



la mostra

Puccio, Russo, Tambroni, Patti, Santeramo, Di Pietro, Clementi, Amidani, Arioni, Molinari

Il progetto fotografico: Nutrire. Unire.

pag. 10

Settimana Mondiale dell'Allattamento

Davanzo

La promozione dell'allattamento: il *Position Statement* 2026 come strumento professionale ed etico

pag. 15



GdS Auxologia Perinatale

Maiocco, Gianni

Peculiarità di crescita dei neonati *moderate* e *late preterm*

pag. 25

dalle Regioni/ Veneto

Rigotti, Cavicchioli, Varalta, Rizzolo, Salata, Mattiazi, Capano, Cazzaro, Ruscitti

Il modello di programmazione partecipata nella rete neonatologica: dall'analisi dei bisogni agli strumenti di governo clinico

pag. 32

A BARI IL CONGRESSO DELLA NOSTRA SOCIETÀ SCIENTIFICA

Agosti

pag. 3





PRESIDENTE
Massimo Agosti

PROVIDER N.° 556

XXXII CONGRESSO NAZIONALE SOCIETÀ ITALIANA DI NEONATOLOGIA

VIII CONGRESSO NAZIONALE
SOCIETÀ ITALIANA DI NEONATOLOGIA
INFERMIERISTICA



Fiera del Levante
Bari

28 - 30 Ottobre
2026

A BARI IL CONGRESSO DELLA NOSTRA SOCIETÀ SCIENTIFICA

Tra ricerca, innovazione e umanizzazione delle cure, insieme al Neonato e alla sua Famiglia per costruire la Neonatologia del futuro



Massimo Agosti
Presidente SIN

Care Colleghe, cari Colleghi, ci siamo quasi. Dal 28 al 30 ottobre ci ritroveremo a Bari, alla Fiera del Levante, per il **XXXII Congresso Nazionale della Società Italiana di Neonatologia**. Ogni anno il nostro Congresso rappresenta il momento più importante della vita scientifica e associativa della SIN, un'occasione per fermarci per qualche giorno e riflettere insieme su dove sta andando la Neonatologia.

Soprattutto, quale Neonatologia vogliamo costruire per il futuro. Viviamo una stagione di cambiamenti molto rapidi: la possibilità di sopravvivenza dei neonati più fragili aumenta, cambiano le tecnologie che utilizziamo, così come gli strumenti diagnostici, il monitoraggio, la farmacologia. L'intelligenza artificiale e la telemedicina stanno entrando nella pratica clinica, nella ricerca e nella formazione. Ma non cambia il modo con il quale vogliamo intendere la relazione di cura con le famiglie dei nostri piccolissimi pazienti. Per questo abbiamo cercato

di costruire un Congresso capace di tenere insieme innovazione e umanità, tecnologia e relazione, evidenze scientifiche e capacità di ascolto. Bari sarà innanzitutto il **Congresso della nostra comunità**. Lo testimonia la presenza, accanto al XXXII Congresso SIN, dell'**VIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Neonatologia Infermieristica**. Neonatologi e infermieri condividono ogni giorno responsabilità, difficoltà e soddisfazioni dell'assistenza e la qualità delle cure nasce sempre più dalla capacità di lavorare insieme.

Il 28 ottobre inizieremo con i *corsi pregressuali* e con l'*intensa attività dei Gruppi di Studio*, uno dei patrimoni più preziosi della SIN. Si parlerà di nutrizione dell'ELBW, genetica e *rapid genomic sequencing*, anemia neonatale, trasporto e stabilizzazione del pretermine, qualità delle cure e metodologia GRADE, rischio clinico, malformazioni chirurgiche complesse, neurologia e *follow-up*, ma anche di assistenza neonatale nei Paesi a risorse limitate. Saranno momenti volutamente pratici e interattivi, pensati per trasformare le conoscenze in strumenti

utili nella nostra attività quotidiana. E la sera ci sposteremo in uno dei luoghi simbolo di Bari, il *Teatro Petruzzelli*, per l'inaugurazione ufficiale del Congresso, un momento che vorremmo fosse non soltanto istituzionale, ma anche e soprattutto il suggello della nostra passione e del nostro entusiasmo per questo nostro lavoro di medici dell'inizio vita. La mattina del 29 ottobre apriremo i lavori come ormai da tradizione con i giovani: la sessione di apertura *"Saranno famo-*



continua a pag. 4>>

segue da pag. 3

sì" porrà alla ribalta i Soci under 40 con le loro proposte e le loro riflessioni. Seguiranno due parole che possono sembrare lontane dal linguaggio tradizionale di un congresso scientifico: *bellezza e fatica*, cercando di riflettere su ciò che significa oggi lavorare in Terapia Intensiva Neonatale: un ambiente ad altissima tecnologia ma, prima ancora, un luogo di relazioni, emozioni, responsabilità e fragilità. A seguire si parlerà della ricerca di quell'alleanza con le fami-

glie che rappresenta uno degli elementi essenziali della nostra professione. Ed è proprio la famiglia uno dei fili conduttori del Congresso. Non possiamo più pensare al neonato come a un paziente isolato, la salute della diade madre-neonato inizia prima della nascita e continua ben oltre la dimissione. Parleremo di salute mentale delle famiglie e degli operatori, del ruolo dei padri in TIN, di congedo parentale, di interventi sensoriali e di riappropriazione della genitorialità. E proveremo anche a porci una

domanda apparentemente semplice, ma tutt'altro che scontata: che cosa si aspettano davvero i genitori dalla neonatologa, dal neonatologo? Accanto a questi temi resterà naturalmente forte la componente clinica e scientifica: cardiologia e pneumologia, insufficienza respiratoria del pretermine, emodinamica, Virus Respiratorio Sinciziale, aspetti etici e medico-legali, cure palliative perinatali, infezioni, accessi vascolari, rianimazione e neuroprotezione sono soltanto alcuni dei percorsi che attraverser-

ranno le giornate congressuali. Un'attenzione particolare sarà dedicata ai neonati *moderate e late preterm*, una popolazione che oggi sappiamo richiedere attenzione specifica non soltanto durante il ricovero, ma anche sul piano nutrizionale, neuroevolutivo e cardiometabolico nel lungo periodo. Avremo inoltre uno spazio importante dedicato ai dati. Il *report INNSIN 2025*, il *rapporto tra INNSIN e Vermont Oxford Network* e la *survey SIN sui moderate e late preterm* ci ricordano che conoscere ciò che facciamo è indispensabile per migliorarlo. Una Società scientifica moderna deve essere capace non soltanto di produrre raccomandazioni, ma anche di misurare la qualità dell'assistenza e gli esiti dei neonati che affidano alle nostre cure il loro futuro. Bari sarà anche il **Congresso dell'innovazione**: intelligenza artificiale, farmacoterapia, telemedicina, monitoraggio a distanza, didattica e ricerca digitale entreranno nel confronto scientifico non come esercizio futuristico, ma come strumenti che sono già qui e che dobbiamo imparare a conoscere e governare. Innovare, tuttavia, non significa delegare alla tecnologia ciò che appartiene alla relazione umana, significa utilizzare strumenti nuovi per curare meglio, mantenendo sempre il neonato e la sua famiglia al centro delle nostre decisioni. Abbiamo voluto dare spazio alle nuove generazioni non soltanto come uditori, ma come protagonisti. "Saranno famosi", il "Laboratorio di idee. La parola a Specializzande e Specializzandi", le sessioni poster e i numerosi momenti di confronto vogliono essere un investimento concreto sul futuro della nostra disciplina. La lettura magistrale "Il

ritorno dei giovani: scenario possibile?" allargherà ulteriormente la riflessione a una delle grandi questioni che riguardano il futuro del nostro Paese. Credo che una Società scientifica abbia anche questa responsabilità: non limitarsi a rappresentare chi già ne fa parte, ma creare le condizioni perché una nuova generazione desideri entrarvi, partecipare e assumersi progressivamente responsabilità. Abbiamo bisogno delle competenze e dell'esperienza di chi ha costruito la Neonatologia italiana, ma altrettanto dell'entusiasmo, delle domande e persino dell'irrequietezza di chi la costruirà domani. In questo senso, il Congresso Nazionale non è semplicemente una successione di relazioni e sessioni scientifiche, è il luogo nel quale una comunità si riconosce e cresce. È il momento in cui colleghe e colleghi provenienti da realtà diverse, ma accomunati dalla stessa passione e dallo stesso entusiasmo, possono incontrarsi e scoprire che molte delle difficoltà che affrontano quotidianamente sono comuni e che molte delle risposte possono nascere proprio dal confronto e dallo scambio reciproco. La SIN deve essere sempre più questa casa comune, una Società capace di produrre conoscenza e raccomandazioni, certamente, ma anche di ascoltare, rappresentare e mettere in rete le persone. Una Società autorevole verso le istituzioni, aperta al confronto con le altre discipline, vicina alle famiglie e attenta alle trasformazioni sociali che inevitabilmente incidono sulla salute dei neonati. Per questo la partecipazione di ciascuno di voi è importante! Un Congresso vive della qualità del programma, ma

2026 ALLATTAMENTO E LATTE UMANO DONATO Position Statement di SIN, SIP e AIBLUD



**UNA COPIA DEL MANUALE IN OMAGGIO
A TUTTI I PARTECIPANTI AL
XXXII CONGRESSO NAZIONALE SIN E
VIII CONGRESSO NAZIONALE SIN INF**

continua a pag. 5 >>

segue da pag. 4

soprattutto delle persone che lo attraversano: delle domande poste al termine di una relazione, delle discussioni nei corridoi, degli incontri tra colleghi, delle idee che nascono magari davanti a un caffè e che qualche mese dopo possono diventare un progetto di ricerca, una raccomandazione o una nuova collaborazione.

Vi aspetto numerosi, per imparare qualcosa di nuovo ma anche con il desiderio di portare qualcosa di nostro: un'esperienza, una domanda, un dubbio, un progetto, un'idea. Perché il futuro della Neonatologia

non si costruisce soltanto attraverso tecnologie sempre più sofisticate o nuove evidenze scientifiche. Si costruisce attraverso una comunità competente, appassionata e capace di restare unita, insieme ai neonati e alle loro famiglie.

Vi aspetto a Bari, non mancate!

BABY SIN

Spazio allattamento e nursery

Gaia Weissmann

Struttura Complessa di Pediatria e Patologia Neonatale, Presidio Ospedaliero di Gallarate, ASST Valle Olona



Il Congresso Nazionale della Società Italiana di Neonatologia si conferma anche quest'anno un evento attento non solo alla crescita scientifica dei propri membri, ma anche alle esigenze concrete di chi, ogni giorno, concilia la professione medica con la vita familiare. Non a caso in questa edizione, il Comitato Organizzatore ha scelto di mettere a disposizione di tutti i partecipanti un servizio dedicato alle professioniste ed ai professionisti con bambini piccoli, lo spazio **Baby SIN**. Si tratta di un progetto che vuole essere un segnale concreto di inclusività: **il congresso è di tutti, anche di chi arriva con un neonato in braccio o con un lattante per mano.**

"Insieme al neonato e alla sua famiglia" non è un semplice slogan, bensì un principio fondamentale della nostra società scientifica al quale da sempre ognuno di noi si ispira ogni giorno nella propria pratica clinica. La vicinanza alle famiglie

dei nostri pazienti è parte integrante della nostra professione ed è proprio in quest'ottica che è stato creato lo spazio **Baby SIN**, per dimostrare concretamente la vicinanza della SIN alle famiglie - non solo a quelle dei pazienti - ma anche a quelle di tutti i membri della nostra società.

Lo spazio **Baby SIN** fa parte di un progetto più ampio, che si svilupperà progressivamente nei prossimi anni, con ulteriori azioni a supporto della genitorialità delle socie e dei soci.

In concreto, **Baby SIN** sarà uno spazio riservato alle dottoresse che allattano e alle dottoresse e dottori che necessitano di un momento di intimità e cura con il proprio neonato o lattante. Sarà dotato di poltrone ergonomiche, tiralatte, fasciatoio, frigorifero per la conservazione

del latte, sterilizzatore. Lo spazio sarà attrezzato anche con tavolini e sedie a misura di bambino, in modo che i più piccoli possano godere di un momento di relax, insieme alle loro mamme e ai loro papà. L'accesso sarà libero, senza necessità di prenotazione e lo spazio aperto per tutta la durata del congresso.

Questa iniziativa non è un servizio accessorio: è una dichiarazione di intenti ed un primo importante passo verso un cambio di visione. La Società Italiana di Neonatologia, che per vocazione si occupa della salute dei bambini fin dal primo giorno di vita, sceglie di riconoscere e sostenere concretamente la genitorialità attiva dei propri membri, promuovendo un modello congressuale più equo, accessibile e moderno.

Siamo su **LinkedIn**

SIN
Società Italiana di Neonatologia

segui la pagina e partecipa alla community

- eventi/corsi/congressi
- ricerca in neonatologia
- approfondimenti tematici
- ...e molto altro

[● clicca qui per il link alla pagina](#)

SININFORMA

MAGAZINE DELLA SOCIETÀ
ITALIANA DI NEONATOLOGIA - ETS
n. 149/2026

Testata di proprietà della
Società Italiana di Neonatologia
- ETS
Sede legale
Corso Venezia, 8 - 20121 Milano

DIRETTORE RESPONSABILE
Massimo Agosti

DIRETTORE
Carlo Dani

Registrazione Tribunale
di Milano n. 533 del 06.09.2007

Pubblicazione non in vendita
Tutti i diritti riservati
www.sin-neonatologia.it

EDITORE e REDAZIONE



Brandmaker
Rua Catalana, 120 - Napoli
tel. +39 081 5515442
email: sin@brandmaker.it

Il Time-Table dei Corsi Pre-Congressuali e delle Riunioni dei Gruppi di Studio

Mercoledì 28 Ottobre

	SALONE IAPIGE	SALA BARINON	SALA PEUCEZIA	SALONE MARGHERITA	SALA MERCANTILE
	CORSO PRE-CONGRESSUALE	CORSO PRE-CONGRESSUALE	CORSO PRE-CONGRESSUALE	CORSO PRE-CONGRESSUALE	CORSO PRE-CONGRESSUALE
1100 1400	Focus ILBW. Gestione delle Complicanze Metaboliche e Monitoraggio della Crescita nel Primi 15 Giorni GRUPPO DI STUDIO: SIMULAZIONE NUTRIZIONE E SOSTENTIBILITÀ NEONATALE	Questioni etiche nella gestione delle malformazioni cinesiomatiche neonatali GRUPPO DI STUDIO: NEONATO CHIRURGICO	L'esame prenatale dei test genetici GRUPPO DI STUDIO: GENETICA CLINICA NEONATALE	Pianeta per la Clinica GRUPPO DI STUDIO: CURE NUTRIZIONALI NEL PAZIENTE A RISCHIO CRITICO	Manuale GRADE in Neonatologia GRUPPO DI STUDIO: QUALITÀ DELLE CURE IN NEONATOLOGIA
1400 1600	GRUPPO DI STUDIO: CARDIOLOGIA NEONATALE Segretario: Sabrina Sabatini	GRUPPO DI STUDIO: CURE PALLIATIVE PERINATALI Segretario: Chiara Lucatelli	GRUPPO DI STUDIO: CURE NEONATALI Segretario: Irene Fazio	GRUPPO DI STUDIO: ACQUE/INFUSIBILI NEONATALI Segretario: Antonella Capasso	
1600 1700	GRUPPO DI STUDIO: BIRREMATIZIONE NEONATALE Segretario: Simona Pizzi	GRUPPO DI STUDIO: BIRREMATIZIONE NEONATALE Segretario: Maria Cuffa	GRUPPO DI STUDIO: FARMACOTERAPIA NEONATALE Segretario: Nuria Desiderio	GRUPPO DI STUDIO: PNEUMOLOGIA NEONATALE Segretario: Anna Lucatelli	
1830 2000					
	SALA MASCIARE	SALA CATARANO	SALA MURAT	SALA PICCINNI	SPAZIO EXPO
	CORSO PRE-CONGRESSUALE	CORSO PRE-CONGRESSUALE	CORSO PRE-CONGRESSUALE	CORSO PRE-CONGRESSUALE	
1700 1900	Panico, perito, perito: il neonatologo sotto il microscopio GRUPPO DI STUDIO: INTERNO CLINICO E SIMULAZIONE AD ALTA PRESSIONE	Stabilizzazione e gestione Spontanea del Neonato Pretermaturo GRUPPO DI STUDIO: TRASPORTO NEONATALE	Arretrati neonatali a 3907 GRUPPO DI STUDIO: SIMULAZIONE E INTERDISCIPLINARITÀ NEONATALE	Neo-Synopsis Genesi GRUPPO DI STUDIO: NEUROLOGIA E PSICHIATRIA	
1930 2000		GRUPPO DI STUDIO: BIODINAMICA CLINICA Segretario: Vincenzo Ruffano	GRUPPO DI STUDIO: ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE DEL NEONATO Segretario: Antonella Polonara	GRUPPO DI STUDIO: ANALGESIA E SEDAZIONE NEL NEONATO Segretario: Paola Savini Lenti	
2030 2200		GRUPPO DI STUDIO: NEUROLOGIA NEONATALE Segretario: Maria Teresa Sisti	GRUPPO DI STUDIO: NUTRIZIONE E GASTROENTEROLOGIA NEONATALE Segretario: Elisa Maggione	GRUPPO DI STUDIO: TERAPIA INTENSIVA DELLA PRIMA INFANZIA Segretario: Paolo Basso	
2030 2200					INAUGURAZIONE TEATRO PETRUZZELLI

Il Time-Table del XXXII Congresso SIN

Giovedì 29 Ottobre

	SALONE IAPIGE	SALA BARINON	SALA PEUCEZIA	SALONE MARGHERITA	SALA MERCANTILE
08.30 09.30	SARANNO FAMOSI				
09.30 10.00	SESSIONE DI APERTURA				
10.00 13.00	Cardiologia e pneumologia	Il neonato con la sua famiglia in ospedale: da prima della nascita fino a casa			
13.00 14.00	PAUSA	PAUSA			
14.00 15.00	SIMPOSIO 1			SIMPOSIO 2	
15.00 16.30	Aspetti Etici e Medico-Legali	Care palliative perinatali			
16.30 17.30	I dati in neonatologia	Natività SIN			
17.30 18.00					

	SALA MASCiare	SALA CATAPANO	SALA MURAT	SALA PICCINNI	SPAZIO EXPO
09.30 10.00					
10.00 11.00					
11.00 13.00					
13.00 14.00					SESSIONE POSTER
14.00 15.00			SIMPOSIO 3	SIMPOSIO 4	
15.00 16.30					
16.30 17.30					
17.30 18.00					

Il Time-Table del XXXII Congresso SIN

Venerdì 30 Ottobre

	SALONE IAPIGE	SALA BARINON	SALA PEUCEZIA	SALONE MARGHERITA	SALA MERCANTILE
09:00 11:00	Il Neonato tra fisiologia e fragilità	Laboratorio di Idee. La Perla a Specializzande e Specializzandi			
11:00 13:00	Innovazione tecnologica e digitale	Diagnostica Strumentale e Neuroprotezione			
13:00 14:00	PAUSA	PAUSA			
14:00 15:00	SIMPOSIO 5			SIMPOSIO 6	
15:00 17:00	Accessi vascolari e infettivologia	Rianimazione neonatale			
17:00 18:00	TERMINE DEI LAVORI CHIUSURA DEL CONGRESSO	TERMINE DEI LAVORI			

	SALA MASCIARE	SALA CATAPANO	SALA MURAT	SALA PICCINNI	SPAZIO EXPO
08:30 10:00					
10:00 11:00					
11:00 13:00					SESSIONE POSTER
13:00 14:00	SIMPOSIO 9		SIMPOSIO 7	SIMPOSIO 8	
14:00 15:00					
15:00 16:30					

Giornata Mondiale della Prematurità

SAVE
the new
DATE

15
novembre
2026

la nuova t-shirt
in OMAGGIO
a tutti i partecipanti al XXXII Congresso
Nazionale SIN e VIII Congresso
Nazionale SIN INF



COORDINAMENTO NAZIONALE
DELLE ASSOCIAZIONI PER LA
NEONATOLOGIA ETS



SIN
Società Italiana di
Neonatologia



Società
Italiana di
Neonatologia
Infermieristica

IL PROGETTO FOTOGRAFICO: NUTRIRE. UNIRE.

Vittorio Puccio
Monica Russo
Benedetta Tambroni
Loredana Patti
Alda Santeramo
Sara Di Pietro
Dalila Clementi
Arianna Amidani
Cesare Arioni
Chiara Molinari

IRCCS Azienda Ospedaliera Metropolitana, Plesso Ospedale Policlinico San Martino, Genova

L'allattamento materno è raccomandato dalle principali organizzazioni internazionali che si occupano di Salute, dal Ministero della Salute e dalle maggiori società scientifiche d'area perinatale e pediatrica. Le politiche di allattamento sono integrate nei Piani Nazionali di Prevenzione in quanto si tratta di un diritto fondamentale dei neonati e delle loro mamme, che devono quindi essere sostenute nella realizzazione del loro desiderio di allattare.

La promozione dell'allattamento materno esclusivo in ospedale è un tema fondamentale per la salute psico-fisica dei neonati e delle madri. L'ospedale, come luogo di nascita e di degenza dei primi giorni di vita, gioca un ruolo cruciale nel sostenere l'allattamento al seno, contribuendo, con l'avvio corretto di questa pratica, a incrementare i tassi di allattamento alla dimissione e a migliorarne il mantenimento nel tempo.

L'allattamento materno rappresenta, pertanto, un investimento per la salute della diade madre-



Famiglia Indiana

bambino, con ricadute positive non solo sul piano clinico, ma anche sotto il profilo economico, sociale e ambientale.

Il progetto fotografico e la comunità neonatologica

Il Progetto **"Nutrire. Unire."** nasce all'interno della U.O. Neonatologia dell'IRCCS Policlinico San Martino e si ispira ai principi che la Società Italiana di Neonatologia

promuove quotidianamente nella pratica clinica: la centralità dell'allattamento materno come intervento fondamentale di promozione della salute, il rispetto della diversità culturale nell'assistenza neonatale e l'attenzione alle famiglie più vulnerabili, in particolare a quelle di origine straniera. Il progetto non si limita a raccontare questi valori, ma nasce direttamente

dall'esperienza clinica di un reparto di Neonatologia, con il consenso e la partecipazione attiva delle famiglie. Attraverso il linguaggio della fotografia, rende visibile ciò che la pratica assistenziale e le evidenze scientifiche confermano da tempo: l'allattamento è un gesto universale, capace di superare le differenze culturali, linguistiche e sociali, creando un legame

profondo tra madre e bambino e rappresentando un patrimonio condiviso di salute e umanità.

La Direzione Aziendale dell'IRCCS Policlinico San Martino di Genova ha aderito nell'aprile 2023 al progetto nazionale relativo alla Politica Aziendale Allattamento (PAA), finalizzato al monitoraggio e alla implementazione dei tassi di allattamento

continua a pag. 11>>

segue da pag. 10

materno alla dimissione nei neonati sani con un'età gestazionale ≥ 37 settimane e con peso neonatale ≥ 2.500 grammi. Nell'ambito di questo percorso è stata formalizzata la Politica Aziendale Allattamento, successivamente diffusa al personale sanitario e resa disponibile alle donne che scelgono di partorire nel nostro Ospedale con l'obiettivo di garantire un'assistenza omogenea e basata sulle migliori evidenze scientifiche.

Nel settembre 2025, la nostra Azienda ha ottenuto il riconoscimento di *Punto Nascita per l'Allattamento*, avendo soddisfatto gli standard previsti dal Gruppo di Lavoro Nazionale nei principali indicatori di qualità:

- Formazione nell'allattamento del personale sanitario del Dipartimento (80,6%)
- Contatto pelle a pelle madre-neonato nelle prime 2 ore di vita (88%)
- *Rooming-in* estensivo (84%)
- Tasso di Allattamento materno esclusivo alla dimissione (54,76%).

Al di là dell'importante riconoscimento formale, il valore del progetto risiede principalmente nel significativo miglioramento registrato in tutti gli indicatori monitorati rispetto ai dati rilevati all'avvio della Politica Aziendale per l'Allattamento. Tali risultati testimoniano l'efficacia di un percorso condiviso, fondato sulla formazione degli operatori, sulla revisione dei processi assistenziali e sulla promozione di una cultura dell'allattamento centrata sui bisogni della diade madre-neonato.

Il progetto fotografico: modalità di realizzazione e suoi obiettivi

Il Progetto ha coinvolto

Punto Nascita	Totale nati 2025	Totale madre non italiana	% madre non italiana
IRCCS San Martino	1572	350	22
IGG	1225	748	61
Voltri	586	134	22,8
Villa Scassi	579	407	70,3
Galliera	772	111	14,4
Savona	788	300	38
Imperia/Sanremo	1018	407	40
Lavagna	492	157	32
La Spezia	498	259	52
LIGURIA	7530	2873	38

Tabella 1. Donne di cittadinanza non italiana che hanno partorito in Liguria nel 2025

trenta madri che hanno partorito presso l'IRCCS Policlinico San Martino di Genova, ritratte durante l'allattamento dei propri figli. Le partecipanti provenivano da differenti contesti geografici, culturali ed etnici, riflettendo la ricchezza e la varietà della popolazione assistita dal nostro Punto Nascita. La scelta di realizzare tutti i ritratti con il medesimo schema di illuminazione, lo stesso sfondo e la stessa seduta è stata intenzionale. Questa uniformità ha consentito di porre al centro dell'immagine esclusivamente la relazione tra madre e bambino, sottolineando come l'atto dell'allattamento costituisca un'esperienza universale che accomuna tutte le donne, indipendentemente dalla loro provenienza, cultura o storia personale. A tutte le famiglie è stato consegnato un documento informativo tradotto in sette diverse lingue nel quale venivano illustrati gli obiettivi e le modalità di realizzazione del progetto. La partecipazione è avvenuta esclusivamente previo consenso informato scritto, sottoscritto da entrambi i genitori secondo le procedure predisposte dall'Amministrazione del Policlinico, a garanzia della piena tutela della volontà e dei diritti delle famiglie coinvolte.

Il lavoro è stato realizzato nell'arco di circa un mese e mezzo. In questo

periodo di tempo, tra le donne che hanno partorito presso il nostro Ospedale, sono state registrate madri di oltre quaranta differenti nazionalità, a conferma della straordinaria ricchezza multiculturale che caratterizza il nostro bacino di utenza e che rende il progetto particolarmente significativo quale testimonianza dell'universalità dell'allattamento materno. Nella Tabella 1 è riportato il numero di donne di cittadinanza non italiana che hanno partorito nei diversi Punti Nascita della Regione Liguria nel 2025.

Tecnica di ripresa

Il progetto fotografico ha seguito criteri rigorosi e uniformi, finalizzati a garantire coerenza visiva e a valorizzare l'universalità del gesto dell'allattamento. Le principali scelte tecniche sono state:

- **sfondo nero neutro**, per concentrare lo sguardo esclusivamente sull'atto dell'allattare;
- **schema di luci costante**, pensato per restituire naturalezza e intimità priva di ombre dure;
- **impostazione coerente della scena**, mantenendo la stessa seduta e il medesimo punto di ripresa semplice e quotidiana. Alle madri non è stata suggerita alcuna posa: è stato chiesto loro di assumere spontaneamente la posizione più naturale per allattare, come avrebbero

fatto nel proprio ambiente domestico;

• **libertà nell'abbigliamento**: è stato proposto alle madri di indossare gli abiti e gli oggetti che meglio rappresentassero la propria identità personale e culturale.

Le sessioni fotografiche si sono svolte nella stanza dedicata all'allattamento della U.O. Neonatologia, nelle ore in cui questo spazio non era utilizzato per attività assistenziali. Per ogni sessione è stato necessario allestire e successivamente smontare completamente il set fotografico, così da non interferire in alcun modo con la normale attività clinica del reparto. Particolare attenzione è stata dedicata al rispetto delle sensibilità culturali e religiose delle famiglie coinvolte. Ad esempio, le madri di fede musulmana, che non desideravano mostrarsi con il seno scoperto, sono state ritratte durante l'allattamento adottando inquadrature che consentissero di preservarne pienamente la riservatezza, senza alterare il significato dell'immagine. Ad ogni madre fotografata è stato chiesto di scrivere una breve riflessione sulla importanza dell'allattamento al seno, esprimendo liberamente il significato che questa esperienza riveste nel rapporto con il proprio bambino.

La prima esposizione

al pubblico del progetto fotografico avverrà dal 6 al 18 ottobre 2026 presso il **Palazzo Ducale**, uno degli edifici storici più simbolici della città di Genova, residenza del Doge dal 1339, oggi principale centro di produzione culturale della città. L'esposizione comprenderà ritratti fotografici di madri durante l'allattamento nel formato 100X70 cm. È prevista, inoltre, una sezione dedicata alle famiglie nella loro interezza composta da 18 fotografie in formato 50X70 cm. La mostra sarà inaugurata da un incontro aperto alla cittadinanza, al quale prenderanno parte i principali professionisti sanitari coinvolti nella promozione e nel sostegno dell'allattamento materno.

Successivamente, il progetto fotografico si sposterà a Bari, dove sarà ospitato al **XXXII Congresso Nazionale della SIN**, dal 28 al 30 ottobre 2026, e durante il quale gli ideatori incontreranno i soci SIN.

Conclusioni

Il progetto fotografico ha consentito di evidenziare alcuni aspetti di particolare rilevanza sanitaria, sociale e culturale:

1. **Promuovere la cultura dell'allattamento materno**, sensibilizzando operatori sanitari, istituzioni e cittadinanza sul valore

continua a pag. 12 >>

segue da pag. 11

dell'allattamento come intervento fondamentale di promozione della salute della diade madre-bambino.

2. **Rappresentare la realtà multiculturale del nostro territorio**, documentando la straordinaria varietà di culture, tradizioni e storie che caratterizzano le famiglie assistite presso il Punto Nascita dell'IRCCS Policlinico San Martino e, più in generale, la società italiana contemporanea.

3. **Restituire il significato universale dell'allattamento**, mostrando come il gesto di nutrire un figlio rappresenti un linguaggio comune a tutte le culture e a tutti i popoli, capace di superare differenze etniche, religiose e sociali.

Più che una raccolta di immagini, **Nutrire. Unire.** vuole essere una testimonianza di come la medicina, la fotografia e la cultura possano dialogare per promuovere salute, inclusione e rispetto reciproco, rendendo visibile ciò che accomuna tutte le madri: il gesto semplice e universale di prendersi cura del proprio bambino.

Bibliografia

1. World Health Organization & UNICEF (2018). *Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. Geneva: WHO. Disponibile: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807>.

2. World Health Organization (2023). *Global Breastfeeding Scorecard 2023*. Geneva: WHO. Disponibile: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081376>.

3. Ministero della Salute (2021). *Linee di Indirizzo Nazionali sulla Protezione, Promozione e Sostegno all'Allattamento al Seno*.

Roma. Disponibile: <https://www.salute.gov.it/portale/allattamento/>

4. Ministero della Salute (2020). *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025*. Roma. Disponibile: <https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/>

5. Istituto Superiore di Sanità - EpiCentro (2022). *Allattamento al seno: i dati italiani*. Roma: ISS. Disponibile: <https://www.epicentro.iss.it/allattamento/>

6. DPCM 12 gennaio 2017. *Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza*. Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017.

7. D.Lgs. 151/2001. *Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità*.

8. *Politica Aziendale sull'Allattamento (PAA). Progetto inter-societario di promozione della salute materno-infantile: SIN, SIP, SIGO, SINUPE, AOGOI, FNOPO, FNOPI, SININF, SIPINF & VIVERE ONLUS*. 2025.

9. Ministero della Salute. 2024. *Benessere della coppia madre-bambino e sicurezza del neonato: il rooming-in. Tavolo tecnico multidisciplinare sulla continuità del rapporto madre-bambino durante l'ospedalizzazione alla nascita*.

10. Victora CG et al. (2016). *Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect*. *The Lancet*, 387(10017), 475-490. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.

11. Rollins NC et al. (2016). *Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?* *The Lancet*, 387(10017), 491-504.

12. Bartick MC et al. (2017). *Suboptimal breastfeeding in the United States: Maternal and pediatric health outcomes and costs*. *Maternal & Child Nutrition*, 13(1). DOI: 10.1111/mcn.12366.

13. Lumbiganon P et al.

(2016). *Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).

14. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ (2015). *Support for breastfeeding mothers*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).

15. Beake S et al. (2012). *Experiences of postnatal care in hospital and community*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 147.

16. Davanzo R, Salvatori G, Baldassarre M, Cetin I, Viora E, Scarpato E. "HPB Project" Working Group. *Promotion of breastfeeding in Italian Maternity Hospitals: a pre-intervention study* *Italian Journal of Pediatrics* October 2024; 10.1186/s13052-024-01793-9.

continua a pag. 13 >>



Famiglia Nigeriana

la mostra

segue da pag. 12



Mamma italiana



Famiglia Ecuador



Mamma proveniente dal Marocco



Mamma proveniente da Cuba



Settimana Mondiale dell'ALLATTAMENTO

1-7 ottobre 2026

LA PROMOZIONE DELL'ALLATTAMENTO: IL *POSITION STATEMENT* 2026 COME STRUMENTO PROFESSIONALE ED ETICO



Riccardo Davanzo
Commissione Allattamen-
to & BLUD della SIN
(COMASIN)

Dati epidemiologici attuali

L'epidemiologia nazionale sull'allattamento relativa al 2025, pur nei limiti della metodologia di raccolta dei dati, evidenzia sostanzialmente un quadro che eufemisticamente potremmo definire "subottimale". Questa

valutazione si basa sui seguenti dati:

1. i neonati sani, a termine sono allattati esclusivamente al seno nella misura del 71% (Fonte: Progetto Policy Aziendale per l'Allattamento-PAA)¹;
 2. a 2-3 mesi si scende al 48 % ed a 4-5 mesi al 39% (Fonte ISS)²;
 3. persiste una differenza importante, fra Centro e Nord, che mostrano tassi più elevati, e Sud e Isole collocati al nadir epidemiologico¹².
- Le cause sono note, ma non possono essere interpreta-

te (e tanto meno giustificate) solo in base a differenze culturali della popolazione. Il bisogno di salute è infatti universale e se manca la consapevolezza che allattare al seno è salutare, questo *gap* va colmato da un'appropriata educazione sanitaria. Per quanto poi attiene ai sempre citati limiti di risorse umane ed economiche delle Aziende Sanitarie, va purtroppo riconosciuto che ormai questi sono presenti su tutto il territorio nazionale e non possono rappresentare una valida giustifi-

cazione per rinunciare ad attivarsi.

Si tratta allora di ribadire due concetti fondamentali: 1) il ruolo che i servizi sanitari hanno nella promozione dell'allattamento è indiscutibile; 2) l'impegno a cui noi neonatologi e pediatri siamo chiamati per mettere in pratica le ben note raccomandazioni istituzionali sull'alimentazione infantile è ineludibile, anche quando operiamo in ambiti socio-sanitari gravati da criticità organizzative e culturali. L'assistenza ospedaliera alla

coppia madre-bambino non può prescindere dall'implementazione delle ben note pratiche postnatali che facilitano l'avvio dell'allattamento.

Rilevanza del Progetto Policy Aziendale per l'Allattamento

Con queste premesse si colgono bene le motivazioni e si apprezzano i risultati del Progetto Policy Aziendale per l'Allattamento (PAA) (Box 1), che in sintesi hanno portato a:

continua a pag. 16 >>

Box 1. Caratteristiche generali del Progetto PAA

- Obiettivo: promozione dell'allattamento nelle Maternità italiane, in particolare per i nati a termine, di peso appropriato alla nascita, sani
- Gestione da parte di SIN, SIP, SINUPE, AOGOI, SIGO, FNOPO, FNOPI, SIN INF, SIPINF e VIVERE ONLUS
- Partecipazione gratuita
- Implementazione di una *policy sull'allattamento* con potenziali effetti su organizzazione dell'ospedale, pratiche postnatali, protocolli e procedure ospedaliere relative all'allattamento
- Accredito (basato su un'autovalutazione interna guidata dal Coordinamento nazionale del Progetto) come *Punto Nascita per l'Allattamento* al raggiungimento di traguardi prestabiliti secondo:
 - Indicatori di esito: tasso di allattamento esclusivo di almeno il 50%;
 - Indicatori di processo:
 - definizione di un'appropriata *policy ad hoc*;
 - costituzione di un gruppo di lavoro locale che comprenda almeno le 4 figure professionali: neonatologo/pediatra, ginecologo, ostetrica, infermiere;
 - revisione del programma degli incontri di accompagnamento alla nascita;
 - implementazione o miglioramento delle pratiche postnatali in particolare del:
 - contatto pelle-a-pelle in sala parto (almeno il 60% dopo parto vaginale)
 - *rooming-in* di almeno 20/24 h (almeno l'80%)
 - protocolli correlati all'allattamento (almeno 17 su 20 proposti)
 - formazione dello staff (almeno 80%)

Box 2. Messaggio dall'AORN San Pio

Cristina Pizza, UTIN, Benevento

L'adesione al progetto PAA ha rappresentato per il nostro Centro un vero e proprio **catalizzatore di cambiamento**, capace di coinvolgere progressivamente numerose figure professionali - anche quelle apparentemente più distanti - e di consolidare il nostro impegno nel sostegno all'allattamento e nella promozione di un'esperienza positiva all'interno del Percorso Nascita.

Il punto di forza della nostra Azienda è stato il pieno e immediato supporto della Direzione (in particolare la Direttrice Generale), che ha permesso di gettare le basi per la nascita di un team multidisciplinare e multi-dipartimentale, formalizzato con l'approvazione della Politica Aziendale sull'Allattamento al seno e supportato da un investimento strategico sulla formazione del personale.

Altrettanto fondamentale è stata la **sinergia con le risorse sanitarie e scolastiche del territorio**. Abbiamo strutturato una rete di supporto all'allattamento che prevede un referente formato per ciascun Distretto territoriale, i cui contatti vengono consegnati per iscritto alle madri prima della dimissione. In quest'ottica, abbiamo realizzato un opuscolo informativo per i genitori e una serie di poster in collaborazione con gli studenti di due Istituti scolastici superiori (Figura 1), promuovendo la **sensibilizzazione dei giovani** e valorizzando il loro ruolo attivo nella comunità.

Questo percorso non sarebbe stato possibile senza la determinazione dei referenti locali del Progetto, che hanno saputo fare da collante e trasmettere un profondo entusiasmo. Il progetto PAA è stato il motore di un cambiamento virtuoso che, una volta avviato, ha continuato ad autoalimentarsi, dando vita a numerosi progetti collaterali, **tra cui lo screening precoce di ansia e depressione post-partum e il Diario di Culla per i pretermine della TIN**, in collaborazione con la psicologa del team. I risultati più significativi di questo percorso, infatti, vanno ben oltre il pur gratificante raggiungimento degli indicatori numerici di processo e di esito. Esiste un valore intangibile che i dati non possono misurare appieno: per noi, il progetto PAA è stato sinonimo di coesione, condivisione di obiettivi, e crescita professionale. Ha offerto l'opportunità di tessere relazioni umane profonde, che rendono il contesto lavorativo più sereno, stimolante e fattivo. Ha rappresentato una sfida a mettersi in gioco, a esprimere il proprio potenziale e a riscoprire il valore della formazione e del servizio all'altro.

Questa esperienza costituisce per tutti noi un patrimonio prezioso, che continua a produrre frutti concreti e a diffondere tra operatori e famiglie la consapevolezza di quanto l'allattamento al seno rappresenti un investimento fondamentale per la salute e il benessere di una vita intera!

1) un aumento del tasso di allattamento esclusivo (dal 67 al 71%) dei nati a termine sani in dimissione dalle Maternità;
2) l'accredito nel 2025 di 57 centri come *Punti Nascita per l'Allattamento*;

3) l'attivazione e/o la (ri)-accensione di entusiasmi dello staff ospedaliero nei confronti di queste tematiche (relazione madre-bambino; allattamento)

continua a pag. 17>>



Figura 1. Copertina del libretto per le famiglie dell'AORN San Pio di Benevento. Grafica a cura dell'Istituto "Palmieri Rampone Polo" di Benevento

BOX 3. L'esperienza dell'ULSS 3 Serenissima

Paola Cavicchioli, UOC Pediatria, Mestre

L'adesione dell'Azienda ULSS 3 Serenissima al Progetto Politica Aziendale per l'Allattamento (PAA) ha rappresentato un motore di rinnovamento assistenziale per l'intero territorio. All'interno di questa cornice strategica, l'Ospedale di Mestre ha potuto valorizzare e consolidare le buone pratiche già sviluppate nel percorso di ricertificazione a Ospedale Amico delle Bambine e dei Bambini (BFHI) riconosciuto dall'UNICEF, trovando al tempo stesso nel Progetto PAA uno strumento concreto per coinvolgere l'intera rete materno-infantile in un progetto trasversale.

Dalla nostra esperienza sul campo sono emersi quattro principali punti di forza del modello PAA.

1. **Fare rete.** Il progetto PAA ha favorito una reale integrazione tra tutti i Punti Nascita aziendali, orientando gli operatori verso pratiche assistenziali protettive e promuovendo gruppi di lavoro multidisciplinari coordinati. La conoscenza reciproca tra professionisti di realtà diverse, la condivisione delle esperienze e la ricerca comune di soluzioni alle criticità hanno rafforzato il senso di appartenenza, il supporto reciproco e la motivazione a lavorare insieme.

2. **Equità nell'assistenza.** La firma da parte della Direzione Strategica di una *policy* per l'allattamento unica per tutti i presidi ospedalieri dell'Azienda ha assicurato un'organizzazione coerente ed uniforme. Questo ha contribuito a ridurre le disomogeneità assistenziali sul territorio, condividendo l'obiettivo di offrire a ogni neonato e alla sua famiglia una migliore qualità di cura.

3. **Sicurezza clinica.** La proposta da parte del Progetto PAA di documenti e di protocolli della SIN ha rappresentato un riferimento comune per le procedure operative nei diversi presidi ospedalieri dell'Azienda.

4. **Metodologia di lavoro.** Il modello organizzativo del Progetto PAA è basato su requisiti e obiettivi misurabili e scadenze cronologiche definite. Questo approccio ha permesso di pianificare il cambiamento in modo realistico e monitorabile, offrendo un metodo di lavoro strutturato, efficace e facilmente trasferibile ad altri progetti di miglioramento.

Pur condividendo gli obiettivi di salute promossi dall'UNICEF, il programma PAA rende il cambiamento più sostenibile, aiutando le strutture a intraprendere e completare un percorso che, diversamente, avrebbe potuto risultare difficile da avviare.

Questa scelta aziendale ha quindi svolto una forte funzione inclusiva, consentendo anche ai Punti Nascita più piccoli di inserirsi gradualmente nel percorso di miglioramento. In questo modo la certificazione BFHI di Mestre non è rimasta un'esperienza isolata, ma è diventata un motore di crescita per tutta la rete aziendale, favorendo la diffusione di competenze, di strumenti basati sulle evidenze scientifiche e valorizzando l'importanza della formazione e del confronto multiprofessionale per consolidare una cultura assistenziale condivisa.

L'obiettivo finale è rendere il sostegno all'allattamento un diritto realmente uniforme, equo e accessibile per tutte le famiglie del territorio, indipendentemente dal luogo in cui nasce il bambino.

(Box 2 e Box 3).

La raccolta dati 2025 nell'ambito del Progetto PAA ha evidenziato notevoli disuguaglianze di latitudine nella diffusione dell'allattamento, inducendo le Presidenze SIN e SIP ad invitare i Presidenti delle Sezioni Regionali ad attivarsi per **promuovere l'arruolamento nel Progetto PAA di altri Punti Nascita**, in particolare per riequilibrare il fatto che attualmente solo il 28.9% (33/114) dei centri partecipanti appartiene a Centro/Sud/Isole.

Per aderire al Progetto PAA si può fare riferimento al Coordinamento nazionale (Figura 2) costituito da Riccardo Davanzo (Trieste), coordinatore, riccardo.davanzo@gmail.com; Giuseppe Giordano (Palermo), vice-coordinatore, giugior62@gmail.com e Cristina Piza

(Benevento), vice-coordinatrice, cristina.pizza@aornsanpio.it.

Il perché di un Position Statement sull'Allattamento

Come strumento di promozione dell'allattamento SIN, SIP e AIBLUD hanno prodotto un nuovo **Position Statement 2026 sull'Allattamento**. Il tema dell'allattamento continua infatti a rappresentare problematiche di natura organizzativa (per es: SSC, *rooming-in* ed accesso dei genitori), tecnologica (per es: disponibilità e corretto-efficace impiego delle pompe tiralatte) e clinica (per es.: il riscontro di ancor numerose false controindicazioni). In altri termini, l'allattamento continua ad essere oggetto di troppe controversie professionali. Il *Position Statement* è basato sulle evidenze scientifiche emerse dopo la

pubblicazione dell'ultima edizione 2015, senza però giungere a rappresentare, come è nella natura di un *Position Statement*, un'esauritiva revisione sistematica della letteratura.

Pur nell'ambito di una varietà di attitudini dei singoli professionisti

condizionata, come è noto, da *background* formativo, interesse professionale, storia riproduttiva personale, capacità di gestione dei conflitti di interesse, resta comunque sempre chiaro e prioritario l'impegno etico dei neonatologi e dei pediatri a promuovere

efficacemente l'allattamento, in base al proprio ruolo anche migliorando, se necessario, le proprie competenze specifiche. L'allattamento ha ormai acquisito un appeal scientifico e professionale. Esiste un *corpus* di

continua a pag. 18 >>



solide conoscenze che riguardano non solo la composizione del latte ed i benefici dell'allattamento, ma anche gli aspetti organizzativi e gestionali³. In altri termini, il prestigio professionale e le gratificazioni professionali possono essere incrementati anche occupandosi di allattamento.

In definitiva SIN, SIP e AIBLUD con il *Position Statement 2026* sull'allattamento indicano un orientamento professionale, che ormai non può più essere ignorato.

Bibliografia

1. Davanzo R, Salvatori G, Baldassarre ME, Gagliardi L, Viora E, Scarpato E, Agosti M; HPB Project Working Group. The hospital policy on breastfeeding project to promote breastfeeding in Italy: not so ambitious, still effective. *Ital J Pediatr*. 2026 May 13. doi: 10.1186/s13052-026-02249-y. Epub ahead of print.

2. Pizzi E, et al. The Surveillance System on Children aged 0-2: results of the 2025 data collection. Istituto Superiore di Sanità. (ISS), Rome 2026. <https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/pdf/sintesi-2025.pdf>.

3. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC; Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016 Jan 30;387(10017):475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.

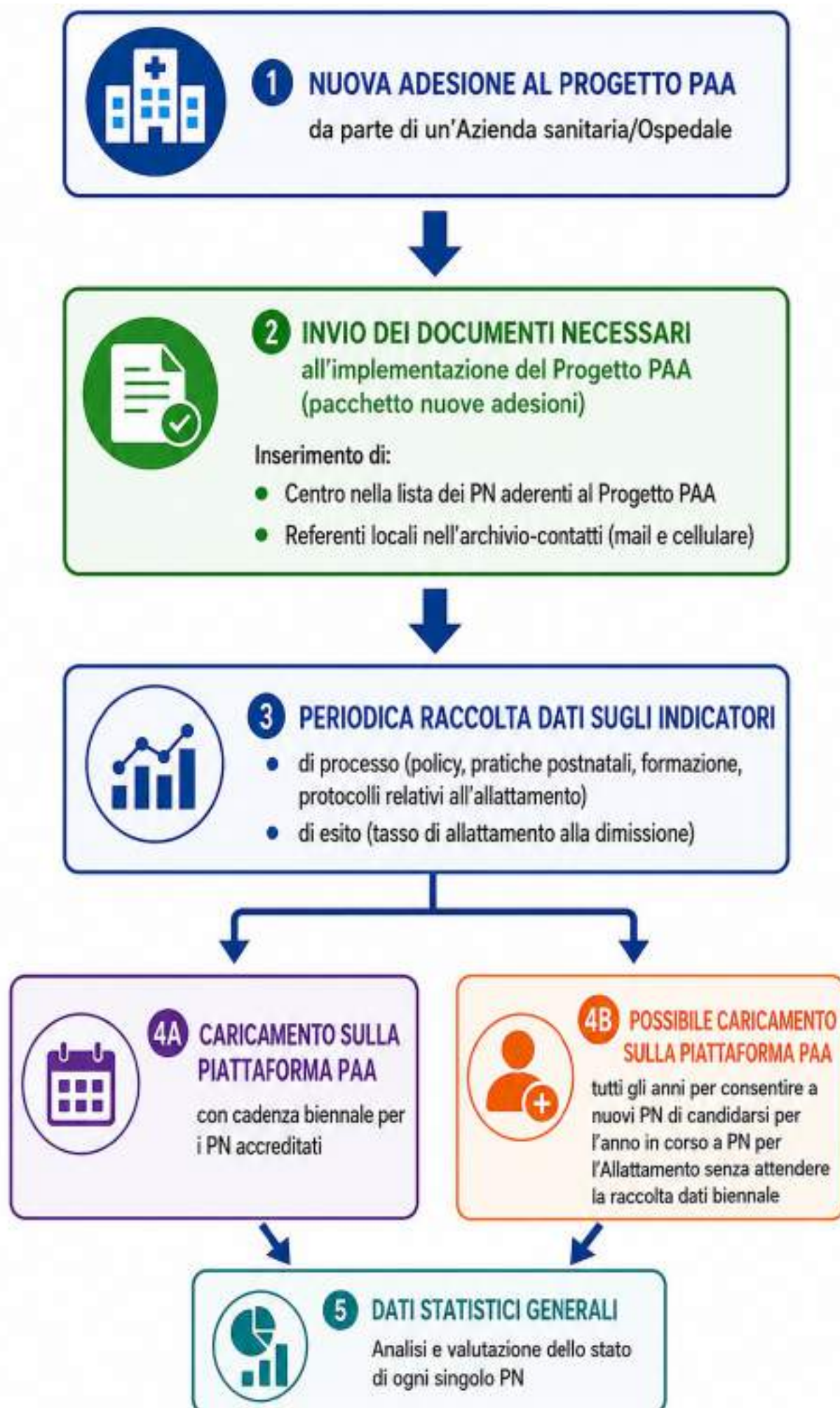


Figura 2. Schema organizzativo del Progetto PAA

PROMOZIONE E GESTIONE DELL'ALLATTAMENTO NEL NEONATO PRETERMINE IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

Aspetti assistenziali pratici e ruolo dell'équipe

Francesca Romana Filotei¹
Cinzia Negri²

¹Infermiera pediatrica e IBCLC, Roma

²UOC Neonatologia e TIN Ospedale S. Eugenio - ASL Roma 2, Roma

Introduzione

Il latte materno rappresenta il nutrimento di prima scelta per il neonato pretermine^{1,2}. Oltre al valore nutrizionale, il latte della madre di un nato pretermine possiede caratteristiche specifiche, adattate ai bisogni di quel bambino, e si associa a una riduzione di enterocolite necrotizzante, sepsi tardiva, durata della degenza, retinopatia della prematurità, displasia broncopolmonare, riospedalizzazioni³⁻⁵. Nonostante questi benefici siano ampiamente documentati, nelle Terapie Intensive Neonatali (TIN) persistono numerosi ostacoli all'avvio ed al mantenimento dell'allattamento: separazione madre-bambino, instabilità clinica, inadeguata spremitura del latte, carenza di sostegno pratico, utilizzo routinario del biberon e scarsa continuità assistenziale dopo la dimissione^{6,7}.

La promozione dell'allattamento nel neonato pretermine richiede quindi un approccio deciso,

precoce e multidisciplinare. Non si tratta soltanto di "somministrare del latte materno", ma di costruire un percorso che accompagni la madre e il bambino dalla nascita fino all'allattamento diretto al seno, quando possibile e desiderato.

Il ruolo dell'équipe e la costruzione di una cultura condivisa

La possibilità che una madre riesca a mantenere la produzione di latte e ad arrivare, se lo desidera, all'allattamento diretto al seno, dipende in larga misura dalla cultura assistenziale del reparto. Le TIN che ottengono i migliori risultati sono quelle in cui l'allattamento viene considerato una priorità clinica, con protocolli basati sulle evidenze scientifiche condivisi, obiettivi chiari e una formazione omogenea del personale⁸. L'équipe dovrebbe comprendere neonatologi, infermieri pediatrici, ostetriche, logopedisti e, quando necessario, terapisti della neuro e psicomotricità e fisioterapisti (magari ad indirizzo osteopatico). Ogni figura ha un ruolo specifico, ma lavora in sintonia con l'obiettivo di favorire l'adozione di un modello assistenziale condiviso, capace di sostene-



re la diade in ogni fase. Può risultare utile anche l'acquisizione da parte dello staff in servizio di competenze specialistiche in allattamento come quelle proprie di una IBCLC (*International Board Certified Lactation Consultant*).

È tuttavia importante che il sostegno all'allattamento rimanga una responsabilità condivisa dell'intera équipe, nella quale ogni professionista contribuisce, secondo le proprie competenze.

La disponibilità di un'IBCLC all'interno del reparto si associa a un aumento dell'avvio precoce della spremitura, a una maggiore produzione di latte materno, a un incremento dei tassi di allattamento esclusivo o parziale alla dimissione e a una maggiore durata dell'allattamento dopo il

rientro a casa⁷⁻⁹.

Iniziare presto: il colostro e l'avvio della lattazione

Nelle prime ore dopo la nascita il latte non è soltanto nutrimento. Il colostro rappresenta una vera "terapia" per il neonato pretermine, grazie all'elevata concentrazione di immunoglobuline, fattori antinfiammatori e fattori di crescita¹⁰.

Quando il bambino non può essere alimentato per bocca, il colostro può essere raccolto precocemente e somministrato come *oral care*, applicandone piccole quantità sulle mucose del cavo orale. Questa pratica si associa a una riduzione delle infezioni e a un miglior avvio dell'alimentazione enterale¹¹⁻¹³.

La madre dovrebbe essere aiutata a iniziare la spremitura del latte

idealmente entro la prima ora, o comunque entro le prime 6 ore dal parto. Un ritardo oltre questo tempo si associa a una minore produzione nelle settimane successive⁷. Nelle primissime ore dopo il parto, infatti, la frequente rimozione del latte favorisce il reclutamento dei recettori per la prolattina sui lattociti. Più precocemente e frequentemente il seno viene stimolato, maggiore sarà il numero di recettori attivati e, di conseguenza, la capacità futura di produrre latte. Se la spremitura viene ritardata, parte di questa finestra biologica viene persa e la lattazione può risultare più difficile da mantenere.

La spremitura iniziale dovrebbe essere eseguita con una combinazione di spremitura manuale e

continua a pag. 20 >>

segue da pag. 19

tiralatte elettrico a doppia pompa. Nelle prime 48-72 ore la spremitura manuale è particolarmente utile per raccogliere il colostro, spesso presente in piccole quantità, ma di grande valore biologico¹⁴.

Per favorire una produzione adeguata è consigliato: 1) personalizzare gli intervalli tra le estrazioni in base alla fase della lattazione, agli obiettivi condivisi e alle esigenze della madre, conciliando il necessario riposo materno con il mantenimento di un'adeguata frequenza della spremitura; 2) utilizzare un tiralatte ospedaliero a doppia pompa; 3) osservare e registrare la quantità di latte prodotta.

Per la spremitura manuale è utile dedicare circa 5-10 minuti per seno. In caso di utilizzo del tiralatte doppio elettrico possono essere seguiti due criteri: un criterio basato sul tempo, pari a circa 15-20 minuti totali, oppure il criterio suggerito dalla SIN¹⁵, cioè proseguire finché non esce l'ultima goccia di latte e continuare ancora per 1-2 minuti prima di interrompere.

Per quanto riguarda la potenza del tiralatte, la madre dovrebbe aumentarla progressivamente fino al massimo livello percepito come sopportabile. Non appena compare dolore o fastidio significativo, è opportuno ridurre la potenza, tornando indietro di un valore.

L'obiettivo realistico è raggiungere, entro la seconda settimana, una produzione minima di 500 ml al giorno, sufficiente per la maggior parte dei neonati pretermine¹⁶.

Coinvolgere la madre e definire obiettivi realistici

Il percorso di allattamento in TIN può essere lungo, faticoso e molto diverso da quello immaginato

- Neonato clinicamente stabile;
- contatto pelle a pelle quotidiano e prolungato;
- osservazione dei primi segnali di *readiness* (*rooting*, mano alla bocca, ricerca del seno);
- proposta del seno durante la *Kangaroo Mother Care*, anche senza aspettarsi assunzione di latte;
- progressiva comparsa di *licking*, attacco e brevi suzioni;
- mantenimento dell'alimentazione tramite sondino o integrazione, se necessaria;
- aumento graduale del tempo e dell'efficacia delle poppate al seno;
- riduzione progressiva delle integrazioni in base ai segnali del bambino, al trasferimento di latte e alla crescita.

Tabella 1. Flow chart del programma di promozione dell'allattamento nei pretermine

durante la gravidanza. Per questo è fondamentale che gli obiettivi vengano costruiti insieme alla madre, tenendo conto della sua volontà, delle sue possibilità concrete, della distanza dal reparto, della presenza di altri figli, delle condizioni cliniche del bambino e delle sue risorse emotive.

Non tutte le madri desiderano o riescono ad arrivare all'allattamento esclusivo al seno, e non tutte vivono il medesimo percorso. Anche offrire latte materno tramite spremitura, mantenere una lattazione parziale o raggiungere un allattamento misto può rappresentare un risultato significativo.

D'altro canto, le madri che desiderano investire tutte le loro energie e le loro risorse per raggiungere l'allattamento esclusivo o il seno diretto dovrebbero essere incoraggiate e sostenute.

La madre dovrebbe sentirsi parte attiva del percorso e mai giudicata. Un approccio centrato sulla diade prevede di condividere con lei gli obiettivi, rivalutarli nel tempo e adattarli alle sue necessità.

Contatto pelle a pelle e Kangaroo Mother Care

Il contatto pelle a pelle rappresenta uno degli interventi più efficaci per favorire l'allattamento nel neonato pretermine. La *Kangaroo Mother*

Care migliora la stabilità cardio-respiratoria, favorisce la termoregolazione, riduce lo stress, aumenta la produzione di latte e facilita la comparsa dei comportamenti di ricerca del seno¹⁷. Ha anche effetti positivi sulla salute mentale della mamma: riduzione dello stress e del rischio di depressione *postpartum*¹⁸.

Il contatto pelle a pelle dovrebbe essere proposto il più precocemente possibile e in modo continuativo, anche nei bambini ancora alimentati tramite sondino¹⁹.

Durante la *Kangaroo Mother Care* il neonato può iniziare spontaneamente a mostrare i primi comportamenti pre-alimentari: movimenti della bocca, ricerca del capezzolo, *licking*, *rooting*, brevi tentativi di attacco. Queste esperienze non devono essere interpretate come "prove inefficaci", ma come tappe fondamentali verso l'alimentazione orale.

Dall'alimentazione enterale al seno

Per molti anni il passaggio all'alimentazione orale nel neonato pretermine è stato guidato quasi esclusivamente dall'età gestazionale o dal peso. Oggi sappiamo che questi parametri, da soli, non sono sufficienti.

La prontezza (*readiness*) all'alimentazione orale dovrebbe essere valuta-

ta osservando la stabilità clinica e le competenze del bambino. La revisione sulle *developmental feeding milestones* sottolinea come il passaggio dal sondino naso-gastrico all'alimentazione orale debba seguire tappe progressive e individualizzate (*cue based*), rispettando i tempi del neonato e non un calendario prestabilito o sul volume di latte assunto^{20,21}. Forzare i tempi o insistere quando il bambino è instabile o affaticato può aumentare il rischio di avversione orale e di esperienze negative^{20,21}.

I neonati pretermine possono iniziare a essere messi al seno prima di quanto tradizionalmente proposto in base a peso ed età gestazionale, purché siano clinicamente stabili e supportati da un'équipe formata²². Il primo obiettivo non è nutrire, ma permettere al neonato di familiarizzare con il seno, l'odore, il contatto e la coordinazione.

Il protocollo EAT (EAT sta per *Encourage, Assess, Transition*) di Swanson e colleghi²² prevede una *flow chart* assistenziale (Tabella 1).

I primi tentativi con la poppata al seno dovrebbero avvenire in un momento di veglia tranquilla, rispettando gli stati comportamentali del neonato (certamente non durante il sonno profondo o quando il bambino è molto irritabile o appena sottoposto

a procedure dolorose), preferibilmente durante o dopo il contatto pelle a pelle, senza aspettative sul volume assunto, interrompendo il tentativo ai primi segni di stress o fatica.

Il bambino un giorno può mostrare una buona capacità di suzione e il giorno successivo essere troppo stanco o instabile. La progressione quindi non è lineare e richiede osservazione continua, flessibilità e rispetto dei tempi del neonato.

L'introduzione graduale del seno non prolunga i tempi di alimentazione, ma può favorire un passaggio più armonico e una maggiore probabilità di allattamento alla dimissione²³⁻²⁵. Il principio centrale, come sottolineato da Spatz⁶, è che il seno non debba essere introdotto solo quando il bambino è già in grado di alimentarsi completamente per bocca, ma possa entrare a far parte del percorso fin dai primi giorni.

L'uso del biberon e le alternative

Quando il bambino necessita di integrazione o non è ancora in grado di alimentarsi direttamente al seno, la modalità con cui il latte viene offerto può influenzare il successivo passaggio all'allattamento. L'uso routinario del biberon, soprattutto

continua a pag. 21 >>

segue da pag. 20

con flussi rapidi e alimentazione "a volume", può favorire tosse, desaturazioni, stress e difficoltà nel successivo attacco al seno. Un flusso troppo rapido, una tettarella con una forma inappropriata o una modalità di somministrazione poco responsiva possono indurre il bambino a bere in modo passivo, senza poter coordinare correttamente suzione, deglutizione e respirazione, aumentando la fatica, lo stress e il rischio che la poppata sia difficile da sostenere. Nella Tabella 2 si evidenziano le modalità corrette dell'alimentazione al biberon.

Quando possibile, possono essere utilizzate strategie alternative come l'alimentazione tramite sondino durante il contatto al seno, l'alimentazione mediante bicchierino, il *finger feeding* e i sistemi di nutrizione supplementare al seno (DAS).

In particolare il *finger feeding* è una tecnica in cui il lattante succhia il dito di un operatore o del genitore (generalmente il mignolo, con il polpastrello rivolto verso l'alto), mentre un sottile sondino collegato a una siringa o a un contenitore di latte rilascia latte materno (preferibilmente) o formula durante la suzione.

L'alimentazione responsiva permette, inoltre, di evitare che il bambino associ il pasto a una sensazione di fatica o perdita di controllo. Questo è particolarmente importante nei neonati pretermine, che possono sviluppare più facilmente avversione orale o difficoltà nella successiva transizione al seno^{21,24}.

La dimissione e la continuità assistenziale
Molte diadi arrivano a

- posizione semi-verticale o laterale, con il bambino ben contenuto;
- tettarella morbida, con una forma adeguata e a flusso lento;
- introduzione della tettarella solo quando il bambino apre spontaneamente la bocca;
- mantenimento del biberon in posizione quasi orizzontale, per evitare un flusso eccessivo;
- pause frequenti, ogni 3-5 suzioni o ai primi segni di affaticamento, senza rimuovere la tettarella dalla bocca ma inclinando verso il basso il biberon per svuotare la punta della tettarella e permettere al bambino di proseguire con una suzione non nutritiva;
- osservazione continua della respirazione (pause respiratorie, alito pinne nasali, frequenza respiratoria, tosse), del colorito (desaturazioni) e dello stato di vigilanza

Tabella 2. L'alimentazione responsiva al biberon

casa con una produzione ancora fragile, un bambino che alterna seno, latte spremuto e integrazioni, e numerosi dubbi.

Per questo la dimissione dovrebbe essere pianificata con anticipo e comprendere la valutazione dell'efficacia dell'alimentazione, del *pattern* di spremitura del latte, delle modalità di integrazione e della progressione verso il seno, prevedendo inoltre un *follow-up* ravvicinato, con riferimento a un servizio territoriale competente e collegamento con il pediatra di libera scelta²⁴⁻²⁹.

Quando disponibile, può essere utile prevedere un periodo di permanenza in *family room* o *rooming-in* prima della dimissione, durante il quale i genitori si prendono cura del bambino in autonomia per alcune ore o per una notte, sapendo di poter richiedere il supporto dell'équipe in caso di dubbi. Questa esperienza può aumentare la sicurezza dei genitori, ridurre l'ansia e facilitare il passaggio a casa²⁶⁻²⁸.

I programmi che prevedono un supporto strutturato dopo la dimissione mostrano tassi più elevati di allattamento e minori interruzioni precoci^{24,26,27}.

Conclusioni

Promuovere l'allattamento nel neonato pretermine non significa aspettare che il bambino "diventi grande

abbastanza" per attaccarsi al seno. Significa costruire, fin dalle prime ore, un percorso intenzionale che protegga la lattazione, favorisca il contatto, osservi i segnali del bambino e accompagni la madre in modo realistico e non giudicante.

La disponibilità di protocolli condivisi, la presenza di un'équipe formata e competente possono migliorare significativamente gli esiti.

Il sostegno all'alimentazione del neonato pretermine richiede il passaggio da una cultura centrata esclusivamente sui volumi e sulla performance a una cultura capace di integrare sicurezza clinica, osservazione del bambino e rispetto dei suoi tempi.

Bibliografia

1. World Health Organization. WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant. Geneva: World Health Organization; 2022.
2. United Nations Children's Fund, World Health Organization. Capture the Moment - Early Initiation of Breastfeeding: The Best Start for Every Newborn. New York: UNICEF; 2018.
3. Patel AL, Johnson TJ, Engstrom JL, Fogg LF, Jegier BJ, Bigger HR, et al. Impact of early human milk on sepsis and health care costs in very low birth weight infants. *Journal of Perinatology*. 2013;33(7):514-519.

4. Miller J, Tonkin E, Damarell RA, McPhee AJ, Suganuma M, Suganuma H, et al. A systematic review and meta-analysis of human milk feeding and morbidity in very low birth weight infants. *Nutrients*. 2018;10(6):707.

5. Meier PP, Johnson TJ, Patel AL, Rossman B. Evidence-based methods that promote human milk feeding of preterm infants: an expert review. *Clinics in Perinatology*. 2017;44(1):1-22.

6. Spatz DL. Ten steps for promoting and protecting breastfeeding for vulnerable infants. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2004;18(4):385-396.

7. Parker LA, Sullivan S, Krueger C, Mueller M. Timing of milk expression following delivery in mothers delivering preterm very low birth weight infants: a randomized trial. *Journal of Perinatology*. 2012;32(3):205-209.

8. Meier PP, Patel AL, Bigger HR, Rossman B, Engstrom

JL. Supporting breastfeeding in the neonatal intensive care unit: Rush Mother's Milk Club as a case study of evidence-based care. *Pediatric Clinics of North America*. 2013;60(1):209-226.

9. Chiurco A, Montico M, Brovedani P, Monasta L, Davanzo R. An IBCLC in the Maternity Ward of a Mother and Child Hospital: A Pre- and Post-Intervention Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2015 Aug 20;12(8):9938-51.

10. Rodriguez NA, Meier PP, Groer MW, Zeller JM. Oropharyngeal administration of colostrum to extremely low birth weight infants: theoretical perspectives. *Journal of Perinatology*. 2009;29(1):1-7.

11. Kumar J, Meena J, Ranjan A, Kumar P. Oropharyngeal application of colostrum or mother's own milk in preterm infants: a systematic review

continua a pag. 22>>>



segue da pag. 21

and meta-analysis. *Nutrition Reviews*. 2023;81(10):1254-1266.

12. Fu ZY, Huang C, Lei L, Chen LC, Wei LJ, Zhou J, Tao M, Quan MT, Huang Y. The effect of oropharyngeal colostrum administration on the clinical outcomes of premature infants: A meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2023 Aug;144:104527. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2023.104527. Epub 2023 May 19. PMID: 37295286.

13. Lee J, Kim HS, Jung YH, Choi KY, Shin SH, Kim EK, et al. Oropharyngeal colostrum administration in extremely premature infants: an RCT. *Pediatrics*. 2015;135(2):e357-e366.

14. Morton J, Hall JY, Wong RJ, Pang WW, Lai CT, Lui J. Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants. *Journal of Perinatology*. 2009;29(11):757-764.

15. Davanzo R. Spremitura e conservazione del latte materno. I protocolli Ospedalieri sull'Allattamento. In: *Update 2024 sulla Nutrizione con Latte Materno. Focus: ospedale ed allattamento*. A cura di Riccardo Davanzo. Anno 2024.

16. Hill PD, Aldag JC, Chatterton RT, Zinaman M. Comparison of milk output between mothers of preterm and term infants: the first 6 weeks after birth. *Journal of Human Lactation*. 2005;21(1):22-30.

17. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Aug 23;2016(8):CD002771. doi: 10.1002/14651858.CD002771.pub4. PMID: 27552521; PMCID: PMC6464509.

18. Pathak BG, Sinha B, Sharma N, Mazumder

S, Bhandari N. Effects of kangaroo mother care on maternal and paternal health: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*. 2023 Jun 1;101(6):391-402G. doi: 10.2471/BLT.22.288977. Epub 2023 Mar 31.

19. Darmstadt GL, Narayanan I, Santos HP, et al. New World Health Organization recommendations for care of preterm or low-birth-weight infants: health policy. *EClinicalMedicine*. 2023;63:102155.

20. Pighetti D, Hirschwald J, Gilheaney O. Developmental feeding milestones in the transition from non-oral feeding to oral feeding in premature infants: a scoping review. *Advances in Neonatal Care*. 2021;21(1):82-97.

21. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol #10: Breastfeeding the Late Preterm and Early Term Infant, Second Revision 2016. *Breastfeeding Medicine*. 2016;11(10):494-500.

22. Swanson NM, Elgersma KM, McKechnie AC, McPherson PL, Bergeron MJ, Sommerness SA, Friedrich CL, Spatz DL. Encourage, Assess, Transition (EAT): A Quality Improvement Project Implementing a Direct Breastfeeding Protocol for Preterm Hospitalized Infants. *Advances in Neonatal Care*. 2023 Apr 1;23(2):107-119. doi:10.1097/ANC.0000000000001037. Epub 2022 Aug 25.

23. Nyqvist KH, Häggkvist AP, Hansen MN, Kylberg E, Frandsen AL, Maastrup R, et al. Expansion of the Baby-Friendly Hospital Initiative Ten Steps to Successful Breastfeeding into Neonatal Intensive Care: Expert Group Recommendations. *Journal of Human Lactation*. 2013;29(3):300-309.

24. Briere CE, Lucas R, McGrath JM, Lussier M, Brownell EA. Establishing

breastfeeding with the late preterm infant in the NICU. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2015;44(1):102-113.

25. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol #35: Supporting Breastfeeding During Maternal or Child Hospitalization. *Breastfeeding Medicine*. 2021;16(9):664-674.

26. Nyqvist KH, Maastrup R, Hansen MN, Häggkvist AP, Hannula L, Ezeondo A, et al. Neo-BFHI: The Baby-Friendly Hospital Initiative for neonatal

wards. Core document with recommended standards and criteria. *Nordic and Quebec Working Group*; 2015.

27. Smith VC, Hwang SS, Dukhovny D, Young S, Pursley DM. Neonatal Discharge Planning and Readiness for Transition to Home for Infants and Their Families. *Journal of Perinatology*. 2013;33(11):867-872.

28. Anderson N, Narvey M; Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee. Discharge planning of the preterm infant. *Paediatrics & Child Health*. 2022;27(2):129-135.

29. Arwehed S, Axelin A,

Ågren J, Blomqvist YT. Discharge criteria, practices, and decision-making in the transition of preterm infants to home. *Pediatr Res*. 2026 Feb;99(2):670-677. doi: 10.1038/s41390-024-03752-w. Epub 2024 Nov 27.

UNIVERSITÀ DI PADOVA
Anno Accademico 2026-2027

MASTER UNIVERSITARIO II LIVELLO

MEDPE

Medicina perinatale e cure intensive neonatali

UNIPD EXECUTIVE LEARNING

[clicca qui](#)

NEL RICORDO DI DOMENICO DELLA PIETRA E DI FRANCESCO TANCREDI

Paolo Giliberti

*Past President SIN
Primario emerito dell'A.O.
dei Colli di Napoli*

È una calda giornata di
Agosto ma strane nuvole

compaiono nel cielo, che
creano un senso di tristezza.

Poi le notizie: la scomparsa
di Mimmo Della Pietra
e di Francesco Tancredi ed
alla tristezza si aggiunge lo
sgomento!!!

Entrambi facevano parte

del magico mondo della
SS. Annunziata, dove
nasceva una particolare
visione della Pediatria e
della Neonatologia, che
ancora oggi rappresenta
un insuperabile esempio
per quanti si dedicano alla
cura del bambino.

L'eleganza di Mimmo,
silenzioso attore protagonista
del "Reparto Immaturi";
la determinazione di
Francesco Tancredi nella
gestione dell'intero ospedale:
tante attività, tante
conflittualità, ma un forte
senso di famiglia, che ci

univa.

Con Loro scompare un
mondo ed il sentimento
che domina è il sentirsi
solo anche se tanti ricordi
compaiono nella mente
a creare una struggente
nostalgia.



Prof. Domenico Della Pietra



Ospedale SS. Annunziata di Napoli



Prof. Francesco Tancredi

Mauro Carpentieri

*Direttore UOSD Terapia
Intensiva Neonatale presso
AOU Luigi Vanvitelli,
Napoli*

Eminente figura della
Neonatologia napoletana
e nazionale, il prof. Della
Pietra iniziò giovanissimo
la sua esperienza pediatrica
e neonatologica presso
la SS. Annunziata di Napoli,
allora diretta dal prof.
Murano. Dalla fine degli
anni '60 del secolo scorso
ha attraversato tutto l'entusiasmo
progresso evolutivo della neonatologia
che iniziava in quegli

anni e prosegue tuttora.
Dopo un lungo soggiorno
presso il Kinderspital di
Zurigo, rientrato all'Annunziata
si dedicò, da subito, alla cura dei
neonati prematuri e patologici
presso il Centro Immaturi
dell'antico nosocomio
napoletano diretto dal
prof. Franco Tancredi,
introducendo tecniche di
accesso vascolare centrale
e alimentazione parenterale.

Con la collaborazione
del prof. Paolo Giliberti,
con cui condivideva la
responsabilità del Centro
Immaturi, contribuì
all'introduzione delle varie

innovative tecniche di
assistenza intensiva che
la tecnologia proponeva.
Contemporaneamente,
intorno a queste due
figure eminenti professionali
e scientifiche, veniva
formandosi, nel tempo,
un gruppo di neonatologi
attenti alle innovazioni
scientifiche che si andavano
proponendo, pur senza
mai perdere di vista il
processo storico dell'evoluzione
delle conoscenze neonatologiche.

Nel 1989, con la conversione
del Centro Immaturi in
Unità di Terapia Intensiva
Neonatale, ne assumeva
la direzione mantenendo

dola fino al 2006, anno del
suo pensionamento.

In questo periodo la TIN
della SS. Annunziata ha
via via acquisito un carattere
di punto di riferimento sia
per le gravidanze a rischio,
sia per l'assistenza intensiva
al neonato patologico.
Professionista scrupoloso
e attento, nonostante un
carattere schivo e tendenzialmente
taciturno, ha sempre mostrato
una totale dedizione al benessere
dei piccoli pazienti e delle
loro famiglie anticipando
tanti concetti di "care" e di
assistenza centrata sulla
famiglia, riservando un posto pre-

minente alle cure post-
dimissione con un attento
programma di *follow-up*.

Personalmente, entrato
giovane ed inesperto nel
mondo della neonatologia,
ho avuto il privilegio di
essere guidato da un
primario che, pur concedendomi
piena autonomia, non ha mai
fatto mancare il suo supporto
e il suo consiglio, e, anche
oggi che mi trovo a dirigere
un reparto di Terapia
Intensiva Neonatale, il suo
ricordo e il suo esempio
informano la mia attività
di direttore.

*"Per donare ciò che si ha,
bisogna donare ciò che si è".*

DIFTERITE, UNA MORTE CHE NON SAREBBE DOVUTA ACCADERE



Massimo Agosti
Presidente SIN

La morte a Palermo di una bambina di quattro anni colpita dalla difterite è una tragedia che ci addolora profondamente. Ma proprio perché una vita così giovane è stata spezzata, abbiamo il dovere di non limitarci al cordoglio. Questa morte non sarebbe dovuta accadere, perché la difterite non appartiene soltanto ai libri di storia della medicina, è una grave malattia infettiva, altamente contagiosa, causata da un batterio capace di produrre una tossina che può danneggiare il cuore, il sistema nervoso e altri organi vitali che è diventata eccezionale nel nostro Paese non perché il batterio sia scomparso, ma **grazie alla vaccinazione diffusa della popolazione**. Le malattie prevenibili non cessano necessariamente di esistere: smettiamo di vederle quando i vaccini impediscono loro di circolare e di provocare conseguenze gravi. Se le

coperture diminuiscono e si creano gruppi di bambini non protetti, patologie che credevamo consegnate al passato possono tornare, come nel caso di Palermo, in cui ci siamo trovati di fronte a un'infezione gravissima causata dal batterio *Corynebacterium diphtheriae* in una bimba che non era stata vaccinata. Dietro queste decisioni di non vaccinare continuano ad agire paure alimentate da informazioni false, talvolta rilanciate anche da figure pubbliche capaci di condizionare pesantemente l'opinione pubblica. Tra queste falsità vi è la presunta relazione tra vaccini e autismo, un'ipotesi smentita da decenni di studi. Continuare a diffonderla non è un'opinione innocua: provoca un danno, perché può orientare le famiglie verso scelte che espongono i bambini a rischi reali. Anche perché vaccinare non riguarda soltanto il singolo bambino, ma protegge anche i neonati ancora troppo piccoli per avere completato il ciclo vaccinale, i bambini fragili, quelli immunodepressi e

coloro che, per reali ragioni mediche, non possono essere vaccinati. È quindi una scelta individuale che comporta una profonda responsabilità collettiva. Il caso di Palermo deve richiamare inevitabilmente anche le istituzioni: non basta che i vaccini siano disponibili, bisogna individuare i bambini non raggiunti, recuperare tempestivamente le vaccinazioni mancate e intervenire nelle aree in cui le coperture sono insufficienti. Le disuguaglianze sociali, culturali

e territoriali si trasformano rapidamente in disuguaglianze di salute. Per questo sono necessari servizi vaccinali accessibili, pediatri proattivi sostenuti nella loro azione informativa e preventiva, campagne di comunicazione continue e un'alleanza più forte tra sanità, scuola e comunità. Come Società Italiana di Neonatologia abbiamo una responsabilità particolare, perché la prevenzione comincia prima della nascita e prosegue fin dai primi giorni di vita. La

scienza ci ha consegnato strumenti capaci di evitare sofferenze e morti che per secoli sono state considerate inevitabili, difenderli significa difendere il diritto di ogni bambino a crescere protetto. Facciamo in modo che il dolore di Palermo non diventi soltanto una notizia destinata a essere dimenticata, ma ci restituisca consapevolezza, responsabilità e fiducia nella prevenzione. Mettiamoci tutti la faccia.



GdS Auxologia Perinatale

PECULIARITÀ DI CRESCITA DEI NEONATI MODERATE E LATE PRETERM

Giulia Maiocco¹
Maria Lorella Gianni²

¹SC Neonatologia, Università degli Studi di Torino, Ospedale Sant'Anna di Torino

²UOC Neonatologia e TIN, IRCCS Fondazione Ca' Granda, Policlinico di Milano, Università degli Studi di Milano

I neonati *moderate* e *late preterm* (MLPT), nati tra 32+0 e 36+6 settimane di età gestazionale, rappresentano una popolazione numericamente rilevante e clinicamente eterogenea. Sebbene la ricerca sulla crescita postnatale si sia tradizionalmente concentrata sui neonati con età gestazionale inferiore a 32 settimane, è oggi riconosciuto che anche i MLPT presentano un aumentato rischio di alterazioni auxologiche e metaboliche nel breve e nel lungo termine. La conoscenza delle loro peculiari traiettorie di crescita è quindi essenziale per impostare un monitoraggio e un *follow-up* adeguati.

La crescita degli MLPT presenta caratteristiche peculiari fin dai primi giorni di vita, distinguendosi sia da quella dei nati a termine, sia da quella dei prematuri più immaturi, ovvero i *very preterm* (VPT, età gestazionale <32 settimane) e gli *extremely preterm* (EPT, età gestazionale <28 settimane).

Come tutti i neonati, anche i MLPT vanno incontro a un fisiologico calo ponderale dopo la nascita. Tuttavia, la loro evoluzione segue una traiettoria intermedia rispetto agli altri gruppi: il nadir viene generalmente raggiunto tra il quarto e il quinto giorno di vita¹, rispetto al secondo-quarto giorno nei nati a termine sani² e all'ottavo giorno circa nei neonati con età gestazionale inferiore a 32 settimane³. Analogamente, il recupero del peso alla nascita avviene mediamente intorno al tredicesimo giorno di vita nei *moderate preterm*, circa due giorni prima rispetto ai *very preterm*³. Anche l'entità del calo ponderale differisce in relazione all'età gestazionale, risultando mediamente pari a circa il 7% nei *moderate preterm*, al 5% nei *late preterm* e superiore al 10% nei *very preterm*^{3,4}.

Un recente studio multicentrico ha evidenziato come i fattori pre- e perinatali influenzino la crescita postnatale in modo differente in relazione all'età gestazionale alla nascita⁵. Gli Autori hanno valutato l'impatto di diverse complicanze della gravidanza e del periodo perinatale, tra cui preeclampsia, infezione intrauterina, corioamniotite, sepsi a esordio precoce, sanguinamento materno, ritardo di crescita intrauterino (IUGR) e anomalie cardiocirculatorie.

Dopo l'aggiustamento per peso e lunghezza alla nascita, solo la crescita postnatale dei MLPT è risultata significativamente influenzata dalla presenza di IUGR e di sepsi a esordio precoce, ed unicamente nei *late preterm* è stata dimostrata un'associazione con la preeclampsia e le anomalie cardiocirculatorie. Questi risultati suggeriscono che, con il diminuire dell'età gestazionale, la crescita postnatale sia progressivamente determinata dai fattori che intervengono dopo la nascita, mentre nei *moderate* e *late preterm* il *background* intrauterino e perinatale continua a esercitare un'influenza rilevante sulla traiettoria di crescita.

Un monitoraggio accurato della crescita postnatale richiede la valutazione integrata di tutti i parametri antropometrici, poiché nei neonati pretermine il deficit di crescita interessa frequentemente la lunghezza in misura maggiore rispetto al peso, determinando un accrescimento disarmonico⁶. Poiché prima del termine di età corretta non sono disponibili valori di riferimento per il rapporto peso/lunghezza (*weight-for-length ratio*), nei neonati pretermine è opportuno confrontare la variazione dello z-score del peso con quella dello z-score della lunghezza, quale indicatore indiretto della quali-



tà dell'accrescimento. Anche nei neonati *moderate* e *late preterm* la crescita postnatale è caratterizzata da un *pattern* disarmonico, sebbene con caratteristiche peculiari. Dopo il fisiologico calo ponderale, il recupero del peso è sostenuto prevalentemente dall'incremento della massa magra. Successivamente, a partire dalla seconda settimana di vita, si osserva una progressiva riduzione dell'apposizione di massa magra e della crescita lineare. Di conseguenza, al termine di età corretta, i MLPT presentano frequentemente un ritardo della crescita lineare (*stunting*) e, rispetto ai nati a termine di pari età gestazionale corretta e peso corporeo, mostrano una maggiore quantità di massa grassa e una più elevata percentuale di grasso corporeo⁴. Le alterazioni della composizione corporea non si limitano al periodo neonatale. Nei *late preterm*, la maggiore adiposità osservata al

termine di età corretta persiste ancora nel primo mese di vita corretta, per poi ridursi progressivamente, fino a divenire sovrapponibile a quella dei nati a termine entro i 3 mesi⁷. Una traiettoria analoga è stata descritta anche nei *moderate* e *very preterm* con peso adeguato per l'età gestazionale, che raggiungono valori di massa grassa comparabili ai nati a termine intorno ai 4 mesi di età corretta⁸.

Il precoce accumulo di massa grassa osservato nei neonati pretermine potrebbe rappresentare un meccanismo adattativo comune alla vita postnatale. Con il passaggio dalla vita intrauterina a quella extrauterina, infatti, il neonato pretermine deve sostenere autonomamente funzioni fisiologiche essenziali, quali la termoregolazione, il mantenimento dell'equilibrio idrico e la respirazione, anche in assenza di rilevanti problemati-

continua a pag. 26 >>

segue da pag. 25

che cliniche. Il tessuto adiposo sembra esercitare un ruolo specifico nel controllo della termogenesi: durante il digiuno, la riduzione delle riserve adipose determina una soppressione della termogenesi con l'obiettivo di risparmiare energia. Nella successiva fase di rialimentazione, la termogenesi rimane temporaneamente ridotta, favorendo un deposito di massa grassa superiore rispetto a quello di massa magra e promuovendo una transitoria insulino-resistenza. Nonostante si tratti di una condizione provvisoria, non si può escludere che l'accumulo precoce di massa grassa rappresenti un fattore di rischio per lo sviluppo di malattie metaboliche nell'età adolescenziale e adulta⁹.

Anche la gemellarità sembra influenzare la crescita postnatale dei neonati pretermine, sebbene con effetti differenti in base all'età gestazionale. In particolare, le differenze rispetto ai nati singoli sono state osservate esclusivamente nei *late preterm*, mentre non risultano significative nei *moderate*, *very* ed *extremely preterm*¹⁰. I gemelli LPT presentano infatti un peso e una lunghezza inferiori rispetto ai nati singoli, sia al termine di età corretta, sia a 3 mesi di età corretta. Analogamente, la composizione corporea è caratterizzata da una minore deposizione sia di massa magra, sia di massa grassa. Questi risultati suggeriscono ulteriormente che la crescita postnatale precoce sia tanto più

influenzata dai soli fattori postnatali, quanto più la nascita è stata prematura.

Gli *outcome* auxologici nei *late preterm* sembrano essere meno favorevoli anche a lungo termine. In uno studio di coorte brasiliano, i neonati *late preterm* adeguati all'età gestazionale hanno mostrato, a 2 anni di età corretta, un rischio significativamente maggiore di presentare un valore sia di peso, che di altezza ≤ 2 z-score rispetto ai coetanei nati a termine (3.0% vs 0.8% e 7.2% vs 2.9%, rispettivamente)¹¹. Sebbene tali differenze possano essere in parte attribuite alla maggiore frequenza di ospedalizzazioni, comorbidità e a determinanti sociali di salute meno favorevoli, il rischio di ritardo di crescita postnatale rimane significativamente più elevato anche dopo l'aggiustamento per questi fattori.

Nel loro insieme, le evidenze disponibili indicano che i MLPT rappresentano una popolazione a rischio di alterazioni della cresci-

ta e della programmazione metabolica, con una traiettoria auxologica distinta rispetto a quella del nato a termine. In questo contesto, la promozione dell'allattamento materno, associata a una crescita più armonica e a migliori *outcome* metabolici e neuroevolutivi, rappresenta uno dei principali interventi di prevenzione. Accanto al supporto nutrizionale, è essenziale garantire un percorso di *follow-up* multidisciplinare, strutturato e specifico per questi neonati, che consenta di monitorare nel tempo non solo la quantità, ma anche la qualità dell'accrescimento e di intervenire precocemente nei bambini che presentano un aumentato rischio auxologico e metabolico.

Bibliografia

1. Rochow N, Raja P, Liu K, et al. Physiological adjustment to postnatal growth trajectories in healthy preterm infants. *Pediatr Res.* 2016 Jun;79(6):870-9.
2. National Institute for Health and Care Excel-

lence (NICE) guidelines. *Faltering growth: recognition and management of faltering growth in children.* NG75. 2017 Sept. 3. Cole TJ, Statnikov Y, Santhakumaran S, et al. Birth weight and longitudinal growth in infants born below 32 weeks' gestation: a UK population study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2014 Jan;99(1):F34-40.

4. Olhager E, Törnqvist C. Body composition in late preterm infants in the first 10 days of life and at full term. *Acta Paediatr.* 2014 Jul;103(7):737-43.

5. Roggero P, Ryumina I, Gunier RB, et al. Postnatal growth of etiologically characterized preterm newborns according to gestational age at birth. *Pediatr Res.* 2025 Jul;98(1):241-249.

6. Haiden N, Luque V, Domellöf M, et al. Assessment of growth status and nutritional management of prematurely born infants after hospital discharge: A position paper of the ESPGHAN Nutrition Committee. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2025 Aug;81(2):421-441.

7. Gianni ML, Roggero P,

Liotto N, et al. Postnatal catch-up fat after late preterm birth. *Pediatr Res.* 2012 Dec;72(6):637-40.

8. Ramel SE, Gray HL, Ode KL, et al. Body composition changes in preterm infants following hospital discharge: comparison with term infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2011 Sep;53(3):333-8.

9. Dulloo AG, Jacquet J, Seydoux J, et al. The thrifty "catch-up fat" phenotype: its impact on insulin sensitivity during growth trajectories to obesity and metabolic syndrome. *Int J Obes* 2006;4:S23-35.

10. Liotto N, Roggero P, Giuliani F, et al. How does gestational age affect growth and body composition of preterm twins? *Pediatr Res.* 2020 Jan;87(1):57-61.

11. Santos IS, Matijasevich A, Domingues MR, et al. Late preterm birth is a risk factor for growth faltering in early childhood: a cohort study. *BMC Pediatr.* 2009 Nov 16;9:71.

SURVEY NAZIONALE SIN - GESTIONE RESPIRATORIA DEI NEONATI MODERATE E LATE PRETERM (32-36 SETTIMANE)

A cura della Commissione *Moderate-Late Preterm* e del GdS di Pneumologia Neonatale

Survey della SIN - Giugno 2026

La presente survey, promossa dalla Socie-

tà Italiana di Neonatologia (SIN), ha l'obiettivo di descrivere la pratica clinica attuale nella gestione respiratoria dei neonati *moderate* e *late preterm* (32-36 settimane di età gestazionale) in Italia.

I risultati saranno utilizzati per lo sviluppo di

un consensus nazionale e per una pubblicazione scientifica.

La partecipazione è volontaria ancorché raccomandabile e i dati saranno raccolti in forma anonima e aggregata.

 [clicca qui](#)



GdS Ematologia ed Immunologia Neonatale

ANTICOAGULANTI ORALI DIRETTI NEL NEONATO: STATO DELL'ARTE, EVIDENZE E CRITICITÀ

Marco Fossati¹

Mariella Magarotto²

Claudia Ballerini¹

¹S.C. Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

²U.O.C. Patologia e Terapia Intensiva Neonatale, Dipartimento A.I. per la Salute della Donna e del Bambino - SDB, Azienda Ospedale - Università Padova

per il Gruppo di Studio di Ematologia ed Immunologia Neonatale

La trombosi in età neonatale costituisce una complicanza emergente, associata all'aumentata sopravvivenza dei neonati critici. La gestione della terapia anticoagulante risulta complessa per le caratteristiche peculiari dell'emostasi neonatale e per la scarsità di evidenze specifiche^{1,2}.

L'incidenza di tromboembolismo venoso (VTE) è relativamente bassa nella popolazione generale, ma aumenta drammaticamente fino all'1,5% nei neonati ricoverati in Terapia Intensiva Neonatale (TIN); in particolare, nei portatori di catetere venoso centrale, studi prospettici riportano percentuali di incidenza comprese tra il 13% e il 22%³.

Ulteriori condizioni

predisponenti includono prematurità, cardiopatie congenite, infezioni sistemiche e necessità di supporto intensivo. In questo contesto, la scelta terapeutica richiede sempre un attento bilancio tra rischio trombotico e rischio emorragico, spesso in un contesto di instabilità clinica.

La terapia anticoagulante pediatrica standard si basa su eparina non frazionata (UFH), eparina a basso peso molecolare (LMWH) e antagonisti della vitamina K (VKAs). L'eparina a basso peso molecolare è il farmaco anti-trombotico universalmente più utilizzato nel neonato. Tali farmaci, pur consolidati nella pratica clinica, presentano limiti rilevanti nella popolazione neonatale. Le eparine (UFH e LMWH) richiedono somministrazione parenterale e monitoraggio laboratoristico frequente e la loro efficacia può essere influenzata da diversi fattori peculiari del neonato (ridotti livelli di antitrombina, elevata variabilità farmacocinetica)^{1,2}. Gli antagonisti della vitamina K risultano difficilmente utilizzabili in questi pazienti per la variabilità della risposta, la finestra terapeutica ristretta e le interazioni farmacologiche/nutrizionali¹. Gran parte delle raccomandazioni farmacologiche (farmacocinetica, farmacodinamica,



efficacia) deriva da dati estrapolati da studi sul paziente adulto^{1,2}.

Gli anticoagulanti orali diretti (DOACs) rappresentano un'evoluzione significativa in questo ambito^{2,4}. Questi farmaci inibiscono selettivamente fattori specifici della cascata coagulativa, in particolare il fattore Xa o la trombina (fattore II), con un profilo farmacocinetico più prevedibile rispetto ai farmaci tradizionali. La possibilità di somministrazione orale, con la riduzione della necessità di monitoraggio routinario, consentono una gestione più semplice e meno invasiva, con conseguente maggior comfort del paziente, aspetto particolarmente rilevante in età pediatrica^{2,4}.

Le principali evidenze derivano da due trial randomizzati (EINSTEIN-Jr e DIVERSITY) condotti in età pediatrica^{5,6}. Il primo studio ha valutato il rivaroxaban che, sommi-

nistrato secondo dosi fisse per range di peso, ha dimostrato un'efficacia sostanzialmente paragonabile alla terapia standard (UFH/LMWH) nel prevenire le recidive di VTE, con un profilo di sicurezza comparabile. È importante sottolineare che i pazienti di età inferiore ai 2 anni rappresentavano circa il 10% della popolazione studiata, mentre i neonati costituivano solo una quota limitata⁵. Analogamente nello studio DIVERSITY, il dabigatran ha mostrato risultati comparabili sebbene nella popolazione studiata non vi fossero pazienti di età inferiore a 28 giorni⁶.

Una recente meta-analisi ha confermato che i DOACs riducono significativamente la recidiva di VTE, presentano un profilo di sicurezza comparabile agli anticoagulanti standard e non determinano un aumento significativo di sanguinamenti maggiori⁷.

È importante sottolineare

però che la Società Americana di Ematologia (ASH) e la Società Internazionale di Trombosi ed Emostasi (ISTH) nelle ultime linee guida (2024) sul trattamento del tromboembolismo venoso in età pediatrica suggeriscono l'uso dei DOACs con una raccomandazione condizionale e con basso livello di evidenza⁸. Il panel di esperti, in base alla revisione della letteratura disponibile, conclude che vi è un minimo beneficio sull'uso dei DOACs rispetto alla terapia standard nel ridurre la ricorrenza del trombo e nell'aumentare la sua risoluzione; inoltre, i dati riguardanti l'incidenza di mortalità, sindrome post trombotica, sanguinamenti maggiori e minori non clinicamente rilevanti sono altresì limitati in quanto riportati in un campione esiguo⁸.

Gli esperti notano che

continua a pag. 28 >>>

nei 2 RCT pediatrici (EINSTEIN-Jr - DIVERSITY trial) alcune categorie di pazienti (< 2 anni con basso peso, pazienti con patologia epatica e renale severa) sono state escluse. Inoltre, il monitoraggio e l'aggiustamento della dose di dabigatran durante il DIVERSITY trial suscita preoccupazione sui potenziali effetti sull'efficacia e la sicurezza nell'uso routinario che non prevede tale monitoraggio. Pertanto, sebbene i dati degli RCT su 523 pazienti pediatrici (di cui una piccola quota neonati) siano limitati, considerando i benefici della somministrazione orale evitando iniezioni giornaliere, le minori interazioni farmacologiche rispetto ad altri anticoagulanti, la mancanza di monitoraggio routinario e le formulazioni orali adattate al paziente pediatrico/neonatale, il *panel* di esperti conclude che l'uso dei DOACs nel trattamento del tromboembolismo venoso sia accettabile⁸.

In Italia l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha approvato l'uso di rivaroxaban, dabigatran e apixaban per il trattamento e la prevenzione del VTE in età pediatrica. In età neonatale (< 28 giorni) sono approvati solo rivaroxaban e dabigatran^{9,10,11}.

La durata del trattamento, nei trial pediatrici, è risultata generalmente pari a tre mesi nei casi di VTE provocato^{5,6}.

Nella pratica clinica neonatale, la durata del trattamento è compresa tra sei settimane e tre mesi in caso di trombosi provocata, qualora vi sia risoluzione del trombo e scomparsa di qualsiasi

fattore di rischio associato (necessità di catetere venoso centrale, trattamenti chirurgici, ventilazione meccanica, infezioni). La trombosi spontanea invece può richiedere un trattamento antitrombotico prolungato di 6-12 mesi¹⁵.

L'AIFA nel neonato raccomanda rivaroxaban dopo almeno 5 giorni di terapia parenterale con eparina, nel nato a termine, di peso pari ad almeno 2,6 kg e dopo almeno 10 giorni di nutrizione enterale⁹ (Tabella 1). Per quanto riguarda dabigatran le indicazioni sono simili, sebbene attualmente in Italia non sia disponibile una formulazione orale adeguata al neonato rimborsabile da parte del Sistema Sanitario Nazionale¹⁰.

Il dosaggio è definito in base al peso corporeo, con schemi posologici differenziati per classi ponderali, sviluppati per ottenere esposizioni farmacocinetiche sovrapponibili a quelle osservate nell'adulto^{5,9}. L'utilizzo dei DOACs, così come nell'adulto, anche nel paziente pediatrico e neonatale si accompagna alla tematica di una adeguata terapia antidotica per un rapido *reversal* dell'anticoagulazione in caso di necessità di procedure urgenti o sanguinamento maggiore. Le terapie di *reversal* attualmente disponibili per i DOACs sono i complessi protrombinici a 3 e 4 fattori (PCC) e, in ambito di ricerca, idarucizumab e andexanet alfa. Idarucizumab è un frammento anticorpale diretto contro dabigatran, mentre andexanet alfa è una forma ricombinante modificata e cataliticamente inattiva

Peso corporeo [kg]		Regime Dose di Rivaroxaban (1 mg di Rivaroxaban corrisponde a 1 mL di sospensione)			Dose giornaliera totale
Min	Max	una volta al giorno	2 volte al giorno	3 volte al giorno	
2,6	< 3			0,8 mg	2,4 mg
3	< 4			0,9 mg	2,7 mg
4	< 5			1,4 mg	4,2 mg
5	< 7			1,6 mg	4,8 mg
7	< 8			1,8 mg	5,4 mg
8	< 9			2,4 mg	7,2 mg
9	< 10			2,8 mg	8,4 mg
10	< 12			3,0 mg	9,0 mg
12	< 30		5 mg		10 mg
30	< 50	15 mg			15 mg
≥ 50		20 mg			20 mg

Tabella 1: Dose raccomandata di rivaroxaban (Xarelto) in pazienti pediatrici dai neonati a termine (dopo almeno 10 giorni di nutrizione orale e di peso pari ad almeno 2,6 kg) ai bambini di età inferiore a 18 anni

Fonte: Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)

del fattore Xa umano, che agisce come esca sequestrando gli inibitori del fattore Xa e riducendo così la quota libera capace di legare il fattore Xa endogeno¹².

Idarucizumab e andexanet alfa hanno dati estremamente limitati o assenti nei pazienti pediatrici e neonatali pertanto non sono raccomandati^{13,14}.

Nel neonato la strategia di *reversal* più utile potrebbe essere l'impiego di PCC eventualmente associato al controllo laboratoristico della coagulazione e del dosaggio plasmatico del DOAC, ove disponibile. Il plasma fresco congelato rappresenta una valida alternativa salvo nel caso in cui si richieda uno stretto controllo del bilancio idrico dove sono opportuni degli accorgimenti per evitare un sovraccarico di volume. Da segnalare in ultima istanza che rivaroxaban ha un'emivita rapida nel neonato e, in assenza di situazioni di particolare rischio di accumulo, in breve è possibile ottenere livelli di anticoagula-

zione assenti o non clinicamente rilevanti⁷.

Un ulteriore elemento di criticità, strettamente connesso al tema del *reversal*, riguarda il monitoraggio laboratoristico dell'effetto anticoagulante nel neonato. I test di coagulazione standard, quali PT e aPTT, hanno una sensibilità limitata e non lineare alle concentrazioni plasmatiche dei DOACs e risultano di interpretazione ulteriormente complicata dalla fisiologica immaturità del sistema emostatico neonatale. I test cromogenici specifici (anti-fattore Xa per rivaroxaban e apixaban, tempo di trombina diluito per dabigatran) offrono una stima più accurata dell'esposizione al farmaco, ma sono disponibili solo in centri selezionati e non sono validati su standard di riferimento pediatrici e neonatali dedicati. Nella pratica clinica quindi il monitoraggio non è raccomandato di routine, ma può essere utile in situazioni specifiche quali sospetto accumulo, compromissione della

funzione renale o epatica, o necessità di procedure invasive urgenti.

Sebbene la popolazione neonatale sia ancora poco rappresentata negli studi clinici, i dati ad oggi disponibili e l'esperienza crescente suggeriscono un potenziale ruolo dei DOACs anche in questa fascia di età^{2,4,8,15}. Le principali criticità riguardano l'imaturità della funzione epatica e renale, la variabilità dell'assorbimento enterale e il rischio emorragico, particolarmente rilevante nei primi giorni di vita. Tuttavia, in pazienti selezionati, clinicamente stabili e con adeguata funzione d'organo, l'utilizzo di questi farmaci può rappresentare una valida opzione terapeutica, sebbene manchino ad oggi ancora robuste evidenze^{2,4,17}.

Va sottolineato che le considerazioni sopra riportate riguardano prevalentemente il neonato a termine, popolazione su cui si concentra la quasi totalità dei dati disponibili. Il

segue da pag. 28

neonato pretermine presenta un'immaturità coagulativa più marcata, con livelli fisiologicamente più bassi di proteine procoagulanti e anticoagulanti naturali, e una farmacocinetica ulteriormente complicata dalla maggiore variabilità del rapporto tra superficie corporea e volume di distribuzione. Questi elementi rendono al momento poco applicabili ai pretermine i risultati ottenuti nei trial pediatrici, e ne fanno una priorità per la ricerca futura piuttosto che un'estensione immediata della pratica clinica attuale; in Italia, del resto, l'indicazione registrata di rivaroxaban è limitata al neonato a termine e non ne consente l'impiego nel pretermine.

La ricerca in questo ambito è rapida e in prospettiva orientata a studi sulla popolazione di neonati pretermine, sviluppo di formulazioni pediatriche ottimizzate, definizione di dosi basate sul peso preciso (pro kg) e validazione di strategie di reversal. L'evoluzione delle evidenze e lo sviluppo di formulazioni pediatriche dedicate contribuiranno verosimilmente a un ampliamento delle indicazioni.

Oltre ai tre DOACs già approvati in ambito pediatrico (rivaroxaban, dabigatran, apixaban) va segnalato che un quarto agente, edoxaban, è attualmente in fase di valutazione in un trial randomizzato multicentrico, che include pazienti dalla nascita a 18 anni, i cui risultati definitivi non sono ancora disponibili. Pertanto, l'eventuale ruolo di edoxaban nel neonato resta da definire¹⁶.

La presente trattazione si concentra sul trombo-

embolismo venoso; la gestione della trombosi arteriosa neonatale, meno frequente e caratterizzata da presupposti fisiopatologici e terapeutici distinti, esula dagli obiettivi di questa revisione.

In conclusione, i DOACs rappresentano un'innovazione rilevante nella terapia anticoagulante pediatrica, con vantaggi significativi in termini di gestione e qualità di vita. Nel neonato, pur in presenza di alcune limitazioni, configurano un'opzione terapeutica promettente, destinata a un ruolo sempre più definito con l'ampliarsi delle evidenze disponibili.

Bibliografia

1. Law C, Raffini L. A guide to the use of anticoagulant drugs in children. *Pediatr Drugs*. 2015;17:105-114.
2. Halimeh S, Male C, Nowak-Göttl U. New anticoagulants in neonates, children, and adolescents. *Hämostaseologie*. 2022;42:123-130.
3. Haley KM. Neonatal Venous Thromboembolism. *Front Pediatr*. 2017;5:136. doi: 10.3389/fped.2017.00136.
4. Bhat RV, Young G,

Sharathkumar AA. How I treat pediatric venous thromboembolism in the DOAC era. *Blood*. 2024;143(5):389-403.

5. Male C et al. Rivaroxaban compared with standard anticoagulants for the treatment of acute venous thromboembolism in children: a randomised, controlled, phase 3 trial. *Lancet Haematol* 2020; 7: e18-27.

6. Halton J et al. Dabigatran etexilate for the treatment of acute venous thromboembolism in children (DIVERSITY): a randomised, controlled, open-label, phase 2b/3, non-inferiority trial. *Lancet Haematol* 2021; 8: e22-33.

7. Giossi R, Menichelli D, D'Amico F, Idotta L, Cirino M, Scardoni L, et al. Efficacy and safety of direct oral anticoagulants in the pediatric population: a systematic review and a meta-analysis. *J Thromb Haemost*. 2023;21:2784-2796.

8. Monagle P et al. American Society of Hematology/International Society on Thrombosis and Haemostasis 2024 updated guidelines for treatment of venous thromboembolism in pediatric patients. *Blood Advances* 2025. Vol 9,

issues 10:2587-2636.

9. Nota Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del 24.04.2024.

10. Nota Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del 16.02.2023.

11. Nota Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del 19.04.2025.

12. D'Abrantes S, Male C, Brown N, Bjursell M, Ambery P, Berggren A, Mattsson U. Anticoagulant prescribing trends, bleeding events, and reversal agent use in pediatric patients: A retrospective, real-world study. *PLoS One*. 2025 May 8;20(5):e0323137. doi: 10.1371/journal.pone.0323137. PMID: 40338907.

13. Albisetti M, Schlosser A, Brueckmann M, Gropper S et al. Rationale and design of a phase III safety trial of idarucizumab in children receiving dabigatran etexilate for venous thromboembolism. *Res Pract Thromb Haemost*. 2018;2 (1):69-76.

14. Rodriguez V, Stanek J, Kerlin BA, Dunn AL. Andexanet Alfa Versus Prothrombin Complex Concentrates/Blood Products as Apixaban/Rivaroxaban Reversal Agents: A Survey Among

Pediatric Hematologists. Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis 2022, doi:10.1177/10760221078842.

15. Betensky M, Monagle P, Male C, Goldenberg N. What did we learn (and did not learn) from the pediatric direct oral anticoagulant trials, and how might we better design pediatric anticoagulant trials in the future? *Res Pract Thromb Haemost*. 2023;7(3):e100140.

16. Van Ommen CH, Albisetti M, Chan AKC, Estepp JH, Jaffray JA, Kenet G, Young GA, Dave J, Grosso MA, Duggal A. The Edoxaban Hokusai VTE PEDIATRICS Study: an open-label, multicenter, randomized study of edoxaban for pediatric venous thromboembolic disease. *Res Pract Thromb Haemost*. 2020;4(6):886-892. doi: 10.1002/rth2.12352.

17. Bosch A, Olivieri M, Holzhauer S. The Use of DOACs in Pediatrics: Current Therapeutic and Prophylactic Indications, Cardiac Indications, and Real-World Evidence-A Review. *Hamostaseologie*. 2025 Feb;45(1):89-101. doi: 10.1055/a-2486-6735. Epub 2025 Feb 19. PMID: 39970905.

Messaggi chiave

La trombosi neonatale è in aumento, soprattutto nei pazienti critici, ed è frequentemente associata alla presenza di cateteri venosi centrali

La terapia anticoagulante standard (UFH, LMWH, antagonisti della vitamina K) è efficace ma gravata da limiti rilevanti: somministrazione parenterale, necessità di monitoraggio frequente e complessità gestionale

I DOACs (rivaroxaban, apixaban, dabigatran) rappresentano una nuova opzione terapeutica con importanti vantaggi: somministrazione orale, farmacocinetica prevedibile e ridotta necessità di monitoraggio

Nella popolazione pediatrica, i DOACs hanno dimostrato efficacia comparabile alla terapia standard e un profilo di sicurezza sovrapponibile, con riduzione della recidiva di VTE

I neonati sono scarsamente rappresentati negli studi clinici, con conseguente limitata disponibilità di dati su sicurezza, dosaggio e gestione

Le principali criticità nel neonato includono immaturità farmacocinetica, variabilità nell'assorbimento enterale, elevato rischio emorragico e limitata disponibilità di antidoti

Nella pratica clinica attuale, l'uso dei DOACs nel neonato è selettivo e generalmente secondario a una fase iniziale di anticoagulazione parenterale

Sono necessari ulteriori studi specifici per definire il ruolo dei DOACs nei neonati, in particolare nei prematuri e nei pazienti con comorbidità complesse

MONITORAGGIO CONTINUO DELLA GLUCEMIA IN TIN: ANALISI E RIFLESSIONI A PARTIRE DA DUE CASI CLINICI DI IPERINSULINISMO CONGENITO

**Alessia Vassallo
Giuliana Vitaliti
Cinzia Sanfilippo
Francesca Fiori Nastro
Leandra Geraci
Clelia Lo Verso
Chiara Giordano
Salvino Marcello Vitaliti**

Dipartimento Materno Infantile - UOC TIN, Neonatologia e Nido, ARNAS Civico Di Cristina Benfratelli, Palermo

Introduzione

L'ipoglicemia iperinsulinemica congenita (CHH) rappresenta la causa più frequente di ipoglicemia persistente nei lattanti^{1,3}. Livelli di glucosio persistentemente bassi, in particolare nel contesto di un'ipoglicemia ipochetonica severa, espongono il neonato a un elevato rischio di danni neurologici permanenti^{2,3-11}. Pertanto, un monitoraggio tempestivo e attento di questi pazienti risulta cruciale ai fini di un trattamento efficace e della prevenzione delle sequele neurologiche a lungo termine^{1,11}.

Attualmente, la pratica standard per la misurazione della glicemia richiede punture capillari frequenti e l'impiego di glucometri *point-of-care* (PoC) per intercettare gli episodi di ipoglicemia^{2,3,4}. Tuttavia, questa metodica espone

i neonati a dolore procedurale e stress continui, fattori che possono di per sé incrementare il rischio di esiti neuroevolutivi avversi^{1-5,11}. Inoltre, il campionamento intermittente (CBG) non offre una valutazione dinamica e continua del profilo glicemico, rischiando di non rilevare pericolosi episodi di ipoglicemia asintomatica^{1-7,11}.

In questo scenario, i dispositivi di monitoraggio continuo della glicemia (CGM, *Continuous Glucose Monitoring*) offrono un'interessante alternativa tecnologica¹⁻¹¹. Tramite un piccolo biosensore sottocutaneo, questi sistemi misurano in tempo reale la concentrazione di glucosio nel liquido interstiziale con registrazioni ogni 5 minuti, mostrando le fluttuazioni glicemiche e attivando allarmi predittivi in caso di cali o rapidi cambiamenti dei livelli di glucosio¹⁻¹¹. Sebbene i benefici del CGM nei pazienti pediatrici con diabete di tipo 1 siano ormai ampiamente validati, i dati sull'utilizzo nei neonati (a termine e pretermine), e in particolar modo in quelli affetti da iperinsulinismo congenito, rimangono limitati. Di seguito, riportiamo la nostra esperienza attraverso due casi clinici emblematici.

Caso Clinico 1

Il primo caso riguarda

C.C., nato a 40+2 settimane di gestazione (SG) da secondigravida tramite parto spontaneo. L'anamnesi materna riportava obesità di terzo grado ed iperinsulinismo. Alla nascita, il neonato presentava un punteggio di Apgar di 7 al primo minuto e 10 al quinto, con un buon adattamento alla vita extra-uterina. L'antropometria mostrava: peso 4000 g (88° percentile), lunghezza 52 cm (90° percentile) e circonferenza cranica 37 cm (97° percentile).

Considerata l'anamnesi patologica materna, è stato avviato il monito-

raggio glicemico nelle prime ore di vita, rilevando un'ipoglicemia marcata (<45 mg/dL) non responsiva alla nutrizione enterale. Il neonato è stato ricoverato in Patologia Neonatale per avviare l'infusione endovenosa di glucosio. A causa della persistenza dell'ipoglicemia nonostante un elevato apporto glucidico (20-25 g/kg/die), è stato eseguito un esoma clinico mirato sui geni coinvolti nell'iperinsulinismo congenito.

Per ottimizzare la gestione, è stato posizionato un sensore per il monitoraggio continuo (CGM).

È stata quindi avviata terapia con diazossido (fino a 15 mg/kg/die), che, per scarsa efficacia, è stata sostituita da octreotide, portando a un netto miglioramento del controllo glicemico e alla progressiva riduzione dell'apporto glucidico. L'esame genetico ha successivamente confermato la diagnosi, riscontrando la variante KCNJ11: c.905 c>t. KCNJ11 è uno dei principali geni responsabili dell'iperinsulinismo congenito (CHI); la sua perdita di funzione riduce l'attività del canale K-ATP, provocando una

continua a pag. 31>>



segue da pag. 30

depolarizzazione persistente della membrana della beta-cellula e un rilascio inappropriato di insulina. In questo paziente, il CGM è stato fondamentale: gli allarmi predittivi ci hanno permesso di correggere episodi di ipoglicemia asintomatica e di calibrare finemente la terapia medica, raggiungendo l'euglicemia per tutelare l'outcome neurologico.

Caso Clinico 2

Il secondo caso descrive B.G., nata da taglio cesareo a 38+3 SG da primigravida, con gravidanza complicata da restrizione di crescita intrauterina (IUGR) e riscontro prenatale di vena cava superiore sinistra persistente. Alla nascita, il punteggio di Apgar è stato di 5 al primo minuto e 10 al decimo, rendendo necessaria una breve ventilazione in n-CPAP con rapida ripresa dei parametri.

All'esame obiettivo, la neonata presentava alcune note dismorfiche, tra cui microftalmia, ponte nasale allungato, micrognazia e pollici/alluci slargati. Trasferita in Neonatologia per distress respiratorio transitorio (risolto in terza giornata), ha successivamente manifestato difficoltà di alimentazione e un'ipoglicemia inizialmente responsiva all'aumento dell'apporto glucidico tramite nutrizione parenterale.

Al momento dello svezzamento dalla nutrizione parenterale e del passaggio all'enterale esclusiva, si è registrata la ricomparsa di glicemie inferiori a 70 mg/dL. È stato pertanto posizionato un sensore CGM e avviata la terapia con diazossido (13 mg/kg/die), ottenendo il

raggiungimento dell'euglicemia. Data l'associazione tra dismorfismi e ipoglicemia persistente, l'indagine genetica ha evidenziato la variante patogenetica CREBBP: c.[5837dup]; p.(Pro1947ThrfsTer19), tipica della Sindrome di Rubinstein-Taybi. Anche in questo caso, il CGM ha consentito una diagnosi accurata e una gestione terapeutica sicura dell'ipoglicemia persistente.

Discussione

Il monitoraggio tramite glucometri PoC rappresenta lo standard per i neonati, ma le misurazioni intermittenti tendono a sottostimare la reale incidenza degli episodi ipoglicemici¹⁻⁷. I dispositivi CGM valutano, invece, il glucosio interstiziale che, in condizioni di equilibrio, correla con i livelli ematici con un *lag-time* (ritardo) fisiologico di soli 8-10 minuti¹⁻¹¹.

I dati attuali indicano che l'impiego del CGM in TIN può ridurre significativamente i prelievi e migliorare il controllo terapeutico. Gli studi disponibili evidenziano una buona concordanza tra i valori capillari e quelli interstiziali, con una differenza media minima (~0,5 mg/dL) all'interno dei range di normalità^{5,6}. Tuttavia, a causa di un tasso relativamente elevato di falsi positivi nei range più bassi, i valori di ipoglicemia rilevati dal sensore devono tuttora essere confermati tramite la misurazione capillare (CBG)¹⁻⁶.

Finché non sarà del tutto chiarito il legame esatto tra episodi di ipoglicemia asintomatica intermittente e le ricadute neuroevolutive a lungo termine, l'obiettivo clinico primario resta l'identifi-



cazione e il trattamento efficace di tutti i cali glicemici nei bambini con CHH. In questo senso, la tecnologia in continuo offre un prezioso strumento aggiuntivo⁸⁻⁹.

Conclusioni

Il CGM si è dimostrato un sistema sicuro, di facile applicazione e clinicamente accurato per valutare la risposta alle terapie mediche in neonati affetti da iperinsulinismo congenito ricoverati in TIN. Il suo principale punto di forza risiede nella capacità di identificare precocemente le fluttuazioni e le ipoglicemie asintomatiche - che sfuggirebbero al campionamento a orari prestabiliti - favorendo un intervento terapeutico proattivo¹⁻¹¹. Nonostante la raccomandazione di confermare i valori estremi con la glicemia capillare, i vantaggi in termini di riduzione del dolore procedurale e ottimizzazione della cura sono evidenti. Sono auspicabili ulteriori studi su larga scala per definire linee guida specifiche per l'utilizzo sistematico nei neonati a termine e pretermine.

Bibliografia

1. Win M, Beckett R,

Thomson L, Thankamony A, Beardsall K. Continuous Glucose Monitoring in the Management of Neonates With Persistent Hypoglycemia and Congenital Hyperinsulinism. *J Clin Endocrinol Metab.* 2022 Jan 1;107(1):e246-e253.
2. Nava C, Modiano Hedenmalm A, Borys F, Hooft L, Bruschetini M, Jenniskens K. Accuracy of continuous glucose monitoring in preterm infants: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2020 Dec 24;10(12):e045335.
3. Anik A, Türkmen MK, Akcan AB, Ünüvar T, Öztürk S, Anik A. Experience with Real-Time Continuous Glucose Monitoring in Newborns with Congenital Hyperinsulinemic Hypoglycemia. *Z Geburtshilfe Neonatol.* 2021 Apr;225(2):155-160.
4. Li W, Hou Y, Chen Y. Continuous Glucose Monitoring Reduce Duration of Hypoglycemia in Preterm Infants: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2023 Nov;50(11).
5. Bosi C, et al. Safety and accuracy of neonatal continuous glucose monitoring. *Pediatr Int.* 2023 Jan-Dec;65(1):e15616.
6. Thomson L, Beardsall K.

Should continuous glucose monitoring be used to manage neonates at risk of hypoglycaemia? *Paediatr Respir Rev / PMC.* 2023 Mar.

7. Giordano L, et al. The Utility and Safety of a Continuous Glucose Monitoring System (CGMS) in Asphyxiated Neonates during Therapeutic Hypothermia. *Diagnostics.* 2023;13(18):3018.

8. Polin R, et al. Continuous glucose monitoring in neonates: challenges and opportunities. *J Perinatol.* 2024 Sep;44(9):1382-1383.

9. Bonet J. et al. Continuous glucose monitoring among infants born very preterm: evidence for accuracy in neonatal intensive care. *J.Pediatrics* 278, 2025.

10. V. Musso et al. Continuous glucose monitoring in preterm infants: the role of nutritional management in minimizing glycaemic variability. *Antioxidants*, 11, 1945, 2022.

11. C. Lasagni et al. Neurobehavioral outcomes at 12 months in very preterm infants monitored with continuous glucose monitoring at birth compared with full-term infants. *Scientific Reports*, 16:9489; 2026.

IL MODELLO DI PROGRAMMAZIONE PARTECIPATA NELLA RETE NEONATOLOGICA: DALL'ANALISI DEI BISOGNI AGLI STRUMENTI DI GOVERNO CLINICO

L'esperienza della Regione del Veneto come caso di studio

Erika Rigotti¹
Paola Cavicchioli^{2,3}
Maria Silvia Varalta¹
Ylenia Rizzolo¹
Rossana Salata¹
Martina Mattiazzi¹
Gemma Capano¹
Romina Cazzaro¹
Giancarlo Ruscitti⁴

¹Direzione Programmazione Sanitaria, Area Sanità e Sociale, Regione del Veneto, Venezia

²Presidente Sezione Regionale SIN Veneto

³UOC Pediatria, Ospedale dell'Angelo, Azienda ULSS 3 Serenissima, Mestre (VE)

⁴Area Sanità e Sociale, Regione del Veneto, Venezia

Perché un modello di programmazione partecipata?

Le reti cliniche ad elevata complessità richiedono oggi modelli di programmazione capaci di integrare governo sanitario, competenze professionali ed evidenze scientifiche in un processo continuo di miglioramento. La sola produzione di documenti di indirizzo, infatti, non è sufficiente a garantire omogeneità organizzativa, trasferibilità delle innovazioni e qualità dell'assistenza.

Per rispondere a questa sfida, la Regione del Veneto ha progressivamente sviluppato un modello di programmazione partecipata, fondato su tavoli tecnici multidisciplinari permanenti, finalizzato alla co-progettazione di strumenti condivisi di governo clinico.

L'obiettivo non è produrre protocolli, ma costruire un metodo stabile attraverso il quale analizzare i bisogni della rete, trasformarli in progettualità condivise, implementarle, monitorarne gli esiti e aggiornarle nel tempo.

Nel modello proposto il documento tecnico non rappresenta il punto di arrivo dell'attività programmatoria, ma uno degli *output* di un processo continuo che integra analisi dei bisogni, evidenze scientifiche, competenze professionali e monitoraggio degli esiti (Figura 1).

I tavoli tecnici: il motore della programmazione

Il principale strumento operativo del modello è rappresentato dai tavoli tecnici multidisciplinari permanenti, nei quali collaborano Area Sanità e Sociale, Direzione Programmazione Sanitaria, Azienda Zero, profes-



Figura 1. Il ciclo del modello di programmazione partecipata della rete neonatologica regionale

segue da pag. 32

AREA STRATEGICA	PRINCIPALI AMBITI DI LAVORO	OBIETTIVI PRINCIPALI
 Governance Percorso Nascita	Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR), check-list organizzative, monitoraggio standard, valutazione rete, riorganizzazione Punti Nascita, percorsi STAM e STEM	Garantire uniformità organizzativa, coerenza e appropriatezza della rete perinatale
 Neonatologia	Rischio infettivo, neonatologia ad alta intensità, trasporto materno e neonatale, integrazione clinico-organizzativa	Ridurre variabilità, migliorare sicurezza e presa in carico
 Nutrizione neonatale e allattamento	Rete BLUD, modello HUB & Spoke, procedure operative, codici condivisi, donazione SoHO (latte umano, essudati donatrici), Regolamento SoHO	Promuovere l'allattamento, ottimizzare la rete BLUD e la donazione di latte umano
 Medicina prenatale	Medicina fetale, screening prenatali e neonatali, consulenza genetica	Prevenzione e diagnosi precoce, appropriatezza dei percorsi
 Qualità e sicurezza	Indicatori di processo ed esito, audit clinici e organizzativi, monitoraggio e reportistica	Miglioramento continuo della qualità e sicurezza delle cure

Figura 2. Principali tavoli tecnici della Direzione Programmazione Sanitaria nell'area materno-infantile

sionisti delle Aziende Sanitarie, Comitato Percorso Nascita Regionale e Società Scientifiche.

I tavoli accompagnano l'intero ciclo di vita delle progettualità regionali, dall'identificazione dei bisogni alla definizione delle priorità, dalla co-progettazione degli strumenti operativi alla loro implementazione, fino al monitoraggio e all'aggiornamento periodico. Le principali aree di lavoro riguardano la *governance* della rete Percorso Nascita, la nutrizione neonatale e la valorizzazione del latte umano, la qualità e la sicurezza della rete neonatologica, la medicina fetale, gli *screening* e il trasporto materno e neonatale (Figura 2).

Questo approccio favorisce il dialogo continuo tra programmazione sanitaria e pratica clinica, riduce la variabilità organizzativa e rende i professionisti protagonisti del processo di innovazione.

Dal metodo alla pratica: il protocollo regionale sul rischio infettivo

Il Protocollo regionale di gestione del rischio infettivo nelle Terapie Intensive Neonatali rappresenta un esempio concreto di applicazione del modello di programmazione partecipata. L'analisi della rete aveva

evidenziato una significativa eterogeneità nei programmi di sorveglianza microbiologi-

ca, nella classificazione degli scenari epidemiologici e nella gestione dei trasferimenti dei neonati

colonizzati o infetti. Per affrontare tali criticità è stato istituito un tavolo tecnico multidiscipli-

nare che ha coinvolto neonatologi, microbiologi, infettivologi, igienisti

continua a pag. 34>>

DAL CONFRONTO TRA PROFESSIONISTI ALLA PROGRAMMAZIONE PARTECIPATA: L'ESPERIENZA DEL VII CONGRESSO SIN TRIVENETO

Il VII Congresso SIN Triveneto, svoltosi il 20 aprile 2026 presso l'Ospedale dell'Angelo dell'ULSS 3 Seregnis di Mestre, ha rappresentato un'importante occasione di confronto tra medici, infermieri e altri professionisti della neonatologia, associazioni dei genitori e rappresentanti istituzionali. I lavori, avviati dai Presidenti delle Sezioni Regionali SIN Triveneto Paola Cavicchioli, Giulia Paviotti e Alex Staffler, insieme al Presidente SIN Massimo Agosti, hanno evidenziato come la qualità dell'assistenza neonatale dipenda sempre più dalla capacità della rete di integrare competenze cliniche, organizzative e programmatiche.

Fin dall'apertura, il neonato e la sua famiglia sono stati posti al centro del dibattito. Martina Brusagnin, Presidente di Vivere, ha portato la voce dei

genitori presentando il volume *Nel tuo abbraccio*, dedicato ai diritti del neonato prematuro, consegnato alla Direttrice Medica dell'Ospedale di Mestre, Dott.ssa Chiara Berti. Il contributo delle associazioni, rappresentate anche da Elisabetta Ruzzon e Silvia Toffano de Il Pulcino di Padova e da Stefano Scalettaris di Una Carezza per Crescere ODV, ha richiamato l'importanza di una collaborazione stabile tra ospedale, famiglie e territorio. Silvia Toffano ha inoltre sottolineato il valore di una comunicazione empatica, non giudicante e pienamente integrata nel percorso di cura.

Massimo Agosti ha illustrato le linee di indirizzo della Società Italiana di Neonatologia per le Terapie Intensive Neonatali, fondate sulla minore invasività delle cure, sulla protezione precoce d'organo, sulla centralità del neurosviluppo, sul coinvolgimento della famiglia e sul *follow-up* dopo la di-

missione. Nel corso della giornata sono stati inoltre affrontati temi quali rianimazione neonatale, telemedicina, neuroprotezione, *kangaroo care*, prevenzione delle infezioni e progetti di miglioramento della qualità, con il coinvolgimento del personale infermieristico e degli specializzandi. Particolarmente significativo, nella prospettiva della programmazione regionale, è stato il contributo della Dott.ssa Erika Rigotti sui tavoli tecnici del Percorso Nascita del Veneto, quale esperienza di raccordo tra pratica clinica e programmazione sanitaria. Nella stessa direzione si è inserita la presentazione della Dott.ssa Valentina Vanzo sui risultati della *survey* promossa dal Comitato di Coordinamento della SIN Veneto sulla gestione dei neonati *late preterm*, che ha evidenziato una significativa eterogeneità delle pratiche assistenziali e la necessità di percorsi maggiormente condivisi

e standardizzati.

Il Congresso ha quindi offerto un esempio concreto di come una rete clinica si costruisca attraverso il confronto continuo tra professionisti, istituzioni e famiglie: ascoltare i bisogni, condividere evidenze ed esperienze, individuare priorità e tradurle in soluzioni applicabili. In questa prospettiva, il passaggio dal confronto congressuale alla programmazione regionale rappresenta la naturale prosecuzione di un medesimo approccio, nel quale le esigenze espresse dalla rete e il patrimonio di competenze professionali vengono trasformati in progettualità condivise e in strumenti concreti di governo clinico, qualità e sicurezza. È su questi principi che si fonda il modello di **programmazione partecipata sviluppato dalla Regione Veneto**, descritto nel presente contributo.

segue da pag. 33

sti, Direzioni Mediche, Azienda Zero e rappresentanti delle Terapie Intensive Neonatali regionali.

Il percorso ha portato alla definizione di un protocollo condiviso che uniforma criteri di sorveglianza, modalità organizzative, flussi informativi e indicatori di monitoraggio.

Il risultato più rilevante non è rappresentato esclusivamente dal documento prodotto, ma dalla costruzione di una rete professionale stabile, capace di condividere metodi, linguaggi e strumenti di miglioramento continuo.

Conclusioni

L'esperienza della Regione del Veneto dimostra come un modello di programmazione partecipata possa rappresentare uno strumento efficace per la governance delle reti cliniche complesse. Il valore dell'esperienza non risiede nella produzione di singoli protocolli, ma nella capacità di trasformare la programmazione sanitaria in un processo continuo di analisi dei bisogni, co-progettazione, implementazione e valutazione, nel quale istituzioni, professionisti e società scientifiche condividono responsabilità, competenze e obiettivi.

In questa prospettiva, il metodo diventa esso stesso uno strumento di qualità, sicurezza e innovazione organizzativa, potenzialmente trasferibile anche ad altri contesti clinici e ad altre realtà regionali.

Bibliografia

1. Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS. *BMJ*. 1998;317:61-65.
2. World Health Organiza-



Dott.ssa Rigotti, SIN Triveneto 2026



SIN Triveneto 2026

tion. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: WHO; 2016.

3. Ministero della Salute. Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010. Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita.

4. Regulation (EU) 2024/1938 of the European Parliament and of the Council on standards of quality and safety for substances of human origin (SoHO).

22nd
International Workshop on
Neonatology and Pediatrics
and Satellite Meetings
Precision Neonatology and
Pediatrics

21-24
October 2026
UNAHOTELS T Hotel
Cagliari - ITALY

President:
Vassilios Fanos



[clicca qui](#)

IL RUOLO DEL PADRE NEL PERIODO PERINATALE E NEL POST-PARTUM: EVIDENZE SCIENTIFICHE, IMPLICAZIONI ASSISTENZIALI E SFIDE SOCIALI



Roberto Sabatini

MSN, S.C. Neonatologia,
Ente Ospedaliero Ospedali Galliera, Genova

Introduzione

La figura del padre nel periodo perinatale ha subito una profonda trasformazione negli ultimi cinquant'anni: da capofamiglia, assente per norma sociale dalle cure neonatali, a co-genitore attivamente coinvolto nell'assistenza e nella relazione con il neonato. Negli anni '70 gli studi di Klaus e Kennell hanno contribuito a descrivere l'importanza del legame precoce tra genitore e neonato (*bonding*), favorendo la progressiva transizione verso un approccio di *Family-Cen-*

tered Care (FCC).

I padri coinvolti precocemente nelle cure del neonato sviluppano livelli di sensibilità genitoriale comparabili a quelli materni, pur attraverso modalità relazionali differenti. Numerosi studi longitudinali hanno documentato che il coinvolgimento paterno precoce è associato a migliori *outcome* cognitivi, emotivi e sociali del bambino nel lungo termine.

Le *position statement* e le raccomandazioni delle principali organizzazioni e società scientifiche convergono nel riconoscere il coinvolgimento paterno come diritto del bambino e della famiglia, oltre che come indicatore di qualità assistenzia-

le.

In Italia sono presenti circa 30 Ospedali Amici del Bambino, che garantiscono e promuovono la presenza continua dei *caregiver* durante tutta la degenza della madre. Queste realtà rappresentano circa l'8,6% di tutti i punti nascita attivi in Italia. Nelle Terapie Intensive Neonatali (TIN) è emerso che circa il 60% delle unità consente l'accesso continuativo a entrambi i genitori, pur mantenendo alcune limitazioni organizzative e assistenziali.

L'Italia ha aderito al progetto europeo *4E-Parent*, che si propone di operare su quattro livelli: promuovere una mascolinità accudente; sostenere una genitorialità

equa attraverso il superamento degli stereotipi di genere; formare il personale sanitario; promuovere una sensibilizzazione per la riforma dei congedi e del *welfare* aziendale. Le 4 E del modello di paternità promosso sono: *Early* (coinvolgimento fin dalla gravidanza), *Equal* (approccio paritario tra i genitori), *Engaged* (partecipazione attiva alle cure), *Empathetic* (modalità accudente ed empatica).

Tuttavia, la distanza tra le evidenze scientifiche e le politiche sociali non è ancora colmata.

Attaccamento e *bonding* paterno

La teoria dell'attaccamento riconosce che i neonati sviluppano legami con più figure di accudimento contemporaneamente. Il padre rappresenta una figura di attaccamento distinta, in grado di sviluppare una relazione autonoma e complementare rispetto a quella materna.

Lo stile paterno di accudimento presenta caratteristiche specifiche rispetto a quello materno: gioco fisico, imprevedibile e stimolante, maggiore tolleranza alla frustrazione del bambino, incoraggiamento all'esplorazione e all'au-

tonomia, utilizzo di un linguaggio più complesso che stimola lo sviluppo linguistico precoce. Padre e madre non si sostituiscono, ma si completano.

Le prime ore di vita rappresentano una finestra cruciale per l'instaurazione del legame biologico e affettivo padre-bambino. La precocità del contatto è associata a una migliore qualità della relazione nel breve e nel lungo termine. Il coinvolgimento paterno, inoltre, migliora la salute materna e neonatale nel suo complesso, aumenta la comunicazione nella coppia e riduce il rischio di depressione *post-partum* in entrambi i genitori.

Benessere paterno e rischio depressione *post-partum*

L'ansia e la depressione paterna sono aspetti spesso sottovalutati. I dati mostrano come la prevalenza stimata della depressione *post-partum* (DPP) paterna vari dall'8,5 al 10,4%, anche se non esiste una stima univoca, con un rischio circa 1,5 volte superiore, quando alla madre viene diagnosticata una depressione *post-partum*.

continua a pag. 36 >>

segue da pag. 35

In Italia, uno studio condotto su 499 padri e 1.122 madri ha riportato elevati punteggi di depressione *post-partum* alla prima visita neonatale nel 12,6% dei padri e nel 9,1% a un mese di vita del neonato.

La sintomatologia paterna differisce da quella materna. Raramente compaiono pianto o tristezza esplicita; più frequentemente si osservano irritabilità, ritiro emotivo, aumento del carico lavorativo, ansia, insonnia, abuso di alcol, somatizzazioni e alterazioni del desiderio sessuale. Questi sintomi vengono frequentemente interpretati come difficoltà caratteriali o semplice stress lavorativo, con conseguente mancata diagnosi.

Le implicazioni cliniche maggiormente documentate evidenziano associazioni significative tra DPP paterna non trattata e problemi comportamentali ed emotivi nel bambino tra i 3 e i 5 anni di età, nonché un impatto negativo sulla qualità della relazione di coppia e sullo sviluppo cognitivo-emotivo del bambino nel primo anno di vita.

Il contatto pelle a pelle

La *Kangaroo Care* (KC) paterna rappresenta un intervento assistenziale *evidence-based* con effetti misurabili su molteplici aspetti clinici e relazionali. La letteratura disponibile è ampia e consistente sull'utilizzo della KC in Terapia Intensiva Neonatale: maggiore incremento ponderale, riduzione del cortisolo salivare, stabilizzazione dei parametri vitali, maggiore organiz-

zazione del sonno REM e riduzione della durata della degenza nei reparti in cui la KC viene applicata abitualmente.

Gli stessi effetti sulla stabilità dei parametri vitali e sulla regolazione neurocomportamentale sono stati osservati nei neonati a termine che effettuano *skin-to-skin* con il padre, rispetto ai neonati sottoposti alle cure routinarie.

La KC paterna induce, inoltre, modificazioni neuroendocrine, con variazioni dei livelli di ossitocina e testosterone paterni, associate a una maggiore responsività *caregiving*, a un comportamento più proattivo e al rafforzamento del *bonding*. I padri riportano, inoltre, livelli più bassi di ansia e depressione, nonché una maggiore percezione della propria competenza genitoriale e del proprio ruolo.

La KC paterna sostiene indirettamente l'allattamento materno: alleggerisce la madre da alcune attività di cura, favorisce una maggiore frequenza degli attacchi al seno e garantisce periodi di riposo adeguati.

La figura paterna e l'allattamento al seno

La *Baby Friendly Hospital Initiative* (BFHI) riconosce esplicitamente il padre come attore chiave nel sostegno all'allattamento materno. Un padre adeguatamente informato sui meccanismi della lattazione, sull'attacco corretto e sui segnali di fame del neonato è in grado di:

- rassicurare la madre nelle fasi più critiche del percorso di allattamento;
- sostenere attivamente la madre nelle difficoltà

iniziali;

- occuparsi del neonato tra una poppata e l'altra, favorendo il recupero materno.

I padri presentano generalmente una buona conoscenza complessiva dell'allattamento e dei benefici che esso produce per il neonato (98%), per la madre (87%) e per la società/collettività (64,5%). Inoltre, il 79% si sente personalmente coinvolto nell'alimentazione del bambino e il 67,5% considera importante il beneficio dell'allattamento a richiesta. Questa maggiore consapevolezza è associata a una più elevata probabilità di allattamento esclusivo alla dimissione ospedaliera.

Gli interventi educativi mirati rivolti ai padri, finalizzati a fornire conoscenze e strumenti pratici di supporto all'allattamento, hanno dimostrato un effetto positivo sulla durata dell'allattamento a 4 e 6 mesi e una riduzione

delle problematiche correlate alla lattazione.

Il ruolo specifico dell'infermiere

L'infermiere dispone di alcune strategie *evidence-based* per favorire il coinvolgimento paterno:

- **Accoglienza attiva:** presentarsi, riconoscere il ruolo del padre e illustrare l'ambiente assistenziale e le modalità di partecipazione alle cure.

- **Supporto e sostegno:** dimostrare le cure pratiche, accompagnare il genitore nell'apprendimento delle competenze assistenziali e fornire *feedback* positivi.

- **Riconoscimento verbale:** utilizzare frasi che valorizzino il ruolo paterno e rinforzino la percezione di competenza genitoriale.

- **Linguaggio inclusivo:** evitare di rivolgersi sistematicamente solo alla madre per informazioni, comunicazioni cliniche e decisioni assistenziali.

- **Monitoraggio del disagio:** prestare attenzione a

silenzi prolungati, assenze frequenti, difficoltà nell'interazione con il neonato, ansia evidente o segnali di sofferenza emotiva.

- **Raccordo con il team:** documentare in cartella il livello di coinvolgimento paterno osservato e condividere eventuali criticità con l'équipe assistenziale.

- **Coinvolgimento attivo nelle procedure assistenziali:** favorire la partecipazione del padre durante attività quali *skin-to-skin*, cambio del pannolino, contenimento, *comfort positioning* e altre cure quotidiane compatibili con le condizioni cliniche del neonato.

Conclusioni

Le evidenze disponibili documentano con chiarezza il ruolo del padre come co-genitore, come risorsa terapeutica misurabile negli esiti clinici e come fattore protettivo per l'intera triade familiare. Sono

continua a pag. 37 >>



segue da pag. 36

necessari interventi a livello individuale e clinico (formazione degli operatori, riconoscimento precoce del disagio paterno e sviluppo di strategie strutturate di coinvolgimento), a livello istituzionale (policy di accesso, protocolli assistenziali orientati alla *Family-Centered Care*) e a livello politico-sociale (congedi di paternità, superamento degli stereotipi di genere associati alla genitorialità e sostegno alle famiglie). La neonatologia contemporanea vuole ampliare il concetto di "padre", riconoscendo il ruolo del **caregiver** paterno all'interno delle diverse configurazioni familiari. La definizione di **caregiver** paterno adottata nelle più recenti linee guida è ampia e comprende il padre biologico, il partner della madre, il padre adottivo e il genitore intenzionale.

Il modello di paternità accudente si applica pertanto a tutte le configurazioni familiari, richiedendo un approccio individualizzato, non normativo e centrato sui bisogni del bambino e della famiglia.

Bibliografia

- Abbass-Dick, J., Stern, S. B., Nelson, L. E., Watson, W., & Dennis, C. L. (2019). Perinatal breastfeeding interventions including fathers/partners: A systematic review of the literature. *Midwifery*, 75, 41-45.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum Associates.
- American Academy of Pediatrics. (2016). *Fathers' roles in the care and development of their children*. *Pediatrics*, 138(1), e20161128.
- Ayala, A., Christensson, K., Christensson, E., Cavada, G., Erlandsson, K., & Velandia, M. (2021). Newborn infants who received skin-to-skin contact with fathers after caesarean sections showed stable physiological patterns. *Acta Paediatrica*, 110(5), 1461-1467. <https://doi.org/10.1111/apa.15685>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.
- Cabrera, N. J., & Tamis-LeMonda, C. S. (Eds.). (2013). *Handbook of father involvement: Multidisciplinary perspectives* (2nd ed.). Routledge.
- Cabrera, N. J., Volling, B. L., & Barr, R. (2018). *Fathers are parents, too! Widening the lens on parenting for children's development*. *Child Development Perspectives*, 12(3), 152-157.
- Diniz, E., Brandão, T., Schulz, M. S., & Matos, P. M. (2021). Father involvement during early childhood: A systematic review of the literature. *Journal of Family Theory & Review*, 13(1), 77-99.
- European Foundation for the Care of Newborn Infants. (2018). *European standards of care for newborn health*. <https://www.efcni.org>
- Feldman, R., Eidelman, A. I., Sirota, L., & Weller, A. (2003). Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: Parenting outcomes and preterm infant development. *Developmental Psychology*, 39(3), 533-542.
- Gettler, L. T., Kuo, P. X., Sarma, M. S., Trumble, B. C., Burke Lefever, J. E., & Braungart-Rieker, J. M. (2021). Fathers' oxytocin responses to first holding their newborns: Interactions with testosterone reactivity to predict later parenting behavior and father-infant bonds. *Developmental Psychobiology*, 63(5), 1384-1398. <https://doi.org/10.1002/dev.22121>
- Istituto Superiore di Sanità/4E-PARENT. (2023). *Il padre nei primi mille giorni: Guida metodologica*. ISS.
- Lamb, M. E., Pleck, J. H., Charnov, E. L., & Levine, J. A. (1987). A biosocial perspective on paternal behavior and involvement. In J. B. Lancaster, J. Altmann, A. S. Rossi, & L. R. Sherrod (Eds.), *Parenting across the life span: Biosocial dimensions* (pp. 111-142). Aldine de Gruyter.
- Mahesh, P. K. B., Gunathunga, M. W., Arnold, S. M., Jayasinghe, C., Pathirana, S., Makarim, M. F., Manawadu, P. M., & Senanayake, S. J. (2018). Effectiveness of targeting fathers for breastfeeding promotion: Systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 18(1), 1140. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6037-x>
- Mayberry, L. J., & Affonso, D. D. (1993). Infant temperament, maternal stress, and postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 22(6), 500-507.
- Nepomnyaschy, L., & Waldfogel, J. (2007). Paternity leave and fathers' involvement with their young children. *Community, Work & Family*, 10(4), 427-453.
- Parke, R. D. (2002). Fathers and families. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Vol. 3. Being and becoming a parent* (2nd ed., pp. 27-73). Lawrence Erlbaum Associates.
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression. *JAMA*, 303(19), 1961-1969.
- Pleck, J. H. (2010). Paternal involvement: Revised conceptualization and theoretical linkages with child outcomes. In M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (5th ed., pp. 58-93). Wiley.
- Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., O'Connor, T. G., & ALSPAC Study Team. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: A prospective population study. *The Lancet*, 365(9478), 2201-2205.
- Ribeiro, A. F. C. (2005). At last dyad becomes triad? An evolution of the concept of father and his participation during birth of child. *Servir*, 53, 190-194.
- Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F., & Bremberg, S. (2008). Fathers' involvement and children's developmental outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica*, 97(2), 153-158.
- Società Italiana di Neonatologia. (2020). *Raccomandazioni per la cura neonatale centrata sulla famiglia [Position Statement]*. SIN.
- Veskrna, L. (2010). Peripartum depression: Does it occur in fathers? *Journal of Men's Health*, 7(4), 420-430.
- World Health Organization & UNICEF. (2018). *Implementation guidance: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. WHO.



● [Clicca qui per il nuovo opuscolo informativo per i genitori: "Proteggi il tuo bambino" Tradotto in 7 lingue](#)

Rassegna Stampa



SININFORMA offre una selezione degli articoli più significativi pubblicati dai media sui temi proposti dalla Società Italiana di Neonatologia. La Rassegna Stampa completa è consultabile e scaricabile dal sito www.sin-neonatologia.it cliccando sulla voce "Rassegna Stampa SIN" nella Area Stampa.

ANSA.it

Da idratazione a farmaci, le regole per affrontare il caldo

Sei mesi sono le norme da seguire per proteggere i più piccoli dal caldo estivo



Proteggere i bambini dal caldo estivo è un compito che non si può delegare solo ai genitori. Le autorità sanitarie e le organizzazioni di pediatri e neonatologi hanno elaborato una serie di linee guida per aiutare i genitori a proteggere i loro figli dal caldo estivo.

Queste linee guida sono state elaborate da un gruppo di lavoro che ha coinvolto esperti di pediatria, neonatologia e medicina del lavoro. Il gruppo ha considerato le diverse situazioni in cui i bambini possono essere esposti al caldo, sia in casa che all'esterno, e ha elaborato una serie di raccomandazioni per ridurre i rischi.

Il ruolo dei genitori
I genitori sono la prima linea di difesa per i loro figli. Devono assicurarsi che i bambini siano adeguatamente idratati e protetti dal sole. Devono anche evitare di lasciare i bambini in un'auto riscaldata o in un ambiente troppo caldo.

Il ruolo delle autorità sanitarie
Le autorità sanitarie hanno il compito di monitorare le temperature estive e di emettere avvisi di rischio. Devono anche fornire informazioni e supporto ai genitori e ai pediatri.

adnkronos

Salus tv n° 34 del 26 agosto 2026



Osteiti, Sirena Ben Jon in ci spedisce dalla Cina, gli disponibili in un'unica mano farmaci molto efficaci. Ma il filo di vita rimane caparzio e temerario. **Prima: Pillole per il diabete e la glicemia più potenti del mondo: come funzionano e come usarle.** **Seconda: La cura per la malaria, la più efficace e potente.** **Terza: L'evoluzione del caldo estivo: le previsioni della sanità e le misure da adottare.** **Quarta: La cura per la malaria, la più efficace e potente.** **Quinta: La cura per la malaria, la più efficace e potente.**

lo e il mio Bambino



MoltoSalute
IL MATTINO IL PAMPAZZO IL GAZZETTINO
Gazzettino Quotidiano

BANCA DEL LATTE MATERNO LE DONAZIONI AIUTANO I NEONATI FRAGILI E RIDUCONO I COSTI SANITARI

LA FORTE RACCOMANDA
Il latte materno è il miglior nutrimento per i neonati. Le donazioni di latte materno da parte di donne sane e volontarie possono aiutare i neonati fragili e ridurre i costi sanitari. La Banca del Latte Materno è un'organizzazione che raccoglie e distribuisce il latte materno donato.



LA NUOVA NORMA
FANFARA
LA CREAZIONE DI RETI
DI VOLONTARI
PER GESTIRE IL FLUSSO
DI LATTE MATERNO

Rai Radio 1



Radio1 progetto benessere
Radio1 progetto benessere del 17/08/2026



PIANO FORMATIVO 2026

DATA	MODALITÀ	REGIONE / GRUPPO DI STUDIO	TITOLO
OTTOBRE			
02/10/26	Residenziale NAPOLI	GDS NUTRIZIONE E GASTROENTEROLOGIA NEONATALE	CORSO DI PH IMPEDENZOMETRIA NEL NEONATO E NEL LATTANTE
12/10/26 13/10/26	Residenziale NAPOLI	GDS INFETTIVOLOGIA NEONATALE	Il catetere centrale nel neonato e nel lattante: dalla teoria alla pratica CORSO TEORICO-PRATICO PER MEDICI E PROFESSIONI SANITARIE
13/10/26	Webinar	SIN INF	L'infermiere e la sicurezza del neonato dall'ospedale al domicilio: il percorso P.A.S.S.I. SICURI
NOVEMBRE			
04/11/26	Webinar	GDS DI PNEUMOLOGIA NEONATALE	Corso per Esecutori in Tecniche e Tecnologie per l'Assistenza Respiratoria Neonatale
05/11/2026 06/11/2026	"Residen- ziale BOLOGNA"	GDS DI RIANIMAZIONE NEONATALE	Corso di rianimazione neonatale per esecutori
11/11/26	Webinar	GDS PNEUMOLOGIA NEONATALE DELLA SIN	Corso per Esecutori in Tecniche e Tecnologie per l'Assistenza Respiratoria Neonatale
14/11/26	Residenziale TORINO	SIN PIEMONTE-VALLE D'AOSTA	"CONGRESSO REGIONALE SIN PIEMONTE-VALLE D'AOSTA DOLORE NEONATALE: CONOSCERE PER PROTEGGERE"
21/11/26	Residenziale ROMA	SIN LAZIO	"CONGRESSO REGIONALE SIN LAZIO Neonatologia nel Lazio 2026: rete, innovazione e competenze multidisciplinari"
25/11/26	Residenziale NAPOLI	GDS NEUROLOGIA NEONATALE FOLLOW-UP	Due sguardi un obiettivo: comprendere il cervello neonatale tra clinica, ed imaging
26/11/2026 27/11/2026	Residenziale	SIN E SICP	CORSO DI FORMAZIONE TEORICO-PRATICO ACCREDITATO IN ECOCARDIOGRAFIA FUNZIONALE NEONATALE TERZA EDIZIONE - ANNO NOVEMBRE 2025 - 2027
27/11/26	Residenziale Genova	SIN LIGURIA	CONGRESSO REGIONALE SIN LIGURIA La Comunicazione in ambito di un Dipartimento Materno-Infantile
DICEMBRE			
9/12/2026 10/12/2026	Residenziale ROMA		CORSO: Accademia di Nutrizione Neonatale Avanzata (AnnA)
11/12/26	Residenziale BOLOGNA	SIN EMILIA ROMAGNA	CONGRESSO REGIONALE SIN EMILIA ROMAGNA
12/12/26	Residenziale ALGHERO	SIN SARDEGNA	CONGRESSO REGIONALE SIN SARDEGNA