



Venerdì 7 giugno, ore 17.30
Vi aspettiamo tutti
all'incontro-discussione su
PREVENIRE PREVENIRE PREVENIRE

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

Un impegno importante della nostra Associazione per una nuova cultura

PREVENIRE, PREVENIRE, PREVENIRE,... FIN DALLA NASCITA!

UNA PREVENZIONE EFFICACE BASATA SULL'EVIDENZA

Piffer

BAMBINI SANI E FELICI 11. edizione

Un testo di base per essere genitori responsabili,
per una vera cultura della prevenzione

Pedrotti



GLI INTERVENTI SUI BAMBINI ESTREMAMENTE PREMATURI

Un documento del Comitato Etico

De Nisi

UN CORSO DI FORMAZIONE PER PROMUOVERE L'ALLATTAMENTO AL SENO

Pederzini

ECOGRAFIA AI NEONATI A RISCHIO

Valutazione dei rischi neurologici

Malossi

CONFRONTI INTERNAZIONALI Trento nel Vermont Network

Coraiola

Mortalità infantile in Europa (1996-1998)

Natalità 2001

UNA NUOVA LEGGE PROVINCIALE Le Tagesmutter

Masè

ADOTTARE UN BAMBINO IN VIETNAM

Rosati

VIETNAM - PRESENTATO ALLA CEE IL PROGETTO PER I NEONATI DI HANOI

"MONDO PICCOLO"

su L'Adige di ogni giovedì

UN POSITIVO BILANCIO 2001

Venerdì 7 giugno Soci ed Amici sono invitati all'ASSEMBLEA ANNUALE (ad ore 16.30)
e all'INCONTRO sul tema importante della PREVENZIONE (ad ore 17.30) - vedi pag. 20

In prima fila per diffondere una cultura della prevenzione

UNA PREVENZIONE BASATA ANZITUTTO SULLE EVIDENZE

Prevenire, prevenire, prevenire... può essere un motto che genitori, politici, pediatri dovrebbero avere sempre chiaro in testa (oggi sono di moda le triplete tipo "resistere, resistere, resistere" oppure "riformare, riformare, riformare"...).

In questo giornale compaiono una serie di consigli che vorremmo diffondere tra tutti i genitori, convincendoli sull'opportunità di attuarli (**li commenteremo in profondità nell'incontro del 7 giugno**). Ognuno di questi consigli è stato sottoposto a valutazioni a livello internazionale.

La medicina moderna propone oggi procedure validate da studi controllati molto seri, in cui sono eliminati i rischi della casualità, delle opinioni dei singoli, delle impressioni soggettive.

Sulla **prevenzione nel primo anno di vita** esistono raccomandazioni di apposite Task Force (USA, Canada), di società scientifiche e di istituzioni (OMS, CDC, AAP,...)

Vi proponiamo una tabella di

PROCEDURE

BAMBINI SANI E FELICI

Screening alla nascita per ipotiroidismo, PKU e altre patologie metaboliche	pag. 106
Screening alla nascita dell' udito per nati a rischio	142
Promozione dell' allattamento al seno	55
Svezamento a 6 mesi ± 1 mese	71
Profilassi del rachitismo (vitamina D) e della malattia emorragica (vitamina K per 2 mesi)	106
Profilassi con fluoro con inizio a 6 mesi se fluoro <0,3ppm nelle acque potabili (+ igiene orale, dieta, controlli odontoiatrici periodici)	111
Vaccinazioni contro polio, difterite, tetano, pertosse, epatite B, emofilo B	112
Bilanci di salute programmati e differenziati per nati con o senza rischi (<i>non evidenze a favore del Boel-test a 7 mesi</i>)	115
Prevenzione contro i rischi ambientali e domestici	141
Fumo passivo	142
Seggiolino per la macchina	145
Posizione supina nel sonno	133
Incidenti domestici (girello, pentole, giocattoli, farmaci,...)	148
	150
	146

procedure fortemente raccomandate, tutte praticate nella nostra provincia e tutte commentate nel libro "Bambini sani e felici".

La tabella ci è stata fornita dal **dott. Silvano Piffer**, Responsabile Osservatorio Epidemiologico APSS.

11.a EDIZIONE DEL LIBRO "BAMBINI SANI & FELICI"

Il libro "Bambini sani e felici" è un testo che, da vent'anni e nelle sue dieci edizioni, viene consegnato e commentato ai genitori al momento della nascita o, meglio, nei corsi di preparazione alla nascita. Ci siamo assunti il compito di aggiornarlo, stamparlo e distribuirlo ai genitori interessati. La nostra Associazione lo mette a disposizione di tutti i genitori che lo richiedono.

E' un notevole impegno finanziario, ma riteniamo di aver **contribuito a migliorare la cultura della prevenzione** nella nostra provincia.

A distanza di appena due anni sono state esaurite le copie della 10. edizione. Nel giugno 2002 sarà disponibile l'11.a edizione (saranno stampate altre 5000 copie).

La Cassa Centrale delle Casse Rurali Trentine ha contribuito anche per questa edizione con una donazione di 5 milioni di Lire.

Il libro è sempre **in vendita nelle librerie di Trento (Euro 10)**.

Sono già stati ristampati (e parzialmente aggiornati) i due fascicoli **ANT 3 (Primi Consigli)** e **ANT 4 (ABC dell'allattamento al seno)**, stampati nel 2000 ed ora esauriti. Due opuscoli che contengono le "prime istruzioni per l'uso" per i genitori, consegnati e commentati anch'essi al momento della nascita.

La Cassa Rurale di Trento ha stanziato un contributo di 750 Euro.

I genitori che desiderano libro o opuscoli possono richiederli con il tagliando di pag. 20.



L'ANT PER LA DIFFUSIONE DI UNA CULTURA DI PREVENZIONE

Lil 7 giugno ci troveremo a parlare di un tema molto serio. Il tema dell'incontro di quest'anno, fissato dal Direttivo, è **"la prevenzione dalla nascita al primo anno di vita"**. Lo scorso anno ci siamo dedicati, con ostetrici e genetista, al tema della prevenzione prima della nascita.

Quando un bambino nasce, ovviamente non sa parlare e non sa cosa l'aspetterà nella sua vita futura. Ha bisogno di avvocati, come hanno bisogno di avvocati una pianta, un animale, un handicappato, un vecchio... Abbiamo idee sempre più chiare sui **diritti dei bambini** (attenzione: diritti "ad essere bambini" e a diventare uomini e donne; non diritti a fare e ad avere tutto quel che vogliono!); altrettanto chiare debbono essere le idee sulle **nostre responsabilità**.

Sono i genitori e pediatri che debbono saper interpretare i veri bisogni di un bambino. Lui certamente vorrebbe nascere sano, vorrebbe mantenersi sano e crescere sano e felice.

Al giorno d'oggi in economia o in agricoltura è sempre più vincente una **"cultura della prevenzione"**: bisogna saper prevedere e prevenire al massimo.

La Neonatologia trentina è sempre stata in prima fila nel considerare **il neonato come l'individuo titolare dei maggiori diritti ad essere protetto e tutelato**. Abbiamo sempre valorizzato i genitori, curando al massimo l'educazione alla salute e stimolandoli a sentirsi sempre più responsabili.

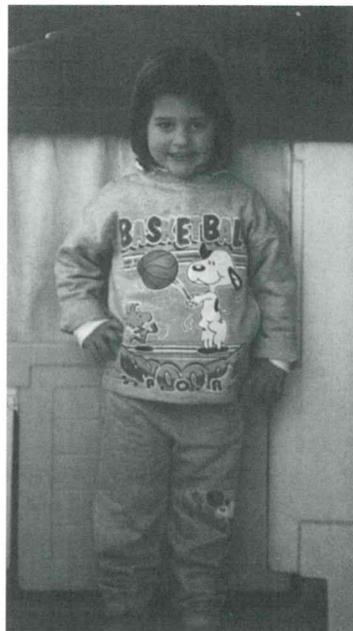
E questo in mezzo a tante incomprensioni. Molti genitori non sono preparati adeguatamente ad "essere genitori". Politici e amministratori plaudono spesso a parole a quel che si fa, ma gli interventi sono poi settoriali e limitati.

Prevenire a 360 gradi, in modo globale, significa interessarsi non solo del lato medico e scientifico, ma anche del lato umano. E' dovere dell'Ostetricia e della Neonatologia garantire la migliore partenza, tenendo anche un occhio alle condizioni in cui il neonato arriverà a diventare adulto.

Occorre non solo ridurre i possibili danni di partenza e curare un'alimentazione corretta, ma anche **responsabilizzare i genitori per gli anni futuri**.

Lo Statuto della nostra Associazione prevede che si diffondano informazioni sulla prevenzione. **Tutto il libro "Bambini sani e felici"** educa i genitori a curare al massimo questo aspetto. Non solo nei capitoli dell'ABC della prevenzione (di cui riportiamo l'introduzione a pag. 9), ma anche nei capitoli dell'ABC dell'alimentazione e dell'ABC del comportamento.

La prevenzione dell'obesità, delle malattie degenerative del-



Alice, nata piccola piccola il 26.12.1997, oggi sembra in ottima forma! Auguri!

l'adulto, ma anche la prevenzione primaria del disagio giovanile si deve attuare nell'ambiente familiare nei primi mesi, nei primi anni di vita.

dp

L'organizzazione dell'assistenza ostetrico-neonatale in provincia è tutta basata sulla prevenzione primaria e secondaria soprattutto nei confronti delle nascite a rischio. Restano sempre validi i "4 obiettivi finali" e le "10 strategie" di prevenzione, già esposti nel 1997.

Abbiamo fissato "dieci punti di intervento", dieci semplici strategie. Abbiamo raggiunto livelli ottimali

1. nel **trasporto in utero** (a Trento nasce oltre il 90% dei piccoli prematuri della provincia)
2. nel rendere più maturi i polmoni dei prematuri (**steroidi al 70%** dei piccoli prematuri)
3. nel **trasporto neonatale** (**attivo nel 100%** dei casi da oltre 25 anni, 24 ore su 24)
4. nel garantire **latte della propria madre** anche ai prematuri (80%), con la **banca del latte**
5. nel **"demedicalizzare"** al massimo, con sempre **minore invasività**
6. nel prevenire e tenere sotto stretto controllo **le infezioni ospedaliere**
7. nel **ridurre le degenze** e nel favorire le cure a domicilio nei bambini cronici
8. nel **seguire a distanza i casi ad alto rischio** e nell' eseguire **valutazioni di territorio**
9. nel curare la **formazione permanente regionalizzata** anche negli ospedali periferici
10. nel curare i rapporti con genitori e cittadini con la **nostra Associazione**.

Questa filosofia ci ha portato a raggiungere i "4 obiettivi":

1. **meno morti** (tassi di mortalità infantile ai minimi livelli mondiali - vedi pag. 6-7)
2. **meno handicap** (tassi di handicap ai minimi livelli - vedi pag. 8)
3. **a minori costi** (meno risorse impegnate, meno medicalizzazione)
4. **con "umanesimo"** (persona-neonato e sua famiglia "al centro e a 360 gradi").

LA MIGLIOR PREVENZIONE SI FA ALL'INIZIO DELLA VITA



Letizia, nata alla 28ª settimana, pesava 760 g



Jessica pesava 930 g

L'80-90% di tutti i decessi in età pediatrica avviene nel primo anno di vita; e nella stragrande maggioranza (80%) si verificano nel primo mese di vita. Le morti del primo anno di vita (che, rapportate al numero dei nati, costituiscono la cosiddetta «mortalità infantile») sono ormai dovute per l'80-90% a cause legate alla nascita (più del 50% per grave prematurità, più del 30% per gravi malformazioni congenite).

Due terzi dei casi di handicap gravi presenti nella popolazione sono dovuti a problemi emersi in gravidanza e/o alla nascita: a malformazioni oppure a cause cosiddette «perinatali», come esiti di prematurità grave, di sofferenza fetale, di asfissia neonatale.

La lotta contro la mortalità infantile è contemporaneamente lotta contro l'handicap.

Una efficace organizzazione ostetrico-neonatale, unita ad una cultura di prevenzione diffusa tra la popolazione, fa sì che, parallelamente ad una maggior sopravvivenza di neonati, vi sia anche una migliore qualità della vita.

I dati aggiornati al 2001 sugli esiti riferiti ai neonati molto prematuri curati a Trento sono sempre **molto positivi se paragonati ad altri dati della letteratura internazionale**. I numeri sono molto bassi, ma è evidente come per ogni settimana in più crescano notevolmente le probabilità di una buona sopravvivenza.

La sopravvivenza è stata del 50% a 23-25 settimane, dell'81,5% a 26-28 settimane, del 92% a 29-30 settimane.

Il rischio attuale di danni neurologici gravi risulta del **5% per i nostri 40 nati vivi di 23-25 settimane** (sul 10%, se si calcola il rischio sui sopravvissuti: 2 casi su 20 sopravvissuti).

Nell'area di *Oxford*, dove da oltre 20 anni si analizzano questi dati in modo molto preciso, il tasso di paralisi cerebrali gravi è stato del **5,5% su 509 nati a 23-25 settimane** (1984-1998).

A **26-28 settimane** il rischio di gravi esiti neurologici è stato **per noi del 5,4%** sui nostri 92 nati. Ad Oxford è stato dell'11% su 565 nati.

Così da noi a 29-30 settimane abbiamo registrato il 2,4% di esiti cerebrali (3 su 124 nati), ad Oxford il 6% su 751 nati.

Neonati di età gestazionale 23-30 settimane ricoverati presso la Terapia Intensiva Neonatale di Trento (1994-2001)

nati vivi (23-30)	n. 256
deceduti	n. 47
sopravvissuti	n. 209 (82%)
esiti gravi sui sopravvissuti	n. 10 (5%)

età gestaz. (sett.)	23	24	25	26	27	28	28	30
nati vivi	9	13	18	16	25	51	55	69
deceduti	7	7	6	6	5	6	6	4
sopravvissuti (%)	2 (22%)	6 (46%)	12 (67%)	10 (63%)	20 (80%)	45 (88%)	49 (89%)	65 (94%)
esiti gravi	0	2 (33%)	0	0	1 (5%)	4 (9%)	1 (2%)	2 (3%)

L'ETICA AI CONFINI DELLA VITA

Le conoscenze sempre maggiori riguardanti le patologie del neonato pretermine e la disponibilità di tecnologie sempre più avanzate hanno portato il mondo occidentale verso tassi di mortalità su valori impensabili solo 10 anni fa. La sopravvivenza dei neonati pretermine di età gestazionale **tra le 30 e le 36 settimane rasenta il 100%** in quasi tutti i paesi occidentali. Anche nelle fasce di età gestazionale più bassa (27-28-29 settimane) i successi in termini di sopravvivenza e di qualità della vita continuano ad aumentare.

Al miglioramento delle conoscenze e delle tecnologie si associa **un altro fattore: la bassissima natalità**. A volte la unicità della prole, rende prezioso qualsiasi figlio, anche se nato prima delle 26 settimane di gravidanza. Consapevoli di questa evoluzione di tipo sanitario e sociale, gli ostetrici ed i neonatologi stanno ponendo particolare attenzione **alle problematiche legali ed etiche** che possono insorgere in occasione di una nascita di un neonato estremamente prematuro, di 23, 24, 25 settimane di gestazione.

Quando si parla di etica nel garantire la sopravvivenza ad ogni costo, si pensa subito all'**accanimento terapeutico**, a quel comportamento medico teso a risolvere i problemi dell'immediato presente senza curarsi del futuro del paziente e della sua famiglia. L'argomen-

to neonatale, come si può intuire, è ben diverso dalle problematiche legate alla patologia terminale dell'età avanzata. Vi è quindi bisogno di **grande esperienza** in materia, non disgiunta da **un alto grado di umanità** verso la persona-neonato e verso i suoi genitori. Se si pensa poi che le cure intensive comportano **anche costi elevati di assistenza**, possiamo giustificare anche il comportamento di chiusura vigente in alcuni stati europei nell'assistere i neonati di 23-24-25 settimane di gestazione.

La particolare sensibilità, presente da anni in Trentino, verso questi problemi ha portato, nell'ambito della **Commissione Bioetica dell'Ordine dei Medici della provincia di Trento**, ad un gruppo di studio per "l'assistenza al parto estremamente prematuro"; un gruppo che ha raccolto le esperienze e le conoscenze non solo dei neonatologi e dei ginecologi, ma anche i pareri obiettivi di altre figure professionali (avvocato, giudice, insegnante, psicologo, sacerdote, infermiere, ostetrica, genitore).

In tal modo sono state formulate delle **linee guida che confermano l'atteggiamento avuto negli ultimi anni dall'équipe ostetrico-neonatalogica** riguardo questo tipo di parto e questi neonati. Si è giunti alla conferma che i dati attualmente disponibili in Trentino (vedi tabella a pag. 4) risultano di

scarsa numerosità ai fini statistici; per raggiungere una certa numerosità bisogna allargare il periodo di valutazione. Mettere insieme i dati degli anni '90 con quelli del 2000 ci fa però cadere in un errore di superficialità, in quanto il tipo di assistenza verso questi casi è andato negli ultimi anni rapidamente migliorando e sconvolge positivamente i valori di sopravvivenza e di handicap a distanza.

Il gruppo ha comunque ribadito da un lato **le difficoltà cliniche di gestione del parto** e della nascita dei neonati al di sotto delle 26 settimane di gestazione, dall'altro l'obbligo del rispetto dei diritti fondamentali di tutte le persone coinvolte (neonato, genitori, medici curanti). Deve quindi esserci **autonomia decisionale da parte dei sanitari, ma con il massimo coinvolgimento dei genitori** che hanno diritto già prima del parto ad un'accurata informazione riguardo i rischi e i vantaggi dell'intervento sanitario.

Solo con un comportamento esperto ed umano sarà possibile agire nel migliore interesse del neonato e della sua famiglia. Questo impegno a volte può essere di grande difficoltà, ma bisogna essere sempre consapevoli che il futuro di questi neonati non è soltanto nelle mani della scienza e della tecnologia, ma soprattutto nell'affetto e nelle cure dei loro genitori.

Giuseppe De Nisi

Miracolo al S. Chiara: pesava 450 grammi, è viva

L'eccezionale forza della piccola Sabrina: respira da sola e fa 12 pasti al giorno

di Rinaldo Cao

TRENTO. Si chiama Sabrina, è bionda, ha due occhi luminosissimi e consuma dodici pasti al giorno. Parliamo di lei oggi, perché soltanto ieri mattina il suo peso ha raggiunto i 1250 grammi, cioè ha tagliato un traguardo che per i medici neonatologici è considerato di sicurezza, con percentuali di sopravvivenza che sfiorano il 100 per cento. Ma appena 11 settimane fa, cioè il 21 gennaio, Sabrina di grammi alla nascita ne pesava 450, poi con una forza che ha del miracoloso ha lottato per vivere ed ha vinto.

Sabrina è la mascotte della terapia intensiva di neonatologia dell'ospedale Santa Chiara. Naturalmente è curata con lo stesso affetto e dedizione che gli operatori di questo reparto, altamente specializzato,

E' la mascotte di medici e infermieri della terapia intensiva



Il primario del reparto di neonatologia del Santa Chiara dottor Giuseppe De Nisi durante una visita nell'unità di terapia intensiva che ospita da 82 giorni la piccola Sabrina Lazzeri

quando è stato deciso che sarebbero stati messi a sua disposizione tutti i supporti, tecnici e farmacologici, qualora ne avesse avuto bisogno: «La verità è che Sabrina alla faccia di tutte queste decisioni»

IL VERMONT OXFORD NETWORK

La nostra Associazione ha "investito" per l'anno in corso la somma di oltre 2500 Euro perché l'Unità Operativa di Neonatologia possa iscriversi al Vermont Oxford Network. Perché? Che vantaggi ne ricavano i neonati trentini?

Più volte su questo giornolino abbiamo parlato dell'**importanza delle valutazioni e del confronto** nella terapia intensiva neonatale: la variabilità è notevole e, quanto più piccolo è il bambino, tanto più sono importanti le differenze in cui viene al mondo e viene curato.

Vi sono anzitutto **diversi ambienti sociali in cui avviene la nascita**: vi sono madri povere, ignoranti, sfruttate, malate, ci sono quelle che non sanno neppure di

essere incinte, o che non si sono mai fatte visitare in gravidanza. A parte i paesi del Terzo mondo, nella sviluppatissima America convivono la tecnologia e la ricerca più avanzate con sacche di emarginazione e di povertà inconcepibili in Europa occidentale.

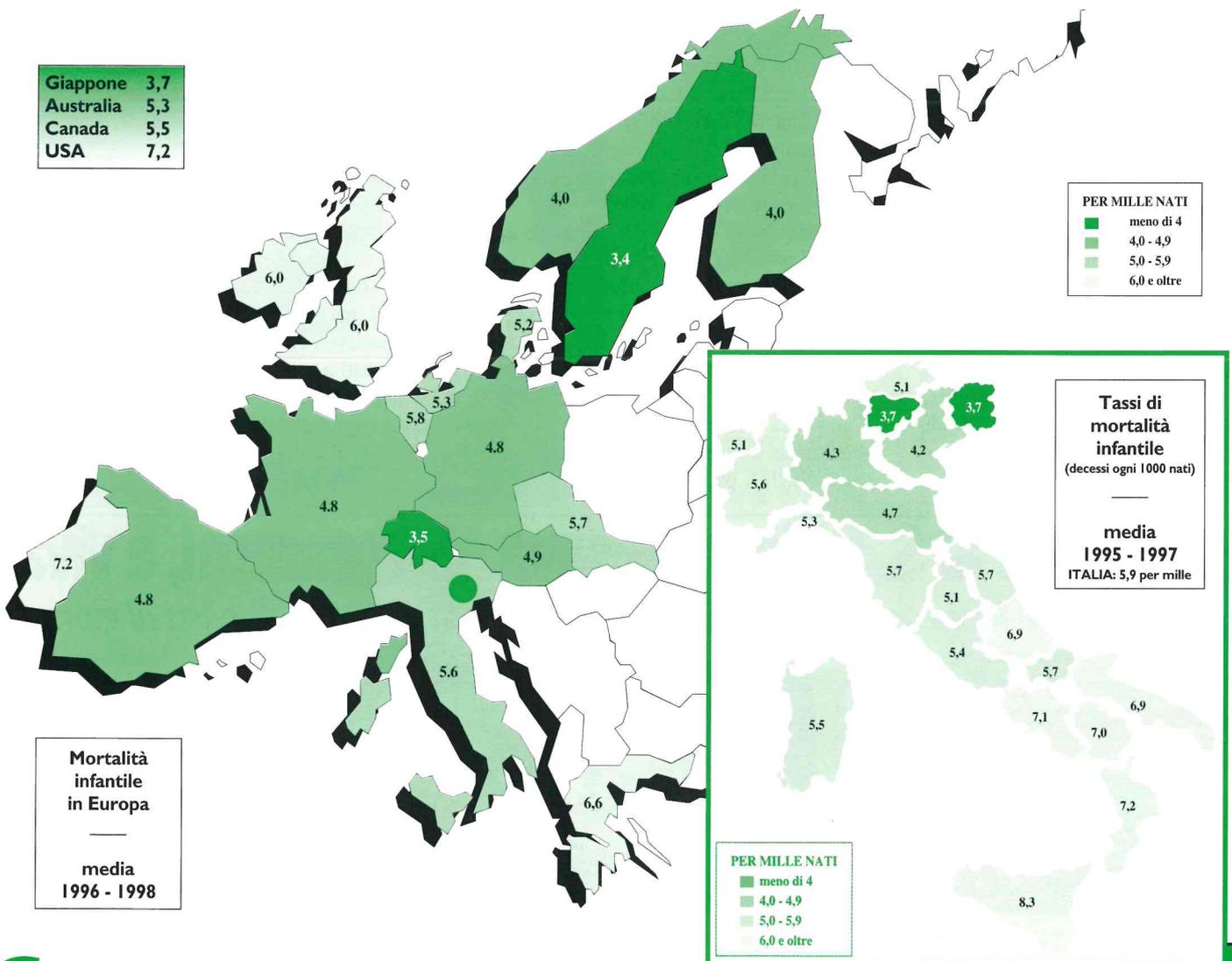
Poi ci sono le **differenze organizzative**: alcuni interventi, come il prevedere pochi ma buoni Centri di Terapia Intensiva neonatale, la somministrazione di cortisone alla madre quando si prevede una

nascita molto prematura, la concentrazione delle gravidanze a rischio, il trasporto assistito, sono di grande importanza per **ottimizzare le risorse** e per assicurare al piccolo buone condizioni iniziali di salute.

Ci sono infine le **differenze nelle cure**: abbiamo già detto in un recente numero come la variabilità nelle cure sia notevole e che il trovarsi in un Centro invece che in un altro può significare notevoli differenze sulla gestione di molti

MORTALITÀ INFANTILE IN EUROPA (1996 - 1998)

Su *Pediatrics* di fine anno 2001 sono stati riportati i dati internazionali di mortalità infantile riferiti al 1998. Con lo stesso criterio utilizzato a pag. 8 del precedente numero, aggiorniamo i nostri lettori (che sanno quanto siamo sensibili ai dati nazionali e internazionali) con una significativa cartina che illustra i dati riferiti alla media dei tre anni 1996-1998.

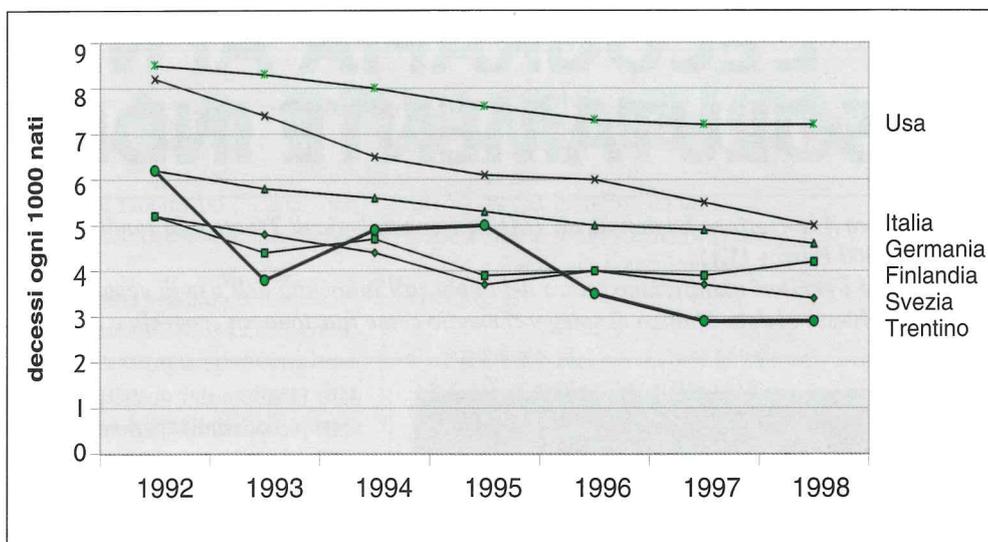


problemi. La Neonatologia è peraltro una scienza giovane molti interventi derivano direttamente dalla pratica sugli adulti.

Ma come siamo messi noi nel panorama generale? Lavoriamo bene o meno bene? Che risposta siamo in grado di dare a chi (i genitori) ci chiede qual è questo o quell'altro rischio (ammesso che li sappiamo)? Se il piccolo fosse nato, che so, a Parigi o in un superattrezzato Centro americano, sarebbe stato forse meglio per lui?

Questi ed altri dubbi sono aspetti importanti delle cure, così importanti perché ci inducono ad un lavoro necessario di sintesi e di autocritica: **tutti sono convinti di agire al meglio e di fare delle cose utili**, ma, all'atto pratico, non tutti sono interessati ai problemi all'infuori di quello che stanno studiando. E spesso alla foga di voler comunicare (in genere i propri buoni risultati) si accompagna il disinteresse o l'incredulità di chi ascolta.

Questa è una storia raccontata da un collega tedesco, un esempio di teutonica precisione, giusta diffidenza e serietà (in genere non si è molto interessati all'altrui esperienza). Un Centro universitario, comunicando risultati veramente buoni per i loro neonati molto piccoli e alcuni accorgimenti per ottenerli, definiva il tutto un po' pomposamente "**optimal management**", gestione ottimale. Un altro Centro ha preso molto sul serio questa segnalazio-



ne e ha inviato due medici per una settimana un po' per controllare se questi risultati erano veri o inventati e un po' per capire qualcosa di più di questo *optimal management*.

E' senz'altro auspicabile che l'interesse non riguardi solo campi settoriali o limitati: è necessaria **un'attività strutturata di confronto** e che coinvolga molti Centri su cosa succede realmente "sul campo", su come vanno le cure in senso stretto ma anche sull'attività organizzativa che sta a monte.

Un recente e qualificato progetto che confronta l'attività tra Centri è quello coordinato nello stato del Vermont negli Stati Uniti d'America (**Vermont Oxford Network**). Esso ha lo scopo di mettere in contatto molti Centri per migliorare la qualità e la sicurezza delle cure

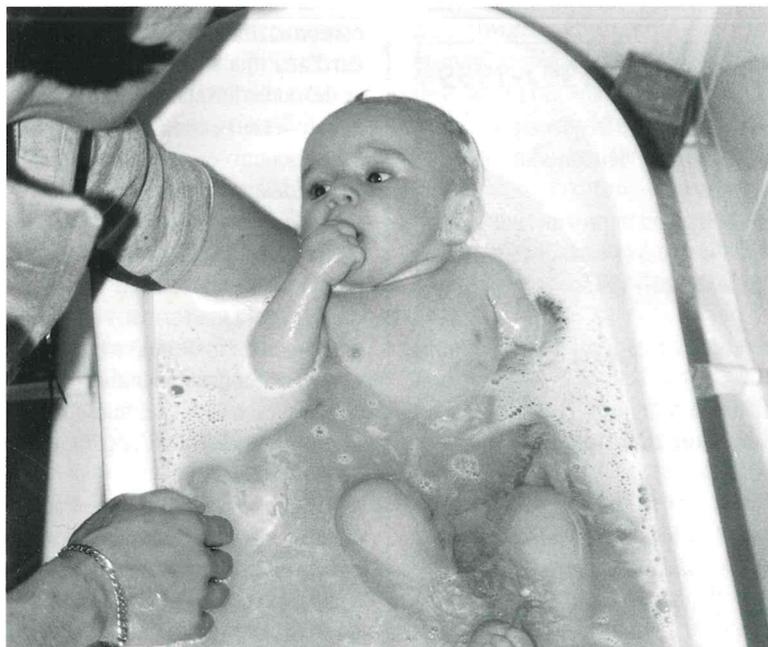
mediche. Per sostenere questo scopo, il Network mantiene **due banche dati**, una per tutti i neonati ricoverati in Terapia intensiva e l'altro per quelli di basso peso.

I Centri partecipanti hanno così a disposizione dati per audit interno, confronti di vario tipo, studi epidemiologici, oltre a materiale utile per il supporto alle famiglie dei neonati ad alto rischio e per indirizzare gli interventi politici **per efficaci cure neonatali**.

Più di 400 Centri (soprattutto americani) partecipano a questa attività nel 2002: tra questi, ve ne sono **quattro italiani, tra cui il nostro di Trento**. Abbiamo così una situazione aggiornata ogni 4 mesi su molteplici aspetti delle nostre cure materne e neonatali e su come siamo messi rispetto a tutti gli altri. E' indubbia l'importanza di essere inseriti in un circuito dove ci si può confrontare e scambiare opinioni: una cosa è leggere sui libri o su articoli o anche avere esperienza diretta di qualche Centro e un'altra poter avere **un'idea abbastanza precisa di come siamo collocati, come organizzazione, come cure e come risultati** rispetto ad una larga parte della Neonatologia internazionale.

Ritornando al genitore che ci chiede tante cose, siamo in grado di rispondere a ragion veduta e non in base a impressioni: per una data malattia o condizione qui a Trento registriamo questi risultati, in altri centri la situazione è quest'altra.

Maurizio Coraiola



L'ECOGRAFIA AI NEONATI: ASSOLUTAMENTE INDISPENSABILE

La nostra Associazione ha donato all'U.O. di Neonatologia di Trento una sonda ecografica neonatale con stampante (valore di circa 7000 Euro + IVA).

Siccome i genitori manifestano talora dei dubbi sull'innocuità dell'uso di ecografie in neonati piccoli e a volte piccolissimi, abbiamo chiesto al dott. Malossi di spiegarci meglio come funziona un ecografo e quali vantaggi vi sono per il bambino.



Lo studio ecografico del neonato è ormai attuato di routine in tutti i reparti di Neonatologia e di Terapia intensiva neonatale, in particolare per quanto riguarda lo studio del cervello, del cuore, dei reni.

Di questi organi abbiamo immagini sempre più raffinate, di semplice esecuzione, ottenute con strumenti molto maneggevoli, in assenza di rischi (**non si usano radiazioni ma innocui ultrasuoni!**). Possiamo così riconoscere in tempi brevissimi patologie a volte molto gravi, che necessitano di immediate terapie farmacologiche o chirurgiche per salvaguar-

dare la salute dei nostri piccoli (a volte piccolissimi) "pazienti".

Il principio su cui è basata l'ecografia è molto semplice. Le onde di ultrasuoni prodotte da una "sonda" vengono inviate nel corpo del neonato e **le onde che rimbalzano (gli echi)**, di diversa intensità in base al tipo di sostanza attraversata tornano alla sonda. Questa invia gli impulsi a un computer li trasforma in segnali luminosi (immagini) sul monitor dell'apparecchio. L'immagine così visualizzata può poi essere fissata su carta fotografica (per mezzo di una stampante) o registrata su nastro magnetico (visibile con un normale videoregistratore).

Le sonde ecografiche per l'uso neonatale richiedono alte frequenze (5-7.5-10 MHz), che permettono una buona definizione dell'immagine anche a scarsa profondità di penetrazione degli ultrasuoni (gli organi del neonato sono superficiali).

Nel nostro reparto vengono attualmente effettuate numerose indagini ecografiche sui neonati ricoverati utilizzando un nuovo apparecchio portatile (Esaote Megas, real-

time con sistema eco-color doppler, con una sonda da 5 Mhz)

La maggior parte di tali indagini sono **ecografie cerebrali**, che vengono condotte appoggiando la sonda sulla fontanella cranica, e sono eseguite in incubatrice a tutti i neonati pretermine (se pesano meno di 1500 g e sono nati a meno di 32 settimane di gravidanza), subito dopo l'ingresso in reparto. Così possiamo disporre al più presto di una valutazione sulle condizioni anatomiche del cervello nella categoria di neonati a più alto rischio di complicanze neurologiche (emorragia cerebrale, idrocefalo, leucomalacia).

Vengono eseguiti dei controlli ravvicinati nei primi giorni di vita, poi dilazionati in base alla situazione clinica. Vi sono poi situazioni di urgenza che necessitano di un immediato controllo (asfissia, improvviso aggravamento delle condizioni generali, improvvisa anemia importante, deficit della coagulazione, convulsioni, gravi crisi di apnea o di rallentamento del cuore, tremori, alterazioni del tono muscolare, malformazioni).

Nel sospetto di alterazioni della conformazione o della funzionalità **cardiaca** (malformazioni, persistenza del dotto di Botallo, persistenza di circolo fetale) è fondamentale il precoce riscontro ecografico anatomico e funzionale al fine di poter intervenire al più presto.

Neonati affetti da infezioni urinarie, da malformazioni dei genitali, o da sindromi malformative (spesso già sospettate in utero) vengono sottoposti ad **ecografia renale** per valutare la presenza di eventuali malformazioni a carico dell'apparato urinario.

Ecografie degli altri organi addominali vengono eseguite nel sospetto di malattie malformative o di pericolose alterazioni del flusso ematico.

Riccardo Malossi

LESIONI CEREBRALI RILEVATE CON L'ECOGRAFIA - 1997-1999

L'ecografia permette di riconoscere nel cervello sia eventuali **emorragie** (frequenti nei bambini molto prematuri) sia eventuali aree con ridotta circolazione di sangue ("**leucomalacia periventricolare**" - PVL: colpisce soprattutto ai neonati con grave asfissia).

Nel triennio 1997-1999, tra gli oltre 14.000 neonati di **oltre 1500 g** nati in provincia di Trento, due sono stati colpiti da emorragia grave di IV grado; 5 da PVL grave (1 caso di esiti gravi su 2000 nati). Da diversi anni registriamo meno di 5 casi all'anno di gravi esiti neurologici (su circa 5000 nati): meno di 1 neonato su 1000.

Casi di grave disabilità alla nascita, in particolare paralisi cerebrali e ritardi psicomotori, colpiscono nel mondo almeno 1 neonato su 1000.

Neonati di peso inferiore a 1500 g: nel triennio considerato un'emorragia di III-IV grado (la più grave, che comporta poi esiti neurologici) ha colpito **un solo neonato su 109 sopravvissuti (0,9%)**. E un altro piccolo prematuro ha manifestato PVL (0,9%).

Nel report del Vermont Oxford Network, su 23.533 neonati di diverse nazionalità, di peso inferiore a 1500 g, le emorragie di III e IV grado hanno colpito l'8% dei neonati e le PVL il 4%.

da IL NEONATO TRENTINO 4

L'ABC DELLA PREVENZIONE

Prevenire costa meno, molto meno che curare e rende sicuramente molto di più. Lo sa bene l'agricoltore, che cerca di prevenire i danni al suo raccolto, lavorando a fondo il terreno, concimandolo al tempo giusto, raccogliendo i frutti nelle migliori condizioni.

E chi ha l'automobile sa che, per farla durare e rendere di più, occorre seguire certe regole e fare certi controlli preventivi.

I figli dovrebbero essere ben più importanti degli affari o delle automobili. La vita dei nostri figli sta diventando sempre più «preziosa», sia perché sono in numero ridotto, sia perché disponiamo di sempre migliori mezzi per garantirla. Contemporaneamente **c'è sempre maggiore ansia attorno a loro**, a causa dell'angoscia con cui si vive la vita moderna e della paura esistenziale per il nostro e per il loro futuro. Solo la conoscenza e l'applicazione dei più aggiornati metodi di prevenzione può rendere **coscienti, responsabili e sereni i genitori.**

La prevenzione è senz'altro la parte più intelligente della medicina. Non deve essere troppo schematica, ma ragionata; non deve essere lasciata ad altri, ma **deve essere capita in modo responsabile; non deve indurre ansia, ma serenità.**

Al di là della tradizione e delle apparenze ci si deve mettere alla ricerca della prevenzione più vera ed efficace, quella che risponde a **criteri di universalità e razionalità.**

PREVENZIONE PRIMARIA, SECONDARIA, TERZIARIA - I

genitori debbono anzitutto conoscere bene i tre momenti in cui si può fare prevenzione. Si fa **prevenzione «primaria»** quando, in piena salute, si compiono degli atti per evitare l'insorgere di un danno: l'isolamento da individui infetti, le precauzioni per evitare incidenti, i consigli igienici ed alimentari (l'allattamento materno in particolare), la maggior parte dei controlli in gravidanza e alla nascita, le vaccinazioni, la somministrazione di vitamina D e fluoro

per evitare rachitismo e carie sono esempi chiari di prevenzione primaria.

Quando la malattia è insorta, si tratta di scoprirla precocemente e di curarla in tempo (**prevenzione «secondaria»**): se si scopre alla nascita una lussazione dell'anca o un ipotiroidismo congenito, si possono subito iniziare le cure per evitare gravi complicazioni. Se capita un incidente, le cinture di sicurezza potranno limitare i danni.

Se si arriva in ritardo, occorre prevenire complicazioni o ricadute o peggioramenti (**prevenzione «terziaria»**); possibilmente occorre ridurre o far scomparire ogni danno per mezzo della riabilitazione.

Nel caso della nostra dentatura, il fluoro e la riduzione degli zuccheri evitano l'insorgere della carie (prevenzione primaria); le visite periodiche dal dentista possono far scoprire l'inizio di una carie (prevenzione secondaria); l'applicazione di protesi dentarie costituisce l'estrema possibilità di prevenzione (terziaria), quando non si è arrivati in tempo a fermare la malattia.

I CONCETTI DI «RISCHIO» E DI «EFFICIENZA» -

Negli ultimi anni i concetti di «rischio» e di «prevenzione del rischio» sono oggetto di una attenzione sempre maggiore... Oggi sono molto aumentate le informazioni e le disponibilità finanziarie: la gente da una parte è **confusa per eccesso di informazioni**, dall'altra giustamente vuole essere più informata e responsabile.

Contemporaneamente si è anche ridotta di molto l'**accettabilità del rischio**. Sessant'anni fa il rischio di morire nel primo anno di vita era molto elevato, ma, di fronte alla morte di un figlio, c'era molta più rassegnazione (moriva **un bambino ogni 10 nati**, oggi ci muore **un neonato ogni 1000**, addirittura 100 volte meno). Oggi ci preoccupiamo per un caso di difterite capitato a Milano, per il caso di un turista che si ammala di malaria, per un auto-

mobilita che è colpito da un sasso su una strada di montagna (e spendiamo miliardi per prevenire questo rischio).

PREVENIRE SIGNIFICA ANCHE RISPARMIARE (MIGLIAIA DI EURO!)

- Se si prende in mano questo libro con la mentalità del ragioniere che fa bene i conti di casa, si possono calcolare, capitolo per capitolo, quanti soldi si risparmiano se si adottano tutti i consigli esposti. Facciamo alcuni esempi concreti.

- Se si usa il **latte della propria madre** nei primi sei mesi, anziché il latte in polvere (0,8 litri al giorno x 4 Euro al litro x 180 giorni), si risparmia circa **500 Euro**.

Per altri sei mesi (mezzo litro di latte al giorno) si risparmiano **300 Euro**.

- Se si usa l'**acqua del rubinetto** anziché le inutili acque minerali (costose quelle per bambini); se l'**alimentazione** è corretta, se non si abusa di carne (costosa), di dolci, merendine, bevande e quanto ci propone un pesante consumismo, si possono risparmiare in famiglia **migliaia di Euro...**

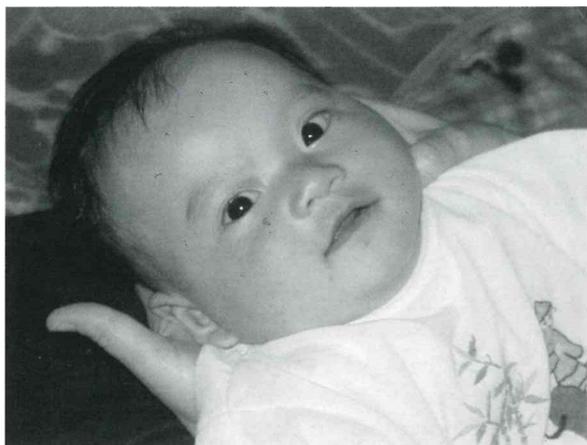
- Se si utilizza il **fluoro** (pag. 113), assieme ad altre misure preventive, si previene la comparsa di carie con risparmi elevatissimi: **migliaia di Euro...**

Per prevenire l'allagamento della casa, bisogna anzitutto chiudere il rubinetto. Ma bisogna anche prevedere che il rubinetto possa guastarsi e allora bisogna controllare che funzionino bene gli scarichi del lavandino. Se non si è attuata la prevenzione primaria e secondaria, l'acqua potrà straripare e sarà un lavoro molto difficile e faticoso asciugare i pavimenti...



Una decina i bambini vietnamiti sono stati adottati in provincia di Trento. Riportiamo un'esperienza molto recente e molto concreta. Sull'adozione e sulla necessità di adeguata preparazione per i genitori che desiderano adottare un bambino è uscito recentemente un libro di Anna Oliviero Ferrari (Il cammino dell'adozione, Rizzoli, 2002, 17,50 €). L'adozione è un cammino da percorrere con passione e pazienza, con rispetto ed onestà. Molta serenità, molta capacità di accogliere ed accettare.

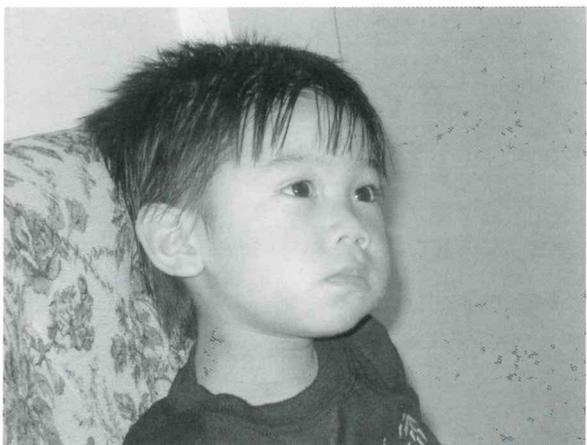
MARCO E LISA, DAL VIETNAM A TRENTO



Siamo tornati dal Vietnam da pochi giorni.

Marco, il nostro primo figlio, ci ha accompagnati in questa meravigliosa esperienza che ci ha portato ad incontrare finalmente **la sua sorellina Lisa Thu Ha**, una bellissima bambina che ora ha quasi 7 mesi.

Per Marco, a 3 anni e mezzo, non è stata la prima avventura in aereo: il battesimo dell'aria risale a tre anni fa, quando, pieni di trepidazione, ci siamo recati ad incontrarlo in quel paese per noi sconosciuto per poterlo accogliere nella nostra famiglia. Tornare in Vietnam, dopo qualche anno, ha quindi significato da una parte rivivere quei momenti di speranza, gioia, ansia che si provano quando arriva in famiglia un bambino. In più per



Marco è stato forse il modo più naturale e sereno per apprendere, dopo tanti racconti e fotografie di "quando era piccolo", come un bambino può incontrare la sua mamma e il suo papà.

Perché siamo andati proprio in Vietnam? La seconda volta certamente siamo stati spinti dalla scelta fatta in precedenza, un po' perché ormai ci sentivamo legati al paese di nostro figlio, ma in particolare perché crediamo sia importante per i fratellini sentirsi legati anche da una comune radice.

La prima volta... a dire il vero inizialmente ci eravamo rivolti ad un altro paese. Purtroppo vi sono numerose incognite quando ci si affaccia all'adozione internazionale (per una serie di motivi l'adozione nazionale, pur essendo comunque richiesta dalla maggior parte degli aspiranti genitori adottivi, in pratica permette di coronare il sogno di un bambino solo ad una piccola percentuale di loro). Per l'evolversi delle normative straniere in materia di adozione o a seconda delle vicende politiche di un paese, i "canali" a cui ci si rivolge per un'adozione all'estero possono chiudersi o riaprirsi, e nel tempo possono crearsi le condizioni per l'apertura di altri "canali". Così, in seguito alle difficoltà insorte nel paese presso cui avevano inoltrato la nostra domanda iniziale, l'associazione a cui ci siamo rivolti (**Nucleo Assistenza Adozione e Affidato**, oggi Ente Autorizzato), ci ha proposto di "spostarci" sul Vietnam, canale percorribile di nuova apertura.

Nel periodo successivo ci siamo documentati su questo paese, e siamo venuti a conoscenza del rapporto di collaborazione già instaurato a Bac Giang dall'Associazione Amici della Neonatologia Trentina. **In occasione della mostra fotografica sul Vietnam** organizzata

dalla stessa a Trento abbiamo avuto modo di incontrare una studentessa vietnamita, che ci ha spiegato il significato del nome originario di Marco (Hain), il bambino che poco tempo prima ci era stato proposto per l'adozione.

Sia con Marco tre anni fa che con Lisa quest'anno, avvicinandosi il giorno della partenza i preparativi si sono fatti sempre più frenetici: la sistemazione degli impegni prima di partire, i permessi di lavoro, le vaccinazioni, i visti sul passaporto, i giocattoli e i vestitari per i bambini degli orfanotrofi... il problema più grande era quello di non superare i limiti di peso del bagaglio pur portando tutto.

Il giorno dopo il nostro arrivo in Vietnam abbiamo finalmente potuto abbracciare la tanto desiderata **Lisa. Era in un Istituto, piuttosto squallido**, che accoglie circa 25 bambini di età fra i pochi mesi e 2 anni. Abbiamo avuto l'impressione che i bambini che vi sono ospitati abbiano la fortuna di non patire la fame, come altri loro coetanei, ma che la loro fortuna non vada molto oltre. Pur facendo del loro meglio, le poche assistenti/inservienti dell'istituto non possono sostituire la presenza dei genitori e tutto quello che una mamma e un papà possono trasmettere ad un figlio anche solo con gli sguardi o con un gesto. La piccola Lisa, a 5 mesi, **era apatica**: probabilmente lasciata per la maggior parte del tempo in quella che sembrava una piccola branda di tela, non rispondeva agli stimoli, alle voci, ai rumori, e non riusciva a sostenere il peso della testa, né tanto meno a tenersi diritta sulla schiena. La posizione fissa probabilmente le aveva causato anche uno schiacciamento nella parte posteriore laterale della testa (la direttrice dell'istituto, tramite il referente locale dell'associazione NAAA, ci ha rassicurato dicendo

che il problema sarebbe stato risolto, semplicemente facendo dormire la bimba sull'altro lato).

Ci siamo poi recati in poco tempo nella provincia di nascita di Lisa, dove si è svolta la cerimonia ufficiale di adozione, detta "**Cerimonia del Dare e del Ricevere**" (così chiamata per lo scambio di piccoli doni che segue la parte formale, dove si sancisce ufficialmente la consegna del minore alla coppia adottiva e vengono ricordati gli impegni che essa si assume nei confronti del minore stesso). Per la legge vietnamita l'atto che decreta definitivamente l'adozione internazionale di un minore deve svolgersi nella sua provincia di nascita, alla presenza dei genitori naturali (se conosciuti). Nella nostra prospettiva, in un paese come l'Italia dove mediamente si sta bene, può sembrare inverosimile che una madre naturale decida di staccarsi da una figlia, e può sembrare persino crudele che la legge richieda che i genitori naturali e adottivi debbano incontrarsi. **La prospettiva cambia se ci mettiamo nei panni di chi non sa materialmente cosa dar da mangiare ad un bambino** perché ha poco o nulla, o perché avendo avuto un bambino fuori dal matrimonio si trova in una condizione di seria difficoltà a farsi accettare socialmente e quindi ad avere un lavoro, un compagno e un futuro da garantire al nuovo arrivato.

Abbiamo visto una mamma naturale che a gesti raccomandava alla mamma adottiva, indicando le braccia pelle e ossa della sua bambina, qualcosa del tipo: "**Dalle da mangiare, falla crescere e fa che impari a guidare l'automobile**".

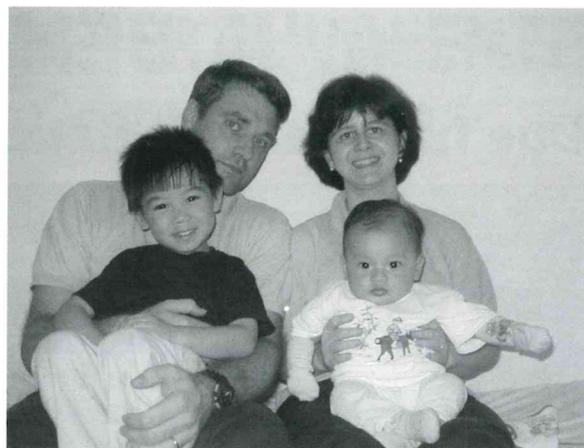
Con ogni probabilità la legge vietnamita richiede la presenza dei genitori naturali alla cerimonia per ribadire fino in fondo la loro volontà esplicita di dare in adozi-

ne internazionale un figlio naturale, e questo anche poter contrastare fenomeni di compravendita di minori tramite intermediari senza scrupoli. In ogni caso per un genitore adottivo questi sono certamente **momenti molto forti che ci fanno riflettere** e chiedersi quale diritto abbiamo noi di "stare meglio" rispetto a loro che si rompono la schiena dalla mattina alla sera nelle risaie...

Le settimane successive sono trascorse seguendo il ritmo imposto dai vari passaggi nell'iter che riguarda l'adozione internazionale, e che deve tener conto della relativa normativa vietnamita come di quella italiana, recentemente modificata (*).

Purtroppo in questo intricato percorso entrano in gioco, ognuno per la propria competenza, diversi soggetti istituzionali, e pertanto basta qualche piccolo inconveniente (anche la malattia di un impiegato o il ritardo nella trasmissione di documenti via fax) per ritardare progressivamente anche i passi successivi. Così il nostro periodo di permanenza, inizialmente previsto per 3 settimane, si è allungato a 5 (con qualche disagio, dovuto principalmente al fatto che nell'ultimo periodo Marco aveva la febbre e sulle manine e sui piedini di Lisa sono comparse le pustole della scabbia, contratta quando era ancora in orfanotrofio).

Queste difficoltà non ci hanno però impedito di vedere il lato positivo di questa esperienza: ci era comunque data la possibilità di vivere in famiglia, a tempo pieno, nel paese di origine dei nostri bimbi ("**chicchi di riso**", come li ha chiamati un'altra famiglia che ha adottato due bimbi in Vietnam). Abbiamo potuto vedere, momento per momento, i grandi progressi della nostra bambina, che **dopo pochi**



giorni ha imparato a sorridere e a rivolgere la testa, ormai senza difficoltà, verso la voce della mamma o del papà. Abbiamo potuto sperimentare come la vicinanza anche di un fratellino spesso turbolento abbia acceso nella piccola Lisa il desiderio di interesse per i colori, i rumori, per ogni cosa non conosciuta: **nel giro di poche settimane ha potuto recuperare** gran parte dello sviluppo fisico che in orfanotrofio era rimasto un po' frenato.

Abbiamo cercato, per quanto possibile dati i ritmi di Lisa, di visitare la città, di vedere qualcosa in più rispetto a quello che è il "percorso del turista". **Abbiamo così incontrato tante persone laboriose e gentili**, gente certamente povera che ti saluta e ti sorride, bambini che ti fermano per strada per chiederti di dove sei, gente anziana che ti chiede a gesti quanti mesi ha la bambina. Vogliamo conservare tutte queste immagini, oltre che in fotografia, nel nostro cuore, perché sono parte della storia dei nostri figli e certamente sono ormai parte di noi.

lucioenicoletta@dnet.it

(* Nella loro relazione i genitori descrivono una serie molto complicata di certificazioni, autorizzazioni, documenti, visti, ... presso numerosi uffici, ambasciate, ministeri, commissioni... Il testo è disponibile per chi volesse approfondire il problema.

Anche l'adozione a distanza è un grande gesto di amore

APIBIMI onlus (Ass. Promozione Infanzia Bisognosa Mondo Impoverito) è un'associazione fondata nel 1988 e ha sede a Volano via Ponta 49 (tel. 0464.412200 - apibimi@unimondo.org). Ha attualmente oltre 2500 adesioni ed un bilancio di circa 1 miliardo e mezzo di lire, di cui solo il 3% è legato a spese di gestione.

Sostiene progetti di autosviluppo dedicandosi in particolare all'assistenza, alla promozione ed allo sviluppo sociale dell'infanzia. Lavora in India (7 centri) in Brasile, Argentina, Ecuador, Perù ed **anche in Vietnam (Huè)**.

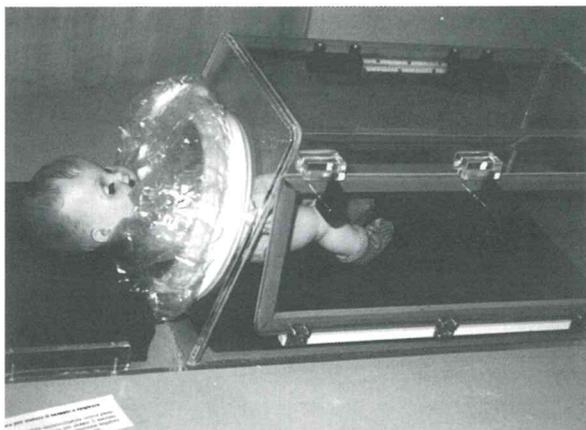
Il gruppo "Solidarietà 83" di Trento si impegna ad aiutare famiglie segnalate dai missionari che curano molti bambini malnutriti e poveri in India. I fondi sono tutti inviati al missionario e gestiti direttamente in loco.

I genitori adottivi ricevono foto e scheda del bambino adottato. La quota è di 25.000 lire mensili

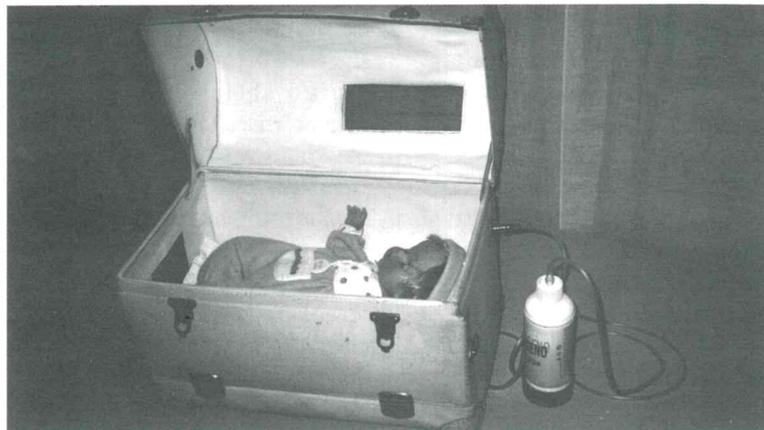
Recapiti: Trento viale Verona 86 - tel. 0461.923604 (oppure 993568 - Gardolo; 240544 - Lavis).

"IL BENE E IL BELLO"

Due frammenti di storia del "Centro Immaturi" di Trento



Una mostra molto interessante, tenutasi a Trento dal 6 al 18 aprile e organizzata dall'Associazione "Medicina e Persona", ha documentato l'evoluzione dei luoghi di cura dall'antichità ai nostri moderni ospedali. Nelle culture che si sono succedute nei millenni trascorsi si è dato poco spazio alle cure dei bambini. Solo un accenno in un testo del III millennio



a.C. all'invocazione per cacciare le malattie dei bambini "Le mie mani sono su questo bambino. Le due mani di Iside sono su di lui, così come essa pose le sue due mani sul suo figlio Horus".

La Pediatria è nata alla fine del 1800, la Neonatologia, così come è concepita oggi, negli anni Sessanta.

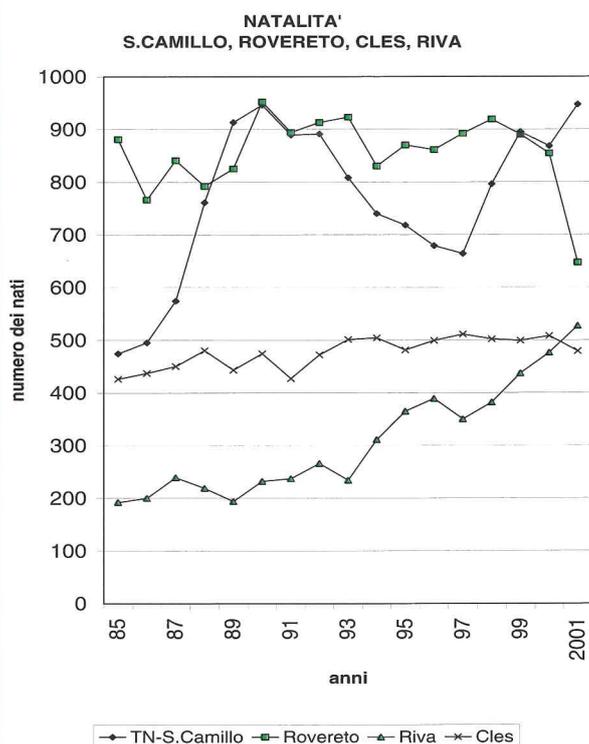
Nella mostra, oltre ad un pannello

con la storia del nostro "Ospedalino" (1921-1991), figuravano la "scatola" in cui veniva trasportato il neonato fino al 1973 (un piccolo oblò per controllarlo e una borsa d'acqua calda per riscaldarlo...) e la "scatola" di plexiglas in cui veniva messo il neonato con difficoltà respiratoria, collegata con una pompa che creava una "pressione negativa": il torace veniva mantenuto in espansione e molti casi di malattia delle membrane ialine del prematuro venivano curati con successo, fino alla fine degli anni Ottanta.

Anche nel 2001 superati i 5000 nati in Provincia

ALTI E BASSI DI ALCUNI OSPEDALI

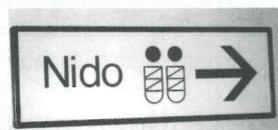
Il numero minimo assoluto fu registrato nel 1986 con 4082 nati. **In 15 anni l'aumento della natalità è stato del 20%**. Nel 2001 con 1537 nati al S. Chiara e 947 al S. Camillo (totale 2484 nati) l'aumento dei nati nella città di Trento è stato del 25% rispetto al 1986 (1964 nati).



Significative le variazioni di natalità in alcuni ospedali trentini. Si confermano i trend positivi degli ospedali di Riva e di Trento-S. Camillo.

Riva (527 nati) ha più che raddoppiato le nascite dal 1985 (meno di 200 nati) e ha così superato Cles, che oscilla attorno ai 500 nati (479 nel 2001). Riva ha tratto vantaggio dal netto calo di Rovereto, passato dai 919 nati del 1998 ai 647 del 2001 (-27%).

S. Camillo, dopo la ristrutturazione (1991-1996) è ritornato a superare le quote del 1990 (946 nati nel 1990, 947 nel 2001), con un aumento del 30% rispetto ai 664 nati del 1997. Il trend del 2002 è sulle 1050-1100 nascite (oltre 350 neonati nei primi 4 mesi dell'anno).



A proposito di storia della Neonatologia. Tutti coloro che si recano presso un Nido di Nascita trovano un'icona tutta particolare che indica il "Nido": è un neonato stilizzato con una testa rotonda e, sotto, un fagottino avvolto di fasce. Così venivano tenuti i neonati nei secoli passati. Così si presenta un Gesù Bambino ligneo del 1200 conservato in una chiesa della provincia di Teramo. Così si presenta Maria Bambina ai suoi devoti.



LA NOSTRA DOTTORESSA ALBERTA VALENTE È RITORNATA IN AFRICA COL CUAMM

Molti ricorderanno che, nel 1995, la dott.ssa Valente è stata in un Ospedale del Ruanda con suo marito, fino alla cacciata degli europei dopo i sanguinosi scontri tra etnie.

Il "male d'Africa" l'ha colpita ancora. A fine marzo ha voluto tornarvi in uno stato ancor più povero, in Angola, nell'Ospedale di Negage, a 40 km da Uige. In questo ospedale durante il 2001 sono stati ricoverati più di 4000 bambini. Tre cucine preparano ogni giorno 750 pasti per bambini provenienti da altri distretti.

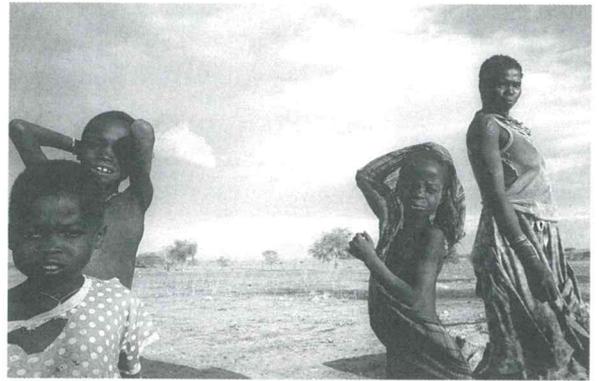
La dott.ssa Valente rimarrà a Negage per 15 mesi. Nello stesso ospedale lavorano con lei un medico, un chirurgo e un'infermiera, tutti volontari del CUAMM.

Il CUAMM - Medici con l'Africa - è un'Associazione, nata nel 1950 a Padova come Collegio Uni-

versitario, soprattutto per preparare medici disposti a prestare servizio nelle missioni dei paesi del Terzo mondo. Si è presentato ai cittadini di Trento in una mostra molto interessante che è tenuta durante le ultime feste natalizie.

Per essere vicini concretamente alla dott.ssa Valente e per aiutarla nel suo impegno, siamo invitati a collaborare con un contributo sul c/c postale del CUAMM Medici con l'Africa/ Trentino 27049303 o sul c/c bancario della Cassa Rurale di Pergine Vals. (ABI 08178 - CAB 35220) 49780. I contributi sono detraibili dalla Dichiarazione dei redditi.

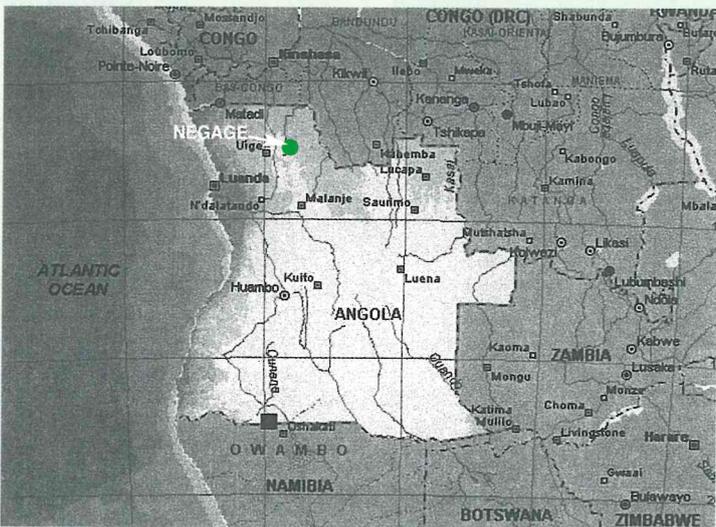
Per informazioni telefonate allo 0461.239796 o allo 049.875.1649; per versare contributi con la carta di credito, allo 049.875.1279.



In Angola è sempre più evidente un mondo a due velocità: da una parte palazzi lussuosi e mercedes ultimo modello guidate da chi sfrutta le grandi ricchezze del paese e dall'altra favelas e alti tassi di povertà, altissima mortalità materno-infantile, analfabetismo, malattie (in particolare AIDS, tubercolosi, malattia del sonno,...).

In Angola muoiono 172 bambini su 1000 nati nel primo anno di vita, ben 295 su 1000 entro i 5 anni (dati UNICEF, 1999). Tra tutti gli stati del mondo l'Angola e la Sierra Leone (182/316) presentano i risultati più drammatici.

L'Angola presenta altri record: il massimo numero di bambini con ritardo di crescita (53%), di malnutrizione grave (15%), di neonati con peso alla nascita inferiore a 2500 g (19%). La grave malnutrizione nei paesi africani è causa diretta di morte nel 75% dei bambini sotto i 5 anni. Il 97% dei decessi mondiali per malnutrizione si verifica in Africa.



La dott.ssa Valente ci ha dato sue notizie in data 17 aprile. Ha scritto:

"... Qui la realtà è talmente dura che non riesco nemmeno a descriverla. Non so se riuscirò mai a raccontarvela. Il Rwanda, in confronto, era uno scherzo. Lavoro in Ospedale (chiamiamolo così...) in una situazione di continua urgenza. Ho usato più adrenalina, furosemide, dopamina, aminofillina in un mese qui che in vent'anni di lavoro. L'altro giorno ho anche dato un po' del mio sangue a una bambina; ma non è servito a niente..."

"Lavoro per sei giorni e mezzo alla settimana. Solo la domenica pomeriggio ci siamo imposti di staccare e di riposarci, per poi ritornare di nuovo in ospedale alla sera..."

TAGESMUTTER PER I PICCOLI



Con la legge del 5 marzo 2002 dal titolo "Nuovo ordinamento dei servizi socio-educativi per la prima infanzia", il Consiglio Provinciale ha riconosciuto nuovi servizi di assistenza all'infanzia che vanno ad arricchire l'offerta alle famiglie, ampliandone la possibilità di scelta.

Primo fra tutti quello delle "Tagesmutter" le cosiddette "mamme di giorno", servizio già istituito in Alto Adige e, dal 1999 ad oggi, anche in Trentino con la costituzione della Coop. Casa Bimbo. Il servizio veniva svolto in forma privata o attraverso convenzioni con Comuni che hanno dimostrato

una particolare sensibilità verso le necessità dell'infanzia.

Con il riconoscimento della figura delle Tagesmutter la Provincia, attraverso i Comuni, concorrerà alle spese abbattendo una buona parte delle quote a carico della famiglia, come già succede per gli asili nido.

La Coop. Casa Bimbo è in grado di offrire alle famiglie un servizio estremamente flessibile che, tenendo conto delle esigenze lavorative dei genitori, consente l'utilizzo del servizio stesso nei giorni (anche festivi) e per il numero di ore effettivamente necessario; in questo modo si vuole sottolineare il

ruolo fondamentale della famiglia come ambito privilegiato per la crescita e l'educazione del bambino.

La Cooperativa offre un servizio domiciliare all'infanzia, svolto cioè dalle proprie socie (educatrici in possesso di titolo idoneo e appositamente formate) prevalentemente presso il proprio domicilio o in altre strutture idonee (spazi-gioco); in questo modo si garantisce al bambino un ambiente familiare rassicurante e stimolante, organizzato con spazi e angoli per le diverse attività.

Ogni bambino viene affidato in modo continuativo ad una Tagesmutter, che così diventa per quel bambino una figura di riferimento stabile sia in ambito domiciliare che presso lo spazio-gioco.

Nell'accudimento dei bambini che le sono affidati, la Cooperativa segue una linea pedagogica fondata sul rispetto dei tempi e dei bisogni che emergono dall'attenta osservazione che l'educatrice fa di ogni singolo bambino affidatole; inoltre il suo lavoro è supportato dalla consulenza di una pedagoga e da momenti di supervisione e programmazione periodica.

In sintesi si può dire che l'obiettivo della Cooperativa è quello di offrire a tutti i bambini un contesto adeguato allo sviluppo delle potenzialità psico-motorie e relazionali-affettive.

Caterina Masè

“Benvenute Tagesmutter”

Sì del Consiglio alla nuova legge

La discussione generale sul disegno di legge sull'ordinamento dei servizi socio-educativi per la prima infanzia, interrotta lo scorso mese di febbraio, è ripresa il 4 marzo con l'intervento del consigliere Mauro Delladio che ha accolto favorevolmente la proposta. Un provvedimento che finalmente va ad aiutare la famiglia nella cura dei figli. Dopo aver ricordato i recenti provvedimenti del governo nazionale che si muovono in questa direzione, Delladio ha posto l'attenzione su

si. Il servizio Tagesmutter - ha notato - offre notevoli vantaggi sia alle famiglie che possono disporre di un'offerta diversificata e rispondente alle proprie esigenze, sia alla donna che può rimanere in casa a lavorare ed avere una professione regolare. Pieno sostegno dunque al disegno di legge, atteso da molte realtà soprattutto in periferia, e sottoscritto anche dal PATT. L'importante è ora mettere in campo tutti gli strumenti per dare piena attenzione alla legge. Morandini nel ricorso



consigliere Plotegher è difficile capire come provvedimenti di questo tipo, attesi e auspicati da tutti, richiedano tempi così lunghi per essere approvati. Ci sono tutte le premesse, dal ruolo della donna, alla crescente denatalità, per andare in fretta, invece la Provincia di Trento è ancora una volta in ritardo. Plotegher ha quindi



vedimento per una sua approvazione. Parere favorevole è stato espresso anche dal consigliere Andreotti che si è detto convinto come l'attività di tutti i soggetti, che operano in un settore così delicato, debba rispondere regole precise e requisiti severi. Tali garanzie non possono essere date che dall'ente pubblico, però non



luppando e concretizzata con il buon lavoro condotto dalla quarta commissione. Ne è uscito un buon provvedimento, ma con un "retrogusto" amaro. Il fatto che siano i comuni a farsi carico nella gestione dei servizi, lascia perplessi. Per Divina si doveva lasciare alla libertà dell'iniziativa singola, come del resto già natu-



Da sinistra: Vincenzo Passerini, Paola Conci, Marta Dalmaso e Claudio Molinari

da superare quasi all'unanimità l'approvazione nella Commissione provinciale competente. Convergenza che per il rappresentante di Forza Italia dimostra la volontà delle parti politiche di affrontare i problemi in concreto. Tuttavia ha rilevato che per parlare di sussidiarietà orizzontale si deve lasciare spazio ad organismi privati, che soprattutto nelle realtà piccole possono svolgere meglio il loro servizio, mentre all'ente pubblico spetta sempre la verifica dei requisiti, il controllo sulla continuità, sulla qualità e la gestione del servizio stesso.

"ALLATTAMENTO AL SENO: CORSO PRATICO DI COUNSELLING"

Chi tutti i giorni assiste la donna dentro e fuori l'ospedale nell'avvio dell'allattamento e dei primi momenti di contatto con il figlio sente il bisogno di aggiornarsi, di riflettere su ciò che fa tutti i giorni, non da solo ma per lo più in équipe con altri.

Puericultrici, ostetriche, infermiere di Neonatologia e Ostetricia e pediatri agiscono tutti giorni come consulenti dell'allattamento al seno, ciascuno con le proprie conoscenze, la propria esperienza (anche quella "diretta" per tante che hanno avuto figli ed hanno allattato) e la propria formazione di base.

Il Corso che organizzeremo dal **3 al 7 giugno 2002** ha per obiettivo l'acquisizione di conoscenze, abilità ed attitudini alla consulenza per l'allattamento materno secondo le linee guida internazionali e nazionali più accreditate.

Nel diploma universitario di **Scienze Infermieristiche** l'argomento dell'alimentazione del neonato viene inserito nelle lezioni di infermieristica pediatrica. A Trento ad esempio su 15 ore di docenza vengono dedicate **4-5 ore** per l'argomento allattamento. Gli studenti apprendono come riconoscere la superiorità del latte umano rispetto a quello artificiale, imparano a descrivere i benefici dell'allattamento esclusivo per i primi sei mesi e a riconoscere le vere controindicazioni all'allattamento al seno.

Il **Diploma Universitario d'ostetrica**, ora Laurea breve, prevede nel 2° e 3° anno che l'argomento dell'allattamento al seno sia affidato ad un pediatra. Solo recentemente l'Università di Verona ha scelto di inserire nel modulo didattico un corso di **18 ore** sull'allattamento materno, con contenuti e metodologia che riprendono i corsi UNICEF-OMS di cui poi parliamo.

Ciascuno poi, dopo la formazione di base, apprende sul campo, si

aggiorna in convegni, tavole rotonde, corsi di formazione permanente, o iniziative d'aggiornamento che ogni unità operativa svolge.

Ma anche se nei punti nascita disponessimo di ostetriche fresche di studi (oggi viene dato più spazio al tema dell'allattamento al seno, che non in altre scuole) questo non basterebbe; appare necessaria l'**integrazione tra tutti gli operatori** che aiutano la donna nell'avvio dell'allattamento e che provengono da formazioni diverse, avendo sviluppato punti di vista a volte molto lontani per formazione ed esperienza.

Proprio dal gruppo di persone che si sono dedicate alla stesura dell'**ABC dell'allattamento al seno** (un opuscolo ben noto dell'ANT), è emerso il bisogno di fare un aggiornamento tra professionisti, proponendo un percorso formativo a puericultrici, ostetriche, pediatri, operatori di ospedale e di territorio, per promuovere la formazione alla consulenza per l'allattamento materno secondo le linee guida internazionali e nazionali più accreditate.

Si è scelto il Corso UNICEF-OMS, di cui vi sono tre livelli di corso: I livello introduttivo/informativo di **18 ore**, il II livello di **32 ore** che certifica il raggiungimento di competenze rispetto al ruolo di "consulente dell'allattamento al seno" ed infine il III livello di manager d'area di **40 ore**. Tutti e tre questi corsi sono da anni condotti da UNICEF a Ginevra, ma da alcuni anni è disponibile il corso di 18 ore in Italia e da alcuni mesi è stato introdotto il corso di consulente.

Sono stati presi contatti con la dr.ssa Vittoria Sola, istruttore dei corsi UNICEF, che è stata invitata a Trento in novembre 2001 per un seminario introduttivo (vedi NT ultimo).

L'**Associazione Amici della Neonatologia Trentina** si è fatta promotrice di un'edizione "trentina" del corso di 32 ore. Data l'**innovatività del corso**, che non rientrava al momento nei programmi di formazione aziendali, l'Associazione ANT ha stanziato un finanziamento iniziale ed ha preso accordi con l'Istituto Regionale Studi e Ricerca Sociale di Trento con il

PROGRAMMA DEL CORSO

*Ci verrà proposta una **parte teorica** relativa a molti argomenti.*

Perché l'allattamento al seno è importante; nozioni di fisiologia dell'allattamento al seno: Si approfondiranno le metodiche di ascolto e comprensione della madre per dare fiducia e sostegno e per raccogliere una storia di allattamento al seno, che sia punto di partenza per ogni intervento.

Si tratterà l'argomento del "quando il latte è insufficiente" e cosa pensare/fare quando il bambino piange o rifiuta il seno.

Si affronteranno anche i problemi posti dall'allattamento di bambini di basso peso alla nascita e bambini ammalati.

Molta pratica in piccolo gruppo sarà dedicata alla valutazione di una poppata, all'osservazione di una poppata e sulle posizioni di allattamento nonché all'esame del seno.

Il corso terminerà con una valutazione individuale teorica (quiz) e pratica di gestione di un caso di consulenza ad una donna che inizia l'allattamento.

La struttura del corso è orientata agli allievi e ai loro obiettivi d'apprendimento, giocato più in corsia che in aula, con l'ausilio anche di videotape e gioco di ruoli tra operatori (il pediatra, la puericultrice, l'infermiera e l'ostetrica si scambieranno i reciproci ruoli istituzionali per simulare situazioni didatticamente utili e qualcuno si metterà anche dalla parte della madre).

grado d'agenzia formativa accreditata per organizzare al meglio il corso.

Si è voluto dare l'opportunità di partecipare, non solo ai dipendenti dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, ma tutti gli operatori di punto nascita della provincia e di consultorio, nonché ad una piccola rappresentanza di pediatri di famiglia.

Vittoria Sola è pediatra, docente

di formazione sull'allattamento al seno per il personale medico ed infermieristico, dal 1997 è istruttore dei corsi UNICEF-OMS. **Sofia Quintero Romero** è medico specialista in Salute Pubblica, docente di formazione sull'allattamento al seno nei corsi di 32 ore (counselling) e di 18 ore pratica e promozione dell'allattamento al seno dell'UNICEF-OMS

da diversi anni in Italia e all'estero. Il corso si svolgerà in cinque giornate, **dal 3 al 7 giugno 2002** e propone un'alternanza di sessioni teoriche e di sessioni pratiche che si svolgeranno nel reparto di Ostetricia e al Nido dell'Ospedale S Chiara di Trento a contatto diretto con le mamme ricoverate.

Fabio Pederzini

Crediti formativi di Educazione Medica Continua (ECM)

Con quest'anno il Ministero della salute ha introdotto per gli operatori sanitari (medici, infermiere, ostetriche) un incentivo alla formazione professionale, richiedendo che ciascuno raggiunga annualmente un minimo di aggiornamento professionale. Ogni congresso, ogni corso accreditato ECM produce a chi lo frequenta un punteggio (i crediti), che si sommano a fine anno.

Il corso sull'allattamento al seno ha ricevuto 37 crediti, cioè gli è stato riconosciuto un elevato valore formativo per i partecipanti. Chi legge sappia anche che le procedure di accreditamento hanno un costo, che oggi ha un meccanismo di calcolo che penalizza i corsi a basso numero di partecipanti, imponendo una tassazione molto elevata se suddivisa tra 20 parte-

cipanti. Inoltre, nel nostro caso mettere in formazione 4 diverse categorie di professionisti dentro un corso è sembrato agli istruttori il modo giusto per favorire conoscenze comuni e orientamento ad interventi e comunicazioni alla madre meno confondenti e più chiari. L'ECM di oggi penalizza questa scelta, ne fa quadruplicare il costo dell'accREDITAMENTO.

I partecipanti al corso avranno l'opportunità poi di valutare l'esperienza formativa in termini anche di ricaduta nel lavoro quotidiano con le mamme e i colleghi, sia di territorio che di ospedale. Chi partecipa potrà restituire agli organizzatori il gradimento e l'interesse per edizioni future, alle quali oggi guardano tutti coloro ai quali è stato garbatamente respinta la domanda per restare nel numero di 20 partecipanti.

RIUNIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DEL 18 MARZO 2002

Considerata la situazione economica, su proposta motivata del dott. Giuseppe De Nisi, è stato deliberato l'acquisto di una sonda ecografia neonatale con stampante per l'ecografo di cui è stata recentemente dotata l'U.O. di Neonatologia (valore di circa **7000 Euro + IVA**). - vedi pag. 8.

Dopo oltre 14 anni al servizio dei neonati trentini la nostra Daniela Benedetti ha lasciato il reparto. Ritroveremo il suo dolce sorriso presso il Pronto Soccorso. Grazie!!!

È stata approvata l'adesione dell'U.O. di Neonatologia al progetto VERMONT (circa **2500 Euro**): tutti i dati epidemiologici riguardanti l'assistenza ai neonati prematuri della provincia di Trento possono essere confrontati con quelli di centinaia di

altri centri qualificati in tutto il mondo. - vedi pag. 6

È stata approvata la ristampa del libro "Bambini sani e felici". Rappresenta un testo basilare per la diffusione di una cultura di prevenzione che inizia già nei Corsi di preparazione alla nascita. L'impegno finanziario (circa **10.000 Euro**) è ampiamente ripagato dalle donazioni che molti genitori fanno alla nostra Associazione per mezzo dei bollettini di c/c postale allegati al testo.

Le Casse Rurali Trentine hanno contribuito anche per il 2002 con una donazione di 5 milioni di Lire.

Si approva anche la ristampa dei due fascicoli ANT 3 (Primi Consigli) e ANT 4 (ABC dell'allattamento al seno), stampati nel 2000 ed ora esauriti: sono due opuscoli che contengono le "prime istruzioni per l'uso" per i genitori, consegnati e commentati al momento della nascita. - vedi pag. 20.

Nella prima settimana di giugno si terrà un corso di formazione di 5 giorni sul tema "Allattamento al seno: corso pratico di counselling secondo le linee guida OMS - UNICEF. Ad esso parteciperanno 20 operatori sanitari della provincia.

La nostra Associazione sponsorizza questa iniziativa di formazione su un tema molto importante. È stata inoltrata al Ministero della Salute la richiesta di accreditamento come corso di ECM (Educazione Continua in Medicina).

L'impegno finanziario per la nostra Associazione sarà di circa **3000 Euro** (vedi pag. 15).

Il progetto Vietnam continua. Il dott. De Nisi, il dott. Coraiola, il dott. Pederzini, il dott. Zucchelli (ostetrico) hanno collaborato col dott. Piffer (epidemiologo) del Gruppo Trentino di Volontariato alla stesura del progetto da presentare entro la metà di aprile alla Comunità Europea per la riorganizzazione dell'assistenza ostetrico-neonatale nelle province attorno ad Hanoi. - vedi pag. 18.

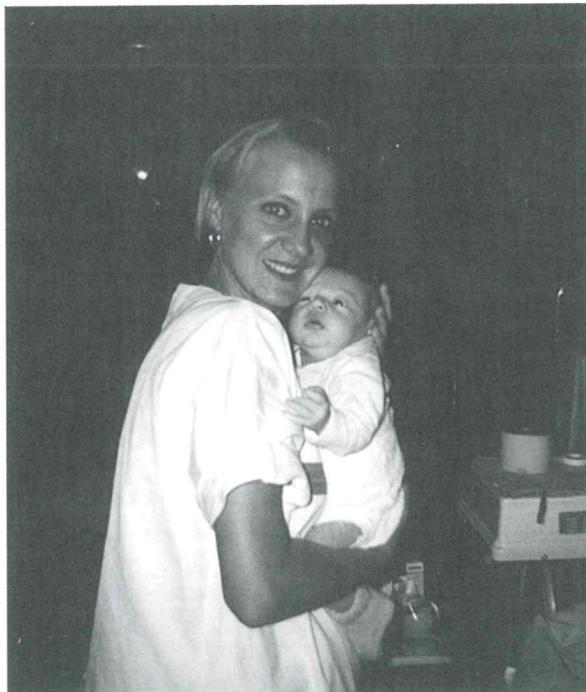
Il dott. De Nisi ha coordinato il lavoro della Commissione della Società Italiana di Neonatologia sull'organizzazione delle Banche del Latte Materno. Le Linee Guida saranno presentate il 14.6 a Castel Ivano (pag. 19) e diffuse a livello nazionale.

Il Consiglio Direttivo fissa la quota associativa minima prevista dall'art. 3 per diventare socio sostenitore triennale in 15 Euro (la quota era di Lire 30.000).

L'Assemblea 2002 si terrà venerdì 7 giugno ad ore 17.30 sempre presso l'Aula magna dell'Istituto Magistrale A. Rosmini di Trento.

L'incontro pubblico sarà dedicato al tema "Prevenire, prevenire, prevenire: a partire dalla nascita" (pag. 20).

Il prossimo numero di *Neonatologia trentina* uscirà a metà maggio.



I BAMBINI POSSONO RISOLLEVARE IL MONDO

(se i "grandi" vorranno abbassarsi al loro livello)

Il disegno presentato al Forum Sociale che si è tenuto nel febbraio scorso a Porto Alegre è molto significativo e ricalca il disegno altrettanto significativo presentato ai nostri lettori e commentato in più pagine del libro "Bambini sani e felici" (pagg. 16 e 31, in particolare). Il disegno della matassa della vita, del nostro Fulvio Bernardini, ha come bandoli il grandissimo Padreterno da una parte e il piccolissimo neonato dall'altra. Era stato scelto come "logo" per una rubrica comparsa sul giornale l'Adige nella primavera del 2001, "Il mondo alla rovescia".

Nel disegno di Porto Alegre due bambini tengono in mano un palloncino su cui è disegnato proprio un "mondo alla rovescia". Un mondo fragile, fatto di tanti uomini "grandi" spesso gonfi d'aria, un mondo che può volare via se non è tenuto ben fisso da quei due bambini.

Nel disegno presentato da Venti quattro (il Magazine del Sole-24 ore) si vede un piccolo bambino che sostiene un grande mondo. "L'ONU dovrà vedersela con cifre clamorose". Anche questo disegno molto esplicito ci ricorda il nostro Cristoforo, presentato nell'ultimo numero di NT, che porta al di là di una palude, sulle sue spalle, un piccolo bambino, che porta a sua volta nelle sue mani un grande mondo.

Anche le massime autorità dell'economia mondiale (FMI e Banca mondiale) riconoscono che i maggiori progressi si sono registrati in stati dove la salute dei bambini e la loro educazione sono state messe in primo piano (mortalità infantile ed alfabetizzazione).

Il 21 settembre 2000 si era svolta a New York un'altra Sessione speciale che aveva stilato 10 principi fondamentali che riassumiamo nella tabella.

Troppi bambini del mondo sono sottoposti ad abissali ingiustizie globali che suscitano rabbia e voglia di

1. **Mettere i bambini al primo posto.**
2. **Combattere la povertà, investendo nei bambini.** L'eradicazione della povertà deve iniziare con la realizzazione dei diritti dei bambini alla scuola e alla salute.
3. Non può essere accettata **nessuna discriminazione** contro bambini e bambine.
4. **Prendersi cura di ogni bambino.** La salute e la nutrizione dei bambini sono il fondamento dello sviluppo umano.
5. **Educare tutti i bambini:** educazione primaria di buona qualità.
6. Fermare ogni forma di **violenza e sfruttamento** a carico dei bambini.
7. Proteggere i bambini dalla **guerra** e dalle sue conseguenze.
8. Proteggere i bambini dall'**infezione HIV/AIDS**.
9. **Ascoltare i bambini.**
10. **Proteggere la terra per i bambini.** Occorre salvaguardare l'ambiente per le future generazioni.

MONDO ALLA ROVESCIA



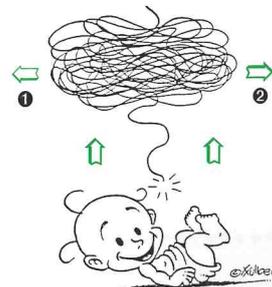
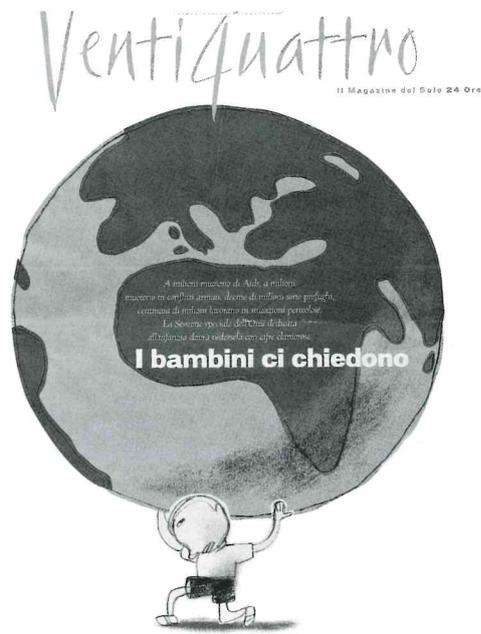
rivoluzione nei loro genitori. Intere popolazioni prevedono per i loro figli un futuro di fame, di umiliazioni, di sfruttamento. Da qui le inevitabili rivoluzioni "dal basso".

Troppi "grandi" stiracciano la matassa della vita a destra e a sinistra, anziché partire dal bandolo più semplice e più logico: solo se si parte dall'essere più elementare, dai diritti dei bambini di tutto il mondo (ancor più che dai diritti dei lavoratori, delle donne, dei giovani), si può seguire il filo di Arianna nel labirinto della vita, quel filo che ci fa arrivare all'essere assoluto. Alla pace, alla libertà, alla giustizia, alla gioia.

In alto pochi ricordano il messaggio evangelico di "farsi bambini".

A destra pochi seguono i percorsi logici intuiti e proposti dalla Banca Mondiale: "investire sui bambini".

A sinistra pochi si abbassano al di sotto dei lavoratori, delle donne, dei giovani per "difendere per prima cosa i diritti bambini". Tutto il resto può venire in sovrappiù...



I NOSTRI IMPEGNI PER IL VIETNAM

Le Casse Rurali Trentine in data 28 dicembre 2001 ci hanno comunicato di aver stanziato **5 milioni di Lire** a sostegno delle nostre iniziative a favore di bambini e neonati del Vietnam.



Lucrezia, Annalisa e Matteo



Susanna, Massimo e Daniel

La somma sarà messa a disposizione dell'ostetrico dott. Zucchelli per l'acquisto di rilevatori del battito cardiaco fetale, semplici apparecchiature elettroniche indispensabili nei Centri di salute presenti nel territorio attorno ad Hanoi.

GRAZIE, DA HANOI

Il 21 febbraio 2002 il Direttore dell'Istituto Nazionale di Pediatria di Hanoi prof. Nguyen Cong Khanh ha inviato una lettera di ringraziamento per i due respiratori inviati al primario di Neonatologia dott.ssa Dung (vedi ultimo numero di NT).

"Con l'aiuto di questi respiratori - scrive - **abbiamo già salvato la vita di quattro neonati** trattati nel Dipartimento di Neonatologia".

"Speriamo nella vostra futura cooperazione e speriamo che **la Comunità Europea** approvi presto i vostri progetti presentati".

È STATO PRESENTATO ALLA CEE DAL GTV IL NOSTRO PROGETTO DI INTERVENTO SULL'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA MATERNO - INFANTILE NELLA REGIONE DI HANOI

Il 15 aprile 2002, entro il termine fissato dalla **Comunità Europea**, da parte del Gruppo Trentino di

Volontariato e del Gruppo di Volontariato Civile di Bologna, è stato presentato il Progetto riguardante la "Promozione della salute per madri e neonati nelle sette province di Ha Noi, Ha Tay, Hung Yen, Ha Nam, **Bac Giang, Bac Ninh**, Hai Phong, privilegiando interventi di minima invasività, con miglioramento dell'integrazione tra area di assistenza ostetrica e neonatologica e dell'integrazione tra vari livelli di trattamento nel Sistema Sanitario nazionale".

Un progetto per la formazione professionale di giovani della provincia di Bac Ninh è già stato approvato e finanziato dalla Comunità Europea e dalle province di Trento, Bolzano, Innsbruck. Sarà gestito dal Gruppo Trentino di Volontariato.

La Provincia Autonoma di Trento, capofila del progetto, ha invitato per una settimana, dal 9 al 13 aprile, una delegazione vietnamita. Il presidente della provincia di Bac Ninh accompagnato dall'ambasciatore vietnamita in Italia è stato ricevuto dal presidente della nostra Provincia Dellai, dal presidente della provincia di Bolzano Durnwalder, dal Sindaco di Trento, dall'Arcivescovo di Trento.

Mondo piccolo

Valutare l'impatto sui nostri bambini



di DINO PEDROTTI

Sul giornale *L'Adige*, dal 9 maggio, ogni giovedì viene pubblicata la rubrica "Mondo Piccolo" con le vignette del nostro Fulvio Bernardini.

La prima e la seconda puntata sono state dedicate all'ascolto dei bambini, sulla base di quanto affermato nella Sessione speciale dell'ONU dedicata all'Infanzia, che si è tenuta a New York dall'8 all'11 maggio.



Oiao!!!
Mi chiamo
Valeria Benedetta Calabri.
Sono nata il 31 dicembre 1999
a 27 settimane e pesavo
1060 grammi.

Ringrazio gli amici di questo reparto, perché senza di loro non avrei mai assaporato l'amore del meraviglioso, lo stupore per le cose sfavillanti e per i pensieri luminosi e il desiderio insaziabile per tutto ciò che è nuovo, il senso del lato piacevole e lieto dell'esistenza
(un grazie anche da mamma e papà)

UN BUON BILANCIO 2001

Le entrate hanno raggiunto i 68 milioni e mezzo (di Lire), di cui oltre 41 milioni sono stati donati da privati. Nel 2000 le entrate erano state di quasi 60 milioni (40 da privati) e nel 1999 di oltre 63 milioni (quasi 50 milioni da privati).

Le uscite sono state pari a 53.500.000, con un discreto aumento rispetto al 2000 (48.300.000) e al 1999 (35 milioni).

L'impegno per il Vietnam è stato di oltre 32 milioni (18 nel 2000, 26 nel 1999).

Otto milioni sono stati impegnati per convegni e ricerche della Neonatologia trentina; 7.600.000 per abbonamenti, libri, pubblicazioni, libri; oltre un milione per l'aggiornamento del personale.

Per i genitori registriamo oltre 1.600.000 spese per le foto alla madre lontana più oltre 1.900.000 lire per stampa di fascicoli di educazione alla salute.

Il saldo è positivo e molto alto, ma, come si legge nella Relazione dell'ultimo Consiglio Direttivo (pag. 16), gli impegni presi per il 2002 sono molto onerosi.

ENTRATE

Conto corrente	Postale	C.C.C.R.T.	C.R. Trento	Totali
Genitori	24.544.800	8.645.309	8.266.800	41.276.909
Enti	-	5.150.000	26.035.000	31.185.000
Postagiato e rimborsi	-24.200.000	-8.000.000	28.200.000	-4.000.000
Totale				68.461.909

USCITE

Interessi passivi e spese	65.493	180.558	-323.033	-76.982
Aggiornamento medici	-	-	985.000	985.000
Aggiornamento infermiere	-	-	80.000	80.000
Libri abbonamenti pubblicazioni	-	-	7.614.140	7.614.140
Fotografie - Video	-	-	1.619.000	1.619.000
Stampa NT - BSF	-	-	1.940.400	1.940.400
Ospiti	-	-	200.000	200.000
Spese segreteria e Reparto	163.200	-	529.200	692.400
Convegni - Ricerca	-	-	8.301.347	8.301.347
VIETNAM - Corso e viaggi	-	-	32.164.203	32.164.203

TOTALE				53.519.508
		4.379.281		
Riporto anno precedente	7.850.151	636.244	18.456.244	31.321.920
SALDO al 31.12.2001				46.264.321

Contributi dei nostri Soci

	C/c postale		Casse Rurali		C. Rurale Trento		Totale €uro
	N°	€uro	N°	€uro	N°	€uro	
Gennaio 2002	157	4461,25	8	373,54	5	231,74	
Febbraio 2002	40	1424,87	3	75,16	2	255,16	
Marzo 2002	25	878,92	3	105,16	3	155,16	
Totale	222	6.765,04	14	553,86	10	642,06	7.960,96 (L. 15.414.568)

Impossibile tener conto delle centinaia di donazioni che ci pervengono in sempre maggior numero. Ci spiace non riuscire a dire grazie ad ognuno dei nostri Amici.

Tutti debbono essere convinti che ogni loro contributo (vedi a pag. il Bilancio 2001) è devoluto al miglioramento dell'assistenza al neonato trentino e a quei neonati del lontano Vietnam che abbiamo "adottato" a distanza.

I CONTRIBUTI DETRAIBILI PER L'ASSOCIAZIONE FINO A OLTRE 2 MILA EURO

Dalla regolamentazione delle "ONLUS" deriva un notevole vantaggio per i nostri "Amici" sostenitori, quello di poter detrarre nella propria Dichiarazione dei Redditi i contributi e le erogazioni in denaro per un importo di circa 2 mila euro fatte a favore di tali Associazioni. L'intestatario deve conservare la ricevuta del versamento bancario o postale.

Le nuove Linee guida nazionali per la Banca del Latte

Importante Convegno a Castel Ivano (14.6.2002)

Il 14 giugno prossimo dalle 9 alle 17 si terrà a Castel Ivano un importante Convegno di neonatologi in cui saranno presentate le nuove Linee Guida italiane sulla Banca del Latte (con il patrocinio della Società Italiana di Neonatologia).

Il dott. De Nisi ha coordinato il Gruppo di studio nazionale costituitosi in occasione del Convegno del 2 settembre 2000.

ADESIONE SOCIO

Richiesta PUBBLICAZIONI

Da ritagliare o fotocopiare e rispedire in busta a:

Dino Pedrotti - via Milano 140 - 38100 TRENTO (dinopedrotti@libero.it)

- Desidero continuare a ricevere **NT - NEONATOLOGIA TRENTINA**
- Aderisco come **socio** dell'Associazione "Amici della Neonatologia Trentina" (iscrizione gratuita)
- Desidero ricevere copia dello Statuto dell'Associazione
- Desidero ricevere (ho versato un contributo sul c/c/p o bancario):
- l'ultima edizione del libro "BAMBINI SANI & FELICI" (11. ediz. 2002)
 - IL NEONATO TRENTO 4** (Assistenza ostetrico-neonatale 1997-99)
 - gli Atti del Convegno "La Banca del Latte Materno" (164 pagg. - 23.9.00)
 - I P8 ci interrogano** (serie di articoli da "l'Adige" - 2001)
 - Il mondo alla rovescia e Mondo Piccolo** (serie di articoli su l'Adige 2001)
 - l'opuscolo **ANT 3 "Consigli pratici di alimentazione ed assistenza nei primi mesi di vita"** (19. ed., 2002)
 - l'opuscolo **ANT 4 "L'ABC dell'allattamento al seno"** (4. ediz., 2002)
 - "Le vaccinazioni dell'età infantile - Guida per genitori" (APSS - 2000)
 - COPIE ARRETRATE DI NT:**

Cognome e nome:

Indirizzo postale:

CAP - località

- genitore di nato il

- ev. ricovero alla nascita per (peso

- 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
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.
Impaginazione: Paolo Bannò
Stampa: Nuove Arti Grafiche "Artigianelli" - 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.

L'ASSEMBLEA ANNUALE

(convocata alle ore 10
in prima convocazione)

si terrà

venerdì 7 giugno ad ore 16.30
presso l'Aula Magna
dell'Istituto Magistrale
A. Rosmini di Trento

(è disponibile il parcheggio interno
con accesso a metà di via Malfatti).

ORDINE DEL GIORNO:

- Relazione del presidente
- Bilancio 2001: discussione ed approvazione
- Previsioni di impegni per il 2002: discussione e approvazione
- Varie.

Tutti gli Amici, ma soprattutto i nostri Soci sono invitati a partecipare attivamente.

INCONTRO PUBBLICO

Alle ore 17.30, nella stessa sede, si terrà un incontro pubblico sul tema

**PREVENIRE,
PREVENIRE,
PREVENIRE:
FIN DALLA NASCITA**

A. Betta

L'impegno dell'Azienda sanitaria nella prevenzione infantile

D. Pedrotti

Sani e felici: genitori sempre più responsabili

G. De Nisi

La prevenzione dei rischi della prematurità

F. Pederzini, S. Piffer

Prevenire nel primo anno di vita: alimentazione, incidenti, SIDS. Evidenze, efficienza