Società Italiana di Neonatologia

“ LA DIMISSIONE DALL’OSPEDALE ED IL FOLLOW-UP DEL NEONATO PRETERMINE ”

III Incontro istituzionale sulla salute riproduttiva

PAOLO GILIBERTI

ROMA , 16 MARZO 2012

Le Problematiche della nascita pretermine

Adattamento alla vita extrauterina

Effetti della causa della prematurità sullo stato di salute dell’individuo

Effetti dei fattori ambientali

Le Problematiche della nascita pretermine

Impreparazione a realizzare i fenomeni dell’adattamento cardio-respiratorio alla nascita

- **RESPIRATORI:**
  - Distress respiratorio idiopatico
  - Insufficienza respiratoria
  - Apnea
  - Air leaks (PIE, Pneumo)
  - DBP
- **CARDIOVASCOLARI:**
  - Persistenza del Dotto di Botallo
- **NEUROLOGICI:**
  - Emorragie peri-intraventricolari
  - Leucomalacia periventricolare
  - Encefaloleucomalacia
  - Convulsioni
- **RENALI:**
  - Disturbi elettrolitici
  - Disturbi dell’equilibrio acido-base
  - Insufficienza renale acuta
- **OFTALMOLOGICI:**
  - Retinopatia della prematurità
  - Strabismo
  - Miopia
- **GASTROENTERICI-NUTRIZIONALI:**
  - Intolleranza alimentare
  - Enterocolite necrotizzante
  - Ernia inguinale
- **IMMUNOLOGICI:**
  - Infezioni e sepsi neonatali

EFFETTI DELLA CAUSA DELLA PREMATURITA’

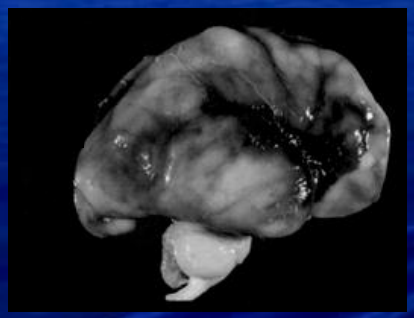
- **STATI INFETTIVI**
- **RITARDO della CRESCITA INTRAUTERINA**

ORGANOGENESI CEREBRALE

20 25 35

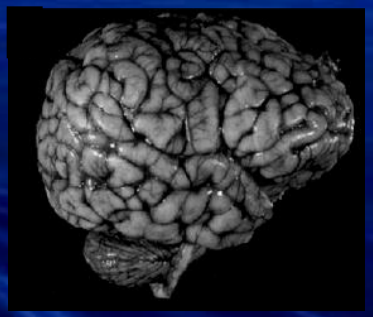
EPC (settimane)

migrazione neuronale



astrocitogenesi

oligodendrogenesi



crescita assonica e dendritica

sinaptogenesi

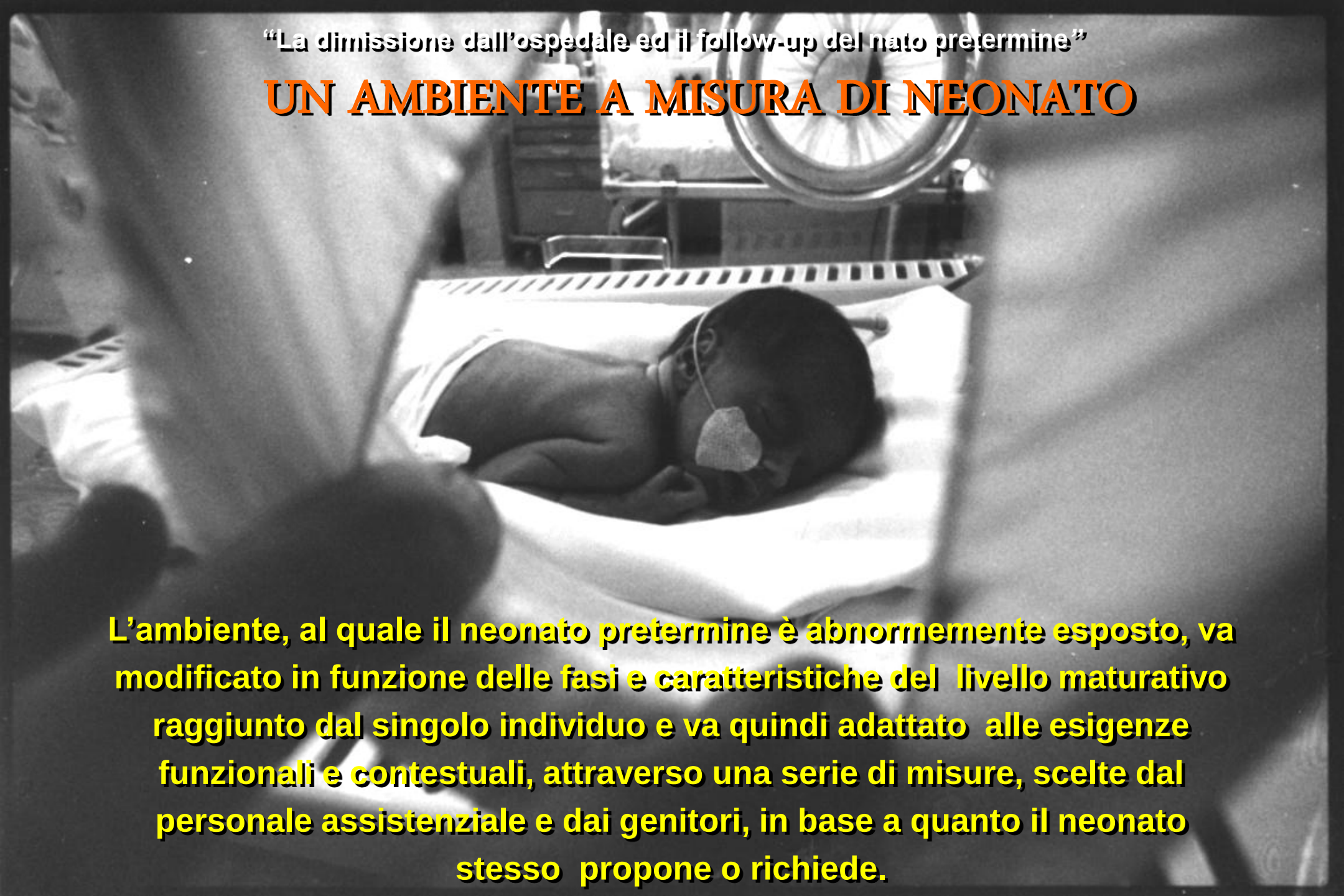
morte cellulare programmata

Gressens P. et al. : J. Pediatr., 140, 646 , 2002

QUALI RISPOSTE ?

Dobbiamo rispondere offrendo al neonato pretermine l’intero bagaglio diagnostico – terapeutico che la moderna terapia intensiva neonatale ci mette a disposizione in un ambiente, che traduca in realtà la cultura della attenzione al controllo e contenimento dei fattori di rischio ambientali e familiari.

UN AMBIENTE A MISURA DI NEONATO



L'ambiente, al quale il neonato pretermine è abnormemente esposto, va modificato in funzione delle fasi e caratteristiche del livello maturativo raggiunto dal singolo individuo e va quindi adattato alle esigenze funzionali e contestuali, attraverso una serie di misure, scelte dal personale assistenziale e dai genitori, in base a quanto il neonato stesso propone o richiede.

LA RIVOLUZIONE CULTURALE DELL’ASSISTENZA AL NEONATO

Sconfessione della politica di “ isolamento “ del neonato

Comprensione dell’esistenza di competenze relazionali del neonato

CREAZIONE di una “ ECOLOGIA NEONATALE “

(la madre e la famiglia, centro dell’ALLEANZA STRATEGICA col medico, con l’infermiere , con gli altri operatori e con l’ambiente)

COSTRUZIONE DEL RAPPORTO GENITORI – BAMBINO

- **Supporto emotivo e cognitivo**
- **Sostegno psicologico**
- **Valutazione e correzione del comportamento**

Il raggiungimento di tale traguardo rientra nei compiti assistenziali di tutto il personale medico ed infermieristico che deve offrire tutta intera la sua collaborazione e la sua capacità di guida.

CRITERI DI DIMISSIBILITA'

INERENTI IL NEONATO:

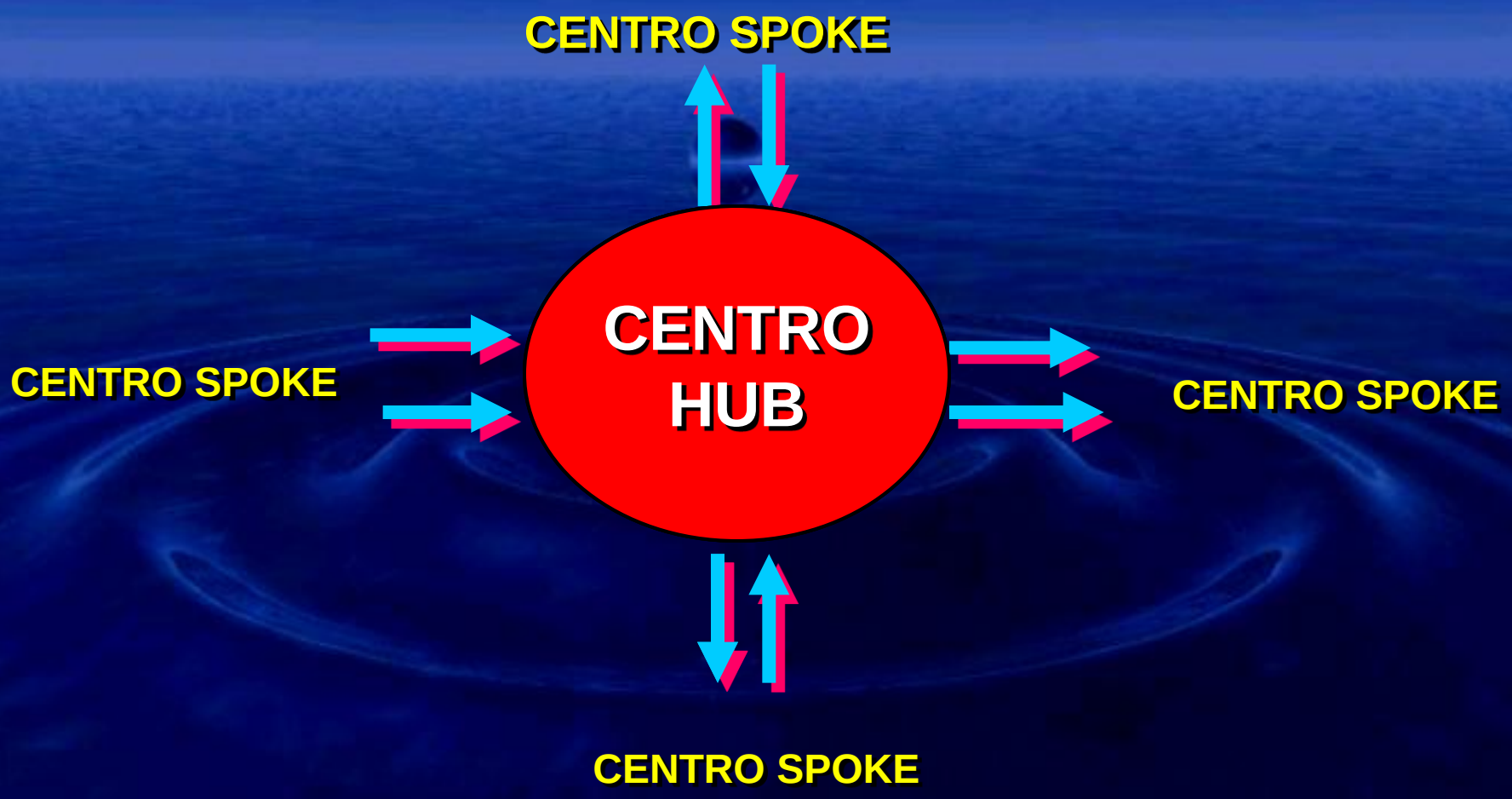
- Aver raggiunto la stabilità clinica con la risoluzione delle patologie presentate in fase acuta
- Essere in grado di alimentarsi regolarmente per biberon
- Essere capace di conservare una normale temperatura corporea in culla per almeno 24 ore
- Non presentare apnee e/o bradicardie significative per almeno 5 giorni
- Essere nella fase di regolare accrescimento ponderale:
  - Nel neonato a termine anche se non si è recuperato il calo ponderale
  - Nel neonato pretermine quando ha raggiunto un peso di almeno 2000±200 g
- Aver completato il programma di sorveglianza e valutazione del rischio (diagnostica per immagini, video-EEG, controlli otorino ed oculistici, etc.)

CRITERI DI DIMISSIBILITA’

INERENTI LA FAMIGLIA :

- Segnali di normalizzazione del rapporto genitori-bambino
- Giudizio positivo sull’intero contesto familiare
- Giudizio positivo sulla capacità dei genitori a prendersi cura del bambino
- Specifica istruzione della madre o di chi assume la responsabilità delle cure in famiglia
- Coinvolgimento dei servizi territoriali di assistenza

LA REGIONALIZZAZIONE DELLE CURE NEONATALI



- L’Accordo Stato – Regioni del 16 Dicembre 2010 fissa in almeno 1000 nascite/anno lo standard cui tendere nel triennio, con progressiva razionalizzazione/riduzione dei centri nascita con numero di parti inferiore e prevede l’abbinamento per pari complessità di attività delle unità operative ostetrico – ginecologiche con quelle neonatologiche/pediatriche.

REALIZZABILITA’ DEL MODELLO HUB – SPOKE

La valutazione e la programmazione degli organici sia a livello medico che infermieristico necessari per garantire l’ efficienza del sistema

- **FORMAZIONE A LIVELLO UNIVERSITARIO**
- **EDUCAZIONE MEDICA CONTINUA**

Tab. 1

"La dimissione dall'ospedale ed il follow-up del nato pretermine "

Distribuzione regionale dei punti nascita secondo la numerosità di parti effettuati e la tipologia di rapporto con il SSN - Anno 2008

Regione	Classe di parti												Totale complessivo	
	0-499		500-799		800-999		1000-1199		1200-2499		2500+			
	Totale	*di cui Priv. Accr.*	Totale	*di cui Priv. Accr.*	Totale	*di cui Priv. Accr.*	Totale	*di cui Priv. Accr.*	Totale	*di cui Priv. Accr.*	Totale	*di cui Priv. Accr.*	Totale	*di cui Priv. Accr.*
Piemonte			3		2		7		10		2		24	0
Valle d'Aosta									1				1	0
Lombardia	8	2	20	3	8	1	8	1	24	1	7		75	8
Prov. Auton. Bolzano	3		2				1		1				7	0
Prov. Auton. Trento	4				2				1				7	0
Veneto			2		3		5		11		5		26	0
Friuli Venezia Giulia	1		4		2	1	2		2				11	1
Liguria	4		6				2		3				15	0
Emilia Romagna	3	2	2		1		3		7		7		23	2
Toscana	6	1	4		4				12		2		28	1
Umbria	3		3				1		3				10	0
Marche	4	2	5		6		1		2				18	2
Lazio	10	2	14	4	5		2		11	3	4		46	9
Abruzzo	4		6	1	1		2		2				15	1
Molise	3		1		1								5	0
Campania	22	7	18	12	11	5	5	3	15	6	1		72	33
Puglia	12	7	11	1	4	1	5		9	1	1		42	10
Basilicata	4		1						2				7	0
Calabria	15	6	7	2	2	1	2		3				29	9
Sicilia	38	8	18	5	6	2	4	1	8		1		75	16
Sardegna	14	2	4	2	1				4				23	4
Italia	158	39	131	30	59	11	50	5	131	11	30	0	559	96

Fonte: Ministero della Salute - Sistema Informativo Sanitario - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

LA MORTALITA' INFANTILE E NEONATALE : DIFFERENZE REGIONALI

- Calabria 5.43/1000 nati vivi
- Sicilia 5.05/1000 nati vivi
- Basilicata 4.70/1000 nati vivi
- Puglia 4.55/1000 nati vivi
- Campania a 4.29/1000 nati vivi

ben aldilà della media nazionale [1.71 per 1000]
(Dati Istat 2005)

MORTALITA’ NEONATALE

- anni ‘90

3.8
per 1000 nati vivi

- anni 2000

1.5
per 1000 nati vivi

SOPRAVVIVENZA DEI NEONATI VLBW

Lorenz JM: Semin. Perinatol., 25:348, 2001

LE PATOLOGIE ATTESE NEL NEONATO VLBW

- **Disfunzioni neurosensoriali**
  (diplegia, tetraplegia, emiplegia spastica, ritardo mentale, convulsioni, deficit uditivi e visivi, idrocefalo post-emorragico, difetti di apprendimento, disfunzioni neurologiche minime, iperattività e deficit dell’attenzione)

- **Patologie respiratorie**
  (displasia bronco-polmonare, apnea e bradicardia)
- **Problemi nutrizionali con deficit di crescita**
- **Problemi gastroenterici**
  (enterocolite necrotizzante, reflusso gastro-esofageo)

TREND DELLA PARALISI CEREBRALE NEI SOGGETTI DI PESO ALLA NASCITA < 1500 g

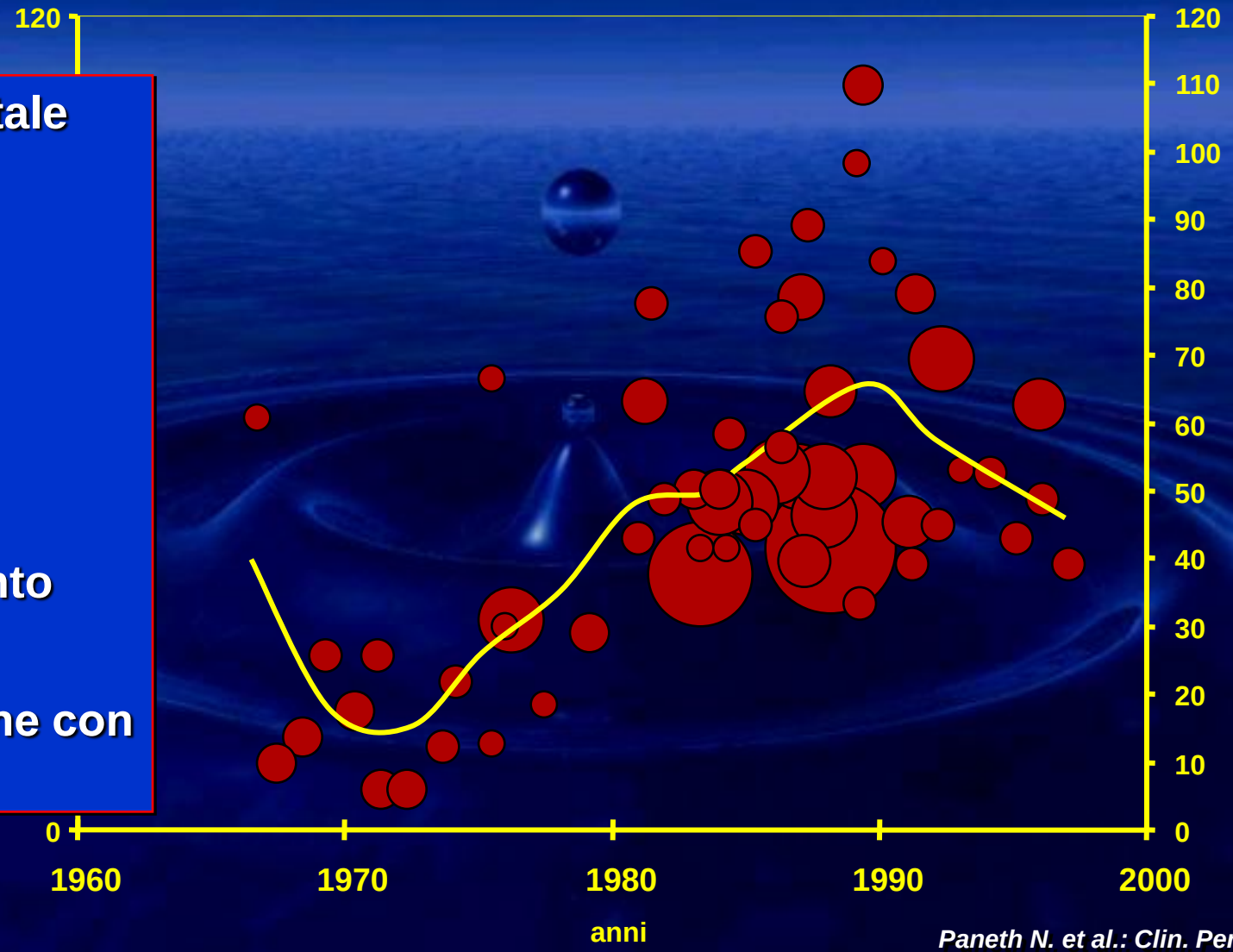
Ritardo mentale (17 - 21%)

Cecità (< 8%)

Sordità (< 8%)

Difficoltà di apprendimento

Deficit dell’attenzione con iperattività



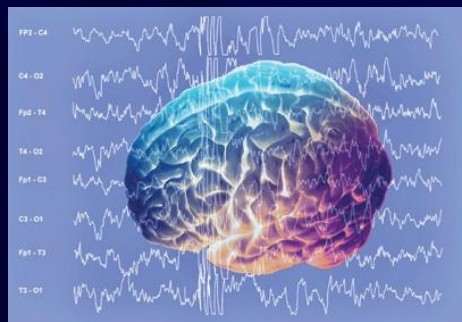
Paneth N. et al.: Clin. Perinatol., 33, 251, 2006

OBIETTIVI DELLE CURE INTENSIVE NEONATALI

↑ SOPRAVVIVENZA → SEQUELE NEUROLOGICHE

↓

CONTENIMENTO DEGLI ESITI



CONTENIMENTO DEGLI ESITI

La riduzione degli esiti a distanza:

- **Non può essere demandata alla medicina riparativa del danno conclamato**
- **Va perseguita con strategie di prevenzione**
- **Va suffragata da risultati confermati da osservazioni a lungo termine**

" La dimissione dall'ospedale ed il follow – up del nato pretermine "

CURE INTENSIVE

PATOLOGIE A DISTANZA

PROGRAMMI DI FOLLOW-UP

PREVENZIONE

OUTCOME DEFINITIVI

OBIETTIVI DEL FOLLOW-UP

SORVEGLIANZA

e

RICERCA

FOLLOW-UP: SORVEGLIANZA

- **Assicurare** al bambino ed alla famiglia la continuità dell’osservazione e delle cure
- **Soddisfare** l’esigenza di conoscere l’esito delle scelte diagnostico – terapeutiche adottate in fase acuta
- **Raccogliere** informazioni sugli esiti sia di centro che di comunità

FOLLOW-UP: SORVEGLIANZA

- **Quantizzazione degli esiti**
  (ritardo di accrescimento, paralisi cerebrale, ritardo mentale, ritardo di sviluppo, deficit uditivo e visivo, etc.)
- **Valutazione delle necessità assistenziali di seguito**
  (ossigeno e/o assistenza ventilatoria domiciliare - cure speciali, etc.)
- **Programmazione di percorsi di educazione speciale.**

IL FOLLOW-UP E LA RICERCA

Criteri metodologici degli studi :

- Selezione della popolazione
- Dimensionamento del campione
- Inclusione di controlli
- Definizione dei BIAS
- Uniformità della definizione e standardizzazione dei criteri di valutazione degli outcome
- Durata appropriata
- Contenimento delle perdite

IL PROGETTO

Costruire una rete assistenziale di sorveglianza della gravidanza

Garantire un numero adeguato di Centri di III livello con le caratteristiche di **Unità di Medicina perinatale**, nei quali trovino integrazione competenze ostetriche e neonatologiche

IL PROGETTO

Assicurare la presenza di un esperto in rianimazione ad ogni parto ed in ogni Centro nascita

Far si che le terapie intensive neonatali siano in numero adeguato, siano allocate in complessi ospedalieri dotati di servizi di III livello, siano sistemate in ambienti completamente a norma (per dimensioni, impianto di condizionamento, impianto elettrico, etc.), siano dotate delle attrezzature adeguate, siano sottoposte a manutenzione e controlli continui, abbiano personale medico ed infermieristico adeguato, qualificato ed aggiornato.

IL PROGETTO

Creare una rete di centri di follow-up degli ex-neonati a rischio collegati da un lato con le terapie intensive neonatali e dall’altro con i servizi territoriali ed ospedalieri di diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie più frequenti che caratterizzano tali soggetti

Imporre scelte che garantiscano all’ex – neonato a rischio tutta l’organizzazione assistenziale territoriale ed ospedaliera di cui è prevedibile abbia bisogno

Sensibilizzare le istituzioni su progetti di assistenza sociale rivolti alla correzione dei fattori socio- demografici legati all’ambiente ed allo stile di vita familiare

Costruire con le istituzioni scolastiche una cultura dell’accoglienza, un progetto didattico finalizzato ed un programma di inserimento sociale.

LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE: DALL'ETA' PERINATALE ALL'ETA' ADULTA

ASPETTI PREVENTIVI DELLA FASE PRENATALE

MISURE DI DIFESA DELLA SOPRAVVIVENZA

MISURE DI VALORIZZAZIONE DELLA VITA