



È nato un bambino

SSF PN 04: è nato un bambino
Rev. 07 del 03/2024

Informazioni e consigli per i genitori



Unità di Struttura Complessa di Patologia Neonatale

Sezione Nido Tel. 035 2673126/3127 Fax 035.2674859

Segreteria Tel. 035.2674399

Cari genitori,

la nascita di un bambino è una gioia infinita, ma talvolta può essere fonte di qualche piccola ansia; tutto è risolvibile con un minimo di preparazione e soprattutto con la pazienza poiché dovete imparare ad instaurare con vostro figlio un rapporto, attraverso un linguaggio a cui non siete in genere abituati, fatto soprattutto di gesti e sguardi. Questa guida cercherà di aiutarvi a crescere come genitori, ma certamente saranno indispensabili il vostro intuito, il vostro buon senso, il vostro amore. Probabilmente molte altre persone cercheranno di darvi consigli; alcuni di essi, sebbene in buona fede, non sempre corrispondono ad una moderna e corretta assistenza neonatologica. “Allevare un bambino è uno dei lavori più soddisfacenti e creativi e contemporaneamente uno dei più sottovalutati. State aiutando una nuova persona a crescere, ad essere ciò che voi pensate debba essere una persona. Amare un bambino dà il via ad una reazione a catena; più date e più riceverete (Penelope Leach)”.

Il Direttore Dott.ssa G. Mangili

La Coordinatrice Ostetrica V. Nava

Il Nido della SC Patologia Neonatale dell'ASST PAPA GIOVANNI XXIII è collocato al primo piano della TORRE 1.

IL NEONATO IN OSPEDALE

Alla NASCITA, dopo il contatto pelle a pelle, si effettua al neonato la profilassi per la malattia emorragica (mediante l'iniezione intramuscolare di vitamina K, che favorisce la produzione di fattori della coagulazione).

Subito dopo la nascita viene posizionato il braccialetto identificativo sia al polso dei genitori sia a quello del neonato al fine di identificarli durante tutta la degenza: per questo è importante mantenere il braccialetto al polso e che venga rimosso dal personale del Nido solo alla dimissione.

Sul lettino del neonato viene apposto un cartellino con dati anagrafici e clinici del neonato: a tutela della privacy i genitori che non desiderano questa segnalazione devono avvisare il personale infermieristico del Nido.

Rooming-in

La mamma può tenere accanto a sé il proprio bimbo sin dal primo giorno di vita del neonato. Il rooming-in è raccomandato soprattutto per favorire l'allattamento, rispettando e soddisfacendo così al meglio le richieste di suzione del neonato. L'infermiera, l'ostetrica o la puericultrice saranno presenti in stanza per le dimostrazioni ed il supporto alla mamma nell'esecuzione delle prime cure igieniche al neonato e nella gestione dell'allattamento. Le figure professionali operanti al Nido sono riconoscibili dal cartellino identificativo e dalla

divisa bianca con disegni di fiori e animali. Il materiale necessario per effettuare le cure igieniche neonatali viene fornito dall'Azienda Ospedaliera .

Il neonato che, per indicazione clinica, deve rimanere in osservazione presso il Nido, può essere raggiunto dalla mamma/genitori per l'allattamento e/o cure parentali.

Di seguito si riportano alcune raccomandazioni:

- 1) Il neonato, durante il riposo deve essere posto nel suo lettino*
- 2) non soggiornare con il neonato nei corridoi, spesso affollati, e non uscire dalla SC Ostetricia*
- 3) solo i papà possono restare nella stanza di degenza della mamma, con il proprio figlio/a, senza limitazioni di orario*
- 4) nel letto della mamma spesso viene collocato il neonato per la gestione dell'allattamento al seno, soprattutto nei casi in cui la mamma sia allattata. Pertanto il letto della mamma non deve essere condiviso né con il papà né con nessun altro parente*
- 5) non lasciare il neonato incustodito in stanza, in caso di necessità contattare il personale del nido*

NOTA BENE: a tutela della privacy, non è possibile effettuare fotografie o filmati ai neonati dalla vetrata del Nido.

L'abbigliamento per il neonato degente viene fornito dai genitori. In situazioni d'emergenza, il corredo verrà fornito dall'Azienda Ospedaliera.

NORME PER I GENTILI VISITATORI

Nel nostro ospedale è possibile per le donne che partoriscono, se lo desiderano, tenere accanto a sé il proprio bambino 24 ore su 24 nella camera di degenza, fino al momento del ritorno a casa. Si tratta di un'importante iniziativa che vuole favorire, sin dalle prime ore dopo il parto, il processo di familiarizzazione tra mamma e bambino, facendo sempre più percepire l'Ospedale come un luogo vicino ai bisogni umani delle persone assistite. Per consentire un corretto svolgimento delle attività con questo tipo di organizzazione e soprattutto per tutelare la salute del neonato, già di per sé piuttosto fragile, è raccomandato rispettare alcune buone pratiche:

- il piccolo ha bisogno di tranquillità; quindi è fondamentale rispettare il suo riposo abbassando il tono di voce se sta dormendo*
 - è sempre importante un adeguato lavaggio delle mani, avendo cura di non avvicinarlo al viso né baciario se si è affetti da Herpes labiale*
 - è sconsigliato inoltre far visita al bambino se febbricitanti o affetti da infezioni contagiose o delle vie respiratorie (tosse, raffreddore, influenza...)*
- oltre a tutte queste raccomandazioni e sempre nell'interesse di salute di mamma e bambino, chiediamo cortesemente che parenti e amici non affollino la stanza e che non allontanino il piccolo dalla stanza per portarlo in altri locali.***

La convivenza del bimbo con la propria mamma, nella sua camera senza limitazioni, rappresenta un importante momento di umanizzazione rivolto all'arrivo di una nuova vita. Perché possa sempre avvenire in sicurezza è importante che ognuno collabori al rispetto di queste semplici regole.

Gli orari di accesso per i visitatori sono specificati sul sito dell'azienda [nella sezione "Informazioni utili – orari di visita"](#) e da cartellonistica all'ingresso del reparto.

SCREENING NEONATALI

Tutti i neonati, prima della dimissione, vengono sottoposti ai seguenti screening:

- 1. SCREENING NEONATALE DELLE MALATTIE METABOLICHE**
- 2. SCREENING Uditivo Neonatale (o Test delle Emissioni Otoacustiche)**
- 3. SCREENING DEL RIFLESSO ROSSO**

1. LO SCREENING NEONATALE NELLA NOSTRA REGIONE: INFORMAZIONI PER I GENITORI

Che cos'è lo screening neonatale.

Lo Screening Neonatale (SN) è un programma di prevenzione obbligatorio ed è eseguito in tutto il territorio nazionale. Ha come scopo la diagnosi precoce di alcune malattie ereditarie per cui è previsto un intervento terapeutico che possa modificare lo stato di salute del neonato affetto. Nella nostra regione, tutti i neonati, prima del ritorno a casa dal Nido dell'Ospedale di nascita, sono sottoposti ad un piccolo prelievo di sangue capillare, necessario per l'esecuzione gratuita di alcuni esami di laboratorio, utili per l'individuazione precoce di alcune rare malattie congenite.

Le malattie inserite nello SN sono:

- la diagnosi di Ipotiroidismo Congenito, Fibrosi Cistica, Fenilchetonuria e, in Regione Lombardia, anche per l'Iperplasia Surrenalica Congenita ai sensi della Legge 104/1992 (art. 6) e dal DPCM 9.7.1999;*
- la diagnosi delle malattie metaboliche ereditarie contenute nelle tabelle 1 e 2 del D. M. Salute 13.10.2016;*
- la diagnosi della Atrofia Muscolare Spinale (SMA) ai sensi della Legge n. 167/2016, e sue successive modifiche ed integrazioni e della L.R. n. 34/2022.*

Le malattie oggetto di Screening Neonatale sono malattie rare, di origine genetica, estremamente variabili nella loro incidenza, espressione biochimica, molecolare e clinica. La diagnosi precoce di queste malattie è molto importante, perché consente di iniziare tempestivamente terapie e diete specifiche, prima che si possano determinare gravi danni all'organismo del neonato affetto.

Perché è importante lo screening neonatale.

Lo screening neonatale è la tappa fondamentale di un percorso di prevenzione che consente d'individuare rapidamente, dopo la nascita, bambini affetti da alcune malattie congenite e permette di iniziare precocemente, nei centri clinici di riferimento, ad alta specializzazione, le specifiche terapie con i farmaci o le diete speciali che consentono uno sviluppo normale e/o migliorano notevolmente lo stato di salute del bambino malato. L'esecuzione dello screening è quindi molto importante per prevenire o limitare i danni, tipici di queste malattie, ed assicurare, al maggior numero di bambini affetti, una buona qualità di vita. Il Laboratorio di Riferimento Regionale per lo Screening Neonatale (LRRSN) dell'Ospedale dei Bambini V. Buzzi (ASST Fatebenefratelli- Sacco) di Milano è il laboratorio regionale a cui vengono inviati, per le analisi, tutti i campioni dei neonati lombardi, ovunque essi siano nati (ospedali pubblici e privati, case di cura private, domicili privati ecc.).

Le malattie oggetto di screening neonatale.

Nella nostra Regione, lo screening neonatale è oggi attivato, in accordo con gli obblighi di legge, per le seguenti malattie.

a) FIBROSI CISTICA (sigla: FC)

chiamata anche Mucoviscidosi, è una delle più comuni malattie ereditarie presenti nella nostra popolazione ed in Italia si presenta in un bambino ogni 3.500 nati circa. I sintomi, in funzione della diversa espressione del difetto genetico del gene CFTR, possono manifestarsi anche alcuni anni dopo la nascita. La diagnosi precoce di questa malattia consente oggi

di applicare tempestivamente le cure specialistiche più adeguate ad assicurare la migliore qualità di vita ai soggetti ammalati. Da un punto di vista laboratoristico, lo screening prevede la misura nel campione neonatale dell'enzima Tripsina (b-IRT); in tutti i neonati con ipertripsinemia (ossia con elevata concentrazione ematica di b-IRT) viene eseguita l'analisi molecolare del gene CFTR, con ricerca di un pannello di mutazioni a più alta frequenza, che consente d'individuare con più sicurezza e tempestività i neonati a maggior rischio di FC (vedi oltre).

b) FENILCHETONURIA (sigla: FCT)

è una malattia ereditaria e nelle regioni italiane si presenta, considerando anche le sue varianti minori (Iperfenilalaninemie-HPA), in un bambino ogni 4.000 nati circa. Dovuta all'accumulo di un aminoacido [Fenilalanina (Phe)], può provocare in alcuni casi danni cerebrali gravi ed irreversibili, se individuata tardivamente. Una dieta particolare, iniziata precocemente dopo la nascita nei pazienti con alte concentrazioni ematiche di PHE e condotta sotto attento controllo medico, permette di evitare questi danni, consentendo uno sviluppo fisico e mentale normale. Da un punto di vista laboratoristico, lo screening prevede la misura nel campione ematico neonatale degli aminoacidi Fenilalanina (b-Phe), Tirosina ed il calcolo del loro rapporto (Fenilalanina/Tirosina).

c) MALATTIE ENDOCRINOLOGICHE

• Ipotiroidismo Congenito (sigla: IC)

L'Ipotiroidismo Congenito (IC) primario è la più frequente malattia endocrina dell'età infantile e pediatrica, è dovuta ad un'alterata o assente funzione della ghiandola tiroidea e si presenta in un bambino ogni 2.500 nati circa. La mancata o insufficiente produzione d'ormoni tiroidei può determinare, se

protratta nel tempo, gravi danni, cerebrali e fisici, evitabili con la somministrazione farmacologica precoce e giornaliera d'ormone tiroideo, sotto attento controllo medico. Da un punto di vista laboratoristico, lo screening prevede la misura nel campione neonatale dell'ormone Tireotropina (b-TSH). L'utilizzazione del solo marker biochimico TSH (considerato oggi il marker più sensibile per lo screening neonatale delle forme primarie d'IC) non consente d'individuare le forme, più rare, di IC cosiddetto "centrale".

- Iperplasia Surrenalica Congenita da deficit di 21-idrossilasi (sigla: ISC)

il termine descrive un gruppo di disordini endocrini ereditari che colpiscono entrambi i sessi con un'incidenza intorno a 1 su 15.000 individui circa. Sono causati da un difetto enzimatico trasmesso geneticamente, che riguarda la sintesi degli ormoni prodotti dalle ghiandole surrenaliche. I segni clinici possono essere molto variabili. La diagnosi precoce di questa malattia consente oggi di iniziare un trattamento terapeutico adeguato che evita i danni derivanti dalle disfunzioni ormonali associate a questa condizione. Da un punto di vista laboratoristico, lo screening prevede la misura nel campione neonatale dell'ormone 17 - α - idrossiprogesterone (b-17OHP).

d) MALATTIE METABOLICHE EREDITARIE (MME)

Complessivamente, dai dati italiani oggi disponibili riferiti all'anno 2016, si stima che un neonato ogni 2.500 nati sottoposti a Screening Neonatale possa essere individuato come potenzialmente affetto da una delle MME oggetto di screening.

Nello specifico, si evidenziano di seguito i principali gruppi di MME oggetto di SN:

- AminoAcidopatie (sigla: AA)

In questo gruppo di nove MME (che include anche la Fenilchetonuria) una specifica carenza enzimatica ereditaria può determinare l'incapacità di "processare" correttamente gli

aminoacidi introdotti con l'alimentazione e/o derivanti dal processo fisiologico di cosiddetto "catabolismo proteico". Si determina quindi nell'organismo l'abnorme accumulo di questi aminoacidi e/o di loro metaboliti, che possono avere conseguenze tossiche, anche severe, per alcuni organi in particolare, ma non solo, per il Sistema Nervoso Centrale.

- Acidemie Organiche (sigla: AO)

In questo gruppo di tredici MME, analogamente alle aminoacidopatie, una specifica carenza enzimatica ereditaria può determinare l'accumulo nel sangue di alcuni "acidi" che alterano l'equilibrio "acido-base" dell'organismo, anche in questo caso con effetti tossici anche importanti per alcuni organi e funzioni corporee vitali.

- Difetti dell'Ossidazione degli Acidi Grassi (sigla: FAO, dall'inglese "Fatty Acid Oxidation")

In questo gruppo di dieci MME, gli enzimi utilizzati per il corretto uso di acidi grassi non sono ereditariamente disponibili o presentano un'attività ridotta. Questa condizione determina una riduzione anche importante della produzione d'energia da parte del nostro organismo, in particolare quando la concentrazione di glucosio (il principale "combustibile" del nostro organismo) tende – anche fisiologicamente - a ridursi. Le conseguenze di una condizione di ridotta disponibilità di componenti energetiche può alterare la funzione di numerosi organi e distretti corporei e, se non individuata e corretta, comporta l'insorgenza di danni d'organo e sistemici sia acuti (in particolare correlati alla condizione di associata ipoglicemia) sia cronici.

- Difetti del Ciclo dell'Urea (sigla: UCD, dall'inglese "Urea Cycle Defects")

I difetti del ciclo dell'urea (UCD) sono tra i più comuni difetti ereditari del metabolismo, le cui manifestazioni cliniche (ad esordio sia nell'età neonatale che più tardivo) sono principalmente legate all'effetto tossico multi organo

dell'ammonio accumulato in eccesso nel soggetto affetto, a causa del difetto enzimatico presente. Fra tutti i possibili UCD, il Programma SNE oggi è in grado di individuare solo quattro difetti: Citrullinemia di tipo I e di tipo II, Argininosuccinico aciduria, Argininemia. L'intervento terapeutico (farmacologico e dietetico) è finalizzato ad evitare l'accumulo di ammonio nei tessuti e negli organi.

- *Difetto di Biotinidasi* (sigla: BTD)

È una patologia ereditaria che determina un difetto congenito del metabolismo della biotina che, in assenza di trattamento, è caratterizzato da quadri clinici variabili ed anche severi a carico di molti organi.

- *Galattosemia* (sigla: GAL)

Con il termine di Galattosemia si identificano tre MME, caratterizzate da un difetto del metabolismo del galattosio (zucchero presente naturalmente nel latte, anche materno); in questo gruppo sono incluse una malattia grave potenzialmente fatale se non trattata precocemente dopo la nascita (galattosemia classica da deficit dell'enzima galattosio-1-fostato uridiltransferasi), una forma lieve rara con cataratta (deficit di galattochinasi) ed una forma molto rara di gravità variabile (deficit di galattosio epimerasi). Lo screening della Galattosemia è principalmente indirizzato ad individuare i neonati a rischio per la forma classica severa, ma nel processo di screening possono essere selezionati anche neonati con le altre due forme prima descritte.

Avvertenza importante: per eseguire correttamente lo SNE vengono misurati molti analiti ematici (aminoacidi, acilcarnitine) che, oltre alle MME sopramenzionate, possono rilevare altre condizioni, anche non ereditarie, (ad esempio deficit vitaminici) che possono avere rilievo clinico sia per il neonato sia per la madre. Alcune di queste condizioni sono elencate nella Tabella 3 del D.M.

Salute 13.10.2016. Anche per tutte queste condizioni, se individuate, sono previste azioni di segnalazione e controllo.

Modalità di esecuzione dello Screening Neonatale.

Il personale addetto del Punto Nascita esegue la raccolta, tra le 48 e le 72 ore di vita del neonato, di poche gocce di sangue ottenute con prelievo eseguito dal tallone del neonato. Il campione ottenuto viene inviato dal Punto Nascita al Laboratorio di Riferimento Regionale per lo Screening Neonatale con sede all'Ospedale dei Bambini V. Buzzi di Milano ed è utilizzato per l'esecuzione delle analisi di laboratorio per tutte le patologie oggetto di Screening Neonatale.

I campioni sono analizzati tempestivamente all'arrivo in laboratorio e i risultati delle analisi sono inviati all'Ospedale di nascita: se negativi (normali), i genitori non riceveranno nessuna comunicazione. In alcuni casi può accadere che il campione di sangue sia insufficiente o il risultato delle analisi sia dubbio, per cui è necessaria l'esecuzione di un secondo prelievo. In caso di risultato "non negativo", sono previste azioni successive di controllo laboratoristico (biochimico e molecolare), per la cui esecuzione sarete contattati dal personale sanitario del Punto Nascita. In caso di positività confermata dei test di laboratorio, il neonato viene tempestivamente segnalato al Centro Clinico di Riferimento Regionale per la patologia in oggetto al fine di:

- *proseguire il percorso diagnostico (azioni integrate di controllo clinico, laboratoristico e di consulenza genetica) sino alla corretta identificazione o esclusione di una condizione di malattia ereditaria oggetto di Screening Neonatale;*
- *attivare, ove necessario, di un mirato intervento terapeutico.*

Un risultato positivo di un test di screening non significa "malattia", è solo un segnale d'allarme che rende necessaria l'esecuzione di

esami d'approfondimento diagnostico. Solo pochi neonati, richiamati per un test di screening positivo, risulteranno, alla fine, effettivamente ammalati. Il Personale dell'Ospedale di nascita provvederà a fornire tempestivamente alla famiglia ogni informazione relativa all'esecuzione dei test di controllo ed al loro significato.

Ambito di comunicazione dei dati.

La realizzazione dello Screening Neonatale richiede, per l'esecuzione e l'interpretazione corretta delle procedure analitiche, la comunicazione di dati personali del neonato (identificativi, sanitari ed anamnestici) fra le strutture della Rete Regionale di Screening Neonatale (Punto Nascita, Laboratorio di Riferimento Regionale per lo Screening Neonatale e di conferma diagnostica, Centri Clinici di Riferimento).

I casi positivi allo SN, per i quali sia stata confermata la diagnosi, sono comunicati al Registro Nazionale Malattie Rare (RNMR) presso l'Istituto Superiore di Sanità attraverso il Registro Regionale Malattie Rare (ReLMaR), nel rispetto di adeguate misure e accorgimenti di sicurezza per il trattamento dei dati personali sensibili, come previsto dalla normativa vigente.

Tempi di conservazione dei campioni.

Una volta eseguito lo Screening Neonatale, il campione ematico viene precauzionalmente conservato per un periodo di cinque anni presso il Laboratorio di Riferimento Regionale di Screening Neonatale, periodo ritenuto necessario per l'assolvimento di eventuali azioni di controllo e verifica dello stato di salute del neonato. In seguito, su espressione di consenso, viene conservato in modo anonimizzato per possibili analisi epidemiologiche e/o di ricerca sulle malattie oggetto di Screening Neonatale o su altre patologie che dovranno entrare nello Screening Neonatale.

L'analisi genetica per lo Screening Neonatale come test di secondo livello.

Per poter individuare, con maggiore sicurezza, i possibili neonati ammalati, il programma di screening neonatale richiede, l'esecuzione di un test aggiuntivo (secondo livello) rappresentato dall'analisi del DNA del neonato per la ricerca di mutazioni. Questo secondo test, eseguito solo nel neonato con una positività al primo livello, consente di individuare, più rapidamente e con maggiore sensibilità, i neonati ammalati ma identifica, in alcuni casi, anche neonati, non ammalati, semplici portatori sani di una mutazione per la patologia d'indagine. Ai genitori è inoltre offerta (e fortemente consigliata) la possibilità d'eseguire una consulenza genetica e lo studio molecolare per meglio definire gli assetti genetici individuali ed il cosiddetto rischio di coppia (rischio d'avere, in future gravidanze, figli affetti dalla malattia) nel caso la mutazione sia portata anche dai genitori.

I genitori che nonostante l'importanza di questo test aggiuntivo siano contrari all'esecuzione del test genetico nel campione del proprio figlio, possono esprimere questa volontà al personale medico di reparto, che provvederà ad informare il Laboratorio di Riferimento Regionale per lo Screening Neonatale: in tal caso, però, essi devono essere responsabilmente consapevoli di diminuire fortemente, con tale azione di dissenso, la possibilità che il proprio figlio, se ammalato, sia individuato correttamente dal programma di Screening Neonatale, in quanto l'impossibilità ad eseguire il test genetico previsto dal programma, riduce fortemente la sensibilità (-15% circa) e la sicurezza dello screening. Per tale ragione sarà richiesto ai genitori di sottoscrivere un apposito modulo. In ogni caso, lo screening neonatale, obbligatorio per legge, viene comunque eseguito con i soli test biochimici.

Test del sudore per la Fibrosi Cistica.

Ogni qualvolta viene individuato un neonato portatore di una mutazione nel gene CFTR, viene richiesta l'esecuzione, presso il Laboratorio di Riferimento Regionale per lo Screening Neonatale,

di un test di approfondimento funzionale definitivo (test del sudore), affiancato da un colloquio informativo con i genitori, effettuato da personale qualificato del Laboratorio di Riferimento regionale di Screening Neonatale.

Alcune informazioni importanti da ricordare.

Lo screening è un'importante attività di medicina preventiva che può evitare, o ridurre fortemente, i danni d'alcune malattie congenite.

Pur utilizzando metodi di laboratorio molto sensibili, nessun programma di screening può individuare tutti i neonati ammalati, presenti nella popolazione esaminata.

I programmi di screening sono studiati per **ridurre al minimo** il disturbo arrecato al neonato ed il disagio per la famiglia: in meno del 5.0% di tutti i neonati si rende necessario l'avvio di procedure (diversamente graduate) di controllo.

Alcuni neonati sono richiamati solo per eseguire un controllo di sicurezza del primo test con risultati "dubbi" oppure perché per ragioni tecniche il prelievo ematico è risultato insufficiente per analisi accurate.

La positività di un test di screening neonatale non vuole dire che il bambino sia ammalato, ma significa solo che è necessario fare ulteriori controlli. È tuttavia molto importante che tutti i neonati con risultati positivi facciano i controlli previsti dal programma di screening.

D.g.r. 10 luglio 2023 - n. XII/596

Informativa Screening Neonatale Biochimico Rev. 0

2. LO SCREENING Uditivo NEONATALE O TEST DELLE EMISSIONI OTOACUSTICHE (EOA)

Circa 1 bambino su 1000 nasce con un difetto uditivo che, nei primi mesi di vita, è molto difficile da identificare senza test specifici. La

diagnosi precoce dei bambini con danno uditivo è importante per iniziare un corretto “percorso terapeutico” entro i primi mesi di vita. Infatti, in caso di sordità congenita, tanto più precoce è l'intervento tanto maggiori sono le possibilità di recupero.

Il test per lo screening uditivo viene effettuato da personale specializzato prima della dimissione del neonato dal Nido. E' un esame semplice, veloce e non doloroso. Si esegue mentre il bambino riposa e si effettua mettendo un tappino morbido nella parte esterna del condotto uditivo, tramite il quale vengono trasmessi suoni di bassa intensità che stimolano la parte interna dell'orecchio: la coclea. Se la coclea funziona normalmente risponde a questi stimoli sonori con un eco che viene rilevato dallo strumento.

Al momento della dimissione Vi verrà comunicato il risultato del test: Se la risposta è positiva, dovrete comunque seguire nel tempo lo sviluppo uditivo e linguistico del Vostro bambino perché alcune forme di sordità congenita sono progressive e possono manifestarsi più tardivamente

L'assenza di risposta a questo test non indica necessariamente la presenza di un deficit uditivo. Questo perché ci sono vari fattori che possono interferire con una risposta adeguata: il bambino è particolarmente irrequieto durante l'esame, il condotto uditivo contiene ancora vernice caseosa, In questo caso verrà fissato un appuntamento per ripetere il test..Il medico è a vostra disposizione per ogni ulteriore chiarimento.

3. LO SCREENING DEL RIFLESSO ROSSO

L'esame del riflesso rosso sfrutta la trasmissione della luce di un oftalmoscopio attraverso tutti i normali componenti dell'occhio: il film lacrimale, cornea, umor acqueo, cristallino e umor vitreo. Il riflesso rosso è visibile a livello della pupilla quando la luce inviata dall'oftalmoscopio viene riflessa dalla coroide senza incontrare ostacoli. Lo studio del riflesso rosso nel neonato ha lo scopo essenziale di diagnosticare precocemente gravi patologie oculari quali

cataratta congenita (incidenza 1/10.000 nati), retinoblastoma (0.1-0.04%) e anomalie di dimensione, forma e posizione del riflesso stesso allo scopo di attuare un trattamento tempestivo.

Modalità di esecuzione del test

Per eseguire il test è necessario un'oftalmoscopia a luce diretta. Per avere la dilatazione pupillare adeguata è necessario mantenere la stanza nella semioscurità e nel caso di insufficiente midriasi o di dubbio diagnostico si procede all'instillazione di un collirio midriatico 15 minuti prima dell'esame. L'effetto midriatico dura circa 45-60 minuti.

IL TEST DI SCREENING PER LA DISPLASIA CONGENITA DELLE ANCHE

Dopo 8-10 settimane di vita (fra il 2°- 3° mese circa) è prevista l'ecografia delle anche, secondo indicazione del pediatra curante.

L'esame va prenotato dai genitori presso le strutture abilitate.

In caso di neonato con fattori di rischio, quali familiarità per displasia congenita dell'anca o nati con presentazione podalica, l'esame viene prenotato direttamente presso la nostra struttura ospedaliera e viene consegnato l'appuntamento del controllo ambulatoriale ai genitori, alla dimissione

L'ITTERO DEL NEONATO

L'ittero, cioè la colorazione giallastra della cute e delle mucose, è causato dal deposito in questi tessuti della bilirubina, una sostanza che deriva, in gran parte, dalla distruzione dei globuli rossi.

È una manifestazione frequente nei neonati anche perché i loro globuli rossi sono in numero più elevato ed hanno una durata di vita molto più breve, rispetto alle età successive.

Durante la vita fetale la bilirubina viene eliminata attraverso la placenta.

Dopo la nascita è il fegato che deve far fronte a questo compito; in molti neonati, la fisiologica immaturità epatica comporta un'incompleta eliminazione della bilirubina. Quanto più è immaturo il fegato e quanto più è marcata la distruzione dei globuli rossi, tanto più è elevato il livello di bilirubina.

La bilirubina che non viene metabolizzata dal fegato (definita indiretta), circola nel sangue e quando supera determinati valori, diventa tossica per il cervello. Per questo motivo il livello di tale sostanza viene controllato anche ripetutamente nei primi giorni di vita, per potere intervenire con la terapia più idonea. Nella maggior parte dei neonati sono sufficienti alcune semplici misure quali un apporto calorico adeguato con l'alimentazione precoce con poppate numerose, o l'esposizione alla luce di alcune particolari lampade (fototerapia).

Molto più raramente, per ridurre il valore della bilirubina è necessario ricorrere alla exanguinotrasfusione, cioè alla sostituzione del sangue del neonato (in cui la concentrazione della bilirubina è elevata) con il sangue di un donatore compatibile. Per effettuare tale procedura, generalmente, si incanula la vena ombelicale, attraverso cui si sottraggono lentamente piccole quantità di sangue del neonato e si introducono, di volta in volta, pari quantità di sangue compatibile.

Quali sono i neonati in cui è più probabile che si verifichi ittero?

È più facile che siano raggiunti valori più elevati di bilirubina nei neonati con immaturità epatica più marcata o in quelli in cui la distruzione dei globuli rossi è più massiva e rapida, come succede ad esempio nella incompatibilità di gruppo materno-fetale.

Incompatibilità Rh: si può verificare nei neonati Rh positivi, figli di madre Rh negativa, quando la mamma durante la gravidanza produce anticorpi contro i globuli rossi del figlio. Per questo motivo tutte le donne Rh negative sono seguite con appositi esami in gravidanza e ricevono, entro poche ore dal parto, se il neonato è Rh positivo, la somministrazione di gammaglobuline.

Incompatibilità ABO: si può verificare quando la mamma è di gruppo O e il figlio di gruppo A o B con lo stesso meccanismo dell'incompatibilità Rh.

Qual è il valore di bilirubina considerato meritevole di sorveglianza?

Il valore varia in rapporto a molti fattori quali, ad esempio, l'età gestazionale, la giornata di vita, la velocità di incremento della bilirubina, la concomitanza di alcune patologie, l'incompatibilità Rh o ABO tra madre e figlio, ecc.

In base a questi dati e facendo riferimento alle linee guida di società scientifiche internazionali, si interviene, caso per caso, con l'atteggiamento terapeutico più adatto alla situazione.

A domicilio è importante che il genitore valuti il colorito della cute e delle sclere. Se l'ittero appare più intenso e persistente è indicato un controllo della bilirubina.

DIMISSIONE

Se non esistono controindicazioni né per la mamma né per il neonato, la dimissione avviene di solito nella 2^a-3^a giornata dopo il parto (a compimento della 49^a ora di vita del neonato), in tarda mattinata, dopo che la mamma e il bimbo hanno effettuato la visita medica pre-dimissione e previa regolarizzazione della denuncia di nascita, da parte dei genitori, secondo le indicazioni che vengono fornite in Sala Parto dall'Ostetrico/a. Ad ogni mamma viene consegnata la lettera di dimissione del neonato unitamente alle prenotazioni per eventuali controlli ambulatoriali, fissati presso il Nido o altre ambulatori dell'Azienda Ospedaliera. Vengono controllati e rimossi i braccialetti identificativi alla mamma, al neonato e al papà (se presente) dall'infermiera/ostetrica del nido. Gli eventuali farmaci prescritti per la continuazione del trattamento terapeutico instaurato nel corso del ricovero del neonato, possono essere ritirati dai genitori presso la Farmacia delle dimissioni.

La dimissione precoce è possibile su richiesta e se le condizioni cliniche della mamma e del neonato lo consentono. Dovrà essere eseguito un primo prelievo capillare per lo screening neonatale che dovrà essere ripetuto dopo le 49 ore di vita presso il nido.

TRASPORTO IN AUTO

Per il trasporto del neonato a domicilio riportiamo alcuni consigli come indicato dall'ACI.

Le cose che non devi fare

- *Tenermi tra le braccia in automobile*
- *Utilizzare un seggiolino danneggiato in un incidente*

Siamo sicuri in auto se...

- *Rispetti sempre i limiti di velocità*
- *In caso di viaggi lunghi fai soste frequenti*
- *Indossi le cinture di sicurezza anche per brevi percorsi*
- *Non guidi quando sei stanco*
- *Non fai cose che possono distrarti mentre guidi (parlare al cellulare, guardare il navigatore satellitare, cercare le stazioni radio, girarti dietro per controllarmi, ecc.)*
- *Fai attenzione a non lasciare oggetti sul ripiano posteriore: in caso di incidente potrebbero ferirci*

Le cose che devi fare

- *Leggere le istruzioni rilasciate dalla casa costruttrice del tuo veicolo sui "sistemi di sicurezza"*
- *Leggere le istruzioni d'uso del mio seggiolino: se lo acquisti usato chiedile al venditore o cercale su Internet*
- *Disattivare l'airbag se monti il seggiolino sul sedile anteriore*
- *Allacciare correttamente le cinture del mio seggiolino*
- *Usarlo anche per brevi percorsi*

[Automobile Club d'Italia - https://www.aci.it](https://www.aci.it)

PREVENZIONE DELLE CADUTE

Ecco qualche consiglio al fine di prevenire le cadute accidentali in ospedale e a domicilio:

IN OSPEDALE

- 1) *utilizzare sempre il lettino per effettuare il trasporto del proprio bimbo dal Nido alla stanza di degenza e viceversa;*
- 2) *non lasciare mai il neonato incustodito in stanza; in caso di necessità riportarlo al Nido;*
- 3) *non lasciare mai per nessun motivo il neonato incustodito sul fasciatoio. Nel caso in cui la mamma si dovesse allontanare per eventuale motivo urgente, porre il neonato nel lettino*
- 4) *se allatta sdraiata a letto accertarsi che la sponda del proprio letto sia alzata;*

A DOMICILIO

- 1) *non lasciare mai per nessun motivo il neonato incustodito sul fasciatoio. Nel caso in cui la mamma si dovesse allontanare per eventuale motivo urgente, porre il neonato nel suo lettino o, se impossibilitata, adagiarlo sul pavimento, protetto da un telo;*
se allatta sdraiata a letto creare attorno al bimbo una barriera, con l'uso di cuscini, che impedisca una caduta accidentale.

PREVENZIONE DEL DOLORE

Il neonato percepisce il dolore e lo esprime attraverso modificazioni nell'espressione facciale, il pianto che da moderato diventa vigoroso, il respiro che passa da rilassato a irregolare e frequente, i movimenti degli arti inferiori e superiori con flessione/estensione o rigidità degli stessi, un'alternanza dello stato di veglia- iperattività- sonno.

Per prevenire o attenuare il dolore si consiglia:

- *un ambiente con luci soffuse, riduzione dei rumori, musica dolce, e uso di voce calma e ritmata*
- *un contenimento posturale mediante l'uso di cuscinotti all'interno della culla, se molto ampia, che abbraccino il neonato*
- *una stimolazione tattile con marsupioterapia, contatto pelle-pelle,*
- *il rispetto dei ritmi di sonno del neonato*

In ospedale , durante l'effettuazione di procedure assistenziali invasive, si attiva la suzione prima e durante la procedura, attraverso l'attacco del neonato al seno, se allattato, o l'uso del succhiotto per i neonati nutriti con latte adattato

IL NEONATO A DOMICILIO

Quando **IL BAMBINO STA MALE** ci si deve rivolgere al pediatra di fiducia, oppure alla guardia medica (nei giorni prefestivi, festivi e la notte). Ci si rivolge all'ospedale solo per problemi acuti e gravi, presso il Pronto Soccorso Generale dell'Azienda, Area Pediatrica. L'ospedale non si può occupare di consulenze pediatriche (consigli telefonici) né di problemi non acuti (cioè che non richiedono un intervento immediato).

Ambiente

È importante riservare al neonato un angolo della casa (se non è disponibile una stanza apposita) protetta dai rumori, dal fumo di sigaretta e dalla confusione eccessiva. La temperatura ideale dell'ambiente è di circa 20° C. Il lettino dotato di materasso rigido e senza cuscino va tenuto lontano da stufe e termosifoni e l'arredo deve essere facile da pulire e lavare; il bambino deve dormire preferibilmente sulla schiena, non bisogna coprirlo troppo né avvolgerlo strettamente nelle coperte.

Nell'abbigliamento devono essere evitati accessori pericolosi (spille o ganci) che potrebbero ferire il bambino, essere inghiottiti o peggio ancora inalati con pericolo di soffocamento.

Passeggiata

Già nei primi giorni di vita il neonato può uscire per una passeggiata quotidiana, all'inizio di pochi minuti, fino ad arrivare gradualmente anche a 2 o più ore al giorno. È importante evitare il contatto con persone ammalate, evitare luoghi affollati e strade con traffico intenso. In inverno scegliete le ore più calde, in estate quelle più fresche. La passeggiata stimola l'appetito e aiuta il bambino ad adattarsi al clima; inoltre l'ambiente esterno offre stimoli visivi, uditivi, tattili che ne sviluppano l'intelletto. La luce ed il sole forniscono protezione contro il rachitismo.

Viaggi

Ogni mezzo di trasporto, dall'auto al treno all'aereo, può essere utilizzato: è bene tuttavia evitare al neonato sbalzi di temperatura e/o di altezza eccessivi. Bisogna inoltre rispettare il ritmo di vita quotidiano: il neonato deve poter mangiare, riposare, essere cambiato e pulito. Se il bambino viene portato in luoghi lontani con caratteristiche climatiche-ambientali particolari consigliatevi con il vostro pediatra per assicurargli un soggiorno tranquillo.

L'igiene delle mani

Chiunque si prenda cura dei neonati deve osservare una scrupolosa igiene, lavandosi sempre accuratamente le mani, prima di allattarlo, prima di preparare il latte materno e ogni qualvolta ci si appresta ad accudirlo.

Herpes labiale

Una particolare attenzione va riservata alla prevenzione dell'infezione da herpes labialis (detta "febbre"). È necessario evitare assolutamente il contatto con l'infezione in fase attiva (presenza di vescicola alle labbra) e il neonato.

Se la mamma presenta herpes labialis è indispensabile che indossi la mascherina ed effettui il lavaggio delle mani ogni volta che accudisce il neonato. Nel caso in cui, inavvertitamente, ci sia un possibile contagio, contattare il pediatra curante.

Per il lavaggio dei capi per neonato

Utilizzare detersivi ipoallergenici ed evitare l'uso di ammorbidenti e/o detersivi con una forte profumazione.

LE CURE IGIENICHE NEONATALI

La pelle dei neonati è sottile, soggetta ad arrossamenti, irritazioni, screpolature, infezioni. Per garantire al neonato una corretta igiene e protezione della cute utilizzare solo prodotti igienici studiati per il neonato: dermatologicamente testati, privi di SLS, SLES, PEG, paraffina MEA, TEA, DEA, coloranti, profumi e conservanti aggressivi. Si consiglia di evitare l'uso di talco (che può essere inalato o causare irritazione nelle pieghe della pelle) e di spugne (possibile fonte e deposito di germi e batteri).

Il cambio del pannolino

Materiale occorrente

- *Manopola monouso o di cotone (in tal caso si laverà in lavatrice a 40-60°C)*
- *Detergente liquido per neonati (PH neutro)*
- *Crema idratante emolliente (tipo base essex)*

PROCEDIMENTO:

- *Il cambio del pannolino si effettua possibilmente prima della poppata. Eventualmente, dopo la poppata, può essere di nuovo cambiato se sporco di feci, purché le manovre vengano effettuate delicatamente per evitare rigurgiti al neonato*
- *Lavarsi accuratamente le mani*
- *Preparare tutto il materiale occorrente sul piano d'appoggio scelto per effettuare il cambio del pannolino, in modo tale da non lasciare mai incustodito il neonato*
- *Togliere il pannolino sporco*
- *Pulire il sederino utilizzando il panno bagnato con acqua e poco detergente, procedendo dall'alto verso il basso e mai viceversa (soprattutto se sporco di feci), ovvero dai genitali verso l'ano.*
- *Ripetere la pulizia con il panno bagnato solo con acqua*

- **Nel maschio:** non retrarre la cute del pene onde evitare lesioni, pulire quindi solo esternamente
- **Nella femmina:** divaricare con delicatezza le grandi e le piccole labbra e rimuovere le eventuali tracce di feci o muco (dall'alto verso il basso). E' possibile trovare residui di vernice caseosa (sostanza bianca) che non deve essere rimossa, perché si riassorbe.

NB: nelle prime settimane di vita, nel pannolino è possibile notare delle piccole tracce di color rosso-arancio, si tratta di sedimenti urinari o di micromestruazioni (nelle femmine). E' sufficiente procedere con l'igiene giornaliera

- *Asciugare il sederino tamponando con un telo di cotone*
- *Applicare sulle natiche un lieve strato di crema idratante/emolliente. Solo se il sederino è arrossato applicare pasta protettiva contenente ossido di zinco (10%)*
- *Chiudere il pannolino fissando il bordo superiore con le alette adesive laterali in modo che sia al di sotto della medicazione del moncone ombelicale.*
- *Nei maschi, prima di chiudere il pannolino abbassare il pene in modo che se urina non bagni la medicazione del moncone ombelicale.*

Medicazione del moncone ombelicale

Materiale occorrente:

- Garza sterile misura 5 x 5 cm. O 7,5 x 7,5 cm.
- Benda a rete calibro 6

Procedimento:

*E' indicata la medicazione del moncone ombelicale **ad ogni cambio del pannolino.***

- *Lavarsi le mani con soluzione alcolica o acqua e sapone*
- *Togliere la benda a rete, se sporca gettarla, altrimenti si solleva spostandola in alto sul torace*
- *Eliminare la garza avvolta al moncone e sostituirla con una garza nuova sterile e asciutta*
- *Fissare la medicazione con la benda a rete*
- *Verificare che la benda sia ben stesa sull'addome e non ci siano piegature*
- *Se il moncone ombelicale è umido (sporco di feci o urina) detergerlo con la garza bagnata con acqua e poco sapone delicato, poi asciugare accuratamente con garza asciutta e avvolgerlo con garza sterile asciutta*
- *Garantire un'adeguata circolazione d'aria a livello del moncone al fine di evitare di creare un ambiente caldo, umido; per questo motivo il moncone ombelicale va lasciato fuori dalla zona del pannolino, ripiegando lo stesso leggermente verso il basso.*

È raccomandato consultare il pediatra se il moncone ombelicale:

- *non è ancora caduto dopo 3 settimane*
- *è presente una secrezione giallastra (pus) o avvertite un cattivo odore*
- *sanguina alla base*
- *presenta gonfiore, calore e rossore nella zona circostante alla base*

Spugnatura

La spugnatura viene effettuata al neonato in sostituzione del bagno, finché non è caduto il moncone ombelicale con una completa cicatrizzazione. La frequenza consigliata è 2-3 volte la settimana.

Materiale occorrente:

- *Manopola monouso o di cotone (lavabile a 40-60°C)*
- *Detergente liquido per neonati (PH neutro)*
- *Crema idratante / emolliente (tipo base essex)*

Procedimento:

- *Preparare l'ambiente con una temperatura adeguata (24-25°C)*
- *Lavarsi accuratamente le mani*
- *Preparare tutto il materiale occorrente sul piano d'appoggio scelto per effettuare la spugnatura*
- *Togliere il pannolino sporco e procedere con la detersione dei genitali*
- *Con il panno bagnato di acqua tiepida e poco sapone, detergere la cute del neonato, escludendo il viso (si deterge solo con acqua)*
- *Detergere la cute del neonato con il panno bagnato di acqua e rimuovere le tracce di sapone*
- *Asciugare il neonato con un panno di cotone, tamponando la cute*
- *Medicare il moncone ombelicale*
- *È importante detergere e asciugare bene la cute nelle pliche*

Solo se la cute è screpolata o secca applicare un leggero strato di crema idratante/emolliente. Diversamente non è consigliata l'applicazione di nessun tipo di crema o olio per neonato (da escludersi, quest'ultimo, preferibilmente nella stagione estiva)

Bagno

Il bagno del neonato si effettua dopo la caduta del moncone ombelicale, prima della poppata e possibilmente al mattino o alla sera (può avere effetti rilassanti). E' indicata l'esecuzione del bagno 2-3 volte la settimana (quando la cicatrice del moncone è asciutta, circa 2-3 giorni dopo la caduta).

Materiale occorrente:

- *Vaschetta di plastica adibita all'uso*
- *Detergente liquido per neonati (PH neutro)*
- *Manopola di cotone, se si desidera*

Procedimento:

- *Preparare l'ambiente con una temperatura adeguata (24-25°C)*
- *Lavarsi accuratamente le mani*
- *Preparare tutto il materiale occorrente*
- *Riempire di acqua la vaschetta per la metà della sua capienza, aggiungere poco detergente liquido (un cucchiaino)*
- *La temperatura dell'acqua deve essere di 36-37° (utilizzare apposito termometro, o per i più esperti, controllare manualmente appoggiandovi il gomito)*
- *Togliere il pannolino e se sporco di feci, pulire il sederino prima di procedere con il bagno*
- *Immergere lentamente il bambino nella vaschetta, sostenendolo con la mano sotto l'ascella in modo che la testa appoggi sull'avambraccio.*
- *Con l'altra mano si deterge il corpo partendo dai capelli, escludendo il viso e procedendo con gli arti superiori, tronco, genitali, arti inferiori*
- *Al termine del bagno asciugare accuratamente tamponando*

(non strofinare) la cute, facendo attenzione alle pliche cutanee (asciugare bene).

- *Se la cute è secca o screpolata applicare crema idratante / emolliente*

Gli occhi: *vanno puliti con garza sterile imbevuta di acqua sterile, procedendo dall'interno verso l'esterno*

Le orecchie: *si puliscono solo esternamente (NON utilizzare cotton fioc)*

Il naso: *se sono presenti secrezioni si pulisce con garza imbevuta di soluzione fisiologica*

Le unghie: *vanno tagliate con forbicine apposite da utilizzare solo per il neonato, senza arrotondare gli angoli e senza avvicinarsi troppo alla cute. Si consiglia di eseguire la procedura quando il bambino dorme e in una stanza illuminata.*

LA CARE DEL NEONATO

“All’inizio della vita, l’essere accarezzato, abbracciato e coccolato, rende sensibili le varie parti del corpo del bambino. Lo aiuta a costruire un’immagine corporea sana e a promuovere lo sviluppo dell’amore attraverso il rafforzamento del legame tra il piccolo e sua madre” (Anna Freud)

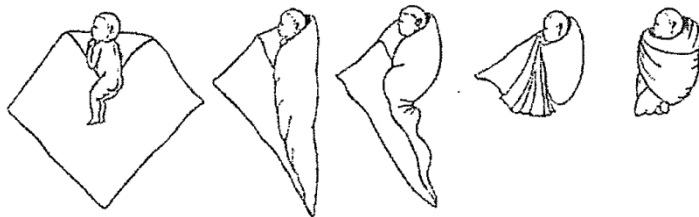
“Non c’è davvero alcun motivo perché la mamma, nel rapportarsi al proprio piccolo, debba precludere o dosare il contatto corporeo: in una relazione umana, esso è un atto di comunicazione pieno di significato che crea i presupposti per un adeguato sviluppo psico-affettivo e cognitivo del bambino, determinante per la sua evoluzione nell’intero corso della vita. La percezione dell’identità da parte del piccolo nasce proprio dall’esperienza di contatto corporeo, che gli fa percepire meglio se stesso e l’altro. Il desiderio del piccolo di rannicchiarsi contro il corpo della madre corrisponde al bisogno di un involucro, di una protezione, atti a riprodurre le condizioni dell’ambiente intrauterino” (da “il linguaggio della pelle”, scritto dall’antropologo Ashley Montagu)

Alcuni consigli utili per la mamma e per il suo bambino

Se il neonato piange troppo:

Di seguito si riportano alcuni consigli per cercare di risolvere il problema:

- *Favorire un ambiente adeguato, moderando il tono della voce, l'illuminazione, il rumore, creando così un'atmosfera adeguata al sonno.*
- *Cullarlo lentamente mantenendo una presa sicura con le mani rilasciandolo lentamente sul piano, una volta addormentato o calmato, togliendo le mani gradualmente*
- *Fascia o marsupio: scegliere un modello ergonomico. Il bambino, deve essere girato verso l'adulto. (<https://bimbinfascia.wordpress.com>)*
- *Avvolgerlo in un lenzuolo in posizione flessa per offrire stabilità, allineamento e contenimento. Il telino deve essere di consistenza morbida ed elastica e gli arti superiori ed inferiori devono essere flessi e le mani vicino al viso e alla bocca. Può essere usato per facilitare l'alimentazione, per offrire una maggiore stabilità posturale ed anche durante i primi bagnetti (rilasciando poi gradualmente il telino una volta immerso il bambino nell'acqua)*



Se il neonato non si sveglia per il pasto:

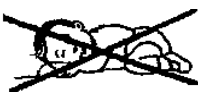
- Cambiargli il pannolino
- Svestirlo lasciandolo solo con body e calzini
- Stimolare il contatto visivo, uditivo e tattile: Parlare a distanza ravvicinata con il proprio bambino tenendolo in braccio.



Alcune piccole regole per:

Dormire...

NON
a "pancia sotto"



ma solo
SUPINO
sulla schiena

Alimentarsi...

ben contenuto
ed allineato



tenerlo e portarlo in braccio...



anche con
il marsupio

...e quando sarò cresciuto:

Da sveglio...

SI
a "pancia sotto"



Chiacchierare e giocare insieme...



ed anche un po'
nella seggiolina-sdraietta
con rullo a forma di U.

RISCHIO SIDS : norme di prevenzione

Le statistiche di molti paesi industrializzati indicano che la morte in culla (Sudden Infant Death Syndrome-SIDS) è la prima causa di morte per i bambini nel primo anno di vita.

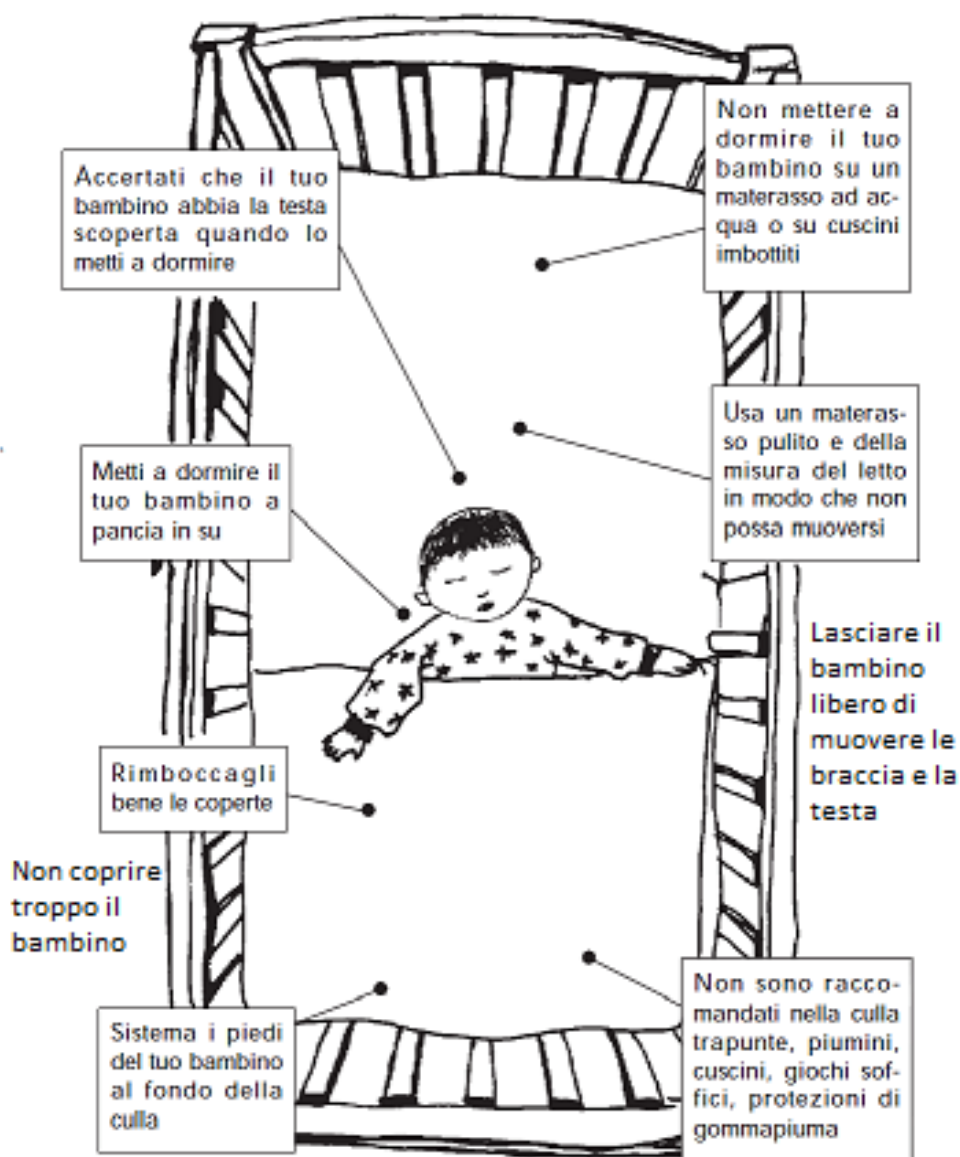
Per il tuo bimbo la nanna è più tranquilla se :

- ❖ dorme sulla schiena:
 - lo mettete a dormire con la pancia in su, almeno nei primi sei mesi di vita;

Non lo fate dormire con voi nel lettone: fatelo dormire in un lettino in cui non vi siano spazi vuoti tra il materasso e le sponde e in cui non vi siano ingombri;



- ❖ non fumate:
 - non fumate se avete intenzione di avere un figlio e in nessun caso in gravidanza e nel periodo dell'allattamento.
 - nessuno deve fumare nella stanza del bambino ed in sua presenza
- ❖ dorme in ambiente troppo caldo:
 - non vestitelo eccessivamente e non coprite il capo del bambino
 - non avvolgetelo in troppe coperte
 - mantenete il riscaldamento della stanza non superiore ai 20 gradi



Con l'augurio che possiate trarre da questa permanenza benefici per voi ed il vostro bambino e che possiate essere soddisfatti dal rapporto instaurato con tutto il personale del Nido, si informa che nel caso rileviate dei disservizi, potrete rivolgere le vostre osservazioni alla direttrice o alla caposala della Sezione Nido o all'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO Torre 2 Piano 4. Orario di apertura: Lunedì-Venerdì dalle ore 8.00 alle ore 14.00 Tel. 035.2675010 Fax 035.2673076

Pagina web dell'URP nel sito www.asst-pg23.it

Il calendario vaccinale del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019

Vaccino	0gg-30gg	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	11° mese	13° mese	15° mese	6° anno	12°-18° anno	19-49 anni	50-64 anni	> 64 anni	Sogetti ad aumentato rischio
DTPa**		DTPa		DTPa			DTPa			DTPa***	dTPaIPV	1 dose dTPa*** ogni 10 anni			(1)
IPV		IPV		IPV			IPV			IPV					
Epatite B		Ep B		Ep B			Ep B								(2)
Hib		Hib		Hib			Hib								(3)
Pneumococco		PCV		PCV			PCV							PCV+PPSV	(4)^^
MPRV								MPRV	MPRV	MPRV					(6) ^
MIPR								oppure MPR + V	oppure MIPR + V						(5) *****
Varicella															(6)^
Meningococco C								Men C ⁵			Men ACWY coniugato				(7)
Meningococco B^^		Men B	Men B	Men B	Men B			Men B							
HPV															(8)
Influenza											HPV ^{oo} : 2-3 dosi (in funzione di età e vaccino)			1 dose all'anno	(9) ^{oo}
Herpes Zoster														1 dose#	(10)
Rotavirus							Rotavirus## (due o tre dosi a seconda del tipo di vaccino)								
Epatite A															(11)

IPV	=	vaccino antipolio inattivato
Ep B	=	vaccino contro il virus dell'epatite B
Hib	=	vaccino contro le infezioni invasive da <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
DTPa	=	vaccino antidifterite-tetano-pertosse acellulare
dTpa	=	vaccino antidifterite-tetano-pertosse acellulare, formulazione per adulti
dTpa-IPV	=	vaccino antidifterite-tetano-pertosse acellulare e polio inattivato, formulazione per adulti
MPRV	=	vaccino tetravalente per morbillo, parotite, rosolia e varicella
MPR	=	vaccino trivalente per morbillo, parotite, rosolia
V	=	vaccino contro la varicella
PCV	=	vaccino pneumococcico coniugato
PPSV	=	vaccino pneumococcico polisaccaridico
MenC	=	vaccino contro il meningococco C coniugato
MenB	=	vaccino contro il meningococco B
HPV	=	vaccino contro i papillomavirus
Influenza	=	vaccino contro l'influenza stagionale
Rotavirus	=	vaccino contro i rotavirus

	Co-somministrare nella stessa seduta
	Somministrare in seduta separata
	Vaccini per categorie a rischio

Note

*1) Nei figli di madri HBsAg positive, somministrare entro le prime 12-24 ore di vita, contemporaneamente alle Ig specifiche, la prima dose di vaccino. Il ciclo va completato con la 2a dose a distanza di 4 settimane dalla prima, a partire dalla 3° dose, che deve essere effettuata dal 61° giorno, si segue il calendario con il vaccino combinato esavalente.

*2) Pur lasciando ai decisori territoriali la valutazione finale della schedula migliore in funzione dell'offerta vaccinale locale e delle sue tempistiche, si ritiene utile suggerire uno schema di inserimento della vaccinazione anti-meningococcica B. La sequenza di vaccinazione raccomandata è la seguente (i giorni sono ovviamente indicativi e non cogenti):

- **Esavalente + Pneumococco** ad inizio 3° mese di vita (61° giorno di vita)
- **Meningococco B** dopo 15 giorni (76° giorno)
- **Meningococco B** dopo 1 mese (106° giorno)
- **Esavalente + Pneumococco** dopo 15 giorni, ad inizio 5° mese di vita (121° giorno)
- **Meningococco B** dopo 1 mese, ad inizio 6° mese di vita (151° giorno)
- **Esavalente + Pneumococco** a 11 mesi compiuti
- **Meningococco B** al 13° mese
- **Meningococco C** sempre dopo il compimento dell'anno di vita

*3) La terza dose va somministrata ad almeno 6 mesi di distanza dalla seconda.

*4) La quarta dose, l'ultima della serie primaria, va somministrata nel 5°-6° anno di età. È possibile anche utilizzare dai 4 anni la formulazione tipo adulto (dTPa) a condizione che i genitori siano adeguatamente informati dell'importanza del richiamo all'adolescenza e che siano garantite elevate coperture vaccinali in età adolescenziale.

****) I successivi richiami vanno eseguiti ogni 10 anni.

*****) In riferimento ai focolai epidemici degli scorsi anni, si ritiene opportuno, oltre al recupero dei soggetti suscettibili in questa fascia di età (*catch-up*), anche una ricerca attiva dei soggetti non vaccinati (*map-up*).

▲) Soggetti anamnesticamente negativi per varicella. Somministrazione di due dosi di vaccino a distanza di ≥ 1 mese l'una dall'altra.

▲▲) Bambini che inizino la vaccinazione nel corso del secondo anno di vita devono eseguire due dosi, qualora iniziassero nel corso del terzo anno è sufficiente una dose singola. L'offerta di una dose di PCV contenente un numero di valenze maggiore è fortemente raccomandata a bambini mai vaccinati o che abbiano in precedenza completato il ciclo di vaccinazione con PCV7. Nel caso si tratti di bambini in condizioni di rischio sono raccomandate due dosi.

§) Dose singola. La vaccinazione contro il meningococco C viene eseguita per coorte al 13°-15° mese di vita. Per la seconda coorte a 12-14 anni, si raccomanda che una dose di vaccino Men ACWY coniugato sia effettuata sia ai soggetti mai vaccinati in precedenza, sia ai bambini già immunizzati nell'infanzia con Men C o Men ACWY. Nei soggetti a rischio la vaccinazione contro il meningococco C può iniziare dal terzo mese di vita con tre dosi complessive, di cui l'ultima, comunque, dopo il compimento dell'anno di vita.

*) Somministrare due dosi a 0 e 6 mesi (vaccino bivalente tra 9 e 14 anni; vaccino quadrivalente tra 9 e 13 anni); tre dosi ai tempi 0, 1, 6 (bivalente) o 0, 2, 6 mesi (quadrivalente) nelle età successive.

***) Vaccinare con il vaccino stagionale, i soggetti a rischio previsti dalla Circolare Ministeriale.

#) Somministrazione raccomandata a una coorte di soggetti di 65 anni di età.

##) Raccomandato in offerta universale, co-somministrabile con tutti gli altri vaccini previsti per i primi mesi di vita.

Vaccinazioni per soggetti ad aumentato rischio

- (1) **dTpa**: numero di dosi a seconda che si tratti di ciclo di base o di booster; per le donne, al terzo trimestre di ogni gravidanza (idealmente 28a settimana)
- (2) **Epatite B**: 3 Dosi, *Pre Esposizione* (0, 1, 6 mesi) 4 Dosi: *Post Esposizione* (0, 2, 6 sett. + booster a 1 anno) o *Pre Esposizione imminente* (0, 1, 2, 12)
- (3) **Hib**: per soggetti a rischio di tutte le età mai vaccinati in precedenza - numero di dosi come da scheda tecnica a seconda dell'età
- (4) **PCV**: fino ai 5 anni, poi PCV/PPSV
- (5) **MPR**: 2 dosi ad almeno 4 settimane di distanza; a seconda dell'età e dello stato immunitario nei confronti della varicella, è anche possibile la co-somministrazione del vaccino trivalente MPR con quello monovalente contro la varicella o l'impiego del tetraivalente MPRV
- (6) **Varicella**: 2 dosi ad almeno 4 settimane di distanza; a seconda dell'età e dello stato immunitario nei confronti di morbillo, parotite e rosolia, è anche possibile la co-somministrazione del vaccino monovalente contro la varicella con quello trivalente MPR o l'impiego del tetraivalente MPRV
- (7) Ai soggetti ad aumentato rischio offrire, **meningococco ACWY e meningococco B** - numero di dosi come da scheda tecnica a seconda dell'età
- (8) **HPV**: tutte le età come da scheda tecnica - numero di dosi come da scheda tecnica a seconda dell'età
- (9) **Influenza**: tutte le età come da scheda tecnica - numero di dosi come da scheda tecnica a seconda dell'età
- (10) **Herpes zoster**: a partire dai 50 anni di età
- (11) **Epatite A**: numero di dosi come da scheda tecnica

Riferimenti:

Imdad A. Bautista RMM :Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns (Cochrane collaboration Riewiew, 2013)

Molly J.Ness, Dawn M.R.Davis: Neonatal skin care: a concise review (International Journal of dermatology 2013)

World Health Organization, 2003

Ulrike Blume- Peytavi, Matthias Hauser: Skin care Practices for newborns and infants: review of the clinical evidence for best practices, 2011

Grazia Colombo, “Con ragione e sentimento” – le cure neonatali a sostegno dello sviluppo, ed. aprile 2011

Best practices ostetrico-neonatologiche per migliorare la sicurezza post-natale del neonato a termine, sano. Protocollo di prevenzione della SUPC, Aprile 2014

PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA CORRETTA GESTIONE DELLA FASE PRE-ANALITICA (Rev.4.21.04.2022) Ospedale dei bambini “V. Buzzi” (MI) Laboratorio di riferimento regionale per lo screening neonatale.

D.g.r. 10 luglio 2023 – n. XII/596

Indicazioni sulla prevenzione e gestione del Collasso Postnatale (SUPC) Task Force SUPC della Società Italiana di Neonatologia (2023)

Associazione semi per la SIDS ONLUS (2013)

COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE

“Trattamento farmacologico del dolore per i pazienti afferenti in area critica presso l’ASST Papa Giovanni XXIII”

ASST PAPA GIOVANNI XXIII

PIAZZA OMS, 1- 24127 BERGAMO - Tel.0352671111