



**SIN**  
SOCIETÀ ITALIANA DI  
NEONATOLOGIA

# SIN

## informa



**SIN**  
SOCIETÀ ITALIANA DI  
NEONATOLOGIA

Numero 1-2  
Luglio 2012

Notiziario della Società Italiana di Neonatologia

Direttore **Francesco Raimondi** raimondi@unina.it  
Coordinatore di Redazione **Paolo Tagliabue**

### CONGRESSO 2012: E' TEMPO DI BILANCI!

A cura di P. Giliberti

Il nostro prossimo Congresso nazionale è un Congresso elettivo durante il quale i Soci saranno chiamati a rinnovare le cariche istituzionali della Società ed è inevitabile ripensare a quanto avvenuto nell'ultimo triennio e tentare di tracciarne un bilancio.

Quando iniziammo la nostra avventura nel 2009, avvertimmo immediatamente la grande responsabilità di presiedere una Società scientifica capace, negli anni, di affermarsi come importante ed irrinunciabile punto di riferimento per tutti coloro che si interessano alle sorti del neonato, ma percepiamo nel contempo l'esigenza di un adeguamento del modello per rispondere possibilmente meglio alle attese dell'intera Comunità scientifica ed assistenziale.

Avevamo all'epoca in mente almeno quattro macro - obiettivi, rappresentati dalla formazione, dall'integrazione nel nostro interno delle altre figure professionali del mondo neonatale, dai rapporti con le Istituzioni e dagli aspetti della comunicazione.

#### a. La Formazione e l'acquisizione delle esperienze

Gli incessanti progressi della moderna medicina impongono al professionista una continua attività di aggiornamento, una continua rilettura delle proprie esperienze e del proprio sapere, un continuo mettersi in gioco, ridimensionando la componente di autoreferenzialità, sempre in agguato in ognuno di noi, per costruire e rafforzare la propria capacità di rispondere alle richieste dei nostri pazienti e delle loro famiglie. A questi compiti non sfugge affatto la Neonatologia italiana, che anzi ha dimostrato negli anni di saper leggere e far propri tutti i segnali di progresso scientifico, con risultati in termini di mortalità e di ridimensionamento delle morbidità residue, davvero soddisfacenti.

Tutto ciò, nonostante il dato di fatto che l'insegnamento della Neonatologia avvenga nel nostro Paese nell'ambito delle Scuole di Specializzazione in Pediatria, che ha, da un lato, il pregio di garantire al discente l'irrinunciabile milieu culturale della Pediatria, ma presenta il rischio, che diventa troppo spesso realtà, di una insufficiente attenzione verso gli aspetti specifici della disciplina, con l'inevitabile conseguenza di un apprendimento sul campo, quando il professionista è ormai inserito nel mondo del lavoro.

La SIN ha voluto intercettare questa problematica, creando un suo settore dedicato, denominato "Formazione SIN", sulla spinta delle indicazioni del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina (ECM) di Agenas e del Ministero della Salute, di cui siamo oggi Provider certificati. Questo travagliato ed ambizioso programma è ormai una realtà della nostra Società, per merito di tanti che vi hanno entusiasticamente partecipato e della cooperazione con le strutture di supporto tecnico e di gestione di eventi formativi della Biomedica.

Una circostanza fortunata che ha permesso di coniugare le conoscenze tecnico - scientifiche proprie della SIN con le competenze tecnico - organizzative della Biomedica.

Ricordo i primi passi del programma, che celavano l'ambizione di riuscire a coordinare le conoscenze tecniche e le capacità assistenziali in nostro possesso con la capacità di trasmettere in modo efficace tali conoscenze. Ne scaturì, in collaborazione con l'Università Bocconi, un percorso formativo lungo ed impegnativo, che ha coinvolto 32 Colleghi, indicati dai Gruppi di studio della Società. Percorso formativo lungo e impegnativo (abbiamo realizzato due corsi per un totale di 11 giornate di lavoro) che ha permesso ai partecipanti di apprendere e perfezionare gli aspetti metodologici dell'insegnamento all'adulto e la capacità di definizione degli obiettivi, di gestione del clima d'insegnamento e di valutazione dei risultati. Questa iniziativa fornisce ai nostri Gruppi di Studio la giusta metodologia per la preparazione e pianificazione di corsi specifici, in modo da rendere efficace ed uniforme lo scenario formativo della Società (Lo "Stile SIN", di cui abbiamo talvolta parlato).

Per la realizzazione del progetto il supporto dei nostri Gruppi di Studio è stato fondamentale, con la progettazione, diffusione e realizzazione degli eventi, confermandosi, come non mai, i reali protagonisti della nostra Società.

Il valore intrinseco del progetto, il supporto tecnico, il percorso formativo per alcuni dei nostri soci, il loro entusiasmo, l'entusiasmo dei Gruppi di Studio, la ricchezza e il valore delle conoscenze tecniche e assistenziali dei Neonatologi del nostro Paese, magicamente messi insieme, hanno consentito, al momento, la realizzazione di un listino della SIN per la formazione, di grande valore scientifico e capacità didattica, opportunamente divulgato ai soggetti interessati (medici, neonatologi, primari, direzioni sanitarie, uffici formazione, etc.)

Il programma ha raggiunto nei primi nove mesi del 2012 eccellenti risultati: 19 corsi organizzati, oltre 15 crediti formativi per ogni corso, 570 partecipanti, un ritorno economico per la Società, un ritorno economico per i GdS, con previsioni e richieste per il prossimo futuro davvero eccellenti, a testimonianza del grado di accettazione dell'iniziativa.

In ambito formativo, un altro evento che ritengo pregnante è stato la costituzione di una specifica Task - force della formazione con simulazione ad alta fedeltà. Questo gruppo i cui componenti coprono l'intera area geografica del nostro Paese ha già intensamente lavorato con numerose iniziative, tra le quali va citata, perché fondamentale, la realizzazione nel 2011 di un Corso tenuto da Istruttori della Società europea di simulazione al quale hanno partecipato tutti i Componenti la task - force, oggi perfettamente in grado di diffondere la cultura della simulazione. Non a caso, all'argomento è stata dedicata, anche in questo Congresso, una tavola rotonda che ha le finalità di trovare le modalità migliori per la diffusione e la implementazione della metodica e per una sua definitiva integrazione nel vivere culturale della nostra Società. A nessuno credo sfugga l'importanza di questa iniziativa sul piano dell'acquisizione e conservazione del " saper fare ".

Un'ultima iniziativa sempre nell'ambito della formazione ed aggiornamento è la disponibilità on - line della rivista, The Journal of maternal, fetal and neonatal medicine, cui tutti i nostri Soci posso accedere attraverso il sito della Società. Tutta questa intensa attività ha reso necessaria una modifica di statuto che oggi prevede un articolo, l'articolo 22, espressamente dedicato al programma formativo, in forza del quale è creato un Consiglio scientifico con un Direttore di nomina presidenziale e due componenti, nominati dal Consiglio Direttivo, uno tra i Presidenti regionali ed un altro tra i Segretari dei Gruppi di studio.

#### b. I problemi dell'assistenza: Il progetto "Entra in SIN" per gli infermieri di area neonatologica

Lo diciamo da sempre: l'obiettivo da raggiungere sul piano dell'organizzazione dell'assistenza al neonato nel nostro Paese, si identifica nella copertura territoriale con Centri ostetrico - neonatologici di dimensioni tali da consentire l'erogazione nella stessa sede delle cure più adeguate.

- Questo significa la dismissione di tutti i Centri di piccole dimensioni.
- Questo significa la programmazione dei fabbisogni in Neonatologi
- Questo significa la Difesa strenua del Corso di laurea in Scienze infermieristiche pediatriche
- Questo significa la costruzione con gli Infermieri di area neonatale di un linguaggio ed di un percorso comune, pur nelle proprie specificità.

Un traguardo ancora lontano in Italia, addirittura reso ancora più difficile dalle condizioni socio - economiche del nostro Paese, un traguardo che per altri versi diviene sempre più fondamentale, se non si vuole assistere ad un ridimensionamento dei risultati finora ottenuti.

E' necessario che le Istituzioni nazionali e regionali prendano sempre più coscienza dell'ineluttabilità di interventi di razionalizzazione e di adeguamento e che ne facciano, nonostante la crisi o in virtù della crisi, un argomento prioritario. La società scientifica ha l'obbligo di creare i presupposti perché un tale auspicato intervento garantisca il risultato desiderato di efficacia e sicurezza delle cure.

Per rispondere a queste esigenze, va affrontato il problema delle carenze di personale medico dedicato, dovuto alla insufficiente disponibilità di posti nelle Scuole di Specializzazione in Pediatria, all'assenza di una programmazione di specialisti in base alle reali esigenze dell'assistenza ed alle maggiori attrattive esercitate da altri contesti lavorativi della stessa Pediatria e va completamente valorizzato il ruolo dell'infermieri. Un mondo, quello infermieristico, in forte evoluzione da quando è in essere un corso di laurea in scienze infermieristiche ed un corso di laurea in scienze infermieristiche pediatriche, che è realizzato in alcune delle Università italiane.

Negli altri paesi si è assistito, infatti, ad una evoluzione della figura infermieristica, che ha consentito a questa categoria di assumere ruoli sempre più incisivi nell'assistenza al neonato, un fenomeno che in Italia è stato largamente demandato al volontarismo delle singole Istituzioni.

Nella convinzione che la figura infermieristica sia destinata ad occupare sempre maggiori spazi assistenziali nell'ambito delle cure neonatali è necessario costruire un modello assistenziale innovativo, che integri al meglio le competenze mediche ed infermieristiche.

segue a pag. 4

### Visitiamo insieme

<http://neoreviews.aappublications.org/>

A cura di F. Raimondi

Il sito dove siete invitati mentre leggete questo articolo è importante per chi si occupa di salute del neonato. Molto importante.

Vi trovate ogni mese il numero corrente, l'archivio e le future edizioni di un giornale fatto di revisioni critiche aggiornatissime curate dai massimi esperti delle sottospecialità neonatologiche che sono ormai una realtà. Non solo.

Ogni numero è corredato da casi clinici interattivi usando fotografie, filmati etc.

Diventa in questo modo una delle migliori fonti di educazione medica continua (da dove i neonatologi americani possono trarre buona parte dei loro crediti) a distanza.

Ma non finisce qui.

L'Editor-in-Chief, Alistair G.S. Philip, ha pensato di raccogliere nel sito, insieme al proprio giornale online anche una serie di links imperdibili. Con pochi clicks si accede alla Neonatal-Perinatal Collection, una biblioteca di risorse neonatologiche che appartiene a tutta la serie di pubblicazioni ufficiali dell'American Academy of Pediatrics; sono inclusi Pediatrics, Pediatrics in Review e gli AAP Grand Rounds. Attraverso invece il link della AAP Section on Perinatal Pediatrics ci si interfaccia con il mondo ostetrico e con i genitori rimanendo al corrente anche di eventi congressuali importanti.

E se volessimo riprendere quelle pubblicazioni dove l'AAP esprime una sua posizione ufficiale e che spesso "dettano legge"?

Basta andare all'icona in basso a sinistra "AAP Fetus & Newborn Policies". Sono tutti lì, i documenti in cui l'AAP prende ufficialmente posizione indirizzati al personale sanitario (Clinical reports, technical reports, clinical practice guidelines, ecc) ma anche ai genitori (Parent pages). Sono compresi anche documenti che l'AAP recepisce da altre società scientifiche (un bell'esempio è il trattamento dell'ipotensione del neonato VLBW creato dalla National Association of Neonatal Nurses).

La chicca finale riguarda la storia della Neonatologia. Il giornale dedica ogni mese alla ricostruzione scrupolosa di tutto quello che è il nostro "pane quotidiano". Strumenti, tecniche, procedure che non sono nate così come le abbiamo apprese ma sono il frutto di scoperte, ripensamenti, medicina basate sull'evidenza (si, evidenza) prima che su dati sperimentali. Leggere questi articoli, che si riferiscono spesso non alle guerre puniche ma agli anni della nostra infanzia, è divertente e professionalmente qualificante.

Chi non ricorda i propri errori, infatti, è destinato a ripeterli!

#### SIN INFORMA

Direttore Responsabile: Giuseppe Agosta  
Reg. Tribunale di Milano n. 533 6/09/2007  
Poste Italiane s.p.a.  
Spedizione in Abbonamento  
Postale 70%-DCB Milano  
Stampa: Grafica Briantea srl,  
Via Vimercate 25/27, 20040 Usmate

#### REDAZIONE



Biomedica srl  
Via Libero Temolo 4-20126 Milano  
Telefono 02 45498282  
redazioneinforma@biomedica.net-www.biomedica.net



## Gruppo di Studio Storia della Neonatologia

A cura di L. Cataldi

Attività di aggiornamento e formazione (1) e attività di ricerca condotte finora e di quelle programmate (2).

1) nella giornata il 2 marzo 2012 il GSSN ha realizzato in Roma, presso la Casa Bonus Pastor, un incontro congressuale congiunto con il Gruppo di Studio di Storia della Pediatria della SIP, dal titolo "2° Congresso congiunto di storia della pediatria e della neonatologia", che ha ottenuto l'accreditamento ECM per n 8,3 Crediti.

All'incontro, svoltosi sotto la presidenza onoraria del prof. Giorgio Maggioni, hanno partecipato oltre cinquanta pediatri, e un folto gruppo di neonatologi provenienti da quasi tutte le regioni d'Italia.

L'incontro ha visto tra l'altro la partecipazione del prof. G.B. Cavazzuti, già titolare della Cattedra di Neonatologia dell'Università di Modena, il quale ha presentato il suo lavoro di ricerca storica relativo al prof Riccardo Simonini, e alla nascita della pediatria a Modena.

Il prof Maggioni ha sottolineato l'importanza dell'opera di Simonini per lo sviluppo dell'assistenza pediatrica in Italia ed ha ribadito la necessità di raccogliere le testimonianze di quanti sono ancora in grado di collaborare per la raccolta di dati utili alla realizzazione di una storia della neonatologia e della pediatria in Italia.

Il Congresso si è svolto con quattro tavole Rotonde con 21 relazioni (5 in più rispetto alla edizione precedente) e una sessione "giovani" (con cinque comunicazioni) per un totale di 26 presentazioni.

Visto il successo dello stesso il CD prevede di programmare la terza edizione nel periodo febbraio-marzo 2013.

In occasione del 68° Congresso di Pediatria svoltosi a Roma dal 5 all'8 maggio u.s. i soci del GSSN hanno partecipato all'incontro scientifico presentando relazioni su

argomenti di neonatologia, mentre sono stati presentati oltre 10 poster relativi a temi di storia della neonatologia e della Pediatria.

2) Il Cd del gruppo ha promosso una ricerca atta a definire alcuni aspetti dei primordi della neonatologia in Italia: in questo contesto continua la ricerca riguardante lo sviluppo della nostra disciplina nella prima metà del secolo scorso e della sua evoluzione nelle sue diverse componenti nei decenni seguenti: a Torino, con la scuola di Maria Sandrucci, che classificò tra l'altro le cardiopatie congenite, propose terapie innovative per i neonati prematuri, descrisse negli anni '60 i primi casi di focomelia e realizzò la banca del latte, tra i primi in Italia a Milano, dove Piero Brusa, direttore dell'IPAI di Milano ancora dal 1929, molto attivo nel sociale anche oltre il suo normale ruolo istituzionale e primo a operare in ambito neonatologico, misero a punto con l'ingegner Terzano la prima incubatrice italiana

Ivo Nasso, illuminato precursore, fu tra i primi direttori di Clinica pediatrica a porsi il problema della terapia intensiva Neonatale, per cui inviò due suoi giovani assistenti ad acquisire esperienze dei primi centri pilota per "immaturi" rispettivamente a Oulu da Ylpo (Verga), alla Puericoltura di Parigi da Rossier (Pototschnig).

Il CD del GSSN ricorda ai soci che il 31 agosto è stato fissato il time limit per l'invio di abstract di Storia della Neonatologia al 18° congresso Nazionale della Società Italiana di Neonatologia, che avrà luogo a Roma (Marriott Rome Airport Hotel) dal 3 al 5 ottobre p.v. Ricordiamo ai soci l'importanza della partecipazione al congresso Nazionale di Roma, nel quale si svolgerà tra l'altro, la tornata elettorale per il rinnovo del CD della SIN per il triennio 2012 -2015.

Arrivederci a Roma!

## Gruppo di Studio Endocrinologia Neonatale

A cura di F. Dituri

A Giugno si è svolto a Roma il corso teorico-pratico "Le malformazioni dei Genitali nel Neonato". Il corso organizzato dal GDS di Endocrinologia Neonatale ha visto tuttavia coinvolte per la prima volta varie altre figure professionali oltre quella del Neonatologo: Pediatra endocrinologo, Chirurgo pediatra, Psicologa, Genetista, Endocrinologo degli adulti. Questi specialisti tutti insieme hanno discusso delle strategie per intraprendere i provvedimenti più adeguati in caso di situazioni particolari e mettendo a disposizione la propria esperienza hanno consentito ai discenti di affrontare in maniera idonea il rebus dei genitali anomali.

L'entusiasmo suscitato tra i vari attori partecipanti (docenti e discenti) si deve anche al coinvolgimento interattivo di tutti i presenti ed il successo riscontrato a fine lavori ci stimola ad elaborare e a proporre una nuova edizione del corso già nei prossimi mesi.

Parimenti siamo stimolati ad approfondire gli studi riguardo le "secrezioni" ormonali del feto e del neonato (in particolare se prematuro o di basso peso) ed il Gruppo di Studio di Endocrinologia Neonatale è nato proprio con lo scopo di occuparsi in maniera approfondita della fisiopatologia endocrino-metabolica del periodo perinatale e postnatale tramite ricerche sperimentali che possano contribuire al miglioramento delle conoscenze di questa disciplina e all'elaborazione di idonei protocolli. Così ad es. tra i protocolli in elaborazione vi è quello che riguarda il management da parte del neonatologo del nato con Disturbi dello Sviluppo Sessuale (DSS) facendo riferimento alla nuova classificazione, ai segni clinici di presentazione, agli esami diagnostici ed infine al trattamento sia ospedaliero che domiciliare.

Sono iscritti al Gruppo di Endocrinologia alcuni medici ma l'invito a collaborare è rivolto a Tutti Voi, che quotidianamente avete cura del neonato, poiché crediamo che nuove conoscenze in questa disciplina della Neonatologia possano contribuire al miglioramento dello stato di salute del neonato patologico.

Il Direttivo è composto da: Francesco Dituri (segretario), Angeletti Cristina, Luisa De Sanctis, Rosario Magaldi, Paolo Ghirri e dal Prof. Franco Bagnoli, past President, che in prima persona ha contribuito (e contribuisce assieme ad altri colleghi italiani) con le sue stimolanti ricerche all'acquisizione di nuove scoperte.

Attualmente sono in corso i seguenti studi molti dei quali hanno già condotto ad alcuni importanti risultati:

- "Studio SGA-GEM (studio di gemelli AGA e SGA, con peso discordante alla nascita (> 15%), di età compresa tra 2 e 6 anni. P. Ghirri (Pisa)
- "Neonati con disordini della differenziazione sessuale: scheda per registro europeo e diagnosi genetico-molecolare nei pazienti con cariotipo 46XY" P. Ghirri (Pisa)
- "Analisi del profilo endocrino del neonato ELBW iperglicemico" F. Bagnoli (Siena)
- "Valutazione del metabolismo Ca/P e della massa ossea attraverso ultrasonografia nel neonato pretermine sottoposto a diversi regimi dietoterapeutici" L. de Sanctis (Torino)
- "Studio delle Secrezioni Ormonali del Neonato AGA e SGA dalla 23ª alla 42ª Settimana di Età Gestazionale" F. Bagnoli (Siena)
- "Ultrasonografia ossea nel neonato a termine, pretermine, SGA" F. Bagnoli (Siena)
- "Proposta di studio multicentrico sui valori normali del GLP-2 nei prematuri e sul possibile ruolo ormonale dell'enterocolite necrotizzante" F. Gallo (Brindisi)
- Per quanto riguarda la diagnosi precoce nel neonato con genitali ambigui al Congresso SIN di Sorrento Paolo Ghirri ha presentato un dosaggio in cromatografia liquida associata alla tandem mass che permette di dosare contemporaneamente 12 steroidi su un singolo campione. Nei primi mesi del prossimo anno il dosaggio sarà disponibile e consentirà una diagnosi più accurata fin dai primi giorni di vita. P. Ghirri (Pisa)
- Un'altra linea di ricerca proposta è quella di valutare i rapporti tra livelli di TSH, carenza iodica e outcome neurologico nel neonato pretermine ELBW e VLBW e per patologia. S. Picone (Roma)
- "Studio degli ormoni sessuali di origine placentare, gonadica e surrenale: il loro ruolo nel determinare lo sviluppo sessuale normale o patologico nel neonato prematuro e nel dismaturato". F. Dituri (Roma)
- Il dosaggio dei livelli di vitamina D alla nascita è il migliore stratagemma per ottimizzare e personalizzare la profilassi e la terapia del rachitismo nel nato prematuro.

A tal riguardo il prof F Bagnoli di Siena ha già studiato circa 200 neonati di età gestazionale compresa fra 25 e 40 settimane: dai dati risulterebbe che il dosaggio di vitamina D, effettuato alla nascita, sia determinante nel decidere quale sia la quantità ottimale di Vit D da somministrare al pretermine.

N) Il Rapporto fra ormoni tiroidei e necessità di ventilazione assistita. Valutazione dell'opportunità di somministrazione di ormoni tiroidei fin dai primi giorni di vita nei nati < a 27 settimane.

Il prof F Bagnoli ha dei risultati preliminari riguardo questa sua ricerca condotta su neonati estremamente prematuri: in letteratura è ben conosciuta l'associazione tra bassi livelli di T4 sia con la morbidità che con la mortalità nei prematuri e questo studio sembra dimostrare la necessità di supplementazione con ormoni tiroidei in quei soggetti che sono sottoposti a ventilazione assistita.

Sono stati conclusi i seguenti protocolli:

- "Sensibilità all'insulina nel neonato SGA e nel neonato pretermine" (P. Ghirri et al.)
- "Ipertiroidismo nel neonato pretermine" (P. Ghirri et al.)
- "Cortisolo e ACTH nel nato AGA e SGA di peso inferiore a 1500 grammi" (F. Bagnoli et al.)

Sono stati pubblicati i seguenti lavori:

- Ciani O, Piccini L, Parini S, Rullo A, Bagnoli F, Marti P, Andreoni G. Pervasive technology in Neonatal Intensive Care Unit: a prototype for newborns nonobtrusive monitoring. Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc. 2008;2008:1292-5
- "Livelli plasmatici di insulina e glucagone in neonati pretermine di peso molto basso appropriato per l'età gestazionale" (Minerva Pediatrica 2009).
- "Utilizzo della ultrasonografia quantitativa nella valutazione dello stato minerale osseo del neonato pretermine" (Minerva Pediatrica 2009).
- "Sopravvivenza ed outcome dei nati di età gestazionale 23-25 settimane. Periodo 2002-2007" (Minerva Pediatrica 2009)
- "Influenza del trattamento prolungato con Octreotide sulla secrezione di GH, IGF 1, insulina, ACTH, cortisolo, T3, T4 e TSH in un caso di chilotorace congenito". (Minerva Pediatrica)
- Bagnoli F, Casucci M "Osteopenia del pretermine: ruolo della vitamina D".

I dati delle ricerche effettuate dal Gruppo di Studio sono stati oggetto di relazione da parte del Prof. Franco Bagnoli ai seguenti congressi:

- XIV Workshop in Endocrinologia e Metabolismo dell'età evolutiva, Milano 2009. "Livelli plasmatici di cortisolo in epoca neonatale".
- XV Congresso Nazionale SIN, Bologna 2009. " Profilo endocrino del neonato AGA e SGA".
- Congresso Regionale SIN Toscana 2008. "Metabolismo calcio-fosforo: fisiologia e patologia"
- Congresso Endocrinologia Neonatale "Il neonato SGA" Siena Novembre 2009. "Profilo endocrinologico del neonato SGA wellbeing e non-wellbeing."
- Congresso Sin Toscana 2009: "la vit D nel neonato a termine"
- Congresso internazionale Sirti, Siena 2010: "Secrezioni endocrine del neonato in corso di sepsi"
- XIV Congresso Nazionale SIMP: "Il neonato: Vitamina D una vecchia novità"
- 17° Congresso Società Italiana Neonatologia Sorrento 11-14 ottobre 2011 "La Vitamina D come farmaco"

Il gruppo ha partecipato con i seguenti abstract al Congresso SIP, Ottobre 2008:

- "Incidenza delle malformazioni urogenitali nel neonato SGA"
- "Trattamento con Octreotide in un caso di Chilotorace congenito".
- "Livelli sierici di insulina e glucagone nel neonato AGA a termine e pretermine".
- "Follow-up della mineralizzazione ossea nel pretermine con metodo ultrasonografico".
- "Confronto tra livelli plasmatici di cortisolo nella prima settimana di vita tra neonati SGA e neonati AGA, di peso compreso tra 500 e 1500 gr".
- "Livelli plasmatici di cortisolo nella prima settimana di vita nel neonato IUGR non patologico, di peso compreso tra 500 e 1500 gr".
- "PTHrP, Cortisolo e adattamento neonatale".
- "Secrezione di insulina e glucagone nel neonato pretermine SGA di peso inferiore a 1500 gr".
- "Sopravvivenza dei neonati ricoverati in TIN presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese negli anni 2002-2007".
- "Valutazione della mineralizzazione ossea tramite ultrasonografia nel pretermine".

Con i seguenti al Congresso SIN, Bologna 2009:

- "Funzionalità tiroidea nel neonato SGA"
- "Valutazione della funzionalità surrenalica alla nascita: quali sono i valori plasmatici di riferimento alle diverse età gestazionali?"
- "Rapporto tra iperglicemia, ipernatriemia ed IVH nel neonato di peso molto basso. Analisi della casistica TIN di Siena, gennaio 2006-luglio 2008."
- "Dati ultrasonografici dello stato minerale osseo del neonato pretermine e a termine dalla nascita ai primi quattro mesi di vita".

Al Congresso SIN di Bari 2010 e SIN di Sorrento 2011 con molteplici lavori: tra questi è stato accettato come comunicazione orale: "Utilità dell'NT-ProBNP nella valutazione e nella eventuale terapia del PDA in soggetti < 1000gr." ha vinto ex aequo il premio SIN per la migliore comunicazione presentata per la Sessione "I giovani e la ricerca".

Libri pubblicati: "Endocrinologia Neonatale. Il Neonato SGA" mentre è in corso di pubblicazione su Current Opinion una bella review riguardo il Bambino con micropene e sempre a cura del Prof. Franco Bagnoli.

## Gruppo di Studio Ematologia Neonatale

A cura di M. Motta

**Studio NeoPFC: risultati preliminari.**

Obiettivo: studio multicentrico prospettico osservazionale al fine di valutare l'utilizzo del plasma fresco congelato (PFC) in terapia intensiva neonatale (TIN).

Metodologia: 17 TIN hanno partecipato allo studio.\* Da Febbraio 2011 a Gennaio 2012, tutti i neonati che hanno ricevuto trasfusione di PFC sono stati inclusi nello studio, previo consenso informato dei genitori. Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico degli Spedali-Civili di Brescia (centro coordinatore). I principali dati raccolti hanno incluso: caratteristiche dei neonati, indicazioni alla trasfusione, test di coagulazione (INR, PTT, fibrinogeno), episodi di sanguinamento e mortalità.

Risultati preliminari: durante i periodi di studio sono stati osservati 3506 neonati, 290 (8.2%) dei quali hanno ricevuto trasfusioni di PFC, con un numero cumulativo di 609 eventi trasfusionali. L'età gestazionale media e il peso alla nascita dei neonati trasfusi sono risultati di 31 settimane (26-37, 25th-75th IQ) e 1675 g (750-2650, 25th-75th IQ), rispettivamente. Il 40% delle trasfusioni di PFC sono state somministrate per indicazioni supportate da prove di efficacia clinica, al contrario il 60% delle trasfusioni sono state somministrate per indicazioni non supportate da prove di efficacia clinica. Le principali cause di trasfusione multipla sono risultate la coagulopatia intravasale disseminata e l'insufficienza epatica con un numero medio di trasfusioni per neonato di 7.3 e 4.2, rispettivamente. I neonati che hanno ricevuto una o più trasfusioni di PFC hanno evidenziato un tasso di mortalità significativamente maggiore rispetto ai neonati non trasfusi (25.5 vs. 3.4 %, rispettivamente; p < 0.001) con un rischio di mortalità maggiore di 6.3 volte (IC 95%: 4.9-7.8).

Conclusioni: nella popolazione studiata la trasfusione di PFC è risultata un evento relativamente frequente associato a un tasso di mortalità maggiore rispetto alla popolazione di neonate non trasfusi. Le indicazioni utilizzate sono risultate nel 60% dei casi non supportate da prove di efficacia clinica. L'analisi completa dei dati prevede di verificare la possibile associazione fra episodi di sanguinamento e fattori di rischio neonatali quali prematurità, basso peso alla nascita e coagulopatia.

\*TIN che hanno partecipato allo studio NeoPFC: A.O. Spedali-Civili Brescia; A.O.U. "Federico II", Napoli; Policlinico Umberto I, Roma; A.O. Istituti Ospitalieri di Cremona; IRCCS, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano; ICP, Ospedale dei Bambini Buzzi, Milano; IRCCS, Policlinico San Matteo, Pavia; Ospedale Infantile Regina Margherita Sant'Anna, Torino; A.O.U. Ospedali Riuniti di Foggia; A.O.U. di Cagliari; Ospedale Santa Chiara di Trento; A.O. di Perugia; A.O. G Rummo, Benevento; A.O.U. Policlinico di Modena; A.O. Policlinico S.Orsola-Malpighi, Bologna; Ospedale Di Venere, ASL Bari; A.O. G.Panico, Tricase, Lecce.

## L'ufficio stampa della Società Italiana di Neonatologia

A cura di P. Tagliabue

La creazione di un Ufficio Stampa (US) è stata fin dalle prime riunioni dell'attuale consiglio direttivo un argomento prioritario. Dopo opportune verifiche la scelta di chi poteva fornirci tale servizio è caduta sulla Società NPR di Napoli e dal mese di Maggio 2012 la NPR collabora attivamente con noi. L'US ha principalmente il compito di rendere sempre più visibile, attraverso i media, il parere della SIN su argomenti specifici, con l'obiettivo primario di accreditare il pensiero della nostra società come parere prioritario per tutti gli organi di stampa e le radio-televisioni per gli argomenti di competenza. In questi primi mesi l'US si è attivato partecipando attraverso comunicati stampa ed interviste al Presidente della SIN alla discussione tenutasi su importanti argomenti quali l'abbandono di neonati immediatamente dopo la nascita (a seguito del ritrovamento di

un neonato nella "culla degli esposti" di Milano) e sul risk management (in occasione dell'episodi di Roma inerente un errore infusione).

Dopo un iniziale periodo di rodaggio non privo di difficoltà, nel mese di Luglio sono stati meglio definiti i compiti e le modalità di attivazione del servizio:

- E' stata creata una commissione interna alla SIN, attualmente formata, oltre che dal Presidente, da Franco Messina e Paolo Tagliabue, che si occupa di filtrare le notizie.
- L'US quotidianamente invia una rassegna stampa ai componenti la commissione
- La commissione analizza gli articoli di interesse specifico comparse sui media e su argomenti di interesse generale esprime, previa approvazione del Presidente, un parere ufficiale della Società.

segue a pag. 4



## La “care” italiana su Pediatrics

A cura di Guido Calciolari

L'articolo pubblicato su Pediatrics lo scorso aprile (Level of NICU Quality of Developmental Care and Neurobehavioral Performance in Very Preterm Infants)\* segna un momento particolarmente significativo nella storia delle cure a sostegno dello sviluppo, comunemente riassunte nel termine “developmental care” o, ancora più semplicemente, “care”.

L'articolo riporta i risultati di una ricca ricerca scientifica, nota con l'acronimo NEO-ACQUA (Neonatal Adequate Care for quality of Life) i cui presupposti sono ormai conosciuti da un vasto numero di operatori in neonatologia e che a distanza di cinque anni dal suo avvio è in grado di presentare i primi frutti. La pubblicazione su una rivista di prestigio come Pediatrics non fa altro che sottolineare il rigore con cui lo studio è stato impostato, la serietà con cui è stato svolto sia a livello di coordinamento centrale che a livello dei 25 centri, sparsi in tutta Italia, dove i dati sono stati effettivamente raccolti. E' ovvio che è il “fascino” dei risultati fa la parte del leone e sono proprio questi che meritano un commento. In effetti si tratta della prima ricerca italiana che ha messo scientificamente a fuoco il rapporto fra una serie di pratiche assistenziali non strettamente di tipo medico-finalizzate a favorire il benessere globale del neonato, riducendo nel contempo stress e dolore e la maturazione neuro-comportamentale a breve in una popolazione neonatale fortemente a rischio.

Risulta che diverse TIN italiane facciano riferimento a pratiche “care” ma nella realtà si registra una grande disomogeneità fra centro e centro: concetti come “holding and handling”, protezione del sonno, protezione dal dolore, organizzazione dell'ambiente fisico, partecipazione e ruolo della famiglia sono applicati in modo estremamente variabile e spesso frammentario nelle varie unità di cure intensive.

NEO-ACQUA, nello studio coordinato da Montiroso ha dato una prima, importante risposta: esiste un rapporto fra il “livello di care” e le performances neuro-comportamentali, indicatori della maturazione del SNC, nel neonato fortemente pretermine.

Nascere prima della 29<sup>a</sup> settimana di gestazione, pesare meno di 1500g, se non si hanno complicanze clinicamente rilevanti, significa avere una qualità di sviluppo diversa a secondo dell'organizzazione assistenziale, nel suo insieme. Neonati ricoverati in TIN con alto livello di cure centrate sul bambino hanno un comportamento più stabile, presentano alti livelli di attenzione, bassi livelli di stress: indici questi di una migliore maturazione delle funzioni superiori del SNC e, in particolare, dell'organizzazione corticale. Analogo il rapporto diretto fra alti livelli di protezione dal dolore durante il ricovero in TIN maggiore attenzione e minore stress.

NEO-ACQUA non esaurisce qui il suo compito: la ricerca continua e l'obiettivo di dimostrare il ruolo protettivo delle strategie assistenziali a sostegno dello sviluppo, nella prospettiva evolutiva a lungo termine (i periodici controlli sono programmati

fino al 7° anno di età) rimane il più rilevante. Per ora alcune analisi preliminari relative ai 18 mesi di età-come afferma Montiroso dell'Istituto Medea di Bosisio Parini- dicono che i bambini che provengono da TIN con più bassi livelli di “care” presentano maggiori difficoltà nello sviluppo emotivo-comportamentale.

La “care” italiana aveva bisogno di un sostegno scientifico di questo tipo e ne avevano bisogno gli operatori che si riconoscono nel nostro gruppo di studio e anche quelli che, pur sostenendo il significato di una modalità “diversa” di cure, non condividono pienamente il nostro percorso.

Il Comitato Scientifico dello studio NEO-ACQUA è costituito da Roberto Bellù, Renato Borgatti, Guido Calciolari, Maria Caterina Cavallo, Alberto Del Prete, Rosario Montiroso, Rinaldo Zanini. Il centro MediData Studi e Ricerche di Modena ha fornito il supporto organizzativo, tecnico, scientifico per la conduzione della ricerca.

Lo studio NEO-ACQUA, che ha ottenuto il patrocinio della S.I.N. (Società Italiana di Neonatologia), è stato realizzato grazie al supporto di Chiesi Farmaceutici.

### \*LEVEL OF NICU QUALITY OF DEVELOPMENTAL CARE AND NEUROBEHAVIORAL PERFORMANCE IN VERY PRETERM INFANTS

Rosario Montiroso<sup>1,4</sup>, Alberto Del Prete<sup>2</sup>, Roberto Bellù<sup>2</sup>, Ed Tronick<sup>3</sup>, Renato Borgatti<sup>4</sup> and Neonatal Adequate Care for Quality of Life (Neo-Acqua) Study Group<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Centro 0-3 per lo studio dello sviluppo socio-emozionale del bambino piccolo in condizioni di rischio evolutivo, Istituto Scientifico “E. Medea”, Bosisio Parini, Lecco, Italia

<sup>2</sup>Struttura Complessa di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, Ospedale Manzoni, Lecco, Italia

<sup>3</sup>Child Development Unit, University of Massachusetts Boston, Boston, Massachusetts, USA

<sup>4</sup>Dipartimento di neurologia e psichiatria del bambino e dell'Adolescente, Istituto Scientifico “E. Medea”, Bosisio Parini, Lecco, Italia.

<sup>5</sup>Il gruppo di studio NEO-ACQUA è costituito da:

F. Mosca, O. Picciolini, Neonatologia, Mangiagalli, Milano; S. Visentin, N. Battajon, Patologia Neonatale Osp. Ca' Foncello, Treviso; M. L. Di Nunzio, F. Ramacciato, U.O. Neonatale, Osp. Cardarelli, Campobasso; L. Barberis, E. Mastretta, Neonatologia, OIRM Sant'Anna, Torino; R. Zanini, S.C. di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, Ospedale Manzoni, Lecco; G. Carli, M. Alfiero Bordigato, Patologia Neonatale, Ospedale P. Cosma, Camposampiero; V. Chiandotto, C. Boiti, SOC Ospedale S. Maria della Misericordia, Udine; R. Litta, G. Minelli, Patologia TIN, Azienda Ospedaliera, Ferrara; P. Tagliabue, Neonatologia TIN, Ospedale San Gerardo, Monza; G. Motta, S.C. Neonatologia e TIN, Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano; L. Quartulli, Neonatologia, Ospedale degli Infermi, Rimini; P. Mussini, U.O. Patologia Neonatale, Ospedale C. Poma, Mantova; R. Grigorio, Neonatologia TIN, Ospedale Umberto I, Siracusa; P. Introvini, Patologia Neonatale, Ospedale Vittore Buzzi, Milano; G. Pomeroy, TIN, Ospedale Santa Croce e Carle, Cuneo; C. Poggiani, Patologia Neonatale e TIN, Istituti Ospitalieri, Cremona; A. Bauchiero, Cattedra di Neonatologia, ASO OIRM Sant'Anna, Torino.

## Gruppo di Studio Genetica Clinica

A cura di Luisa De Sanctis

Il GdS di Genetica Clinica attualmente sta portato avanti 3 iniziative:

**1. Collaborazione scientifica e assistenziale con la Società Italiana Malattie Genetiche Pediatriche e Disabilità Congenite (SIMGePeD).** La SIMGePeD, Società scientifica affiliata alla SIP fondata nel 2006, si propone come punto di riferimento per tutti gli specialisti che quotidianamente sono coinvolti nell'assistenza dei bambini che, colpiti da una malattia rare, sviluppano una forma di disabilità grave. Uno degli obiettivi della Società è quello di promuovere la realizzazione di reti operative tra i diversi professionisti e tra le diverse associazioni di familiari che si occupano di Malattie Genetiche Pediatriche e Disabilità Congenite. Il GdS di Genetica Clinica della SIN ha promosso una fattiva collaborazione scientifica, didattica, organizzativa e assistenziale con la SIMGePeD, dimostrata anche dal fatto che due soci del nostro GdS sono rispettivamente Vicepresidente (Dr. Luigi Memo) e Consigliere Nazionale (Dr. Mario Giuffrè) della SIMGePeD. Recentemente, per portare avanti con forza la tematica delle malattie rare e delle malattie croniche ad alta complessità assistenziale e per proporre un nuovo modello assistenziale che si riveli in grado di rispondere alle esigenze di tutela della salute di bambini con bisogni speciali e delle loro famiglie, è stata costituita una Commissione Congiunta SIP/SIMGePeD per le Malattie Rare. Ben 3 su 9 componenti di questa commissione (il Prof. G. Corsello -Presidente della Commissione-, il Prof. Guido Cocchi ed il Dr. Luigi Memo) sono anche soci del GdS di Genetica Clinica della SIN. Tale Commissione ha già elaborato una proposta di un piano di rimodulazione dell'assistenza pediatrica integrata tra ospedale e territorio ai bambini con malattie rare ad alta complessità assistenziale, approvato dai Consigli Direttivi della rispettive Società.

**2. Censimento dei Centri Italiani che si occupano della diagnosi e del follow-up dei disordini alcol-relati (sindrome FASD).** Dal momento che è noto che l'alcol è un potente teratogeno e l'assunzione di alcol anche in Italia sta diventando un problema per le donne in età fertile, il GdS di Genetica Clinica della SIN sta collaborando fattivamente con l'ISS (Istituto Superiore di Sanità), con la SIMGePeD (Società Italiana Malattie Genetiche Pediatriche e Disabilità) e con la SIFASD (Società Italiana per la Sindrome fetto-alcolica) per evidenziare quali siano i Centri nascita italiani in grado di eseguire la diagnosi di FAS e quali le Strutture Regionali o Italiane di seguirne il follow-up.

I neonatologi sono le figure professionali in prima linea nell'identificazione di questa problematica, grazie al fatto che hanno da una parte la possibilità di ottenere notizie mirate sull'uso di alcool in gravidanza e dall'altra, essendo i primi a valutare clinicamente il neonato, di rilevare i segni clinici della sindrome. Al fine di individuare i Centri che eseguono già o intendono farsi carico della diagnosi e del follow up di questi neonati, è stata predisposta una scheda di raccolta dati, che verrà a breve inviata attraverso Biomedica, da compilare e inviare via e-mail all'Istituto Superiore di Sanità. I risultati di tale indagine saranno presentati in occasione del 1° Congresso Nazionale della SIFASD che si terrà a Roma il 19-20 Novembre 2012.

**3. Implementazione dell'audit clinico e della pratica assistenziale della natimortalità.** Per migliorare la gestione delle problematiche del periodo pre-parto (monitoraggio materno, controllo del dolore e analgesia), del parto (visita del neonato, eventuali prelievi o indagini strumentali) e del post-parto (risultati anatomopatologici, comunicazione degli esiti, supporto psicologico alla coppia) di questo drammatico evento e affrontarlo in modo coordinato e condiviso, il GdS Genetica Clinica SIN, in particolare la Dr. Alessandra Vancini e il Prof. Guido Cocchi, all'interno di un percorso intrapreso dalla Regione Emilia Romagna (Dr. Baronciani), sono inseriti in un programma di formazione delle diverse figure professionali coinvolte (ginecologi, anatomopatologi, psicologi, neonatologi).

## Gruppo di Studio Qualità delle Cure

A cura di L. Gagliardi

Nel corso del 2012, le attività del gruppo di studio della “Qualità delle cure” (QCN) si sono sviluppate secondo le linee fissate al congresso di Sorrento del 2011. In particolare, due sono state le principali iniziative del gruppo. La prima è stata il prosieguo della operatività del Network Neonatale Italiano (NNI), che ha coinvolto nel 2011 ben 93 UTIN Italiane, coprendo circa il 90% dei neonati altamente pretermine italiani. Nel corso del congresso di Roma una sessione verterà sui network neonatali (Simposio: I NETWORK: STRUMENTO DI CRESCITA DELLA NEONATOLOGIA), con interventi oltre che del NNI, anche del network svizzero e inglese.

La seconda iniziativa è stata l'organizzazione di un corso residenziale avanzato di approfondimento di temi epidemiologici basato sull'uso concreto dei dati raccolti all'interno del NNI (“Dalla pratica alla teoria”), tenutosi a Lido di Camaiore in aprile, con la partecipazione (a numero chiuso) di 25 neonatologi ed epidemiologi provenienti da tutta Italia. Nel corso ci eravamo riproposti di identificare un quesito clinico/scientifico cui dare risposta tramite l'analisi di dati, affrontando in questo percorso una corretta impostazione epidemiologica, uscendo dal corso avendo scritto la parte di “materiali e metodi” e “risultati” di un lavoro.

Questo è realmente avvenuto, e l'abstract scritto dai discenti (V Vendettuoli et al: Changes in ventilatory practices and outcomes in the Italian Neonatal Network between 2006 and 2010) è stato accettato per la presentazione al congresso dell'ESPR che si terrà a Istanbul ad ottobre.

Uno dei criteri che ha sempre contraddistinto il QCN è l'uso dell'analisi dei dati come motore del miglioramento. Come preconizzato dopo il congresso di Sorrento, “il database dell'NNI è dunque ormai pronto per un utilizzo concreto a fini scientifici e di miglioramento della qualità da parte di tutti i membri”. Oltre al lavoro citato, anche un'altra ricerca, sull'uso e gli effetti della ventilazione ad alta frequenza (il cui “principal investigator” è Paolo Tagliabue) è in fase di completamento.

Inoltre, una survey dal titolo “Survey of neonatal respiratory support use in very preterm infants in Italy”, basato sui dati del NNI, è in corso di pubblicazione su Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine.

Nel corso del congresso verranno presentati i risultati dello studio “Sonar Nurse”, volto a studiare i rapporti tra staffing infermieristico/medico, ed esiti neonatali. Questo studio osservazionale policentrico ha coinvolto 63 Unità di terapia intensiva neonatale italiane, e i risultati verranno presentati anche al congresso del Vermont-Oxford che si terrà a Chicago ad ottobre.

Nel corso dell'assemblea del gruppo verranno presentate sia le ricerche in corso da parte di membri del gruppo, sia le proposte di studi collaborativi che si stanno formando.

Vi aspettiamo numerosi a Roma!

## Assistenza al neonato con encefalopatia ipossico-ischemica mediante ipotermia: ruolo del Trasporto Neonatale d'Emergenza

A cura di L. Falco, M. Panico, I. Bernardo, G. Ausanio

Una rete assistenziale per l'ipotermia presuppone, come sempre, un'organizzazione tipo “hub and spoke”, all'interno della quale assume un ruolo determinante il trasferimento del piccolo paziente dalla struttura spoke (centro nascita) a quella hub (TIN provvista di tecnologia per l'ipotermia). Nella regione Campania il problema maggiore nell'organizzazione di tale rete deriva sicuramente dal numero realmente elevato dei punti nascita (al momento se ne contano circa 80), spesso anche lontani dalla struttura Hub, considerata l'estensione geografica della Campania. Questa strutturazione ed organizzazione territoriale fa sì che il ricorso al Trasporto Neonatale d'Emergenza sia numericamente importante (oltre 6.000 trasferimenti effettuati negli ultimi 10 anni dal servizio della A.O.R.N. Caserta). Le linee guida italiane per l'ipotermia (maggio 2009), se da una parte ricalcano perfettamente quelle europee per quanto concerne i criteri di eleggibilità al trattamento, dall'altra sono poco esaustive per la parte che riguarda specificamente il ruolo del trasporto e le modalità di trasferimento del neonato asfittico reclutato per il trattamento ipotermico. In poche righe, si raccomanda, solo, di mantenere durante il trasporto una temperatura rettale di 35 °C valutandola ogni 15 min. Le problematiche che nella pratica quotidiana, il medico del trasporto si trova invece ad affrontare e che potrebbero anche avere una valenza medico legale, vengono in questa prima stesura soltanto accennate.

Analizzando i possibili scenari che possono presentarsi al neonatologo del Trasporto Neonatale, secondo quella che è l'esperienza della AORN Caserta, i problemi principali possono ricondursi a:

- 1) riconoscimento dei criteri di eleggibilità e possibile conflittualità con il neonatologo del centro nascita
- 2) tempistica
- 3) acquisizione di un consenso informato preventivo firmato dai genitori del piccolo paziente.

Per quanto riguarda il riconoscimento dei criteri, non sempre disponiamo di valutazioni oggettive, quali l'emogasanalisi ed il tracciato CFM che purtroppo sono qualche volta non disponibili presso i centri nascita. Può capitare di dover giudicare, invece, in base a valutazioni soggettive, quali il punteggio di APGAR o il Sarnat score, che potrebbero trovare, nella pratica quotidiana, interpretazioni diverse nel medico del centro nascita e nel medico del trasporto neonatale, generando, appunto, una conflittualità diagnostica.

Potremmo quindi avere:

- a) una richiesta di trattamento ipotermico per un neonato che secondo il neonatologo del Trasporto Neonatale non rispetta tutti i criteri di inclusione per il trattamento ipotermico, ma che ha già avviato presso il centro nascita l'ipotermia passiva;
- b) una richiesta di trattamento ipotermico per un neonato che pur rispettando tutti i criteri di inclusione per il trattamento ipotermico, non ha ancora avviato presso il centro nascita l'ipotermia passiva;
- c) una richiesta d'intervento per problematiche respiratorie in un neonato

che poi si rivela eleggibile al trattamento ipotermico;

- d) casi dubbi in cui il quadro clinico è sfumato e non chiaramente classificabile in uno degli stadi di Sarnat e che richiede necessariamente un approfondimento con EAB e/ CFM da praticarsi direttamente presso il centro per l'ipotermia.

Secondo il Protocollo d'intesa con la Regione Campania, il medico in forza al Trasporto Neonatale prende in carico il neonato al momento dell'arrivo presso il centro nascita e ne assume la piena responsabilità; da Neonatologo del Trasporto Neonatale vorremmo suggerire, quindi, di:

- a) dotare TUTTI i Servizi di Trasporto Neonatale di un emogasanalizzatore portatile che permetta attraverso la valutazione precoce dell'EGA di dirimere casi dubbi;
- b) istituire i centri nascita sulle modalità del prelievo da arteria ombelicale e sulla conservazione del campione fino all'arrivo dell'ambulanza del Trasporto Neonatale.

Per quanto riguarda la tempistica, è necessario formare gli operatori dei suddetti centri sulla necessità di valutare tempestivamente l'eleggibilità di un neonato e di allertare subito il Trasporto Neonatale.

E' importante, poi, sensibilizzare i centri nascita ad attrezzarsi per effettuare il trasferimento autonomamente, con mezzi propri, qualora i tempi di attivazione dello STEN fossero troppo lunghi, così come peraltro già previsto dal citato Protocollo d'intesa. Questa possibilità diventa chiaramente fondamentale per il neonato asfittico che deve iniziare il trattamento ipotermico entro le sei ore dalla nascita.

Per quanto riguarda, infine, il consenso informato ricordiamo che già il trasferimento del neonato in sé è assimilabile ad un trattamento medico per cui necessita di consenso da parte dei genitori.

A maggior ragione è richiesto un consenso informato per il trattamento ipotermico.

Andrebbe, quindi, comunque richiesto il consenso informato per un eventuale trattamento ipotermico di fronte ad un caso dubbio. E come deve comportarsi allora il neonatologo del trasporto neonatale in caso di richieste di intervento per trattamento ipotermico senza che sia stato preventivamente ottenuto il consenso informato, per mancata richiesta da parte del centro nascita o per l'impossibilità d'interpellare i genitori? E' legittimo in questo caso iniziare l'ipotermia passiva durante il trasferimento?

Il nostro atteggiamento è quello di iniziare comunque il trattamento passivo in attesa di ricevere il consenso informato, ma anche questo punto andrebbe codificato.

Alla luce di quanto esposto, riteniamo quindi che sia necessaria una revisione ed una implementazione delle linee guida italiane sul ruolo del Trasporto Neonatale impegnato nel trasferimento del neonato candidato al trattamento ipotermico, in maniera tale che al Neonatologo del Trasporto, che prende una decisione o fa una scelta sulla base degli elementi su esposti, siano forniti criteri chiari, univoci e codificati, quindi non arbitrari e contestabili anche da un punto di vista medico-legale.



## Congresso 2012: E' tempo di bilanci!

continua da pag. 1

Abbiamo pertanto ritenuto basilare avviare nell'interno della nostra Società, che ne diventa contenitore e garante, un processo di interazione tra la componente medica e quella infermieristica, capace di influenzare le scelte di assistenza e giungere ad un modello di cura basato sulla comunicazione e sulla interdipendenza della decisione. E' questo il motivo ed il significato della modifica di statuto che ha sancito l'ingresso degli Infermieri come soci ordinari creando l'area infermieristica e regolamentandone il ruolo agli art. 4, 7, 8 e 9. Nel Congresso di Roma i soci infermieri sono chiamati ad eleggere un proprio rappresentante nel Consiglio direttivo, un evento di apertura e rinnovamento, foriero, nei nostri auspici, di ulteriori miglioramenti nel vivere quotidiano della nostra professione.

### c. I rapporti con le Istituzioni: L'esperienza del manuale degli standard di valutazione dei Punti nascita

E' da sempre che la nostra Società cerca un ruolo sempre più pregnante nei rapporti con le Istituzioni nazionali e regionali, ma pur ottenendo sempre ampi formali consensi per le sue iniziative e per le sue proposte, esse difficilmente sono state inserite in una cornice istituzionale ed organizzativa definita.

Per tentare di superare queste difficoltà, abbiamo in questi anni pensato di modificare l'approccio, e l'esempio pratico è rappresentato dalla iniziativa di elaborazione degli Standard per la valutazione dei Centri Nascita, che prova a rispondere alle esigenze di qualità e sicurezza.

Come Società capofila del progetto, insieme alla SIMM (Società italiana Medici Manager) ed alla SIGO (Società italiana di Ginecologia ed Ostetricia), creammo un gruppo di studio che ha coinvolto la SIP (Società italiana di Pediatria), la SIMP (Società Italiana di Medicina Perinatale), l'AOGOI (Associazione Ostetrici e ginecologi Ospedalieri), l'AGITE (Associazione ginecologi territoriali), CIAO (Club Italiano Anestesisti Ostetrici), l'Osservatorio Nazionale della Salute delle Regioni Italiane, l'IPASVI / Federazione Nazionale Collegio Infermieri), la FNCO (Federazione Nazionale Collegi Ostetriche), O.N.D.A. (Osservatorio nazionale salute della donna), VIVERE Onlus (Associazione di Coordinamento Nazionale Associazioni per la Neonatologia) e Cittadinanzattiva.

Questo gruppo di lavoro ha ormai completato la fase di individuazione degli standard condivisi dai professionisti e della predisposizione del manuale di certificazione con la esplicitazione degli standard, degli elementi misurabili e delle modalità di valutazione. Ciò permette alle Società coinvolte di iniziare la seconda fase che consiste nella presentazione del manuale in sede di Congressi scientifici (Ne parleremo anche a Roma) e, in modo ufficiale, presso il Senato della Repubblica il 5 Dicembre 2012.

E', inoltre, in avanzata fase di progettazione, un Incontro, previsto nel mese di Gennaio 2013, di tutti gli operatori coinvolti nel progetto, al fine di sancire l'accettazione ufficiale del manuale ed il passaggio alla seconda fase di formazione di Certificatori scelti dalle Società scientifiche, che assumeranno l'onere di certificare ufficialmente tutte le strutture che ne faranno richiesta.

E' questo il biglietto da visita che abbiamo proposto alle Istituzioni, per lavorare insieme, quale primo esempio di una collaborazione continua e reale. L'iniziativa ha risvegliato l'attenzione di Agenas, che si è fatta carico di finanziarlo e del Ministero della Salute, ai fini di utilizzare l'iniziativa per il riconoscimento dei Punti nascita nel nostro Paese.

### c. La comunicazione

Era senza dubbio una delle nostre lacune, la indisponibilità di un Ufficio stampa ! Fortunatamente siamo riusciti a risolvere il problema affidandoci ad una Società di comunicazione, la N.P.R., che da Marzo 2012 collabora attivamente con noi. Ne parliamo nei dettagli in uno specifico articolo in questo stesso numero, ma desidero in questa sede informarvi della creazione, di una PressArea, integrata nel sito web della nostra Società, ovviamente accessibile a tutti i Soci. Questa area prevede sezioni dedicate ai comunicati stampa della SIN, alle news ed alla rassegna stampa, quale ulteriore mezzo di interlocuzione con i Soci, con i media ed in definitiva con la Società civile.

Non posso alla fine di questa disanima non accennare ai problemi della ricerca, uno dei temi più dibattuti nel mondo medico - scientifico, con interrogativi non risolti sulla direzione che dovrà prendere la ricerca per i pazienti del primo segmento di vita dell'essere umano.

Il ruolo della Società scientifica in questo contesto, è stato fondamentalmente di proposizione di aree di interesse per la ricerca neonatologica e di sostegno di ogni iniziativa di ricerca che i nostri Gruppi di Studio hanno deciso di intraprendere.

Nell'ambito delle iniziative di proposizione, rientrano i contatti con le Società di neonatologia straniere, con rapporti ormai stabili di confronto e di collaborazione, le varie sessioni internazionali proposte nei passati Congressi, la stessa pubblicazione degli Atti congressuali in lingua inglese e la ridefinizione del rapporto con il Network neonatale italiano, che pone la Comunità neonatologica italiana nelle condizioni di essere in rete e di conoscere gli outcomes almeno nei soggetti di peso alla nascita < 1500 g, quale utile presupposto strategico per programmi di ricerca multicentrica che vedono coinvolti i centri aderenti, molti dei quali in corso di realizzazione.

Il protocollo di intesa INN - SIN, nel quale si conferma il diritto al trattamento dei dati da parte del Network ed ovviamente dei ricercatori coinvolti nei programmi di ricerca, e si affida questi dati, in esclusiva e perfetta autonomia, alla SIN per programmi di governo clinico, è il presupposto per una serena e proficua collaborazione.

Tutto questo è in grandi linee il prodotto del Consiglio Direttivo del triennio 2009 - 2012 (R. Zanini, V. Fanos, N. Romeo, P. Tagliabue, C. Moretti, P. Paolillo, N. Cassata, F. Messina, V. Vigi), un prodotto che ha contribuito a ristrutturare la Società, donandole ulteriore vigore ed entusiasmo.

L'entusiasmo con il quale vi aspetto numerosi a Roma...

## L'ufficio stampa della Società Italiana di Neonatologia

continua da pag. 2

In situazioni particolari, il Presidente potrà coinvolgere l'intero CD ed avvalersi della collaborazione di esperti dello specifico argomento quali Segretari e/o Componenti dei Gruppi di Studio.

Segnalazioni relative ad argomenti di interesse neonatologico, discussi a livello stampa o radio - televisivo nazionale o locale e sui quali si ritiene necessario un parere ufficiale della Società, potranno essere inoltrate da tutti i soci iscritti alla SIN attraverso l'email della SIN [sin@biomedia.it](mailto:sin@biomedia.it) o dell'US [sin@nprcomunicazione.it](mailto:sin@nprcomunicazione.it).

Sarà compito di NPR fare apparire sui giornali di interesse nazionale, di interesse regionale e di settore, nonché nei servizi radio-televisivi il parere ufficiale della SIN.

E' stata anche valutata la opportunità dell'invio a tutti i soci di una newsletter periodica della attività inerente l'US tramite e-mail. Con la attiva partecipazione della Società NPR, del CD e di tutti i componenti della SIN siamo certi di riuscire a raggiungere l'obiettivo che ci si è posti con la istituzione del servizio.

Firmato:

P. Tagliabue, F. Messina, P. Giliberti

## L'utilizzo del latte umano di banca nelle TIN italiane non ostacola ma promuove e sostiene l'allattamento al seno. Risultati di un'indagine svolta in collaborazione fra il Gruppo Nutrizione e Metabolismo, l'Associazione Italiana Banche del Latte Umano Donato (AIBLUD) e l'Italian Neonatal Network (INN)

A cura di E. Bertino

L'allattamento al seno rappresenta la migliore modalità di alimentazione per i neonati, anche per quelli pretermine e ricoverati nelle unità di terapia intensiva neonatale. Quando il latte materno fresco non è disponibile o non può essere somministrato, è raccomandata la somministrazione di latte umano donato, che rappresenta l'alternativa migliore, come recentemente ribadito anche dalla American Academy of Pediatrics (Pediatrics 2012;129:e827-e841).

Per chiarire il possibile dubbio che la presenza di una Banca del Latte e l'utilizzo di latte umano donato possano attenuare gli sforzi finalizzati alla promozione dell'allattamento al seno, il Gruppo Nutrizione e Metabolismo (Enrico Bertino, Paola Tonetto) e l'Associazione Italiana Banche del Latte Umano Donato (Guido E. Moro, Sertac Arslanoglu, G De Nisi) in collaborazione con l'Italian Neonatal Network (Roberto Bellù, Daniela Turoli) hanno effettuato un'analisi comparativa dei dati di 4277 neonati VLBW provenienti da 83 centri italiani di terapia intensiva neonatale nell'anno 2010, suddivisi in due categorie in base alla presenza o meno di una banca di latte umano donato all'interno del centro. Sono state confrontate le variabili "allattamento al seno di qualsiasi tipo (esclusivo, predominante, complementare) alla dimissione", "allattamento al seno esclusivo alla dimissione" e "allattamento con formula artificiale alla dimissione".

Le TIN con e senza banca del latte erano paragonabili in termini di caratteristiche e dimensioni.

La percentuale di neonati con allattamento esclusivo al seno alla dimissione è risultato significativamente maggiore nei centri con banca del latte rispetto a quelli senza banca del latte (29.6 vs 16%, rispettivamente, p 0.007). In presenza di banca del latte all'interno del centro anche l'allattamento al seno di qualsiasi tipo alla dimissione è risultato più frequente (60.4 vs 52.8%) e quello con formula artificiale meno frequente (26.5 vs 31.3%) rispetto ai centri senza banca del latte, differenze tuttavia non statisticamente significative (p rispettivamente di 0,087 e 0,188).

Questo studio, in corso di pubblicazione sul Journal Perinatal Medicine, rappresenta la prima indagine condotta a livello nazionale su questo tema e conferma precedenti osservazioni in Australia (Simmer K, Early Hum Dev. 2009;85:701-704), nello Utah (Montgomery D., J Hum Lact. 2008;24(3):248-251) e in Spagna (Utrera Torres MI, Int Breastfeed J 2010;5:4) e dimostra come la presenza di una banca del latte e l'utilizzo del latte umano donato nelle TIN aumentino la percentuale di neonati VLBW con allattamento esclusivo al seno alla dimissione.

Promuovere la donazione e l'utilizzo del latte di banca significa quindi promuovere una cultura dell'allattamento materno e il suo utilizzo anche e soprattutto nei neonati più critici e immaturi sia durante il ricovero che successivamente dopo la dimissione.

## Dammi solo un minuto...

A cura di F. Spagnuolo, A. Stagni, M.P. Capasso, G. Furcolo, E. Roma, M. Internicola, A. Piccirillo, F. Piccolo

Esistono sufficienti evidenze per raccomandare l'attesa di almeno un minuto prima di clampare il cordone ombelicale nel parto fisiologico. I soggetti clampati tardivamente mostrano un migliore bilancio marziale nel corso della prima infanzia, sebbene vi siano maggiori probabilità di ricevere fototerapia (LOE IV).

Anche nel parto pretermine, non complicato, c'è un beneficio nel ritardare il clampaggio del cordone ombelicale dopo la nascita. I soggetti clampati tardivamente mostrano valori più alti di pressione ematica in corso di stabilizzazione ed una minore incidenza di emorragia intraventricolare I.V.H. (LOE 1) una minore incidenza di Late Onset Sepsis L.O.S., specie nei nati di sesso maschile ed un numero minore di trasfusioni sebbene anche in questo gruppo vi siano maggiori probabilità di ricevere fototerapia (LOE 2).

Non esistono invece sufficienti dati in letteratura per raccomandare tale pratica, nei neonati non vigorosi, di qualunque età gestazionale, che richiedano rianimazione alla nascita.

La proposta del Gruppo di Studio "Rianimazione Neonatale" è sensibilizzare tutti gli operatori campani, verso la pratica del clampaggio nel parto fisiologico e valutare, attraverso uno studio prospettico multicentrico, gli effetti sulla morbilità neonatale (IVH-LOS-n.ro trasfusioni-PLV) nei pretermine di qualunque età gestazionale, purché non richiedano rianimazione alla nascita. Lo studio prospettico, della durata di un anno, si propone di arruolare i neonati pretermine "vitali", che non richiedano rianimazione alla nascita, di qualunque età gestazionale fino alla 36,6 ws E.G. Sono esclusi dallo studio i gemelli, i neonati malformati, i figli di madre con anamnesi positiva per sostanze d'abuso. L'eventuale coesistenza di corioamniosite antepartum, verrà indagata con l'esame istologico in doppio cieco delle placenti.

La procedura standard prevede la collaborazione attiva dell'ostetrica e dell'infermiere pediatrico per il posizionamento del neonato in telini caldi circa dieci centimetri al di sotto del piano vaginale in caso di parto spontaneo, o della breccia addominale, alla radice delle cosce in caso di taglio cesareo. La vigile attesa di circa un minuto prima di procedere al clampaggio del cordone ombelicale non impedisce una delicata stimolazione tattile.

La rianimazione, laddove ritenuta necessaria, è indiscutibilmente prioritaria rispetto al clampaggio tardivo, che verrà abbandonato all'istante.

La popolazione reclutata sarà confrontata in modo retrospettivo con un campione sottoposto a clampaggio precoce con analoghe caratteristiche per sesso, età gestazionale, classe di peso e tipologia di parto.

La prima adesione al progetto è stata offerta dai punti nascita, rappresentativi di ciascuna delle province campane, in cui operano gli autori, componenti il Gruppo di Studio di Rianimazione Neonatale della SIN sez. campana. Il protocollo operativo completo è stato pilotato fino ad oggi in 21 neonati pretermine, il più piccolo di 32,6 ws E.G.

### DAMMI SOLO UN MINUTO, UN SOFFIO DI FIATO...

In condizioni ambientali favorevoli, il clampaggio "temporizzato" del cordone ombelicale potrebbe viaggiare in parallelo al reclutamento alveolare a "pressione controllata"?

1. Oh W, Fanaroff AA, Carlo WA, Donovan EF, McDonald SA, Poole WK; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. Effects of delayed cord clamping in very-low-birth-weight infants. J Perinatol. 2011;31(suppl 1):S68-S71.
2. Mercer JS, Vohr BR, McGrath MM, Padbury JF, Wallach M, Oh W. Delayed cord clamping in very preterm infants reduces the incidence of intraventricular hemorrhage and lateonset sepsis: a randomized, controlled trial. Pediatrics. 2006;117(4):1235-1242.
3. Perlman JM, Wyllie J, Kattwinkel J, et al; Neonatal Resuscitation Chapter Collaborators. Neonatal resuscitation: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Pediatrics. 2010;126(5). Available at: [www.pediatrics.org/cgi/content/full/126/5/e1319](http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/126/5/e1319).
4. Sommers R, Stonestreet S, Oh W, et al Hemodynamic Effects of Delayed Cord Clamping in Premature Infants. Pediatrics. 2012; 129(3): 667-672.

## PROSSIMI CONVEGNI

Follow-up neuroevolutivo ed auxologico del neonato a rischio  
Modena, 20-21 Settembre 2012

Corso base sull'approccio diagnostico - interventistico al dolore nel neonato: percorso modulare - formazione sul campo  
Rimini, 28 Settembre 2012

8<sup>th</sup> International Workshop on Neonatology  
Cagliari, 24-27 ottobre 2012

Stabilizzazione del neonato critico  
Chieti, 12-14 novembre 2012

Ecografia e patologia tiroidea in epoca neonatale  
Chieti, 19-21 novembre 2012

L'accesso vascolare in neonatologia con simulazione  
Milano, 22-23 Novembre 2012

Le malformazioni dei genitali nel neonato  
Roma, 5-7 Dicembre 2012



PIANO FORMATIVO  
SIN PROVIDER 2012/2013



Per maggiori informazioni sulla programmazione  
visita il sito [www.neonatalogia.it](http://www.neonatalogia.it)

con il contributo  
non condizionato di

