



FONDAZIONE
POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

Il profilo assistenziale del neonato sano e la dimissione dal Nido



Dr. Roberto Bottino

U.O. di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale

Percorso nascita

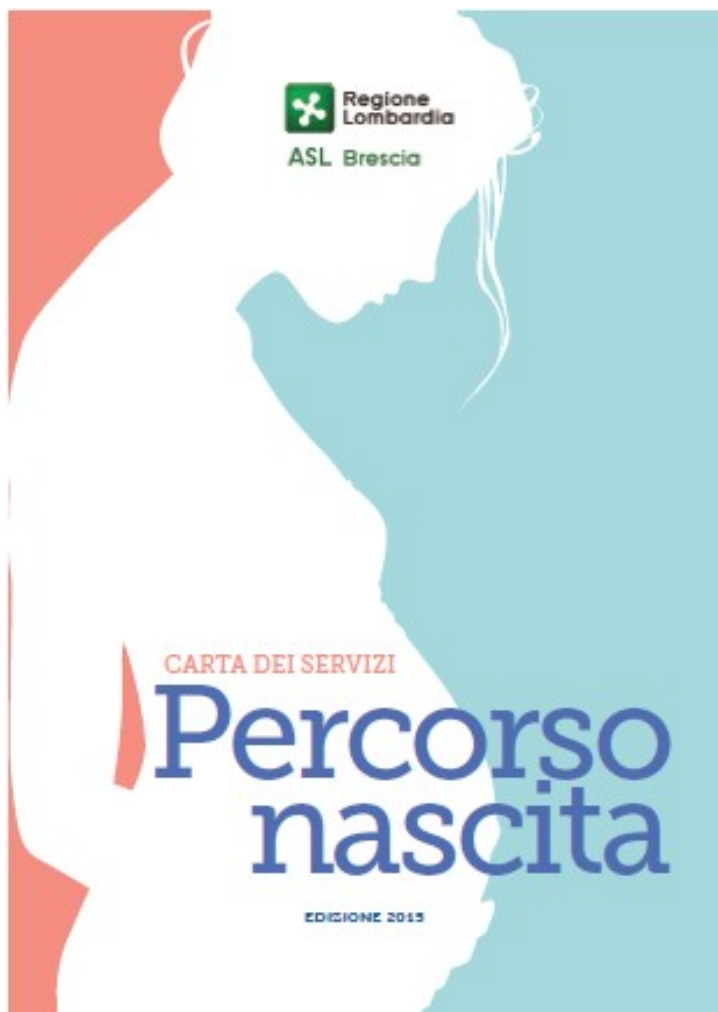
Corsi di preparazione al parto



Evento nascita



**Transizione del neonato
dall'ospedale al territorio**



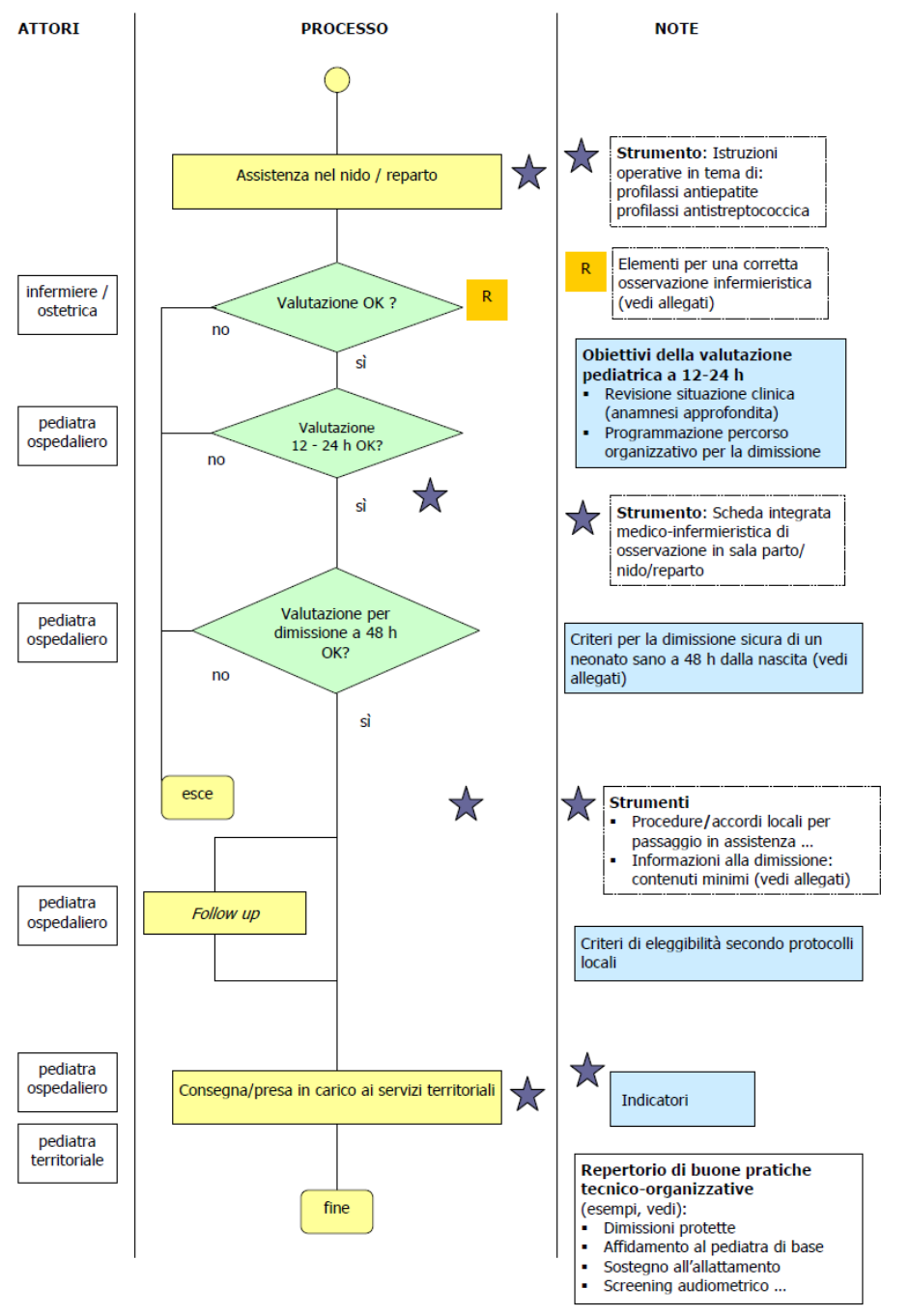
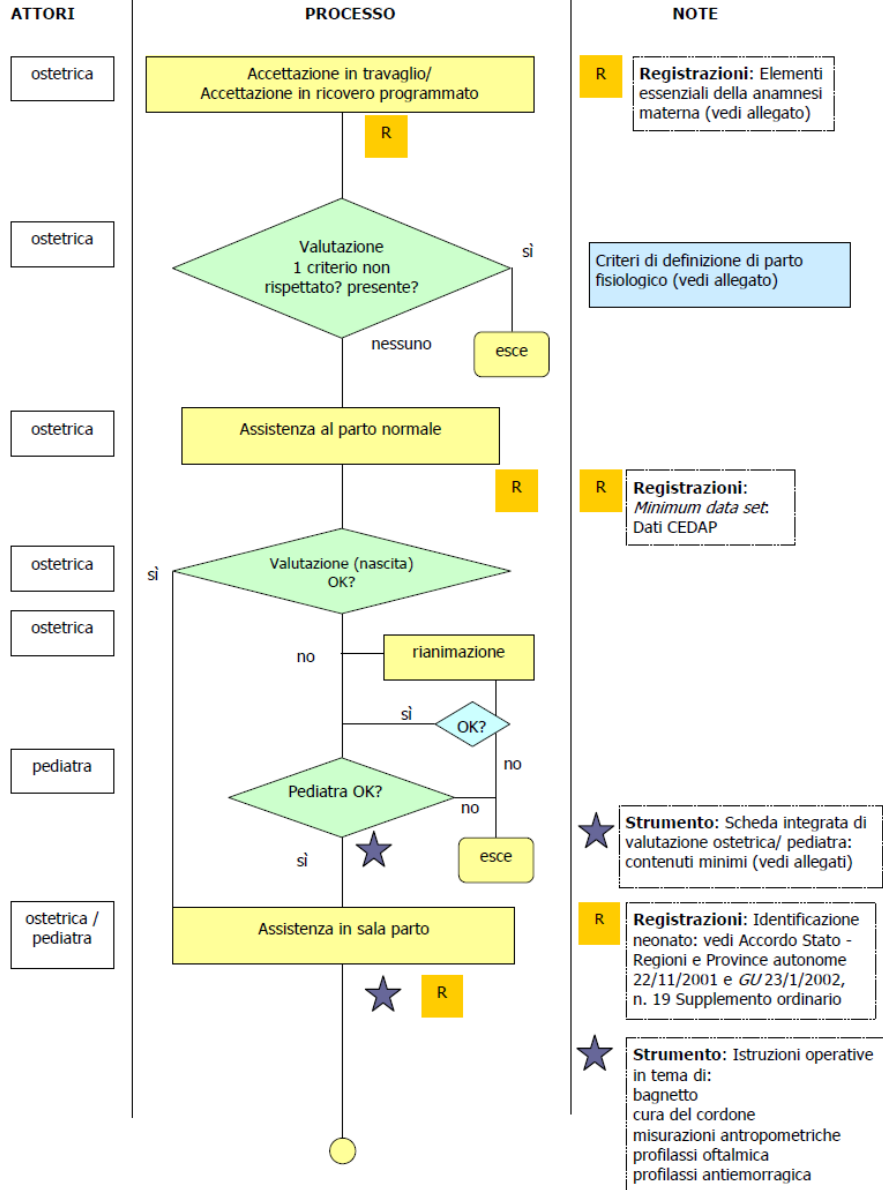
Parto fisiologico

- **Epoca gestazionale >37 e ≤42 settimane**
- **Età materna >18 anni**
- **Feto singolo in presentazione cefalica**
- **Peso del neonato tra 2500 e 4000gr**
- **Assenza di patologia fetale nota**
- **Travaglio insorto spontaneamente**
- **Liquido amniotico limpido**
- **PROM <18 ore**
- **Placenta normalmente inserita**
- **Assenza di patologia materna che richieda sorveglianza intensiva**
- **Normalità del tracciato CTG**
- **Parto vaginale non operativo**
- **Assenza di febbre**



Profilo assistenziale del neonato sano

Criteria e strumenti per la valutazione





Allattamento al seno





RACCOMANDAZIONI PER LA PROMOZIONE, LA TUTELA E IL SOSTEGNO
DELL'ALLATTAMENTO AL SENO

Anno 2015

E' documentato che programmi strutturati, che utilizzino un approccio individuale o di gruppo, basati sull'associazione di più tecniche educative (gruppi di discussione, corsi di accompagnamento alla nascita, opuscoli, video, manuali sull'allattamento materno, corsi di autoapprendimento nei primi sei mesi di vita) possono influenzare, in senso positivo i tassi e la durata dell'allattamento al seno.

I punti principali da condividere con le future mamme e/o i futuri genitori vertono sull'importanza e sui vantaggi dell'allattamento al seno, sull'anatomia della mammella e sulla fisiologia della lattazione (Allegato 2) e sulle pratiche che contribuiscono ad implementarlo:

- il significato del contatto pelle a pelle con la madre immediatamente dopo la nascita, pratica possibile anche in caso di taglio cesareo;
- il significato e l'importanza del rooming-in;
- l'importanza dell'alimentazione a richiesta, guidata dal bambino, frequenza e durata delle poppate, la durata ideale dell'allattamento esclusivo al seno;
- la prevenzione e la gestione dei principali problemi legati all'allattamento (dolore ai capezzoli, ragadi, ingorgo mammario, mastite ecc.). Informare la donna sulla inefficacia di una preparazione specifica durante la gravidanza e nel dopo parto del seno e dei capezzoli;
- l'uso di tettarelle, biberon e ciucci durante l'allattamento al seno;
- a chi chiedere aiuto dopo la dimissione dall'ospedale: la rete "a casa dopo il parto" gestita dai servizi territoriali.



8.b.1 Il contatto pelle a pelle

Le più recenti raccomandazioni hanno sostituito le indicazioni di un attacco al seno entro 2 ore dalla nascita, piuttosto che entro un'ora o entro mezz'ora con l'importanza del contatto pelle a pelle tra madre e neonato. E' documentato d'altra parte che se il neonato è lasciato sul ventre della madre immediatamente dopo il parto, e in modo continuativo (almeno un'ora), ha la capacità di trovare autonomamente il seno e di decidere quando iniziare a succhiare per la prima poppata. Infatti, il bambino nasce con molte abilità istintive che lo rendono capace di effettuare il Breast Crawl (Box 2).

Il pelle a pelle è stato anche associato a (6,7,8,9,10,11):

- ✓ migliore stabilizzazione metabolica neonatale
- ✓ migliore controllo glicemico neonatale
- ✓ aumento del numero delle evacuazioni e minore rischio di ittero neonatale
- ✓ maggiore durata dell'allattamento al seno
- ✓ rilascio di ossitocina nella madre dopo il parto, che può influenzare in maniera significativa la contrazione uterina, l'emissione del latte e l'interazione madre-bambino
- ✓ maggiore capacità da parte del neonato di organizzare il suo stato e di modulare il sistema motorio.



Raccomandazioni per la pratica

I professionisti del punto nascita devono creare le condizioni ambientali perché le madri abbiano la possibilità, immediatamente dopo il parto, di praticare il contatto pelle a pelle, la cui finalità è quella di facilitare la prima poppata al seno attraverso il Breast Crawl. Madre e bambino non vanno mai lasciati soli: è importante, per la sicurezza di entrambi, che il contatto pelle a pelle sia adeguatamente sorvegliato. La pratica del contatto pelle a pelle deve tener conto delle condizioni di salute sia del bambino sia della madre. Condizioni considerate "critiche", subito dopo la nascita, possono ritardare la possibilità di un contatto immediato. Il parto cesareo non rappresenta un ostacolo per la pratica del contatto pelle a pelle.

8.b.3 Il rooming-in

Le evidenze di letteratura sottolineano come la pratica del rooming-in favorisca l'allattamento al seno, aumentandone la frequenza e la durata e che l'integrazione con latte artificiale risulti inferiore quando madre e neonato sono nella stessa stanza (1, 2).

Perché il rooming-in sia ben accolto dalle donne è necessario che il personale coinvolto nell'assistenza le sostenga, le incoraggi e le rassicuri, sottolineando la loro competenza nell'accudimento del neonato (3, 4).

La pratica del rooming-in aiuta le madri a riconoscere più facilmente i segnali di fame dei propri bambini e a rispondere immediatamente ad essi. Le madri guadagnano fiducia nella cura dei loro bambini e rassicurazione che i loro bambini stanno facendo bene (3, 4).

"Il rooming-in viene suggerito come modello organizzativo valido a promuovere l'allattamento al seno in quanto sono favorite le poppate al seno a vera domanda riducendo il bisogno di supplementazioni di liquidi diversi dal latte materno, potendo inoltre rappresentare un'utile periodo di precoce conoscenza fra madre e neonato e di addestramento della madre nella gestione del bambino e nell'affrontare e superare le difficoltà connesse (rifiuto di succhiare, pianto, ritmi di poppata frequenti, ecc...)" (5)



Raccomandazioni per la pratica

I professionisti che assistono la donna devono aiutarla a:

- ✓ attaccare correttamente il bambino al seno
- ✓ trovare le posizioni più comode (per lei e il bambino) per allattare
- ✓ riconoscere i segni sia del corretto attaccamento sia della suzione efficace

L'attacco del bambino al seno e il trasferimento del latte devono osservarsi per meglio documentare le competenze di madre e bambino e proporre aiuto, quando necessario. L'osservazione deve essere documentata con l'utilizzo della scala di valutazione LATCH SCORE.

L'osservazione documentata deve essere fatta entro 24 ore dalla nascita, e ripetuta se il punteggio mette in evidenza delle difficoltà (0 oppure < 7). La stessa valutazione deve essere fatta dopo la dimissione dal Punto Nascita.

L'uso del ciuccio (o di tettarelle/para capezzoli) va evitato almeno sino a quando l'allattamento al seno non è ben consolidato (4 settimane o più).

L'eventuale offerta del ciuccio va presa in considerazione come intervento di prevenzione per la SIDS solo a partire dalla 4 settimana di vita del bambino

Se la madre decide di usare il ciuccio, precisare che non può essere un'alternativa alla poppata (uso per rispettare eventuali intervalli di tempo tra una poppata e l'altra)

La madre va incoraggiata ad allattare a richiesta il bambino, senza limiti di numero e durata delle poppate.

Nel neonato sano e a termine, di peso adeguato, allattato a richiesta e lasciato vicino alla madre 24 ore su 24, la supplementazione con liquidi o formule non è necessaria.



Allattamento al seno

Scheda LATCH	0	1	2
L(LATCH) Attacco	Troppo stanco o riluttante. Non si è raggiunto un attacco ed una suzione stabili	Ripetuti tentativi per un attacco ed una suzione stabile. Trattiene il capezzolo in bocca ma va stimolata la suzione	Afferra la mammella. La lingua è sottoposta. Le labbra sono rovesciate in fuori. Suzione ritmata.
A (AUDIBLE SWALLOWING) Deglutizione udibile	Nessuna	Alcune dopo stimolo (tattile del neonato o a seguito di spremitura di latte materno in bocca al bambino)	Spontanea ed intermittente nelle prime 24 ore di vita. Spontanea e frequente dopo le 24 ore di vita
T (TIPE OF NIPPLE) Tipo di capezzolo	Rientrante	Piatto	Prominente (anche se dopo stimolazione)
C (COMFORT) Comfort della mammella e del capezzolo	Ingorgo. Ragadi del capezzolo. Grosse vesciche o estese ecchimosi. Dolore importante	Seno pieno. Solo irritazione/arrossamento. Piccole vesciche o limitate ecchimosi. Dolore lieve o moderato.	Morbido. Non c'è tensione. Nessuna lesione. Nessun dolore.
H (HOLD) Presca e posizione (anche in rapporto al bisogno di aiuto)	Bisogno di completa assistenza (l'osservatore deve tenere il bambino al seno materno). Cuscino per supporto. Madre che sta apprendendo le competenze	Minima assistenza (Es. sistemare il cuscino, alzare la testata del letto, ecc..). Istruzioni per attaccare il bambino. Madre che sta guadagnando fiducia	Nessun aiuto da parte del personale. Madre capace di posizionare e sostenere il bambino. Mamma e bambino rilassati. Madre competente.





FONDAZIONE
POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero



Regione
Lombardia

ASL Brescia

Latte Materno

il più sano, economico, a km zero



*Proteggiamo, promuoviamo
e sosteniamo
l'allattamento materno*



Regione
Lombardia

ASL Brescia

ASL di Brescia

Viale Duca degli Abruzzi 15

25124 Brescia - tel. 030.38381



Ordine dei Farmacisti
della Provincia di Brescia



A.O. Milivo Milivi
Ospedale Ospedaliero



atf - federfarma brescia
associazione dei titolari di farmacia
della provincia di brescia



Azienda Ospedaliera
di Osservazione Uff. Guardia



GRUPPO OSPEDALIERO
SAN DONATO



ISTITUTO CLINICO CITTÀ DI BRESCIA



ISTITUTO CLINICO S. ANNA



U.O. di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale

Farm

Vere controindicazioni ad allattare

Sono realmente molto limitate (23, 190, 191). Possiamo distinguerle in dipendenti dalla madre e dipendenti dal bambino.

Controindicazioni per cause materne:

- positività per HIV o HTLV
- HSV della mammella (solo finchè dura l'infezione)
- chemioterapici citotossici ed alcuni altri farmaci. Piuttosto che indicarne un elenco, continuamente suscettibile di variazioni è meglio fare una valutazione aggiornata del rischio lattazionale del singolo farmaco; questo vale in particolare per i farmaci psicotropi e cardioattivi.
- droghe (ammesso però l'uso del metadone, che passando nel latte materno, riduce la sintomatologia da astinenza neonatale)(192)
- alcolismo

Controindicazioni per cause dipendenti dal bambino:

- galattosemia classica (c'è bisogno di una formula latte speciale priva di galattosio)
- malattia delle urine a sciroppo d'acero (MSUD)(c'è bisogno di una formula latte speciale priva di leucina)
- fenilchetonuria (c'è bisogno di una formula speciale priva di fenilalanina, ma sono ammesse quantità limitate di latte materno, sotto stretto monitoraggio)(193-194).

Fra le condizioni sopra elencate andranno distinte le controindicazioni transitorie ad allattare da quelle permanenti.

ento

Con

oni



Allattamento al seno e uso del latte materno/umano. Position Statement 2015



Allattamento al seno e uso del latte materno/umano

Position Statement 2015 di Società Italiana di Pediatria (SIP),

Società Italiana di Neonatologia (SIN), Società Italiana di Cure Primarie

Pediatriche (SICuPP), Società Italiana di Gastroenterologia

Epatologia e Nutrizione Pediatrica (SIGENP),

in collaborazione con il Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare sulla

Promozione dell'Allattamento al Seno (TAS) del Ministero della Salute

^{1,10}Riccardo Davanzo, ^{2,10}Claudio Maffei, ^{3,10}Marco Silano, ⁴Enrico Bertino, ⁵Carlo Agostoni

⁶Teresa Cazzato, ⁴Paola Tonetto, ⁷Annamaria Staiano, ⁸Renato Vitiello, ⁹Fabio Natale

Gruppo di Lavoro *ad hoc* di SIP, SIN, SICuPP, SIGENP e Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare sulla Promozione dell'Allattamento al Seno (TAS) del Ministero della Salute



Indipendentemente dal Codice, il personale sanitario deve comunque essere consapevole del proprio compito etico a promuovere, sostenere e proteggere efficacemente l'allattamento al seno, senza farsi condizionare da eventuali conflitti di interesse (199).

La pratica di indicare una marca di latte artificiale alla famiglia di un neonato allattato esclusivamente al seno e dimesso dal Punto Nascita è vietata non solo dal Codice, ma anche dalla legge italiana. Infatti, ai sensi dell'art.4 comma 4 del D.M. 82/2009, le lettere di dimissione non possono contenere spazi appositi per la prescrizione generalizzata di latte artificiale, al fine di non minare nelle donne in allattamento esclusivo la fiducia nella propria capacità di allattare naturalmente.

Nè il Codice Internazionale, né la legge italiana vietano invece al pediatra di indicare alle madri dei bambini allattati in maniera mista o artificiale il tipo e la marca di latte da usare.

Le donne che non possono o non desiderano allattare, o quelle i cui figli per buone ragioni mediche hanno bisogno di formule latte, devono ricevere prima della dimissione dalla Maternità informazioni personalizzate complete in modo che l'alimentazione sostitutiva risponda al criterio di essere *AFASS (Acceptable, Feasible, Affordable, Sustainable and Safe; ossia accettabile, fattibile, conveniente, sostenibile e sicura)* proprio per quella singola coppia madre-figlio/a.

Il pediatra che si occupa dell'assistenza al neonato, con la collaborazione del personale non medico (in prima battuta le infermiere e le ostetriche), è la figura professionale che dà queste informazioni.



- **Si ritiene importante fornire le corrette ed appropriate indicazioni nutrizionali sull'impiego degli alimenti per l'infanzia, compresa la specificazione del nome commerciale della formula, nel pieno rispetto dei requisiti dei DM 82 ed 84 e delle indicazioni regionali (Decreto Direzione Generale Sanità n. 15132 del 14/9/2004).**



- **Art. 14, 1:e**

Vigilare affinché al momento della dimissione dal reparto maternità non vengano forniti in omaggio prodotti o materiali in grado di interferire in qualunque modo con l'allattamento al seno. Le lettere di dimissione per i neonati non devono prevedere uno spazio predefinito per le prescrizioni dei sostituti del latte materno. Nei casi in cui tali prescrizioni si rendano necessarie per cause materne o neonatali, esse devono riportare l'indicazione all'uso del sostituto del latte materno nonché le informazioni congrue al suo più corretto utilizzo.



Decreto Direzione Generale Sanità n. 15132 del 14/9/2004

- Unitamente alla promozione dell'allattamento al seno occorre assicurare in ogni caso, ad ogni bambino, il tipo di alimentazione più adeguata. L'indicazione a passare dall'allattamento al seno ad aggiunta di latte formulato è un atto che va attentamente valutato, basato sulle conoscenze relative ai tassi fisiologici di incremento ponderale del bambino allattato al seno nei primi mesi di vita. Il medico può indicare, sulla base delle conoscenze in materia di nutrizione, il tipo di formula più indicato per ciascun bambino. La madre deve essere informata su tutto ciò che comporta il cambiamento di alimentazione (passando dal latte materno al latte formulato).
- L'alimento più indicato nel corso del primo anno di vita per ciascun bambino è il latte materno oppure, solo in caso di sua accertata insufficienza o in presenza di controindicazioni all'allattamento materno come specificate al punto 7, ed una volta che siano state messe in atto tutte le azioni atte a sostenere l'allattamento materno, una formula adattata nei primi 4-6 mesi, e, successivamente, una formula di proseguimento.



Decreto Direzione Generale Sanità n. 15132 del 14/9/2004

Ciò premesso, le indicazioni pratiche relativamente all'allattamento artificiale sono le seguenti :

- 1) Non vi è alcun razionale per offrire a tutti i neonati la cosiddette "aggiunte" di latte artificiale nei primi giorni di vita.
 - 2) Il passaggio a complementazione, sostituzione, o la controindicazione nei confronti dell'allattamento al seno è un atto medico pediatrico che deve tener conto sia delle condizioni cliniche materne che delle esigenze nutrizionali del lattante.
 - 3) In assenza parziale o totale di latte materno, o in presenza di controindicazioni all'allattamento al seno, le formule adattate costituiscono l'alimento alternativo più idoneo per tutto il primo anno di vita.
 - 4) Il rischio di infezioni da Enterobacteriacee conseguente a scorretta ricostituzione dei lattini è massimo nei primi due mesi di vita. Le raccomandazioni per prevenire questo raro, ma accertato rischio di infezione vanno rivolte ai produttori di formule, a livello nascita, e a livello domestico e territoriale.
5. L'indicazione all'allattamento artificiale e la relativa scelta del latte alla nascita, deve essere effettuata da parte del neonatologo o pediatra sulla base di criteri clinici dettati dalle linee guida di cui al punto 7. Considerazioni analoghe valgono per quanto attiene l'introduzione di lattini artificiali nei mesi successivi: essa deve scaturire da una indicazione pediatrica.





Sudden Unexpected Postnatal Collapse - SUPC -



- SIDS: morti nel primo anno di vita non spiegate e *con autopsia negativa*
- SUID o SUDI: morti inattese nel primo anno di vita (spiegate o non)
- SUEND: morti neonatali inattese, nella prima settimana di vita, spiegate e non
- SUPC (definizione della British Association of Perinatal Medicine): ogni caso di neonato con EG>35 sett., con Apgar al 5° minuto normale, valutato idoneo per essere gestito normalmente, ma che ha presentato nella prima settimana di vita un'improvvisa compromissione cardiocircolatoria e respiratoria, tale da richiedere di essere rianimato con ventilazione e che ha dato esito a morte, cure intensive neonatali o encefalopatia.



- **Incidenza europea: 2.6-38/100000 nati**
- **36% nelle prime 2 ore di vita**
- **53% tra 2 e 72 ore di vita**
- **9% entro la fine della prima settimana di vita**
- **Nel 40% dei casi è ad eziologia ignota**



- **Primiparità**
- **Parto vaginale complicato**
- **Sedazione o eccessiva stanchezza materna**
- **Distrazione materna (soprattutto cellulare)**
- **Madre lasciata sola e mancata supervisione**
- **Mancanza di sorveglianza (madre e bambino lasciati soli)**
- **Ore notturne**
- **Skin to skin con neonato in posizione asfissiante**
- **Co-bedding**





Informazione



Sorveglianza





COME AUMENTARE LA SICUREZZA DEL VOSTRO BAMBINO

Informazioni per le famiglie da parte dello staff
del Dipartimento Materno-Neonatale dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste



Il contatto pelle a pelle nelle prime ore di vita facilita l'adattamento del bambino alla nuova vita fuori dal corpo materno e favorisce l'avvio dell'allattamento al seno.

Il contatto pelle a pelle, specialmente nelle prime ore dopo il parto, deve prevedere comunque un'attenta sorveglianza del bambino da parte dei genitori e/o del personale sanitario, per quanto riguarda in particolare:

- Il mantenimento di una **POSIZIONE** del bambino corretta con **BOCCA** e **NASO** liberi
- La rilevazione di un **RESPIRO REGOLARE**
- La rilevazione di un **BEL COLORITO**





Sarà compito dell'ostetrica, che vi ha assistito al parto spiegarvi cosa osservare.

**Se però il vostro bambino,
non respira bene oppure non è roseo,
chiamate immediatamente e/o suonate il campanello di emergenza !**

Se la mamma ha ricevuto un'anestesia, una sedazione, o dopo il parto non è in grado di osservare il proprio bambino, IL PAPA'/FAMILIARE e/o il PERSONALE SANITARIO dovranno osservare il bambino, mentre viene mantenuto il contatto pelle a pelle con la mamma.

In certi casi, tuttavia, lasciare il bambino col papà o nel lettino, è la scelta più sicura!

Ricordatevi inoltre che l'uso del cellulare può distogliervi dall'interazione col bambino e dalla sua usuale osservazione. Vi invitiamo quindi a mantenerlo spento nel periodo che passate in sala parto con vostro figlio.



- **Il Direttivo SIN Lombardia ha istituito un gruppo di studio sulla SUPC con lo scopo di:**
 - **Istituire un registro lombardo**
 - **Uniformare la sorveglianza nelle prime due ore di vita nei diversi punti nascita con la creazione di una scheda di osservazione comune**
 - **Istituire un protocollo di studio da applicare nei casi di SUPC**



Vaccinazioni



Bologna, bimba di un mese muore di pertosse. I medici: "Assurdo"

Il decesso è avvenuto domenica scorsa al Sant'Orsola: "Con le vaccinazioni in calo più rischi per i neonati"

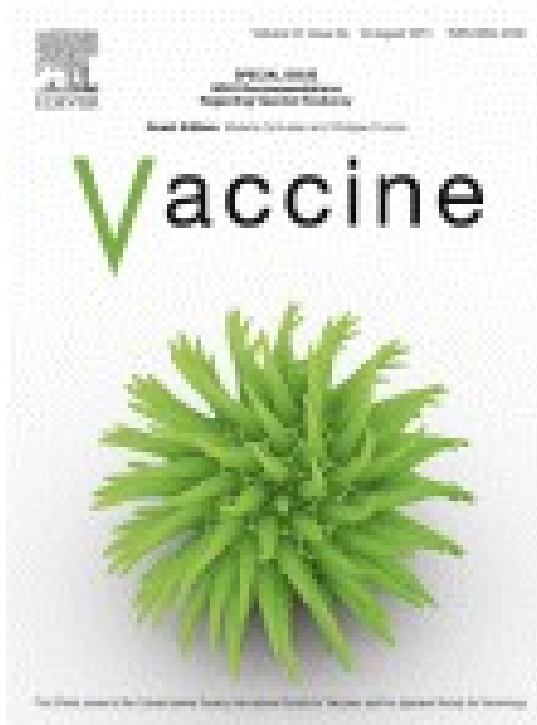
La difterite ricompare in Europa Il ritorno di una malattia dimenticata

Migliaia di bambini non vaccinati in Italia sono esposti al rischio di questa malattia. E l'antidoto si riesce a trovare ormai solo nei Paesi dell'est Europa



- I dati del 2014 confermano che il calo registrato a partire dal 2012 non è una flessione temporanea ma una tendenza che sembra consolidarsi di anno in anno. Sebbene il decremento sia limitato, la riduzione delle coperture vaccinali a 24 mesi che si è registrata in questi ultimi 2 anni per poliomielite, epatite B, difterite e pertosse, può portare alla creazione di sacche di persone suscettibili con conseguenze gravi a causa della perdita dei vantaggi della *immunità di gregge*. Anche per malattie attualmente non presenti in Italia, come polio e difterite, c'è sempre il rischio di casi sporadici.
- Rifiuti e ritardi vaccinali sono entrambi rilevanti, e infatti l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) li ha accomunati sotto la definizione di «esitazione vaccinale». È necessario uno sforzo congiunto di diversi interlocutori per mantenere gli impegni di salute che l'Italia ha preso a livello internazionale ma soprattutto con la propria popolazione.





Let's talk about hesitancy

Enhancing confidence in vaccination and uptake



Practical guide for public health programme managers and communicators



Table 1
Determinants of vaccine hesitancy by category and number of times recorded

Determinant	Number of times recorded*	References
Contextual Influences		
Conspiracy theories	1	29, 32
Religious faith	1	29, 32
Negative experiences	1	29, 32
Violation of personal freedoms	1	29, 32
Individual and group influences		
Vaccine safety	1	29, 32
Lack of information	1	29, 32
Low risk/severe side effects	1	29, 32
Vaccines not necessary	1	29, 32
Mistrust in healthcare providers	1	29, 32
Healthy body	1	29, 32
Social norms	1	29, 32
Vaccination not worth the effort	1	29, 32
Against vaccination in general	1	29, 32
Alternative methods	1	29, 32
Diseases are not serious	1	29, 32
Fear of injection	1	29, 32
Previous negative experiences	1	29, 32
Humans too smart to get vaccinated	1	29, 32
Responsibility for bad happenings	1	29, 32
Vaccine and vaccination issue influences		
No medical need	1	29, 32
Access	7	2, 14, 16, 18, 19, 24, 31
Financial cost	6	2, 20, 24, 30, 32, 33
Lack of recommendation from providers	4	18, 29, 31
Vaccine novelty	2	24, 27
Inconsistent advice from providers	2	6, 24

*Determinants can be recorded more than once in an article (e.g. different types of conspiracy theories mentioned).

Box 1

Box 4

Selected positive messages used by healthcare providers as reported in ECDC-commissioned study [4]

Vaccines not only protect yourself and your child but also other vulnerable individuals, e.g. people suffering from cancer or immune diseases

Vaccines are one of the most important scientific discoveries that help protect against serious, sometimes deadly diseases

Vaccination benefits outweigh their risks

There are natural alternatives to vaccines

...no longer exist or there is a very low chance of getting them



ATS di Brescia



**Direttivo SIN
Lombardia**



Si consiglia di riportare sul cartellini il seguente paragrafo:

- Le Vaccinazioni rappresentano il più efficace strumento di prevenzione nei confronti delle malattie infettive che, anche se drasticamente ridotte nel nostro paese, costituiscono sempre un potenziale e grave pericolo per i nuovi nati. I vaccini attualmente a disposizione garantiscono una protezione sempre più efficace contro una serie di malattie infettive e al tempo stesso presentano un rischio sempre più ridotto di effetti collaterali. Diventa perciò importante la scelta consapevole da parte dei genitori di proteggere i propri figli nei confronti di malattie potenzialmente mortali o gravemente invalidanti. I vaccini attualmente proposti sono segnalati nel sotto riportato Calendario Vaccinale per la Vita, calendario predisposto dalla Società Italiana di Pediatria e dalle altre società Scientifiche. Riteniamo che questa sia una opportunità irrinunciabile offerta per contribuire a rendere più sicura la vita dei Vostri figli. Per ulteriori dettagli chiedete al Pediatra di Vostro figlio e collegatevi al sito www.vaccinarsi.org.



Indicazioni da inserire nella lettera di dimissione del neonato a termine dal Nido (SIN Lombardia)

Calendario vaccinale per la vita 2014 (Siti, SIP, FIMP, FIMMG)

Vaccino	0 gg/ 30 gg	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
DTPa		DTPa		DTPa			DTPa				DTPa**	dTpaIPV	1 dose di dTpa*** ogni 10 anni		
		IPV		IPV			IPV				IPV				
Epatite B	EpB-EpB*	EpB		EpB*			EpB						3 dosi: <i>pre-esposizione</i> (0, 1, 6 mesi) 4 dosi: <i>post-esposizione</i> (0, 2, 6 sett. + booster a 1 anno) o <i>pre-esposizione imminente</i> (0, 1, 2, 12)		
Hib		Hib		Hib			Hib								
Pneumococco		PCV13		PCV13			PCV13	PCV13^^			PCV13/PPV23 (vedi note)		PCV13		
MPRV							MPRV				MPRV				
MPR							MPR				oppure MPR	MPR			
Varicella								V			oppure MPR + V	oppure MPR + V^	2 dosi MPR**** + V^ (0-4/8 settimane)		
Meningococco C							Men C o MenACWY coniugato	Men C o MenACWY coniugato				MenACWY ^s coniugato 1 dose			
Meningococco B		Men B	Men B		Men B		Men B	Men B							
HPV												HPV ^o : 2-3 dosi (in funzione di età e vaccino) fino a età massima in scheda tecnica			
Influenza							Influenza ^{oo}					1 dose all'anno		1 dose all'anno	
Herpes Zoster															1 dose [#]
Rotavirus		Rotavirus ^{##}													
Epatite A									EpA ^{##}			EpA ^{###}	2 dosi (0-6-12 mesi)		





Regione Lombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 3993

Seduta del 04/08/2015

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali **MARIO MANTOVANI** Vice Presidente
VALENTINA APREA
VIVIANA BECCALOSSI
SIMONA BORDONALI
MARIA CRISTINA CANTU'
CRISTINA CAPPELLINI
GIOVANNI FAVA

MASSIMO GARAVAGLIA
MARIO MELAZZINI
MAURO PAROLINI
ANTONIO ROSSI
FABRIZIO SALA
ALESSANDRO SORTE
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta dell'Assessore Mario Mantovani

Oggetto

ULTERIORI DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2015

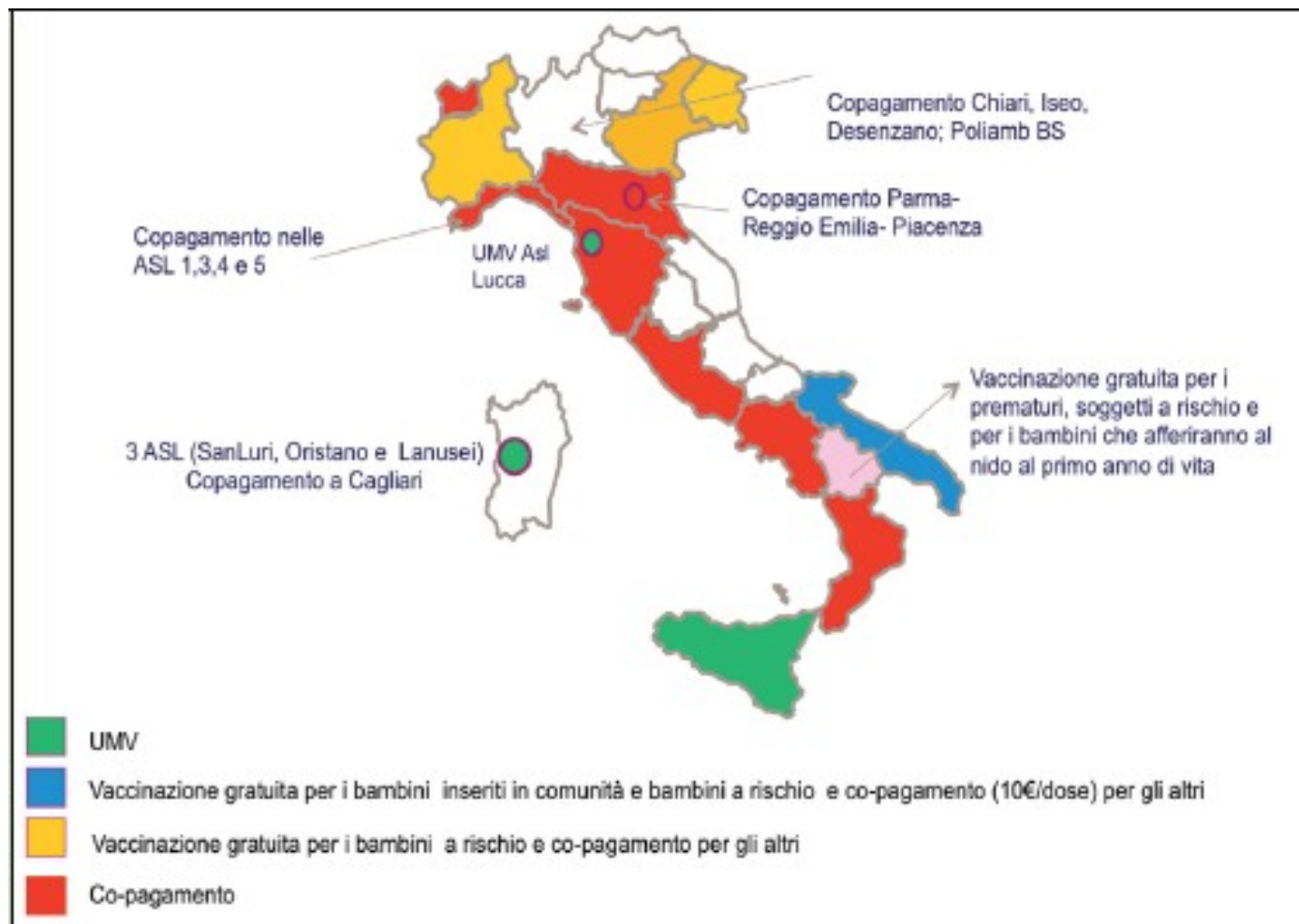
Vaccinazione anti-Rotavirus

Il vaccino deve essere offerto a :

- Prematuri
- Bambini affetti da patologie croniche (apparato circolatorio, nefrourologico, SNC, respiratorio, metaboliche con diagnosi entro il 3° mese) che comportano frequenti ospedalizzazioni



Vaccinazione anti-Rotavirus





Screening metabolico





Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFFICIO III

Raccomandazione per la prevenzione
della morte o disabilità permanente
in neonato sano di peso > 2500 grammi
non correlata a malattia congenita

La morte neonatale o la disabilità permanente sono eventi molto gravi che possono essere determinati anche da standard assistenziali inappropriati e richiedono la messa in atto di opportune iniziative di prevenzione

La morte o la disabilità permanente nel neonato sano di peso > 2500 grammi sono fenomeni sempre più rari nei paesi socialmente avanzati, tuttavia il verificarsi di tali eventi può comportare conseguenze molto gravi sul neonato, la famiglia, gli operatori e l'intera collettività.

La presente Raccomandazione si pone lo scopo di promuovere la realizzazione di condizioni strutturali, organizzative e comportamentali che possano prevenire e/o ridurre il rischio di tali eventi laddove evitabili.

RACCOMANDAZIONE N. 16, APRILE 2014

16. Deve essere prevista la procedura per la dimissione che assicuri una adeguata transizione del neonato dall'ospedale al territorio consentendo la continuità assistenziale e la presa in carico da parte del Pediatra di libera scelta.

17. Deve essere compilato un documento di dimissione che riporti le condizioni e quanto fatto durante la degenza che possa essere da guida al Pediatra di libera scelta e agli operatori dei Servizi Consultoriali e Territoriali che lo prenderanno in carico e dovrà fornire le indicazioni per contattare l'unità operativa, laddove necessario, per chiarimenti e consulenze al fine di mettere in atto una coordinata ed efficace presa in carico del neonato.

18. In caso di necessità deve essere previsto un controllo post-dimissione del neonato che deve essere programmato in base all'andamento dell'adattamento neonatale (peso, bilirubinemia, allattamento) nei 3-5 giorni successivi alla dimissione o presso il Punto nascita o presso il Pediatra di libera scelta o presso i Servizi Territoriali.





SOCIETA' ITALIANA DI NEONATOLOGIA Sezione Lombardia

DOCUMENTO DI INDIRIZZO DELLA SIN LOMBARDIA SU CARTELLINO DIMISSIONE NIDO

Componenti: Gaetano Chirico, Tiziana Fedeli, Massimo Agosti, Antonietta Auriemma, Giuseppe Banderali, Lina Bollani, Filippo Porcelli, Fabio Mosca.

Obiettivo: messa a punto di indicazioni comuni da riportare sul cartellino di dimissione del Nido, per attenuare le significative differenze tra i vari centri relativamente ai consigli forniti ai genitori alla dimissione dei neonati fisiologici dal Nido, come confermato da un'indagine eseguita nel 2012.



➤ **Vitamina D**

➤ **Vitamina K** I protocolli di profilassi della malattia emorragica del neonato prevedono la somministrazione di 0,5-1 mg di vitamina K i.m. a tutti i neonati (solo in casi eccezionali si rispetta la richiesta dei genitori della eventuale scelta della via orale, 2 mg per os alla nascita seguita da 150 µg/die fino a 14 settimane). Le più recenti linee guida AAP, del 2012, prevedono la sola via i.m.; è tuttavia da alcuni suggerito prevedere un periodo di supplementazione orale (25 µg/die) dai 30 ai 90 giorni di vita, per prevenire l'incremento dei PIVKA.

➤ **Fluoro** Dai 6 mesi ai 3 anni: 0.25mg/die di fluoro in gocce



- **Ecografia delle anche** In Lombardia è stato recentemente raggiunto un consenso nel prevedere lo screening universale clinico ed ecografico selettivo basato sui fattori di rischio, in particolare familiarità, posizione podalica o esame clinico anormale.
- **Riflesso Rosso** Le recenti raccomandazioni dell'AAP lo prevedono già prima della dimissione. Se ne consiglia l'implementazione in tutti i punti nascita con segnalazione alla dimissione di metodo di indagine, esito ed eventuale necessità di ricontrollo
- **Saturimetria (screening cardiopatie)** Se ne consiglia l'esecuzione in tutti i neonati con segnalazione dell'esito nella lettera di dimissione



➤ **Ferro**

Nei VLBW 2-3 mg/Kg/die

➤ **Multivitaminici, acido folico, zinco e oligoelementi**

Raccomandati



PAPAYA!

