



SIN
SOCIETÀ ITALIANA DI
NEONATOLOGIA



SIN
SOCIETÀ ITALIANA DI
NEONATOLOGIA

SIN informa

Numero 1-2
Luglio 2011

Notiziario della Società Italiana di Neonatologia

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

TOPICS

Al XVII Congresso Nazionale SIN si parlerà di:

- ▶ Pneumologia
- ▶ Ematologia
- ▶ Farmacologia
- ▶ Ricerca Neonatologica in Europa
- ▶ Organizzazione come sistema
- ▶ Organizzazione come esperienza
- ▶ Bilirubina update
- ▶ Nutrizione
- ▶ Neurologia
- ▶ Sessione infermieristica
- ▶ Progetti e sviluppo nell'infermieristica neonatologica
- ▶ Aspetti emergenti nell'assistenza al neonato
- ▶ L'infermiere e le esperienze neonatali nel mondo
- ▶ La regionalizzazione delle cure
- ▶ Gestione del rischio in neonatologia
- ▶ Care
- ▶ Infettivologia
- ▶ Chirurgia
- ▶ Screening neonatale e sordità
- ▶ Nefrologia
- ▶ Corsi brevi

Visualizza il programma sul sito del congresso:
<http://congresso2011.neonatologia.it>

PIANO FORMATIVO SIN 2011/2012



- ▶ Corso di pneumologia neonatale
- ▶ Corso di metodologia ed epidemiologia clinica di base
- ▶ L'errore in farmacoterapia neonatale: strategie per l'individuazione e la prevenzione
- ▶ Le malformazioni dei genitali nel neonato
- ▶ Corso avanzato di rianimazione neonatale per esecutore
- ▶ L'accesso vascolare in neonatologia con simulazione
- ▶ Ipoacusia congenita: dallo screening neonatale al recupero della percezione uditiva
- ▶ Corso per istruttori di rianimazione neonatale
- ▶ Follow-up neuroevolutivo ed auxologico del neonato a rischio
- ▶ Assistenza e stabilizzazione del neonato pretermine e/o patologico in attesa del trasporto
- ▶ Corso di metodologia epidemiologica ed analisi dei dati applicato alla neonatologia
- ▶ Corso base di rianimazione neonatale per esecutore
- ▶ Stabilizzazione del neonato prima del trasporto
- ▶ Alimentazione del neonato a rischio
- ▶ Corso teorico pratico sulla gestione del neonato con encefalopatia ipossico - ischemica
- ▶ Percorsi diagnostico-terapeutici in ematologia ed immunologia neonatale
- ▶ Corso di nutrizione parenterale neonatale per medici e infermieri
- ▶ La gestione delle infezioni precoci in neonatologia

Per maggiori informazioni sulla programmazione visita il sito www.neonatologia.it

Presentazione

A cura di Paolo Gilberti

E' passato del tempo dal Congresso di Bari ed abbiamo nostalgia del nostro appuntamento annuale, durante il quale è possibile incontrarsi, discutere, confrontarsi nel clima di amicizia che da sempre caratterizza il nostro mondo.

La formula adottata a Bari trovò il vostro pressoché unanime consenso, almeno a giudicare dalle numerose attestazioni pervenute, e pertanto il Consiglio direttivo ha ritenuto di lasciarla immutata: Avremo una serie di sessioni dedicate all'aggiornamento su temi prevalentemente proposti dai Presidenti delle Sezioni Regionali e dai Segretari dei Gruppi di Studio ed avremo i corsi formativi.

Caratterizzano l'evento quattro sostanziali novità:

- ▶ La pubblicazione degli atti del Congresso in inglese su di una rivista impattata, ad ampissima diffusione nel mondo, The Journal of Maternal, Fetal and Neonatal Medicine.
- ▶ La partecipazione di esperti internazionali, tra i più importanti, nel campo della nutrizione.
- ▶ Un incontro di giovani ricercatori europei, che presenteranno i loro migliori lavori, selezionati da una Commissione internazionale
- ▶ Sessioni infermieristiche su temi finalmente scelti dagli operatori interessati.

La decisione di pubblicare gli Atti del Congresso in inglese ha l'obiettivo di far conoscere sempre più la neonatologia italiana ed i suoi protagonisti.

E' una finestra sul mondo, quale presupposto di una sempre maggiore integrazione, interscambio e collaborazione con le altre realtà, che la neonatologia italiana merita per gli eccellenti risultati che sono stati raggiunti nel nostro Paese.

La stessa ottica è alla base dell'incontro dei giovani ricercatori europei, organizzato in collaborazione con l'UENPS, che permetterà loro di conoscersi e di crescere insieme. Essi si confronteranno e stabiliranno contatti diretti di amicizia e di collaborazione.

Le due sessioni sulla nutrizione con la partecipazione di Esperti mondiali rappresentano un ulteriore tassello nel lungo percorso di globalizzazione culturale che caratterizza i nostri tempi.

Infine, l'attenzione sul mondo infermieristico, chiamato ad essere attore nel nostro Congresso, per la costruzione del "Team integrato", modello attuale e futuribile di un'assistenza del neonato sempre più attenta alle sue esigenze di salute e di "persona".

Questo è il programma del XVII Congresso della nostra Società, che si terrà nella splendida cornice di Sorrento.

Spero che vi piaccia e vi veda particolarmente numerosi.

SIN E LA COMUNITÀ SCIENTIFICA EUROPEA

International Award on Neonatology della Società Italiana di Neonatologia (SIN) in collaborazione con la Union of European Neonatal & Perinatal Societies (UENPS)

Il nostro primo bando europeo rivolto ai giovani ricercatori ha dato i suoi frutti.

Vi diamo in anteprima l'elenco dei vincitori che avranno la possibilità di presentare il proprio lavoro, durante il nostro Congresso, nell'ambito della Sessione RICERCA NEONATOLOGICA IN EUROPA

Presidente:

P. Gilberti (Napoli)

Moderatori:

V. Fanos (Cagliari), C. Moretti (Roma)

che si terrà in Auditorium

**MERCOLEDÌ 12 OTTOBRE
DALLE ORE 14.00 ALLE 17.00**

Didem Armangil
Turchia

Merih Cetinkaya
Turchia

Ilke Mungan Akin
Turchia

Stefania Vedovato
Italia

Filippia Aroni
Grecia

Chiara Protano
Italia

Giovanni Barone
Italia

Cristina Dalmazzo
Italia

Francisca Olivera Peixoto
Portogallo

Patricia Daniela Pereira Terra
Portogallo

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
redazione@biomedica.net
www.biomedica.net

Congedo parentale a beneficio dei nati pretermine: finalmente trionfa l'equità dopo anni di istanze

A cura di F. Macagno

Su invito del Presidente, attivamente partecipa ad ogni iniziativa intrapresa a favore dei neonati ai tavoli istituzionali, con molto piacere segnalò che nell'ambito della Medicina Perinatale il quattro aprile 2011 rimarrà una data storica, a favore dei nati pretermine e delle loro famiglie. Infatti in quel giorno "La suprema Corte dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art.16, lettera c) del decreto legislativo 26 marzo 2001, n.151 (Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'art. 15 della legge 08 marzo 2000, n. 53), nella parte in cui non consente, nell'ipotesi di parto prematuro con ricovero del neonato in una struttura sanitaria pubblica o privata, che la madre lavoratrice possa fruire, a sua richiesta e compatibilmente con le sue condizioni di salute attestata da documentazione medica, del congedo obbligatorio che le spetta, o di parte di esso, a far tempo dalla data di ingresso del bambino nella casa familiare".

Fin qui il testo della sentenza, che analizza un lungo percorso formale che a partire dal 2001 ha visto la SIN - in collaborazione con altre società scientifiche e associazioni di area materno-infantile - affrontare in diverse sedi istituzionali (parlamentare, giurisdizionale, amministrativa, ecc) la rivendicazione da parte della madre del nato prematuro della presunta legittimità dell'usufrutto del congedo obbligatorio post-parto, a partire dalla data presunta per il parto o dalla data di dimissione dalla struttura sanitaria in cui sia ricoverato il neonato, e non dalla data del parto.

E' ben noto ai neonatologi che, in base al decreto del 26 marzo 2001, n.151 e norme correlate, qualora il nato pretermine richieda ricovero protratto per oltre 10-12 settimane a partire dalla nascita, la madre si trovi nella condizione di vedere esaurito il periodo di congedo proprio al momento di prendersi cura del piccolo al rientro in famiglia, anche nel caso in cui i suddetti tre mesi vengano integrati dalla quota di giorni non goduti prima della data presunta per il parto, a causa della nascita prima del termine.

Queste norme violano parecchi dettati costituzionali, in particolare l'art.3 Cost., in quanto determina una ingiustificata disparità di trattamento tra il caso di parto a termine e quello di parto pretermine: solo nel primo caso si ottempera ad una adeguata tutela della maternità e alla salvaguardia dei diritti dei minori e del nucleo familiare (Artt. 29,30,31, 37 Cost). Già nel 1999 una precedente sentenza della Corte Costituzionale (n.270) aveva dichiarato l'illegittimità della norma vigente nella parte in cui non prevede una diversa decorrenza dei termini del congedo parentale nell'ipotesi di parto prematuro, ma, prospettando differenti soluzioni, tale sentenza aggiunse inopportuno che "la scelta tra le diverse possibili soluzioni spetta al legislatore", pur pervenendo alla declaratoria d'illegittimità costituzionale della legge 1204 del 1971, che regola i termini del periodo di astensione obbligatoria dal lavoro della gravida e della madre nel post-parto.

Questa delega al legislatore, in contrasto con l'art.3 Cost., perpetuerebbe di fatto una disparità di trattamento priva di ragionevole giustificazione e pertanto, nel prendere atto che sino ad oggi, nonostante ripetute istanze, la norma non sia stata modificata, la Corte Costituzionale ha decretato che in caso di prematurità esitata in ricovero del neonato in una struttura sanitaria pubblica o privata, con corredo di documentazione medica attestante la necessità di ricovero ospedaliero del neonato, "il congedo obbligatorio spetti a far tempo dalla data d'ingresso del bambino nella casa familiare." Questa sentenza permette di superare il dettato dell'art. 11 della legge 8 Marzo 2000, n. 53 ("Disposizioni a sostegno della maternità") che, nell'accogliere le osservazioni della Corte Costituzionale, si ispira in parte ad una delle soluzioni proposte nella succitata sentenza costituzionale del 1999, senza tener in debito conto i diritti del nato gravemente pretermine, sino a poco fa illegittimamente penalizzato.

Finalmente questi bambini, i più deboli tra i deboli, avranno garantito l'accudimento materno nel cruciale passaggio dal reparto ospedaliero all'accoglimento in famiglia! A pochi mesi di distanza dalla pubblicazione della "Carta dei diritti del bambino nato prematuro" la SIN e il Coordinamento Nazionale delle Associazioni per la Neonatologia VIVERE hanno ulteriore motivo di soddisfazione al termine di lunghe battaglie a beneficio delle famiglie dei nati pretermine e di questi neo-cittadini. Si tratta infatti del 6.9% dei nati italiani, cioè di circa 37.000 bambini. Tra questi oltre 5500 - quelli cioè nati molto prima del termine, tra la 23° e la 31° settimana, oppure meno pretermine, ma richiedenti un ricovero protratto per patologie malformativa. gravi infezioni, ecc - necessitano di ricoveri protratti e rappresentano pertanto i maggiori beneficiari. Non capiterà più che questi piccolissimi, accolti per la prima volta nella loro casa, vedano la madre rientrare al lavoro dopo pochi giorni o poche settimane, sotto minaccia, in caso diverso, di perdere il posto di lavoro.

Attraverso la pubblicazione su SIN-Informa di questa importante notizia, ripresa soltanto da alcuni organi di stampa a diffusione nazionale, la nostra Società invita caldamente i neonatologi a predisporre moduli aziendali di dichiarazione di ricovero - vedere facsimile riprodotto nel box accanto - e a sostenere le richieste avanzate dai genitori presso gli uffici competenti, segnalando che l'INPS è al corrente della suddetta sentenza e della decorrenza immediata, con pubblicazione avventa sulla G.U. n.16 del 13 aprile 2011.

FACSIMILE DI CERTIFICAZIONE DI RICOVERO OSPEDALIERO DEL PRETERMINE da inoltrare ai destinatari secondo diritto.

AZIENDA/OSPEDALE/CLINICA.....
SOC/UNITA'.....
SEDE.

....., data ...

DICHIARAZIONE

Con riferimento alla sentenza della Corte Costituzionale n. 116 del 04.04.2011 (G.U. n.16 del 13.04.2011), dichiarante la incostituzionalità della normativa ex art. 16, lettera c, del decreto legislativo 26 marzo 2001, n 151 e il diritto della madre del nato pretermine di usufruire, a sua richiesta e compatibilmente con le sue condizioni di salute attestata da documentazione medica, del congedo obbligatorio che le spetta, o di parte di esso, a far tempo dalla data di ingresso del bambino nella casa familiare a seguito della dimissione dalla struttura ospedaliera che lo ha accolto con diagnosi di prematurità

Si dichiara che(cognome e nome, codice fiscale, data e luogo di nascita, residenza) è stata/o accolta/o alla nascita in stato di prematurità (N. Cartella clinica e giorno di ricovero) all'età gestazionale di settimane complete (data prevista per il partogg/mm/aaaa) e ricoverata/o sino a tutt'oggi(data).

Si rilascia a richiesta diin qualità di del suddetto minore per gli usi consentiti dalla legge.

Il medico responsabile

Con ragione e sentimento. Per cambiare

A cura di G. Calciolari

E' stato recentemente pubblicato ed è ora in corso di diffusione "CON RAGIONE E SENTIMENTO - LE CURE NEONATALI A SOSTEGNO DELLO SVILUPPO", libretto di raccomandazioni redatto dal gds sulla care con il coordinamento di Grazia Colombo, sociologa, da anni attiva collaboratrice degli operatori sanitari che operano nell'ambito del nostro gruppo.

L'idea editoriale, nata tre anni fa, si è progressivamente realizzata con il contributo dei vari operatori che negli ultimi tempi sono stati protagonisti dell'attività di formazione svolta a vari livelli dal "gruppo care" in risposta alle richieste di informazione, di approfondimento, di aggiornamento giunte dai diversi reparti di terapia intensiva neonatale così come dai "nidi" e dai reparti di secondo livello. Gran parte di quanto descritto è parte integrante del materiale didattico utilizzato.

L'opuscolo si pone l'obiettivo di far conoscere e diffondere modalità di cura e di assistenza centrate sull'individualizzazione dell'intervento sul neonato, posto al centro della sua famiglia, in un'ottica finalizzata alla promozione dello sviluppo, indipendentemente dalle condizioni di salute per le quali i neonati sono ospitati nei reparti di patologia neonatale e nelle unità di terapia intensiva. Le raccomandazioni contenute nell'opuscolo sono indirizzate a tutti gli operatori che, a vario titolo, entrano in rapporto con i neonati in ambito ospedaliero e sono state approvate dal Direttivo del Gruppo di Studio sulla Care in Neonatologia e dal Direttivo della Società Italiana di Neonatologia.

Il titolo scelto per questa pubblicazione (la prima, così strutturata, in lingua italiana) richiama l'importanza di coniugare esigenze che sembrano sorgere dalla sfera emotiva con quelle della evidenza scientifica: in effetti l'attuazione di procedure assistenziali finalizzate a modificare l'ambiente e l'organizzazione del lavoro nelle TIN nella direzione delle cure individualizzate e centrate sulla famiglia richiede un approccio ragionato e basato sull'evidenza scientifica. Le raccomandazioni di questo opuscolo ubbidiscono a questo imperativo.

La ricerca dell'evidenza scientifica non è in questo ambito del tutto facile: valutare l'efficacia e l'efficienza di ogni singola azione in un contesto di cure molteplici, dove una procedura si sovrappone ad altre (un esempio: la care posturale del neonato sottoposto a ventilazione artificiale si sovrappone alla terapia analgesica ed è correlata all'organizzazione globale del microambiente della incubatrice) pone delle concrete difficoltà nell'ambito di una ricerca che si propone di valutare il "benessere" del neonato nel suo insieme, a breve e lungo termine. Altresì difficile identificare un campione di studio omogeneo per la complessa interazione fra componenti biologiche pre- peri- neo-natali che caratterizzano la individualità clinica del neonato "da studiare". Inoltre, le modalità assistenziali di una TIN si differenziano inevitabilmente da quelle di un'altra TIN, al di là dell'adozione di linee-guida e protocolli codificati e condivisi, per il sovrapporsi di elementi ambientali ed umani difficili da isolare e quantificare: ardua quindi l'effettuazione di studi multicentrici rigorosi. Problemi in ambito etico-deontologico sollevano infine difficoltà nell'attuazione di studi ciechi.

Per quest'insieme di fattori la letteratura non appare ricca di studi che, per numerosità e rigore di attuazione, rispondano alle esigenze della "medicina basata sull'evidenza" (EBM).

Il Vermont Oxford Network, che - come è noto - raccoglie i dati di TIN sparse in tutto il mondo, ha negli ultimi anni attuato iniziative di notevole interesse in questo ambito, giungendo a pubblicare nel 2005 i risultati di un gruppo di studio multicentrico ("exploratory group") che ha analizzato l'evidenza scientifica di un certo numero di procedure, in parte centrate sull'impatto ambientale delle UNTI, in parte sul ruolo attivo della famiglia.

Questo documento appare a tutt'oggi uno strumento utile per avviare il cambiamento all'interno della propria TIN, alla luce dell'EBM, in quanto suggerisce agli operatori un percorso metodologico ben preciso. Ad esso ci siamo costantemente ispirati, ad esso invitiamo i nostri lettori per un ulteriore approfondimento culturale.

Il cambiamento può solo avvenire in un contesto di realtà, partendo dalla reale situazione del proprio reparto (spazi a disposizione, numerosità dell'organico, disponibilità degli operatori).

Appare utile e funzionale ai programmi di implementazione affrontare il percorso del cambiamento a "piccoli passi", scegliendo - per esempio - di migliorare una procedura per volta. Occorre scegliere una procedura motivandola alla luce di quanto può essere riscontrato nella letteratura, valutandone la forza dell'evidenza. Lo scopo è appunto quello di trovare la migliore soluzione possibile ("potentially better practice") all'interno del proprio contesto lavorativo a prescindere da quella che può essere la migliore soluzione in assoluto.

Il cammino è sicuramente tracciato e la neonatologia moderna non può prescindere dagli aspetti di "care" sempre più evidenziati dalla letteratura, così come la neonatologia non può prescindere dal continuo arricchimento tecnologico. Riteniamo che le raccomandazioni contenute in questo libretto aiutino gli operatori a percorrerlo nel modo migliore.

Gruppo di Studio Pneumologia

A cura di G. Lista

Il 16 febbraio 2011 si è riunito a Genova il GdS di Pneumologia della SIN.

All'ODG:

- 1) Verifica programma del GdS (corsi di formazione, trias clinici)
- 2) Contributo del GdS al Congresso SIN ottobre 2011
- 3) varie ed eventuali

1) Si è concordato di continuare il progetto già avviato dalla precedente segreteria del GdS, relativo a corsi di formazione in ambito respiratorio (diagnosi/terapia), cercando di capire i fabbisogni degli utenti (medici ed infermieri delle nostre neonatologie), utilizzando soprattutto workshop di tipo interattivo, più che semplici lezioni frontali. I contenuti, già presentati in via preliminare alla direzione SIN (es. corso avanzato di ventilazione neonatale, corsi di rianimazione con simulatore ad alta tecnologia, ecc) sono stati nuovamente approvati dal GdS. Relativamente ai trials clinici promossi o sostenuti dal GdS, si è verificato lo stato di avanzamento del: a) trial "BPD e genetica" (promotore Somaschini) che annovera già 200 pazienti arruolati tra le 24 e le 32 settimane di e.g. dai 9 centri partecipanti (pazienti previsti circa 450 in toto), ma che probabilmente nel breve periodo annovererà l'inserimento di altri due o tre centri; tempo previsto di chiusura dello studio all'inizio del 2012; b) trial "Ruolo della SLI nella rianimazione del neonato pretermine" (promotori Lista e Dani), che prevede l'arruolamento di oltre 300 neonati pretermine inborn tra le 25 e le 29 settimane di e.g. (17 TIN italiane coinvolte), sta aspettando di risolvere le pratiche relative alla copertura assicurativa. Si spera di poter iniziare lo studio entro l'estate 2011 (durata dell'arruolamento: circa 1 anno, dalla data di inizio).

2) Congresso a Sorrento: si è in attesa di sapere quali degli argomenti proposti al direttivo SIN, dal GdS di pneumologia, verranno poi accettati per le relazioni congressuali.

3) Si concorda nella necessità di raccordarsi con i GdS di genetica e rianimazione della SIN, data la possibilità di trovare sinergie nelle tematiche di ricerca. Si propone di estendere la ricerca clinica del ruolo della SLI nella rianimazione ad altre categorie di neonati a rischio di distress respiratorio (ad es. late preterm o asfittici). Si discute della possibilità di formulare per iscritto delle linee guida in ambito ventilatorio o raccogliere in forma on-line gli atti dei corsi di formazione, perché possano essere fruibili da parte di tutti gli iscritti della SIN. Nel 2012 si ipotizza l'organizzazione di un congresso del GdS di pneumologia (es.sulla BPD). La prossima riunione del GdS, sarà il 24 o 25 maggio 2011 a Firenze e quindi in sede plenaria nel corso del congresso nazionale SIN a Sorrento presumibilmente il 11/10/2011.



Accordo Stato-Regioni per il miglioramento del percorso nascita

A cura di P. Tagliabue

La conferenza stato-regioni ha recentemente emanato delle norme di politica sanitaria al fine di riorganizzare i punti nascita. L'obiettivo è certamente condivisibile così come è pure condivisibile la scelta di ridurre a due i livelli di cure Neonatali. Concentrerò la mia attenzione sulle problematiche neonatali, non entrando nel merito di quelle che sono state le scelte relative alla componente ostetrica.

Le nuove norme identificano solo due livelli di cure neonatali: i requisiti minimi e i criteri distintivi dei livelli di cura si ispirano ad un parametro assai discutibile e privo di evidenze scientifiche: il numero di nati/anno.

E' implicito che un numero maggiore di parti e di neonati da curare sottintende una maggiore esperienza, ma il numero di 500 è assolutamente arbitrario: perché non 750 o 1000 o addirittura 1500. Non esiste nella letteratura mondiale nessuna risposta a questa domanda, né è mai stata dimostrata una maggiore mortalità o morbilità nei punti nascita con meno di 500 nati. E' invece dimostrato che le Terapie Intensive Neonatali (TIN) con più di 100 nati con peso alla nascita < 1500 g danno maggiori garanzie di assistenza ed hanno migliori performance. Il che vuole dire che la stragrande maggioranza delle TIN italiane sono inadeguate; solo poche assistono un numero di VLBW > a 100/anno ed in gran numero ne assistono meno di 50.

A mio avviso, si dovrebbe rimarcare e porre in massima evidenza che il principio ispiratore, fondamentale ed irrinunciabile di un punto nascita risiede nella "safety" del neonato (ovviamente di madre e neonato ma abbiamo scelto di parlare solo del neonato). E' un diritto irrinunciabile per la popolazione di un paese evoluto dal punto di vista sanitario che la nascita avvenga in un centro che garantisca al 100% la sicurezza del neonato senza alcuna eccezione. Questa si realizza attraverso la guardia attiva 24 ore al giorno di un anestesista, un ostetrico, un pediatra/neonatologo con l'attivazione dei servizi di reperibilità per la componente ostetrica ed anestesologica e neonatale/ pediatrica qualora il centro sia sede di STEN.

Queste poche righe sono sufficienti ad identificare i punti nascita di I livello senza l'aggiunta di tantissima altra carta stampata: la mancata osservanza di queste pochissime regole non permette l'esistenza di un punto nascita sia in una grande città che in una remota zona sperduta nelle montagne.

Invece tali requisiti in verità presenti nel documento si diluiscono e nascondono all'interno di un lungo elenco di norme a mio avviso inutili o perlomeno discutibili, come vedremo di seguito, che indicano i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi dei due livelli di cura: tutte queste regole utili ai certificatori distolgono l'attenzione dal problema centrale che ritorno a dire è la sicurezza dei neonati. Ma a proposito di quel lungo elenco di requisiti siamo sicuri abbia un senso al giorno d'oggi? Siamo sicuri che i numeri delle incubatrici (1 per PL + il 50% per la TIN e 1 + il 20% per la sub-intensiva) siano corretti: ma in quale centro vi è una tale dotazione!? Sulla base di questi numeri nella mia TIN che ritengo adeguatissima tecnologicamente mancano almeno 15 incubatrici!!!. Esistono anche i lettini dove soggiornano i neonati in attesa di dimissione. Forse è meglio così perché non saprei neppure dove metterle. Così come mi mancano 6 ventilatori, dopo che ai nostri congressi tra l'altro andiamo a dire che la assistenza non invasiva è il futuro della assistenza respiratoria neonatale; asserzione per altro dimostrata dai dati di letteratura che indicano come una percentuale sempre minore di pretermine necessita di ventilazione meccanica. Ne consegue che così come

nessuna TIN chiuderà se non è in grado di assicurare quella assurda dotazione, nessun punto nascita chiuderà se non assicura i requisiti minimi della sicurezza; requisiti che devono avere la stessa importanza dell'impianto frenante di una automobile. Non esiste un'automobile che non abbia i freni. Poi sul numero dei cilindri, sulla potenza e sulla coppia si può discutere ma sui requisiti di sicurezza no.

Tornando ai requisiti minimi di sicurezza, sarebbe stato chiaro ai politici ed agli amministratori che per raggiungere almeno il break even economico (dovuto ai costi delle guardie attive e delle reperibilità), il numero dei neonati/anno in un centro di I livello avrebbe dovuto essere 1300 circa, con la remunerazione DRG vigente in Lombardia. Questo è il numero magico, lasciamolo decidere agli amministratori della Sanità Pubblica e della Sanità Privata entrambi sensibili ai conti economici e non inventiamoci numeri discutibili.

In zone geograficamente disagiate come le isole e le valli nelle zone montane è possibile che alcuni Ospedali abbiano un numero di nati inferiore; per queste eccezioni la Regione conscia delle necessità della popolazione tollererà uno sfavorevole rapporto in termini di costi ripianando le perdite con una funzione ad hoc.

Ed invece qual è stata la risposta dei funzionari regionali e degli amministratori di Ospedali a chi chiedeva chiarimenti sulla chiusura dei punti nascita con meno di 500 nati dettata dalle nuove norme. Riporto dal "GIORNO" del 15-09-10 la risposta del Direttore Generale della Sanità Lombarda Dr Carlo Lucchina, che ha profondamente a cuore le tematiche legate alla Neonatologia e si è fatto promotore di lodevoli iniziative, alla domanda se chiuderanno alcuni Ospedali con meno di 500 parti. "Per noi non sono previste altre chiusure la razionalizzazione è stata già fatta nel 2002" è la risposta del Direttore Sanità. In effetti il Dr Lucchina ha ragione: la riorganizzazione in Lombardia è già stata fatta. Nello stesso articolo del Giorno gli amministratori dei piccoli punti nascita, ancora esistenti in Lombardia, sostengono a loro volta di non potersi permettere un anestesista sempre di guardia (figuriamoci se si aggiunge l'ostetrico-ginecologo ed il pediatra). I costi sarebbero eccessivi.

Risultato: alcuni centri piccoli continueranno egualmente ad esistere come punti nascita ma per non eccedere nei costi lavoreranno all'interno di un sistema che non garantisce la sicurezza della madre e del neonato, eludendo a mio avviso il principio della "safety". Saranno splendide automobili con una carrozzeria invidiabile, con sedili in pelle ma senza freni.

Penso che questa posizione della Lombardia sarà fatta propria da molte altre regioni e per molte altre situazioni di difficile gestione: ahimè malgrado i buoni propositi, la revisione del percorso nascita corre il rischio di ottenere meno dell'atteso anche se rappresenta un passo avanti nella organizzazione delle cure neonatali. Ricordo che un'analoga scelta di chiusura dei punti nascita di primo livello avvenuta anni fa in Svezia è stata molto più decisa e chiara: i centri nascita devono assicurare un'assistenza intensiva al neonato anche nei centri di I livello seppure per poche ore. Se non si è in grado di fare ciò il punto nascita viene chiuso. Questo è il sistema che nel mondo ha il nome di "centralizzazione delle nascite" che si contrappone alla cosiddetta "regionalizzazione" che vive sui tre livelli di cure. Ma se la riorganizzazione italiana a due livelli tollera addirittura che non vi sia la guardia attiva che centralizzazione è!?

Avrebbe potuto ahimè con un piccolo sforzo ed una maggiore determinazione essere più efficace.

Formazione a Distanza (FAD)

Grazie al nuovo piano di Educazione Continua in Medicina, approntato dal Ministero della Salute, che apre le porte alla Formazione a Distanza, oggi è possibile aggiornarsi e nel contempo acquisire crediti formativi, senza rubare tempo ad un'agenda già ricca di impegni e responsabilità.

Abbiamo voluto cogliere immediatamente questa opportunità, implementando un progetto formativo ed articolato da destinare al personale infermieristico che opera in un ambito complesso e multidisciplinare come quello delle TIN. Riteniamo infatti che a una figura così centrale nell'assistenza neonatale debba essere data la possibilità di aggiornarsi in modo approfondito, attraverso un corso teorico-pratico dedicato, di cui si possa usufruire nel rispetto dei propri impegni ed esigenze.

Prof. Fabio Mosca

Presidente Regionale SIN Lombardia
Responsabile Scientifico dei Corsi

IN CALENDARIO:

- ▶ **Aspetti epidemiologici ed etici, problemi infettivologici e respiratori del neonato (crediti ECM 19,5)**
Il corso, suddiviso in due parti, desidera affrontare prima di tutti il tema delle cure perinatali e gli aspetti epidemiologici della nascita pretermine e poi il complesso e variegato campo delle infezioni neonatali del prematuro, con focus alle problematiche di carattere respiratorio. Temi di particolare interesse per l'infermiere che assiste il neonato insieme al medico in TIN.
- ▶ **Problemi cardiovascolari, nefrologici e neurologici del neonato pretermine (crediti ECM 13,5)**
Il corso, suddiviso in due parti, vuole fornire tutte le conoscenze utili per l'assistenza al letto del piccolo neonato pretermine. Presenta il quadro d'insieme dei problemi cardiovascolari del neonato a termine e pretermine: dall'ipertensione arteriosa al monitoraggio emodinamico del neonato critico, con focus sulle patologie renali e neurologiche, senza dimenticare la parte nutrizionale ed i problemi metabolici.
- ▶ **Problemi malformativi, neurosensoriali e il follow up a distanza (crediti ECM 15)**
Il corso, suddiviso in due parti, affronta i temi del neonato malformato di lunga degenza che necessita un intervento infermieristico specialistico e molto attento, prendendo in considerazione: la parte del neonato chirurgico, quella neurosensoriale e relativa terapia del dolore, il follow up a distanza. Estremamente utile la dimostrazione di manovre assistenziali infermieristiche del neonato critico.

Per maggiori informazioni visita il sito: <http://fad.biomed.net>

PROSSIMI CONVEGNI



Farmacologia e Neonato: più ombre che luci?
Roma, 14-15 settembre 2011

Le Malformazioni dei Genitali nel neonato
Roma, 19-21 settembre 2011

La valutazione qualitativa dei movimenti generalizzati secondo il metodo di Prechtl
Modena, 14-17 settembre 2011

IPOKRATES Clinical Seminar
La Spezia, 15 settembre 2011

Nutrition and Gastroenterology of the Newborn
Sorrento, 9-11 ottobre 2011
XVII Congresso Nazionale di Neonatologia
Sorrento 11-14 Ottobre 2011

Disorders of Sex Development: new directions and persistent doubts
Bologna, 14-15 ottobre 2011

Per maggiori informazioni
www.neonatalogia.it/formazione

EDITORIA SIN



Le cure neonatali a sostegno dello sviluppo
Raccomandazione per gli operatori della Terapia Intensiva Neonatale
Gruppo di Studio sulla Care in Neonatologia della Società Italiana di Neonatologia (SIN)
a cura di: G. Colombo
Anno di pubblicazione: 2011
Costo di copertina: € 22,00
acquistabile sul sito: www.biomed.net sezione Editoria / Catalogo Editoriale



Diagnosi e trattamento dell'iperammoniemia neonatale
Edizione italiana del protocollo diagnostico-terapeutico del Gruppo di Studio Spagnolo-Portoghese per le Iperammonemie neonatali
Revisione a cura di: A. Burlina, L. Giordano
Anno di pubblicazione: 2010
scaricabile gratuitamente sul sito: www.neonatalogia.it
Sezione Linee Guida SIN



Raccomandazioni sulla Stabilizzazione del neonato critico in attesa dell'arrivo dello sten
Società Italiana di Neonatologia Gruppo di Studio sul Trasporto del Neonato in Emergenza
a cura di: M. Agosti, P. Gancia, P. Tagliabue
Anno di pubblicazione: 2010
scaricabile gratuitamente sul sito: www.neonatalogia.it
Sezione Linee Guida SIN



Farmacoterapia Neonatale
guida pratica con supporto interattivo
a cura di: R. Agostino, A. Braguglia, M.L. Caccamo, A. Dotta, L. Massenzi, H. Messner, E. Sorrentino
Anno di pubblicazione: 2009
Costo di copertina: € 40,00
acquistabile sul sito: www.biomed.net Sezione Editoria / Catalogo Editoriale



Manuale di Infettivologia Neonatale
Società Italiana di Neonatologia Gruppo di Studio di Infettivologia Neonatale
a cura di: I. Stolfi, R. Pedicino
Anno di pubblicazione: 2009
Costo di copertina: € 35,00
acquistabile sul sito: www.biomed.net Sezione Editoria / Catalogo Editoriale

Cari Soci,

in allegato a questo numero del nostro giornale trovate il volume:

Le sordità diseguali, Il CMV congenito: Sordità e "non solo" a cura di Roberta Taurisano e Giorgio Lilli, gentilmente offertoci dalla Prof.ssa Buffolano e dal Dott. Auletta.

Ringrazio la Professoressa Buffolano e il Dottor Auletta per questo prezioso omaggio che ci offre l'opportunità per riflettere sul problema della sordità e della sua causa non ereditaria più frequente, ricavandone magari l'interesse ad iscriversi al nuovo Gruppo di Studio degli organi dei sensi, di recente costituzione.

Paolo Giliberti

NUOVO ORGANIGRAMMA SIN

SOCIETÀ ITALIANA DI NEONATOLOGIA

Sede
c/o Biomedica Srl
Via L. Temolo 4 – Milano
Tel. 02-45498282
Fax 02-45498199
e-mail: sin@biomedica.net

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente
Paolo Giliberti

Vice-Presidente
Rinaldo Zanini

Tesoriere
Vassilios Fanos

Segretario
Nicola Cassata

Consiglieri
Francesco Messina
Corrado Moretti
Piermichele Paolillo
Nicola Antonio Romeo
Paolo Tagliabue

Coordinatore
Vittorio Vigi

Revisori dei Conti
Alberto Chiara
Lidia Decembrino
Sandra Di Fabio

PRESIDENTI REGIONALI

Abruzzo - Molise
Sandra Di Fabio
sandra.difabio@virgilio.it
Ospedale San Salvatore - L'Aquila

Calabria
Gianfranco Scarpelli
gianfranco_scarpelli@virgilio.it
Presidio Ospedaliero Annunziata
Cosenza

Campania
Francesco Raimondi
raimondi@unina.it
A.U. Policlinico Federico II - Napoli

Emilia Romagna
Fabrizio Sandri
f.sandri@ausl.bologna.it
Osp. Maggiore, U.O. di Neonatologia e
Terapia Intensiva Neonatale - Bologna

Friuli Venezia Giulia
Franco Macagno
macagno.franco@aoud.sanita.fvg.it
Osp. S. Maria della Misericordia, Udine

Lazio
Mario De Curtis
mario.decurtis@uniroma1.it
A.O. Universitaria Policlinico Umberto I - Roma

Liguria
Paolo Moscatelli
paolo_moscatelli@fastwebnet.it
Ospedale Galliera - Genova

Lombardia
Fabio Mosca
fabio.mosca@unimi.it
Università degli Studi di Milano - Clinica Mangiagalli - Milano

Marche
Virginio Carnielli
v.carnielli@univpm.it
Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - Ancona

Piemonte - Valle d'Aosta
Antonio Marra
antonio.marra1@libero.it
Osp. Santa Croce, Neonatologia e
Terapia Intensiva Neonatale - Torino

Puglia - Basilicata
Giuseppe Presta
gpresta@alice.it
Ospedale Cardinale Provinciale Card. G. Panico

Sardegna
Marcella Testa
m.testa@libero.it
P.O. San Giovanni di Dio - Cagliari

Sicilia
Ignazio Barberi
barberii@unime.it
Azienda Policlinico Universitario
Unità di Terapia Intensiva Neonatale
Messina

Toscana
Carlo Dani
cdani@unifi.it
A.O.U. Careggi - Firenze

Trentino Alto Adige
Hubert Messner
hubert.messner@asbz.it
Ospedale Regionale di Bolzano

Umbria
Giancarlo Barboni
g.barboni@ospedale.perugia.it
Azienda Ospedaliera di Perugia

Veneto
Lino Chiandetti
chiandetti@pediatria.unipd.it
Azienda Ospedaliera di Padova

SEGRETARI GRUPPI DI STUDIO

Analgesia e Sedazione nel neonato
Gina Ancora
gina.ancora@aosp.bologna.it
Ospedale Maggiore Maternità - Bologna

Auxologia Perinatale
Alessandra Coscia
alessandra.coscia@unito.it
A.O. OIRM, S. Anna - Torino

Biochimica Clinica Neonatale
Diego Gazzolo (SIN)
dgazzolo@hotmail.com
P.O. G. Garibaldi - Catania

Michele Mussap (SIBioC)
michele.mussap@hsanmartino.it
Ospedale San Martino, Genova

Cardiologia Neonatale
Emma Cerini
emmacerini@yahoo.it
A.O. Istituti Ospitalieri Carlo Poma, Mantova

Care Neonatale
Guido Calciolari
guidocalciolari@hotmail.com
A.O. Alessandro Manzoni - Lecco

Ematologia
Mario Motta
lvmott@tin.it
Osp. dei Bambini, Brescia

Endocrinologia Neonatale
Franco Bagnoli
bagnoli@unisi.it
P.O. Le Scotte - Siena

Farmacoterapia Neonatale
Rocco Agostino
rocco.agostino@uniroma1.it
Ospedale S. Giovanni Calibita
Fatebenefratelli - Roma

Genetica Clinica e Dismorfologica
Luisa De Sanctis
luisa.desanctis@unito.it
Università di Torino

Immunologia Neonatale
Antonello del Vecchio
delveccant@libero.it
A.O. di Venere e Giovanni XXIII - Bari

Infettivologia Neonatale
Marcello Lanari
m.lanari@ausl.imola.bo.it
Ospedale Nuovo S.Maria della Scaletta, Imola

Nefrologia Neonatale
Rossella Galiano
rgaliano@libero.it
A.O. Pugliese Ciaccio, Catanzaro

Neurologia e follow-up
Fabrizio Ferrari
ferrarif@unimore.it
Policlinico di Modena

Nutrizione e Metabolismo
Enrico Bertino
enrico.bertino@unito.it
A.O. OIRM, S. Anna - Torino

Organi di Senso
Stefano Martinelli
stefano.martinelli@ospedaleniguarda.it
A. O. Ospedale Niguarda Ca' Granda

Pneumologia Neonatale
Gianluca Lista
g.lista@icp.mi.it
P.O. V. Buzzi, Milano

Qualità delle cure in Neonatologia
Roberto Bellù
r.bellu@ospedale.lecco.it
A.O. Alessandro Manzoni
Lecco

Rianimazione Neonatale
Luigi Giannini
luigi.giannini@libero.it
Policlinico Umberto I - Roma

Trasporto del neonato
Roberto Paludetto
paludett@unina.it
Università degli Studi di Napoli,
Federico II, Napoli