



GdS Cure Neonatali nei Paesi a Risorse Limitate

QUALI STRADE PER MIGLIORARE IL DESTINO DEL NEONATO VULNERABILE NEI LOW INCOME COUNTRIES? L'ESPERIENZA DI OUAGADOUGOU

Paolo Villani¹
Paul Ouedraogo²
Nicaise Zagre²
Emanuela Scalmani¹
Daniela Gatto³
Nicolò Maffioli¹
Martine Ouattara²
Daniele Trevisanuto⁴

¹TIN Istituto Ospedaliero non profit Fondazione Poliambulanza, Brescia

²Patologia Neonatale "G. Moscati", Hôpital Saint Camille de Ouagadougou (HOSCO Burkina Faso)

³Pediatria e Neonatologia ASL Sulcis Iglesiente

⁴Università di Padova

Siamo appena rientrati da una missione in Burkina Faso, la terra degli "Uomini Integri", nell'Africa occidentale, che sta attraversando un lungo periodo di cambiamenti e di forti tensioni legate al terrorismo jihadista e alle nuove strategie geo-politiche.

In quest'area, i dati riguardo la mortalità infantile sono ancora tristemente lontani dagli obiettivi globali che la comunità internazionale si era prefissata di raggiungere entro il 2030. Si stima che la metà dei decessi sotto i 5 anni si verifichi durante il primo mese di vita. Per avere un termine di paragone con il nostro contesto di riferimento, nel 2021 in Italia è stata registrata

una mortalità neonatale pari a 1.47 su 1.000 nati vivi, mentre quella media dell'Africa sub-Sahariana corrisponde a 27 morti neonatali/1.000 nati vivi. Il 40% delle morti neonatali si concentrano durante il parto e nel corso del primo giorno di vita, che rappresentano i momenti più critici per la sopravvivenza del neonato. Questo suggerisce una più ampia prospettiva di impegno e investimenti che deve necessariamente coinvolgere anche le cure ostetriche¹. È molto interessante confrontarsi con l'analisi di Lawn, Saugstad et al.² su come sia avvenuta la fase di transizione della mortalità neonatale dal 1900 al 2020, nelle nazioni considerate adesso ad alte risorse. Gli USA e gli Stati del nord Europa hanno impiegato circa 40 anni per raggiungere una NMR 12/1.000 nati vivi. Turchia e Cina circa 20; in Italia, il percorso ha subito delle accelerazioni legate alla creazione di centri con operatori specializzati, questo a partire dagli anni '60.

In tutte le nazioni ad alte risorse, i livelli previsti dagli SDG sono stati raggiunti grazie all'accesso in larga scala ai reparti di maternità, a migliori cure ospedaliere per i neonati prematuri e di basso peso, formando perso-

nale medico e infermieristico specializzato nelle cure neonatali e pediatriche, con la possibilità di utilizzare in sicurezza l'ossigeno e supporti ventilatori non invasivi come la CPAP. Ulteriori riduzioni della mortalità neonatale (NRM <15-5) richiedono investimenti in infrastrutture, introduzione di devices intensivi come la ventilazione meccanica e un'attenta cura e prevenzione delle infezioni³.

Il primo step, comunque, resta l'introduzione delle *Immediate and Essential Newborn Care* (ritardato clampaggio del cordone ombelicale, *skin to skin*, rianimazione neonatale, precoce alimentazione al seno, cura dell'ipotermia, trattamento dell'HIV in gravidanza) e in serie delle *Special Care* (alimentazione assistita e liquidi endovena, somministrazione sicura di O₂, prevenzione e gestione delle sepsi, dell'ittero, del paziente con encefalopatia asfittica, del distress respiratorio attraverso CPAP)⁴.

Lo scopo della nostra missione è stato quello di contribuire ai cambiamenti richiesti nell'assistenza neonatale, in una nazione dove nel 2023 sono nati 729.000 bambini, a fronte di una popolazione di 23 milioni di abitanti, ma dove la



continua a pag. 16>>



segue da pag. 15



Under 5 Mortality Rate è di 79:1.000 nati vivi, la *Infant* (< 12 mesi di vita) *Mortality Rate* di 50:1.000 e quella neonatale di 25-30:1.000 nati vivi, che rappresenta il 32% della *Under 5 mortality*. La mortalità materna è di 264 ogni 100.000 nati vivi. Quindi siamo veramente ancora molto lontani dai livelli indicati nei MDG (p.es: *Neonatal Mortality* $\leq 12:1.000$, mortalità materna $\leq 70:100.000$ nati vivi) dalla WHO⁵.

Il progetto, patrocinato dal Ministero della Salute del Burkina Faso, ha determinato la creazione di una Rete tra i principali ospedali della capitale dotati di Neonatologia (*Reseau du Region du Centre*), con l'idea di centralizzare, se non le gravidanze a rischio, almeno i neonati patologici, evitando i tour della speranza da parte dei parenti in cerca di un posto letto. Questo comporta l'adeguamento delle risorse nei 5 ospedali previsti (*Hôpital Charles de Gaulle, Hopitoux de Tengodogo, Yalgado, Bogodogo e Hosco* ovvero l'*Hôpital Saint Camille di Ouagadougou*, dove abitualmente abbiamo una storica col-

laborazione) e soprattutto la formazione del personale nella gestione delle emergenze e della stabilizzazione. Queste attività sono state svolte attraverso due giorni di "full immersion" di teoria sulla *Bubble CPAP*, sulla fisiopatologia, sulla clinica e gli score che aiutano a individuare i neonati in *distress*, sui criteri di inclusione, su quelli di sospensione, sulla sorveglianza infermieristica, sulle complicanze. Altri due giorni sono stati necessari, nei vari ospedali, per completare la parte teorica comprensiva del



montaggio, gestione di sanificazione e detersione delle macchine, dei presidi e dei circuiti e la loro manutenzione. Molto utile è stata la presenza di un nostro tecnico che ha aggiornato e aggiornato le apparecchiature presenti, collaborando con i manutentori dei vari nosocomi. La formazione è continuata con un Corso di Rianimazione Neonatale, teorico e pratico e con concetti di Stabilizzazione applicati nelle basse risorse⁶. L'idea è quella di arrivare a una formazione permanente,

preparando i colleghi locali dei quattro ospedali Hub (medici, infermieri e ostetriche) a diventare formatori per gli operatori dei propri e degli ospedali Spoke, in modo da migliorare e uniformare le cure neonatali. Gli obiettivi sono due: uno molto ambizioso di avere un Master per infermiere e ostetriche di 1 anno e quello per i medici di 2, coinvolgendo le Università Statale e Cattolica di Ouagadougou e almeno un ateneo italiano; il secondo è quello di istituire un centro dove insegnare i principi di

rianimazione neonatale, attraverso dei formatori permanenti locali, testati e seguiti da noi. La Rete permetterebbe di ricevere informazioni, raccogliere dati, confrontare e uniformare i protocolli, per permettere una crescita graduale nelle cure neonatali dalle *Essential* alle *Special Care*.

Bibliografia

1. Walani SR. Global burden of preterm birth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020;150(1):31-3.
2. Joy E.Lawn, Zulfiqar A. Bhutta, Ola Didrik Saugstad. *Ending Preventable Neonatal Deaths: Multicountry Evidence to Inform Accelerated Progress towards the Sustainable Development Goal by 2030.* *Neonatology* 2023.
3. Levels and trends in child mortality United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation. *Report 2023.* Data Unicef.
4. WHO Recommendations for care of the preterms or low-birth weight infant. WHO 2022.
5. Countdown to 2030: Women's, Children's and Adolescent's Health. *Unicef Report 2025.*
6. American Academy of Pediatrics. *Helping Babies Breathe Program.*

