



il punto

**Ancora la
vitamina K**

Una recente nota dell'AIFA vieta la somministrazione di vitamina K per via intramuscolare. Un provvedimento che "ci impone qualche piccolo cambiamento di abitudine" ma a cui, secondo il Presidente SIN "bisogna adeguarsi".

di **Costantino Romagnoli**

● La somministrazione orale o intramuscolare di vitamina K al neonato, subito dopo la nascita, ha contribuito a far scomparire la cosiddetta "Malattia emorragica del neonato" poi ribattezzata in modo più corretto come "Emorragia da deficit di vitamina K". Dopo la nascita, la somministrazione orale di vitamina K protratta per 12-16 settimane, ha contribuito a trattare i pur pochi casi di emorragie tardive da deficit di vitamina K nei neonati allattati esclusivamente al seno. Nonostante la sua indubbia utilità la vitamina K ha vita complicata. Ora una nota dell'AIFA ci impone qualche piccolo cambiamento di abitudine. In particolare, l'AIFA ha comunicato che per motivi di sicurezza il medicinale Konakion 10 mg/ml (soluzione orale iniettabile per via endovenosa) non può essere somministrato per via intramusco-

continua a pag 2 >>

SULLA DEFINIZIONE DI NEONATO A TERMINE

Fino alla prima metà del '900, il concetto di prematurità si riferiva piuttosto al peso alla nascita (PN) che all'età Gestazionale (EG). Oggi è preferibile impiegare la suddivisione in *early term*, *full term* e *late term*

di **Roberto Aufieri ***
e **Piermichele Paolillo ***

Sebbene la definizione di neonato "a termine" (nato a 37-41 settimane di gestazione) sia universalmente conosciuta ed applicata, non a tutti sono, invece, note la storia e le decisioni, spesso arbitrarie, che hanno portato alla sua determinazione. Fino alla prima metà del '900, il concetto di prematurità si riferiva piuttosto al peso alla nascita (PN) che all'età Gestazionale (EG); tanto che i termini "prematurato" e "neonato di basso peso" ($PN < 2.500$ g) erano all'epoca da considerarsi pressoché sinonimi. Fu McBurney, nel 1947, ad introdurre per primo il concetto di ritardo di crescita intrauterina, con il suo articolo *The undernourished full term infant*. Lo stesso riportò come fosse "estremamente fastidioso trovare il pediatra insistere sulla prematurità di un neonato solo perché pesava 2.000-2.500 g, quando invece la propria paziente aveva partorito una, due o anche più settimane dopo la data presunta". Di contro,



poteva anche accadere che il ginecologo, dopo la nascita di un bambino di basso peso, contestasse la data dell'ultima mestruazione alla neomamma, andando così a modificare l'EG precedentemente assegnata.

Nel 1948, la *First World Health Assembly* definì come "prematuri" i neonati con " $PN \leq 2.500$ g o con EG < 37 settimane, quando non disponibile il PN". Questa definizione venne ripresa nel 1950 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e contribuì a creare

ulteriore confusione.

Fu solo nel 1961 che, dopo aver osservato neonati con $PN \leq 2.500$ g, ma EG superiori o uguali a 37 settimane, che si comportavano come neonati "maturi", l'OMS raccomandò che il concetto di "prematurità" dovesse essere distinto da quello di "basso peso alla nascita".

Uno dei risultati pratici di questa nuova raccomandazione fu la pubblicazione, da parte di Lubchenco nel 1963, delle tavole dei centili che per prime correlavano il PN con l'EG e della defini-

zione di *Small for Gestational Age* (SGA) per i neonati con PN inferiore al 10° centile dell'EG.

La sera del 7 Aprile 1970, a Londra, in occasione del Secondo Congresso Europeo di Medicina Perinatale, un gruppo di lavoro, definito informale, costituito da ginecologi e pediatri di 13 nazioni (tra i quali il nostro Giovanni Bucci), suggeriva "la necessità di identificare gruppi di neonati con speciali differenze cliniche ed aumentata mortalità perinatale, esclusione di *Small for Gestational Age* (SGA) per i neonati con PN inferiore al 10° centile dell'EG".

continua a pag 2 >>

XX Congresso SIN - disponibile il programma preliminare

IL LATE PRETERM: PIÙ CONSIDERATO SE MEGLIO CONOSCIUTO

Sono circa 34.500 i neonati late preterm in Italia, cioè quelli nati tra la 32ª e 36ª settimana (*Dati Istat 2013 e percentuali del Rapporto Cedap 2010*). Un numero che sembra piccolo ma non lo è. Questi bambini, infatti, nati prima del termine, ma non prematuri, che fino a qualche anno fa venivano considerati normali, possono presentare diverse patologie

e, dunque, vanno assistiti adeguatamente. Il neonato late preterm sarà il tema del XX Congresso Nazionale SIN, in programma a Roma dal 9 all'11 ottobre 2014 presso il Rome Marriott Park Hotel. Il Congresso dal titolo "Il late preterm: più considerato se meglio conosciuto" si focalizzerà sui neonati un tempo definiti *near term*, assimilati ingiustamente

ai neonati a termine. Tra i temi al centro delle diverse sessioni del Congresso: *rooming-in* individualizzato, alimentazione, patologie, pericolo di infezioni e di ittero neonatale. Un universo di argomenti e problematiche che quasi mai vengono associati a questo tipo di neonato, pretermine di "sole" 4-5 settimane, ma trattato troppo spesso come un neonato

a termine. Un approccio sicuramente sbagliato, secondo la SIN, se si pensa che molti di questi neonati riscontrano problemi dopo la nascita ed anche dopo la dimissione e richiedono per questo ri-ospedalizzazioni "inattese". Nei tre giorni del congresso previsti anche incontri con esperti italiani ed europei che hanno affrontato il problema ed hanno indot-

to a rivalutare il problema del late preterm in termini critici. La sessione plenaria del Congresso, a cui è stata invitata il Ministro della Salute, on. Beatrice Lorenzin, sarà incentrata sul tema dell'Organizzazione dell'assistenza neonatale in cui il Presidente della SIN, Costantino Romagnoli, parlerà della "Razionalizzazione dei punti nascita in Italia".

il punto

continua dalla prima pagina

lare. Tutto questo perché "Durante il trattamento con Konakion sono stati segnalati casi in cui la somministrazione intramuscolare determinava un effetto di deposito ed un rilascio continuato di vitamina K1 che potevano causare difficoltà in fase di ripristino del trattamento anticoagulante oltre ad un possibile rischio di formazione di ematomi. Dopo attenta valutazione dei dati scientifici presenti in letteratura e di quelli di farmacovigilanza, si è ritenuto necessario, a tutela della sicurezza dei pazienti, modificare la via di somministrazione parenterale autorizzata da intramuscolare ad endovena". Nonostante l'esperienza di tanti neonatologi nel corso di tanti anni di attività ci dobbiamo adeguare alle indicazioni che ci giungono dall'AIFA, consapevoli almeno per questa volta che questa operazione non avrà ricadute economiche negative per le aziende ospedaliere. Infatti ogni fiala da 10 mg/ml costa circa 0,62 € più il costo della siringa e se ne sprecava una per neonato, mentre la formulazione 2 mg/0,2 ml costa circa 0,81 € siringa compresa.

Costantino Romagnoli



Anno VII nr. 18/2014
Notiziario della SIN

Via Libero Temolo 4 (Torre U8)
20126 Milano

www.neonatologia.it

DIRETTORE
Costantino Romagnoli

DIRETTORE RESPONSABILE
Giuseppe Agosta

REDAZIONE

R.P.F.
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 documento

LA DEFINIZIONE DI NEONATO A TERMINE SARÀ IL TEMA DEL XX CONGRESSO SIN

continua dalla prima pagina

dendo il termine "maturità" da tutte le definizioni". Il parametro essenziale da tenere in considerazione doveva essere l'EG (espressa in giorni o settimane complete) e, se da considerarsi utile, era opportuno raggruppare i neonati in tre gruppi di EG: "Pre-Termine" (meno di 259 giorni, 37 settimane), "a Termine" (259-293 giorni, 37-41 settimane) e "Post-Termine" 294 giorni (42 settimane) o più.

Viene inoltre riportato che, nel corso della riunione, era presente un "considerevole sentimento" di spostare in avanti di 7 giorni il confine tra "Pre-Termine" e "Termine", ma alla fine prevalse l'opinione di non scavalcare le raccomandazioni ufficiali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 1950 che utilizzavano i 259 giorni come limite. La scelta delle 37-41 settimane compiute per definire la gravidanza a termine venne in seguito riconosciuta da tutte le associazioni ed organizzazioni nazionali ed internazionali, a partire dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel

	ODDS RATIO				
	37 Sett.	38 Sett.	39 Sett.	40 Sett.	41 Sett.
RDS	4,2	2,1	Riferimento	1,1	1,0
Ipoglicemia (trattata)	3,3	1,3	Riferimento	1,2	2,6
Sepsi	2,9	1,7	Riferimento	1,0	1,4
Ricovero prolungato (>5 giorni)	2,7	1,8	Riferimento	1,0	1,9
Ricovero in UTIN	2,3	1,5	Riferimento	0,8	1,3
Tachipnea Transitoria	1,8	1,5	Riferimento	0,9	1,7

tabella - Rischi associati alla nascita da taglio cesareo elettivo per EG (Tita AT, N Engl J Med 2009)

1975. Le ragioni della scelta delle 42 settimane, come inizio del "Post-Termine", non è molto chiara, ma sembra legata al drammatico aumento della mortalità perinatale riportata da alcune pubblicazioni per le gravidanze protrattesi oltre questo periodo. Negli ultimi dieci anni numerosi studi hanno riscontrato differenze dei tassi di mortalità e morbidità nei neonati a termine, in relazione all'EG; maggiori per i nati a 37 e 38 settimane rispetto ai nati ad EG suc-

cessive (tabella).

Nel 2013, si è resa pertanto necessaria una nuova raccomandazione congiunta delle principali società scientifiche, dove, in considerazione della eterogeneità di esiti, viene sconsigliato di utilizzare la classica definizione di gravidanza "A Termine", suggerendo invece di impiegare la suddivisione in *early term*, *full term* e *late term*. Al momento, però, ancora manca un accordo sulla corretta datazione della gravidanza e si sta lavorando

per definire criteri basati sull'evidenza per stabilire quando utilizzare la scelta della datazione basata sulla biometria ecografica rispetto all'età di amenorrea. Resta solo da attendere per sapere quanto durerà l'attuale classificazione e come verranno definiti in futuro i nostri piccoli neonati.

*UOC di Neonatologia, Patologia Neonatale e UTIN, Policlinico Casilino, Roma.

caso clinico del mese

Infezione congenita disseminata da HSV1

a cura di A. Staffler, F. Mercolini, H. Messner,
TIN Ospedale Regionale di Bolzano

La disseminazione dell'infezione da HSV durante la gravidanza è un'evenienza rara, poiché sono a rischio soltanto gestanti con infezione primaria. Qualora la gestante presentasse sintomi simil-influenzali (febbre, mialgie, anoressia) associate alla presenza di ulcere al cavo orale, dovrebbe essere sospettata la disseminazione dell'infezione da HSV1 e, pertanto, il trattamento antivirale dovrebbe essere iniziato il prima possibile. D'altra parte, l'infezione congenita da HSV1, seppur estremamente rara, dev'essere considerata in caso di neonato con lesioni vescicolo-eritematose congenite ed anamnesi positiva per gengivostomatite aftosa materna in gravidanza. Il caso in oggetto si è presentato alla Tin dell'Ospedale Regionale di Bolzano. Una donna di 32 anni, precedentemente sana, con un primo figlio nato a termine da parto spontaneo dopo gravidanza normodecorsa, presentava una gravidanza gemellare bicoriale/biamniotica insorta spontaneamente. Alla 23ª SG si è manifestata una gengivostomatite erpetica materna, caratterizzata da multiple ulcere orali, difficoltà di alimentazione, mialgie e febbre con risoluzione spontanea in 6 giorni. Alla 27ª SG +2/7 riscontro ecografico di Doppler anormale dell'arteria ombelicale del 2° gemello. Dall'Ecografia fetale è emersa una "Ridotta crescita

fetale del 2° gemello, con flusso patologico dell'arteria ombelicale ed aumento del flusso nell'arteria cerebrale media, segno suggestivo di anemia fetale. L'intestino di entrambi i gemelli presenta marcata iperecogenicità tipo depositi di emosiderina". Inviata presso il Centro Neonatologico dell'Ospedale Regionale di Bolzano è stata somministrata prima dose di Bentelan®. Dopo la comparsa di O-flow nell'arteria ombelicale del 2° gemello si è provveduto a Taglio cesareo urgente alla 27ª + 4/7. Alla nascita entrambi i neonati [femminuccia (750 gr; <10°P), maschietto (820 gr; 10°P)] presentavano lesioni cutanee disseminate caratterizzate da spots iperemici ed essudato biancogiallastro, specialmente a carico del tronco e delle estremità, con risparmio del capo, del palmo delle mani e della pianta dei piedi. Dalla diagnosi differenziale sono emerse: Infezione HSV congenita; Infezione Varicella Zoster congenita; Disordini genetici: epidermolisi bollosa, ittiosi congenita; Patologie autoimmuni: pemfigo, pemfigoide; SSSS (Staphylococcal Scalded Skin Syndrome); TEN (Toxic epidermal necrolysis); Aplasia Cutis congenita; Disordini vescicolari: incontinenza pigmenti, malattia di Behcet neonatale; Lesioni policicliche: Lupus neonatale, eritema annulare centrifugo, eritema annulare dell'infanzia; Lesioni vescicolo-eritematose neonatali. Immediato avvio di terapia con Aciclovir 60 mg/kg/die e somministrazione di immunoglobuline. I gemelli che presentavano Leucocitosi, anemia, piastrinopenia e CID e una progressiva insufficienza multiorgano sono deceduti nella 3ª giornata di vita.

[clicca qui per accedere alla descrizione del Caso clinico](#)

dalla SIP

LA SALUTE DEI BAMBINI E LA SANITÀ DELLE REGIONI: DIFFERENZE INACCETTABILI

UN DOCUMENTO DEL NUOVO COMITATO DI BIOETICA

La Società Italiana di Pediatria (SIP) ha nominato il nuovo Comitato di Bioetica presieduto dal prof. Stefano Semplici [foto da SIP], ordinario di Etica sociale dell'Università di Roma Tor Vergata, e costituito da M. Orzalesi, M. De Curtis, G. Donzelli, R. Agostiniani e A. Pession. Riportiamo la sintesi di un documento elaborato allo scopo di porre all'attenzione della comunità scientifica e alla classe politica le principali problematiche etiche attuali in ambito pediatrico. Il documento esteso sarà consultabile sul sito della SIP

L'Italia è uno dei paesi del mondo nei quali si vive più a lungo e anche i dati relativi alla mortalità infantile sono decisamente positivi, sensibilmente inferiori alla media europea e quasi la metà rispetto agli Stati Uniti. Questo non significa, tuttavia, che i nostri ospedali e i nostri medici siano per questo motivo fra i migliori e i meglio organizzati: la speranza di vita è influenzata da molti altri fattori, come il livello di istruzione, gli stili di vita, le condizioni ambientali e di lavoro, il reddito. Una riflessione rigorosa sull'efficienza e la qualità del sistema sanitario resta dunque una priorità per parlamento, governo e opinione pubblica, tanto più in un momento nel quale la sua "sostenibilità" appare sempre più a rischio sotto la spinta convergente degli effetti della crisi, dell'invecchiamento della popolazione e della disponibilità di mezzi diagnostici e terapeutici sempre più potenti ma anche più costosi.

La Società Italiana di Pediatria ritiene che il dibattito in corso sulla riforma del Titolo V della Costituzione imponga di affrontare un'altra questione ineludi-

bile, evidenziata senza equivoci nel recente Rapporto Verifica Adempimenti LEA 2012: una sola regione italiana, fra le 16 prese in esame, risulta in regola "per tutti gli adempimenti oggetto di verifica" e sono purtroppo molte quelle che dimostrano di non saper assicurare neppure i livelli considerati appunto essenziali. Il diritto alla salute è oggi in Italia un diritto rispetto al quale vivere in una regione o in un'altra fa davvero la differenza. E questa situazione è inaccettabile, sia guardando alla disomogeneità nella qualità del servizio offerto sia guardando alla confusione normativa che si è creata.

I bambini pagano un prezzo particolarmente alto a questa disomogeneità e a questa confusione. I bambini italiani, oggi, NON sono tutti uguali: programmi di vaccinazione, screening neonatali, rete punti nascita, assistenza oncologica e cure palliative rappresentano altrettante priorità di una politica sanitaria che non è stata capace di garantire i fondamentali principi di uguaglianza, universalità e equità. Chi dovrà intervenire e come nei confronti di

una patente violazione di un principio costituzionale il cui rispetto non può dipendere dalla regione di appartenenza? Il minimo che si possa dire è che quanto è stato fatto finora non basta.

Il nuovo *Patto per la salute* per gli anni 2014-2016 propone una cabina di regia a livello nazionale. Occorre in realtà un ripensamento radicale degli esiti della "regionalizzazione" del sistema sanitario, fermando almeno la tendenza alla divaricazione fra le regioni e orientando la loro autonomia all'obiettivo di una crescente integrazione, perché questa è l'unica direzione coerente con l'articolo 32 della Costituzione. La Società Italiana di Pediatria propone, in questa prospettiva, la sostituzione della attuale lettera m dell'articolo 117 della Costituzione con il testo seguente, anziché quello proposto dalla Commissione Affari Costituzionali: (lo Stato ha legislazione esclusiva rispetto alla) "determinazione dei livelli appropriati e inderogabili di prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, al fine di garantire una adeguata parità di trattamento su tutto il territorio nazionale; (alle) disposizioni generali e comuni per la tutela della salute, per la sicurezza alimentare e per la tutela e sicurezza del lavoro". Una formulazione di questo tipo salvaguarderebbe l'autonomia delle Regioni rispetto alla "programmazione e organizzazione" dei servizi, ma limiterebbe, attra-



Stefano Semplici

verso l'utilizzo della misura di ciò che è appropriato/inderogabile e non semplicemente essenziale nel senso del minimo indispensabile, il disorientamento normativo e l'allargarsi della distanza fra chi ha di più e chi ha meno. Si rafforzerebbe anche la possibilità dello Stato di intervenire con decisione ed efficacia là dove le Regioni dimostrano di non saper svolgere il loro compito e il cerino di servizi inadeguati o semplicemente inesistenti resta nelle mani dei soggetti più poveri e vulnerabili. In queste differenze e in queste disuguaglianze, quando a tema ci sono i diritti fondamentali, sprofonda inesorabilmente la sostanza etica e politica di una cittadinanza condivisa.

letteratura

Questo spazio è dedicato ai più interessanti articoli della letteratura

Articolo: **Neonatal drug trials: impact of EU and US paediatric regulations**

Pansieri C, Bonati M, Choonara I, Jacqz-Aigrain E.

Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2014; doi: 10.1136/archdischild-2013-305900

Recenti modifiche delle norme regolatorie sulla sperimentazione in ambito pediatrico e neonatale hanno contribuito ad incrementare il numero di studi clinici farmacologici registrati.

Tuttavia la maggior parte degli studi sono studi preclinici e oltre la metà (58%) è sponsorizzata da organizzazioni no profit.

La Commissione Europea e il National Institute for Health Research del Regno Unito continuano a sponsorizzare studi clinici sui neonati, mentre la popolazione neonatale non interessa molto alla industria farmaceutica perché fonte di scarsi guadagni. È ancora accettabile per i pediatri e i neonatologi questo stato di cose? Non sarebbe ora di alzare la voce in favore dei nostri piccoli pazienti nei confronti dei quali pediatri e neonatologi sono costretti ad utilizzare farmaci *off label*?

Articolo: **School performance at age 7 years in late preterm and early term birth: a cohort study**

Evelyn Chan, Maria A Quigley
Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2014; doi: 10.1136/archdischild-2014-306124

Lo studio prospettico *UK Millennium Cohort study* ha avuto lo scopo di verificare le performance scolastiche di neonati nati prima del termine con particolare attenzione ai *late preterm* (EG 34-36 settimane). La coorte arruolata nel 2000-2001 e costituita da 6031 neonati è stata studiata per 7 anni.

Le conclusioni sono particolarmente interessanti e ci indicano che tali soggetti hanno performance scolastiche significativamente meno brillanti dei corrispettivi nati a termine. Sebbene tali differenze possano essere legate sia alla nascita pretermine che ai problemi relativi alla gravidanza, gli autori sottolineano la necessità di una maggiore attenzione clinica ai problemi neonatali e al follow-up di tali soggetti con lo scopo di prevenire e/o di trattare tempestivamente gli eventuali problemi clinici a breve e a lungo termine.

Ne parleremo in modo esauriente al Congresso Nazionale della SIN 2014 a Roma dal 9 all'11 ottobre

dalle Regioni

Sicilia:

Congresso SIP, 1200 pediatri a confronto

Il 70° Congresso Nazionale della Società Italiana di Pediatria che si è svolto a Palermo tra l'11 e il 14 giugno con il titolo "Un Mare di Bambini" è stato una grande occasione di confronto che ha visto presenti circa 1200 pediatri.

Con il contributo scientifico della Società Italiana di Cure Primarie Pediatriche (SICuPP) e della Società Italiana di Infettivologia Pediatrica (SITIP), che hanno svolto il loro congresso nazionale congiunto con quello della SIP, il programma ha centrato molti temi di interesse e di attualità, a partire dalla salute dei bambini migranti, una vera emergenza non solo nazionale che vede l'Italia in una posizione di frontiera.



Piemonte:

Un esempio virtuoso

La collaborazione tra l'Azienda Ospedaliera di Alessandria nella persona del dott. Diego Gazzolo e l'Università di Medicina di Maastricht nella persona del dott. Guy Peeters continua.

Obiettivo di questa collaborazione è quello di migliorare l'attività assistenziale investendo sulla ricerca in ambito neonatologico. Sino ad ora sono stati diplomati 18 Dottori di ricerca la cui attività ha prodotto numerosi lavori scientifici pubblicati su riviste internazionali, alcuni dei quali anche premiati, che hanno dato lustro alla nostra Società.

Lombardia:

Un incontro neonatologico integrato

A fine settembre si svolgerà a Bergamo, organizzato dalla dott.ssa G. Mangili, un interessante Convegno su temi multidisciplinari come il trattamento medico e chirurgico delle cardiopatie congenite, la dermatologia neonatale e gli aspetti etici e medico legali che le moderne tecniche assistenziali neonatologiche ci pongono.

IL COORDINAMENTO DEI CONGRESSI PEDIATRICI

Come Presidente della Società Italiana di Neonatologia porto all'attenzione di tutti i soci una lettera inviata dal prof. Giovanni Corsello, Presidente della Società Italiana di Pediatria, lettera condivisa da tutto il Direttivo SIN

Caro Presidente,
in sede di Consiglio Nazionale SIP e poi di Consulta Nazionale SIP l'11 settembre u.s. a Palermo, è stata affrontata la tematica del numero elevato di eventi scientifici all'interno dell'Area Pediatrica. Un tema che ci coinvolge tutti

in quanto attiene ad una oculata e coordinata programmazione delle attività formative indirizzate ai Pediatri. Si è a lungo dibattuto su come giungere ad una riduzione del numero degli eventi congressuali, anche attraverso un accorpamento delle iniziative Regionali e Nazionali della SIP e delle Società Scientifiche affiliate. Si è condivisa l'idea che favorire i congressi regionali congiunti tra SIP e Società affiliate, in armonia con quanto realizzato con i Congressi Nazionali Congiunti a partire da quest'anno, sia uno strumento utile per ottenere tali

risultati. Con riferimento all'organizzazione dei congressi, si è anche ribadita la necessità che gli eventi formativi facciano parte di un piano formativo ufficiale di provider istituzionali. All'interno di queste problematiche, si è discusso anche dell'anomalia rappresentata da eventi promozionali non collegati a riunioni scientifiche, in quanto non in linea con i codici etici esistenti ed accettati dalle Istituzioni di riferimento, e di impatto mediatico negativo per tutta la categoria dei Pediatri.

Giovanni Corsello

il libro

Una guida sulle malformazioni congenite

Le sindromi malformative costituiscono un problema sociale rilevante in quanto condizionano la vita dei piccoli pazienti e delle loro famiglie e mettono a dura prova la professionalità di neonatologi, pediatri e genetisti. Da anni la Neonatologia, branca rilevante della Pediatria, ha rivolto il proprio interesse a queste patologie tanto rare quanto complesse ed invalidanti. Per molti anni un Gruppo di Studio della Società Italiana di Neonatologia ha operato attivamente in questo campo integrando le proprie forze con pediatri e genetisti. Solo l'unione di tutte le competenze più qualificate che si

sono dedicate alla difficile battaglia contro malattie congenite ha permesso di ottenere risultati inaspettati sino a qualche anno fa, sia sul piano diagnostico che terapeutico. L'opera che viene ora edita è il risultato di un notevole sforzo scientifico-editoriale fatto da colleghi che hanno dedicato la loro attività clinica e scientifica a malattie rare e congenite e che, ora, mettono la loro esperienza a disposizione



di quanti avranno la necessità di confrontarsi con tali patologie. Certo che il loro lavoro sarà utile a tutti noi ed in particolare ai nostri piccoli pazienti mi auguro che quest'opera sia solo l'inizio di un lungo e proficuo percorso scientifico ed editoriale che è uno degli scopi precisi della Commissione congiunta SIP, SIN e SIMGePeD appena costituita.

Costantino Romagnoli

formazione

25-26 settembre - MILANO

DALLA VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE NEURO-COMPORTAMENTALI DEL NEONATO A RISCHIO ALLA COLLABORAZIONE COLLABORATIVA CON I GENITORI (NNNS)

Responsabile scientifico: G. Calciolari, Lugano
Promotore: Gruppo di Studio Care Neonatale

25-26 settembre - NAPOLI

CORSO DI RIANIMAZIONE NEONATALE PER FORMATORI

Responsabile scientifico:
Daniele Trevisanuto, Padova
Promotore: Gruppo di Studio Rianimazione Neonatale

22-23 ottobre - NAPOLI

CORSO AVANZATO PER LA STABILIZZAZIONE DEL NEONATO PRETERMINE E/O PATOLOGICO

Responsabili scientifici:
M. Gente, Roma - R. Paludetto, Napoli
Promotore: Gruppo di Studio di Trasporto Neonatale

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

AL VIA IL NEONATAL NETWORK DELLA SIN, IL PRIMO DEL GENERE IN ITALIA

Creare un database per poter avere, sia a livello locale che nazionale, dati relativi ai neonati nel nostro paese risulta necessario per censire e controllare al meglio i punti nascita sparsi sul territorio: questo è il problema posto dalla SIN, Società Italiana di Neonatologia, ed il punto di partenza che ha dato il via alla realizzazione del Neonatal Network. Uno degli obiettivi della SIN è infatti da sempre quello di contribuire a migliorare l'assistenza neonatale in Italia. Conoscere l'assistenza neonatale esistente e avere una chiara visione dell'epidemiologia dell'assistenza al neonato è condizione essenziale per perseguire tale obiettivo. Il Neonatal Network della SIN, che sarà presentato ufficialmente al Congresso di Roma, è la prima piattaforma in Italia per raccogliere il maggior numero di dati possibili sui nati prematuri nel nostro Paese.

[clicca qui per accedere al Neonatal Network](#)

XX



Congresso Nazionale della Società Italiana di Neonatologia

per Medici ed Infermieri

ROMA, 9-11 OTTOBRE 2014

Rome Marriott Park Hotel

**IL NEONATO LATE PRETERM:
PIÙ CONSIDERATO SE MEGLIO CONOSCIUTO**

