



L'editoriale

L'IMPORTANZA DELLE VACCINAZIONI PER IL SINGOLO E LA COMUNITÀ

di Mauro Stronati

Sono sempre più numerosi i genitori che decidono di ritardare la vaccinazione dei loro figli, oppure optano per una vaccinazione selettiva (scelgono arbitrariamente di vaccinare i loro figli contro alcuni patogeni ma non contro altri) o addirittura scelgono consapevolmente di non vaccinare i loro bambini. Tutto ciò sta causando una recrudescenza di malattie che si credevano eliminate, quali il morbillo endemico e la rosolia congenita, malattie potenzialmente invalidanti o fatali in alcuni casi. Ugualmente dicasi per altre gravi malattie infettive che ci eravamo abituati a non vedere più quali la difterite, la pertosse, la poliomielite.

Alcuni casi di meningite da Haemophilus influenzae di tipo b (Hib), anche questa malattia gravissima che colpisce bimbi molto piccoli, inclusi neonati e lattanti e prevenibile con un vaccino, sono stati segnalati recentemente.

La resistenza da parte di alcuni genitori a vaccinare i propri figli è causata dall'ansia riguardo a possibili eventi

continua a pag 2 >>



I RISCHI LEGATI ALLA DIMINUZIONE DELLE VACCINAZIONI

Preoccupante inversione di tendenza per le vaccinazioni obbligatorie, che continuano a diminuire. Ai pretermine andrebbe somministrato il vaccino anti-influenzale dopo l'età di sei mesi.

di Gaetano Chirico*

Dopo aver raggiunto livelli di copertura >96%, le vaccinazioni negli ultimi tre anni hanno dimostrato una significativa, quanto preoccupante, inversione di tendenza; le rilevazioni del 2014, riportate nella bozza del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2016-2018, indicano infatti percentuali <94% per le vaccinazioni obbligatorie, e circa dell'85% per morbillo, parotite e rosolia. Assume pertanto particolare rilevanza la ricerca dei più appropriati mezzi di comunicazione per diffondere il messaggio del rapporto costi/benefici altamente

favorevole delle vaccinazioni, e della loro ineguagliabile importanza preventiva sia per il singolo, sia per la comunità. Da ricordare inoltre che il rischio di effetti collaterali è contenuto (Maglione MA et al, Pediatrics 2014;134:1D13), ma va attentamente conosciuto, come pure vanno accuratamente ed individualmente valutate le possibili, seppur infrequenti, controindicazioni transitorie o permanenti.

CASI IN CUI LA VACCINAZIONE È RACCOMANDATA

La prevenzione vaccinale risulta particolarmente raccomandata in alcuni gruppi di soggetti ad alto

rischio, tra i quali vanno senz'altro annoverati i neonati pretermine, che, a causa delle complicanze della prematurità, risultano maggiormente esposti alle conseguenze dannose delle patologie infettive prevenibili dalle vaccinazioni. Il neonato pretermine presenta, com'è noto, una condizione di immunodeficienza tanto più accentuata e duratura, rispetto al neonato a termine, quanto più bassi sono l'età gestazionale ed il peso alla nascita. Inoltre, questi piccoli ricevono, a volte, trattamenti che potrebbero interferire

continua a pag 2 >>

L'evento

17 novembre Giornata nazionale del neonato pretermine

● In Italia nascono ogni anno circa 40mila neonati pretermine, cioè prima della 37a settimana di età gestazionale (Istat 2015/CeDAP 2014). La SIN, Società Italiana di Neonatologia, in occasione della Giornata Mondiale del Neonato Pretermine, il 17 novembre, richiama l'attenzione su due aspetti dell'assistenza ai neonati pretermine: l'assistenza nella prima ora di vita dei neonati di peso molto basso, la cosiddetta *Golden hour*, ed il follow-up dei neonati pretermine nei primi tre anni di vita.

LA GOLDEN HOUR

L'organizzazione dell'assistenza ai neonati pretermine, specie se di età gestazionale molto bassa (<32 settimane) ha subito negli ultimi 20 anni una vera e propria rivoluzione. L'isola neonatale si è trasformata in una DRICU (Delivery Room Intensive Care Unit) perché ottimizzare l'assistenza nelle prime fasi della vita di questi piccoli e fragili pazienti risulta fondamentale. Ma c'è ancora molto da fare. Dati della letteratura più recente enfatizzano l'importanza degli interventi di stabilizzazione del neonato pretermine di peso molto basso (VLBW, Very Low

continua a pag 4 >>

il documento del comitato nazionale di bioetica

Diseguaglianze nell'assistenza alla nascita: un'emergenza nazionale



"Ingiuste diseguaglianze nell'assistenza alla nascita nel nostro Paese mettono in seria crisi il rispetto del principio di giustizia in una delle sue più importanti e vitali espressioni, ossia nell'integrazione di due diritti umani fondamentali, il diritto all'eguaglianza e il diritto alla cura della salute, raggiungibile attraverso un'equa ripartizione delle risorse per la sanità": è quanto scrive il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) nella mozione "Diseguaglianze nell'assistenza alla nascita: un'emergenza nazionale". Con tale mozione il CNB vuole portare all'attenzione delle Istituzioni e dell'opinione pubblica le criticità assistenziali alla nascita presenti in molte Regioni del nostro Paese e riconducibili all'organizzazione del Sistema sanitario e delle sue strutture. Il problema di inique differenze nella fruizione del diritto alla salute riguarda tutti coloro che vivono in Italia, a qualsiasi fascia d'età appartengano, ma presenta risvolti di particolare responsabilità nella fase immediatamente successiva alla nascita, dal momento che i primi momenti della vita influenzano in modo significativo il futuro della persona. La mortalità infantile nelle Regioni meridionali è circa del 30% più elevata rispetto alle Regioni settentrionali. Le cause di questo fenomeno vanno ricondotte, oltre alla nota differente incidenza di problemi di ordine economico e sociale, ad un'insufficiente organizzazione delle cure perinatali (mancanza di posti letto di Terapia intensiva neonatale, piccole maternità, mancanza di un servizio di trasporto neonatale in vaste zone del nostro Paese). In particolare, rileva il Comitato, la frammentazione dei Punti nascita non favorisce la gestione delle emergenze e aumenta di molto il rischio clinico sia per la mamma che per il neonato. Molto spesso i centri con meno di 500 nati all'anno, particolarmente numerosi nelle Regioni meridionali, sono sprovvisti di attrezzature dedicate ed il personale presente non è specializzato ed idoneo ad affrontare situazioni di emergenza.

Editoriale

continua dalla prima pagina



Mauro Stronati

avversi legati ai vaccini.

In passato i genitori, conoscendo ed avendo davanti agli occhi le tragiche conseguenze di contrarre malattie infettive quali la poliomielite o la difterite, non avevano dubbi sul sottoporre a vaccinazione i loro bambini. Nel 1998 fu pubblicato un articolo, successivamente rimosso poiché giudicato fraudolento, che riportava una correlazione tra il vaccino morbillo-parotite-rosolia e l'autismo. Tale studio è stato smentito a più riprese da vari studi successivi condotti in svariati centri nel mondo. Tuttavia le conseguenze di quel primo fraudolento articolo rimangono vive anche a causa di una campagna di amplificazione che opera principalmente attraverso il web ed il passaparola nei social network. I genitori esprimono un ampio spettro di perplessità, ed invocano il diritto di crescere i loro figli secondo i loro principi etici e religiosi. Mentre pochi sono i genitori che si oppongono fermamente alla vaccinazione, molti genitori hanno perplessità proprio per questa campagna che è stata

effettuata negli scorsi anni. È una questione ampia che vede legge, etica e medicina a confronto. Ad esempio vi è chi invoca il diritto ad esprimere il consenso informato per la vaccinazione. Ma tale diritto non deve prevalere sul diritto dei più a vivere in una comunità protetta dal rischio di malattie infettive prevenibili. È chiaro che non vaccinare il proprio bambino lo metterà al riparo da alcune note reazioni avverse ai vaccini, quali le reazioni allergiche, possibili peraltro con qualunque farmaco. Inoltre un bambino non vaccinato che vive in una popolazione di bambini vaccinati sarà protetto dal cosiddetto effetto gregge (la malattia non comparirà nella popolazione perché la maggior parte dei bambini è vaccinata). Tuttavia se un numero consistente di genitori opterà per non vaccinare il proprio bambino, verrà meno proprio l'effetto gregge. Inoltre siamo a conoscenza di lattanti che hanno contratto la meningite da *Haemophilus influenzae* di tipo b (Hib), malattia prevenibile con la vaccinazione, e che ora portano con sé le sequele neurologiche incluso un ritardo mentale, come effetto della scelta dei loro genitori; o di adolescenti non vaccinati che hanno contratto la poliomielite e vivono ora le conseguenze della paralisi neurologica.

Oggi non si può e non si deve mettere in discussione l'importanza e la necessità delle vaccinazioni per il bene del singolo e della comunità.

Mauro Stronati

primo piano

LA VACCINAZIONE NEL NEONATO PRETERMINE

continua dalla prima pagina

con la reazione immunitaria, quali steroidi od immunoglobuline per uso endovenoso. Nondimeno, i numerosi studi sulle vaccinazioni condotti nel pretermine hanno dimostrato come, anche se in alcuni casi i livelli anticorpali risultino lievemente inferiori rispetto al neonato a termine, la risposta appare sufficiente per assicurare la protezione, sia nel breve sia nel lungo termine. In alcuni casi, come per il vaccino anti-epatite B o anti-pneumococco, può comunque rivelarsi opportuna una dose aggiuntiva di richiamo, oppure la valutazione della sieroconversione. Da segnalare che nel neonato pretermine, particolarmente se affetto da patologia cronica, la vaccinazione anti-tuberculare con BCG va procrastinata al momento della dimissione, mentre quella anti-influenzale potrebbe, anche dopo i sei mesi, non evocare una sufficiente protezione.

GLI EFFETTI COLLATERALI

L'incidenza di effetti collaterali (reazioni febbrili o flogistiche locali, irritabilità, pianto inconsolabile) risulta più bassa nel pretermine, verosimilmente per una ridotta capacità di risposta infiammatoria generale e locale. Tuttavia nei più piccoli, soprattutto se vaccinati durante il ricovero, prima dei 70 giorni di vita, sono più frequenti gli episodi di apnea-bradicardia e desaturazione, risulta pertanto prudente assicurare un periodo di osservazione, con eventuale monitoraggio, di almeno 48 ore dopo la somministrazione. In riferimento alle sempre più frequenti considerazioni sulla temuta induzione d'immunodeficienza transitoria da parte dei vaccini, va sottolineato che, al contrario, la risposta immunitaria risulta molto



più compromessa dopo la malattia naturale, esempio da morbillo, con conseguente aumento della mortalità globale da patologie infettive nei soggetti non vaccinati (Mina MJ et al, Science 2015, 348: 694-99). Pertanto, i pretermine, come raccomandato dalle maggiori società pediatrico-neonatologiche internazionali, devono essere immunizzati nel rispetto del calendario vaccinale, utilizzando dosi piene del vaccino, e secondo l'età cronologica, oppure al momento della dimissione dall'ospedale in caso di ricovero prolungato.

Ai pretermine andrebbe somministrato il vaccino anti-influenzale dopo l'età di sei mesi. Inoltre, per proteggere i pazienti con patologia cronica prima dei sei mesi di vita, anche i familiari e chi segue il bambino, compreso il personale ospedaliero, dovrebbero immunizzarsi contro l'influenza ("cocooning").

LA VACCINAZIONE TRIPLA

Altamente raccomandabile è anche la vaccinazione tripla anti-morbillo-parotite-rosolia, da eseguire, di norma, dopo i 12 mesi di età, ma che potrebbe essere anticipata nel pretermine, in relazione al minor rischio d'interferenza da parte degli anticorpi materni; questi ultimi, infatti, non sono più misurabili nei

piccoli nati pretermine già a sei mesi di età (Ichikawa I et al, Pediatrics International 2013; 55: 163-168). Alcune patologie del pretermine, quali la displasia broncopulmonare, anche se in ossigenoterapia, le crisi di apnea regredite o ben controllate dalla terapia, le infezioni virali minori non febbrili, una storia di pregresse convulsioni, attualmente ben controllate dalla terapia e senza sintomi di patologia neurologica evolutiva, l'infezione congenita da citomegalovirus, l'emorragia cerebrale intraventricolare non complicata, l'idrocefalo stabilizzato, non controindicano le vaccinazioni, anzi, al contrario, le rendono particolarmente raccomandate.

Tuttavia, anche se non esistono particolari controindicazioni alle vaccinazioni nel pretermine, salvo quelle previste anche per il neonato a termine (in particolare la presenza di patologia neurologica evolutiva e convulsivante che controindica l'impiego dell'antipertossica), è di comune riscontro il ritardo dell'epoca d'inizio, come confermato sia da studi italiani (Tozzi AE et al, Vaccine 2014; 32: 793-799), sia esteri.

* U.O. di Neonatologia e TIN Ospedale dei Bambini Spedali Civili Brescia

SININFORMA

Anno VII nr. 30/2015
Notiziario della SIN

Via Libero Temolo 4 (Torre U8)
20126 Milano
www.neonatologia.it

DIRETTORE
Mauro Stronati

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



professione

LA SIMULAZIONE IN NEONATOLOGIA: I TEMPI SONO MATURI

Arrivata dagli Stati Uniti, dove è molto diffusa, anche in Italia inizia a essere considerata fondamentale nella pratica medica. La SIN ha istituito una Commissione Consultiva sulla Simulazione con il compito di diffondere tale strumento.

di Antonio Boldrini

L'utilizzo della simulazione in ambito medico ha acquisito negli anni progressiva risonanza come tecnica di apprendimento interattivo. Implementata da Gaba in ambito anestesiológico, si diffonde in medicina e in chirurgia: attualmente, negli Stati Uniti, è considerata requisito fondamentale ai fini del conseguimento della certificazione. La simulazione trova i suoi fondamenti ontologici nella struttura stessa della mente umana, predisposta ai comportamenti d'imitazione e d'immedesimazione, e negli studi degli psicologi cognitivi eseguiti nell'ultimo secolo sui modelli di apprendimento dell'adulto. L'avanzamento delle tecnologie nell'ambito diagnostico-terapeutico si è accompagnato a un aumento sostanziale della complessità dei sistemi di gestione. La complessità espone il professionista al rischio, e di conseguenza all'errore, che può avere effetti catastrofici per le relazioni sussistenti fra le diverse componenti di questi sistemi. La simulazione si pone in ambito medico come utile strumento di prevenzione del rischio clinico, consentendo di mettere a fuoco, senza con-



seguenze lesive sui pazienti, eventuali lacune presenti nel comportamento degli operatori. Essa è quindi utile coadiuvante dell'apprendimento, del mantenimento delle competenze acquisite nonché del progressivo aggiornamento delle conoscenze individuali, in un processo di formazione continua. Il suo utilizzo ha, inoltre, consentito la definizione delle abilità non tecniche, ovvero dell'insieme delle capacità decisionali e organizzative necessarie per la gestione di scenari complessi in ambito clinico. La Neonatologia di Pisa, che dirigo, ha sposato la metodologia e messo a punto il suo Centro di Formazione "Nina" e... un Laboratorio di Simulazione, già nel 2008. Prima i Corsi di Rianimazione (per l'area vasta), poi i Corsi Base (destinati a medici in formazione) per le abilità tecniche dove era importante allenarsi su trainer, disegnati e realizzati in collaborazione con Bioingegneri della Scuola Superiore Sant'Anna; infine Corsi Avanzati, dedicati a colleghi esperti, con scenari che mettes-

sero a fuoco, con le abilità non tecniche, punti positivi e punti di miglioramento, simulando in ambienti ad "alta fedeltà". L'organizzazione e l'attuazione di una simulazione ha un momento di scrittura, una fase di analisi critica e ovviamente uno di realizzazione, prevedendo strumenti di feedback e di analisi dei risultati. Ovviamente tutto ciò non è frutto di improvvisazione ma di certificata esperienza. La SIN ha creduto in questo e ha costituito una Commissione Consultiva sulla Simulazione con il compito di diffondere tale strumento e formare, tramite Corsi Train the Trainer, istruttori con competenze in simulazione con l'intento di realizzare un "Network di Centri di Simulazione" dove continuare a sviluppare la metodologia e un linguaggio comune.

con il contributo di
dott. Armando Cuttano
responsabile del Centro di
Simulazione "NINA" di Pisa e
coordinatore della Commissione
Consultiva sulla Simulazione SIN

letteratura

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

UNO SGUARDO AL FUTURO

Nuovi orizzonti per la protezione neurologica del neonato grazie al miglioramento della neuroprotezione endogena. (New horizons for newborn brain protection: enhancing endogenous neuroprotection. Hassell KJ, et al. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2015 Nov;100(6):F541-52. doi: 10.1136/archdischild-2014-306284. Epub 2015 Jun 10.) In questa review gli autori analizzano le recenti acquisizioni sui meccanismi responsabili della neuroprotezione endogena aprendo nuove interessanti possibili prospettive terapeutiche che si aggiungerebbero alla ormai consolidata "ipotermia terapeutica" applicata ai neonati a termine con encefalopatia ipossico-ischemica moderata-grave. La protezione del danno neurologico al momento della nascita rappresenta una priorità sanitaria mondiale. L'asfissia peri-partum è la terza causa mondiale di mortalità infantile ed è responsabile di circa 1 milione di neurodisabili/anno. L'encefalopatia neonatale (EN) riconosce non solo un meccanismo puro ipossico-ischemico ma anche infiammatorio. Nel secondo caso l'ipotermia risulta meno efficace. Gli autori analizzano approfonditamente la complessa e multifattoriale eziologia della EN distinguendone la fase acuta, la fase latente, la fase secondaria e la fase terziaria. Proprio in quest'ultima fase che si protrae per settimane ed anni dopo l'insulto iniziale, gli autori analizzano le strategie che sono in grado di aumentare la risposta neuroprotettiva endogena. In particolare prendono in considerazione la "remote ischaemic postconditioning" (RIPostC). Con questo termine ci si riferisce ad un complesso fenomeno che è stato recentemente dimostrato nell'animale e in pazienti sottoposti ad insulti ischemici (stroke, infarto) basato sul concetto che uno stimolo ischemico subtotale di breve durata applicato ad organo non vitale, di solito un arto, protegge un altro organo a distanza (cuore, cervello) contro insulti ischemici. Nei modelli animali sperimentali di stroke la RIPostC si è dimostrata in grado di proteggere il cervello anche a distanza di tempo dall'insulto iniziale. Nell'articolo vengono illustrati i tre meccanismi attraverso i quali la RIPostC esplica la propria neuroprotezione: la via neuronale, la via umorale e la via sistemica (immuno-modulazione e regolazione della pressione sanguigna) ed analizzati altri aspetti della neuroprotezione endogena mediata dalla melatonina, dall'eritropoietina e dai cannabinoidi endogeni. Questa review è interessante per capire quale sarà il passo successivo da compiere per migliorare gli esiti della EN combinando l'ipotermia, che oggi è una terapia standard, con altri approcci terapeutici.

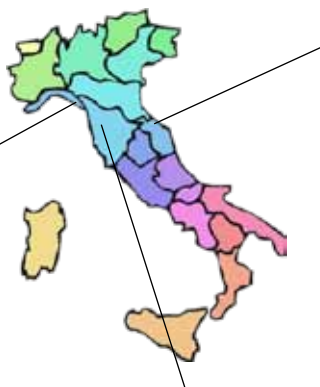
● [clicca sui link contenuti negli articoli scientifici per approfondimenti](#)

dalle Regioni

Liguria:

A Genova il Congresso regionale della Sezione Liguria della SIN

Si svolgerà il 20 novembre a Genova il Congresso regionale della Sez. Liguria della SIN. Il Congresso è l'occasione annuale più importante per confrontare le esperienze delle varie realtà neonatologiche della nostra regione ma vuole essere soprattutto momento di aggiornamento e revisione delle conoscenze nel nostro ambito operativo. La prima sessione è dedicata alla nefrologia, argomento mai trattato in passato: si parlerà di embriogenesi e diagnosi prenatale, di epidemiologia delle uropatie mal formative e relative terapie, sia mediche che chirurgiche, dell'insufficienza renale e della sua gestione fino al trapianto. La seconda sessione, invece, affronta un problema sempre attuale: la nutrizione del neonato. Una lettura su questo argomento occupa l'intera sessione. Viene dato ampio spazio alle comunicazioni che occuperanno le due sessioni successive.



Marche:

a Colli del Tronto un convegno su bambino e ambiente

Il 16 e il 17 ottobre all'Hotel Casale si terrà un convegno sul condizionamento che l'ambiente esercita sul bambino. Un evento di formazione e discussione sul condizionamento che l'ambiente esercita sull'età evolutiva. Saranno coinvolte le diverse figure professionali dell'area materno-infantile che tra loro collaborano e accompagnano il bambino nel suo lungo percorso di crescita, a partire dall'ambiente intrauterino. Il convegno è organizzato dalle UO di Neonatologia-Pediatria di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto e prevede due giornate formative divise in due sessioni di lavoro e una dedicata esclusivamente all'ostetrico-infermieristica. Tra i relatori il prof. Mario De Curtis, ordinario presso la Facoltà di Medicina e Odontoiatria della Sapienza, Università di Roma, Direttore della UOC di Neonatologia, Patologia e Terapia Intensiva Neonatale presso l'Umberto I di Roma.

Toscana:

a Siena il Congresso regionale SIN - Sezione Toscana

Il 28 novembre i neonatologi della Toscana iscritti alla SIN si incontreranno in occasione del Congresso regionale di neonatologia. L'evento chiama a confronto gli specialisti sugli aspetti fondamentali della gestione del neonato. Sotto il coordinamento scientifico del Prof. Giuseppe Buonocore il congresso affronterà diversi temi di attualità, tra cui l'assistenza al neonato in sala parto; le prime cure neonatali, le dimissioni.

GIORNATA DEI PRETERMINE 2015

continua dalla prima pagina

Birth Weight) o estremamente basso (ELBW, Extremely Low Birth Weight) in sala parto. L'espressione Golden hour si riferisce alle cure della prima ora



di vita, che possono influenzare ampiamente gli esiti a distanza in questa popolazione di neonati estremamente vulnerabili. Il concetto di Golden hour include la rianimazione cardiorespiratoria, la termoregolazione, l'antibiototerapia precoce, la nutrizione parenterale per la prevenzione o la gestione dell'ipoglicemia. È, dunque, un intervallo di tempo in cui l'équipe medico infermieristica applica efficacemente protocolli mirati (team-oriented task-driven protocols).

lo studio

La personalità degli adulti nati pretermine

Il commento ad un articolo di recente pubblicazione.

a cura di **Amelia Di Comite**

Si tratta di uno studio prospettico di una popolazione di nati pretermine di EG < 32 settimane (VP) e/o di PN < 1500 g (VLBW) negli anni 1985/1986 in Germania, la cui personalità viene studiata a 26 anni di età. In particolare vengono analizzati i dati di 200 VP/VLBW e confrontati con quelli di 197 controlli che completano il follow up. Si prendono in considerazione cinque caratteristiche della personalità quali: introversione (alternativamente estroversione), nevrosi (es: stato d'ansia e di tensione), chiusura alle esperienze (alternativamente apertura), buona disposizione d'animo (es: comportamenti socialmente favorevoli), e coscienza (es: senso di responsabilità o dipendenza). Vengono, inoltre, considerate le caratteristiche che delineano l'autismo e la propensione ad affrontare il rischio. I risultati indicano che i VP/VLBW ottengono punteggi mediamente più alti rispetto ai loro coetanei nati a termine per tutti i tratti della personalità considerati, eccetto due, la coscienza e la chiusura. Tale differenza non varia sostanzialmente quando dall'analisi vengono esclusi potenziali fattori confondenti quali complicanze della gravidanza, età materna alla nascita, livello socio-economico della famiglia e sesso e non può essere spiegata dalle capacità cognitive. Fatta eccezione per l'amabilità, le caratteristiche più frequentemente riscontrate nella popolazione VP/VLBW, vale a dire i tratti autistici, l'introversione, l'ansietà, e la ridotta attitudine ad affrontare il rischio delineano, raggruppate insieme, un profilo di "personalità socialmente ritirata" come indicato dalla facile propensione alla preoccupazione, dall'essere meno socialmente

IL FOLLOW-UP: IL NUOVO DOCUMENTO DELLA SIN

Cosa fare dopo la dimissione di un neonato pretermine? E quali i controlli da effettuare? Quando tornare dal neonatologo o andare dal pediatra? Queste domande trovano risposta nelle Indicazioni per il Follow-up dei neonati pretermine nei primi tre anni di vita messe a punto dalla Società Italiana di Neonatologia (SIN).

Le indicazioni della SIN si basano su tre principi. Il primo è la multidisciplinarietà. Un servizio di Follow-up necessita di poter contare su diverse figure professionali (neonatologo, neuropsichiatra infantile, fisiatra, psicologo, fisioterapista, psicomotricista, oculista, audiologo, neurochirurgo, nutrizionista, pneumologo). Il secondo aspetto è l'approccio patient and family centered, per garantire la filosofia assistenziale iniziata nella TIN. Infine per garantire un follow-up ottimale è necessaria la costruzione di una rete tra tutte le realtà socio-sanitarie del territorio, i percorsi sanitari, riabilitativi e terapeutici.

IL CALENDARIO DEI CONTROLLI

La grande novità è rappresentata dal Calendario dei controlli del neonato pretermine, valido strumento, per i medici e per le famiglie, sia per l'individuazione precoce di disturbi neurologici gravi, che di anomalie transitorie, che permetta anche un dettagliato studio dell'accrescimento, delle funzioni visive e uditive e degli esiti respiratori. Il primo contatto con la famiglia dovrebbe avvenire al momento della dimissione. Qui l'équipe del Follow-up si presenterà, prenderà le "consegne" sullo stato di salute del piccolo al momento dell'uscita dalla TIN e illustrerà brevemente alla famiglia come e dove avverranno i controlli successivi. Seguono poi gli altri step: 7-10 giorni; 40 settimane; 2-3 mesi; 6-8 mesi; 12-14 mesi; 18-24 mesi; 36 mesi. È fondamentale stabilire un programma in grado di soddisfare i bisogni del bambino e della sua famiglia, minimizzando i disagi creati al nucleo familiare da controlli troppo ravvicinati, frammentati, inadeguati e con tempi di attesa troppo lunghi.

Tenendo conto delle difficoltà e dei bisogni dei genitori al momento del rientro a casa, da non sottovalutare è anche la "care" della famiglia. Il pediatra di famiglia può indicare e tenere i contatti con i vari specialisti, la società può facilitare la vita pratica della famiglia fornendo permessi di lavoro, meno burocrazia, corsie preferenziali, parcheggi, la famiglia di origine può dare un supporto emotivo/affettivo duraturo nel tempo e per tutto il tempo necessario.

I COSTI DELL'ASSISTENZA

Oggi, di non secondaria importanza sono i costi per garantire la sopravvivenza e ridurre le patologie e le disabilità permanenti dei neonati altamente pretermine. Per ogni prematuro estremo (nato prima delle 28 settimane) sopravvissuto, infatti, i costi oscillano tra i 100 e i 300 mila euro a seconda della patologia, cui vanno poi aggiunti quelli per le eventuali complicanze a distanza (riabilitazione, sostegno scolastico ed eventuale terapia dell'handicap).



coinvolti, meno interessati a correre rischi e più rigidi nella comunicazione. Il più alto punteggio degli adulti VP/VLBW riguardante il suddetto profilo di personalità è verosimilmente il risultato di molteplici fattori quali: le alterazioni cerebrali, strutturali e funzionali, correlate alla nascita pretermine, la considerevole esposizione alle precoci e molteplici sollecitazioni stressanti della terapia intensiva neonatale che influenzano lo sviluppo degli organi e dell'organismo adulto, nonché le relazioni con i genitori e i propri pari. La nascita pretermine è infatti causa di preoccupazione genitoriale e può portare ad un atteggiamento iperprotettivo che non aiuta la propensione ad affrontare il rischio in età adulta. Sebbene si possa senza dubbio considerare che globalmente la qualità delle cure e della assistenza prestata nei reparti di TIN è considerevolmente migliorata nell'ultimo ventennio è pur vero che sopravvivono nati pretermine di età gestazionale e peso mediamente più basso rispetto ai decenni passati. Pertanto l'identificazione precoce dei tratti caratterizzanti il profilo di "personalità socialmente ritirata" nel corso della crescita dei nostri piccoli pazienti può essere utile per attuare tempestivamente un programma di interventi, coinvolgenti i genitori, la famiglia e gli operatori, mirati a favorire le abilità sociali e tesi a migliorare nella vita adulta la qualità delle relazioni interpersonali, in qualsivoglia ambito, con i propri pari, con gli amici e con il partner.

19-20 Novembre - Napoli CORSO DI RIANIMAZIONE NEONATALE PER ESECUTORI

Responsabile Scientifico:
Daniele Trevisanuto

20 Novembre - Roma INTERNATIONAL WORKSHOP LA PROCALCITONINA NELLA GESTIONE CLINICA DEI PAZIENTI CRITICI CON INFEZIONE

Responsabili Scientifici
C. Auriti, P. Bagolan, A.
Dotta, A.C. Massolo, F.
Piersigilli, M.P. Ronchetti

20-21 Novembre - Bavero CORSO NEONATOLOGICO E PEDIATRICO LABORATORI DI NEONATOLOGIA E PEDIATRIA: OFTALMOLOGIA E NUTRIZIONE

Responsabili Scientifici
G. Bona, M. Agosti

21 Novembre - Roma X CONVEGNO INTERNAZIONALE DI NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

Responsabile Scientifico:
Mario De Curtis

27 Novembre - Roma IX CONVEGNO "CONFINI TRA BAMBINO SANO E BAMBINO PATOLOGICO"

Responsabile Scientifico:
Francesco Cartolano

28 Novembre - Siena CONGRESSO REGIONALE SOCIETÀ ITALIANA DI NEONATOLOGIA - SEZIONE TOSCANA

Responsabile Scientifico:
Giuseppe Buonocore

30 Novembre - Roma URGENZE EMERGENZE IN NEONATOLOGIA: PNEUMOTORACE

Responsabile Scientifico
Piermichele Paolillo

10-11 Dicembre - Bologna CORSO DI NUTRIZIONE ENTERALE E GASTROENTEROLOGIA NEONATALE PER MEDICI E INFERMIERI

Responsabile Scientifico:
Luigi Corvaglia