



editoriale

SIN INFORMA SI RINNOVA

Cari colleghi, da questo numero la nostra newsletter si rinnova e diventa un vero e proprio magazine. Una scelta dettata dalla necessità di condividere con maggiore frequenza notizie, studi e ricerche, casi clinici, considerazioni e articoli della letteratura, creando un collegamento anche con le altre società scientifiche come la SIP. Il rinnovamento della newsletter SIN INFORMA si inserisce nel più ampio piano di riprogettazione degli strumenti di comunicazione della SIN iniziato dal mio predecessore e sostenuto dall'attuale Consiglio Direttivo. Nasce dalla consapevolezza che il rafforzamento dell'identità della nostra società scientifica, la sua rappresentazione verso l'esterno e la reputazione della nostra professione nascono dalla capacità di essere "comunità". Ciò può essere raggiunto solo condividendo il know how, le esperienze professionali, i lavori clinici e scientifici. Sul magazine ci sarà spazio per le diverse anime della nostra società: i neonatologi e gli infermieri, innanzitutto, poi i gruppi di studio, le task-force e i gruppi regionali. Invito tutti a contribuire affinché questa newsletter diventi, assieme al sito internet, a cui è complementare, il nostro principale strumento di comunicazione interna.

Costantino Romagnoli



LA POSIZIONE DELLA SIN SULLE LINEE GUIDA OMS NEL PERIODO POSTNATALE

Le raccomandazioni dell'OMS sono relative alla cura delle donne e dei neonati in Paesi a basso e medio reddito, dunque potrebbero non valere per l'Italia

● Avendo avuto il documento grande diffusione tra i professionisti e operatori sanitari impegnati nella cura del neonato, la SIN ritiene doveroso esprimere alcune considerazioni secondo l'esperienza neonatologica italiana, limitandosi a quanto suggerito per i nati nelle strutture sanitarie, affinché possa essere utile a chi si occupa di neonati. Partendo dalla **raccomandazione 1**, è bene precisare che non si afferma che dopo 24 ore il neonato "deve" essere dimesso, ma che "potrebbe" essere

dimesso. La decisione va presa in funzione di altre variabili materne e neonatali: il peso alla nascita, il buon adattamento neonatale, l'avvio dell'allattamento, familiarità per ittero, la parità, le condizioni socio-economiche, ecc. **Non si può dimettere precocemente un neonato di basso peso né un neonato con ittero evidente nel primo giorno di vita, neppure un neonato che a 24 ore abbia avuto un calo >5% del peso alla nascita o che non si attacca bene al seno.** Tra gli almeno tre contatti postnatali,

indicati nella **raccomandazione 2**, il primo è a 48-72 ore dopo il parto. Oggi nella maggior parte degli ospedali la dimissione avviene dopo 48 ore e solo pochi dimettono prima delle 48 o dopo le 72 ore dal parto. Il problema posto dalla SIN è il seguente: se un neonato è dimesso a 36 ore e il giorno dopo deve essere controllato, è economicamente conveniente ed eticamente giustificabile una dimissione a 36 ore con un ritorno in ospedale 24 ore dopo? È questo il meglio per l'allatta-

continua a pag 2 >>

il punto

Razionalizzazione dei punti nascita, una necessità per madre e bambino

A un anno dallo sciopero nazionale del personale delle sale parto pubbliche e private, la SIN si associa alla protesta sollevata da Ginecologi e Ostetriche per la mancata attuazione della razionalizzazione dei punti nascita e la scarsità di sicurezza per madre e bambino in strutture il cui volume di attività sia ridotto

di Costantino Romagnoli

● Da anni la SIN si sta battendo perché si riducano o si eliminino i punti nascita con meno di 1000 parti l'anno. Questo porterebbe ad un migliore utilizzo delle risorse economiche ed umane, migliorerebbe la qualità delle prestazioni sanitarie e, soprattutto, porterebbe ad una riduzione dei rischi di contenziosi medico-legali. Nonostante l'impegno dei Presidenti delle regioni italiane e della SIN, le proposte fatte trovano quasi sempre l'opposizione delle autorità regionali che sono quelle dedicate a legiferare in campo sanitario. Il Governo centrale emana degli indirizzi, ma le singole regioni si ritengono autonome nell'applicarle o meno. In questo gioco la voce delle Società scientifiche, spesso coinvolte in tavoli tecnici, viene ascoltata molto poco se non per nulla. Si è calcolato

continua a pag 2 >>

attualità

Alluminio nel latte formulato



Secondo i risultati di un test condotto dall'Istituto nazionale del consumo francese i neonati ingeriscono più alluminio di quanto previsto dall'Autorità europea per la sicurezza alimentare (EFSA). In più della metà dei campioni analizzati (47 di cui 38 in polvere e 9 di crescita), infatti, è stata riscontrata una presenza di alluminio superiore fino al 30% del valore limite. L'Istituto francese ha riscontrato un contenuto medio di 153 microgrammi di alluminio per litro. "I nostri risultati - scrivono i francesi - indicano una contaminazione eccessiva di alluminio nei lattini infantili".

Come riconoscere e combattere il dolore dei neonati

"Dare misura e valutazione alla sofferenza è il primo passo per contrastarla - afferma Paola Lago, pediatra neonatologa e anestesista presso l'Azienda ospedaliera di Padova, nonché responsabile del Gruppo di studio su Analgesia e sedazione della SIN - esistono scale adottate dalla comunità scientifica internazionale, diverse per età, per nati a termine o prematuri. In generale, si considerano i parametri vitali (frequenza cardiaca, respiratoria, saturazione di ossigeno) e quelli comportamentali (espressioni del viso, postura, tipo di pianto). Il bambino si spiega benissimo con chi sa osservarlo".

il punto

continua dalla prima pagina

che di tutti i contenziosi medico-legali che coinvolgono i neonatologi/pediatrati meno del 5% si conclude con il riconoscimento di una colpa, non sempre grave. Tuttavia la mole di contenziosi che vengono sollevati nella speranza di un indennizzo, sempre più facile, pesa in modo determinante sui bilanci delle Società Assicuratrici che stanno progressivamente abbandonando il mercato sanitario. Di qui le auto-assicurazioni delle aziende con ripercussioni negative sui sanitari. Non è il caso di fare demagogia, ma è certo che la chiusura dei centri nascita con meno di 1000 parti l'anno e la centralizzazione delle attività di terapia intensiva neonatale porterebbero ad un notevole risparmio economico e ad una migliore utilizzazione delle risorse umane. È ora di cambiare passo e modo di ragionare. Le autonomie regionali non possono continuare a creare discrepanze di tipo assistenziale e disparità di prestazioni, quantitative e qualitative, tanto più ingiuste quanto più penalizzano i soggetti più fragili. Non dimentichiamo che i neonati di oggi costituiranno la società italiana di domani.

Costantino Romagnoli



Anno VII nr. 14/2014
Notiziario della SIN

Via Libero Temolo 4 (Torre U8)
20126 Milano

www.neonatologia.it

DIRETTORE
Costantino Romagnoli

DIRETTORE RESPONSABILE
Giuseppe Agosta

REDAZIONE



npr Relazioni pubbliche
Rua Catalana, 126 - Napoli
tel. 081 5515441/42
email: redazione@nprcomunicazione.it

Registrazione Tribunale
di Milano nr. 533 del 6.9.2007
Pubblicazione non in vendita

Con il contributo
non condizionato di



la posizione della SIN

LINEE GUIDA DELL'OMS SULLA CURA DELLE DONNE E DEI NEONATI NEL PERIODO POSTNATALE LE CONSIDERAZIONI DELLA SIN



continua dalla prima pagina

mento al seno, da promuovere nei giorni successivi al parto? Costerebbero di più altre 24 ore in ospedale o l'organizzazione di un'attività strutturata di controllo post-dimissione protetta?

Il controllo a 7 giorni è prassi consolidata e avviene in ospedale perché il Pediatra di Famiglia prende in carico il neonato solo successivamente. La possibilità nel sistema Italiano di controlli a domicilio, come sottolineato dalla **raccomandazione 3**, è da escludere, se non in realtà molto particolari e piccole. È ovvio, comunque, che

dove sia possibile può essere una soluzione consigliabile.

Tra i segni da controllare, in riferimento alla **raccomandazione 4**, c'è il "nutrirsi bene" del neonato. A 36 ore di vita è possibile valutare se il neonato succhia bene e cioè se si alimenta bene. La nutrizione va valutata nel tempo con parametri di crescita. Al primo controllo ci si deve limitare alla rilevazione della capacità di suzione ed eventualmente alla valutazione del calo ponderale.

Il ruolo della famiglia

La famiglia inoltre dovrebbe

essere incoraggiata a cercare cure sanitarie solo in presenza di segni evidenti che il neonato non stia bene. Ma si potrebbe correre il rischio di trovarsi con un neonato con questi problemi subito dopo la dimissione e non aver fatto di tutto per prevenire e curare tempestivamente le cause di tali patologie. E questo è molto difficile da realizzare in un regime di dimissione eccessivamente precoce.

La possibilità della SUPC

Non va dimenticata la possibilità della SUPC (*Sudden Unexpected Perinatal Collapse*), evento a rischio di vita o di esiti, che si può verificare nelle prime 24 ore di vita, ma anche nei primi giorni.

Andrebbe poi affrontato il **problema dei tempi di esecuzione degli screening**: quello audiologico si può fare anche dopo, **quello cardiologico da realizzare al più presto, ma non prima di 24 ore**, quello metabolico allargato da fare non troppo presto né troppo tardi. Se i neonati tornassero tutti a 7 giorni nell'ospedale di nascita, come accade in Norvegia, si potrebbe avviare almeno a due di questi problemi.

Non c'è dubbio che **tutti i neonati dovrebbero essere allattati al seno fino a 6 mesi**, come si evince dalla **raccomandazione 5**. Il sostegno all'allattamento ha la sua massima espressione nel contatto pelle a pelle, nell'attaccare subito il bambino al seno e nell'incentivare la donna all'allattamento, incoraggiando soprattutto le primipare. Questo è ciò che si deve fare nei primi giorni dopo il parto, ma risulta impossibile se il neonato non è in ospedale e se deve andare avanti e indietro da casa per i controlli, in seguito ad una dimissione precoce. Quanto alle altre raccomandazioni si ricorda che la cura del cordone ombelicale (**raccomandazione 6**) è essenziale nella prevenzione di possibili

infezioni e che tutti gli altri ottimi consigli vanno inquadrati nell'organizzazione globale dell'assistenza neonatale.

"Ricordo - conclude il prof. **Costantino Romagnoli**, *Presidente della SIN* - che quanto è stato fatto in campo neonatologico negli ultimi 40 anni ha reso l'Italia uno dei paesi con la più bassa mortalità neonatale tra i paesi industrializzati. La neonatologia lavora per continuare a migliorare l'assistenza al neonato con impegno e grande senso di responsabilità, come abbiamo potuto constatare al XIX Congresso Nazionale della SIN a Firenze, nell'ottobre scorso, che aveva come programma l'assistenza al neonato "normale" e che ha visto la presenza di oltre 1000 pediatri e neonatologi. Sono certo che, con l'esperienza e il buon senso, tutti noi sapremo fare buon uso delle dodici raccomandazioni dell'OMS".

ATTIVITÀ INFERMIERISTICHE

Questo spazio è destinato ad ospitare notizie, documenti, articoli relativi alle attività degli infermieri.

ARTICOLI

Il Distress morale negli Infermieri che lavorano in Terapia Intensiva Neonatale

Elena Bernabei, Roberta Guardione, Patrizio Sannino

Percezione del personale rispetto al programma di valutazione e assistenza di tipo evolutivo individualizzata (NIDCAP), durante la sua implementazione in due terapie intensive neonatali spagnole

Assunta Fabi, Giovanna Cuomo

[Link agli articoli](#)

MADRI E NEONATI: LE 12 RACCOMANDAZIONI DELL'OMS

1. Tempi di dimissione da una struttura sanitaria dopo la nascita
2. Numero e tempistica dei contatti postnatali
3. Visite a domicilio per l'assistenza postnatale
4. Valutazione del bambino
5. Allattamento esclusivo al seno
6. Cura del cordone ombelicale
7. Altre cure postnatali per il neonato
8. Valutazione della madre
9. Consulenza
10. Ferro e acido folico
11. Profilassi antibiotica
12. Supporto psicosociale

dalla SIP

CORSELLO (SIP): NESSUNA CORRELAZIONE SCIENTIFICA TRA AUTISMO E VACCINAZIONI



Il Presidente della SIP, Giovanni Corsello, interviene nel dibattito sul tema ribadendo che le "vaccinazioni sono uno strumento di prevenzione insostituibile"

La "paura" di una correlazione tra il vaccino trivalente non obbligatorio contro morbillo, parotite e rosolia (MPR) e l'insorgenza dell'autismo è "assolutamente immotivata". È questa la posizione espressa dal Presidente della Società Italiana di Pediatria (SIP), Giovanni Corsello, dopo l'indagine avviata dalla procura di Trani, a seguito della denuncia di una famiglia, per accertare se vi sia un nesso di causalità tra la vaccinazione e l'insorgenza di questa malattia. "Non c'è alcuna prova scientifica che metta in correlazione autismo e vaccinazioni. Studi

sono stati fatti e altri studi sono in corso - spiega Corsello - e non hanno evidenziato alcun legame". Al contrario, sottolinea, "il fatto che alcuni diano come acquisita una correlazione che scientificamente non è provata rischia di ridurre le coperture vaccinali, con il pericolo concreto che possano riemergere malattie gravi ad oggi quasi scomparse". Proprio tali paure, denuncia il Presidente SIP, "negli ultimi due anni hanno portato ad una riduzione della copertura vaccinale per il morbillo, e questo ci preoccupa poiché, se la copertura scende sotto il livello

del 90-95% della popolazione, aumenta il pericolo di epidemie". Ma il pericolo ulteriore è che, "per un effetto di 'trascinamento' - avverte l'esperto - vengano penalizzate tutte le vaccinazioni, dimenticando che oggi queste rappresentano invece uno strumento di prevenzione insostituibile". Il consiglio ai genitori è, dunque, di "continuare a vaccinare i propri bambini con assoluta tranquillità". Fondamentale tuttavia, rileva Corsello, è che il Ministero della Salute "dia un messaggio chiaro anche ai Tribunali, sul fatto che tale correlazione non è provata". Per informare l'opinione pubblica, la SIP e la FIMP avvieranno una campagna di sensibilizzazione sulle vaccinazioni.

gruppi di studio

Questo spazio è dedicato ai lavori dei Gruppi di Studio e delle Task-force. Notizie, contributi, documenti possono essere segnalati inviando una mail alla redazione: redazione@nprcomunicazione.it

La task-force

Come trattare l'iperbilirubinemia neonatale

L'iperbilirubinemia neonatale costituisce il problema più frequente che ogni neonatologo si trova ad affrontare nella pratica quotidiana. Circa il 60% di tutti i nati presenta un ittero visibile e pone problemi diagnostici e terapeutici. Nell'ultimo decennio si è passati da un'eccessiva attenzione ad ogni neonato "giallo" fino al non considerare più l'ittero come un problema. Un'indagine condotta qualche anno fa dal prof. Dani e dai suoi collaboratori ha evidenziato che anche in Italia, come in altre nazioni, l'impostazione diagnostica e terapeutica dell'iperbilirubinemia neonatale non è ben codificata. Di qui la necessità sentita dalla SIN di costituire una task-force che, basandosi su esperienze nazionali e internazionali, elaborasse delle Raccomandazioni al fine di uniformare l'approccio diagnostico e terapeutico all'iperbilirubinemia neonatale in Italia. A questo si è aggiunta la possibilità di realizzare un Registro nazionale volontario, nato dalla collaborazione della Società con la Fondazione Toscana Gabriele Monasterio - CNR, che raccolga i dati di neonati con iperbilirubinemia grave. Il tutto finalizzato al miglioramento della qualità dell'assistenza neonatale italiana.

[Link al documento](#)



dalle Regioni

Umbria: presa in carico di neonato pretermine e famiglia

"Gli operatori che parteciperanno alla gestione assistenziale dei neonati pretermine avvertono sempre più la necessità di un confronto con professionisti provenienti dai principali centri italiani, per rafforzare le loro competenze e facilitare il percorso di supporto alla famiglia del bambino nato pretermine sia durante il ricovero ospedaliero, che dopo la dimissione". Lo ha sostenuto il Prof. Giancarlo Barboni, direttore della S.C. di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale del S. Maria della Misericordia, nel convegno su "Presa in carico e follow-up neuroevolutivo del neonato pretermine: modelli operativi a confronto" che ha organizzato in collaborazione con la Dott.ssa Miranda Crisopulli, responsabile della U.O.S. di Neuropsichiatria e riabilitazione dell'Età Evolutiva della USL 1 Umbria.

Non sono rari i casi in cui ci si trova ad assistere neonati con condizioni incompatibili con la vita. A partire dal progetto del Perinatal Hospice - una struttura e un processo gestito da un team multidisciplinare, consapevole e convinto che laddove non è possibile curare per guarire è doveroso salvaguardare la qualità della vita, per breve che sia - ideato e fondato dalla dott.ssa Parravicini, neonatologa ed Assistant Professor presso la Columbia University di New York, il prof. G. Faldella ha organizzato un workshop per fare il punto sulle buone pratiche del *comfort care* perinatale in Italia.



Emilia Romagna: workshop sul "Perinatal Hospice"

Sicilia: al via il progetto sulla qualità dei punti nascita

Con un workshop presso la AOR Villa Sofia-Cervello la SIN Sicilia ha presentato il progetto regionale per il miglioramento della qualità e sicurezza dei punti nascita e gli standard per la valutazione. Alla presenza dei presidenti delle sezioni regionali delle Società scientifiche di Neonatologia, Ostetricia e Ginecologia e di Anestesia e Rianimazione, preceduti dagli interventi del dott. I. Tozzo, del dott. G. Murolo e del dott. Colucci per l'Assessorato regionale alla Salute, di R. Zanini in qualità di esperto per AGENAS e di A. Zangrandi per Progea si è discusso anche del ruolo centrale dei professionisti per il cambiamento.

casi clinici

La Sindrome di Crisponi

a cura di E. Sequi

La sindrome è stata confermata con l'analisi mutazionale condotta sul DNA di una neonata. Effettuata sul gene CRLF1, localizzato sul cromosoma 19p12-13.1, l'analisi ha evidenziato le seguenti mutazioni, entrambe in eterozigosi, responsabili del fenotipo clinico della bambina:

- c.226 T>G (p.W76G) nell'esone 2 (padre portatore)
- c.676_677insA (p.T226NfsX104) nell'esone 4 (madre portatrice)

È stata utilizzata la metodica del Sequenziamento diretto del prodotto di amplificazione genica (PCR) delle sequenze esoniche complete di giunzioni esone/introne.

[Link al caso clinico](#)

La Proptosi monolaterale

a cura di A. Marinari, M. Foglia, V. De Maio, G. Marciello, G. Maffei, L. Taurino, R. Litta, R. Magaldi

Neonato 27.3 E.G. da T.C., gravidanza gemellare biamniotica, monocoriale. Intervento di laser-ablazione per trasfusione fetto-fetale. MEF del gemello.

A 6 settimane di vita: la comparsa della proptosi. Dopo circa 2 mesi di terapia con propranololo si è avuta una netta riduzione della proptosi e non si sono verificati eventi avversi.

[Link al caso clinico](#)

il Congresso di Firenze 2013 - numeri e curiosità

Il XIX Congresso della SIN che nel 2013 si è tenuto a Firenze, presso il Palazzo dei Congressi/Palazzo degli Affari dal 28 al 30 ottobre, è stato come sempre un'occasione di confronto e dibattito tra professionisti. Suddiviso in tre giornate ha affrontato il tema "Il neonato: un individuo speciale", che ha proposto il dibattito sulle malattie neonatali più frequenti: cardiopatie congenite, encefalopatie, la sepsi e l'ittero. La nuova sfida, secondo i neonatologi italiani, è sui pericoli che corre il neonato che la SIN, ha identificato con quattro colori differenti che saranno sempre più caratterizzanti il linguaggio degli screening neonatali: blu, bianco, grigio e giallo.



**INVIA IL TUO
CONTRIBUTO
AL MAGAZINE**

Tutti i soci della SIN che vogliono collaborare alla redazione del magazine, d'accordo con il direttore, Costantino Romagnoli, Presidente della SIN, possono inviare un proprio contributo alla redazione. Segnalateci anche documenti, eventi, attività, casi clinici e articoli della letteratura. mail to: redazione@nprcomunicazione.it

formazione

15 aprile - TORINO
CORSO DI PH-IMPEDEZIOMETRIA ESOFAGEA PER L'ETÀ NEONATALE E PER IL PICCOLO LATTANTE

Responsabili scientifici: Luigi Corvaglia, Bologna e Francesco Cresi, Torino

Promotore: Gruppo di Studio Nutrizione e Gastroenterologia Neonatale

14-15 aprile - BARI

IL FOLLOW UP NEUROEVOLUTIVO ED AUXOLOGICO

Responsabili scientifici: Francesca Gallini, Roma e Enrico Bertino, Torino

Promotore: Gruppo di Studio Neurologia e Follow Up e Gruppo di Studio di Auxologia Perinatale

12-13 maggio - ROMA

CORSO DI FISIOPATOLOGIA E TRATTAMENTO DELLE PATOLOGIE RESPIRATORIE DELLA PRIMA INFANZIA

Responsabile scientifico: Corrado Moretti, Roma

Promotore: Gruppo di Studio Terapia Intensiva della I Infanzia



[Clicca sul titolo del corso per i dettagli](#)

letteratura



[Clicca sul testo dell'articolo per il download dal sito della SIN](#)

Articolo: Neonatal pain-related stress predicts cortical thickness at age 7 years in children born very preterm

Articolo: Wide intra- and inter-country variability in drug use and dosage in very-low-birth-weight newborns with severe infections

Articolo: Prophylactic use of a probiotic in the prevention of colic, regurgitation, and functional constipation: a randomized clinical trial

Articolo: Procedural pain in neonates: the state of the art in the implementation of national guidelines in Italy

SAVE THE DATE

XX

Congresso Nazionale della Società Italiana di Neonatologia

per Medici ed Infermieri

Presidente del Congresso: C. Romagnoli, Roma

IL NEONATO LATE PRETERM

ROMA, 9-11 OTTOBRE 2014

un evento
organizzato da



BIO MEDIA
La condivisione del sapere