



L'editoriale

VERSO IL RINNOVO DELLE CARICHE SOCIALI DELLA SIN

Carissimi amici neonatologi, il prossimo 25 settembre, durante il XXI Congresso Nazionale della SIN, si svolgeranno le elezioni per il rinnovo delle cariche sociali della nostra Società.

Mi corre l'obbligo di ricordare a tutti voi le norme statutarie che regolano le elezioni.

ART. 8 NORME ELETTORALI
L'Assemblea generale elegge in distinte votazioni, a scrutinio segreto gli organi della Società:

I Soci ordinari eleggono:

- Il Presidente
- Il Vicepresidente
- Il Tesoriere
- i sei membri del Consiglio Direttivo: due rappresentanti del Nord, due del Centro e due del Sud
- i tre membri componenti del Collegio dei Revisori dei Conti.

I Soci dell'Area Infermieristica eleggono nel Consiglio Direttivo un membro della propria area. Tutti i Soci ordinari ed i soci dell'Area infermieristica in regola con le quote sociali costituiscono elettorato attivo e passivo. Sono eleggibili alla carica di Presidente, Vicepresidente, Tesoriere, Consiglieri e Revisori dei Conti, i Soci ordinari.

continua a pag 2 >>



IL LATTE DI DONNA NELLA ALIMENTAZIONE DEI NEONATI PREMATURI

I risultati della Consensus Conference che si è tenuta il 15 e 16 maggio a Milano nell'ambito di Expo 2015 sul tema del latte materno nell'alimentazione dei neonati prematuri

di Guido A. Moro

Si è tenuta a Milano nei giorni 15 e 16 maggio scorsi, una Consensus Conference su "Il latte di donna nell'alimentazione dei neonati prematuri: dalla tradizione alla bioingegneria". L'evento, che ha visto la partecipazione dei maggiori esperti internazionali nel campo della nutrizione neonatale, si è concluso con la presentazione all'interno del Padiglione Italia dell'Expo di un documento contenente le raccomandazioni per l'utilizzo del latte di donna nei neonati prematuri. Di seguito una sintesi di questo documento.

Il Panel di esperti concorda con le dichiarazioni delle principali

società scientifiche che definiscono il latte di donna l'alimento migliore per tutti i neonati prematuri. Il latte della mamma rappresenta la prima scelta nutrizionale e quando non è disponibile si deve fare ricorso al latte umano donato di banca.

Vantaggi certi del latte di donna

I vantaggi dimostrati del latte di donna comprendono la protezione nei confronti della enterocolite necrotizzante (necrotizing enterocolitis, NEC) e della sepsi e gli effetti trofici sull'intestino che si concretizzano in una migliore tolleranza dell'alimento.

Crescita

Il Panel ha definito come obiettivo minimo della crescita postnatale una perdita in peso e circonferenza cranica non superiore a 1 DS nel periodo che va dalla nascita alla dimissione.

Fortificazione del latte di donna

Tutti i neonati con peso alla nascita < 1800 grammi dovrebbero ricevere latte di donna fortificato. La fortificazione dovrebbe iniziare seguendo uno schema standard. Solamente se il neonato non cresce in maniera appropriata si dovrebbe passare ad uno schema di fortificazione

continua a pag 4 >>

L'evento

Ricominciamo a parlare della sopravvivenza dei neonati ELGA?

Un recente studio pubblicato dal New England Journal of Medicine, ha riaperto il dibattito sul limite sotto cui non rianimare i bimbi. In Italia questo tema è stata affrontato da diversi quotidiani, tra cui Avvenire che ha intervistato il Presidente della SIN, Prof. Costantino Romagnoli

di Costantino Romagnoli

● Circa 10 anni fa i neonatologi italiani sono stati coinvolti in discussioni etiche circa la possibilità di assistere e far sopravvivere i neonati di età gestazionale molto bassa. In realtà il problema fu sollevato non per un interesse reale verso il problema stesso, ma per il fatto che alcune interruzioni volontarie di gravidanza operate a 22 settimane avevano posto problemi comportamentali (li dovevamo assistere o no?), etici (era etico non assistere neonati vitali), medico-legali (neonatologi denunciati per aver assistito neonati che i genitori non volevano che si assistessero).

Documenti ministeriali (marzo 2008) e di vari comitati

continua a pag 2 >>

Saranno Famosi

Giovani neonatologi non dimenticate la sessione congressuale a voi dedicata

Carissimi Giovani Soci,

mi rivolgo a voi perché ho già più volte sollecitato i "vostri maestri" ad invitarvi a partecipare, e sento il dovere di comunicarvi che anche in occasione del prossimo Congresso Nazionale della nostra Società che si terrà a Palermo a fine settembre (24-26 settembre) è prevista la sessione Saranno Famosi. Come avete già avuto possibilità di verificare nei precedenti due Congressi Nazionali questo è uno spazio riservato, in seduta plenaria, alle comunicazioni dei giovani neonatologi italiani. Comunicazioni che permetteranno di far conoscere a tutti i partecipanti al Congresso i risultati delle più recenti ricerche italiane in ambito neonatologico. Ricordo a voi tutti che tra le comunicazioni presentate una commissione esterna (formata da due degli ospiti stranieri che parteciperanno come relatori al Congresso) sceglierà le 10 più significative e che queste saranno presentate in sessione plenaria nel primo pomeriggio del 25 settembre. Come ogni anno le migliori 5 riceveranno un premio mentre il primo autore delle 5 non premiate avrà diritto all'iscrizione gratuita al prossimo Congresso Nazionale della Società Italiana di Neonatologia. Sono certo di vedervi partecipare numerosi all'evento a voi dedicato e farò il possibile per riservarvi anche una piacevole sorpresa!



NEONATAL NETWORK

Società Italiana di Neonatologia

editoriale

continua dalla prima pagina

Sono eleggibili alla carica di consigliere dell'Area infermieristica i Soci dell'area specifica. Il Presidente, il Vicepresidente, il Tesoriere ed i Consiglieri, compreso il rappresentante dell'Area infermieristica, non possono essere rieletti nella stessa carica nel triennio successivo. Le candidature a Presidente, Vicepresidente, Tesoriere, Consiglieri e Componenti del Collegio dei Revisori dei Conti, devono essere sostenute dalla firma di almeno 30 (trenta) Soci ordinari. Le candidature a rappresentante dell'Area infermieristica nel Consiglio Direttivo devono essere sostenute dalla firma di almeno venti Soci appartenenti all'area. Tutte le candidature dovranno essere inviate con raccomandata A/R al Presidente almeno 90 (novanta) giorni prima della data delle elezioni. I 90 (novanta) giorni intercorrono tra la data (esclusa) del timbro postale e la data (esclusa) delle elezioni. Ricordo a tutti che candidature non pervenute nei tempi previsti (nel caso specifico entro il 27 giugno 2015) e non sostenute dalle firme di 30 Soci ordinari non potranno essere prese nella dovuta considerazione.

Costantino Romagnoli

l'evento

RICOMINCIAMO A PARLARE DELLA SOPRAVVIVENZA DEI NEONATI ELGA? UN ARTICOLO INGLESE RIAPRE IL DIBATTITO

continua dalla prima pagina

etici locali cercarono di indicarci una possibile modalità operativa, anche se l'unico documento pubblicato sulla letteratura internazionale fu la famosa carta di Firenze. Da allora ad oggi non ne abbiamo parlato quasi più. Perché? Abbiamo risolto i nostri problemi o li abbiamo scotomizzati? Sinceramente non saprei cosa rispondere, ma il problema esiste ancora. Un recente lavoro pubblicato su The New England Journal of Medicine (Rysavy MA et al. Between-hospital variation in treatment and outcomes in extremely preterm infants. N Engl J Med 2015; 19:1801-1811) riporta alla nostra attenzione il problema dell'organizzazione assistenziale per i neonati di età gestazionale molto bassa (< 27 settimane). I dati rilevati da 24 ospedali statunitensi e relativi a 4987 neonati, l'86,8% dei quali ha ricevuto un trattamento attivo, dimostrano che questo tipo di lavoro ha dei bias che non sono facilmente superabili. Cominciamo col rilevare che il problema di un

trattamento attivo sin dalla nascita si pone solo per i nati con EG di 22 settimane perché solo il 22% di questi viene assistito in sala parto. Infatti per i neonati con età gestazionali superiori il trattamento attivo è del 71,8%, 97,1%, 99,6% e 99,8% rispettivamente per i nati a 23, 24, 25 e 26 settimane.

Tutto ciò potrebbe influenzare il counselling prenatale ammesso che sia giusto ed etico porsi il problema se assistere o no i neonati di 22/23 settimane prima di aver verificato la possibilità reale di sopravvivenza (vedi il commento di Neil Marlow intitolato The Elephant in the Delivery Room - N Engl J Med 2015;372:1856-1857). La seconda parte del lavoro è comunque quella dedicata agli esiti a distanza (18-22 mesi di età). A 22 settimane la sopravvivenza totale è del 5,1% mentre la sopravvivenza senza esiti moderati o gravi è solo del 2,0%: gli autori sottolineano però che se si attua un trattamento aggressivo la sopravvivenza sale al 23,1% e la sopravvivenza con esiti moderati o gravi sale al 9%.

Il lavoro di Rysavy segue di qualche mese il lavoro di Patel (Patel RM et al. Causes and timing of death in extremely premature infants from 2000 through 2011. N Engl J Med 2015; 372:331-340) che riporta cause e timing dei decessi in neonati di età gestazionale compresa tra 22 e 28 settimane. In questo lavoro si sottolinea che la mortalità di tali neonati si è ridotta nei 12 anni passando dal 27,5% al 25,8% (p<0.003). La maggior parte dei decessi (40,4%) si verifica nelle prime 12 ore di vita, mentre il 17,3% si verifica dopo il 28° giorno di vita (il 42,3% dei decessi si verifica nel periodo neonatale). Non sorprendono le cause dei decessi: Immaturità (8,3%), RDS (6,4%), NEC (2,8%), Infezioni (2,2%), Lesioni SNC (0,9%), Anomalie congenite (1,4%), BPD nell'1,2%, cause non specifiche (3,7%). Di particolare interesse è che le cause di mortalità sono tutte in riduzione nel periodo considerato tranne la NEC che è invece in aumento. Riflettiamo su questi numeri e cerchiamo



di capire meglio se le pratiche assistenziali che attuiamo nei nostri centri di terapia intensiva siano giuste o vadano modificate. D'altra parte in Italia non abbiamo dati attendibili in proposito e forse sarebbe ora di unire le nostre esperienze e le nostre forze per non farci dire dagli altri come dobbiamo assistere i nostri neonati con età gestazionale molto bassa!



Anno VII nr. 27/2015

Notiziario della SIN

Via Libero Temolo 4 (Torre U8)
20126 Milano

www.neonologia.it

DIRETTORE

Costantino Romagnoli

DIRETTORE RESPONSABILE

Giuseppe Agosta

REDAZIONE



npr Relazioni Pubbliche
Rua Catalana, 120 - 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



il programma del XXI Congresso Nazionale

Giovedì 24 Settembre	Sala 1	Sala 2	Sala 3	Sala 4	Sala 5
11,30-14,30	Riunioni Gds				
14,30-16,30	Sessione 1 La nascita dell'ELBW	Sessione 2 Alimentazione dell'ELBW	Sessione 3 Assistenza in Sala parto all'ELBW	Educational Cours on Neonatal hematology	SESSIONE INFERMIERISTICA
16,30-18,30	Sessione 4 Infezioni e ELBW	Sessione 5 Nutrizione dell'ELBW	Sessione 6 Patologia cardio-circolatoria	Educational Cours on Neonatal hematology	
18,30	CERIMONIA INAUGURALE				
Venerdì 25 Settembre	Sala 1	Sala 2	Sala 3	Sala 4	
9,00-11,00	Workshop on Neonatal Hematology	Sessione 7 Attualità in tema di	10,00 -11,00 Simposio con il contributo non condizionato di EP Medical Partners "Gestione robotizzata della terapia farmacologica in neonatologia"		
11,00-13,00		Sessione 8 Attualità in tema di dolore e cure	11,00-13,00 Simposio con il contributo non condizionato di Heinz "Ricerca e Nutrizione"		
13,30-14,30	LUNCH				
14,30-16,30	Sessione Plenaria: Saranno Famosi				SESSIONE INFERMIERISTICA
16,30-18,30	Sessione 9 Patologia respiratoria	Sessione 10 Patologia endocrino-metabolica dell'ELBW	16,30-17,30 Simposio con il contributo non condizionato di GSK "Prematurità e vaccinazioni"		
			17,30-18,30 Simposio con il contributo non condizionato di Aptamil "Early Life Nutrition: investimento per il futuro"		
19,00-20,30	Assemblea dei Soci				
Sabato 26 Settembre	Sala 1	Sala 2	Sala 3	Sala 4	
9,00-11,00	Sessione 11 Il follow-up respiratorio dell'ELBW	Sessione 12 Patologia neurologica dell'ELBW	Sessione 13 Il rene dell'ELBW	MASTER "Misurazione del volume polmonare durante la ventilazione meccanica: ricerca e clinica"	
11,00-13,00	Sessione 14 Stabilizzazione e trasporto	Sessione 15 Patologia sensoriale dell'ELBW		"Lung volume measurement during mechanical ventilation in premature infants: is the right time to do it at the bedside?"	

ELEZIONI SOCIETARIE
h. 10,00 -
18,00

dalla SIP

LA VOCE DELLA MAMMA: L'ANTIDOLORIFICO NATURALE SENZA EFFETTI COLLATERALI

A Brescia il dott. Gaetano Chirico, direttore dell'UO di Neonatologia e TIN degli Spedali Civili di Brescia ha sperimentato un'innovativa tecnica analgesica non farmacologica contro il dolore dei neonati che consiste in un dispositivo applicato all'incubatrice che riproduce la voce materna



● Il dolore neonatale è un'esperienza inevitabile per i neonati pretermine ricoverati in terapia intensiva, neonato pretermine che è di per sé molto più sensibile al dolore e ne subisce le conseguenze come dimostrano le modificazioni cardio-respiratorie e comportamentali rilevabili durante l'esperienza dolorosa. Da sempre i neonatologi sono sensibili al problema e nella SIN opera un Gruppo di Studio sul Dolore neonatale che ha stilato documenti molto importanti e aggiornati sulle modalità di rilevazione e sulle terapie del dolore, documenti che vengono periodicamente aggiornati. In ogni reparto di terapia intensiva la rilevazione del dolore è parte integrante dell'attività assistenziale e non si attua manovra assistenziale senza adoperarsi per evitare il dolore procedurale. Un'innovativa tecnica analgesica non farmacologica è stata sperimentata a Brescia dal dott. Gaetano Chirico, direttore dell'UO di Neonatologia e TIN degli Spedali Civili di Brescia, e consiste in un dispositivo applicato all'incubatrice che riproduce la voce materna.

"I neonati pretermine si gio-

vano dell'ascolto della voce materna - dice il dott. Chirico - come dimostrano le modificazioni comportamentali e fisiologiche riportate in letteratura (ninna-nanna cantata dalla mamma). Di qui l'idea di verificare il "comfort" creato dalla voce materna durante manovre assistenziali che si svolgono quando la mamma non è presente in reparto". Lo studio ha coinvolto 20 neonati di età gestazionale compresa tra 29 e 36 settimane, clinicamente stabili e posti in incubatrice. Il dolore è stato valutato con la scala PIPP (Premature Infant Pain Profile - Steven B. 1996) mentre per l'erogazione della voce materna è stato utilizzato un metodo innovativo rispetto alla letteratura: i vibrottrasduttori. Tali dispositivi, una volta poggiati sulla superficie rigida dell'incubatrice e collegati ad un amplificatore, consentono la trasmissione del suono della voce materna al suo interno accompagnato da una leggera vibrazione. "Tale metodica -

sostiene l'autore dello studio - è stata ideata per riprodurre la modalità di trasmissione della voce materna durante la gravidanza senza introdurre nulla all'interno dell'incubatrice". Ai neonati trattati è stata fatta udire la voce materna preregistrata per 10 minuti due volte al giorno e per tre giorni consecutivi e in momenti di benessere. Successivamente, quando era necessario attuare procedure assistenziali (prelievo capillare dal tallone) è stata fatta udire la voce materna da 10 minuti prima e fino a 20 minuti dopo il termine della procedura. Ai neonati di controllo non è stato fornito alcun trattamento durante la stessa procedura. In entrambi i gruppi è stato valutato il PIPP. "I risultati che abbiamo ottenuto dimostrano che i neonati che hanno udito la voce materna hanno un punteggio simile prima della procedura, mentre hanno un punteggio significativamente più basso durante e dopo la procedura".

	t -10 min	t 0	t +10 min	t +20 min
Trattati	2,30 ± 0,48	9,20 ± 0,70	2,90 ± 0,32	2,80 ± 0,37
Controlli	3,00 ± 0,48	13,10 ± 0,70	4,70 ± 0,32	4,00 ± 0,37

il commento

Da sempre combattiamo per il dolore procedurale con somministrazione di sostanze pacificatrici (latte materno, sol. glucosata, melatonina, sostanze vegetali varie, ecc.) o con farmaci più o meno sofisticati (paracetamolo, morfina e altri oppioidi) che in ogni caso non sono privi di effetti collaterali negativi. L'idea del dott. Chirico e dei suoi collaboratori, basata su quanto già sappiamo sull'effetto della voce materna sul neonato durante l'allattamento, il contatto pelle a pelle e la kangaroo care, è tanto semplice quanto geniale. Richiede forse un apparecchio che, anche se ha un costo attuale elevato abbattibile con la diffusione, certamente costerà sul lungo periodo meno dei farmaci che usiamo e richiede solo di dedicare un po' di tempo alla cura neonatale. Si dirà che il tempo è prezioso nei reparti di terapia intensiva, specie quando le risorse non sono "abbondanti o sufficienti", ma ritengo che dobbiamo riflettere sulla possibilità di avere un antidolorifico naturale senza effetti collaterali. Un grazie di cuore ai colleghi di Brescia e all'ANABO (Associazione Nazionale Assistenza Bambino in Ospedale) che ha finanziato il "Progetto Lullabies". Mi piacerebbe anche rivolgere al dott. G. Chirico e ai suoi collaboratori l'invito a proporre, ove fosse possibile, uno studio multicentrico nazionale in proposito.

Costantino Romagnoli

letteratura

Questo spazio è dedicato ai più interessanti articoli della letteratura italiana e internazionale selezionati dalla SIN per i propri associati

ANCORA SUL TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLA NEC

Un recente lavoro di Stey A. et al. pubblicato su Pediatrics (Outcomes and costs of surgical treatments of necrotizing enterocolitis. Pediatrics 2015;135:e1190 DOI: 10.1542/peds.2014-1058) affronta l'annoso e mai risolto problema della migliore modalità di trattamento per il neonato con NEC. Il lavoro ha due scopi ben precisi e definiti: il primo è verificare se il drenaggio peritoneale offre dei vantaggi rispetto alla laparotomia in termini di mortalità; il secondo è di valutare in modo brutto i costi ospedalieri delle procedure utilizzate. Va premesso che il drenaggio sembra essere sempre utilizzato come prima scelta nei neonati più piccoli e che oltre la metà dei neonati trattati inizialmente con il drenaggio hanno poi subito una laparotomia (bias molto importante ai fini dell'intention to treat evaluation). Quanto al primo obiettivo è evidente che i neonati trattati con il drenaggio da solo hanno una mortalità maggiore e più precoce rispetto ai neonati trattati con la laparotomia, da sola o dopo il drenaggio. Quanto ai costi è evidente che la laparotomia da sola è meno costosa, ma i costi ospedalieri della laparotomia o del drenaggio da solo si equivalgono. Questo perché la valutazione esclude i costi della comorbidità che condiziona in modo determinante i costi totali. A conclusione del lavoro abbiamo ancora tanti dubbi: meglio il drenaggio o meglio la laparotomia? E nella decisione dobbiamo tenere conto dei costi o del miglior interesse per il neonato? Anche in questo campo mi sembra di poter affermare che la terapia individualizzata è la base inoppugnabile delle nostre future decisioni.

LA DURATA DELLA DEGENZA IN OSPEDALE PER I NATI A TERMINE

L'American Academy of Pediatrics ha pubblicato il "Policy statement" su "Hospital stay for healthy term newborn infants" (Benitz WE. Pediatrics 2015;135:948. Doi: 10.1542/peds.2015-0699). C'è qualcosa di nuovo?

Tra gli anni '70 e '90 si è assistito ad una progressiva riduzione della degenza in ospedale dei nati a termine, ma le discussioni sulla sicurezza del neonato e della madre hanno fatto sì che la dimissione venisse procrastinata a dopo 48 ore dalla nascita per i nati da parto vaginale e a 96 ore per i nati da taglio cesareo in molti stati americani.

I criteri di dimissione proposti sono molto complessi e di difficile attuazione nella nostra nazione perché sono finalizzati al sistema sanitario statunitense che, pur impostato sui costi assicurativi, ha dovuto fare i conti con l'errata convinzione che la dimissione molto precoce fosse senza conseguenze cliniche ed economiche.

Allora mi viene spontanea una domanda: quanti di noi, da sempre ammirati dalle teorie americane, applicano realmente i criteri proposti dall'AAP? Quanti di noi realmente controllano i neonati dimessi a 48 ore di vita nelle 48 ore successive? Quanti di noi si accertano delle capacità gestionali delle madri e delle relative famiglie? È giusto riversare sui genitori delle responsabilità che sono nostre e che potrebbero avere gravi conseguenze per la salute del neonato? Ci sarebbero tante altre domande da farsi, ma mi viene solo in mente che un'indagine nazionale su questo problema non è mai stata realizzata. Non sarebbe il caso di realizzarla?

● [clicca sui link contenuti negli articoli scientifici per approfondimenti](#)

IL LATTE DI DONNA NELL'ALIMENTAZIONE DEI NEONATI PREMATURI DALLA TRADIZIONE ALLA BIOINGEGNERIA

continua dalla prima pagina

individualizzato: fortificazione mirata (targeted fortification, basata sull'analisi dei macronutrienti del latte) o fortificazione variabile (adjustable fortification, basata sulle determinazioni dell'azoto ureico). La scelta del tipo di fortificazione dipende dall'esperienza della Terapia Intensiva Neonatale (TIN) e dalle disponibilità tecnologiche.

Qualità dei fortificatori

Per la fortificazione del latte di donna vengono di solito utilizzati prodotti ricavati dal latte vaccino. Si è speculato che le

ste osservazioni hanno portato i ricercatori all'utilizzo di diete composte esclusivamente da latte di donna e suoi derivati (fortificatori ricavati dal latte di donna). I risultati dei primi studi in materia hanno dimostrato che l'utilizzo di una dieta basata esclusivamente sul latte di donna è associato ad una minore incidenza di NEC, di NEC chirurgica e a una più bassa mortalità rispetto ad una dieta con latte di donna fortificato con proteine vaccine. Questi fortificatori al momento sono estremamente costosi.

fondamentali per fornire alle TIN latte di donna sicuro dal punto di vista virale e batteriologico. La presenza di una BLUD non interferisce con l'allattamento al seno, ma riduce l'utilizzo delle formule artificiali nelle TIN ed aumenta il tasso di allattamento esclusivo al seno alla dimissione.

Trattamento del latte di donna

Quando il latte fresco della propria mamma non è disponibile, la prima alternativa è rappresentata dal latte umano donato di banca. Il latte donato deve andare incontro ad un trattamento termico per inattivare gli agenti microbici e virali eventualmente presenti. Il trattamento termico oggi raccomandato da tutte le Linee Guida che regolamentano l'attività delle BLUD nei vari paesi è la pastorizzazione con metodo Holder (62,5 °C per 30 minuti), ma questo procedimento riduce alcune componenti biologiche e nutrizionali del latte. Per questo motivo nuove tecniche di trattamento sono in fase di valutazione. Al momento, la tecnica più promettente sembra essere la pastorizzazione ad alta temperatura per un breve periodo di tempo (HTST = High Temperature for a Short Time), che opera ad una temperatura di 72°C per 5-15 secondi.

Gestione centralizzata del latte di donna

L'utilizzazione di misure destinate a migliorare la qualità del trattamento del latte in TIN,

volte soprattutto all'ottenimento di un prodotto più sicuro, sta divenendo una pratica comune in molte TIN. Il Comitato raccomanda una preparazione centralizzata del latte di donna, da effettuarsi in uno spazio apposito della TIN. È consigliabile l'utilizzo in questa area di personale dedicato e opportunamente formato. Si raccomanda inoltre l'utilizzo di tecnologie appropriate (es. scansione con codice a barre) per ridurre la possibilità di errori nell'utilizzo del latte di donna in TIN e per la tracciabilità del latte della banca.

Promozione dell'allattamento al seno nelle TIN

Una strategia volta a promuovere e a supportare l'allattamento al seno deve far parte della politica istituzionale di ogni maternità dove nascono neonati prematuri, particolarmente in quegli ospedali dotati di una TIN. L'utilizzazione del latte di donna nei neonati prematuri deve essere vista come la componente fondamentale di un sistema integrato volto ad offrire un'assistenza neonatale ottimale, comprendente l'utilizzo del colostro, la kangaroo care, l'apertura delle Terapie Intensive 24 ore al giorno per tutti i giorni della settimana, il coinvolgimento dei genitori nell'assistenza del loro bambino ed il rispetto dei 10 passi per la promozione dell'allattamento al seno nella versione estesa ai reparti di terapia intensiva neonatale.

12 Giugno - SIENA
L'APPROPRIATEZZA DEGLI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI IN NEONATOLOGIA
Responsabile Scientifico:
Fabio Mosca

15 Giugno - ROMA
2ª EDIZIONE URGENZE-EMERGENZE IN NEONATOLOGIA: ESERCITAZIONI TEORICO-PRATICHE CON SIMULAZIONE
Responsabile Scientifico:
Piermichele Paolillo

17 Giugno - MILANO
IL NEONATO CON INFEZIONE: DALLA CLINICA ALLA TERAPIA
Promotore:
Gruppo di Studio di Infettivologia Pediatrica
Responsabile Scientifico:
Lina Bollani, Pavia

18-19 Giugno - PARMA
MEETING SURFATTANTE 2015 DAGLI ELGA AI LATE PRETERM: QUALE APPROCCIO?
Responsabili Scientifici:
G. Vento - G. Lista

4 Settembre - ROMA
IL CFM (CEREBRAL FUNCTION MONITOR) IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE
Promotore: GdS
Neurologia e Follow Up
Responsabili Scientifici:
Francesca Gallini, Roma

[clicca sul titolo del corso per informazioni](#)

COMPONENTI DEL PANEL

Sertac ARSLANOGLU

Direttore, Divisione di Neonatologia, Dr Behcet Uz Children's Hospital, Smirne, Turchia

Enrico BERTINO

Direttore, Unità di Terapia Intensiva Neonatale, Università di Torino, Italia

Luigi CORVAGLIA

Direttore, Unità di Terapia Intensiva Neonatale, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Bologna, Italia

Johannes van GOUDOEVER

Direttore, Dipartimento di Pediatria, Emma Children's Hospital and VU University Medical Center, Amsterdam, Olanda

Guido E. MORO

Presidente, Associazione Italiana Banche del Latte Umano Donato (AIBLUD) - Onlus, Milano, Italia

Jean-Charles PICAUD

Direttore, Neonatologia, Hopital de la Croix Rousse, Lione, Francia

Staffan POLBERGER

Direttore, Unità di Terapia Intensiva Neonatale, Ospedale Universitario di Lund, Svezia

Richard J. SCHANLER

Direttore, Cohen Children's Medical Center of New York, NY, and Hofstra North Shore-LIJ School of Medicine, NY, US

Caroline STEELE

Direttore, Clinical Nutrition and Children's Hospital of Orange County, Orange, CA, US

Ekhard E. ZIEGLER

Direttore, Fomon Infant Nutrition Unit, Università di Iowa, Iowa City, US

proteine vaccinate possano provocare una flogosi intestinale nei neonati con peso estremamente basso alla nascita. Que-

Banche del latte umano donato

Le banche del latte umano donato (BLUD) sono le strutture

dalle Regioni

Toscana: XV Update di Neonatologia

Il 28 e il 29 maggio 2015 si è tenuto a Firenze il Convegno "XV Update di Neonatologia" organizzato e presieduto dal prof. Carlo Dani. I partecipanti hanno potuto aggiornarsi su temi pneumologici (particolarmente interessanti i contributi di Ben Stenson sui target di saturazione e di G. Lista sul controllo automatico dell'erogazione di ossigeno), nutrizionali (originale l'intervento di V. Carnielli sulla "bile salt-stimulated lipase") e infettivologici (attuali gli interventi di L. Pugni sulla vaccinazione anti Rotavirus nelle NICU e di S. Perugi sul problema dell'infezione da CMV e l'allattamento al seno). Hanno arricchito il Convegno le letture del Presidente SIP e del Presidente SIN.



Emilia-Romagna: Meeting Surfattante 2015. Dall'ELGA ai Late preterm

Il 18 e il 19 giugno 2015 si terrà a Parma l'ormai consueto incontro scientifico organizzato dalla Chiesa che quest'anno è intitolato "Meeting Surfattante 2015. Dall'ELGA ai Late preterm: quale approccio" e che è organizzato in collaborazione con il Gruppo di Studio di Pneumologia della Società Italiana di Neonatologia.

Lombardia: A Expo 2015 la Consensus Development Conference

Il 15 e 16 maggio 2015 si è tenuta a Milano, alla Fiera e poi in sede Expo 2015, una Consensus Development Conference dal titolo "Il Latte di Donna nell'Alimentazione dei Neonati Prematuri: dalla Tradizione alla Bioingegneria", organizzata dal dott. Guido E. Moro per la Associazione Italiana Banche del Latte Umano Donato (AIBLUD).

La consensus conference ha consentito di elaborare un Documento finale intitolato "Il latte di donna nell'alimentazione dei neonati prematuri: dalla tradizione alla bioingegneria" che vi proponiamo nella sua interezza.