

II° CONVEGNO SIP SEZIONE LIGURE

Savona 10 maggio 2008



La Continuità di Cura tra il Punto Nascita e il Pediatra di Famiglia



Dr. Alberto Ferrando, PdF ASL3 "Genovese"

Past-President SIP Sezione Liguria

Presidente Federazione Regionale Ordine dei Medici Liguri

Vice-Presidente Ordine Provinciale dei Medici di Genova

Dr. Michele Fiore, PdF ASL1 "Imperiese"

Consigliere Nazionale Società Italiana delle Cure

Primarie Pediatriche

**Consigliere Nazionale Federazione Italiana Medici Pediatri –
FIMP**

Continuità assistenziale neonato

continuità assistenziale neonato - Cerca con Google - Windows Internet Explorer

http://www.google.it/search?hl=it&q=continuit%C3%A0+assistenziale+neonato&btnG=Cerca&meta=

Google assistenziale neonato Cerca Segnalibri 9 bloccati Controllo Traduci Invia a continuità assistenziale neonato Impostazioni

continuità assistenziale neonato - Cerca con ...

Web Immagini Maps News Video Gmail altro

Google continuità assistenziale neonato Cerca Ricerca avanzata Preferenze

Cerca: nel Web pagine in Italiano pagine provenienti da: Italia

Web Risultati 1 - 10 su circa 42.700 per continuità assistenziale neonato. (0,23 secondi)

Suggerimento: Risparmia tempo premendo Invio sulla tastiera, anziché fare clic su "Cerca"

[DOC] CONTINUITA' ASSISTENZIALE dal pre al postnatale
Formato file: Microsoft Word - [Versione HTML](#)
La **continuità assistenziale** si può definire come : "Quel complesso di ... In alcuni casi l'offerta di prestazioni è tale che il **neonato** supera l'età ...
www.apel-pediatri.it/Materiale/Progetto%20obiettivo%20ASL%203%20neonato.doc - [Pagine simili](#)

[La continuità dell'assistenza al bambino](#)
Si parla di **continuità assistenziale** solamente per quanto riguarda la dimissione precoce del **neonato** all'art. 4 Dimissioni precoci del **neonato** sano ...
www.apel-pediatri.it/Materiale/cont1.html - 42k - [Copia cache](#) - [Pagine simili](#)
[Altri risultati in www.apel-pediatri.it »](#)

[PPT] Nessun titolo diapositiva
Formato file: Microsoft Powerpoint - [Versione HTML](#)
Conclusioni: STUDI SULLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE IN GRAVIDANZA DIMOSTRANO ... "Raccomandazioni per l'assistenza alla madre in puerperio e al **neonato**" ...
www.epicentro.iss.it/temi/materno/diapo%20def/Alimonti.ppt - [Pagine simili](#)

[PDF] Corso di Formazione Aziendale 2007 ASL Chieti: "Servizio di ...
Formato file: PDF/Adobe Acrobat - [Versione HTML](#)
21 set 2007 ... **neonato** sano. - Veneto. Il comma 4, lettera c), che estende ai medici di **continuità assistenziale** ed ai. medici pediatri di libera scelta la ...
aslchieti.typepad.com/.../files/corso_servizio_di_ca_il_paziente_in_et_pediatria_pacchetto1.4.pdf - [Pagine simili](#)

Le prime due voci del risultato della ricerca rimandano al sito APEL

Definizione

"Quel complesso di interventi che, senza mai andare incontro ad interruzioni di **flusso e quindi di omissioni** o - viceversa - a ridondanze di cure, **realizza un percorso assistenziale** articolato in più servizi e in più figure, in risposta ai bisogni di salute del bambino"

Clemente A. *La continuità dell'assistenza al bambino*. Riv.Ital.Pediatr. 2001; 27; 584-585

Soggetti principalmente coinvolti



- Neonatologo
- Pediatra curante
- Pediatra consultoriale
- Famiglia
- Ginecologo
- Ostetrica
- Infermiera



- Famiglia
- Ufficio Anagrafe
- Ufficio ASL
- Ufficio C.F.

Quanta strada abbiamo fatto

Ottobre 2004: mailing list forum@apel-pediatri.it

... gli ultimi tre neonati che ho visto (e le cui mamme si conoscevano) hanno avuto tre consigli diversi per l'ombelico (niente, mercurocromo, acqua ossigenata e mercurocromo) con ombelico "sano".

Terapia con Vitamina K: 2 b. Konakion® e 1 b. VitaK®.
2 con integrazione con fluoro (fluormil). Allattamento al seno in tutte 3 i neonati.

In due b. segnalato nella scheda il nome del latte da assumere.

Due con unghie da "Nightmare" e lesioni da graffiamento ma con il consiglio di non tagliarle.

Incontro tra pediatria extraospedaliera e punti nascita della Provincia di Genova
 18 dicembre ore 20,30 Starhotel - Corte Lambruschini - Genova
"Consensus conference":
Consigli sulla gestione del neonato sano alla dimissione dall'ospedale e a domicilio
Presidenti:
 dott. A. Ferrando, dott. M. Fiscella
Moderatori:
 Prof. G. Serra, prof.ssa W. Bonacci
Partecipano
 ■ Pediatri di famiglia
 ■ Pediatri dei consultori materno-infantili
 ■ Pediatri dei punti nascita*

ARGOMENTI:
Prof. F. Pantarotto, coll. ed infermiere pediatriche Az. Osp. S. Martino - dott.ssa N. Boiardi, dott. S. Scalisi: Alimentazione del neonato: QUANTO, QUANDO, QUANTE VOLTE (al seno, artificiale, misto)
Dott. S. Gandus e coll. Osp. Celesia- dott. G. Semprini, dott.ssa Martini: Alimentazione della mamma
Prof. Gandullia e coll. del Gaslini - dott.ssa L. De Fabrizio, dott. G. Piccolo: Come cambia la famiglia: consigli per i genitori e per i famigliari
Dott.ssa Di Gianbartolomei e coll. Az. Osp. USL 4 - dott. V. Canepa: Il neonato a domicilio: indumenti, temperatura, locali, igiene, culla ecc.
Prof. Centa e coll. Del Galliera - dott.ssa M. Zera, dott. P. Ghinelli: Il neonato fuori casa: QUANDO uscire, COME (indumenti e mezzi di trasporto), DOVE (in città, al mare, in montagna)
Prof. Vianola e coll. Osp. Sampierdarena - dott.ssa M.E. Orlando: Prevenzione delle allergie: alimenti ed ambiente

CONTINUITA' ASSISTENZIALE DEL NEONATO

Alberto Ferrando*,
 Noemi Boiardi,
 Giorgio Conforti^{oo},



Marcella Zera**,
 Maria Elisa Orlando,
 Michele Fiore[^]

13 settembre 2004

*Presidente sezione ligure della Società Italiana di Pediatria (SIP).
 Consigliere dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Genova
 ** Presidente della Associazione Pediatri Extraospedalieri Liguri (APELonus)
^{oo} Addetto stampa e responsabile regionale per le vaccinazioni della FIMP
[^] Responsabile regionale del Centro Studi della Federazione Italiana Medici Pediatri



Dott. Alberto Ferrando

- Presidente Società Italiana di Pediatria, sez. ligure
- Vice-Presidente Ass. Pediatri Extraospedalieri Liguri
- Vice Presidente Ordine dei Medici di Genova



www.apel-liguria.it



www.apel-liguria.it



**Ospedale e territorio:
 Limiti e Prospettive**

Dott. Alberto Ferrando

Pediatra di Famiglia

Pres. Soc. It di Pediatria (SIP) sez. ligure

www.apel-liguria.it



**IL NEONATO A TERMINE E PRETERMINE
 DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO**



La presa in carico
 del
 Pediatra di Famiglia

Sabato 14 gennaio 2006

fondazione media **TERRANEO**
 Via Portobello, 14
 Sestu Levante (Ge)

Dott. Alberto Ferrando

Pediatra di Famiglia

Pres. Soc. It di Pediatria sez. ligure



www.apel-liguria.it



www.apel-liguria.it



Quanta strada abbiamo fatto

..dovremmo trovare il tempo per ridiscutere di alcune “banalità” che si possono ripercuotere negativamente sulla *percezione* di salute e di organizzazione pediatrica. Oserei dire che – di conseguenza - si ripercuotono negativamente, sulla *igiene mentale* della famiglia ma anche sulla *nostra stessa immagine, di medici*, che diamo.....

Problematiche "concrete"

Confusione nei genitori di quel punto nascita e nei genitori di altri punti nascita.

....ma a me fanno questo e perché a te no?

Oppure (peggio!?)

....anche io voglio fare quell'esame!

SCREENING OCULISTICO

SCREENING AUDIOLOGICO



ECOGRAFIA delle ANCHE

NEONATO DA MADRE STRANIERA
(mediatore culturale)

Problematiche "concrete"

Confusione nei genitori di quel punto nascita e nei genitori di altri punti nascita.

...ma a me hanno detto questo, a te no?
oppure (peggio!?)

...a me lo hanno sconsigliato assolutamente!

- **Cordone ombelicale**

- **Idrocele**

- **Fimosi**



CUTE DEL NEONATO

- eritema neonatale/e. tossico
- macchia mongolica
- angiomi
- milium neonatorum
- miliaria rubra
- acne neonatale

- **Candidosi**

- **Mughetto**

- **Congiuntivite**

- **Dacriocistite**

Esigenze irrinunciabili

Per una buona (...non dico ottima) "continuità di cura"

- Aspetti etici della professione
- Formazione
- Comunicazione
- Chiara ripartizione dei ruoli
- Evitare duplicazioni di servizi
- Evitare servizi che inducano bisogni

Esigenze irrinunciabili

Il "problema" va affrontato a 360 °

NON è solo del territorio o dell'ospedale
ma richiede una comunicazione e
collaborazione tra strutture Sanitarie e
sociali e tra Enti ed Istituzioni... cioè
continuità dell'assistenza al bambino -
cittadino

CRITICITA' - 1

RITARDO nella “presa in carico” dell’assistenza al neonato da parte del pediatra di famiglia, dovuta a difficoltà essenzialmente di tipo burocratico.

a) Registrazione neonato

b) Iscrizione nell’anagrafe del comune di residenza (con i noti ritardi se si nasce in un comune extraprovincia di residenza)

c) Richiesta del Codice Fiscale con relativi tempi di attesa se non ci sono tutti i documenti anagrafici

d) **ASSENZA** di coordinamento tra uffici pubblici

CRITICITA' - 2

ASSENZA di strumenti operativi ed organizzativi ISTITUZIONALI che permettano la trasmissione di notizie tra G. e G. ma anche tra G. e G.

NOSTRA mailing list

forum@apel-pediatri.it

DISCUSSIONI in ambito regionale sulle modalità di dimissione ospedaliera

Lezioni per gestanti dei pediatri di famiglia

I pediatri di famiglia entrano negli ospedali e incontrano le mamme in attesa. L'iniziativa è dell'Associazione Pediatri Extraospedalieri Liguri, il cui presidente Alberto Ferrando spiega come sia necessario conoscere il medico del proprio bambino, quando ancora sta comodamente nella pancia. Innanzitutto per capire chi è, cosa fa, come si muove un pediatra e poi per avere qualche preziosissima informazione su quel che può succedere i primi giorni a casa, dopo le dimissioni dall'ospedale. Gli incontri, a cui sono presenti i pediatri ospedalieri, sono già avviati all'Evangelico e al Gaslini e nei prossimi giorni dovrebbero iniziare anche al San Martino.

enziale
ziale
be fare

on partecipazione
diatri Consultoriali
su temi di educazione
(incidenti)

ei PdF che operano
del nascituro

informativo sui
Famiglia

a.it

Continuità assistenziale

Continuità assistenziale

cosa si potrebbe fare

Dopo della nascita

- Fissare gli eventuali appuntamenti per il follow-up di un problema clinico, prevedendo una lettera per il PdF
- Spiegare l'importanza della funzione del Libretto Sanitario Pediatrico Regionale
- Consegnare ai genitori le istruzioni per l'iscrizione al Pediatra di Famiglia (cittadini residenti)
- Consegnare ai genitori le istruzioni per l'accesso al Consultorio Pediatrico (cittadini "STP" - Stranieri Temporaneamente Residenti)

Continuità assistenziale

Continuità assistenziale

cosa si potrebbe fare
Punto nascita → PdF

- Compilare tutte le parti del Libretto Sanitario Pediatrico Regionale
- Contatto diretto per definire:

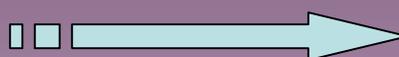
DIMISSIONE PRECOCE

DIMISSIONE PROTETTA

**DIMISSIONE del neonato con
malattia genetica/rara/cronica**

Continuità assistenziale

cosa si potrebbe fare

PdF  Punto nascita

- Disponibilità al contatto telefonico
- Disponibilità a seguire/integrare il follow-up del neonato con problemi “acuti”
- Disponibilità a seguire una:
 - DIMISSIONE PRECOCE**
 - DIMISSIONE PROTETTA**
 - DIMISSIONE del neonato con malattia genetica/rara/cronica**

Continuità assistenziale

cosa si dovrebbe fare

AZIENDA
USL 1
IMPERIESE REGIONE LIGURIA

REGIONE LIGURIA

UNITÀ SANITARIA LOCALE N. 1 IMPERIESE

LIBRETTO SANITARIO PEDIATRICO

NOME

COGNOME

CAMBIAMOLO!!!!

I bilanci di salute devono essere compilati
da parte dell'assistito o della sua famiglia a
libera scelta dell'assistito.
Eventuali annotazioni di altri professionisti possono essere
riportate nel diario clinico.



Continuità assistenziale cosa si fa in altre regioni **Livorno**

Caro Michele ti allego il testo di un Accordo Aziendale
Si tratta di un percorso di continuità assistenziale al
neonato che "non è sano", quindi necessita di un'
attenzione maggiore e di una presa in carico sin dal
momento della dimissione.

I risultati sono buoni (anche se dipendono molto dalla
collaborazione del punto nascita ...), quando i genitori
arrivano in studio tu conosci già i problemi del loro
bambino.....e non è poca cosa, soprattutto dal punto di
vista psicologico. cari saluti paolo

Livorno

.....omissis

si conviene di mettere in atto il presente Accordo concordato tra l'Azienda Usl 6 di Livorno e la FIMP della provincia di Livorno, in sintonia con gli obiettivi previsti dal Piano Sanitario Regionale, attraverso un potenziamento dei servizi territoriali rivolti all'età evolutiva

A) Dimissioni concordate del neonato con particolari necessità assistenziali e presa in carico anticipata da parte del Pediatra di Famiglia

Livorno

Premesso che la presa in carico del neonato entro il primo mese di vita è compito del Pediatra di Famiglia ..omissis... e che la corretta compilazione del Libretto Regionale da parte di tutti i professionisti che operano sul bambino rappresenta un valido strumento di integrazione e continuità assistenziale, si conviene di definire un percorso concordato per la dimissione del neonato che presenti particolari esigenze assistenziali ... omissis... cioè **rischio socio-sanitario** del neonato e della famiglia ...omissis...

Percorso assistenziale (Livorno)

1. in previsione della dimissione di un neonato con particolari esigenze assistenziali, la famiglia deve essere invitata dal Pediatra di Famiglia prima della dimissione.

2. nelle 24 ore precedenti il contatto con il Pediatra di Famiglia prendere in considerazione la possibilità di attivare il percorso assistenziale.

3. il Pediatra di Famiglia deve essere informato della dimissione del neonato.

4. il Pediatra di Famiglia deve prendere in carico il neonato e il percorso assistenziale concordato, anche con l'effettuazione di una visita da effettuarsi di persona.

Sistema premiante

Per ogni dimissione di neonato con particolari esigenze assistenziali e conseguente attivazione di percorso assistenziale come descritto al precedente punto A), al Pediatra di Famiglia è corrisposto

Lucca

1. I genitori che desiderano aderire all'iniziativa aziendale, che sarà pubblicizzata all'interno delle strutture aziendali attraverso materiale informativo, dovranno eseguire e formalizzare la scelta del Pediatra di Famiglia appena possibile, **anche prima della dimissione del neonato**;
2. La prima visita del Pediatra scelto sarà garantita indicativamente entro i primi 4 giorni dalla dimissione;
3. Il punto nascita rilascia adeguata relazione in merito al decorso nella nursery
4. Il pediatra alla prima visita effettua una valutazione clinica generale del neonato ... omissis..

Lucca

1. In tutti i casi in cui emergano problematiche specifiche che richiedano un intervento di secondo o terzo livello non derogabili **il Pediatra di famiglia deve attivare percorsi assistenziali diagnostici e terapeutici concordati con la U.O. di Pediatria** che si attivano.
2. Gli aspetti di interesse sono: **Indicatori: riduzione del n. di accessi di neonati sani presso l'U.O. Pediatria sez. neonatologia in 7° - 10° giornata dopo la nascita**
Sistema premiante: ai Pediatri di famiglia che partecipano al progetto verrà corrisposta una retribuzione di
3. **Definizione del progetto**
Il progetto è rivolto ai pediatri di famiglia che operano nel territorio di competenza e che, in collaborazione con i genitori, partecipano al progetto.
4. Dato che la pediatria è una disciplina in continua evoluzione e cultura, spesso in collaborazione con i servizi sociali con compiti di accertato, **si raccomanda il coinvolgimento dei servizi sociali con compiti di informazione sui servizi e di assistenza diretta.**



Firenze

OBIETTIVO GENERALE

Mettere in sicurezza la coppia madre-bambino quando si attuino dimissioni dalle 48 alle 72 ore dal parto.

• FASE PRE-PARTO

• FASE I (ginec)

• FASE II (obst)

• FASE III (parto)

• VERIFICA

Scelta del pediatra: Uno dei genitori deve documentare al neonatologo ospedaliero, qualche giorno prima della dimissione, di avere effettuato la scelta del pediatra di famiglia consegnando un documento scritto rilasciato dall'ufficio competente



Gruppo tecnico del DIMI
(Asl 10, Az. Meyer, Az
Careggi, PdF)
Firenze

Firenze

**Coordinamento del percorso nascita.
"Assistenza per dimissione concordata ed
appropriata del neonato sano "**

Indicatori

1. numero di primipare che partecipano ai corsi nel primo anno del progetto/numero dei nati nello stesso periodo nella stessa zona
2. numero di prime visite effettuate dal Pediatra di famiglia entro i termini dell'accordo/numero di neonati dimessi con la modalità previste dal progetto
3. numero di reingressi (e loro cause) in ospedale nel primo mese/numero dei dimessi
4. numero di consulenze ospedaliere/numero di neonati dimessi con queste modalità



ALLEGATO 1. Criteri sanitari per una dimissione appropriata

Madre	Neonato
<ul style="list-style-type: none">• se primipara abbia partecipato ai corsi di preparazione• Abbia espletato un parto per via vaginale o cesareo senza complicanze• Non abbia complicazioni <u>intrapartum</u> o <u>postpartum</u> che richiedono un trattamento medico in corso o un'osservazione*• Possa muoversi con un buon controllo del dolore• Abbia avuto una ripresa della normale funzionalità <u>vescicale</u>, o ne sia stata prevista un'adeguata sorveglianza• Sia stata determinata la necessità e previste le modalità di <u>somministrazione</u> delle immunoglobuline <u>anti-D</u>• Sia stata informata sulle cure di routine (ad es. cambio del pannolino, cordone ombelicale) e sulle modalità di allattamento (osservazione di almeno una poppata da parte degli operatori)• Sia stata informata su come accedere alle risorse di supporto ospedaliero e territoriali• Non esistano rilevanti problemi sociali <p>* le madri NON devono essere dimesse finché non sono stabili, se sono presenti:</p> <ul style="list-style-type: none">- perdita ematica importante (parto e <u>postpartum</u>), o presenza di <u>sanguinamento</u> maggiore del normale- febbre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) rilevata all'inguine, in 2 misurazioni consecutive in qualsiasi momento durante il travaglio e dopo la nascita- altre complicanze che necessitano di assistenza medica	<ul style="list-style-type: none">• Nato a termine (≥ 37 e < 42 sett) di peso adeguato per l'età <u>gestazionale</u> ($>3^{\circ}$ <u>percentile</u>, secondo le curve della <u>S.I.N.</u>)• Indice di <u>Apgar</u> al <u>V min</u> > 7, qualora non siano stati praticati interventi di rianimazione• PROM < 18 ore dal parto• Normale adattamento <u>cardiorespiratorio</u> alla vita extrauterina• Stabilità termica• Buone capacità nella suzione nutritiva ed avvio efficace dell'alimentazione al seno• Ictero, se presente, con caratteristiche di fisiologia• Emissione avvenuta e registrata di urine e <u>meconio</u>• Aver effettuato, se necessario, le opportune profilassi ed immunizzazioni (es. epatite B)• Aver programmato l'effettuazione degli screening metabolici secondo le modalità concordate con il Centro Regionale responsabile• Assenza di elementi <u>anamnestici</u> e clinici che suggeriscano la necessità di ulteriore osservazione, approfondimenti diagnostici o terapia in ospedale

Punti concordati dal Gruppo Tecnico di DIMI



Gruppo tecnico del DIMI
(Asl 10, Az. Meyer, Az Careggi,
PdF)
Firenze

Firenze

**Coordinamento del percorso nascita.
"Assistenza per dimissione concordata ed
appropriata del neonato sano "**

Allegato 4

Riepilogo di percorso assistenziale del NEONATO SANO

Documenti

Per il punto nascita	<ul style="list-style-type: none">▪ elenco dei pediatri suddivisi per zona in base all'ubicazione dell'ambulatorio principale (Telefoni, mail)
Per i Pediatri	<ul style="list-style-type: none">▪ elenco dei punti nascita con nominativi medici, telefoni, orari preferenziali mail di riferimento▪ elenco delle Ostetriche del territorio con nominativi e recapiti telefonici
Per le Ostetriche del territorio	<ul style="list-style-type: none">▪ elenco dei pediatri suddivisi per zona in base all'ubicazione dell'ambulatorio principale (Telefoni, mail)▪ elenco dei punti nascita con nominativi medici, telefoni, orari preferenziali mail di riferimento



Allegato 4

Riepilogo di percorso assistenziale del NEONATO SANO

Dimissioni

1. verificare la scelta del medico
2. consegnare il documento e illustrare il percorso da fare: contattare il pediatra al più presto per poter fare una visita entro 5 gg lavorativi dalle dimissioni.
3. in presenza di fattori di rischio (rilevante calo ponderale specialmente in caso di caso di esclusivo allattamento al seno, ittero con fattori anamnestici di rischio, valori di bilirubina a rischio, etc...) fissare l'appuntamento per un controllo a breve distanza
4. nei casi nei quali non sia stata effettuata la scelta del pediatra, nei bambini non residenti o extracomunitari, fornire la disponibilità dell'ambulatorio ospedaliero con orari , telefoni e ubicazione

Compilazione libretto pediatrico a cura del neonatologo:

dati della gravidanza durata, complicazioni, posizione fetale

dati del parto tipo di parto, I.A. eventuali interventi effettuati, Parametri di peso, lunghezza, CC e CT;

dati della degenza

- Gruppo Rh, esami, ittero, emissione di meconio
- screening effettuati (prelievi, Riflesso Rosso, reattometria, segno di Ortolani),
- interventi di prevenzione (Vit K modalità di somministrazione), somministrazione di farmaci,
- notizie sull'avvio dell'alimentazione
- andamento del peso, in particolare indicazione del peso alla dimissione

Coordinamento del percorso nascita.
"Assistenza per dimissione concordata ed
appropriata del neonato sano "



Presa in carico del pediatra

Contatto telefonico prima possibile da parte della Famiglia e visita entro 5 gg lavorativi

Parametri da controllare: peso, ittero, colorito cutaneo, respiro, toni cardiaci, polsi periferici
motricità

Verifica dell'allattamento materno e consigli

Indicazioni del percorso in caso di sospetti o approfondimenti diagnostici

Il punto di riferimento per la consulenza e/o esami da effettuare con percorso preferenziale è il reparto di neonatologia

- 1) telefonata del Pediatra al reparto con rilascio di recapito o modalità di reperibilità
- 2) invio del bambino con richiesta motivata
- 3) rinvio del bambino al Pediatra, se non necessitano interventi immediati
- 4) invio di esami per fax/e-mail concordate con il pediatra
- 5) contatti telefonici tra Pediatra di Famiglia e reparto di neonatologia

Indicazioni del percorso da Parte dell'ostetrica

In caso di sospetti o dubbi sulla salute del bambino, l'ostetrica territoriale si rivolgerà:

- 1) prioritariamente al Pediatra di Famiglia
- 2) in caso di non contattabilità del Pediatra di Famiglia, se problema urgente, contatto con il reparto di neonatologia

Continuità assistenziale



cosa si fa in altre regioni

*dal contratto regionale Emilia-Romagna tuttora in vigore (scaduto)
Linee di indirizzo per l'attuazione degli accordi aziendali*

...nell'ambito dello sviluppo delle cure primarie, in particolare:

- **La presa in carico tempestiva del neonato sano.** Il programma trasversale "percorso nascita", comporta, in stretta connessione con i presidi ospedalieri: la presa in carico e la continuità dell'assistenza per tutti i nuovi nati, anche in caso di dimissione precoce; l'attivazione di protocolli per l'individuazione e la presa in carico tempestiva del **neonato a rischio socio-sanitario**. Sono confermate le modalità applicative ...omissis.. mentre il compenso è ...omissis..

Continuità assistenziale cosa si fa in altre regioni



In alcuni ospedali della città di Milano
la scelta del Pediatra di Famiglia viene
effettuata direttamente nel Punto
Nascita senza dover assolvere ad
alcuna procedura burocratica

Dimissione precoce: il punto di vista dei neonati
Io non ci credo: "Ovvero se i neonati potessero parlare".

Ecco un ipotetico dialogo tra due neonati in ospedale

1° neonato: *lo sai sono nato ieri e domani me ne vado già via!*

2° neonato: *io non ci credo! Quando è nata mia mamma, di neonati ce ne erano tanti, eppure stavano in ospedale 5 giorni e anche più. Adesso ne nasce uno al giorno per miracolo. Figurati se ci mandano via!*

1° neonato: *si, si. Ce ne andiamo davvero! Peccato, perché ci stiamo appena abituando a questo nuovo ambiente e poi.... la mamma è così stanca! Penso che non ce la possa fare a darmi il suo latte. A casa è tutta sola e ho anche un fratellino di due anni che la sta facendo disperare. Non ha nessuno che la possa aiutare a casa.*

2° neonato: *non posso proprio credere che ci mandino via!*

1° neonato: *eppure è proprio così.*

2° neonato: e se non si accorgono subito di un disturbo al cuore? O se respiriamo male? O se ci venisse una infezione? (Come è capitato ad una nostra amica in America?) O se mamma e papà non si accorgono che diventiamo tanto gialli da avere poi dei problemi al cervello? Mi hanno detto che in alcuni paesi è già successo! No, non credo proprio che ci vogliano mandare via.

E poi, scusa, i "grandi" si lamentano che i bambini sono sempre meno per cui non faranno correre qualche rischio proprio ai neonati "sani"!?

E per gli "screening" come fanno? Lo sai che dopo due giorni non sono sicuri. ...Non avranno mica il coraggio di rifarci un "buco" dopo alcuni giorni.

Poi, noi abitiamo in un posto in campagna; bello ma lontano dall'ospedale e mia mamma non guida.

No, non credo proprio che avranno il coraggio di mandarci a casa dopo 1-2 giorni..

*1° neonato: eppure è proprio così. Forse se votassimo, ci
terrebbero in ospedale ancora qualche giorno. Dicono che
ci mandano a casa per rendere la medicina più umana !!!!
Per me vogliono solo risparmiare sulla nostra salute e su
quella delle nostre mamme.*

APEG 1996

Noemi Boiardi

Alberto Ferrando

Noi siamo dei pediatri famiglia, e vogliamo tanto bene ai bambini da capire anche il loro linguaggio sconosciuto agli altri

Alcune Proposte operative



**Prima proposta:
prevenzione incidenti**

PROGETTO PREVENZIONE INCIDENTI DEI PEDIATRI LIGURI

- Prospetto generale sintetico da valutare rapidamente
- Scheda **seggiolino per auto**
- Prevenzione incidenti **trauma cranico** per bds 10°-45° g.
- **il corpo estraneo** scheda per bds 61°-90° g.
- **pericoli di fuoco e acqua** per bds 4-6° m.
- **avvelenamenti scheda finale** per bds 7-8° m.
- **prevenzione incidenti 15-18° mese.**
- **questionario di valutazione del bds 10°-12° mese.**
- **checklist dei due anni.**



**Seconda proposta:
sicurezza prematuri e no**

Rischio cardiorespiratorio da seggiolino per auto:

Nati prima della 37 settimana: 30-60%

A termine: 6-8%

Canadian Pediatric Society:

- Istruzioni ai genitori

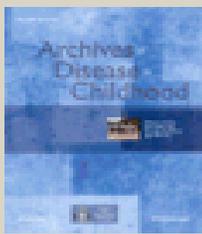
- Test della saturazione di O₂

SE positivo (SaO₂ < 88 per 10' più in un periodo di 90')

No seggiolino

Se la saturazione è bassa più a lungo prolungare
il ricovero





A Cote, A Bairam, M Deschenes, and G Hatzakis

Sudden infant deaths in sitting devices

Arch. Dis. Child., May 1, 2008; 93(5): 384 - 389.

[\[Abstract\]](#) [\[Full Text\]](#) [\[PDF\]](#)



BMJ

S. L Tonkin, S. A Vogel, L. Bennet, and A. J. Gunn

Apparently life threatening events in infant car safety seats

BMJ, December 9, 2006; 333(7580): 1205 - 1206.

[\[Full Text\]](#) [\[PDF\]](#)



Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Ed

E Pilley and W McGuire

The car seat: a challenge too far for preterm infants?

Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed., November 1, 2005; 90(6): F452 F455.

[\[Abstract\]](#) [\[Full Text\]](#) [\[PDF\]](#)



PEDIATRICS

J. L. Bass, M. Corwin, D. Gozal, C. Moore, H. Nishida, S. Parker, A. Schonwald, R. E. Wilker, S. Stehle, and T. B. Kinane

The Effect of Chronic or Intermittent Hypoxia on Cognition in Childhood: A Review of the Evidence

Pediatrics, September 1, 2004; 114(3): 805 - 816.

[\[Abstract\]](#) [\[Full Text\]](#) [\[PDF\]](#)



**Terza proposta:
disagio/abuso/maltrattamento**



Available online at www.sciencedirect.com

SCIENCE @ DIRECT®

Forensic Science International 158 (2006) 195–199

Forensic
Science
International

www.elsevier.com/locate/forsciint

Case report

A case of Munchausen syndrome by proxy with subsequent suicide of the mother

B. Vennemann^{a,*}, M. Große Perdekamp^a, W. Weinmann^a,
M. Faller-Marquardt^a, S. Pollak^a, M. Brandis^b

^a*Institute of Legal Medicine, University Hospital of Freiburg,
Albertstrasse 9, 79104 Freiburg, Germany*

^b*Department of Paediatrics and Adolescent Medicine, University Hospital of Freiburg,
Mathildenstrasse 1, 79106 Freiburg, Germany*

Received 30 November 2004; received in revised form 27 June 2005; accepted 23 July 2005

Abstract

Three families are described in which the healthy only child was, from early childhood, put to bed and treated as if dependent on his mother. This abnormal dependency continued for 28, 45, and 48 years, respectively, until the children died as a result of their illness. In each case, the mothers evaded medical help and such evasions, the origins of their behaviour are examined, and the children with more common symptoms of separation anxiety, school refusal, and perceived and factitious illness are discussed.

(Arch Dis Child 1999;80:359–362)

1) Medicina di attesa
2) Medicina intercettiva
3) Medicina attiva

I FATTORI DI RISCHIO

GENITORI A RISCHIO

1. Madre giovane (<18 anni)
2. Persone sole
3. Grave ritardo mentale
4. Patologia psichiatrica grave o cronica
5. Tossicodipendenti o alcolisti
6. Storia di significative carenze affettive
7. Importanti differenze culturali fra genitori
8. Disoccupazione e/o gravi difficoltà economiche
9. Cond. abitative improprie per igiene e spazio
10. Emarginazione sociale

**Quarta proposta:
"Cultura" delle vaccinazioni**

Embriopatia rubeo-lica e varicella

Quinta proposta:

Educazione

Stili di vita

Battaglia contro il Mongering disease



Mum, what does the FDA do?

Well, let me see now, darling . . . I suppose it's there to protect the doctors and drug companies against scary, angry parents giving them a hard time for having killed their children.

