



*Il Pediatra tra famiglia,  
protocolli e linee guida*



9 - 16 SETTEMBRE 2006

CENTRO CONGRESSI VILLAGGIO VALTUR  
BAIA DI CONTE  ALGHERO



# LA DIMISSIONE DEL NEONATO SANO E PATOLOGICO

**DAL NEONATOLOGO  
AL  
PEDIATRA DI FAMIGLIA**

**Giuseppe Di Mauro  
Lorenzo Mariniello**



# **DIMISSIONE DEL NEONATO**

**Ma si accompagna ad ansia  
e preoccupazione per la sua  
gestione**



Traumatico risulta in genere il passaggio dalla condizione di iperprotezione dei primi giorni di vita che il neonato trascorre da **“ammalato”**



**controlli medici ripetuti**

**orari**

**nastrino al polso**

**vitamine**

**vestiario standardizzato**

**screening**

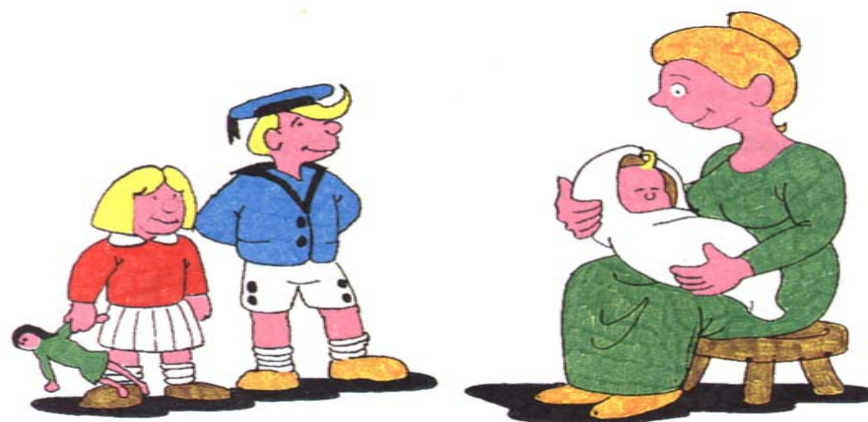
**bilance**

**prelievi**

Alla solitudine della nuova condizione di **“sano”** che si realizza subito dopo la dimissione

**Tale situazione è oggi più sentita che in passato per i cambiamenti subiti dalla società che hanno condotto negli ultimi decenni allo scompaginamento della famiglia tradizionale**

**Viene spesso a mancare alla neomamma il supporto delle nonne e dei parenti, domiciliati altrove**



**Le amicizie sono scarse**

**Il vicinato sconosciuto**

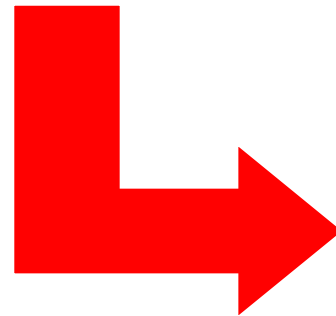
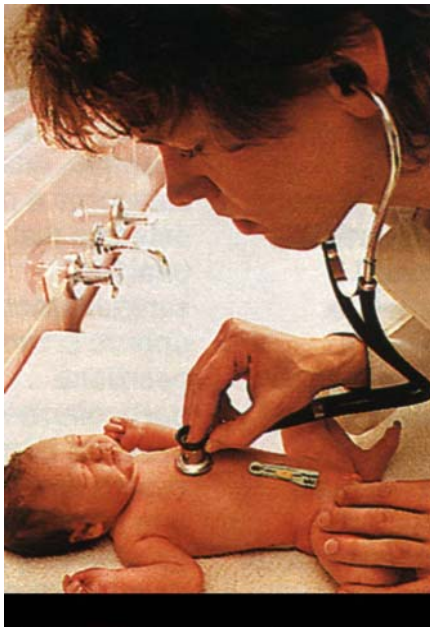
**Il piccolo appare delicato e bisognoso di cure continue**



**Sin dai primi giorni dopo la dimissione**

**Per un riferimento certo e  
Si rende necessaria una adeguata assistenza  
disponibile in caso di problema**

**Per assicurare la continuità e l'appropriatezza delle cure  
deve entrare rapidamente in gioco una figura  
professionale adeguatamente formata in grado di  
soddisfare i bisogni di salute del neonato**



**Pediatra di  
famiglia**

**Una peculiarità del nostro servizio sanitario  
nazionale che per competenza, affidabilità e  
disponibilità è la figura più adatta a svolgere  
tale compito**



**Il Pediatra di famiglia dovrebbe essere scelto già durante la degenza**

**Auspicabile in ogni caso  
Sicuramente indispensabile  
allorquando trattasi di neonato  
pretermine, patologico e/o a rischio  
sociale**

**DIMISSIONE  
PROTETTA**

**Il Pediatra di famiglia dovrebbe essere scelto già durante la degenza**



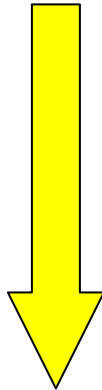
**Auspicata dall'ultimo ACN per la pediatria di famiglia dove è testualmente riportato:**

**“La presa in carico del neonato....deve avvenire con il supporto attivo delle unità ospedaliere e/o distrettuali”**

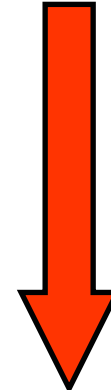
**DIMISSIONE  
PROTETTA**



**Quale ruolo deve svolgere il pediatra di famiglia  
nell'ambito del percorso assistenziale al neonato?**



**Assistenza al neonato sano**



**Assistenza al neonato  
pretermine e/o patologico**

## **Assistenza al neonato sano**

**La prima visita effettuata nel nostro ambulatorio  
è divenuta sempre più precoce negli ultimi tempi**



**Tale contatto è fondamentale per  
stabilire un inizio di rapporto solido con  
i genitori**

**Imperniato sulla fiducia e sulla  
reciproca collaborazione**



## Assistenza al neonato sano

Dedicare un tempo  
sufficiente alla  
prima visita



**Mai meno  
di  
30 minuti**

**Colloquio per  
l'educazione alla salute**



## Assistenza al neonato sano

Dedicare un tempo  
sufficiente alla  
prima visita



**Mai meno  
di  
30 minuti**

**Trasmettere ai genitori tutte  
quelle informazioni utili per  
permettere loro di utilizzare  
al meglio il nostro servizio**



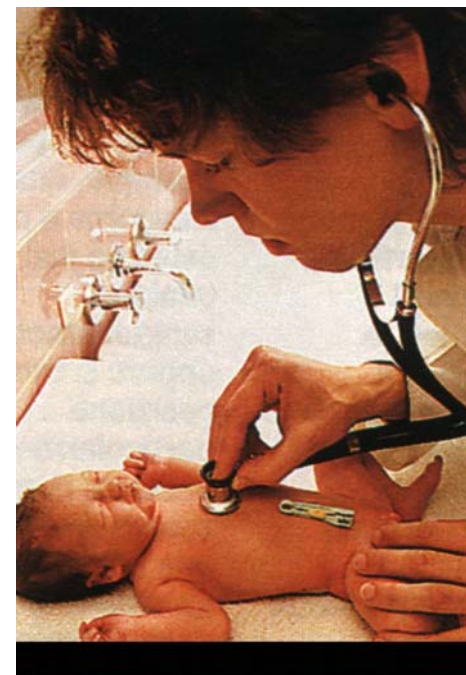
## Assistenza al neonato sano

Dedicare un tempo  
sufficiente alla  
prima visita



**Mai meno  
di  
30 minuti**

**ATTO MEDICO**



**Assistenza al neonato sano**

***NENATOLOGO***



*REGIONE CAMPANIA*  
ASSESSORATO ALLA SANITÀ

*LIBRETTO PEDIATRICO*  
*REGIONALE*

***PEDIATRA DI FAMIGLIA***

**SCHEDA DI DIMISSIONE NEONATOLOGICA**

**Dettagliata**

**Permette di  
trasmetterci tutto  
quanto può essere utile  
a realizzare la  
**CONTINUITA'**  
**ASSISTENZIALE** del  
neonato**



## SCHEDA DI DIMISSIONE NEONATOLOGICA

Registro ostetrico n° .....

Cartella clinica n° .....

Cognome e nome del neonato ..... Sesso M  F

Data nascita ..... Ora nascita ..... Età gestazionale..... settimane

Peso nascita .....g Lunghezza.....cm Circonferenza cranica .....cm

Apgar: 1' ..... 5' ..... Dimissione in data ..... con peso.....g

Gravidanza e travaglio complicati da problemi rilevanti: Si  No  Se si, specificare quali:

.....  
.....

Tipo di parto: Spontaneo  Cesareo  Ventosa  Forcipe

Emogruppo del neonato ..... Rh..... Coombs diretto ..... Ortolani: Positivo  Negativo

Non vi sono patologie di rilievo all'esame obiettivo

Vi sono elementi da rilevare (malformazioni congenite o altro) .....

.....

Il neonato ha presentato problemi rilevanti o è stato ricoverato in patologia neonatale No  Si

Se si, specificare: .....

.....

.....

Indagini di laboratorio, esami colturali, consulenze, diagnostica per immagini:

.....  
.....

Profilassi oculare con ..... Vitamina K mg..... per os  im

Vaccinazione anti epatite B praticata il ..... ore ..... lotto n° .....del .....

Immunoglobuline anti epatite B praticate il ..... ore ..... lotto n° .....del .....

Screening ipotiroidismo e PKU avviati prima della dimissione: si  no

Questo bambino è il : 1°  2°  3°  altro .....

Il neonato è stato attaccato al seno dopo ..... ore dal parto

Il neonato non è mai stato attaccato al seno (motivo .....  
.....)

Il neonato ha ricevuto formula prima della montata latte?

No  Si  Se si, perchè: .....

.....

Alimentazione al momento della dimissione:

latte materno  latte materno+formula  formula

**Indicare il tipo di formula e le modalità di somministrazione (in media 7- 8 poppate al giorno, ogni 3 ore circa, con un incremento ponderale atteso di almeno 150 g /settimana)**

.....

Cura del moncone ombelicale:.....

.....



# 1° Bilancio di salute all'età di 15-30 giorni

Cognome e nome del bambino.....

Data Nascita.....

Data compilazione.....

Peso alla nascita.....

## Valutazione auxologica e clinica

Peso kg. .... Percentile.....

Lunghezza cm. .... Percentile.....

C. Cranica cm. .... Percentile.....

Esame Obiettivo:

Nella norma: Si  No

Elementi da rilevare.....

Ortolani: Positivo  Negativo

Riflesso rosso della retina: Si  No

**Timbro e firma del pediatra**

**Sviluppo psicomotorio** Adeguato all'età Si  No

Se No, specificare .....

Reazione ai rumori: Si  No

**Consulenze specialistiche** Si  No

Se Si, specificare.....

**Alimentazione** Seno  Seno + formula  Formula

## Educazione alla salute

consigli su modalità di trasporto in auto Si  No

promozione dell'allattamento al seno Si  No

illustrazione calendario vaccinale Si  No

consigli su posizione nel sonno Si  No

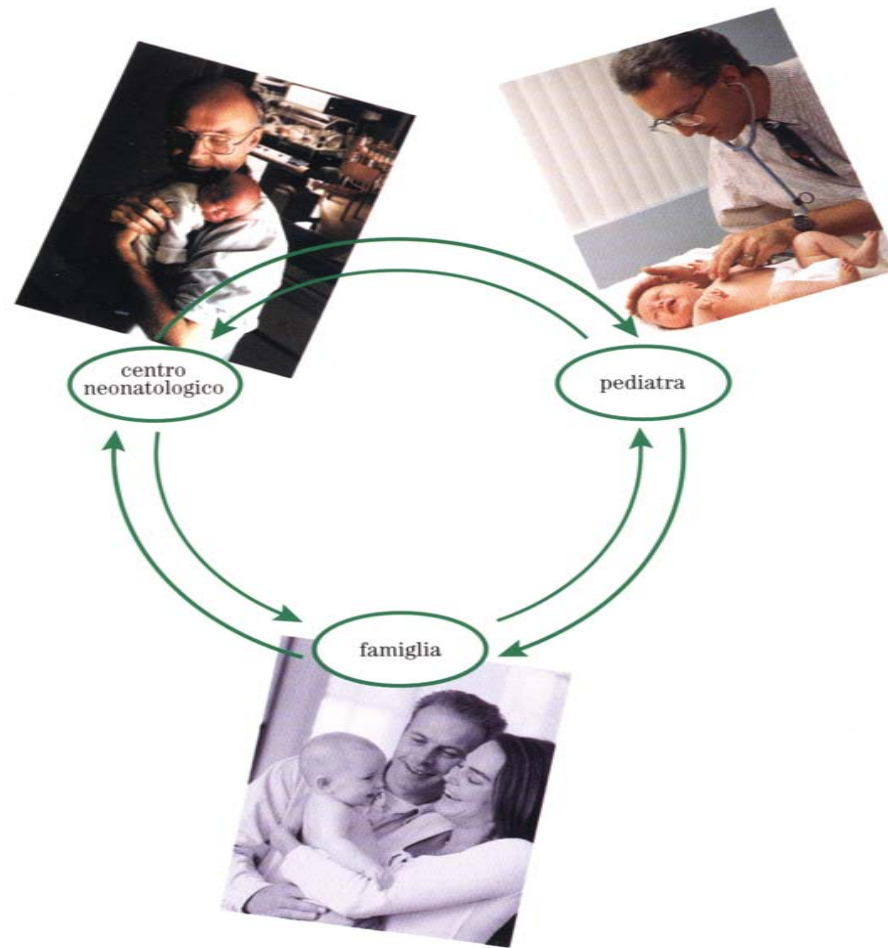
**Conclusioni** Bambino sano

Problemi rilevanti intercorrenti (specificare) .....

Problemi rilevanti cronici (specificare) .....

**Firma del genitore**

# Per una ottimale gestione del neonato pretermine



**CENTRO DI PATOLOGIA NEONATALE**



**PEDIATRA DI FAMIGLIA**

**La dimissione non può essere un  
atto frettoloso e formale**

## **Assistenza al neonato pretermine e/o patologico**

**Il centro TIN dovrebbe fornire  
al pediatra di famiglia una  
completa informazione su:**



REGIONE CAMPANIA  
ASSESSORATO ALLA SANITÀ

*LIBRETTO PEDIATRICO  
REGIONALE*

- **Interventi effettuati durante il ricovero**
- **Diagnosi di dimissione**
- **Programma di follow-up previsto**

## Assistenza al neonato pretermine e/o patologico



**Ciò soprattutto se si considera il ruolo centrale che il pediatra di famiglia deve assolvere dopo la dimissione nel coordinare e nel richiedere, al momento opportuno, l'intervento di tutte quelle figure professionali che possono essere utili nella gestione di questi bambini**



**Assistenza al neonato  
pretermine e/o patologico**

**PEDIATRA**

**OTORINO**

**OCULISTA**



**ORTOPEDICO**

**FISIATRA**

**NEUROLOGO**

**NEUROPSICHIATRA**

**CARDIOLOGO**

**NEONATOLOGO**

**Assistenza al neonato  
pretermine e/o patologico**

La sopravvivenza, grazie ai progressi della neonatologia e delle nuove tecnologie ad essa applicate, di neonati di età gestazionale e di peso sempre più bassi



**Formazione specifica da  
parte del Pediatra di famiglia**

## **Assistenza al neonato pretermine e/o patologico**

**La qualità dell'assistenza erogata nei primi periodi della vita a questi bambini può essere determinante per il loro successivo stato di salute**

A tale scopo il Direttivo provinciale della FIMP di Caserta, nel Settembre 2002, ha organizzato a Gubbio un corso residenziale per 50 pediatri di famiglia



**fimp**  
Federazione Italiana  
Medici Pediatri  
Caserta

**Corso Residenziale  
La Neonatologia  
per il Pediatra di Famiglia  
"dalla formazione all'aggiornamento"**

**Gubbio, 5-8 Settembre 2002  
Park Hotel ai Cappuccini**

## **Obiettivi del corso**

Ciascun partecipante dovrà dimostrare, al termine del corso di saper:

- 1 • impostare una corretta anamnesi familiare
- 2 • identificare i fattori di rischio neonatale
- 3 • effettuare un esame fisico completo con valutazione auxologica, neurocomportamentale e sensoriale
- 4 • promuovere l'allattamento al seno
- 5 • affrontare gli eventi parafisiologici
- 6 • dare consigli di puericultura pratica
- 7 • riconoscere e gestire le principali patologie neonatali
- 8 • conoscere leggi, disposizioni e contratti lavorativi a tutela dell'area materno-infantile



## ***Giovedì 5 Settembre***

Ore 15.00 - Presentazione del corso (Francesco Tancredi, Giuseppe Di Mauro)

-Test iniziale di autovalutazione

Ore 15.30 - I Sessione

***Conducono: Gherardo Rapisardi, Monica Pierattelli, Roberto Liguori***

Filmato: Tipi di parto

La prima visita: l'anamnesi ostetrica, familiare, specialistica;

la continuità tra periodo prenatale e postnatale,

l'identificazione dei fattori di rischio.

Lavoro a piccoli gruppi e lezione integrata

Ore 17.15 - Coffee-break

L'esame clinico del neonato per distretto corporeo

e la valutazione complessiva neurosensoriale secondo Brazelton.

Osservazione di video con griglia.

Lavoro a piccoli gruppi e lezione integrata

Ore 20.30 - Cena di benvenuto

## **Venerdì 6 Settembre**

Ore 9.00 - II Sessione

**Conducono Gherardo Rapisardi, Monica Pierattelli, Roberto Liguori**

La promozione dell'allattamento al seno

Lavoro a piccoli gruppi su casi clinici flash

Video sull'allattamento

Ore 10.45 - Coffee-break

La Puericultura: consigli per l'uso

Un caso clinico carta e penna su...

Ore 13.00 - Colazione di lavoro

Ore 15.00 - III Sessione

**Coordinatore: Francesco Tancredi**

Il follow-up del neonato pretermine (Ignazio Barberi)

L'alimentazione del pretermine dopo la dimissione (Paolo Giliberti)

Ore 16.30 - Coffee-break

Latti adattati e latti speciali (Marcello Giovannini, Enza D'Auria)

Il neonato chirurgico (Ignazio Barberi)

Ore 20.30 - Cena sociale

## ***Sabato 7 Settembre***

Ore 9.00 - IV Sessione

***Coordinatore: Giorgio Rondini***

Problematiche degli screening ecografici neonatali (Alberto Chiara)

Il neonato malformato (Gian Paolo Salvioli)

Ore 10.30 - Coffee-break

Il distress respiratorio (Francesco Macagno)

La gestione domiciliare delle cardiopatie (Paolo Giliberti)

Ore 13.00 - Colazione di lavoro

Ore 15.00 - V Sessione

***Coordinatore: Gian Paolo Salvioli***

Il neonato itterico (Giorgio Rondini)

Il neonato con febbre (Luciano Pinto)

Ore 16.30 - Coffee-break

La SIDS: un dramma sempre possibile (Francesco Macagno)

Le vaccinazioni: calendario, eccezioni, stato dell'arte. (Luciano Pinto)

Ore 20.30 - Cena di gala



## ***Domenica 8 Settembre***

Ore 9.30 - VI Sessione

*Coordinatore: Giuseppe di Mauro*

Dal Servizio Sanitario Nazionale alla Devolution:

quale il futuro dell'assistenza neonatale? (Francesco Macagno)

L'integrazione ospedale-territorio:

la presa in carico del neonato (Giampietro Chiamenti)

Interventi preordinati su esperienze locali

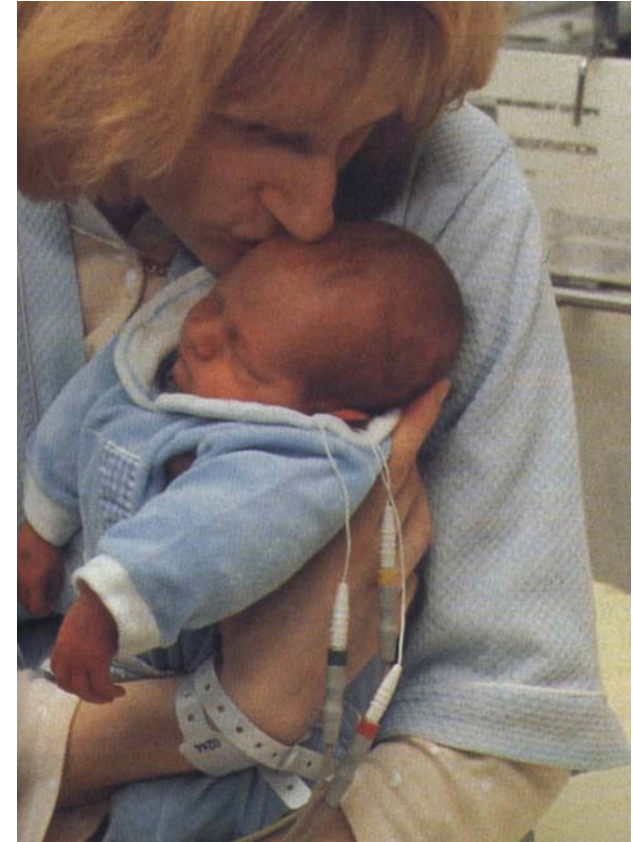
Ore 12.00 - Test finale di autovalutazione

- Questionario di gradimento

Ore 13.00 - Chiusura del corso

Ore 13.30 - Colazione di arrivederci

**Dopo la dimissione i  
problemi di gestione  
del neonato  
pretermine sono  
numerosi e  
complessi, in  
particolare se SGA**



**I prematuri SGA più facilmente vanno incontro a patologie neuropsichiatriche:**

**Disordine alimentare e digestivo**

Anche gli **AGA** sono da considerare neonati a rischio e quindi meritevoli di follow-up

**EG tra 32 e 36 W**



Affidati presto al PdF

**EG < 32 W**



A maggior rischio di mortalità e morbosità



**Dimessi tardi**

**Necessità assistenziali del nato  
pretermine dopo la dimissione**

## **Pratiche preventive**

**Prevenzione delle malattie infettive**

**Prevenzione della SIDS**

**Prevenzione delle carenze vitaminiche e minerali**

# **Necessità assistenziali del nato pretermine dopo la dimissione**

**Controllo dell'alimentazione**

**Controllo della crescita**

**Controllo di problemi minori:  
anemia, ernie, criptorchidismo, angiomi**

# **Necessità assistenziali del nato pretermine dopo la dimissione**

## **Sorveglianza e trattamento di condizioni patologiche in atto alla dimissione**

**Displasia broncopolmonare**

**Malformazioni**

**Retinopatia della prematurità**

**Problemi neurologici**

**Idrocefalo**

**Infezioni gravi perinatali**

## **Necessità assistenziali del nato pretermine dopo la dimissione**

**Controllo delle situazioni a maggior  
rischio di esiti a distanza**

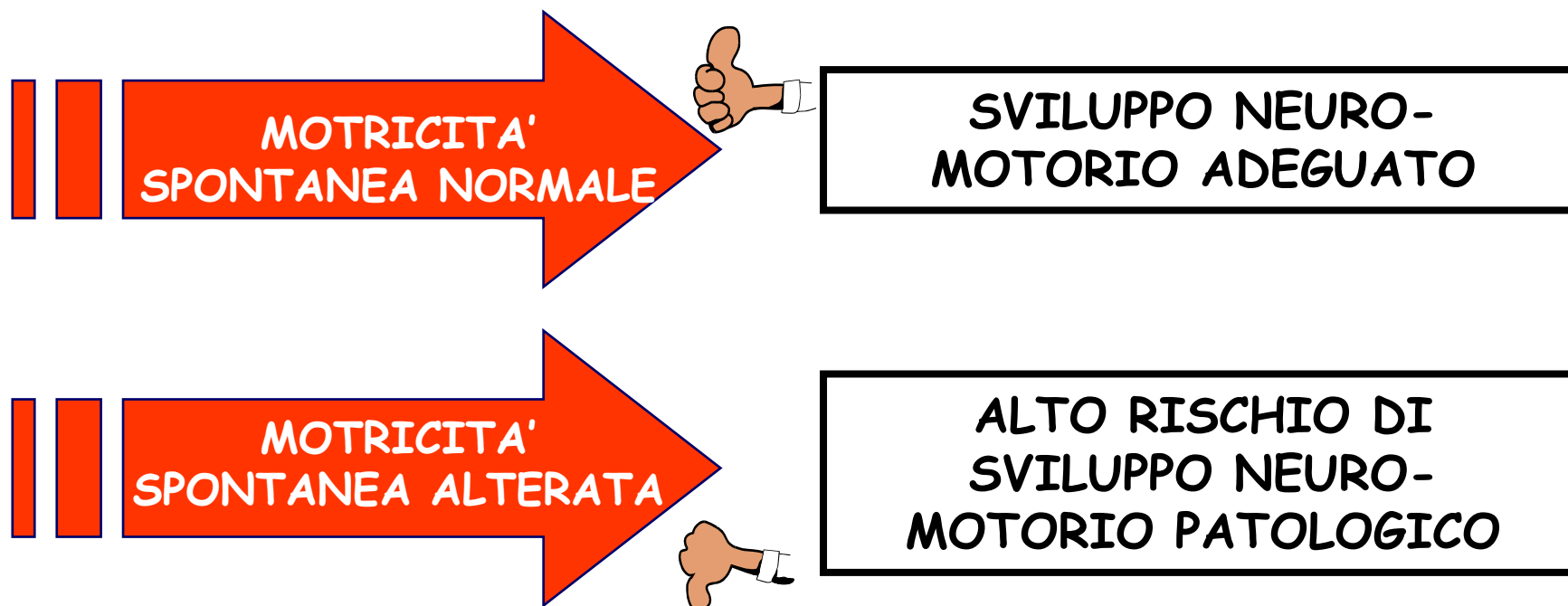
**Sindrome anossico-ischemica**

**Emorragia cerebrale**

**Peso molto basso**



Clinicamente è possibile rilevare segni precoci (già a 3-4 mesi di età corretta) di paralisi cerebrale tramite l'osservazione dei movimenti spontanei



**Tale valutazione richiede una formazione specifica**

L'età del bambino va corretta fino a 2 anni per valutare lo sviluppo psicomotorio

La qualità dello sviluppo è più importante dei tempi di acquisizione

L'attenzione va focalizzata sul **“come”** avviene lo sviluppo psicomotorio, cioè la qualità delle performances (relazionali, sensoriali, posturomotorie e cognitive), piuttosto che sul **“quando”**, cioè i tempi di acquisizione

La qualità garantisce la normalità dello sviluppo

I disturbi visivi, nel grave pretermine, sono molto frequenti

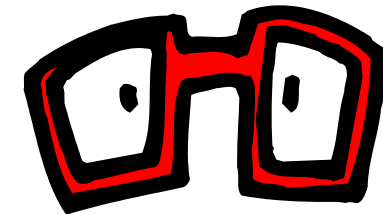
 **CECITA' 1-2 %**

 **STRABISMO ( rischio 6 volte)**

 **MIOPIA ( rischio doppio)**

 **DIFETTI VISIONE COLORI**

 **DIFETTI CAMPO VISIVO**



**50%**

I disturbi uditivi sono meno frequenti, ma più frequenti  
che nella popolazione generale

DANNO UEDITIVO PERIFERICO 14 %



DANNO UEDITIVO CENTRALE 17 %

DANNO UEDITIVO MISTO 4 %

IMPORTANZA DELLA DIAGNOSI PRECOCE

## EMISSIONI OTOACUSTICHE

Sono vibrazioni sonore prodotte dalle cellule ciliate esterne della membrana basilare della coclea che si retropropagano attraverso la catena degli ossicini fino al timpano: il timpano vibra e produce dei suoni che possono essere registrati

Non svelano il deficit uditivo retrococleare  
(neuropatie uditive)

## **ABR: auditory brainstem response**

**Sono la media di risposte elettriche corticali evocate da stimoli uditivi**

**Consentono di individuare una patologia retrococleare**

**Devono essere effettuati in condizioni di sonno spontaneo**



# Prevenzione delle malattie infettive

## VACCINAZIONI



Vanno iniziate seguendo l'**età cronologica postnatale** anche in quei bambini che hanno avuto un'emorragia intracranica o altri eventi neurologici gravi

# MADRE HBsAg POSITIVA

Immunoglobuline specifiche i.m. (0.5 ml)

+

Vaccino



Stesse dosi impiegate  
Entro 12 ore dal parto  
per il neonato a termine

# MADRE HBsAg POSITIVA

Vaccino



2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> dose distanti mesi 1 mese

# VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

**Effetti collaterali più importanti nel lattante**



**Non deve essere eseguita prima dei sei mesi**



**In tale periodo la prevenzione va fatta vaccinando tutti i membri della famiglia**

**Rilevante problema è quello della suscettibilità alle infezioni delle alte e basse vie respiratorie, durante il ricovero, ma anche per i primi 2 anni di vita**

**Il VRS è responsabile del 50% dei ricoveri ospedalieri per patologie respiratorie nei primi 2 anni di vita**



**Bronchioliti**

**45-90%**

**Polmoniti**

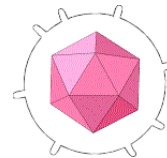
**15-25%**

**Croup**

**6-8%**

La prevenzione dell' infezione da VRS, in mancanza di una terapia etiologica ed un vaccino sicuro, si basa sull' immunoprofilassi passiva

## **PALIVIZUMAB**



(Anticorpo monoclonale, IgG1, con sequenza aminoacidica per il 95% di origine umana e per il 5% di origine murina)



**Diretto contro la glicoproteina F del RSV**

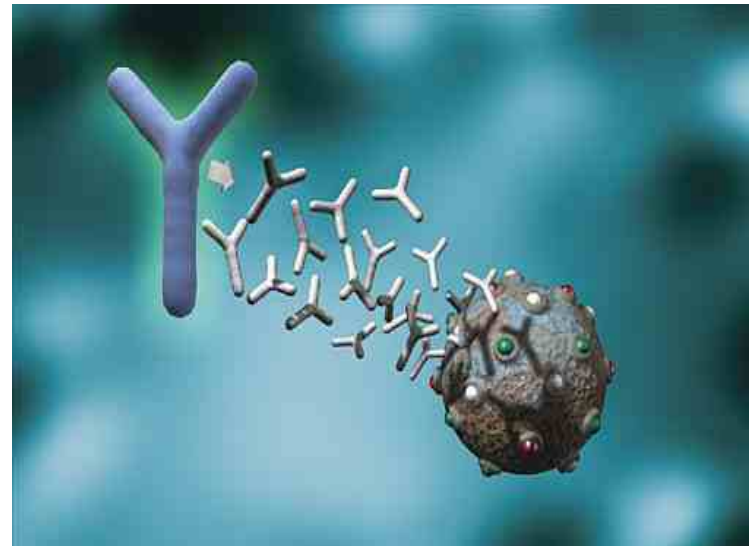
# PALIVIZUMAB

**Efficace nel prevenire la malattia  
da VRS**

**Esente da effetti collaterali**

**Non interferisce con i vaccini**

**Non è un emoderivato**



**Riduce  
l'ospedalizzazione**

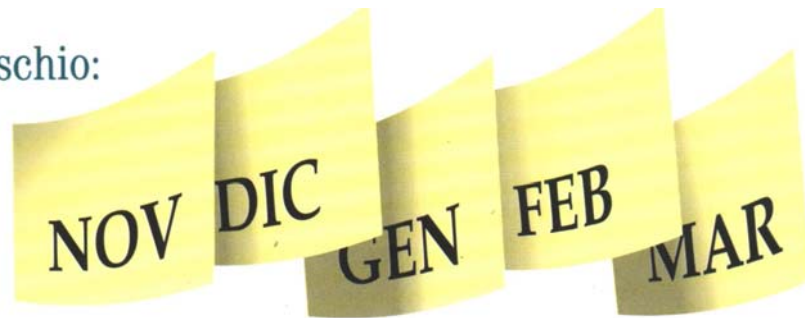


# PALIVIZUMAB

**1 dose mensile i.m.**

**0.15 ml (= 15 mg)/Kg per 5 mesi**

Mesi a Rischio:



**PALIVIZUMAB**

**COSTO ELEVATO: €800 + IVA**

## Consigliato dall'AAP a:

- Bambini < 24 mesi affetti da DBP
- Età gestazionale  $\leq$  28 W con età < a 12 mesi
- Età gestazionale tra 29 e 32 W con età  $\leq$  a 6 mesi
- Età gestazionale tra 32 e 35 W con meno di 6 mesi e con almeno due fattori di rischio:

(fratelli in età scolare, famiglie numerose, frequenza in asilo nido, esposizione a fumo di tabacco, intervento cardiocirurgico programmato)

# PREVENZIONE DELLA SIDS



Nel pretermine l'incidenza della SIDS è 5-6 volte superiore rispetto ai nati a termine

**Pediatra di famiglia**



**Semplici consigli a tutti i genitori**

**Non permettete che si  
fatte in modo che non  
rimane nell'ambiente  
abbia troppo caldo.  
buone si trova al neonato**



### **Fate dormire il bambino sulla schiena**

La posizione prona (a pancia sotto) è stata associata a un maggior rischio di morte in culla.

- Fatelo dormire su un materasso rigido e senza cuscino
- Togliete dalla culla tutti quegli oggetti (per es. le catenine, i peluche ecc.) che potrebbero essere pericolosi durante il sonno

### **Non permettete che si fumi nell'ambiente dove si trova il neonato**

Il fumo passivo è associato a un maggior rischio di morte in culla, ma anche di asma, otite, bronchite.

- Non fumate durante la gravidanza
- Non fumate in presenza del bambino o nella stanza dove dorme
- Chiedete agli altri di non fumare in vicinanza del bambino

### **Allattamento al seno se possibile**

L'allattamento al seno può ridurre il rischio di molte patologie, tra cui anche la morte in culla.

Il latte materno è il migliore alimento per il vostro bambino.

### **Fate in modo che non abbia troppo caldo**

La temperatura dell'ambiente deve essere regolata intorno a 18-20 gradi.

- Non avvolgerlo troppo stretto nelle coperte
- Lasciate che la testa e le braccia si muovano liberamente
- Arrotolate le coperte in modo che le spalle non siano coperte
- Se il vostro bambino ha febbre, avrà bisogno di meno coperte.

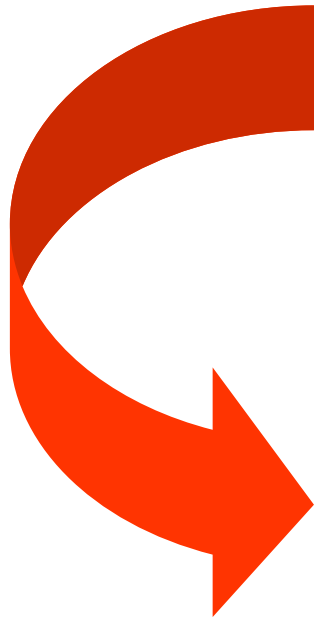
**Il Pdf dovrà consigliare il monitoraggio domiciliare (Apnea Monitor) nei pretermine ad alto rischio:**

- **Fratellini successivi di vittime di SIDS**
- **Neonati con pregresso episodio di ALTE**
- **Pretermine con crisi di apnea dopo la 35a W di età gestazionale**



**QUALI  
INTEGRAZIONI  
VITAMINICHE E  
MINERALI  
FORNIRE ?**

# PROFILASSI DELLE CARENZE VITAMINICHE E MINERALI



## PERCHE'?

- Scarse riserve alla nascita.
- Ridotto assorbimento gastrointestinale
- Rapida crescita
- Assunzione di scarse quantità di latte nelle prime settimane



# ACIDO FOLICO

- Pretermine molto piccoli
- Infezioni
- Anemia emolitica
- Diarrea

**50-65 mcg/die**



# FERRO

Integrazione indispensabile nel pretermine per:

- Basse riserve alla nascita
- Numerosi prelievi di sangue
- Rapida crescita

**1500-2000 gr**

**2 mg/Kg/die**

**1000-1500 gr**

**3 mg/Kg/die**

**< 1000 gr**

**4 mg/Kg/die**

(Siimes)

# VITAMINA D

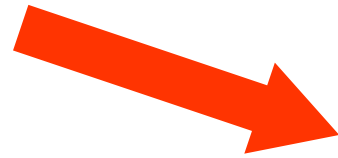
**Apporto raccomandato dall'AAP dalla nascita a 12 mesi:**

**Pretermine                      600 UI**

**Peso molto basso            800-1000 UI**

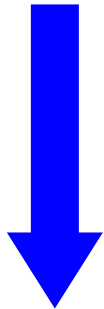
- **Apporto più elevato in caso di malassorbimento**
- **Attenzione nei pazienti con malattie neurologiche o in terapia con farmaci anticonvulsivanti**

# **RAME**



**Supplemento in caso di  
diarrea cronica**

# **ZINCO**



**La rapida crescita ne incrementa la richiesta**

**Sufficiente l'integrazione presente nelle  
formule per pretermine**





**COME  
ALIMENTARE IL  
PRETERMINE  
DOPO LA  
DIMISSIONE ?**

# CONTROLLO DELL'ALIMENTAZIONE



Il latte ideale per il pretermine è, senza ombra di dubbio, quello materno che contiene più proteine e più fattori antinfettivi rispetto a quello della donna che partorisce a termine

# ALLATTAMENTO MATERNO

< 30 w	Latte materno “spremuta”, fortificato con proteine, minerali e vitamine e somministrato attraverso sonda.
30 - 32 w	Latte materno “spremuta”, fortificato e somministrato con tazza o cucchiaino.
32 - 34 w	Latte materno al seno e/o con tazza o cucchiaino.
> 34 w	Latte materno al seno.





# FORMULE PER PRETERMINE



- ✓ **Composizione in aminoacidi simile a quella del latte materno**
- ✓ **Concentrazioni adeguate di sali minerali**
- ✓ **Sostituzione parziale di lipidi con MCT**
- ✓ **Bassa Osmolarità**
- ✓ **Contenuto calorico più elevato rispetto ai latti adattati**

# FORMULE PER PRETERMINE



- ✓ Più alta densità calorica
- ✓ Più alto contenuto proteico
- ✓ 50% in più di ogni vitamina
- ✓ Più alto contenuto di calcio e fosforo
- ✓ Arricchimento con ferro e selenio
- ✓ Supplementazione con nucleotidi

## Perché una “Tazza” è preferibile al biberon?

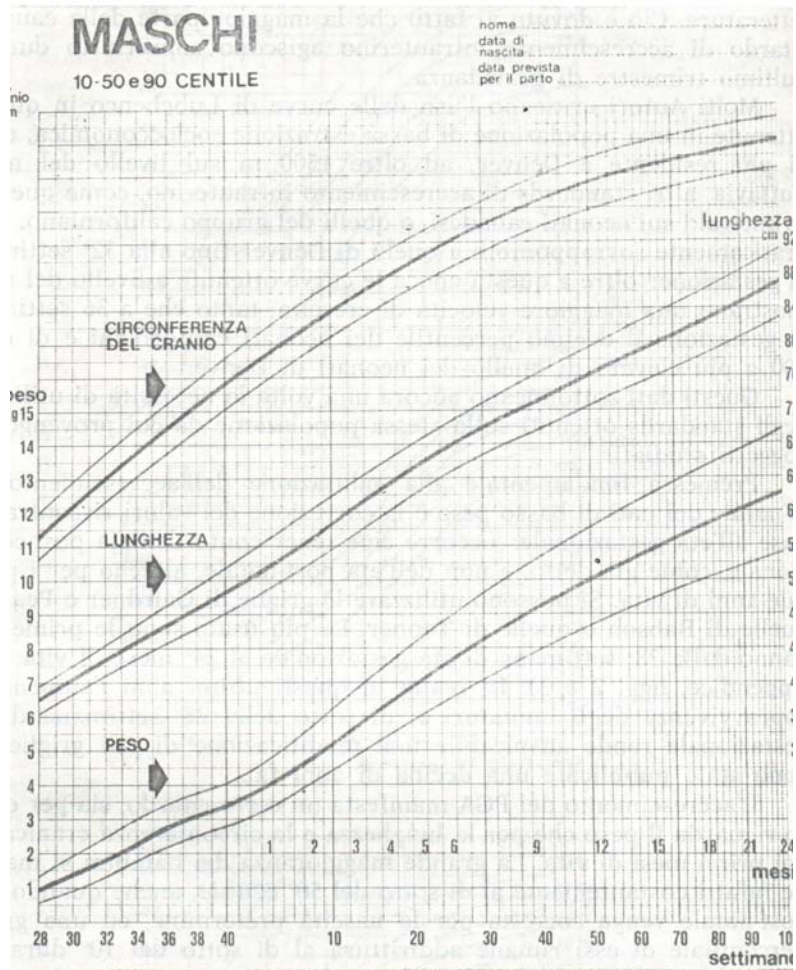


- **La persona che alimenta il bambino con la tazza deve mantenerlo adeguatamente e guardarlo, offrendogli così quel contatto che ogni bambino necessita**
- **La tazza non interferisce con la suzione al seno**

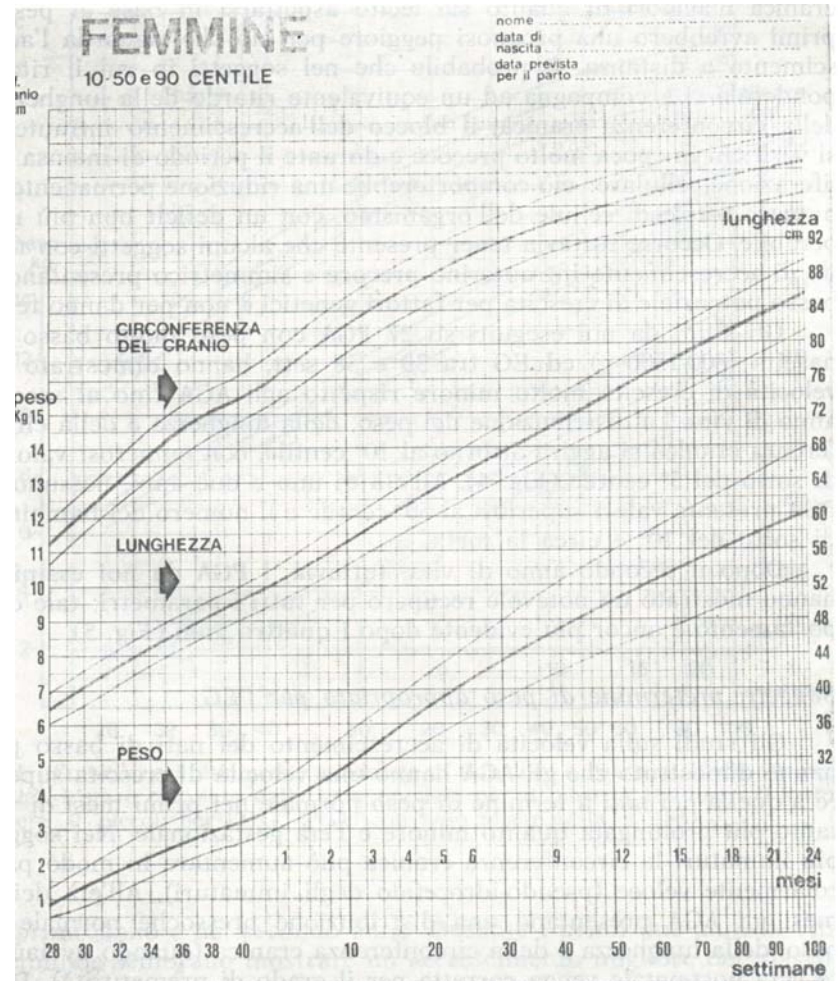
## **CONTROLLO DELLA CRESCITA**

**La valutazione della crescita del neonato pretermine viene effettuata impiegando apposite griglie quali quelle di Gairdner e Pearson, che riguardano i primi due anni di vita per il sesso maschile e femminile**





DATA					
ETA' *					
PESO Kg					
LUNGHEZZA cm					
CIRC. DEL CRANIO					



DATA					
ETA' *					
PESO Kg					
LUNGHEZZA cm					
CIRC. DEL CRANIO					

## **ETA' CORRETTA**

**Corrisponde all'età postnatale  
meno il numero di settimane  
mancanti alla data prevista  
per il parto, cioè alla 40<sup>a</sup>  
settimana di gestazione**

**La differenza di crescita tra età postnatale corretta e non corretta è significativa in media:**

**Peso**

**Sino a 2 anni**

**Lunghezza**

**Sino a 3 anni e mezzo**

**CC**

**Sino a 18 mesi**



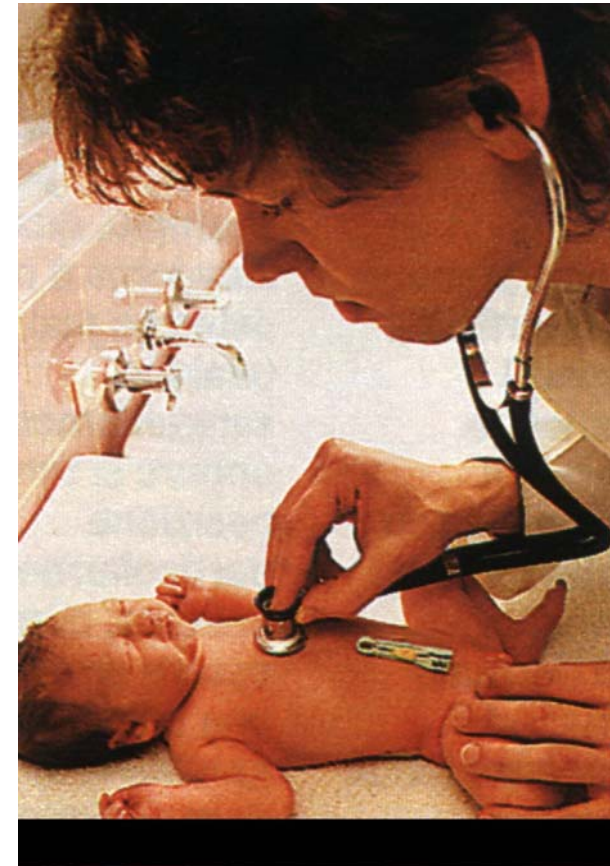
## Una crescita inadeguata ha spesso una eziologia multifattoriale

- Errori dietetici
- Difficoltà nella alimentazione con scarsa suzione
- Disturbi relazionali bambino-madre e bambino-famiglia
- Reflusso gastroesofageo
- Vomito
- Crisi di cianosi



# CALENDARIO DEI CONTROLLI

- Neonato AGA 34-37 w
- Neonato AGA 32-34 w
- Neonato AGA <32 w



# NEONATO AGA 34-37 W SANO

- **Valutazione clinica e neuromotoria:**
  - postura, tono muscolare, comparsa tappe di sviluppo
- **Valutazione organi di senso:**
  - **UDITO:** reazione ai rumori, questionario ai genitori, Boel test
  - **VISTA:** Riflesso rosso, riflessi corneali, inseguimento oggetto (entro 3° mese)
- **Visite specialistiche:**
  - **OCULISTICA:** (6-9 mesi)
- **Divezzamento:** c.n.t.
- **Vaccinazioni:** c.n.t.



# NEONATO AGA 34-37 W PATOLOGICO

- Valutazione clinica e neuromotoria
- Valutazione organi di senso
- Esami strumentali:
  - Eco transfontanellare (entro 3° mese), EEG, RMN
- **Visite specialistiche:**
  - Oculistica (6-9 mesi)
  - Fisiatrice/Ortopedica: 3-6-9 mesi
  - Neuropsichiatrica: 12 mesi
- **Divezzamento:** c.n.t.
- **Vaccinazioni:** c.n.t.



# NEONATO AGA 32-34 W

- Valutazione clinica e neuromotoria
- Valutazione organi di senso
- Esami strumentali:
  - ABR (a 4 mesi)
  - PEV e PET (a 4 mesi)
  - Eco-fontanellare (entro 3° mese), EEG, RMN.
- Visite specialistiche
  - Oculistica (6-9 mesi)
  - Fisiatrica/Ortopedica (3-6-9 mesi)
  - Neuropsichiatrica (a 12 mesi)
- **Divezzamento** c.n.t. tenendo conto dell'età corretta
- **Vaccinazioni** c.n.t.



**La partecipazione e l'intervento del  
pediatra di famiglia nell'ambito del  
percorso nascita è fondamentale in ogni  
caso, ma in particolare se si tratta di  
neonati patologici o pretermine**

**continuativo**

**concordato**

**In tali situazioni diventa indispensabile  
un **PIANO ASSISTENZIALE****

**Personalizzato al singolo bambino e alla  
sua famiglia**

**Tenendo sempre presente che le modalità di  
accudimento nei primi mesi influenzano la qualità dello  
sviluppo psicomotorio a distanza**