenze riguardo l'**uso esclusivo** del latte umano per l'alimentazione del pretermine,
3. discutere i criteri di **selezione delle donatrici**,
4. esaminare gli **aspetti legali** riguardanti la raccolta del latte umano di banca,
5. giustificare un servizio di banca del latte umano **su scala locale**,
6. **motivare lo staff** ad un lavoro efficiente durante la raccolta del latte umano di banca, lo stoccaggio, la conservazione e la distribuzione,
7. creare un **Gruppo di Studio** atto a formulare linee guida uniformi e un **Registro italiano delle Banche del Latte Materno**.

Il programma è articolato in **tre sessioni**: le prime due riguarderanno l'**organizzazione** di una Banca del Latte Materno. Sarà presentata un'**indagine** fra le Banche del Latte Materno in Italia e la legislazione vigente in Francia riguardo queste strutture. Saranno presentati gli aspetti più propriamente tecnici: **lo stoccaggio e la fortificazione** del latte umano di banca, **le istruzioni alle donatrici** e la preparazione dei pasti.

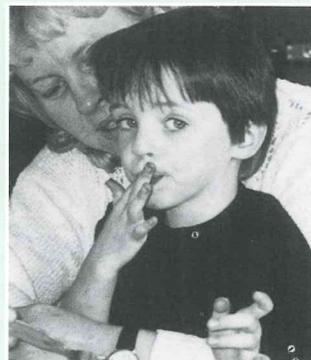
La nostra I.P. **Mariangela Zancanella** presenterà il lavoro riguardante gli interventi per la sicurezza e la salute degli operatori della Banca del Latte, un impegno che ha coinvolto tutto il personale del Nido e del Lattario della nostra U.O. di Neonatologia.

La terza sessione avrà un'impronta più assistenziale. Si parlerà dell'**adeguatezza del latte materno di Banca**, dei lipidi del latte di Banca, del rischio infettivo e delle diverse strategie di alimentazione esistenti in Italia.

Il Convegno si concluderà con una proposta di creazione di un Gruppo di Studio e di un Registro Italiano delle Banche del Latte Materno.

Negli **Atti del Convegno** si potranno trovare, oltre alle relazioni presentate, anche le diverse metodiche organizzative di circa 30 Centri italiani dotati di Banca del Latte Materno, una raccolta di metodiche che al momento potrà servire ai Centri che vorranno dotarsi di una Banca di Latte Materno. Gli Atti si possono richiedere col coupon a pag. 16.

Giuseppe De Nisi



4 ANNI!!!

Auguri a Chiara (500 grammi/23 sett.) allattata da mamma Lucia per sei mesi.

LA VIA LATTEA "TRENTINA"



Ercole succhiava al seno in modo tanto forte che sprizzò in cielo un rivolo di latte della sua nutrice, formando così la Via Lattea. I nostri piccoli prematuri non riescono nemmeno a succhiare, ma sono **tanto forti e decise le loro madri, tanto forti e decise le persone che li curano** che alle loro bocche arriva a rivoli tutto il latte materno di cui hanno bisogno. E questo per merito di una Banca del Latte organizzata apposta per loro **da oltre vent'anni**.

Quando si percorre una via, di regola si mantiene una certa direzione verso una meta prefissata. **Quando trent'anni fa abbiamo intrapreso la via dell'assistenza al neonato trentino**, avevamo ben chiari i 4 obiettivi finali a tutti noti: avere anzitutto meno morti e meno handicap con le scarse risorse disponibili (efficacia ed efficienza), valorizzando però al massimo i rapporti umani, e in particolare l'allattamento materno (umanesimo). **La "globalità" degli interventi sul neonato è sempre stato un nostro punto fisso**. L'ormai famoso "tempietto trentino" (vedi NT marzo 1997) comprende, a lato delle cure, le "colonne" dell'organizzazione (epidemiologia, trasporto,...) e le "colonne" della comunicazione e dell'umanizzazione.

Ebbene, non si può creare **una "cultura del latte materno"** senza porre delle basi razionali,

senza **valutare** bene le dimensioni del fenomeno (epidemiologia di ospedale e di territorio su tutta la provincia), senza **organizzare**, oltre al trasporto dei neonati, anche quello delle madri e del loro latte. Come vedremo nelle pagine seguenti (pagg. 4-5) **già alla fine degli anni Settanta** si valutava la situazione reale di tutta la provincia, anche in riferimento all'allattamento materno.

L'articolo della nostra puericultrice, signora Noemi Zendri, animatrice assieme ad altre (ricordiamo qui Delia Joppi ed Elena Campregher, quand'era puericultrice) del Lattario di via della Collina, ci fa capire **lo spirito con cui siamo partiti** per arrivare a dare anche ai prematuri più piccoli tanto, tanto latte della loro madre (pag. 5).

Abbiamo spesso parlato anche del **"diritto" del bambino prematuro** ad essere alimentato col latte di sua madre. E' importante avere idee chiare sulla parola "diritto" (vedi riquadro).

In particolare per i prematuri più piccoli, titolari dei massimi diritti, noi abbiamo il dovere **di alimentare al meglio il bambino** e di favorire al massimo **l'inizio del dialogo tra madre e figlio**. Su queste basi si è lavorato nella Banca del Latte di Trento.

Ma una Banca del Latte materno **si può fare in altri due modi**, in un modo "forte" (1) o in un modo "apparente" (2). Si potrebbero stimolare le donne di tutta una città a donare il loro latte (non è difficile, anzi!), creando una struttura complessa e molto organizzata, andando addirittura al loro domicilio. Ma al di là dei grandi prematuri, sono molto rare le esigenze per altri bambini.

Oppure, come si fa in molti ospedali, si potrebbe parlare tanto di questo argomento, nominando in continuazione le regole dell'UNICEF, ma lavorando più secondo le apparenze che nella sostanza.

d.p.

1
2
X

DIRITTI DEL NEONATO, NOSTRE RESPONSABILITÀ

L'articolo su quanto afferma Hans Jonas a proposito del neonato, oggetto primo di ogni responsabilità (pag. 14), può essere riferito, oltre che al nostro dovere di aiutarlo a respirare, anche al **nostro dovere di garantirgli il miglior alimento per sopravvivere e il miglior ambiente**.

Jonas afferma che nel neonato l'"essere" coincide col "dover essere": **"Il neonato rivolge inconfutabilmente un "devi" all'ambiente circostante affinché si prenda cura di lui. Il suo appello può incontrare insensibilità oppure essere soverchiato da altri appelli. Il dover essere del lattante, che si manifesta in ogni suo respiro, diventa il dover fare di altri"**.

AI PRIMORDI DELLA "VIA LATTEA"

ASSISTENZA PERINATALE GLOBALE AI NEONATI
DI ETA' GESTAZIONALE MOLTO BASSA NELL'INTERA
PROVINCIA DI TRENTO (ANNI 1976-1979)

D. Pedrotti

ESTRATTO DA:

ATTI DEL III°
CONVEGNO NAZIONALE
OSTETRICO - PEDIATRICO

Salsomaggiore Terme 28 - 30 ottobre 1980

Gli anni Settanta furono dedicati al miglioramento dell'organizzazione e della collaborazione tra i dodici punti nascita presenti a quell'epoca. La prima rilevazione di dati sull'assistenza ai neonati di tutta la provincia di Trento risale all'anno 1973 e i **primi dati rilevanti in modo analitico furono quelli relativi alla mortalità**. Già alla fine degli anni Settanta la mortalità neonatale era scesa a livelli eccezionalmente bassi rispetto alle altre province italiane (negli anni 1976-1979 Trento si poneva al secondo posto tra le province italiane, preceduta da Trieste). Già allora si rilevava che nasceva nell'Ospedale di Trento **meno del 30% dei nati a meno di 32 settimane**: 51 su 174 (29,3%). **Negli anni Ottanta** ci siamo dedicati al miglioramento del trasporto in utero (nel 1990 abbiamo raggiunto il 90% dei nati a meno di 32 settimane) e alla rilevazione analitica di tutti gli esiti neurologici.

Dalla prima relazione ufficiale dei nostri dati al **Congresso di Salsomaggiore dell'ottobre 1980** risalta un altro aspetto che abbiamo molto valorizzato **fin dagli anni Settanta**. Non si può parlare di assistenza "globale" se non ci si

cura, oltre al lato "tecnico-razionale-strumentale-clinico" anche il lato "umano-affettivo-relazionale-psicologico". E' quindi interessante rileggere oggi questa **prima relazione sull'assistenza "globale" ai nati molto prematuri dell'intera provincia di Trento negli anni 1976-1979**.

"Dal lato psicologico l'assistenza alle madri è stata oggetto di particolari attenzioni fin dal primo giorno (informazioni, foto del figlio) e durante tutto il periodo del ricovero ("accettazione" e contatti fisici, alloggio per il 55% delle madri, colloqui, riunioni settimanali)... Il 98,3% di tali neonati (118 su 120) è stato controllato a 12 mesi.

Le madri, tutte distanti dai neonati nella prima settimana (ndr: l'Ospedale Infantile era a 2,5 km dalla stessa sala parto di Trento), hanno dato il loro latte nel primo mese di vita al 35% dei sopravvissuti (al 64% nell'anno 1979). Nella recente letteratura si riportano percentuali dal 6 al 18%".

Per i neonati normali, nel 1973 e nel 1976 avevamo rilevato in provincia una percentuale di allattamento materno alla dimissione pari al 63%. **Negli anni 1970-73** solo al 20,0-29,8% dei neonati patologici ricoverati si dava latte di mamma. **Nel 1976** si era arrivati al 43,1%, **nel 1978** al 52,6%. Nel 1978 il latte di mamma si era dato al 57% dei

Interessante rileggere oggi quanto scritto sull'organizzazione capillare che stava alla base dell'iniziativa. In particolare: *"Nei primi giorni il padre trasporta ogni giorno il latte raccolto nell'ospedale di ricovero, latte conservato in frigorifero e messo in biberon sterili e contenitori termici che noi forniamo". "Per i primi giorni è disponibile, per tutti i neonati a maggior rischio, del latte di donna fornitoci tutto da nutrici generose, madri di nostri ricoverati e quindi di sicura provenienza (oltre 150 litri all'anno): latte che conserviamo a -25° fino a 3-4 mesi, senza previa bollitura o pastorizzazione, in quanto pratichiamo un esame batteriologico ad ogni bottiglia. Si elimina ogni bottiglia con carica batterica superiore a 1.10^5 o con colimetria positiva. La segnalazione di questa assistenza stimola la madre a continuare a fornire lei questo tipo di alimento". "La madre dimessa può scegliere tra due possibilità: 1. inviare il latte quotidianamente da casa, utilizzando mastosuttori disponibili presso alcune farmacie dietro nostra sollecitazione; 2. alloggiare presso il Centro in apposite stanze, come raccomandiamo, per avere un contatto diretto col figlio, assisterlo, fargli il bagno, attaccarlo al seno...". "Nel 1976 ospitammo 81 nutrici, nel 1977 87, nel 1978 141, oltre a 61 nutrici di lattanti ricoverati in altri reparti". "La madre è a continuo contatto col personale e ciò presuppone la disponibilità delle infermiere ad un'attività didattica. Ogni sabato pomeriggio vengono discussi temi pratici col pediatra. E' disponibile una piccola biblioteca di puericultura e psicologia dell'età evolutiva".*

Ricordiamo ancora il caso di due madri distanti 90 e 140 km che per oltre due mesi 1-2 volte alla settimana ci hanno recapitato il loro latte, messo nel congelatore di casa secondo nostre precise istruzioni...

Allattamento materno a neonati patologici separati dalla madre

Organizzazione e risultati

D. PEDROTTI

Istituti Ospedalieri di Trento
Sezione Immaturi e Patologia Neonatale

Comunicazione al XIX Congresso Nazionale della Società Italiana di Nipologia (Bologna, 27-30 Aprile 1979)

nati da 800 a 2500 g: 101 madri su 177. "Praticamente siamo riusciti in questo gruppo a maggior "rischio psicologico" ad avere una percentuale di allattamento pari a quella dei neonati normali". Questo avevamo comunicato al **19. Congresso nazionale della Soc. It. di Nipiologia** ("Allattamento materno a neonati patologici separati dalla madre - Organizzazione e risultati" - Bologna 27-30 aprile 1979). Altre citazioni:

"...Solo il latte della propria madre, che arrivi direttamente o indirettamente al figlio, ha il formidabile valore di consolidare un legame affettivo sempre compromesso dalla necessità di ricovero del neonato". "Più importante dell'aspetto nutrizionale è l'aspetto psicologico, per cui vengono ridotte al minimo le conseguenze dello stress da separazione".

Nel lontano 1983 in una Relazione al I Congresso Nazionale di Neonatologia ("L'assistenza neonatale in provincia di Trento: un

PROVINCIA DI TRENTO PERCENTUALI DI ALLATTAMENTO AL SENO

anni	alla nascita (neonati sani)	a 4 mesi
1960	60% (dott. Bergamo)	
1970	70% (Consultori - Trento)	
1980	80% (Il neonato trentino 1)	15% (Trento, Marin 1981)
1990	90% (Il neonato trentino 2)	35% (scheda a 12 mesi)
1995	95% (Il neonato trentino 3)	65% (scheda a 12 mesi)

A NEONATI DI PESO INFERIORE A 1500 g

1970	20%
1980	50% (52,9% nel 1978)
1985	80% (78,6% nel 1983-85)

esempio concreto di regionalizzazione") proponemmo tutte le "strategie di facile applicazione che è doveroso adottare da parte nostra, senza interventi delle amministrazioni o dei politici". Disporre di latte della loro madre per i prematuri è proprio una di queste "10 strategie", che abbiamo riproposto nel Convegno di Trento del 1997 (v. NT sett. 97, pag. 10).

La disponibilità di latte materno per i nostri prematuri, tutti separati dalla madre, è aumentata negli anni Ottanta fino a raggiungere valori molto elevati, verso l'80% dei nati sotto i 1500 g. C. Polloni (*Il neonato trentino 1 - 1979-1988*, pag. 112-117) documentava per i neonati sopravvissuti di peso inferiore a 1500 g un allattamento con latte materno del 78,6% negli anni 1983-85 (dal 57,9% del 1978).

AMARCORD DI UNA PUERICULTRICE

Sono stata testimone della grande rivoluzione culturale che si verificò negli anni Settanta nella Neonatologia, in particolare a livello di alimentazione. Capita l'importanza vitale del latte materno soprattutto per i nati immaturi e sottopeso, l'équipe dell'Ospedale Infantile (il primario prof. Nicolaj, il dott. Pedrotti e altri pediatri) si adoperò per costituire una Banca del Latte che assicurasse latte di donna ai neonati almeno fino all'avvenuta montata lattea materna.

Alle puerpere che avevano latte in esu-



opportuno anche un confronto con altre realtà. Per un certo periodo, dopo aver visitato il reparto della prof.ssa Minoli di Milano, usammo bottiglie monouso in plastica.

Dalla nascita della Banca del Latte ad oggi si è sempre più diffusa la cultura del latte materno come alimentazione privilegiata per il neonato, anche prematuro, nei primi mesi di vita. Ciò sottolinea l'importanza di tale struttura in un moderno reparto di Neonatologia.

Noemi Zendri, puericultrice

bero dopo aver soddisfatto il fabbisogno del figlio, venivano fornite bottiglie in vetro precedentemente sterilizzate con contenitori in polistirolo per il trasporto. Il latte veniva consegnato all'addetta al Lattario che, dopo l'esito negativo dell'esame batteriologico, lo collocava nel congelatore apponendo la data di scadenza (3 mesi).

La maggior parte delle puerpere aderirono all'iniziativa, mostrando grande sensibilità al diritto del bambino all'assunzione di latte materno. Si ritenne



LA "SELF-CARE", UNA NUOVA MODALITÀ DI ASSISTENZA

L bambino che alla nascita deve essere ricoverato in un reparto di Patologia Neonatale viene inevitabilmente separato dalla madre: questo ritardo nei loro primi contatti a volte può costituire un ostacolo al loro rapporto futuro. In ogni caso entrambi vivono una situazione ben lontana dall'ideale: madre e bambino subito vicini, indisturbati, in un ambiente favorevole come la loro stessa casa. Tutto ciò è particolarmente evidente quando la madre è stata sottoposta a taglio cesareo, magari con anestesia generale: l'impossibilità di vedere subito il bambino, la difficoltà di muoversi, la distanza dal reparto la rendono ancor più preoccupata per la salute del figlio, spesso confusa.

D'altra parte, le condizioni cliniche del neonato richiedono spesso di ricorrere a terapie speciali, all'uso dell'incubatrice, alla somministrazione di ossigeno: così non può essere portato dalla madre né essere preso in braccio da lei.

In tale situazione è l'infermiera che assiste e si prende cura del nuovo nato, sostituendosi necessariamente alla madre. Può così accadere che essa metta in dubbio la sua capacità di accudire il figlio,

sentendosi in colpa per averlo partorito troppo presto o con problemi.

Noi sappiamo quanto sia delicato questo momento e per questo cerchiamo di favorire il più possibile i contatti genitori-figlio, attuando una serie di accorgimenti: **presenza dei genitori in reparto, partecipazione alle cure, latte materno, possibilità di alloggio per le madri, marsupio, ecc..**

Da sempre ci si preoccupa di informare e insegnare alle madri tutto ciò che è utile sapere in previsione della dimissione del loro figlio; da tempo avvertivamo però l'esigenza di fare qualcosa di più. Così da circa un anno abbiamo introdotto nel nostro reparto **alcune novità assistenziali.**

Noi infermiere abbiamo dapprima riflettuto su cosa potevamo offrire alle nostre mamme, sulla necessità di **restituire ad ogni mamma il suo ruolo il più presto possibile**, sul loro desiderio di essere coinvolte nelle cure, sul bisogno di sentirsi sicure prima di andare a casa.

E' da tener presente che un bambino prematuro, nato a poche settimane di gestazione e con peso molto basso, viene dimesso dal nostro reparto intorno ai 2000-2100 grammi. Abbiamo pensato così di offrire alle madri la possibilità di **prendersi cura del loro figlio il più presto possibile**, appena esce dall'incubatrice e viene posto nella culla. Per i bambini prematuri ciò avviene quando raggiungono il peso di circa 1700 grammi.

Questo progetto lo abbiamo denominato "self-care": auto-cura.

SCOPI DELLA SELF-CARE

Gli scopi della *self-care* sono quelli di **aumentare l'autonomia delle madri** già durante il ricovero, educandole **ad essere parte attiva**

nella cura del figlio, di avvicinare i genitori dei bambini prematuri al "loro mondo" rendendoli partecipi alle attività quotidiane del reparto. **Abbiamo concordato con le madri** come organizzare alcuni momenti della "self-care", ad esempio il cambio del pannolino, il bagnetto, la pulizia dell'ombelico, l'allattamento al seno, il controllo del peso, ecc... In questi momenti, l'infermiera affida alla madre la cura del proprio bambino, dandole le informazioni e la supervisione necessarie, ma rimane discretamente da parte, pronta a intervenire in caso di bisogno.

La "self-care" ha richiesto necessariamente **una riorganizzazione degli spazi e dei tempi.** Le madri, infatti, entrano in reparto in orari diversi, concordati prima con il personale; ciò permette loro di avere **più spazio e più tempo per stare con il figlio**, quasi come fossero a casa. Il bagnetto, ad esempio, si protrae più a lungo del solito per permettere alla madre di giocare con il figlio. Bisogna perciò tenere conto di questa necessità di tempi maggiori nell'organizzazione di reparto, quando si voglia realizzare la "self-care". Le madri hanno bisogno di tutto il tempo necessario per **scoprire e conoscere il loro bambino**, parlargli, accarezzarlo, cogliere le sue risposte: si favorisce e si aumenta in tal modo il legame tra loro. Inizialmente lente ed impacciate, esse acquisiscono così, nel tempo, sicurezza ed abilità, con grande soddisfazione personale. Il programma può coinvolgere **anche il padre** in modo attivo, sia al cambio del pannolino sia nella pratica del bagnetto che nella somministrazione del pasto con biberon.

La *self-care* non viene imposta e pertanto le madri sono **libere di scegliere.** Comunque sempre, prima della dimissione, viene insegnato loro come fare il bagnetto.



L'inizio della *self-care* coincide spesso con l'avvio dell'allattamento al seno, prima ostacolato dalla necessità dell'incubatrice o dal peso ancora troppo basso del bambino. Si inizia gradatamente attaccando il bambino una volta al giorno per pochi minuti e via via aumentando tempo e frequenza delle poppate a seconda delle sue capacità.

Sembrerebbe tutto molto semplice e naturale; perciò non è facile capire il lavoro richiesto da un progetto che comporta grande innovazione e cambiamento culturale. La soluzione dei problemi incontrati ha richiesto disponibilità e grande volontà da parte di tutti.

Il personale infermieristico ha lavorato molto e con impegno, i risultati perciò non si sono fatti attendere. E' stato somministrato un questionario anonimo alle madri per valutare il loro gradimento e raccogliere impressioni e suggerimenti. I risultati sono stati molto incoraggianti. **Tutte hanno espresso apprezzamento per questa iniziativa** e hanno sottolineato l'importanza di poter prendersi cura dei loro figli, di essere preparate e pronte alla dimissione che spesso loro stesse chiedono di anticipare, data la sicurezza acquisita.

METODOLOGIA

A questo progetto abbiamo applicato una metodologia, quella della teoria del **miglioramento**

continuo della qualità, utilizzando degli indicatori per rispettare alcuni principi della qualità. E' stato utile per noi infermiere applicare dei principi teorici e sperimentarli per vederne la fattibilità.

IL PERCORSO

E' stato importante raccogliere i **consensi del personale infermieristico** del reparto, del primario e dell'Ufficio Infermieristico. E' stato coinvolto il personale infermieristico per promuovere e attuare la "*self-care*"; il personale medico è stato coinvolto per poter realizzare il progetto senza interferire con gli orari della visita medica; anche gli studenti del 2° anno del corso per il Diploma Universitario per Infermieri hanno avuto l'opportunità di partecipare.

E' stato necessario **motivare il personale** a questo cambiamento con riunioni di gruppo per la identificazione dei problemi e per raccogliere proposte, con l'attivazione di **piccoli gruppi di lavoro** finalizzati a risolvere le difficoltà incontrate.

DIFFICOLTÀ INCONTRATE

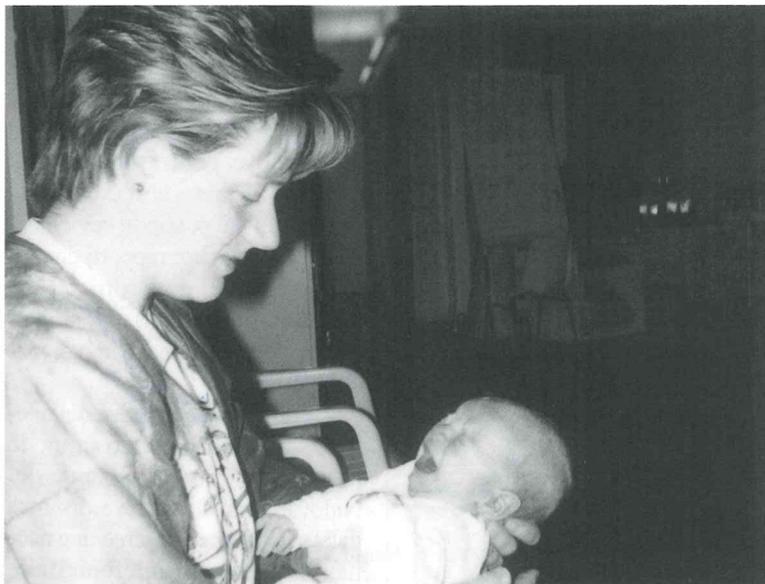
Sono state di tipo culturale ed organizzativo. Inizialmente soprattutto di tipo culturale: si deve passare **dal curare all'insegnare a curare**. Si è dovuto rivedere e reimpostare parte della nostra organizzazione del lavoro e abituarsi al cambiamento.



ALTRI VANTAGGI

Si sono offerte maggiori **occasioni di dialogo tra noi e le madri**, più occasioni per loro di trascorrere il tempo con il figlio. Noi infermiere abbiamo inoltre ottenuto risultati di particolare soddisfazione: riuscire ad applicare una teoria infermieristica (della D. Orem) che prevede **un programma di educazione e formazione** nei confronti del paziente (della madre, nel nostro caso) per renderlo autonomo il più possibile e rispettare le competenze anche se ricoverato in ospedale. Questo è senz'altro possibile anche nel nostro reparto, **riconoscendo le competenze della madre e il diritto di accudire il proprio figlio**. Anche questo è "*care*", è attenzione verso il bambino e i genitori, e umanizzazione delle cure in ospedale.

Paola Trainotti, caposala



LA C.S. ORIS PIECHELE ASSEGNATA AI SERVIZI POLIAMBULATORIALI



La Caposala del Nido Oris Piechele dal 1° agosto di questo anno andrà a ricoprire il posto di Caposala dei Servizi Poliambulatoriali del Centro Crosina Sartori. **La razionalizzazione delle risorse** e soprattutto la carenze di personale infermieristico e di caposala in cui vive non solo il nostro ospedale, ma tutti i settori dell'Azienda Sanitaria della provincia di Trento, ha portato alla decisione di togliere alla U.O. di Neonatologia una delle due Caposala esistenti.

Fin dalla sua costituzione in reparto autonomo, staccato dal resto della Pediatria, la Neonatologia ha avuto due C.S., una per il Nido, l'altra per la Patologia Neonatale. Mi riferisco ovviamente agli anni '70- '80 in cui non erano così forti i problemi economici e in cui vi era anche disponibilità di personale infermieristico.

Quando **nel 1989** la C.S. Oris Piechele venne assegnata al Nido di S. Chiara, trovò un reparto separato dal resto della Neonatologia, con **l'Area Pediatrica dislocata in via della Collina** (il Centro Angeli Custodi, "l'Ospedalino"): lontano quindi da servizi pediatrici essenziali, quali la Radiologia e il Laboratorio pediatrico, la Neuropsichiatria infantile e la Chirurgia-Ortopedia infantile. **Grazie alle sue doti di efficienza e alle sue capacità di organizzazione**, la C.S. Oris Piechele riuscì a mantenere unita l'area neonatologica e a conservare un ottimo rapporto tra il Nido e l'Ostetricia.

Quando **nel giugno 1991** tutti i reparti ed i servizi dell'Ospedalino furono trasferiti al S. Chiara, iniziò presso il Nido una fase di adattamento tra la vecchia e **la nuova organizzazione dell'assistenza al neonato sano**. Il ruolo della C.S. Oris Piechele è stato fondamentale in questa evoluzione. I pasti, che un tempo erano rigidi nella quantità e negli orari, divennero flessibili, a richiesta, in un Nido aperto alle madri e ai papà. Le possibilità da parte dei genitori di poter visitare il Nido in occasione dei corsi preparto erano già una premessa all'apertura e all'elasticità che avrebbero trovato poi nei primi giorni di vita del bambino.

La C.S. del Nido si è trovata così anche a dover **gestire piccole patologie del neonato**, al fine di garantire quanto più possibile la vicinanza madre-neonato: rapporti con gli altri specialisti e gli altri servizi pediatrici finalizzati a non prolungare la degenza di neonati con piccoli problemi.

La **dimissione precoce del neonato sano** ha coinvolto in modo particolare l'organizzazione del Nido: i controlli a breve distanza dalla dimissione, gli screening neonatali, i consigli telefonici alle

Il pensiero della Segretaria

SENZA ORIS LA FAMIGLIA DELL'U.O. DI NEONATOLOGIA SARÀ UN PO' PIÙ "PICCOLA"

La C.S. Oris Piechele lascia il nostro reparto in quanto destinata ad altro incarico in Azienda Sanitaria. Il rammarico che provo per la sua "uscita" è legato soprattutto al fatto che Oris, già da anni inserita in questa struttura in cui ho cominciato a lavorare dal giugno 1991, era per me ormai **elemento integrante di quella équipe già affiatata e collaudata**, di cui anch'io entravo allora a far parte.

Col tempo, e con la collaborazione professionale, ci si "abituava" alla vicinanza di colleghi che man mano cessano di essere solo dei nomi e **diventano "presenze" costanti e rassicuranti** nel proprio ambito lavorativo. In un tipo di struttura come la nostra, la presenza continua di **persone competenti e preparate infonde sicurezza** anche a chi, come me nel 1991, muove i primi passi in un mondo di lavoro del tutto diverso e, pur operando nel settore amministrativo e quindi non strettamente medico, non si è mai del tutto distanti dalle problematiche del settore o comunque si ha necessità più volte di ricorrere alla competenza ed alla professionalità di colleghi del livello di Oris.

La partenza quindi di una presenza costante in tale struttura (e noi già abbiamo sperimentato "uscite" più o meno illustri negli anni passati) costituisce di per sé un **indiscusso "impoverimento" del reparto** sia sul piano professionale che, ancor di più per quanto mi riguarda, sul piano umano; con Oris si perde un pezzetto non piccolo, né trascurabile, né facilmente sostituibile del nostro reparto. Da "domani" ci sentiremo tutti una famiglia un po' più "piccola".

Buona fortuna Oris!

Liliana Iseppi

mamme hanno comportato un particolare impegno da parte della Caposala, alla quale siamo tutti particolarmente grati.

Un servizio particolare di cui il Nido si è sempre fatto carico, e sul quale la C.S. Oris Piechele ha posto particolare attenzione, è il **Lattario**. Il lavoro di coordinamento di questo servizio utilizzato dall'intera area pediatrica, la raccolta del latte delle donatrici, le apparecchiature di congelamento, di pastorizzazione e di stoccaggio del latte hanno trovato nella C.S. Piechele una guida esemplare. Il **lavoro sulla sicurezza del personale** addetto al Lattario ne è ulteriore prova.

La C.S. Oris Piechele in questi ultimi anni si è infatti trovata purtroppo anche di fronte ai **problemi di carenza di personale** e ha dovuto



Il Direttore di NT, che per otto anni ha apprezzato la fattiva collaborazione della C.S. Oris, si associa ai ringraziamenti di tutta la Neonatologia trentina, ricordando soprattutto la sua "grinta" nel difendere i diritti dei neonati e nel curare l'efficienza di un reparto molto delicato.

d.p.

to lavorare su due aspetti rilevanti: garantire l'efficienza delle prestazioni da un lato, motivare l'impegno di un personale sotto organico dall'altro.

Questi due aspetti la C.S. Piechele li ha affrontati in modo eccezionale, riuscendo a conservare un **clima di armonia tra le operatri-**

ci del Nido, di cui sicuramente tutte conserveranno un buon ricordo.

Un grazie affettuoso quindi a Oris, nella certezza che anche lei conserverà un buon ricordo del lavoro svolto al Nido, e un augurio particolare per il nuovo incarico.

Giuseppe De Nisi

L'affetto del personale del Nido

LETTERA AD ORIS

La nostra Caposala, Oris Piechele, lascia il Nido per i Poliambulatori. In ognuna di noi alberga la consapevolezza di quanto ci ha dato: una donna eccezionale, che ha sempre cercato di integrare qualsiasi novità nel nostro spazio mentale, che ha favorito i rapporti amicali all'interno del Nido, interlocutore principe di noi tutte.

E' stato per noi un rapporto pregnante, da lei abbiamo appreso le categorie mentali e psicologiche adeguate al nostro compito. Ciascuna di noi progredisce secondo le attitudini, le inclinazioni, i bisogni, il talento, lo zelo e i paradigmi etici che incontra. Noi da lei abbiamo ereditato: la tenacia, il buonsenso, la poliedricità.

In ognuna di noi ha istillato la capacità di espletare il proprio lavoro con competenza e di avere maggior capacità di adattamento.

Ha creato un rapporto empatico con le mamme: le madri, trattate da lei con calore e sensibilità, hanno sempre provato sollievo nell'essere ascoltate e comprese.

Abbiamo acquisito da lei le informazioni specifiche che costituiscono gli elementi cardine del nostro lavoro, in cui traluce la sua visione del Nido.

Ricorderemo sempre con affetto colei che è stata la nostra guida per molti anni, capace di fare di ognuna di noi un elemento ben coeso all'interno del nostro reparto, sempre attenta alle problematiche del Nido, ben oltre la sfera circoscritta della sua attività.

Noi tutte la ringraziamo e le auguriamo buon lavoro.

Alba Donato, a nome di tutte

Ci siamo impegnati a finanziare ricerche e Convegno sul Latte Materno (Trento, 23 settembre 2000) e a continuare la collaborazione con gli amici del Vietnam (2000-2003)

CONTINUANO LE DONAZIONI PER LA NEONATOLOGIA TRENTINA

UN SENTITO GRAZIE!

dal 1.4.2000 al 30.6.2000:

<30.000 (20 donazioni = £ 335.000)

30.000 (20 donazioni): M.C. Finco, A. Feller, C. Grande, B. Biffi, V. Cristofolini, A. Valentini, M. Benedetti, M. Tasca, P. Dalmonego, M. Casagrande, C. Bedin, A. Giovannini, S. Modena Rossi, A. Dallago, L. Motta, D. Leonardi Manzato, C. Seno, S. Anceschi, C. Ioriatti, R. Tasin

35.000: M. Raffaelli

40.000: R. Calabrese, M.D. Bellini (4x10.000)

50.000 (36): A.M. Bonazza, M. Lever, M. Braitto, S. Baccolini, M. Cielo, S. Mazzetto, E. Valenti, A. Cattani, V. Franceschini, F. Nardon, S. Aste, M. Pezzati, T. e C. Ragozzino, Rovea, D. Symonds, M. Magaletti, G. Zano-telli, G. Bagozzi, G. Comandella, De Gasperi-Bertoli, L. Leonardi, I. Franch, M.P. Trenti, L'Acqua che Balla, A. Pirola, D. Gonzo, M. Trotter, G. Urbani, M.F. Vassallo, E. Valenti, C. Gallini, P. Fuganti, F. Simoni, J. Triches, F. Ferrari, M. Bertoluzza

60.000: C. Macchia

70.000 (2): A. Pisanu, L. Cominotti

90.000: E. Bonazza (3x30.000)

100.000 (26): M. Bertoluzza, L. Morelli, L. Bonelli, A. Concini, R. Fanton, F. Abram, A. Odorizzi, L. Armani, L. Pedrotti, N.N., G. Piffer e O. Onder-toller, A. Scarpari, M. Garattini, M. Caldonazzi, M. Cigalotti, D. Mattei, M. Ciocca, D. Starnai, F. Deflorian, R. Vittorangeli, A. Tecchioli, B. Canzano, A. Sguario, L. Cincelli, P. Frizzi, M.R. Degasperi

150.000 (5): M. Gius, M. Giovannini, G. Zavarise, C. Bertolini, D. Islami,

200.000 (2): A. Bernardi, M. Sartori

300.000: A. Facchinelli

500.000 (2): G. Ardito, **CASSA RURALE DI TRENTO**

1.000.000: A. e A.L. Concini

Complessivamente 125 donazioni per un totale di £ 8.590.000

LA CONSULENZA GENETICA PER UNA "GRAVIDANZA SENZA RISCHI"

La consulenza genetica è un atto mediante il quale i pazienti o i loro familiari, che sono a rischio di avere una malattia che può essere ereditaria, sono informati sulle conseguenze della malattia, sulla probabilità di ammalarsi e di trasmetterla e sui modi in cui questa può essere prevenuta o migliorata (*Haper*). Se però vogliamo circoscrivere l'intervento del genetista ai fini di una gravidanza "senza rischi", possiamo individuare due momenti nei quali può essere utile rivolgersi al Consultorio Genetico.

Prima del concepimento (prevenzione primaria)

In realtà la maggior parte delle cose da fare prima del concepimento sono consigliate dal ginecologo e/o dal medico di base, in quanto si tratta di esami di routine rivolti a tutte le coppie: gruppo sanguigno dei futuri genitori, emocromo, situazione immunologica materna nei confronti di **rosolia, toxoplasma, citomegalovirus**; in particolari condizioni vengono richiesti anche i markers di **epatite ed HIV**.

L'intervento specialistico del genetista è riservato invece a **coloro che sanno di avere in famiglia, o di avere loro stessi, una malattia genetica, un deficit neurosensoriale, oppure una malformazione congenita**. Anche le coppie che hanno avuto un precedente figlio con le identiche patologie sono candidate alla consulenza genetica preconcezionale, così come coppie con ripe-

tuti insuccessi riproduttivi (aborti ripetuti, nato morto).

Infine la presenza nella madre (o nel padre) di una malattia cronica, in particolare (ma non solo) se richiede l'impiego di **farmaci**, dovrebbe essere un buon motivo per fare un colloquio con il genetista. In queste condizioni infatti è auspicabile che la gravidanza venga programmata, magari in un periodo di remissione della sintomatologia (per le malattie autoimmunitarie) o riducendo il numero dei farmaci (in caso di epilessia), o in un periodo nel quale non c'è nell'aria un certo allergene (nel caso di asma). Naturalmente questi sono solo piccoli esempi del nostro intervento in caso di patologia cronica; durante la gravidanza associamo controlli accurati, sia su sangue materno (dosaggio farmaci, dosaggi ormonali), che di tipo ecografico che, in alcuni casi, tramite villocentesi o amniocentesi.

Dopo il concepimento (prevenzione secondaria)

La consulenza genetica in queste circostanze viene richiesta per età materna avanzata, **per test sierologici di screening positivi** per anomalia cromosomica o per difetti del tubo neurale (alfafetoproteina, tritest), in caso di sieroconversione degli anticorpi per malattia intercorrente (toxotest, CMV), per avvenuto contagio di malattia infettiva dell'infanzia, per assunzione materna di farmaci, o esposizione a radiazioni diagnostiche.

Ma le condizioni più impegnative, talvolta drammatiche, per le quali viene richiesta consulenza genetica in gravidanza, sono **la diagnosi prenatale ecografica di malformazione congenita fetale, e la diagnosi prenatale positiva di anomalia cromosomica**. Attualmente l'indagine ecografica è in grado di evidenziare una buona percentuale di malformazioni fetali. In questi casi il genetista non solo ha il compito di coordinare

i successivi approfondimenti diagnostici, per individuare la possibile diagnosi, ma anche di discutere con la coppia le varie scelte possibili, cercando di ottimizzare il percorso. Se la diagnosi è fatta tardivamente, o la coppia non intende interrompere la gravidanza, o si tratta di una malformazione correggibile chirurgicamente o comunque accettabile, il genetista aiuterà la coppia nel successivo **percorso di accettazione dell'handicap** e potrà essere un buon punto di riferimento per le possibili opzioni terapeutiche. Se invece la gravidanza viene interrotta è compito del genetista verificare che vengano eseguiti tutti gli ulteriori accertamenti per definire la diagnosi, solo così sarà possibile valutare poi l'esatto **rischio di ricorrenza**.

In caso di diagnosi di anomalia cromosomica fetale può essere necessario un completamento diagnostico. Infatti non tutte le anomalie cromosomiche corrispondono necessariamente ad una patologia: talvolta si tratta di varianti della norma. Il genetista metterà a **disposizione dei genitori le informazioni** riguardanti il significato di quanto è stato riscontrato, i possibili interventi terapeutici, e discuterà a proposito delle varie scelte. Qualora la coppia decida di interrompere la gravidanza si discuterà dei rischi di ricorrenza.

Le persone che si rivolgono al Consultorio Genetico appartengono ad ogni categoria lavorativa, ad ogni cetto sociale e, negli ultimi anni, ad ogni razza, ad indicare che attualmente ciascuno di noi investe molto in ogni futuro figlio. È compito del genetista traghettare la coppia attraverso le possibili scelte riproduttive, affinché ognuno faccia la miglior scelta possibile e affinché la gravidanza decorra non certo "senza alcun rischio", ma con il minor rischio possibile.

dott.ssa Serena Belli,
genetista pediatrica



QUI CLES: ALTA PROFESSIONALITÀ DI TUTTO IL PERSONALE

(malgrado alcune difficoltà)

L'estrema necessità di razionalizzare i servizi sanitari al fine di **ottimizzare le risorse** (cercando di offrire adeguate risposte ai bisogni di salute ad un prezzo corretto) comporta un notevole impegno, soprattutto quando si debbono modificare modalità di lavoro ed equilibri che per tanti anni avevano ottenuto credibilità e consensi.

Nel passato un punto nascita come quello di Cles offriva completa adeguatezza nelle risposte assistenziali, alla pari di altri presidi ospedalieri in provincia. Col passare degli anni, pur mantenendo costante il numero delle nascite (**circa 500 nati all'anno per i 50.000 abitanti** delle valli di Non e di Sole), è diventato sempre più difficile voler realizzare un'adeguata assistenza neonatologica in una realtà ospedaliera con risorse di personale e attrezzature spesso non sufficienti.

A queste difficoltà si deve aggiungere l'estrema fatica per garantire **un personale di assistenza aggiornato e costantemente addestrato**, soprattutto per far fronte a necessità assistenziali in situazioni di urgenza. Nonostante queste premesse e le scarse indicazioni a livello nazionale e locale su come rendere sicuri anche i punti nascita periferici, il personale, conscio dei limiti della struttura, ha sempre cercato di essere all'altezza delle richieste, sostituendo alle incertezze normative **il giusto senso del dovere e la buona volontà**.

Indispensabili risorse indirette sono sempre state da un lato la **concentrazione delle gravidanze ad alto rischio** nel punto nascita di Trento e dall'altro un efficiente e pronto **servizio di trasporto assistito** che dal centro arriva a prelevare in tempi brevi i neonati con importanti patologie, mantenuti in stabilizzazione da anestesisti e pediatri di Cles.

L'isola neonatale annessa alla sala parto di Cles offre tutte le garanzie per una corretta assistenza al neonato, con eventuale possibilità di rianimazione.

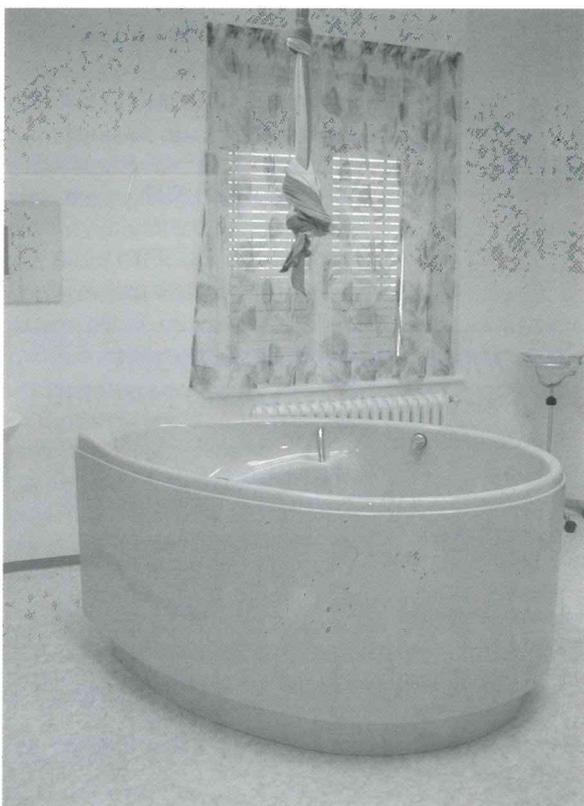
Per quanto riguarda la tanto auspicata umanizzazione dell'evento nascita, tutto il personale è impegnato a proporre ogni forma di assistenza al neonato e a tutte le neo-mamme: *rooming-in*, nido aperto o assistenza tradizionale. E' in corso da alcuni mesi un processo di **integrazione tra tutto il personale dell'area materno-infantile** per cercare, nel rispetto delle varie professionalità, di creare un gruppo ben formato e compatto di operatori che possa garantire, specie alle neo-mamme, il massimo della sicurezza assistenziale ed una indispensabile opportunità formativa.

Fornire **messaggi univoci, condivisi da tutti**, rassicura le mamme ed è dimostrazione di un impegno che vuole ottimizzare capacità e competenze degli operatori per il bene del neonato.

Sarebbe importante un confronto tra i diversi punti nascita con caratteristiche simili alle nostre, per elaborare proposte comuni da utilizzare nell'attività di reparto e da proporre come stimolo di riflessione a chi deve programmare modelli di assistenza in campo nazionale.

dott. Antonio Mazza
responsabile U.O. Pediatria

Alcuni mesi fa è stata presentata dal primario ostetrico dott. Nicolodi un'altra valida opportunità per partorire a Cles: il travaglio ed eventualmente il parto si possono svolgere "in acqua".



QUI TRENTO - S. CAMILLO: UN AMBIENTE SICURO ED UMANO

L'ospedale S. Camillo di Trento è un Ospedale di zona, "classificato". Non fa parte dell'Azienda sanitaria, ma possiede tutti i requisiti di un ospedale pubblico; entra, come tutti gli altri ospedali, nella programmazione provinciale e deve sottostare a controlli di gestione. La Divisione di Ostetricia e Ginecologia, da quando è primario il dott. Gennari (1988) è passata dai 400-500 neonati all'anno agli oltre 900 degli anni 1989 (913) - 1990 (946). A causa della completa ristrutturazione dell'ospedale, vi è poi stato un netto calo di nascite (fino a 665 nel 1996), ma poi s'è registrata un'ottima ripresa fino alle **895 nascite del 1999**, alla pari quindi dell'Ospedale di Rovereto.

Si ricoverano ovviamente gravidanze a basso rischio e sono del tutto eccezionali i parti sotto le 35 settimane (0,2%). Il "trasporto in utero" funziona bene nei casi previsti gravi, come per ogni altro ospedale della provincia. La percentuale dei **tagli cesarei si è ridotta nettamente** e resta **inferiore al 20%** dei parti negli ultimi cinque anni (17,7 % nel 1999).

I neonati trasferiti al S. Chiara per patologie neonatali imprevedibili sono calati dal 6% all'**1,5%** (13 neonati nel 1999 - di cui solo uno per grave patologia - e 7 nei primi sei mesi del 2000).

Dal 1997 è attivo un servizio di

rooming-in, scelto dal 75% delle madri alla prima esperienza e dal 30% di madri pluripare (vedi NT dicembre 1997). Ovviamente le madri che non scelgono il *rooming-in* ricevono la stessa qualità di assistenza, con sistema di **Nido aperto**

e maggiori controlli da parte del personale.

Dal gennaio 2000 è iniziata la **raccolta del sangue placentare** (vedi NT prec.) e al 30 giugno 2000 sono già state raccolte 40 sacche.

Dino Pedrotti



PIU' DEL 30% DEI NATI TARENTINI NASCONO IN OSPEDALI SENZA PEDIATRA INTERNO

La presenza al S. Camillo di un solo pediatra per una media di tre ore al giorno (con due accessi), in un ospedale con **900 nati all'anno** (pari alla natalità dell'Ospedale di Rovereto) è un caso probabilmente unico in tutta Italia ed è certamente emblematico dell'organizzazione "trentina" dell'assistenza neonatale (vedi NT marzo 1997, pag. 8): questo è possibile (come è possibile a Riva, Borgo, Tione per altri 900 nati) solo a **cinque condizioni**.

Deve esservi un ottimo livello di **concentrazione dei rischi** gravidici (1) e un **trasporto neonatale assistito ben organizzato** (2). **L'U.O. di Neonatologia del S. Chiara** deve partecipare attivamente inviando i suoi neonatologi nelle sedi periferiche (3): sempre a Borgo e Tione e, in media, un paio di giorni alla settimana anche al S. Camillo. A Riva, come già scritto nel numero precedente, accedono i pediatri dell'U.O. di Pediatria di Rovereto.

Ovviamente il **personale di questi ospedali** (in particolare ostetriche e puericultrici) deve sorvegliare attentamente i neonati per individuare ogni minimo rischio e gli anestesisti devono avere competenze di rianimazione neonatale (4).

E infine un'**epidemiologia neonatale capillare** deve controllare per ogni ospedale questo tipo di organizzazione, per garantire la massima sicurezza, tenendo ovviamente presente - come abbiamo scritto nel numero precedente - che **non esiste il "rischio zero"** (5). E' documentato, ad es., che al S. Camillo **negli ultimi vent'anni, tra gli oltre 14.000 nati di oltre 2000 grammi** non malformati, si è registrato un solo caso di decesso per asfissia neonatale e un solo caso di grave menomazione da asfissia neonatale: i rischi gravi attuali sono pertanto molto limitati, a livelli dello **0,1 per mille**. Impensabile scendere a livelli più bassi.

ROOMING-IN: VALUTAZIONE DI GRADIMENTO DI 570 MAMME

- ottimo: 392 (69%, dal 54% dei primi 200 casi)
- buono: 174 (30%, dal 44% dei primi 200 casi)
- sufficiente: 4 (0,7%, dal 2% dei primi 200 casi)
- insufficiente: 0

Il 56% ha seguito un **corso di preparazione al parto** (21% presso il S. Camillo e 35% altrove).

Il 24% (135) era seguito altrove. Di queste 135 esterne, il 73% (99) ha detto di avere scelto il S. Camillo per partorire anche per la possibilità di fare il *rooming-in*.

Il 98% dei neonati a *rooming-in* è stato allattato al seno (vs. il 96% degli altri).

UN ROOMING-IN ORGANIZZATO E SERENO

Il *rooming-in* al San Camillo ha avuto inizio nel 1997 quando si sono verificate **una serie di circostanze favorevoli**: un reparto ben ristrutturato, ostetriche e puericultrici disponibili, con i ginecologi ed un pediatra fisso, tutti d'accordo nel valorizzare, incoraggiare, sostenere iniziative di miglioramento dell'assistenza.

Vi era anche da tempo **una sempre più frequente richiesta da parte delle mamme** di poter essere maggiormente coinvolte nella cura del loro bambino. Questo per insicurezza, per timore di non essere sufficientemente capaci o adeguate ed anche per la percezione di informazioni spesso contrastanti da parte degli operatori, che inducevano nelle mamme una maggior **confusione**, e le obbligavano a dover scegliere quale linea o quale operatore seguire (per aggiunte, orari, doppie pesate, ...).

La figura professionale intorno alla quale è stata incentrata l'organizzazione è stata l'**ostetrica**, come persona che, per competenza e formazione, meglio poteva seguire sia l'aspetto materno che l'aspetto neonatale. Ma questa figura lavora **in stretta collaborazione con le puericultrici** che spesso, molto meglio, sanno cogliere i comportamenti e bisogni dei neonati.

Una delle prime condizioni che si è resa manifesta con l'avvio del *rooming-in*, è stata proprio la necessità di collaborazione di tutte le figure coinvolte. Questo ha voluto dire **confrontarci, e a volte anche scontrarci**, perché modificare uno schema organizzativo rassicurante ed efficiente, consolidato nel tempo, fatto di certezze pratiche (ad es. la doppia pesata) per un sistema nuovo e mai sperimentato di lavoro ha richiesto, e richiede tuttora **una grande disponibilità**, perché il rischio di riprendere vecchi abitudini è sempre in agguato. Arrivare a fare **maturare in tutte le persone coinvolte la convinzione** che la novità introdotta era (ed è) davvero il **meglio per la coppia madre-bam-**

bino è stata (ed è) una sfida ed una conquista continua.

Ostetriche e puericultrici valutano i singoli neonati, in particolare in prima giornata, e cercano di cogliere le "problematiche" di ogni singolo bambino (peso, cali, pianti notturni, difficoltà nell'allattamento, ecc.) e della sua mamma (è tranquilla, preoccupata, in difficoltà, come è trascorsa la notte...). Individuate le priorità dei bisogni, si cerca di **essere presenti innanzitutto al pasto** di "quel bambino" e comunque si cerca di passare più tempo possibile **nelle stanze con le mamme** per cogliere quali sono le necessità in tempo reale (cercando di **far fare il più possibile a loro**).

È anche compito dell'ostetrica fornire la prima informazione alla mamma con la consegna di appositi moduli. **In questo momento** si gioca, secondo noi, buona parte dell'esito positivo o meno di questa esperienza. Più una donna viene rassicurata e correttamente informata più presto diventa autonoma e capace di cogliere i comportamenti e le richieste del proprio bambino, attivandosi spontaneamente per fornire le risposte più adeguate (coccole, pappa, cambi, risposta al pianto del bambino).

Ci sono delle **pratiche ospedaliere** (ad es., doppia pesata, uso di soluzione glucosata od integrazione in modo indiscriminato, uso di paracapezzoli, ...) che contribuiscono a rendere meno istintivo e più complicato l'inizio di questa **relazione madre-bambino, che non è solo espressa con il latte ma con il modo in cui questo latte viene offerto**. Spesso noi operatori tendiamo a valutare solo un aspetto dell'allattamento (calo fisiologico, quantità di latte succhiata, ...). Ci siamo accorte come invece sempre più questi fattori siano espressione di un **equilibrio complessivo che la mamma deve trovare** e che le richiede, soprattutto in questi primi giorni, un notevole adattamento sia fisico che emotivo, con tempi molto personali. L'esperienza che la

donna fa in questo momento segnerà anche esperienze future: per questo ci siamo trovate spesso in difficoltà a lavorare con le pluripare.

Quindi noi operatori dovremmo essere coscienti della **responsabilità che ogni nostra parola ha**, anche per le implicazioni culturali che questi messaggi ricevuti in questo particolare momento hanno. Una più attenta osservazione della mamma con il suo bambino in un ambiente che rispetta i loro tempi ed i loro modi (quale è il *rooming-in*) ci ha insegnato come possa esistere per ogni neonato un **canale preferenziale di avvicinamento e comunicazioni legato ai cinque sensi**. Questo si rende evidente nel modo di cercare e riconoscere il seno materno (non è solo una questione posizione dei cuscini o forma anatomica dei capezzoli).

Ogni mamma, se sollecitata ad osservare il proprio bambino per meglio comprendere quale sia **la via di comunicazione preferita**, intuisce la giusta modalità di proporsi a lui (posizioni e tempi), diventando così più competente anche di noi operatori. Proprio queste osservazioni ci hanno reso più consapevoli dell'importanza della scelta di fare il *rooming-in*, tanto che oggi, **a distanza di tre anni, non c'è più scetticismo** da parte degli operatori: **non torneremo più indietro** anche perché questa modalità di lavoro **a volte più faticosa e poco misurabile è certamente più arricchente**. E, proprio perché riteniamo che l'obiettivo prioritario del nostro lavoro debba essere il favorire l'attivazione ed il riconoscimento della relazione madre-bambino, ci stiamo organizzando per permettere **a tutte le madri la possibilità di "fare rooming-in"**, di giorno e di notte, pur tenendo conto delle diverse necessità o condizioni. L'esperienza fin qui acquisita, il grado di soddisfazione delle madri e tutti i vantaggi che derivano per il neonato ci incoraggiano a proseguire e migliorare il percorso iniziato.

Sara Agostini, ostetrica

(dalla relazione al Convegno tenuto a Rovereto il 20.11.1999 su "Esperienze concrete sul rooming-in, strategie ed obiettivi futuri")

IL NEONATO, IL BAMBINO: OGGETTO PRIMO DI OGNI RESPONSABILITÀ

Hans Jonas (1909-1993) è considerato uno dei protagonisti del dibattito bioetico contemporaneo. Nel suo libro **"Il principio responsabilità"** (1979, ed. italiana Einaudi, 1990) ci propone "un'etica per la civiltà tecnologica".

Stanno svanendo le certezze di un modello di sviluppo per cui l'uomo con la sua tecnologia può dominare come vuole la natura e siamo di fronte a visioni disperanti e apocalittiche. L'uomo è diventato per la natura più pericoloso di quanto la natura lo fosse un tempo per lui.

Deve oggi prevalere un'etica della responsabilità, **un'etica del futuro**. Doveri e diritti sono fondati di regola sulla reciprocità: il mio dovere è l'inverso del diritto altrui, che a sua volta viene considerato il corrispettivo del mio (pag. 49).

Ma c'è un caso nella morale tradizionale di una non reciproca responsabilità: quello dei figli che mettiamo al mondo. **Questo è l'unico esempio offerto in natura di un comportamento del tutto altruistico. Qui sta l'archetipo di ogni agire responsabile: il neonato ha solo dei diritti, inerenti alla sua esistenza, e noi abbiamo nei suoi confronti solo dei doveri.**

"La responsabilità dei genitori costituisce l'archetipo di ogni responsabilità: il bambino nella sua totalità e in ogni sua potenzialità,

non soltanto nei bisogni immediati, ne è l'oggetto. Naturalmente l'aspetto fisico-corporeo viene per primo, ma poi vi si aggiunge tutto ciò che rientra nell'"educazione" nel senso più alto del termine: compor-

tamento, relazione, carattere, sapere; e insieme, nel limite del possibile, **anche la felicità**" (pag. 128).

Il diritto ad essere "bambini sani e felici", insomma.

Jonas cerca un paradigma in cui l'"è", l'essere semplice coincida col "dover essere": eccolo l'esempio più familiare, dice Jonas, **"il neonato, il cui solo respiro rivolge inconfutabilmente un "devi" all'ambiente circostante** affinché si prenda cura di lui. Il suo appello può incontrare insensibilità (anche se, perlomeno nel caso della madre, questo venga considerato una degenerazione) oppure essere soverchiato da altri appelli.

Non si tratta di implorazione all'ambiente ("prendetevi cura di me") e neppure si parla qui di compassione, pietà o di qualunque sentimento possa subentrare da parte

nostra, **e nemmeno di amore**" (pag. 162). L'essere di uno che è postula in modo evidente un dovere degli altri. I procreatori debbono tutelarli dal rischio di ricadere nel nulla. Il **dover essere** del lattante, che si manifesta in ogni suo respiro, diventa il **dover fare** di altri (pag. 167). Ed anche **lo Stato è responsabile** per i bambini sottoposti alla sua giurisdizione **in modo del tutto diverso** rispetto agli altri cittadini.

Con ogni bambino che viene partorito, l'umanità ricomincia il suo cammino sotto il segno della mortalità. Il dover essere che si manifesta nel lattante possiede un'evidenza, una concretezza, un'urgenza indubbie. **Il suo estremo diritto e l'estrema fragilità dell'essere vengono qui a coincidere...**

I Diritti dei Bambini in un fascicolo ed anche in Internet

BAMBINI: "LORO" DIRITTI, "NOSTRE" RESPONSABILITÀ

E' in stampa un fascicolo che riporta la serie di articoli comparsi ogni domenica sul giornale *l'Adige* nel primo semestre 2000 (vedi NT prec.).

La serie degli articoli è anche disponibile su Internet al sito: www.mondofamiglia.it/diritti.tn

Il sito web: www.mondofamiglia.it è appositamente dedicato alle tematiche familiari e si ritrova (giugno 2000) tra i siti italiani più votati in una speciale classifica del concorso promosso da Il Sole 24 Ore. Nei satelliti in cui è suddiviso il sito vi sono siti di associazioni familiari suddivisi per regioni, di raccolta di leggi e delibere, di documenti,...

Su www.mondofamiglia.it/neonati.tn troverete anche il nostro "giornalino".

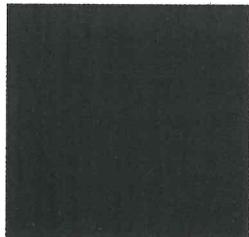
"BAMBINI SANI & FELICI"

a settembre la 10^a edizione
interamente aggiornata

Fascicolo e libro si possono prenotare fin d'ora
(vedi pag. 16)

Jonas Il principio responsabilità

Un'etica per la civiltà tecnologica



VIETNAM: UN CONVEGNO NAZIONALE SULLA COOPERAZIONE

Il Gruppo Trentino di Volontariato in data 23 giugno ha inaugurata la nuova Sede alla presenza dell'**Ambasciatore del Vietnam in Italia Tran Minh Quoc**. Erano presenti una trentina di soci e simpatizzanti, e tra essi l'Assessora alle Politiche sociali del Comune di Trento **dott.ssa Letizia De Torre** e il primario di Neonatologia **dott. Giuseppe De Nisi**. E' seguita una simpatica "Cena vietnamita" a cui hanno partecipato una sessantina di persone.

Nei mesi prossimi l'attività del GTV, in collaborazione con il GVC di Bologna, sarà dedicata alla realizzazioni di **alcuni progetti in varie regioni del Vietnam** (forestazione, cooperazione, piante medicinali,...).

Come già preannunciato, **un progetto interessa la Neonatologia di Trento** che collaborerà con l'Istituto Nazionale di Pediatria di Hanoi nel riorganizzare l'assisten-

za neonatale anche in province limitrofe alla capitale.

Il GTV nei giorni 25-26 ottobre organizzerà a Trento, **con il**

patrocinio del Consiglio della Provincia autonoma, due Convegni sulla Cooperazione in Vietnam.

CONVEGNO SULLA COOPERAZIONE ALLO SVILUPPO

Si presenterà la situazione sociale del paese, con interventi **dell'ambasciatore vietnamita in Italia e dell'ambasciatore italiano in Vietnam**. Interverrà anche il **Direttore generale della Cooperazione internazionale** sui finanziamenti e sulle prospettive della cooperazione italiana in Vietnam. Seguirà un dibattito.

Al pomeriggio: intervento del **responsabile di area del GVC di Bologna** e dibattito sulla necessità di riapertura di una linea di credito nel capitolo dell'aiuto bilaterale.



CONVEGNO SULLA COOPERAZIONE ECONOMICA

Dopo la presentazione della situazione economica del Paese, interverranno il **ministro vietnamita della Pianificazione economica** sulle prospettive future e sulle attività di investimento; il **ministro italiano dell'Industria** sull'attività di investimento delle imprese italiane in Vietnam; il **ministro vietnamita per gli Investimenti** sullo stato attuale delle infrastrutture del Paese e sulle possibilità di intervento.

Al pomeriggio: presentazione della situazione concreta di tre province vietnamite (Bac Giang, Bac Ninh, Thua Thien Huè).

ASSEMBLEA ANNUALE DEL 25.5.2000 IL NUOVO CONSIGLIO DIRETTIVO PER IL 2000-2002

Nella **relazione del Presidente** si è evidenziato il notevole lavoro dell'Associazione nel triennio trascorso, caratterizzato dal cambio del Primario dell'U.O. di Neonatologia (con impegno dei soci nei confronti dell'Azienda), da diverse iniziative culturali e dall'impegno molto concreto in Vietnam. Dalla collaborazione dell'ANT col GVC di Bologna è nato un **Gruppo Trentino di Volontariato** che ci farà da supporto logistico per altre iniziative in Vietnam. L'ANT è stata ammessa al Forum trentino per la Pace. Da rilevare anche la positiva conclusione della Legge a favore di lavoratrici madri di prematuri.

Dopo la **relazione del Segretario Cassiere** dott. De Nisi e dopo approvazione delle Relazioni è stato discusso e approvato il Programma 2000 (vedi NT 4.99, pag. 2). E' stato quindi **eletto il nuovo Consiglio Direttivo per il triennio 2000-2002**. Sono stati eletti Paolo Bridi, Mauro Buffa, Giuseppe De Nisi, Luciano Maistri, Stefano Mazzetto, Dino Pedrotti, Paola Trainotti.

Revisori dei conti sono stati confermati Marco Cozzio e Fabio Pederzini.

Il nuovo Consiglio Direttivo si è riunito in data 16 giugno e, a norma di Statuto, sono stati eletti **presidente Dino Pedrotti, vicepresidente Mauro Buffa e segretario - cassiere Luciano Maistri**.

E' stato anche rinnovato il **Comitato di Redazione di Neonatologia Trentina**, che risulta così composto: Mauro Buffa, Alba Donato, Susanna Lorenzi, Annalisa Pallaver, Fabio Pederzini, Paola Trainotti.

conto corrente		Postale	CARITRO	CARUVIL	C C R T	TOTALI	
E N T R A T E	GENITORI	44.326.000	500.000	4.998.000		49.824.000	
	ENTI	-	-	9.045.000		9.045.000	
	postaggio e rimborsi	-46.050.000	512.762	62.512.762	-18.000.000	2.050.000	
	donazioni pro-VIETNAM				16.472.000	16.472.000	
	TOTALE					73.291.000	
U S C I T E	Interessi passivi	105.239	95.569	114.274	211.252	526.334	
	Aggiornamento medici	-	-	2.717.600		2.717.600	
	Aggiornamento infermiere	-	-	301.500		301.500	
	Libri abbonamenti pubblicazioni	-	-	176.000		176.000	
	Fotografie	-	-	1.591.400		1.591.400	
	Stampa NT B S F	-	-	7.689.800		7.689.800	
	Spese segreteria e Reparto	-	-	1.991.076		1.991.076	
	Convegni Ricerca	-	-	4.142.320		4.142.320	
	VIETNAM Corso + viaggi	-	-	23.719.000		23.719.000	
	VIETNAM opere murarie	-	-	30.000.000		30.000.000	
	TOTALE					73.033.030	
	riporto anno precedente		5.628.603	108.331	4.932.733	4.379.281	15.048.948
	SALDO						15.306.918

BILANCIO 1999 - A pag. 19 del precedente numero di NT era stato pubblicato per errore il quadro riferito al bilancio 1998. Il commento, riferito al bilancio 1999, era pertanto poco comprensibile. Ci scusiamo con i nostri Soci.

23 settembre, presso il Grand Hotel Trento

LA BANCA DEL LATTE MATERNO e l'utilizzo del Latte di Banca nell'alimentazione del neonato pretermine

PROGRAMMA

ore 8.45 **I SESSIONE: LA BANCA DEL LATTE MATERNO**

Moderatori: Enrico Bertino (Torino), Amalia M. Ambruzzi (Roma)

Giuseppe De Nisi (Trento): *Indagine fra le Banche del Latte umano in Italia*
Marcel Voyer (Parigi): *La Banca del Latte umano in Francia: legislazione e organizzazione*
Guido Moro (Milano): *Strategie per lo stoccaggio e la fortificazione del latte umano di Banca*

ore 10.30 Discussione

ore 11.45 **II SESSIONE: LA GESTIONE DELLA BANCA DEL LATTE:
ASPETTI INFERMIERISTICI**

Moderatori: Antonio Cristofolini (Trento), Fina Belli (Firenze)

Lorena Contardi (Milano): *Le istruzioni alla donatrice*
Maria Rita Spreghini (Roma): *La preparazione dei pasti con latte di Banca*
Mariangela Zancanella (Trento): *Gli interventi per la sicurezza e la salute degli operatori della Banca del Latte*

ore 12.45 Discussione

* * *

ore 15.00 **III SESSIONE: L'UTILIZZO DEL LATTE DI BANCA
NELL'ALIMENTAZIONE DEL PRETERMINE**

Moderatori: Dino Pedrotti (Trento), Marcel Voyer (Parigi)

Richard Schanler (Houston): *L'adeguatezza del latte umano di Banca per il pretermine*
Jens Maschmann (Würzburg): *Il rischio infettivo nella donazione del latte umano al pretermine*

Virgilio Carnielli (Londra): *I lipidi del latte umano di Banca*

Maurizio Coraiola (Trento): *Confronto tra diverse strategie di alimentazione enterale nel pretermine*

ore 17.00 Discussione

ore 18.00 G. De Nisi (Trento), E. Bertino (Torino), G. Donzelli (Firenze),
G. Moro (Milano):

Proposta per la creazione di un Gruppo di Studio e di un Registro Italiano delle Banche del Latte Materno

Per qualsiasi informazione relativa al Convegno contattare il dr Giuseppe De Nisi
tel. 0461 903512 - fax: 0461 903505 - e-mail: Denis@tn.aziendasanitaria.trentino.it

MODERATORI E RELATORI

- Prof.ssa Amalia Maria Ambruzzi - Primario Servizio Dietologia Clinica - Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (IRCCS) - Roma
- I.P. Fina Belli - U.O. di Neonatologia e Patologia Neonatale - T.I.N. - Dipartimento di Pediatria Università - Firenze
- Dr Enrico Bertino - Ospedale S. Anna - Cattedra di Neonatologia Università - Torino
- Prof. Virgilio P. Carnielli - Institute of Child Health - Great Ormond Street Hospital e University College London Hospitals - Neonatal Unit - Londra (Regno Unito)
- I.P. Lorena Contardi - Banca del Latte Materno - Patologia Neonatale - Presidio Ospedaliero Macedonio Melloni - Milano
- Dr Maurizio Coraiola - U.O. di Neonatologia - Terapia Intensiva Neonatale - Ospedale S. Chiara - Trento
- Dr Antonio Cristofolini - Responsabile Servizio Protezione Aziendale - Direzione Generale A.P.S.S. - Trento
- Dr Giuseppe De Nisi - Primario U.O. di Neonatologia - Terapia Intensiva Neonatale - Ospedale S. Chiara - Trento
- Prof. Gianpaolo Donzelli - U.O. di Neonatologia e Patologia Neonatale - T.I.N. - Dipartimento di Pediatria Università - Firenze
- Dr Jens Maschmann - Patologia Neonatale e Terapia Intensiva neonatale - Clinica Pediatrica Università - Würzburg (Germania)
- Dr Guido Moro - Patologia Neonatale - Presidio Ospedaliero Macedonio Melloni - Milano
- Dr Dino Pedrotti - Pediatra Consulente Sezione Neonatale - Ospedale S. Camillo - Trento
- Prof. Richard J. Schanler - Neonatologia - Children's Nutrition Research Center - Baylor College di Medicina - Houston (USA)
- Dietista Maria Rita Spreghin - Servizio Dietologia Clinica - Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (IRCCS) - Roma
- Prof. Marcel Voyer - Capo Dipartimento Centro di Rianimazione Neonatale - Istituto di Puericoltura - Parigi (Francia)
- I.P. Mariangela Zancanella - Banca del Latte Materno - U.O. di Neonatologia - Ospedale S. Chiara - Trento

RICHIESTA DI PUBBLICAZIONI

- ATTI DEL CONVEGNO del 23/9/2000
- BAMBINI SANI E FELICI (nuova ediz.)
- DIRITTI DEI BAMBINI (pag. 14)

Cognome

Nome

Via

Cap/Città

Spedire (anche copiando il modulo) a: **Neonatologia Trentina** - c/o Dino Pedrotti - Via Milano, 40 - 38100 Trento

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 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.

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

NEONATOLOGIA TRENTINA
Periodico trimestrale degli AMICI
DELLA NEONATOLOGIA TRENTINA - ONLUS
Largo Medaglie d'Oro, 9 - 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: Mauro Buffa, Alba Donato, Susanna Lorenzi, Annalisa Pallaver, Fabio Pederzini, Paola Trainotti.

Stampa: Nuove Arti Grafiche "Artigianelli" - Trento