SINFORMA
MAGAZINE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI NEONATOLOGIA - ETS n. 151 - Novembre 2026

i temi focus del XXXII Congresso Nazionale
Erroi, Campi, Longo, De Liso, Bersani, Ronci, Capodiferro, Ladisa, Baldassarre, Dotta, Laforgia
Il cervello neonatale al centro
pag. 7

i temi focus del XXXII Congresso Nazionale
Gagliardi
I neonati *moderate* e *late preterm*
pag. 9

i temi focus del XXXII Congresso Nazionale
Mattiola
Eventi traumatici durante il ricovero in TIN
pag. 11

la guida
Sgobbi, Buonomo
La musicoterapia clinica in TIN
pag. 14

SIN INF
Bernabei
La neonatologia infermieristica all'VIII Congresso Nazionale
pag. 23

INNOVAZIONE E RELAZIONE: UNA SOLA NEONATOLOGIA

Agosti

pag. 3



Speciale Giornata Mondiale della Prematurità 2026 da pag. 28

Neonati piccoli, grande potenziale.
Investiamo nel follow-up per proteggere il loro futuro!



SIN Società Italiana di Neonatologia

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

INNOVAZIONE E RELAZIONE: UNA SOLA NEONATOLOGIA

Insieme nella fragilità, per curare con competenza e vicinanza

Massimo Agosti
Presidente SIN

Ci sono Congressi che si ricordano per la qualità delle relazioni scientifiche, altri per la partecipazione, altri ancora per la capacità di aprire nuove prospettive. Il nostro **XXXII Congresso Nazionale SIN** credo abbia saputo riunire tutte queste dimensioni. E, soprattutto, ci ha fatto riflettere su qualcosa di ancora più prezioso: il senso di appartenere a una comunità scientifica viva e appassionata, capace di guardare insieme al futuro. Riflettendo dopo qualche settimana dalla conclusione del congresso e ripercorrendo il ricco e articolato programma emerge chiaramente come nel riconoscere il valore del nostro lavoro dobbiamo sempre ricordare che, dietro ogni progresso scientifico, ci sono neonati, famiglie e professionisti che ogni giorno affrontano insieme la sfida della fragilità. È proprio questa consapevolezza che, a mio avviso, ha attraversato le giornate congressuali.

La Neonatologia ha compiuto progressi straordinari. Abbiamo migliorato la sopravvivenza dei neonati più piccoli e più fragili, affinato le tecniche di assistenza respiratoria, sviluppato nuove possibilità diagnostiche e terapeutiche. Ma sappiamo che far sopravvivere non basta, il nostro obiettivo deve essere garantire a ogni bambino le migliori opportunità di salute, di sviluppo e di qualità della vita, accompagnandolo oltre il periodo del ricovero. Questo cambiamento di prospettiva è emerso bene nelle sessioni dedicate al cervello neonatale e alla neuroprotezione: la crescente attenzione verso la NeuroNICU, il neuromonitoraggio e l'assistenza individualizzata ci ha ricordato che il cervello del neonato non è soltanto un organo da proteggere dalle possibili lesioni, è un organo in piena evoluzione, profondamente sensibile alle esperienze che vive.

continua a pag. 4>>





editoriale

segue da pag. 3



L'ambiente della Terapia Intensiva Neonatale, le modalità delle cure, il dolore, il sonno, il contatto con i genitori, la voce e la relazione diventano così elementi fondamentali del percorso assistenziale. La sfida non è soltanto utilizzare tecnologie sempre più sofisticate, ma saperle integrare in un modello di cura rispettoso dei tempi e dei bisogni del bambino. La tecnologia deve essere al servizio della relazione, mai sostituirla. La nascita di un bambino prematuro o gravemente malato rappresenta spesso per i genitori un'esperienza inattesa e profondamente destabilizzante. La separazione, l'incertezza, la paura e la difficoltà di riconoscersi immediatamente nel proprio ruolo genitoriale possono lasciare tracce importanti. Le riflessioni congressuali sul sostegno psicologico, sulla comunicazione delle cattive notizie e sugli eventi traumatici durante il ricovero ci hanno ricordato quanto sia necessario prenderci cura anche delle dimensioni emotive e relazionali. I genitori non sono visitatori della TIN, bensì sono una parte integrante della cura. Allo stesso modo, il crescente interesse per gli interventi di *Developmental Care*, per il contatto pelle a pelle e per l'integrazione appropriata della musicoterapia clinica testimonia

continua a pag. 5>>





- *clicca qui per la versione in italiano*
- *clicca qui per la versione in inglese*

editoriale

segue da pag. 4

l'evoluzione verso una Neonatologia sempre più attenta alla persona nella sua interezza. È un percorso che richiede rigore scientifico, competenze specifiche e capacità di lavorare insieme, evitando contrapposizioni artificiose tra innovazione tecnologica e umanizzazione dell'assistenza. Non esiste una buona Neonatologia tecnologica contrapposta a una buona Neonatologia relazionale, esiste una buona Neonatologia



continua a pag. 6>>



SINFORMA

MAGAZINE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI NEONATOLOGIA - ETS
n. 151/2026

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

editoriale

segue da pag. 5

quando entrambe queste dimensioni si incontrano.

Abbiamo anche riflettuto sulla fatica che accomuna tutti i protagonisti della TIN: la fatica del neonato, chiamato ad affrontare troppo presto un mondo per il quale non è preparato, la fatica dei genitori, che devono imparare a essere madre e padre in un contesto spesso dominato dall'incertezza, la fatica dei professionisti, quotidianamente impegnati in decisioni complesse, responsabilità importanti e relazioni emotivamente intense. Riconoscere queste fatiche non significa celebrare il sacrificio bensì considerare e comprendere che se neonato, genitori e professionisti sopportano insieme tale sofferenza riescono a trasformare l'impegno quotidiano in opportunità di vita, crescita e speranza.

Un altro tema particolarmente significativo del Congresso è stato quello dei neonati *moderate* e *late preterm* che rappresentano una popolazione numericamente importante, molto eterogenea e non priva di vulnerabilità cliniche e neuroevolutive. La *survey* nazionale presentata a Bari, che ha coinvolto 197 ospedali italiani, costituisce un risultato importante del lavoro della SIN. Ci offre una fotografia delle pratiche assistenziali, delle differenze organizzative e delle aree nelle quali sarà necessario sviluppare ulteriori conoscenze e raccomandazioni. È un esempio concreto di ciò che una Società Scientifica deve saper fare: non limitarsi a descrivere i problemi, ma raccogliere dati, promuovere il confronto e costruire strumenti per migliorare l'assistenza.

Uno degli aspetti più positivi è stato la partecipazione dei giovani. I 217 *abstract* presentati nelle diverse categorie congressuali testimoniano una comunità scientifica dinamica, interessata alla ricerca e desiderosa di contribuire al progresso della disciplina. La sessione "*Saranno Famosi*", insieme alle comunicazioni orali e ai poster, ha dato visibilità a esperienze e progetti che meritano di essere conosciuti e valorizzati, ascoltando le idee nuove e accompagnando la crescita professionale. In un momento storico nel quale il sistema sanitario deve affrontare difficoltà organizzative, carenze di personale e nuove aspettative professionali, questa responsabilità assume un significato ancora maggiore. Il futuro della Neonatologia dipenderà anche dalla nostra capacità di renderla una disciplina nella quale valga la pena investire entusiasmo, intelligenza e passione.

Desidero sottolineare il valore della partecipazione della componente infermieristica, attraverso l'**VIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Neonatologia Infermieristica.** La collaborazione tra neonatologi e infermieri non rappresenta semplicemente una necessità organizzativa, ma una condizione fondamentale per la qualità dell'assistenza. La complessità delle cure neonatali richiede competenze diverse, integrate e reciprocamente riconosciute. È attraverso questa collaborazione che possiamo costruire percorsi realmente centrati sul neonato e sulla sua famiglia. Anche le iniziative dedicate alla formazione, alla simulazione e alla condivisione delle esperienze hanno dimostrato quanto sia importante investire in una crescita professionale comune.

Una Società Scientifica che pone al centro la famiglia deve saper riconoscere e sostenere anche le esigenze familiari dei propri soci e, a tal riguardo, ho constatato con piacere che è stato molto apprezzato lo spazio ***Baby* SIN**, pensato per accogliere le Colleghe e i Colleghi con bambini piccoli. E il prossimo impegno sarà di sviluppare ulteriormente questa esperienza nel prossimo Congresso nazionale 2027, con il progetto **SIN *Kids***.

La SIN deve continuare a essere un riferimento scientifico autorevole, un interlocutore capace di contribuire alle scelte di politica sanitaria che riguardano la nascita e la salute dei neonati: penso alla necessità di rafforzare le reti perinatali, di garantire equità di accesso alle cure, di valorizzare il *follow-up,* di sostenere la formazione e la ricerca e di accompagnare l'innovazione con un'attenzione costante alla sicurezza e all'appropriatezza. Penso anche alla necessità di difendere il valore della nostra professione e di rendere sostenibile il lavoro quotidiano nei reparti. Sono sfide che nessuno può affrontare da solo perché richiedono una comunità coesa, capace di confrontarsi anche su posizioni differenti, ma unita nella responsabilità verso i bambini e le famiglie.

Ringrazio tutti coloro che hanno contribuito all'organizzazione del Congresso, al Comitato Scientifico, ai relatori, ai moderatori, ai Gruppi di Studio, ai colleghi della SIN INF, ai giovani ricercatori e a tutti i partecipanti. Un grazie particolare a Nicola e a Mariella e a tutti i Colleghi pugliesi, che hanno contribuito a rendere Bari un luogo di incontro scientifico e umano particolarmente accogliente. E un ringraziamento al Consiglio Direttivo della SIN, con il quale condividiamo idee, responsabilità e progetti.

Arrivederci a **Milano, dal 10 al 12 novembre 2027, per il XXXIII Congresso Nazionale SIN!**
Un caro saluto



IL CERVELLO NEONATALE AL CENTRO

La NeuroNICU come strumento per la neuroprotezione dei neonati critici

Valentina Erroi[1,2]
Francesca Campi[1]
Daniela Longo[3]
Paola De Liso[4]
Iliana Bersani[1]
Sara Ronci[1]
Donatella Capodiferro[5]
Grazia Ladisa[5]
Maria Elisabetta Baldassarre[5]
Andrea Dotta[1]
Nicola Laforgia[5]

[1]*Terapia Intensiva Neonatale, Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù" IRCCS, Roma*
[2]*Scuola di specializzazione in Pediatria, Università degli Studi di Bari*
[3]*Neuroradiologia diagnostica ed interventistica, Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù" IRCCS, Roma*
[4]*Neurologia dell'epilessia e disturbi del movimento, Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù" IRCCS, Roma*
[5]*Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale Universitaria, AOUC Policlinico, Bari*



Grazie ai progressi compiuti nella medicina perinatale, si è assistito, negli ultimi decenni, ad un considerevole aumento del tasso di sopravvivenza neonatale con la conseguente necessità di assistere un numero sempre maggiore di neonati ad alto rischio di danno neurologico e di disabilità permanenti.
Per fare fronte a tale scenario nell'ultima decade è sorto e si è sviluppato nel mondo il concetto di NeuroNICU (*Neuro Neonatal Intensive Care Unit*).

La NeuroNICU, ossia una Unità di Terapia Intensiva Neonatale Neurologica, è un'area specializzata e all'avanguardia che opera all'interno della classica Terapia Intensiva Neonatale (TIN) con un focus specifico sulla diagnosi di danno neurologico e sulla neuroprotezione dei neonati critici.
La NeuroNICU è costituita da un team multidisciplinare di operatori sanitari esperti nel neurosviluppo e/o dei disturbi cerebrali in epoca neonatale in cui le competenze cliniche specifiche si combinano con un monitoraggio neurologico dedicato.
Le fondamenta della NeuroNICU si riconoscono in un cambiamento culturale all'interno delle TIN, grazie al quale l'assistenza intensiva neonatale pone in primo piano "prevenzione e cura del cervello". Di conseguenza, tutto il team di specialisti è in ogni momento consapevole delle potenziali complicanze neurologiche delle patologie neonatali critiche e di come la loro gestione possa influenzare il neurosviluppo.
L'obiettivo di una NeuroNICU è dunque quello di identificare precocemente i neonati a rischio di compromissione dello sviluppo neurologico, di ottimizzare l'assistenza neonatale, di garantire il monitoraggio neurodiagnostico, di implementare le strategie neuroprotettive disponibili, per prevenire danni secondari e massimizzare i risultati a lungo termine.
La NeuroNICU è pertanto rivolta a tutti quei neonati che presentano un reale rischio neurologico legato non solo alla prematurità ma anche perché affetti da sindromi genetiche, malformazioni cerebrali e/o patologie neurochirurgiche, crisi convulsive/epilessia, encefalopatie ed asfissia perinatale, patologie del metabolismo, cardiopatie congenite o altre patologie chirurgiche non del sistema nervoso centrale (SNC).
All'interno della TIN la NeuroNICU necessita di uno spazio dedicato e personalizzato, che permetta di conciliare un ambiente favorevole alla *care* ed al neurosviluppo con un neuromonitoraggio altamente tecnologico e specializzato.
Pertanto, l'attenzione dei sanitari deve essere massima nel contenere luci (le luci soffuse simulano l'utero materno, proteggono la retina e favoriscono la crescita del sistema nervoso) ed i rumori (sono necessari allarmi acustici per limitare lo stress da rumore eccessivo) al fine di ottenere un ambiente ovattato che riduce al minimo il *discomfort* dei neonati.
Analogamente, al fine di ridurre l'esposizione al dolore, il personale deve essere adeguatamente formato per valutare costantemente il disagio neonatale durante la giornata mediante scale validate e limitare le attività dolorose sui neonati, sia con approcci non farmacologici (ad esempio con un contenimento appropriato), che farmacologici.
Oltre ad un "ambiente favorevole ovattato", fondamentale è la disponibilità del neuromonitoraggio al letto del neonato 24 ore su 24, che includa il monitoraggio elettroencefalografico convenzionale o video (cEEG o vEEG), il monitoraggio EEG integrato in ampiezza (aEEG), il monitoraggio della *Near-Infrared Spectroscopy* (NIRS). Di fondamentale importanza è la disponibilità di tecnologie avanzate come apparecchiature per poter effettuare l'ipotermia terapeutica in casi di encefalopatia ipossico-ischemica per asfissia perinatale e sistemi di monitoraggio avanzati, invasivi e non, per il rilevamento dell'emodinamica e dell'emoglobina circolante. Inoltre, risulta prioritaria la possibilità di poter effettuare la Risonanza Magnetica, per individuare lesioni cerebrali non altrimenti riconoscibili con l'ecografia cerebrale e

continua a pag. 8>>

segue da pag. 7

studiare il circolo cerebrale ed il grado di crescita e mielinizzazione dell'encefalo.
Data la natura stessa della NeuroNICU il team multidisciplinare è costituito da Neonatologo, Neurologo neonatale/pediatrico, Neurochirurgo, Neuroradiologo, ai quali si affiancheranno specialisti di altre discipline in base alla specificità del quadro clinico individuale.
In questo ambito non può mancare la figura di Infermieri dedicati, che abbiano una formazione specifica ed avanzata nella manipolazione minima e protettiva del neonato, nell'utilizzo del monitoraggio neurologico specifico e dei sistemi terapeutici (ipotermia terapeutica), con la capacità di riconoscere tempestivamente alterazioni cliniche e/o strumentali dello stato neurologico neonatale.
In ultimo, ma non di minor importanza, non possono mancare i Terapisti della Riabilitazione e della Psicomotricità, grazie ai quali è possibile iniziare fin dai primi giorni di vita, durante il ricovero in TIN, un trattamento riabilitativo personalizzato.
Grazie a questo approccio un ulteriore obiettivo della NeuroNICU è quello di creare uno stretto rapporto di fiducia con i genitori, i quali impareranno il modo migliore di avvicinarsi al loro piccolo bambino e di manipolarlo nonostante le possibili "*barriere*" dell'incubatrice e dei monitoraggi multimediali in atto.
La NeuroNICU, infatti, promuove e realizza la filosofia della *Family-Centered Care*. I genitori non sono semplici *visitatori,* ma parte integrante della cura. Nonostante possibili condizioni cliniche critiche, è compito fondamentale degli operatori sanitari quello di incentivare i genitori ad avvicinarsi e a prendere in braccio il proprio neonato il prima possibile, anche in condizioni difficili come durante l'ipotermia terapeutica, poiché è dimostrato che tali pratiche stabilizzano il battito cardiaco del piccolo, riducono lo stress e favoriscono la maturazione delle connessioni neurali.
In definitiva, la NeuroNICU rappresenta una delle evoluzioni più moderne della TIN: un luogo dove l'innovazione tecnologica più sofisticata e le competenze cliniche e scientifiche sono gli strumenti più potenti per proteggere e difendere i neonati più fragili ed il loro futuro benessere cognitivo e motorio.
A partire da maggio 2020, ispirandoci alle linee guida internazionali, abbiamo implementato la NeuroNICU all'interno della TIN dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

L'esperienza della NeuroNICU della TIN del Bambino Gesù

Si è proceduto innanzi tutto ad individuare il team medico, infermieristico e tecnico, dotato di competenze specifiche in neurologia neonatale ed a redigere un documento descrittivo degli obiettivi, dei neonati eleggibili, delle attività e delle finalità scientifiche e di ricerca.
Abbiamo poi standardizzato e messo in atto un monitoraggio neurologico *bedside* (NIRS, aEEG, videoEEG) dedicato ai neonati individuati a rischio neurologico.
Abbiamo anche modificato il nostro concetto di consulenza neurologica, che non avviene più solo su chiamata in urgenza, ma dopo una condivisione del caso clinico tra gli specialisti.
Abbiamo, infine, standardizzato l'esecuzione dell'esame neurologico neonatale utilizzando il modello di Hammersmith, dopo aver acquisito le specifiche *skills*.
Momento centrale dell'attività della nostra NeuroNICU è diventata la discussione settimanale in teleconferenza (TC) dei casi clinici individuati.
Alla TC partecipano tutti gli specialisti coinvolti e quelli selezionati ad hoc a seconda del caso con una discussione collegiale del caso clinico, la revisione degli esami diagnostici eseguiti e della letteratura caso-specifica, la programmazione del piano di cura, la determinazione di eventuale dimissibilità e del programma di *follow-up.*
Essendo la nostra TIN un centro che accoglie soprattutto neonati *outborn*, abbiamo realizzato l'apertura della discussione in TC alla partecipazione dei Centri Trasferenti. Questo ci ha consentito di approfondire l'anamnesi dei neonati, di meglio comprendere la storia clinica pre-trasferimento, di garantire la continuità clinica in caso di *back transport*, ma anche di venire a conoscenza dei casi clinici prima del loro trasferimento da noi. Inoltre, la partecipazione dei centri trasferenti alle TC ci ha dato la possibilità di informarli circa l'evoluzione clinica del loro paziente (*follow back*).
Questo approccio ci ha consentito di ottenere una migliore gestione dei neonati complessi a rischio neuroevolutivo, un migliore inquadramento diagnostico di patologie rare, una riduzione dei tempi di ospedalizzazione ed una maggiore garanzia della continuità delle cure.
Infine, nei casi più complicati, sia per gli esiti in termini di qualità/quantità della vita, sia per la presenza di disagi psicologici familiari, sono stati coinvolti nelle TC anche gli Psicologi per condividere il caso, la proporzionalità delle decisioni assistenziali e favorire il miglior rapporto di fiducia possibile con la famiglia.
A partire da maggio 2020, 540 neonati sono stati ricoverati nella nostra NeuroNICU e inclusi nelle nostre discussioni multidisciplinari. Di questi il 25% ha presentato crisi convulsive che hanno richiesto trattamento. L'etiologia principale delle crisi convulsive è stata l'asfissia perinatale (35% dei casi), seguita da sindromi genetiche (15%), *stroke* (10%), meningite (9%) e in percentuali minori patologie metaboliche, malformazioni vascolari cerebrali e patologie neurochirurgiche. Tra i neonati ricoverati nella nostra NeuroNICU e discussi in TC, il 9% erano neonati affetti da cardiopatia congenita e l'8% da altre problematiche chirurgiche non primitive del SNC.
Dopo la dimissione, è stato predisposto e realizzato un programma di *follow-up* multidisciplinare dedicato, con valutazioni multiple a cura degli stessi clinici esperti. L'esito dello sviluppo neurologico è stato valutato nel tempo mediante le Scale di Bayley per lo Sviluppo Infantile e della Prima Infanzia.

In conclusione, riteniamo che la creazione di una NeuroNICU e di un team multidisciplinare dedicato possa consentire un approccio diagnostico/terapeutico tempestivo ed efficace per tutti i neonati a maggior rischio di sviluppo neurologico anomalo.
Inoltre, la creazione della NeuroNICU ha rappresentato un'opportunità cruciale per diversi Ospedali, distribuiti su tutto il territorio nazionale ed internazionale, ma con risorse più limitate rispetto al nostro per l'assistenza neurologica, che hanno potuto inviare al nostro centro di riferimento i loro casi più complessi. Ciò ha permesso di ampliare il bacino d'utenza del nostro ospedale, non più limitato solo alla prossimità geografica, ma fondato su indicazioni specifiche ultra-specialistiche.
In ultimo, ma non per importanza, l'esperienza condivisa con la Scuola di Specializzazione di Pediatria dell'Università di Bari, che rappresenta un fondamentale contributo alla formazione dei neonatologi/pediatri del futuro, proponendo, attraverso l'esperienza della NeuroNICU, un modello di intervento multidisciplinare tra pari e la coniugazione tra tecnologie avanzate e umanizzazione con l'inclusione delle famiglie nei percorsi di cura.



I NEONATI *MODERATE* E *LATE PRETERM*

Chi sono e perché sono importanti?



Luigi Gagliardi
Presidente Commissione Survey SIN

Secondo i dati del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP), i neonati pretermine rappresentano circa il 6.5% dei nati totali in Italia, e in particolare i neonati più vicini al termine ("*Late preterm*" cioè "pretermine tardivi", nati da 34 a 36 settimane di gestazione) rappresentano circa il 5% dei nati italiani. Questo valore è in lieve calo in Italia negli ultimi anni. I neonati "*moderate preterm*" (32-33 settimane) rappresentano lo 0.7%; mentre i neonati molto o estremamente pretermine (dalle 22 alle 31 settimane) rappresentano circa lo 0.8% dei nati.
Perché occuparsi di *moderate* e *LPT*? Perché rappresentano una quota rilevante di persone (in Italia ogni anno sono circa 20.000, cioè circa il doppio dei nuovi medici), ma sono una categoria molto eterogenea di nati; nelle 5 settimane che spaziano da 32(+0) a 36(+6 gg) si passa da neonati il cui sviluppo intrauterino si è interrotto così precocemente da renderli equiparabili a neonati molto pretermine e richiedere sempre un'assistenza intensiva, a neonati appena più prematuri di un nato a termine, cui sono assimilabili, che quindi possono essere assistiti con pochissime attenzioni in più rispetto a un nato a termine.
Inoltre, paradossalmente, nonostante il loro numero, i *moderate* e *late preterm* sono meno studiati dei neonati molto-estremamente pretermine e disponiamo di minori dati scientifici su quale sia la maniera migliore per assisterli, evitando il troppo e il troppo poco. Anche a livello internazionale, i *moderate* e *late preterm* rappresentano una categoria "orfana".
In sostanza, è un po' una zona grigia delle conoscenze, in cui gli operatori si muovono adattando via via paradigmi clinici e organizzativi da estremi di importante patologia fino alla normalità.
Aggiungiamo che gli studi epidemiologici dimostrano che i neonati pretermine mantengono, durante tutta la vita, un aumento di rischio di malattie croniche e morte rispetto ai nati a termine, e questo vale - anche se con un gradiente via via più lieve quanto più ci avviciniamo alle 40-41 settimane - per tutti i gradi di prematurità, anche per i *late preterm* (anzi, in verità, anche il confine delle 37 settimane non garantisce un rischio minimo, ed è meglio arrivare a 40-41 settimane come l'evoluzione ci ha condotto...).

In questo relativo vuoto scientifico dove però gli operatori continuano a lavorare, per vedere quali sono gli atteggiamenti dei reparti italiani nei confronti dell'assistenza a questa categoria di neonati, la SIN ha costituito una apposita commissione **(Presidente Isabella Mondello e membri Alessandra Coscia, Francesca Gallini, Gina Ancora, Giuseppe Maiorino, Maria Luisa Ventura, Mariella Baldassarre, Mario Giuffrè, Paola Cavicchioli, Riccardo Davanzo, Caterina Cacace, Luigi Gagliardi)**, che ha elaborato e quindi lanciato una *survey* molto articolata per ottenere una fotografia delle attitudini, dell'organizzazione e delle procedure in uso per l'assistenza a questi neonati.

La conoscenza dello stato attuale delle cure (e dell'atteggiamento dei neonatologi nei confronti di questa importante fetta di neonati) è quindi il primo passo per un approccio razionale al miglioramento dell'assistenza.
La *survey* è stata condotta via web da marzo a maggio 2026, inviando a tutti i direttori dei punti nascita italiani un link ad un questionario di 49 domande su *Survey Monkey*. Il tasso di risposta totale è stato altissimo, con la partecipazione di 197 ospedali italiani, corrispondenti alla copertura del 73% dei nati italiani (i votanti alle ultime elezioni politiche sono stati il 64%...).
Analogamente a quanto avviene alle elezioni politiche, la partecipazione è stata maggiore nelle regioni del Centro e del Nord rispetto al Sud e Isole.
Da notare che la risposta è stata altissima negli ospedali grandi e minore in quelli più piccoli (vedi Figura 1: 100% degli ospedali con oltre 2000 nati: 32/32 e 76% di quelli con 1000-2000 nati: 72/95).
Circa il 50% delle risposte è arrivato da ospedali con Terapia Intensiva Neonata-

continua a pag. 10>>

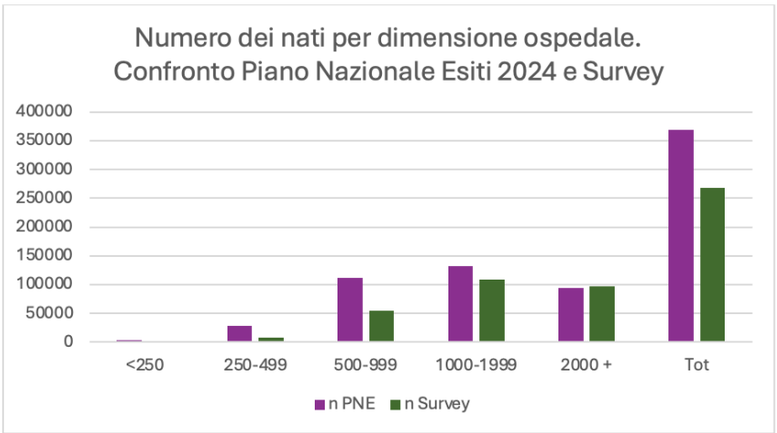


Figura 1. Copertura della *survey* per dimensione dell'ospedale

segue da pag. 9

le (TIN) (ospedali di 2° livello), e il 50% da ospedali senza TIN (Ospedali di 1° livello), garantendo quindi una "visibilità" anche delle organizzazioni degli ospedali minori.

Quali sono i risultati? Per tutte le ragioni ricordate sopra, ci aspettavamo una grande variabilità nell'approccio a queste categorie di nati. I risultati - dichiaratamente preliminari e propedeutici a iniziative di formazione/raccomandazioni/miglioramento - dimostrano invece una discreta omogeneità di fondo.

Per quanto riguarda i *moderate preterm infants* (32-33 settimane di gestazione) che sono assistiti nei reparti con TIN e che in genere sono troppo immaturi per poter seguire le stesse routine dei nati a termine e seguono dunque gli stessi approcci dei neonati più prematuri, la *survey* si è concentrata su 2 aspetti quali l'assistenza respiratoria e il *follow-up*, per meglio vedere le aree da differenziare rispetto ai neonati più pretermine. In particolare, l'assistenza respiratoria è stata poi studiata più approfonditamente tramite una ulteriore *survey*, i cui risultati sono stati presentati al Congresso Nazionale di Bari, cui seguirà una conferenza di consenso (*consensus conference*) convocata per produrre delle raccomandazioni clinico-assistenziali *ad hoc*.

Per i *late preterm*, che sono assistiti anche nei reparti privi di TIN, la variabilità attesa era anche maggiore, e il focus era su 3 ipotesi:
1. In che misura applichiamo degli standard di cura che sono ormai patrimonio comune nella assistenza ai neonati a termine?
2. Contemporaneamente, in che misura trasferiamo ai *late preterm* un'invasività diagnostico-terapeutica mutuata dai neonati più critici?
3. Ci sono differenze nella gestione tra ospedali di 1° (non-TIN) e 2° (TIN) livello?

Sono quindi stati valutati vari aspetti legati all'aderenza agli standard neonatali europei per quanto riguarda la gestione in sala parto, il contatto pelle a pelle già in sala parto, l'attacco precoce al seno e l'alimentazione; la gestione in *rooming-in* (rispetto al ricovero in Patologia Neonatale o al Nido), l'esecuzione routinaria di esami di laboratorio o di diagnostica per immagini, l'approccio al distress respiratorio e infine quale *follow-up* viene fornito.
Dato che vi era a priori la chiara sensazione che la categoria dei *late preterm* in verità sia molto meno omogenea delle altre categorie di neonati, quelli a termine e quelli più prematuri, e che il passaggio dalle 34 alle 36 settimane sia un vero e proprio valico, una "linea d'ombra" di passaggio dalla prematurità alla condizione e alle competenze del nato a termine, molte domande hanno cercato di approfondire questo aspetto, ovvero quale sia la percezione di questo confine.

Con i limiti di un'inchiesta campionaria a risposta volontaria, le risposte hanno dimostrato una buona diffusione di pratiche "standard" come il *rooming-in*, e una omogeneità nel trattamento tra centri di 1° e di 2° livello. Quest'ultimo punto non era affatto scontato perché nei centri di 1° livello l'équipe assistenziale non è solo



neonatologica, ma anche pediatrica, e dimostra una penetrazione delle evidenze scientifiche a tutti i livelli. È evidente la percezione dei neonatologi che i LPT sono una popolazione eterogenea e la maggior parte dei clinici ritiene che i neonati <35 settimane siano in verità più simili ai neonati "*moderate preterm*", che a quelli a termine. A mo' di esempio riportiamo (Figura 2) le risposte alla domanda *"Dopo le prime due ore di vita, quali neonati late preterm asintomatici (cioè con buon adattamento postnatale) vengono direttamente ricoverati in rooming in?"*, dove si evidenzia il buon livello globale di implementazione del *rooming-in* (solo l'8% dei centri afferma che non viene eseguito *rooming-in* nei *late preterm*), la varietà di opzioni organizzative adottate, e il discrimine posto in maggioranza a 35 settimane.
Quindi - con l'evidente rischio di semplificare troppo la complessa gestione di questi neonati - in realtà la visione dei neonatologi è spesso quella di assimilare i neonati di 34 settimane a *moderate preterm* "più sani", e quelli di 35-36 settimane a neonati a termine "più fragili".

Di *late preterm* si è parlato diffusamente durante il congresso di Bari, e i risultati della *survey* sono stati presentati in 2 sessioni.

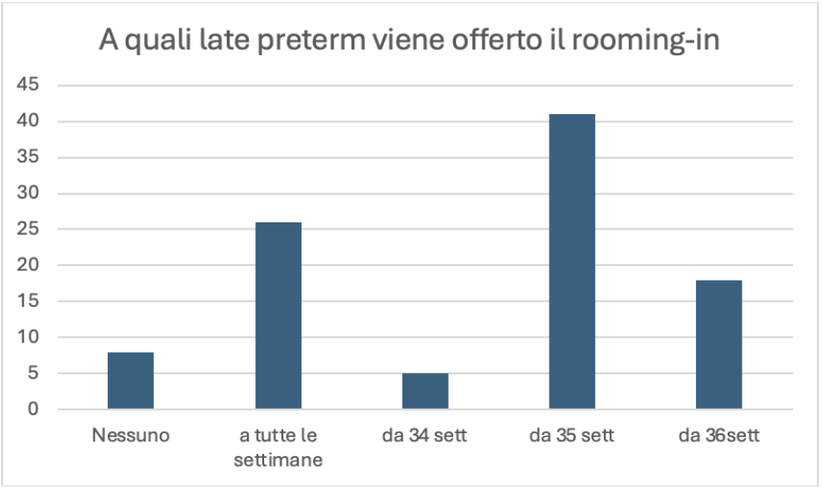


Figura 2. Offerta di *rooming-in* a neonati *late preterm* in buone condizioni generali

EVENTI TRAUMATICI DURANTE IL RICOVERO IN TIN

Il supporto dello psicologo per il *debriefing* con i genitori



Alessandra Mattiola
Psicologa psicoterapeuta

La comunicazione di una cattiva notizia è un intervento clinico-relazionale che ha implicazioni etiche e lo psicologo può sostenere l'équipe affinché questo passaggio sia preparato, condiviso e sufficientemente contenitivo sia per i genitori, sia per gli operatori.
Hynan et Hall (2015) sostengono che una parte significativa del distress dei genitori può essere attenuata anche attraverso il modo in cui l'équipe comunica. Una comunicazione efficace deve quindi essere pensata come un processo, più che come un singolo colloquio.
La morte o il grave peggioramento di un neonato rappresentano infatti eventi ad alto impatto emotivo anche per medici e infermieri. Gli operatori possono sperimentare tristezza, impotenza, senso di colpa, identificazione con i genitori, paura della loro reazione, difficoltà a trovare le parole adeguate e, talvolta, il bisogno di prendere distanza emotiva per poter continuare a lavorare.
Una recente revisione qualitativa sulle esperienze degli operatori di TIN di fronte alla morte neonatale ha individuato, tra le principali fonti di sofferenza, proprio il disagio nei confronti della morte, le difficoltà comunicative con i colleghi e con la famiglia, la carenza di supporto e sentimenti di colpa, impotenza e *compassion fatigue*.
La letteratura italiana è particolarmente utile: lo studio STRONG, condotto su 227 operatori di TIN italiani, ha rilevato che comunicare la morte del neonato e comunicare gli esiti dell'autopsia erano tra i compiti percepiti come più difficili; il 44,7% degli operatori non aveva ricevuto una formazione formale sulla comunicazione delle cattive notizie e il 41,2% riferiva di non avere una specifica strategia comunicativa. Inoltre, una quota consistente degli operatori presentava sintomi di stress post-traumatico e oltre il 90% riteneva necessaria una formazione sulla gestione del lutto. Dai risultati emerge infine che la presenza di una strategia comunicativa definita era associata a un miglior senso di realizzazione professionale.
Il dato è particolarmente significativo perché sposta il focus da una concezione individuale del disagio dell'operatore a una prospettiva organizzativa e di équipe. La capacità di comunicare una cattiva notizia non dovrebbe dipendere esclusivamente dalle risorse personali del singolo professionista, ma dovrebbe essere sostenuta da competenze condivise, procedure, supervisione e spazi di elaborazione.
Lo psicologo può contribuire anche a creare le condizioni perché l'équipe comunichi in modo più chiaro, responsivo, empatico e continuativo, riducendo il rischio che l'esperienza traumatica venga aggravata da incomprensione, isolamento o discontinuità comunicativa. Inoltre, può aiutare l'équipe a considerare non solo il contenuto, ma anche come la comunicazione viene ricevuta e quale significato assume per quella specifica famiglia.
L'intervento psicologico si snoda lungo l'intero processo comunicativo.
Prima del colloquio, lo psicologo può aiutare l'équipe a preparare l'incontro: chiarire quale informazione deve essere comunicata, verificare che vi sia una posizione sufficientemente condivisa tra i professionisti, individuare le possibili reazioni dei genitori, riflettere sul linguaggio da utilizzare e sugli aspetti emotivamente più critici. Può inoltre aiutare l'operatore a riconoscere le proprie risonanze emotive, affinché queste non interferiscano con la comunicazione.
Durante il colloquio, quando previsto dal contesto organizzativo, lo psicologo può svolgere una funzione di accompagnamento e di osservazione della dimensione emotiva e relazionale. Non è necessario che intervenga: può essere sufficiente che contribuisca a mantenere uno spazio nel quale le emozioni dei genitori possano essere espresse e riconosciute. In particolare, può aiutare a tollerare i momenti di silenzio, la rabbia, il pianto, le domande ripetute o apparentemente irrazionali, senza trasformare immediatamente la risposta emotiva in un problema da risolvere.
Dopo il colloquio, il *debriefing* con gli operatori permette di ricostruire quanto accaduto: quali informazioni sono state comprese, quali reazioni sono emerse, quali difficoltà sono state incontrate e quali saranno i passaggi successivi. Il *debriefing* non dovrebbe però essere inteso come una semplice "scarica emotiva", né come uno strumento finalizzato automaticamente alla prevenzione del trauma. È piuttosto uno spazio strutturato di riflessione clinica e professionale, nel quale esperienza emotiva, comunicazione e organizzazione del lavoro possono essere integrate.
Un ulteriore tema é quello che emerge dalla *review* di Ward (2005). Risulta particolarmente rilevante la discrepanza tra ciò che gli operatori ritengono di comunicare e ciò che i genitori percepiscono di aver ricevuto e compreso. Molti professionisti dichiarano di fornire informazioni complete, mentre diversi genitori riferiscono di non essere stati adeguatamente informati o di non aver compreso le implicazioni delle informazioni ricevute. Una comunicazione efficace, quindi, non consiste soltanto nel trasmettere dati, ma nel verificare progressivamente che cosa i genitori hanno capito e di quali informazioni hanno bisogno.
Le informazioni vengono percepite come affidabili

continua a pag. 12>>

segue da pag. 11

quando sono comunicate in modo diretto, senza essere eccessivamente edulcorate. Al contrario, l'uso di linguaggio eufemistico può compromettere la fiducia, soprattutto quando la situazione clinica peggiora successivamente.

Inoltre, i genitori non hanno tutti lo stesso desiderio di partecipare alle decisioni: alcuni vogliono essere direttamente coinvolti, altri preferiscono affidare maggiormente le decisioni ai medici, mentre altri ancora si collocano in una posizione intermedia. Il bisogno di controllo è individuale; è pertanto necessario chiedersi in quale misura i genitori desiderino essere coinvolti.

I genitori hanno bisogno di tempo per comprendere informazioni estremamente complesse e per elaborare le implicazioni delle decisioni. La comunicazione deve essere calibrata, condivisa e progressiva, tenendo conto di ciò che la famiglia è pronta a ricevere. Quando i genitori percepiscono che il processo è stato affrettato, possono sviluppare successivamente dubbi e senso di colpa rispetto alle decisioni prese. Meno informazioni possono significare meno possibilità di partecipare, meno senso di controllo e minore fiducia.

Lo psicologo non interviene per rendere meno dolorosa la cattiva notizia, né per proteggere i genitori dalla realtà clinica. Può aiutare l'équipe a interrogarsi su come quella realtà viene comunicata, su ciò che i genitori possono comprendere in quel momento e su come mantenere nel tempo uno spazio di comunicazione, partecipazione e fiducia.

In TIN, infatti, spesso non esiste una singola cattiva notizia. Esiste una traiettoria comunicativa. Una sequenza di colloqui nei quali la famiglia viene progressivamente accompagnata nella comprensione di una realtà che può cambiare, oppure diventare progressivamente più definita. Per questo motivo, sostenere gli operatori non significa soltanto insegnare loro come pronunciare una frase difficile. Significa costruire una competenza di équipe nella quale comunicazione, relazione, riflessione e continuità siano parte integrante della cura. Il compito degli operatori non è quello di dare ai genitori una certezza che ancora non esiste, ma è quello di non lasciarli soli dentro l'incertezza. È qui che possiamo collocare il contributo dello psicologo: non nel rendere meno difficile una realtà difficile, ma nell'aiutare l'équipe e la famiglia a poterla attraversare insieme.

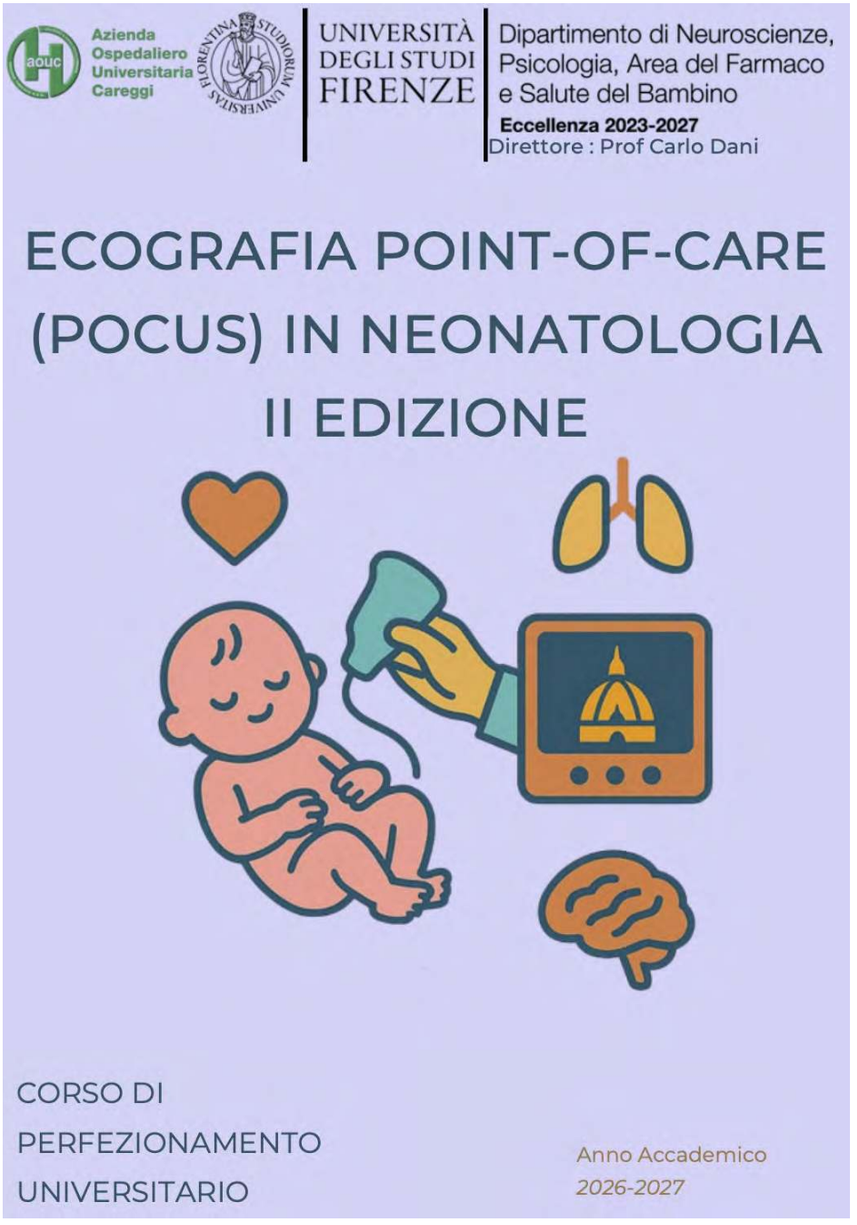
Bibliografia

1. Hynan, M. T., & Hall, S. L. (2015). Psychosocial program standards for NICU parents. Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association, 35 Suppl 1 (Suppl 1), S1–S4. https://doi.org/10.1038/jp.2015.141

2. Ravaldi, C., Mosconi, L., Mannetti, L., Checconi, M., Bonaiuti, R., Ricca, V., Mosca, F., Dani, C., & Vannacci, A. (2023). Post-traumatic stress symptoms and burnout in healthcare professionals working in neonatal intensive care units: Results from the STRONG study. Frontiers in Psychiatry, 14, 1050236. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1050236

3. Ward, F. (2005). Parents and Professionals in the NICU: Communication within the Context of Ethical Decision Making - An Integrative Review. Neonatal Network, 24(3), 25-33.





clicca qui

DOPO LO SPAZIO BABY SIN, A MILANO NASCE SIN KIDS

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

Il nostro Congresso di Bari ha visto per la prima volta l'introduzione all'interno dell'area espositiva di uno spazio per famiglie con bimbi piccoli, il **Baby SIN**, un'area accogliente dove i partecipanti hanno potuto trovare tutto il necessario per prendersi un momento con i loro piccoli, per allattarli o cambiarli, e dove i bambini hanno trovato piccoli giochi e tavolini per mangiare o passare un po' di tempo in compagnia di mamma e papà. Il Baby SIN ha rappresentato un primo passo, una dichiarazione di intenti e solo l'inizio di una strada che la Società Italiana di Neonatologia ha scelto di intraprendere per sostenere le famiglie dei propri soci e delle proprie socie. Al prossimo congresso del 2027 a Milano, infatti, la SIN ha deciso di rilanciare. Non solo verrà riproposto il Baby SIN per i più piccoli, ma ci sarà un ulteriore e più ampio spazio, **SIN Kids,** dedicato ai bimbi più grandi. A Milano sarà infatti possibile venire con i propri bambini ed affidarli a personale dedicato e specializzato, che si prenderà cura di loro mentre i genitori parteciperanno ai lavori scientifici. Lo spazio SIN Kids sarà un'area ludico-educativa, sicura e divertente, attrezzata con giochi ed arredi a misura di bambino, gestita da personale qualificato e dedicato. In questo modo le socie ed i soci - dottoresse e dottori, infermiere ed infermieri - non dovranno più scegliere fra partecipare al congresso o restare a casa con i propri figli, ma potranno finalmente conciliare entrambe le cose. Si tratta di una scelta che rafforza un messaggio chiaro: il congresso è di tutti e per tutti, anche di chi desidera partecipare insieme alla propria famiglia.

Da sempre la nostra Società Scientifica si è dimostrata vicina ai piccoli pazienti ed alle loro famiglie, trasformando lo slogan "*insieme al Neonato e alla sua Famiglia*" in un principio fondamentale cui tutti ci ispiriamo nella pratica quotidiana, durante la quale la vicinanza alle famiglie è diventata un cardine della professione. I nuovi e potenziati spazi Baby SIN e SIN Kids di Milano nascono proprio in quest'ottica, per dare un segnale concreto di vicinanza non solo alle famiglie dei pazienti, ma anche a quelle di tutti i membri della nostra comunità scientifica.

SIN Kids rappresenta quindi l'evoluzione naturale di un percorso e non è intesa come servizio accessorio, ma come passo decisivo verso un cambio di visione. La società in cui viviamo sta cambiando, così come la nostra professione, e la SIN, che per vocazione si occupa della salute dei bambini fin dal primo giorno di vita, sceglie così di riconoscere e sostenere concretamente la genitorialità attiva dei propri membri, promuovendo un modello congressuale più equo, accessibile, moderno ed inclusivo.

Vi aspettiamo dunque tutti, grandi e piccini, a novembre 2027 a Milano: sarà un grande evento!





LA MUSICOTERAPIA CLINICA IN TIN

Dalle evidenze alla pratica operativa dell'équipe interdisciplinare

Barbara Sgobbi[1]
Anna Buonomo[2]

[1]*Musicoterapeuta Perinatale, Terapia Intensiva Neonatale e Pediatrica, Ospedale Filippo Del Ponte, Varese*
[2]*Musicoterapeuta Perinatale, Terapia Intensiva Neonatale, Ospedale Infermi, Rimini*

Introduzione

All'indomani del XXXII Congresso Nazionale della Società Italiana di Neonatologia (SIN) e dell'VIII Congresso SIN INF - ospitati nella cornice di Bari dal 28 al 30 ottobre 2026 - la nostra comunità si ritrova in un mese denso di significati, condivisione e riflessione clinica. Novembre intreccia infatti la Giornata Mondiale della Prematurità con la Giornata Europea della Musicoterapia, entrambe celebrate il 15 novembre: una convergenza simbolica che invita a riflettere su come gli interventi relazionali e clinico-musicali possano integrarsi con il massimo rigore nell'assistenza al neonato critico.

Come ricordato dal Prof. Massimo Agosti, Presidente SIN, a Bari, la neonatologia contemporanea richiede "*capacità di integrazione tra diverse professionalità e una visione che sappia coniugare innovazione tecnologica, appropriatezza assistenziale e attenzione alla dimensione umana della cura*", mantenendo sempre al centro il neonato e la sua famiglia.

In questo contesto di apertura e valorizzazione multidisciplinare nasce la "*Guida pratica all'integrazione clinica della Musicoterapia in Terapia Intensiva Neonatale - Documento di indirizzo culturale e clinico per operatori sanitari*", presentata ufficialmente a Bari durante i lavori congressuali, disponibile e scaricabile gratuitamente direttamente dal portale istituzionale della SIN.

Questo strumento nasce da una collaborazione multidisciplinare e interistituzionale che ha coinvolto la Società Italiana di Neonatologia, rappresentata dal Prof. Massimo Agosti, dalla Dott.ssa Gina Ancora e dalla Dott.ssa Irene Papa, l'associazione Vivere ETS e le associazioni di genitori TINCONTRO e La Prima Coccola, che sostengono rispettivamente i progetti di musicoterapia nelle realtà neonatali di Varese e Rimini.

L'obiettivo della guida va oltre la definizione di un quadro teorico di riferimento, assumendo una finalità prevalentemente clinico-operativa: individuare criteri di sicurezza, delineare standard formativi e professionali e definire modalità di integrazione del musicoterapeuta perinatale all'interno dell'équipe multidisciplinare della Terapia Intensiva Neonatale (TIN), promuovendo interventi qualificati, individualizzati e coerenti con i principi della *Family-Centered Care* e della *Developmental Care*.

Per offrire una risposta rigorosa alle esigenze della pratica clinica, il documento si sviluppa lungo un percorso che attraversa l'analisi dell'ambiente acustico della Terapia Intensiva Neonatale e la distinzione concettuale tra *Music Medicine* e Musicoterapia Clinica, per poi approfondire le solide evidenze scientifiche a sostegno della neuroprotezione e del sostegno alla genitorialità. Vengono quindi definiti con precisione il profilo specialistico, le competenze e i criteri di accreditamento del musicoterapeuta, inseriti nella cornice dei principali metodi e protocolli internazionali *evidence-based*, per concludersi con le indicazioni operative e gli standard minimi di governance clinica indispensabili per l'implementazione nei reparti italiani. La disponibilità di strumenti di consultazione aggiornati rappresenta un supporto concreto per neonatologi, primari, coordinatori infermieristici e direzioni sanitarie, fornendo indicazioni operative chiare per passare dal piano delle evidenze teoriche all'implementazione pratica e sicura della musicoterapia nei reparti italiani.



Il Razionale Clinico: Neuroprotezione, Neuropromozione Sensoriale e Sostegno alla Famiglia

L'ambiente della TIN, pur essendo indispensabile per la sopravvivenza del pretermine, espone il cervello in via di sviluppo a un contesto acustico e sensoriale fortemente iper-stimolante, in cui l'esposizione prolungata a questo "caos acustico" costituisce un primario agente iatrogeno. A ciò si somma la profonda ferita della separazione affettiva precoce: l'ospedalizzazione in area critica interrompe bruscamente la continuità gestazionale e relazionale, generando livelli elevati di ansia, trauma e stress nelle famiglie, che faticano a trovare uno spazio di vicinanza e competenza accuditiva nei confronti del proprio figlio.

In questo scenario, la Musicoterapia Clinica non aggiunge ulteriore rumore al reparto, ma interviene modulando il profilo acustico e relazionale della TIN, agendo su tre livelli profondamente integrati:

1. Neuroprotezione: attuata mediante l'armonizzazione dei rumori iatrogeni, il contenimento dei decibel e la prevenzione del danno a carico delle strutture cocleari e corticali in via di sviluppo.

2. Neuropromozione: offre esperienze sensoriali positive e biologicamente rilevanti (voce umana, ritmi biologici modellati in tempo reale) capaci di favorire la connettività sinaptica, la stabilizzazione neuro-vegetativa e l'organizzazione delle reti cerebrali primarie.

3. Sostegno al legame genitore-bambino: modula la cura in un'esperienza di condivisione. Attraverso l'uso guidato della voce e la sintonizzazione affettiva, la musicoterapia contribuisce a ridurre lo stress dei genitori e a riparare gli effetti della separazione precoce, restituendo

continua a pag. 15>>

segue da pag. 14

alla famiglia un ruolo attivo, competente e protettivo nel percorso di cura del neonato. (Tabella 1)

Profilo Professionale e Requisiti di Selezione

Il Musicoterapeuta non è un intrattenitore né un semplice musicista esecutore: il suo intervento costituisce un vero e proprio atto terapeutico contingente, in cui la produzione musicale dal vivo viene modellata in tempo reale sulle micro-risposte fisiologiche e comportamentali del neonato. Per evitare che l'approccio clinico venga erroneamente assimilato al volontariato o a concerti estemporanei in reparto, la Guida SIN definisce con precisione i requisiti di qualificazione che i Primari e le Direzioni Sanitarie possono utilmente considerare prima di autorizzare l'accesso di un operatore in TIN. (Tabella 2)

Il Ruolo del Musicoterapeuta nell'Équipe Interdisciplinare

La vera forza della Musicoterapia Clinica risiede nella sua capacità di integrarsi in maniera armonica e funzionale nella routine quotidiana del reparto. Il musicoterapeuta opera in costante sinergia con neonatologi, infermieri, psicologi e le diverse figure dell'area evolutiva che ruotano attorno al neonato pretermine e alla sua famiglia. Questa collaborazione transdisciplinare si struttura attorno a tre capisaldi operativi fondamentali: la condivisione attiva dei percorsi assistenziali dalla nascita al *follow-up*, attraverso la partecipazione ai *briefing* e alle riunioni di équipe, l'adozione di un linguaggio clinico comune e il rispetto dell'ambiente di lavoro con

continua a pag. 16>>

Criterio clinico	Music Medicine (ascolto passivo, non modulabile)	Medical Music Therapy (Intervento clinico individualizzato)
Obiettivo	Somministrazione passiva di brani musicali generici o suoni registrati per rilassamento	Uso clinico ed *evidence-based* di interventi sonoro-musicali all'interno di una relazione terapeutica
Operatore	Chiunque (personale ,volontario, familiari)	Musicoterapeuta Clinico con formazione specialistica documentata in ambito neonatale
Modalitá	Registrata, standardizzata e non reattiva (volume fisso, non adattabile)	Dal vivo, contingente e interattiva. Modulata in tempo reale sulle risposte del neonato e sui bisogni della famiglia
Potenziali rischi	Elevato rischio iatrogeno: sovrastimolazione acustica, disregolazione fisiologica e stress	Minimizzato dalla formazione e dal monitoraggio continuo in real-time
Valutazione	Nessuna valutazione clinica specifica sull'impatto sul singolo paziente	Monitoraggio e tracciabilitá nel diario clinico

Tabella 1. Distinzione Clinica tra *Medical Music Therapy* e *Music Medicine* (dalla Guida SIN)

CHECKLIST COMPETENZE DEL MUSICOTERAPEUTA IN TIN

Il professionista qualificato per operare in TIN deve possedere e documentare:

1. **FORMAZIONE DI BASE**
   - Possesso di un titolo accademico (Laurea o Diploma accademico) o di un diploma di un corso triennale in Musicoterapia, secondo la normativa vigente

2. **FORMAZIONE SPECIALISTICA POST-BASE (NICU-MT)**
   - Un percorso formativo avanzato, specifico per l'ambito perinatale e neonatale, che includa:
   - *Competenze Neonatologiche*: fisiologia e neurosviluppo del neonato pretermine; conoscenza delle principali patologie e delle procedure della TIN
   - *Competenze Osservative*: formazione certificata nella lettura dei segnali comportamentali del neonato (es. approccio NIDCAP, Family and Infant Neurodevelopmental Education (FINE), lettura delle *cues* di stress e di autoregolazione)
   - *Competenze Tecniche*: conoscenza e applicazione di protocolli di musicoterapia evidence-based per la TIN (es. RBL, CMT, PFMI)
   - *Competenze sulla Ecologia Ambientale*: conoscenza dei limiti di decibel, delle pratiche di igiene acustica e dell'uso appropriato di voce e strumenti

3. **TIROCINIO CLINICO SUPERVISIONATO**
   - Aver completato un monte ore adeguato di tirocinio clinico specifico in un reparto di TIN, sotto la guida e la supervisione di un musicoterapeuta esperto in ambito neonatale

4. **COMPETENZE RELAZIONALI E DI TEAM**
   - Formazione nella gestione della relazione con famiglie in stato di crisi, ansia e trauma, tipici dell'esperienza di TIN
   - Capacità di comunicare efficacemente con l'équipe multidisciplinare, redigere report clinici e partecipare alla stesura del piano di cura individualizzato
   - Formazione continua e Supervisione clinica come pratica costante: l'aggiornamento e la revisione periodica del proprio operato con un musicoterapeuta esperto dell'ambito applicativo permettono di mantenere alti gli standard etici e la qualitá professionale

Tabella 2: *Checklist* delle Competenze del Musicoterapeuta in TIN (dalla Guida SIN)

segue da pag. 15

la tutela dello staff sanitario.
Nello specifico, la presenza del musicoterapeuta ai *briefing* di reparto permette di pianificare gli interventi in sintonia con i cicli di sonno del neonato, di co-progettare momenti di co-analgesia procedurale durante le manovre invasive, di affiancare i genitori durante la *Kangaroo Mother Care* per favorire la co-regolazione della diade e di garantire un supporto relazionale anche nei contesti complessi delle Cure Palliative Neonatali e del fine vita. Inoltre, il terapeuta traduce l'intervento sonoro in indicatori fisiologici, comportamentali e relazionali, registrando regolarmente una nota sintetica nella cartella clinica del paziente a garanzia della massima trasparenza per l'intera équipe. Infine, inserendosi con discrezione e professionalità in un contesto ad alta intensità assistenziale, il musicoterapeuta rispetta le dinamiche del reparto e contribuisce ad alleggerire il carico acustico e lo stress degli operatori, favorendo un clima di lavoro sereno, collaborativo e centrato sul benessere della famiglia.

Come avviare un servizio di Musicoterapia nel proprio reparto

Per le Direzioni Mediche, i Primari e i Coordinatori che desiderano introdurre la musicoterapia nella propria unità di Terapia Intensiva Neonatale, la Guida SIN fornisce indicazioni operative chiare e orientative. Il documento sottolinea l'importanza di verificare rigorosamente la formazione specialistica post-base del musicoterapeuta, elemento imprescindibile per garantire la sicurezza del neonato e la qualità dell'intervento.
Il percorso richiede inoltre la definizione di criteri condivisi per l'invio e la presa in carico, l'inclusione del terapeuta nelle dinamiche d'équipe, l'integrazione dei protocolli osservativi con la documentazione clinico-assistenziale e l'adozione di rigorose procedure di sanificazione degli strumenti. Aspetto fondamentale è anche il coinvolgimento dell'intera équipe nella gestione dell'ambiente acustico, intesa come responsabilità condivisa che va ben oltre la singola sessione terapeutica.

Per qualsiasi approfondimento o supporto orientativo nella strutturazione di nuovi progetti, le musicoterapeute, autrici del presente contributo, insieme ai referenti delle realtà cliniche di Varese e Rimini, restano a completa disposizione.

Conclusioni

L'integrazione strutturata e regolamentata della Musicoterapia Clinica nei reparti di Terapia Intensiva Neonatale segna un passaggio evolutivo fondamentale per la neonatologia italiana contemporanea, posizionandosi all'intersezione tra la tutela del neurosviluppo, il rigore delle evidenze scientifiche e l'umanizzazione dell'ambiente di cura. Trasformare l'ambiente acustico della TIN da fattore di rischio iatrogeno a risorsa di neuroprotezione e neuro-promozione sensoriale richiede un impegno corale: presuppone il superamento di approcci estemporanei o non regolamentati a favore di standard operativi rigorosi, condivisi e trasparenti. In quest'ottica, la definizione di requisiti stringenti per la selezione dei professionisti, la scrupolosa osservanza delle finestre di sicurezza fisiologica e la piena tracciabilità degli interventi nei diari clinici costituiscono i requisiti imprescindibili per garantire la qualità e la sicurezza delle prestazioni erogate.
Promuovere una cura che sappia coniugare l'alta tecnologia assistenziale con la modulazione attenta degli stimoli sensoriali e affettivi significa riconoscere al neonato pretermine e alla sua famiglia la centralità e la dignità che meritano lungo tutto il percorso di crescita in TIN.

Bibliografia

1. Sgobbi, B., & Buonomo, A. (2026). Guida pratica all'integrazione clinica della Musicoterapia in Terapia Intensiva Neonatale. Società Italiana di Neonatologia (SIN). www.sin-neonatologia.it/
2. Haslbeck, Friederike & Costes, (2011). Advanced Training in Music Therapy with Premature Infants: Impressions from the United States and a Starting Point for Europe. British Journal of Music Therapy. 25. 19-31. 10.1177/135945751102500203 .
3. American Music Therapy Association (AMTA) & Certification Board for Music Therapists (CBMT). (2021). Scope of music therapy practice. AMTA.
4. Loewy, J., Stewart, K., Dassler, A. M., Telsey, A., & Homel, P. (2013). The effects of music therapy on vital signs, feeding, and sleep in premature infants. Pediatrics, 131(5), 902–918. https://doi.org/10.1542/peds.2012-1367.
5. Ettenberger, M., Rojas Cárdenas, C., Parker, M., & Odell-Miller, H. (2014). Family-centred music therapy with premature infants and their parents in the NICU: A mixed-methods study. Nordic Journal of Music Therapy, 23(3), 203–226. https://doi.org/10.1080/08098131.2013.809544.
6. Shoemark, H., & Dearn, T. (2008). Keeping parents at the centre of family-centred music therapy with premature infants. Australian Journal of Music Therapy, 19, 3–24.
7. World Federation of Music Therapy. (2021). Guidelines for music therapy practice in neonatal and perinatal care. WFMT.



clicca qui

il sondaggio

SIN
Società Italiana di
Neonatologia

Gentile Direttore/Direttrice, la invitiamo a partecipare a questo sondaggio in qualità di responsabile di una Terapia Intensiva Neonatale italiana.

Stiamo avviando uno studio per indagare la presenza e l'applicazione della Musicoterapia nei reparti di Terapia Intensiva Neonatale italiani, al fine di migliorare la comprensione nel suo utilizzo clinico. I dati raccolti aiuteranno ad aprire un dialogo circa l'accettazione della Musicoterapia in TIN da parte della comunità medica italiana e aiuteranno futuri musicoterapeuti interessati ad approfondire l'ambito della prematurità ad orientarsi meglio nella scelta del percorso di studi.

La Musicoterapia in TIN si configura come un intervento clinico non farmacologico basato sull'evidenza che impiega elementi sonoro-musicali **per raggiungere obiettivi terapeutici specifici, focalizzati su tre pilastri:**

- Regolazione fisiologica del neonato

- Supporto allo sviluppo neurocomportamentale

- Sostegno alla relazione genitore-bambino

Lo studio consiste nella partecipazione gratuita ad una intervista strutturata con un questionario. I risultati ottenuti potranno essere oggetto di pubblicazione scientifica, in modo aggregato, anonimo e non riconducibile alla vostra identità né al posto di lavoro.

Non sono previsti benefici economici né per gli sperimentatori né per i partecipanti allo studio.

La partecipazione allo studio è libera e volontaria, e potrà decidere di interrompere la partecipazione allo studio in qualsiasi momento, senza dover fornire spiegazione.

Avete inoltre il diritto di rifiutarvi di rispondere a determinate domande.

LINK AL SONDAGGIO

Termine di invio del questionario: 31 dicembre 2026

Contatti:

Prima di decidere se partecipare o meno, la preghiamo di osservare gli obiettivi e le modalità di intervento descritti e di chiedere eventuali chiarimenti alla Dott.ssa MUSICOTERAPEUTA SGOBBI BARBARA, che è a disposizione al Cell +39 3479690373 e alla mail barbarasgobbi@gmail.com

Ricercatori:

Ricercatrice principale: Dott.ssa Barbara Sgobbi, barbarasgobbi@gmail.com

Co-ricercatrice: Dott.ssa Anna Buonomo, a.buonomo@hotmail.com

clicca qui

I GIOVANI PROTAGONISTI DELLA NEONATOLOGIA DI DOMANI

La SIN investe sul futuro con le nuove generazioni

Promuovere la crescita professionale delle nuove generazioni di neonatologi significa investire nel futuro della cura neonatale. Per questo la Società Italiana di Neonatologia (SIN) continua a dedicare grande attenzione ai giovani soci, offrendo loro occasioni concrete di confronto, formazione e valorizzazione scientifica.
Anche il XXXII Congresso Nazionale SIN si è confermato un importante momento di partecipazione ed inclusione per i professionisti più giovani. Numerose le iniziative dedicate alla presentazione e alla discussione dei risultati della ricerca neonatologica, con particolare attenzione ai contributi scientifici presentati dai giovani soci.
L'interesse suscitato dal Congresso è testimoniato dall'elevato numero di lavori pervenuti: sono stati infatti presentati complessivamente **217 abstract** nelle categorie "Lavoro Libero", "*Oral Communication*" e "Poster". Un risultato che dimostra la vivacità scientifica della comunità neonatologica italiana e l'impegno e l'interesse crescenti dei giovani ricercatori SIN.
La selezione dei contributi è stata affidata alla **Commissione *Abstract*** composta da **Arianna Aceti, Maria Elisabetta Baldassarre, Carlo Dani, Eloisa Gitto, Nicola Laforgia, Daniele Trevisanuto e Stefania Troiani**, che hanno svolto il delicato compito di valutare i lavori presentati.
Tra i momenti più attesi del Congresso, la sessione "**Saranno Famosi**", svoltasi il 29 ottobre 2026 dalle 8.30 alle 10.00, ha rappresentato una vera e propria vetrina per i migliori lavori scientifici emergenti. Nel corso della sessione sono stati presentati otto abstract selezionati, espressione della qualità e dell'innovazione della ricerca portata avanti dai giovani soci SIN.
A conclusione dei lavori si è svolta la premiazione dei primi tre contributi. La migliore presentazione orale è stata quella di **Francesca Miselli** dal titolo "*Il dilemma del gemello sano: rischio di sepsi neonatale e gestione clinica. Una revisione sistematica*", che ha ricevuto un premio di mille euro. La seconda classificata è stata **Sofia Fatima Giuseppina Colombo** con "*Physiological-Based Cord Clamping versus Delayed Cord Clamping in neonati prematuri: uno studio osservazionale retrospettivo*" e terza **Francesca Rodigari** con "*Valutazione della transizione emodinamica del neonato a termine mediante monitoraggio ecografico della gittata cardiaca (USCOM)*". Ad entrambe è stata assegnata una iscrizione gratuita al Congresso Nazionale SIN 2027.
Attraverso iniziative come "Saranno Famosi" e le sessioni dedicate ai poster scientifici, la SIN conferma la propria volontà di sostenere il talento e la crescita professionale dei giovani neonatologi, offrendo loro spazi di visibilità e occasioni di confronto indispensabili per costruire la Neonatologia del futuro.







Gli altri abstract presentati nel corso della Sessione Saranno Famosi 2026

Domenico Umberto De Rose
Utilizzo dell'Anakinra nel neonato pretermine <32 settimane con broncodisplasia polmonare: sicurezza ed efficacia in una coorte multicentrica italiana

Alessia Massa
Target Zero Nec: Implementazione di un bundle per la prevenzione dell'enterocolite necrotizzante nel neonato VLBW

Anna Insalaco
Restrizione di crescita extrauterina e outcome neuroevolutivo nei neonati VLBW: risultati preliminari di uno studio monocentrico

Letizia Sardella
Polisonnografia nel neonato e nel lattante: differenze cliniche e polisonnografiche in una coorte di 190 pazienti

Stefano Sottemano
Stabilizzazione dell'architettura del sonno nei neonati pretermine attraverso la Kangaroo Care: valutazione mediante un algoritmo di stadiazione automatizzata

"TIN IN TOUR": SI È CONCLUSO AL CONGRESSO NAZIONALE SIN IL PROGETTO DEDICATO ALLE TERAPIE INTENSIVE NEONATALI



Si è chiuso a Bari, nell'ambito del **Congresso Nazionale della Società Italiana di Neonatologia (SIN), TIN in Tour - *Advanced Training in Motion,*** il progetto itinerante di formazione avanzata realizzato da Accurate, società del gruppo Digit'Ed, leader nella formazione sanitaria avanzata, specializzata in soluzioni all'avanguardia nel campo della simulazione medica e sostenuto da Chiesi Italia con un contributo non condizionante. Nelle ultime settimane, l'iniziativa ha portato un centro mobile di simulazione ad alta fedeltà direttamente nelle Terapie Intensive Neonatali in diverse città italiane, offrendo ai professionisti sanitari opportunità di aggiornamento pratico attraverso eventi accreditati ECM. Il progetto è stato realizzato con il patrocinio della SIN.

Partito da Torino il 29 settembre, il *roadshow* ha attraversato il Paese facendo tappa a Bergamo, Siena, Roma, Pescara, Verona, Avellino e Catania, per concludersi a Bari, in occasione del principale appuntamento scientifico nazionale dedicato alla neonatologia. Il progetto nasce con l'obiettivo di rendere la formazione pratica avanzata maggiormente accessibile, superando le barriere logistiche che spesso limitano l'accesso ai centri di simulazione e portando direttamente negli ospedali un ambiente altamente tecnologico dedicato all'addestramento clinico.

La simulazione è oggi ampiamente riconosciuta come uno degli strumenti più efficaci per l'apprendimento in ambito sanitario, consentendo ai professionisti di confrontarsi con scenari clinici complessi in un contesto sicuro, affinando competenze tecniche, decisionali e di lavoro in team prima della pratica clinica reale. TIN in Tour è stato infatti sviluppato come un vero e proprio centro di simulazione itinerante, dotato di un simulatore neonatale robotizzato ad altissima fedeltà, un'isola neonatale completa, monitor multiparametrici e un sistema audio-video che permette la trasmissione in diretta degli scenari e il successivo *debriefing* condiviso.

I contenuti sono stati sviluppati e validati da un *Board* Scientifico nazionale coordinato dal Prof. Carlo Dani, Responsabile Scientifico del progetto.

"I corsi sono stati declinati in eventi locali articolati in letture frontali, seguite da scenari clinici in simulazione medica avanzata, utili a contestualizzare i contenuti teorici nella pratica clinica e nella realtà quotidiana delle Terapie Intensive Neonatali", ha commentato il Prof. Carlo Dani.

Secondo Raffaello Innocenti, CEO di Chiesi Italia, *"La formazione rappresenta uno dei pilastri attraverso cui è possibile contribuire al miglioramento della qualità dell'assistenza. Con "TIN in Tour", Chiesi*

continua a pag. 20>>

l'iniziativa

segue da pag. 19

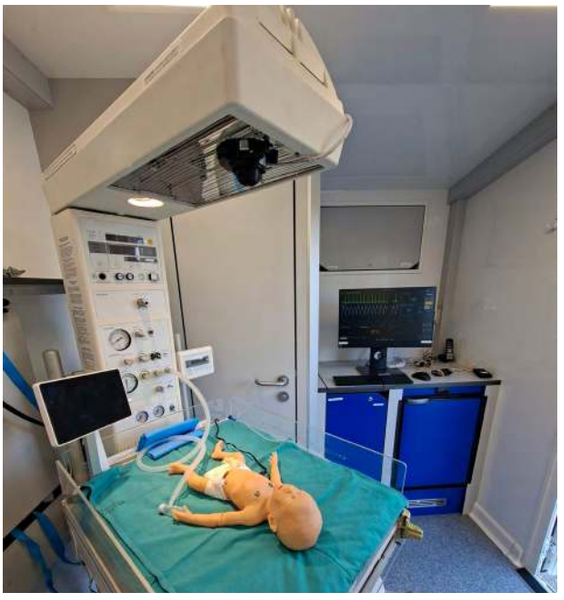
Italia ha voluto sostenere un progetto volto a portare la simulazione clinica direttamente nei luoghi di cura, favorendo un accesso più diffuso a strumenti formativi avanzati e creando occasioni di confronto tra professionisti impegnati nell'assistenza neonatale".

La conclusione del progetto nell'ambito del Congresso Nazionale della SIN testimonia il valore attribuito dalla comunità scientifica alla simulazione come metodologia formativa e al continuo aggiornamento dei professionisti che operano nelle Terapie Intensive Neonatali.

"Come Società Italiana di Neonatologia, siamo orgogliosi di sostenere iniziative come questa che contribuiscono a diffondere una cultura dell'eccellenza, dell'aggiornamento continuo e dell'innovazione nelle Terapie Intensive Neonatali di tutto il Paese. Garantire la migliore assistenza possibile ai neonati, in particolare a quelli più fragili e critici, è il nostro impegno quotidiano e progetti innovativi come TIN in Tour avvicinano la formazione continua e l'addestramento pratico ai professionisti direttamente nei luoghi di cura", ha dichiarato il Prof. Massimo Agosti, Presidente della Società Italiana di Neonatologia.

Oltre al Prof. Carlo Dani, il Comitato Scientifico del progetto è composto dalla Dott.ssa Anna Lavizzari, dal Prof. Francesco Raimondi e dal Dott. Francesco Risso, tra gli esperti di riferimento della neonatologia italiana.















PHOTOGALLERY DAL CONGRESSO

















PHOTOGALLERY DAL CONGRESSO

















LA NEONATOLOGIA INFERMIERISTICA ALL'VIII CONGRESSO NAZIONALE

La SIN INF a Bari tra ricerca, formazione e identità professionale



Elena Bernabei
Presidente SIN INF

Si è concluso a Bari l'VIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Neonatologia Infermieristica (SIN INF), due giornate di intenso confronto scientifico e professionale che hanno visto la partecipazione di numerosi infermieri e professionisti provenienti da tutta Italia.
Un appuntamento che ha confermato la vitalità della Società Scientifica e che rappresenta il risultato di un anno di lavoro del nuovo Consiglio Direttivo, eletto a Montesilvano ad ottobre 2025. A contribuire alla qualità dell'iniziativa è stata innanzitutto la significativa partecipazione della comunità infermieristica neonatologica, testimoniata dai circa 50 abstract pervenuti dalle neonatologie italiane. Un patrimonio di esperienze, progetti e contributi scientifici che ha consentito di costruire un programma articolato, capace di affrontare temi di grande interesse per lo sviluppo dell'infermieristica neonatale.
La cerimonia inaugurale ha visto la partecipazione di diversi rappresentanti istituzionali: il Presidente della SIN ETS, prof. Massimo Agosti; il Presidente dell'OPI di Bari, dott. Roberto Greco; la Presidente di Vivere ETS, avv. Martina Bruscagnin; la dott.ssa Immacolata Dall'Oglio, vicecoordinatrice della *Paediatric Nurses Association of Europe* (PNAE), e il dott. Maurizio Quitadamo, Referente Regionale SIN INF per la Puglia. Nei loro interventi è emersa una visione condivisa sull'importanza della ricerca, della formazione e della divulgazione scientifica in neonatologia, insieme al riconoscimento del ruolo dell'infermiere e delle sue competenze specialistiche nei percorsi di cura perinatali. È stata inoltre ribadita la necessità di continuare a investire nella qualità dell'assistenza al neonato, riconoscendo alla famiglia un ruolo centrale e attivo nei processi di cura.
La prima sessione, moderata da Leonardo Fioravanti e Gessica Angelini, ha affrontato argomenti di carattere tecnico-clinico, spaziando dall'autonomia infermieristica nel posizionamento dei cateteri epicutanei cavali all'impiego di protocolli per la prevenzione della NEC, dal monitoraggio delle lesioni cutanee alla gestione del dolore post-chirurgico nel neonato,



Il Consiglio Direttivo SIN INF

continua a pag. 24>>

segue da pag. 23

fino al monitoraggio della ventilazione meccanica.
La seconda sessione, moderata da Natascia Simeone e Azzurra Di Mare, ha invece approfondito la dimensione etica e umana dell'assistenza neonatologica. Al centro del confronto, temi emergenti come la *Comfort Care* e l'impatto professionale ed emotivo che le decisioni difficili possono avere sugli infermieri che operano nelle Terapie Intensive Neonatali. Particolarmente interessante la presentazione dei risultati di una *survey* italiana dedicata a questo argomento, che ha offerto importanti elementi di riflessione sulla complessità dell'esperienza professionale degli operatori.
Il pomeriggio ha ospitato la terza e la quarta sessione, dedicate rispettivamente alla ricerca e all'innovazione nell'infermieristica neonatale e agli aspetti propri della professione. I contributi hanno affrontato questioni che spaziano dal monitoraggio delle competenze orali nel neonato pretermine all'utilizzo della clorexidina nell'antisepsi cutanea durante le procedure invasive, fino alle nuove strategie per la decontaminazione del microambiente neonatale. Ampio spazio è stato riservato anche alla formazione e all'organizzazione dell'assistenza, con esperienze sull'utilizzo del *team-based learning* nella preparazione dei genitori alla dimissione del neonato, sul passaggio di consegne, sulla responsabilità professionale in neonatologia e sulla gestione degli allarmi in TIN. La giornata ha inoltre ospitato la presentazione dei risultati dello studio congiunto tra il Gruppo di Studio sulla Care della SIN e la SIN INF, dedicato al clima organizzativo e al benessere degli operatori nelle Terapie Intensive Neonatali. Le due sessioni sono state moderate rispettivamente da Felice Curcio e Pierpaolo Servi, Elisa Lagostina e Sara Sperotto.
Oltre alle 15 relazioni congressuali, i presenti hanno potuto seguire anche una sessione poster di ben 20 comunicazioni brevi moderata da Maurizio Quitadamo, Domenico Dentico e Raffaele Manzari: una scelta pensata per offrire maggiore spazio e visibilità ai numerosi progetti e contributi scientifici ricevuti.
Molto interessante la lettura magistrale affidata al dott. Ettore Mazzanti, infermiere pediatrico e neoeletto Presidente di Medici Senza Frontiere Italia dal titolo *La meraviglia della nascita persiste, a prescindere, ovunque.* Il suo intervento, introdotto da Denis Pisano, è stato un *excursus* sulle più importanti e recenti attività di Medici Senza Frontiere negli scenari geopolitici più difficili del pianeta. Una testimonianza intensa e coinvolgente che richiama il valore dell'assistenza neonatale anche nei contesti più difficili.
Come di consueto, anche quest'anno il Congresso Nazionale SIN INF ha ospitato il Collegio dei Coordinatori Infermieristici delle Neonatologie italiane (CO.COO.N.), giunto alla sua sesta edizione. L'incontro si è svolto nel pomeriggio del 29 ottobre, parallelamente alla terza sessione plenaria, coinvolgendo coordinatori infermieristici provenienti da diverse realtà neonatologiche italiane. Come è ormai noto, il CO.COO.N. rappresenta uno spazio di confronto interamente dedicato ai coordinatori infermieristici delle neonatologie. L'edizione di quest'anno, curata dalla dott.ssa Elisabetta Lolli e intitolata *Il coordinatore e la cura del team*, ha proposto una riflessione sull'evoluzione del ruolo del coordinatore infermieristico, superando una visione prevalentemente orientata al controllo e alla gestione organizzativa, per riconoscerne la funzione di facilitatore dei processi, leader trasformativo e riferimento anche sul piano emotivo per il gruppo di lavoro.
Le relazioni hanno approfondito le strategie di resilienza e la gestione delle dinamiche relazionali all'interno dei team infermieristici, con particolare attenzione alla ricerca di un equilibrio sostenibile tra responsabilità gestionali e tutela della salute degli operatori. Un'occasione per condividere esperienze, progetti e prospettive sul futuro dell'assistenza neonatologica, nella consapevolezza che il benessere di chi lavora rappresenta una componente importante della qualità delle cure.

VIII CONGRESSO NAZIONALE SIN INF - REPORT DI PRESENZE		
		Pres. media
29 ott.	Congresso Sala Plenaria	290
29 ott.	6° CO.COO.N - Collegio Coordinatori Infermieristici di Neonatologia	50
29 ott.	Sessione Poster	100
30 ott.	Corso 1 - Neuroprotezione	160
30 ott.	Corso 2 - EGA	50

Tabella 1



Dott. Ettore Mazzanti

L'Assemblea dei Soci: attività, progetti e nuovi organismi consultivi
Al termine della quarta sessione plenaria si è svolta l'Assemblea dei Soci, momento di sintesi delle attività realizzate nel corso dell'anno e di condivisione degli obiettivi per il 2026. Tra gli ambiti di sviluppo individuati figurano i progetti di ricerca, la programmazione formativa, le collaborazioni con altre società scientifiche e le iniziative culturali finalizzate alla promozione e alla valorizzazione dell'infermieristica neonatale.
L'Assemblea è stata anche l'occasione per presentare ai soci alcuni indicatori relativi all'andamento della Società, con particolare riferimento al trend delle iscrizioni e alla distribuzione geografica degli associati. Con la chiusura del 2025, la SIN INF ha registrato **1305 soci** in regola con il pagamento della quota associativa e **342 nuove iscrizioni.** La crescita interessa quasi tutte le regioni italiane, con incrementi particolarmente significati-

continua a pag. 25>>

segue da pag. 24

vi in alcune realtà, tra cui Calabria, Abruzzo e Liguria.
Nel corso dell'Assemblea sono stati inoltre sottoposti all'approvazione dei soci il bilancio consuntivo e quello previsionale. I dati presentati restituiscono il quadro di una Società scientifica in crescita, con una base associativa in espansione e un'attività sempre più articolata.
Un altro momento significativo ha riguardato la presentazione dei nuovi componenti delle Commissioni Consultive, organismi di supporto alle attività scientifiche e progettuali della Società.
1) **Commissione Consultiva per gli Studi e i Progetti di Ricerca,** coordinata da Felice Curcio ed Elisa Lagostina, è composta da Immacolata Dall'Oglio (Roma), Patrizio Sannino (Milano), Gabriele Sorrentino (Milano), Roberta Guardione (Torino), Emanuele Buccione (Pescara) e Biagio Nicolosi (Firenze).
2) **Commissione Consultiva per i Progetti Formativi,** coordinata da Natascia Simeone e Raffaele Manzari, comprende Ilaria Ester Midea (Firenze), Laura Plevani (Milano), Gessica Angelini (Fermo), Fabrizio Faina (Perugia), Pierpaolo Servi (Pavia) e Roberto Sabatini (Genova).
3) **Commissione Consultiva dei Coordinatori delle Neonatologie**, coordinata da chi scrive insieme a Elisabetta Lolli, consigliere uscente del precedente Consiglio Direttivo. Ne fanno parte Maria Zicchi (Sassari), Elisabetta Dioni (Brescia), Francesca Gigli (Roma), Angela Ragni (Roma), Francesca Marrazzo (Trieste) e Salvatore Muscolo (Milano).
Le tre commissioni sono già operative e stanno contribuendo allo sviluppo delle attività della Società, mettendo a disposizione competenze ed esperienze professionali maturate in differenti contesti assistenziali. Ultima nata in ordine di tempo la ***Task Force* Comunicazione** che nasce con l'obiettivo di veicolare e rendere sempre più efficace l'immagine della nostra Società, attraverso i canali di comunicazione di SIN INF: sito web, social media e produzioni scientifiche editoriali rivolte ai soci. La *Task Force* sarà guidata da Denis Pisano e ne faranno parte Alessandro Pipolo (Napoli), Francesca Pazzini (Cagliari), Giovanni Scotto (Bologna), Stefano Piras (Cagliari).

Lombardia	Chiara Costantinis, Laura Bruno
Lazio	Angela Ragni, **Francesca Gigli**
Puglia	Maurizio Quitadamo
Friuli VG	Francesca Marrazzo
Trentino AA	Daniele Gianotti
Molise	Giovanna Fiorilli
Campania	Anna Alfieri, Azzurra Di Mare, Angela Monaco
Piemonte – Val d'Aosta	Mariangela Scrufari, **Chiara Taberna**
Sardegna	Francesca Luzzu
Emilia Romagna	Mariagrazia Cristofori, Giovanni Lorenzo Scotto
Sicilia	Anna Elia, **Carola Iacono Manno**
Toscana	Leonardo Fioravanti, Biagio Nicolosi
Marche	Gessica Angelini
Umbria	Fabrizio Faina
Liguria	Roberto Sabatino
Veneto	Elisabetta Lolli, Sara Sperotto
Calabria	Arianna Zanetti
Abruzzo	Antonella Mitelli
Basilicata	Maria Enza Montemurro

Tabella 2

In Tabella 2 il nuovo assetto relativo ai Referenti Regionali.

Una novità riguarda anche l'organizzazione dei mandati dei Referenti Regionali. Per favorire una maggiore uniformità nella successione degli incarichi, il Consiglio Direttivo, nel novembre 2025, ha deliberato una proroga straordinaria dei termini di nomina relativi al triennio 2025-2028. Il provvedimento, già condiviso con tutti i referenti, stabilisce un'unica scadenza per gli incarichi, fissata a ottobre 2029.

Premio al miglior abstract
La giornata congressuale si è conclusa con la premiazione del miglior *abstract*. I contributi delle sessioni plenarie erano stati valutati in forma anonima dai componenti delle Commissioni Consultive per la Ricerca e per la Formazione, a garanzia di un processo di valutazione indipendente. Il riconoscimento è stato assegnato alla dott.ssa Maria Zollo, infermiera pediatrica della TIN dell'A.O.U. Federico II di Napoli, per il lavoro dal titolo *Sicurezza dell'antisepsi cutanea con clorexidina al 2% in alcol isopropilico al 70% nei neonati prematuri: uno studio multicentrico.* Alla vincitrice è stato consegnato il volume *Developmental Care of Newborns and Infants,* manuale di riferimento internazionale pubblicato dalla NANN (*National Association of Neonatal Nurses*), dedicato alla *Developmental Care* e alla neuroprotezione in Terapia Intensiva Neonatale. Una scelta che richiama il legame tra evidenze scientifiche e pratica assistenziale quotidiana, in particolare nella cura del neonato prematuro.

Corsi Congressuali Infermieristici
La seconda giornata del Congresso è stata dedicata a due corsi teorico-pratici, caratterizzati da un significativo interesse e da un'ampia partecipazione. Il primo, *Neuroprotezione in TIN: strategie infermieristiche per la salvaguardia del cervello pretermine*, è stato curato da Laura Plevani (Milano). Il secondo, *Emogasanalisi in ambito neonatale,* è stato organizzato dai colleghi Maurizio Quitadamo (Foggia), Domenico Dentico e Raffaele Manzari (Bari). Entrambi i corsi hanno offerto ai partecipanti strumenti e approfondimenti utili per consolidare le competenze e affrontare con maggiore consapevolezza alcuni aspetti della pratica clinica neonatologica.

Uno sguardo al futuro
Al termine del Congresso, Bari ci consegna due giornate di confronto, esperienze condivise e nuovi progetti di collaborazione. La valutazione sul successo dell'evento spetta naturalmente ai partecipanti, tuttavia da parte mia e di tutto il Direttivo, la sensazione è che sia stato davvero un ottimo congresso.
Rimane l'impegno a proseguire in questa direzione con la stessa determinazione, responsabilità e passione, che

continua a pag. 26>>

segue da pag. 25







ha contraddistinto il nostro operato sin dalla nascita di SIN INF. Solo in questo modo possiamo essere riconosciuti come il miglior riferimento scientifico per gli infermieri che operano nelle neonatologie.
Ancora una volta, grazie a tutti i relatori, ai moderatori e ai responsabili scientifici che hanno contribuito alla qualità delle due giornate congressuali. Grazie al Consiglio Direttivo della Società Italiana di Neonatologia, per aver ampiamente cooperato per la riuscita del Congresso e alla segreteria organizzativa, il cui supporto ci ha costantemente accompagnato per questo anno di attività.
Alla luce del lavoro e dei contenuti emersi durante il Congresso, l'entusiasmo dei partecipanti e l'energia che si è percepita, il *claim* che ci accompagna da tempo assume un significato ancora più concreto: **"L'inizio della vita è in buone mani".**





clicca qui



Rassegna Stampa

SIN*INFORMA* 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.

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

Neonati fragili, le sfide A Bari il congresso «Sin»

Confronto su terapie, innovazione e sostegno alle famiglie



Il Sole 24 ORE Video



Bari cornice del XXXII Congresso Nazionale SIN

quotidianosanità.it

Neonati fragili. Proteggere il cervello fin dalla nascita: la sfida della NeuroNicu



Rai Radio 1



PS PANORAMA DELLA SANITÀ



Cure uniformi in Italia per tutti i neonati moderate e late preterm

TGR







TRM network







powered by

GFCNI global foundation for the care of newborn infants

supported by

vivere ETS
COORDINAMENTO NAZIONALE DELLE ASSOCIAZIONI PER LA NEONATOLOGIA ETS
www.viverenonlus.com

SIN Società Italiana di Neonatologia

Società Italiana di Neonatologia Intensiva

NEONATI PICCOLI, GRANDE POTENZIALE: LA CURA DEI PREMATURI NON FINISCE CON LA DIMISSIONE



Gina Ancora[1]
Massimo Agosti[2]

[1] *Vicepresidente SIN*
[2] *Presidente SIN*

In occasione della Giornata Mondiale della Prematurità 2026, la Global Foundation for the Care of Newborn Infants (GFCNI), la Società Italiana di Neonatologia (SIN), la Società Italiana di Neonatologia Infermieristica (SIN INF) e Vivere ETS – Coordinamento Nazionale delle Associazioni per la Neonatologia richiamano l'attenzione su una priorità fondamentale: garantire ai bambini nati pretermine un'assistenza che prosegua ben oltre il ricovero in Terapia Intensiva Neonatale, accompagnandoli nelle successive tappe della crescita e dello sviluppo.

"Neonati piccoli, grande potenziale. Investiamo nel follow-up per proteggere il loro futuro!" è il messaggio scelto per questa ricorrenza. Uno slogan che racchiude una convinzione sempre più condivisa dalla comunità neonatologica: la dimissione dalla TIN rappresenta un traguardo importante, ma non la conclusione del percorso di cura. La nascita pretermine può avere conseguenze che si manifestano non soltanto nei primi mesi di vita, ma anche negli anni successivi. Per questo la responsabilità assistenziale non si esaurisce con la stabilizzazione clinica del neonato. Deve proseguire attraverso un percorso di sorveglianza, prevenzione e sostegno allo sviluppo, particolarmente attento ai primi mille giorni, ma capace di estendersi fino all'età prescolare e, quando necessario, oltre. Gli Standard Assistenziali Europei per la Salute Neonatale sottolineano l'importanza di programmi strutturati di *follow-up* per i neonati più vulnerabili, da avviare già durante il ricovero e da accompagnare con una dimissione adeguatamente preparata. L'obiettivo è riconoscere precocemente eventuali difficoltà, intervenire tempestivamente e promuovere le migliori opportunità di salute e di sviluppo lungo tutto l'arco della vita. La SIN, attraverso il lavoro dei propri Gruppi di Studio, ha tradotto questi prin-

continua a pag. 30>>



segue da pag. 29

cipi in documenti scientifici e operativi che rappresentano importanti riferimenti per i professionisti e per l'organizzazione dell'assistenza.

La dimissione comincia il primo giorno del ricovero in TIN

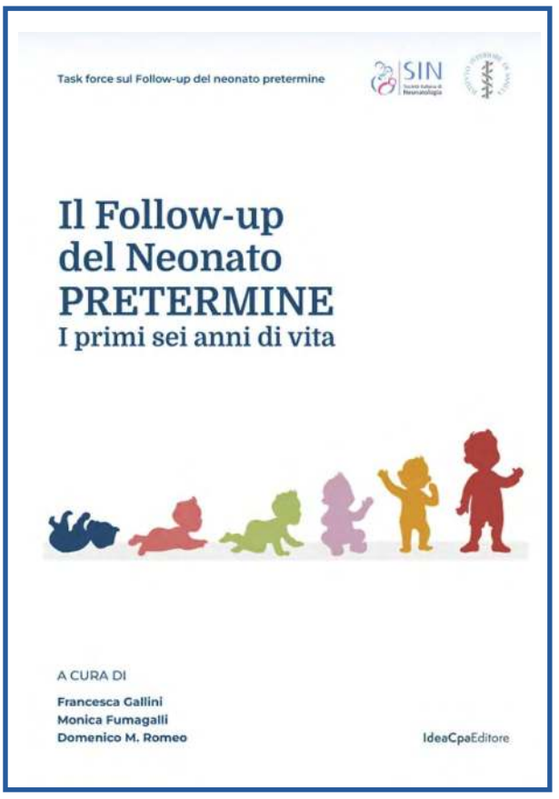
È questo il principio che ispira il documento del Gruppo di Studio della Care Neonatale, *"La dimissione inizia il giorno del ricovero"*. Un'affermazione apparentemente semplice, che esprime tuttavia un profondo cambiamento culturale: il ritorno a casa non può essere considerato un evento da organizzare soltanto negli ultimi giorni di degenza, ma deve costituire un obiettivo assistenziale fin dall'ingresso del neonato in TIN. Preparare la dimissione significa certamente garantire stabilità clinica, sicurezza e continuità terapeutica. Ma significa anche accompagnare i genitori nella costruzione della propria identità e delle proprie competenze genitoriali, spesso messe alla prova da una nascita inattesa, dalla separazione precoce e da un ricovero prolungato. Durante la degenza, madri e padri devono essere progressivamente riconosciuti e coinvolti come protagonisti della cura. Attraverso il contatto, la vicinanza, l'osservazione e la partecipazione alle attività assistenziali, possono imparare a conoscere i segnali del proprio bambino, comprenderne i bisogni e sostenerne le capacità di autoregolazione. Questa funzione di coregolazione, particolarmente importante nei neonati più immaturi e vulnerabili, rappresenta una risorsa fondamentale per lo sviluppo. Una dimissione realmente sicura poggia quindi su due pilastri inseparabili: la salute e il neurosviluppo del bambino, da una parte; le competenze e il benessere psicologico dei genitori, dall'altra. Solo valorizzando entrambe queste dimensioni è possibile costruire un passaggio efficace dall'ospedale al domicilio e ai servizi territoriali.



clicca qui

Un *follow-up* che accompagna il bambino fino ai sei anni

Un secondo importante riferimento è il manuale scientifico e operativo della SIN *"Il Follow-Up del neonato pretermine. I primi sei anni di vita"*, prodotto dal Gruppo di Studio di Neurologia e *Follow-up*. Una delle novità più significative è l'estensione del percorso di sorveglianza fino ai sei anni, rispetto al precedente orizzonte dei tre anni, per i bambini nati prima della 32ª settimana di gestazione. Questa scelta nasce dalla consapevolezza che alcune difficoltà dello sviluppo possono diventare evidenti soltanto con la crescita, quando aumentano le richieste cognitive, relazionali e comportamentali dell'ambiente. Nei primi anni le valutazioni sono più ravvicinate e si concentrano soprattutto sulla crescita, sull'alimentazione, sulla salute generale e sulle acquisizioni neuromotorie. Progressivamente, l'attenzione si estende al linguaggio, alle funzioni cognitive, all'attenzione, al comportamento, alla regolazione emotiva e alle competenze sociali. Accanto alla valutazione del bambino, assume particolare rilievo il benessere psicologico della famiglia. La nascita pretermine può rappresentare un'esperienza profondamente stressante e il sostegno ai genitori deve essere considerato parte integrante del percorso assistenziale. Il *follow-up* costituisce inoltre un'importante occasione di prevenzione. Nei bambini nati molto pretermine, il maggiore rischio di alcune problematiche cardiometaboliche nelle età successive rende particolarmente importante promuovere precocemente alimentazione equilibrata, attività fisica e corretti stili di vita. Con l'avvicinarsi dell'età scolare, l'osservazione deve prestare crescente attenzione alle capacità di apprendimento, alle relazioni con i coetanei e all'adattamento ai nuovi contesti educativi. Anche il dialogo con la scuola può diventare una risorsa preziosa. Una comunicazione efficace tra famiglia, servizi sanitari ed educatori permette di riconoscere tempestivamente eventuali difficoltà e di individuare strategie di sostegno adeguate. Seguire un bambino nel tempo non significa soltanto individuare precocemente un problema, ma soprattutto riconoscerne e valorizzarne le potenzialità.



clicca qui

La continuità assistenziale richiede una squadra

Il *follow-up* del neonato pretermine è, per sua natura, multidisciplinare. Neonatologi, pediatri di libera scelta, neuropsichiatri infantili, psicologi, professionisti della riabilitazione, infermieri e servizi territoriali devono poter operare all'interno di una rete coordinata, nella quale anche le associazioni dei genitori svolgono un ruolo importante. La multidisciplinarietà rappresenta una ricchezza, ma richiede un'organizzazione capace di garantire continuità, chiarezza delle

continua a pag. 31>>

segue da pag. 30

responsabilità e comunicazione tra i diversi professionisti. Il rischio, altrimenti, è che le famiglie debbano orientarsi autonomamente tra servizi differenti, affrontando percorsi frammentati, ripetizioni di valutazioni o, ancora peggio, vuoti assistenziali. In questa prospettiva assume particolare importanza la figura del *case manager*, con il compito di facilitare il coordinamento degli interventi, accompagnare la famiglia e favorire il raggiungimento degli obiettivi assistenziali condivisi. La qualità del *follow-up* non dipende soltanto dalle competenze dei singoli specialisti, ma anche dalla capacità del sistema di costruire un percorso unitario, accessibile e continuativo.

Il *follow-up* deve essere riconosciuto dal Servizio Sanitario Nazionale

Oggi molte attività di controllo successive alla dimissione vengono registrate e riconosciute come singole prestazioni specialistiche ambulatoriali. Ma il *follow-up* del neonato pretermine è qualcosa di più: è un percorso assistenziale complesso, programmato e multidisciplinare, che richiede competenze specifiche, coordinamento, continuità nel tempo e un rapporto costante con la famiglia. Per questo la SIN ritiene necessario promuoverne un riconoscimento formale nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, attraverso modalità organizzative e strumenti di rilevazione adeguati. Un riconoscimento che permetterebbe di definire standard assistenziali più omogenei, monitorare le attività, valorizzare il lavoro dei professionisti e ridurre le disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi. Investire nel *follow-up* non significa aggiungere prestazioni, ma costruire salute nel tempo. Significa prevenire o attenuare le conseguenze della prematurità, sostenere le famiglie e contribuire a un impiego più efficace delle risorse sanitarie e sociali.

Non dimentichiamo i *late preterm*: i "finti sani"

Negli ultimi anni l'attenzione della Neonatologia si è progressivamente estesa anche ai bambini nati tra la 34ª e la 36ª settimana di gestazione, i cosiddetti *late preterm*, che costituiscono la quota numericamente più rilevante dei nati prematuri. Sono bambini che, a un primo sguardo, possono apparire molto simili ai nati a termine. Proprio questa apparente normalità rischia però di far sottovalutare la loro immaturità biologica e neuroevolutiva. Alla nascita, il loro cervello si trova ancora in una fase di intensa maturazione, caratterizzata da importanti processi di sviluppo delle connessioni neuronali e dell'organizzazione cerebrale. Per questo vengono talvolta definiti "finti sani": bambini che non sempre presentano problemi clinici immediatamente evidenti, ma che possono manifestare bisogni specifici di sorveglianza, sostegno e accompagnamento allo sviluppo. Anche per loro sono fondamentali un ambiente familiare attento, la capacità degli adulti di riconoscerne i segnali e adeguate opportunità di coregolazione. In questa prospettiva, la SIN ha avviato una collaborazione con i pediatri di libera scelta per valutare percorsi di *follow-up* dedicati, proporzionati ai bisogni e ai fattori di rischio di questa popolazione.

Prendersi cura del futuro

La Giornata Mondiale della Prematurità 2026 ci invita a guardare oltre il momento della nascita e oltre i confini della Terapia Intensiva Neonatale. I progressi della Neonatologia hanno consentito, negli ultimi decenni, di migliorare in modo straordinario la sopravvivenza dei bambini nati troppo presto. Oggi la sfida è accompagnare questi risultati con un impegno altrettanto forte per la qualità della loro vita, per il neurosviluppo e per il benessere delle famiglie. La dimissione, il *follow-up*, l'integrazione con il territorio e il sostegno alla genitorialità non sono momenti separati, ma parti di un unico percorso di cura. Il successo della Neonatologia non si misura soltanto nei bambini che riusciamo a far sopravvivere, ma anche nelle opportunità di crescita, salute e futuro che sappiamo offrire loro. È questo il significato più profondo dello slogan di quest'anno: **neonati piccoli, grande potenziale**. Un potenziale che abbiamo il dovere di riconoscere, proteggere e aiutare a esprimersi pienamente.



Rimini, La prima coccola

IL CORAGGIO DI COMINCIARE

La vita, la fragilità, la speranza



Mariella Baldassarre
Task Force Comunicazione e Social Media SIN Neonatologia e TIN Universitaria AOUC Policlinico-Giovanni XXIII, Bari

Ci sono istanti in cui tutta la grandezza della vita si racchiude in qualcosa di infinitamente piccolo.
Un battito.
Un respiro.
Una mano minuscola che si stringe attorno a un dito.
È così che comincia ogni storia. Ma non tutte le storie iniziano allo stesso modo.
Ci sono bambini che vengono al mondo con un grido potente, quasi a voler annunciare la propria presenza.
E ce ne sono altri che arrivano in punta di piedi, troppo presto, troppo piccoli, troppo fragili per affrontare da soli il loro primo incontro con la vita.
Per loro, il primo respiro non è soltanto un gesto naturale. È una conquista.
Il primo giorno non è soltanto un inizio. È una promessa.
E ogni alba che arriva è una piccola, immensa vittoria.
Il poeta Rabindranath Tagore scriveva:
"Ogni bambino che nasce ci ricorda che Dio non è ancora stanco degli uomini".
È una frase che racchiude un'immensa verità: ogni nascita è un atto di fiducia nella vita, una promessa che si rinnova, una speranza che prende forma.
Ma ci sono inizi che chiedono più coraggio di altri.
Ci sono vite che cominciano nel silenzio di una terapia intensiva, accompagnate dal suono dei monitor, dalla luce soffusa delle incubatrici, dalle mani attente di chi veglia su di loro.
Ci sono genitori che imparano ad amare attraverso un vetro, che attendono con trepidazione un piccolo miglioramento, che scoprono quanto possa essere immenso il significato di un grammo guadagnato, di un respiro autonomo, di un abbraccio finalmente possibile.
Ed è proprio lì, dove la vita appare più fragile, che la medicina incontra il suo significato più profondo.
Ci sono mani che accolgono la vita e mani che la aiutano a restare.
Mani esperte, guidate dalla scienza, ma anche mani capaci di delicatezza, di ascolto, di speranza.
Sono le mani dei neonatologi, degli infermieri e di tutti i professionisti che ogni giorno si prendono cura di chi è appena arrivato al mondo.
Persone che hanno scelto di dedicare la propria conoscenza, il proprio tempo e la propria umanità a coloro che non hanno ancora parole per chiedere aiuto.
Il poeta Khalil Gibran, nel suo Profeta, ci ricorda che i figli non sono una nostra proprietà, ma appartengono alla vita stessa.
È un pensiero che acquista un significato ancora più profondo quando si guarda a un neonato fragile.
Perché prendersi cura di lui non significa soltanto proteggerne il presente, ma custodire tutte le possibilità del suo domani.
Significa difendere il suo diritto di crescere, di scoprire il mondo, di sorridere, di amare, di diventare ciò che ancora nessuno può immaginare.
Il futuro, a volte, pesa pochi grammi.
Ha mani minuscole, occhi ancora chiusi e un cuore che chiede soltanto di continuare a battere.
Il futuro non sempre arriva facendo rumore.
A volte si annuncia con un respiro appena percettibile.
E ci sono persone che dedicano la propria vita ad ascoltarlo, a proteggerlo, a sostenerlo.
La neonatologia è scienza, ricerca, tecnologia, innovazione. È il risultato di anni di studio, di esperienze condivise, di scoperte che hanno cambiato il destino di migliaia di bambini.
Ma è anche qualcosa che nessuna macchina potrà mai sostituire completamente: la capacità umana di esserci.
Di riconoscere la paura negli occhi di una madre.
Di offrire fiducia a un pa-

continua a pag. 33>>

Giornata Mondiale della Prematurità 2026

segue da pag. 32



dre che attende.
Di gioire per una piccola conquista.
Di trovare, anche nei momenti più difficili, la forza di continuare a curare, ad accompagnare, a sperare.
Perché dietro ogni monitor c'è un bambino.
Dietro ogni bambino c'è una famiglia.
E dentro ogni famiglia c'è una storia che aspetta di essere vissuta.
Ogni progresso della medicina neonatale, allora, non è soltanto una conquista scientifica.
È un bambino che può tornare tra le braccia dei suoi genitori.
È una famiglia che ritrova la speranza.
È una vita che riceve una possibilità in più.
Ed è questo il senso più autentico del nostro ritrovarci oggi.
Condividere conoscenze, confrontare esperienze, aprire nuove strade alla ricerca, affinché ogni conquista della scienza possa tradursi in un'opportunità concreta per chi si affaccia alla vita.
Perché la grandezza di una professione non si misura soltanto da ciò che riesce a conoscere, ma anche da ciò che riesce a custodire.
E noi neonatologi custodiamo ciò che abbiamo di più prezioso: **l'inizio.**
L'inizio di una storia.
L'inizio di un legame.
L'inizio di un futuro.
Il congresso nazionale SIN si è aperto nel segno della conoscenza, della responsabilità e della speranza, ma soprattutto nel segno della vita.
Di quella vita che, anche quando sembra infinitamente fragile, continua a sorprenderci con la sua forza.
Di quella vita che ci insegna, ogni giorno, che nessuna conquista è troppo piccola per essere celebrata e nessuna speranza è troppo grande per essere coltivata.
Perché a volte il miracolo non è soltanto nascere.
È trovare, nel momento più fragile della propria esistenza, qualcuno che sappia prendersi cura di noi.
E forse è proprio questa la forma più alta della medicina: mettere tutto ciò che sappiamo al servizio di tutto ciò che ancora può essere.
Perché ogni bambino che nasce porta con sé una promessa.
Ogni vita che proteggiamo è una storia che potrà continuare.
E ogni futuro che aiutiamo a cominciare rende il mondo un luogo un po' più ricco di possibilità.
Perché il futuro non comincia domani.
Il futuro comincia con un battito.
E qualche volta ha bisogno delle nostre mani per continuare.

LE ASSOCIAZIONI DI GENITORI CRESCONO

Impegno, solidarietà e collaborazione con gli operatori e le famiglie

Monica Ceccatelli
Martina Bruscagnin

Vivere ETS - Coordinamento delle Associazioni per la Neonatologia



Le associazioni di genitori diventano grandi. Alcune hanno raggiunto traguardi importanti, celebrando 25, 30 o 40 anni di attività; altre sono più giovani, ma condividono lo stesso entusiasmo e il desiderio di essere accanto alle famiglie che affrontano l'esperienza della nascita prematura.

Molte storie nascono da un'esperienza personale, dal bisogno di aiuto vissuto durante il ricovero del proprio figlio e dalla volontà di trasformare un momento difficile in un'opportunità di sostegno per gli altri. Genitori che hanno scelto di continuare a esserci, mettendo a disposizione tempo, energie ed esperienza, anche per sostenere i reparti nei quali hanno trascorso lunghi periodi.

Le associazioni più "grandi" sono nate quando ancora ci scambiavamo gli statuti fotocopiati per posta. Aspettavamo quella grande busta con l'euforia dei bambini alla Vigilia di Natale. Ci siamo sostenuti a vicenda, condividendo informazioni burocratiche, emozioni e occhi lucidi nel raccontare le nostre esperienze. Siamo sopravvissuti anche alla Legge sul Terzo Settore: un traguardo non da poco, considerando quanto sia stato complicato!

Dietro ogni anniversario ci sono migliaia di famiglie incontrate, storie ascoltate, progetti realizzati e battaglie condivise. Ci sono collaborazioni con i professionisti sanitari, un percorso di crescita che ha accompagnato l'evoluzione della neonatologia e il riconoscimento della famiglia come parte integrante della cura.

La storia individuale diventa una risorsa per chi sta vivendo lo stesso percorso. Molte associazioni hanno iniziato così: piccoli gruppi di genitori e pochi volontari, uniti dal desiderio di offrire ascolto, vicinanza e informazioni. Nel tempo, queste realtà sono diventate organizzazioni strutturate, capaci di promuovere iniziative, sostenere progetti, collaborare con gli ospedali e dialogare con le istituzioni.

Ogni associazione ha una storia legata al proprio territorio, ma molte hanno contribuito a portare nelle Terapie Intensive Neonatali un punto di vista fondamentale: quello delle famiglie.

Nel tempo abbiamo capito che per cambiare le cose era necessario unire le forze. È nata così Vivere, per dare voce alle istanze comuni, ed è nata la collaborazione con la SIN. Questa unione ha generato il Manifesto e la Carta dei Diritti del Bambino nato prematuro. Anche il congedo di maternità aveva bisogno di essere migliorato: grazie alla collaborazione e al sostegno della SIN, sono arrivate le modifiche richieste, ma ci sono ancora margini di miglioramento.

In questi decenni la neonatologia è profondamente cambiata. I progressi scientifici e tecnologici hanno migliorato le possibilità di cura e sopravvivenza dei neonati più fragili, mentre è cresciuta l'attenzione alla dimensione relazionale e al ruolo dei genitori.

L'apertura delle TIN H24, il coinvolgimento delle famiglie, la diffusione della *Kangaroo Care* e i modelli di *Family Centered Care* rappresentano tappe fondamentali di un'evoluzione che riconosce **la presenza dei genitori come parte integrante della cura.**

Le associazioni hanno accompagnato questo cambiamento, favorendo il dialogo con i professionisti, dando visibilità ai bisogni delle famiglie e contribuendo a costruire una cultura dell'accoglienza. Un tema fondamentale, che ha ispirato anche una pubblicazione dal titolo *"L'accoglienza inizia il giorno del ricovero"*.

Questo percorso non sarebbe stato possibile senza la disponibilità di tanti neonatologi, infermieri, psicologi, fisioterapisti e operatori sani-

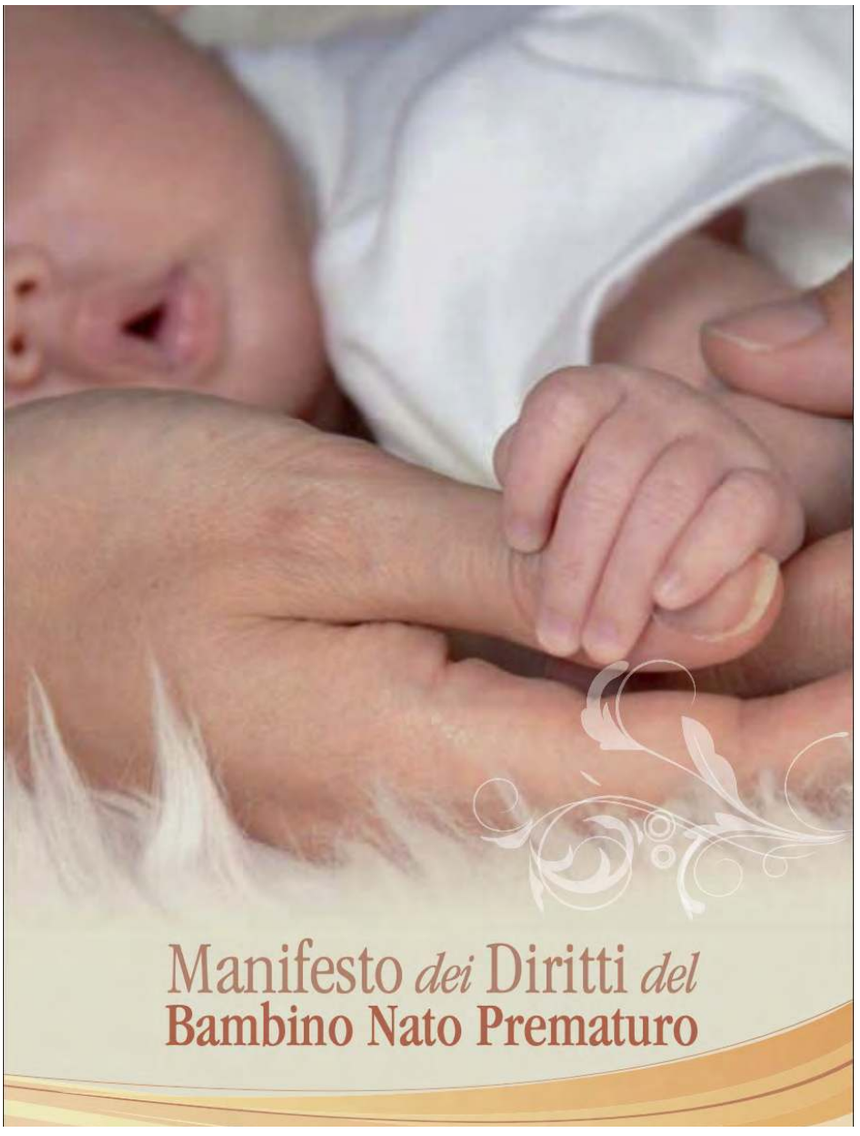
continua a pag. 35>>

segue da pag. 34

tari che hanno creduto nel valore della collaborazione.
Le associazioni danno voce ai neonati e alle loro famiglie, offrono informazioni e supporto, promuovono sensibilizzazione e *advocacy* e partecipano ai tavoli decisionali con istituzioni e strutture sanitarie, a livello locale e nazionale.
Genitori e professionisti portano conoscenze diverse, ma altrettanto preziose. Osservano la stessa realtà da prospettive e con ruoli differenti. Quando queste esperienze si incontrano, attraverso il dialogo e la narrazione, possono migliorare la relazione e la qualità dell'assistenza.
Diventare "grandi" significa guardare avanti. Oggi le associazioni sono chiamate ad affrontare nuove sfide. Il sostegno non può fermarsi alla durata del ricovero: il ritorno a casa, i programmi di *follow-up*, il monitoraggio dello sviluppo e le difficoltà emotive e organizzative delle famiglie richiedono attenzione e continuità.
Le associazioni possono offrire ascolto, orientamento e occasioni di condivisione. Le testimonianze raccolte dalle famiglie sono preziose per comprendere le difficoltà che emergono quando la cura si sposta sul territorio e quando inizia il percorso scolastico.
È necessario rafforzare la collaborazione con le strutture sanitarie, partecipare fattivamente al miglioramento dell'assistenza e contribuire alla formazione e alla sensibilizzazione. Serve soprattutto superare le differenze tra ospedali, costruendo un percorso di *follow-up* strutturato, equo e di qualità, capace di offrire a ogni bambino le migliori opportunità di sviluppo.
Festeggiare un anniversario è molto più che contare gli anni trascorsi. Significa riconoscere il cammino di chi ha creduto in un progetto, ricordare i genitori che hanno dato vita a queste realtà, ringraziare volontari e professionisti e pensare alle famiglie che ancora oggi hanno bisogno di noi.
Celebriamo quindi l'anniversario di alcune delle nostre associazioni:
40 anni di ANT di Trento, che è l'associazione decana,
30 di Pulcino - Padova, Nati per Vivere OdV - Brescia, Cucciolo OdV - Bologna, Piccino Picciò OdV - Firenze,
25 di Il Paese di Lilliput APS - Udine, Piccoli Passi OdV - Torino, Il Coraggio di Vivere OdV - Mantova, Colibrì OdV - Parma,
20 di ABC OdV- Catania, Coccinelle OdV -Siena.
Tutto questo non sarebbe stato possibile senza lo spazio e la disponibilità alla collaborazione offerti dai presidenti della SIN che si sono succeduti, a partire dal professor Fabris.
Siamo diventati "grandi" restando vicini alle famiglie che abbiamo accompagnato e continuiamo ad accompagnare. Le associazioni cambiano, si rinnovano, accolgono nuove generazioni di genitori e costruiscono nuove relazioni. Ma ciò che resta immutata è la volontà di trasformare un'esperienza spesso difficile in una rete di ascolto, sostegno e condivisione, affinché nessuna famiglia si senta mai sola nel proprio percorso.



Dott. Orfeo, Dott.ssa Gallini, Avv. Bruscagnin, Prof. Agosti



clicca qui

Gruppi di Studio

GdS Care Neonatale

MARSUPIOTERAPIA PRECOCE, PROLUNGATA E CONTINUATIVA

Esperienza di implementazione nella TIN di Vicenza

Francesca Parata
Patologia e Terapia Intensiva Neonatale, Ospedale San Bortolo, Vicenza

per il Gruppo di Studio Care Neonatale SIN

La marsupioterapia (*Kangaroo Care,* KC) è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) un metodo assistenziale basato sul contatto pelle a pelle tra neonato (prematuro o di basso peso) e genitore, associato al sostegno all'allattamento al seno (o comunque all'alimentazione con latte materno) e al coinvolgimento della famiglia nella cura.
È uno dei pilastri della *Family-Centered Care* promossa dalla *Global Foundation for the Care of Newborn Infants* (GFCNI) per la salute del neonato come cura essenziale e parte integrante dell'assistenza neonatale.
Sono forti ormai le evidenze sui benefici a breve e lungo termine sul neonato (stabilità cardiorespiratoria, riduzione di dolore e stress, protezione dalle infezioni, migliori termoregolazione, struttura del sonno, crescita ponderale, sviluppo neurocognitivo e regolazione emotiva), sul genitore (minor depressione post-partum, avvio dell'allattamento, riduzione di ansia e stress, migliori *bonding* e salute mentale, aumento delle competenze genitoriali) e sul loro legame (sintonizzazione emotiva più duratura, stili di attaccamento più sicuri nell'infanzia).
Diversi *trials,* condotti prevalentemente in paesi a medie e basse risorse, hanno dimostrato che la KC riduce le infezioni e la mortalità nei nati LBW, soprattutto quando avviata entro le prime ore di vita ed eseguita per più ore al giorno[1].
L'OMS attualmente raccomanda la KC precoce (avviata il prima possibile dopo la nascita), prolungata (almeno 8 ore/die, o più ore possibili) e continuativa come *standard di care* nei nati prematuri o di basso peso da iniziare in ospedale e proseguire anche a casa[2] e ha diffuso specifiche linee guida per la sua promozione e applicazione sistematica[3,4].
Una *survey* nazionale condotta nel 2021 dal Gruppo di Studio Care Neonatale della SIN ha fatto emergere una grande disomogeneità nella pratica della KC nelle neonatologie italiane e la necessità di creare delle linee guida condivise[5]; nel 2023 pertanto la SIN ha prodotto le indicazioni nazionali alla KC, per favorirne la diffusione uniforme nei reparti[6]. Nel



2024 la Società Spagnola di Neonatologia ha pubblicato un *Consensus Document* per la *Kangaroo Mother Care*[7], che si integra e si allinea con le indicazioni della SIN e da cui è nata nel 2025 una guida pratica[8].
Un recente *trial* multicentrico condotto in 24 TIN europee (*NeoDeco Study*), i cui risultati sono ancora in fase di elaborazione, ha avuto come obiettivo quello di dimostrare che la KC ottimizzata (precoce, prolungata e continuativa) riduce le infezioni severe/sepsi e le colonizzazioni da batteri resistenti nei nati al di sotto delle 32 SG. La partecipazione al suddetto *trial* è stata l'occasione per implementare la KC ottimizzata nella TIN di Vicenza a partire da giugno 2025.
Due medici e due infermieri interni al reparto sono stati i referenti per la

continua a pag. 37>>

segue da pag. 36

progettazione e la conduzione dell'implementazione; l'intero team è stato coinvolto nelle varie fasi del processo mediante riunioni periodiche per raccogliere e fornire *feedback* e proposte operative.
Nella fase di progettazione dell'implementazione sono stati identificati i fattori ostacolanti la KC ottimizzata nel nostro reparto:
- unica seduta giornaliera di marsupioterapia
- non esecuzione di KC se presente catetere venoso ombelicale (CVO)
- KC non continuativa nei neonati intubati stabili (ma solo a discrezione del personale in turno ogni giorno)
- sospensione della KC al raggiungimento delle 34 SG.

In seguito, sono stati individuati gli elementi e le strategie necessari per superare gli ostacolanti. Nella Fig. 1 sono rappresentati gli obiettivi di KC prefissati e gli elementi ritenuti necessari per raggiungerli.
Personale formato e motivato e genitore presente e adeguatamente preparato sono le risorse senza le quali l'implementazione non può avvenire. È altresì fondamentale l'apertura dei reparti h24 ai genitori e un loro precoce coinvolgimento nel processo di cura.
Di seguito sono elencate le strategie messe in atto per favorire i fattori facilitanti la KC ottimizzata:
1) personale formato e motivato:
- formazione interna su evidenze, raccomandazioni e linee guida
- revisione della procedura interna di reparto sull'attuazione della KC
- realizzazione di video dimostrativi l'esecuzione della KC nei pazienti intensivi
- condivisione giornaliera durante le consegne mediche e infermieristiche del programma di KC per ogni paziente
- registrazione in grafica terapia di inizio e fine della seduta di KC e, in caso di sospensione precoce o non esecuzione, delle relative motivazioni

2) genitore presente e adeguatamente preparato:
- affrontare il tema della KC dai primi colloqui, se possibile già dal *counseling* prenatale
- realizzazione di brochure informativa, consegnata al primo ingresso dei genitori
- coinvolgimento di genitori senior nella realizzazione di video, in cui raccontano ai neogenitori della TIN la propria esperienza di KC
- proporre la KC nel rispetto delle varie credenze e culture
- se madre ancora ricoverata, chiedere al personale ostetrico collaborazione nel favorire l'avvio della KC precoce
- garantire il pasto ai genitori
- incontri periodici con i genitori per indagare facilitatori e ostacoli alla loro presenza in reparto

3) coinvolgimento del terzo *caregiver*:
- informare i genitori della possibilità di far eseguire la KC anche ad una terza persona di fiducia per garantire al neonato la continuità della KC, permettere loro di prendersi una pausa se necessaria e mettere in contatto il proprio figlio con altre figure del nucleo familiare

4) più sedute giornaliere di KC:
- condivisione tra medici e infermieri del programma giornaliero previsto per ogni neonato, garantendo le sedute di KC grazie ad una organizzazione flessibile del lavoro (se neonato stabile, pianificare visite ed esami in funzione della KC e non il contrario)
- permettere la KC anche durante le consegne mediche e infermieristiche, che avvengono fuori dalla stanza del neonato, che viene comunque sorvegliata
- utilizzo di donazioni volontarie per acquisto di fasce di contenimento e poltrone più comode

5) KC con CVO in sede:
- ottimizzazione dei sistemi di fissaggio
- utilizzo di posizioni alternative alla classica (Fig. 2)
- controllo della medicazione prima e dopo la KC
- se necessario, prediligere il controllo ecografico (e non radiologico) della posizione del CVO

6) favorire la normotermia nel neonato ELBW in KC:
- posizionare sul dorso del neonato un sacchetto di polietilene precedentemente riscaldato in termoculla, un telo felpato e una copertina (può essere utile anche uno strato di cotone germanico)
- utilizzare la sonda servocontrollo in "modalità marsupio"

7) KC oltre le 34 SG:
- usare posizioni alternative alla prona (Fig. 2)
- nei nuovi nati > 34 SG stabili proporre la KC già all'ingresso al genitore non partoriente
- favorire la progressiva autonomia del genitore nell'esecuzione della KC nei nati che non necessitano più di cure intensive
- proporre la KC in occasione del pasto, o svestizione del neonato per cure igieniche o rilevazione del peso

8) KC continuativa nei neonati intubati:
- realizzazione di video dimostrativi per il personale
- trasferimento del neonato sempre con almeno 2 operatori
- ottimizzazione dei sistemi di fissaggio del tubo endotracheale e di stabilizzazione di circuiti del ventilatore o altri presidi.

continua a pag. 38>>

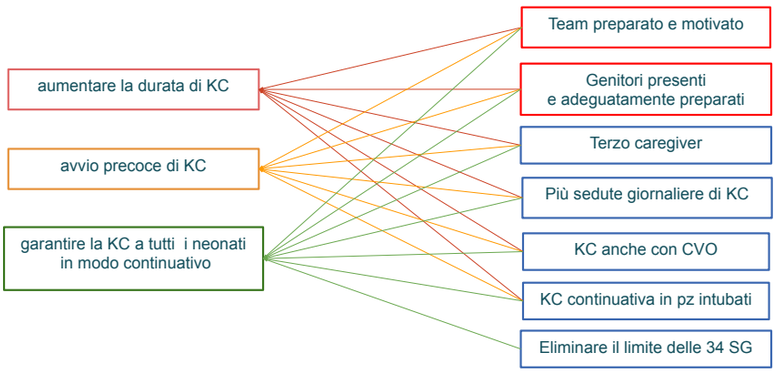


Figura 1 - Obiettivi di KC prefissati (a sinistra) ed elementi necessari per raggiungerli (a destra)

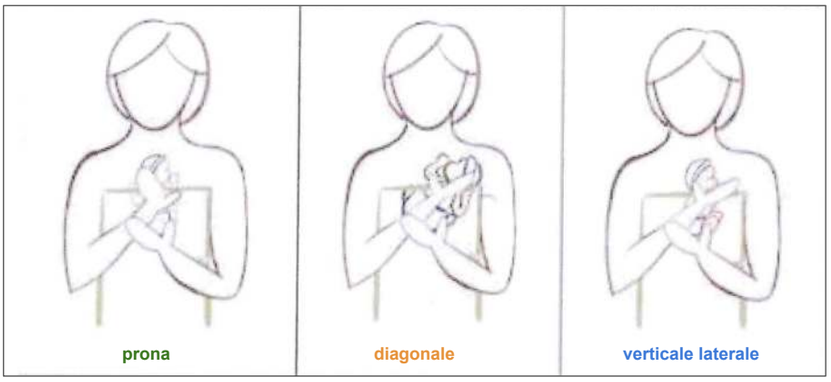


Figura 2 - Posizioni possibili in marsupioterapia
Fonte: Working Group on Developmental- and Family-Centred Care. Clinical Practice Guideline on Kangaroo Mother Care. Madrid: Spanish General Council of Nursing; 2025.

1) prona (classica); **2) diagonale**: utile in caso di neonati > 34 SG, favorisce il contatto visivo con il genitore e l'avvicinamento al seno; **3) verticale laterale:** utile nel neonato ELBW nei primi giorni di vita (evita la torsione del collo) e in caso di presenza di CVO.

segue da pag. 37

L'implementazione è avvenuta lavorando gradualmente nei mesi sui vari fattori ostacolanti.
Rispetto al periodo precedente, abbiamo riscontrato più sedute di KC con i padri (soprattutto nelle prime ore del mattino e nelle ore serali), la prosecuzione della KC anche in stanza semintensiva e maggior sicurezza del personale nell'eseguirla in neonati intubati e/o con CVO. Durante le sedute di KC non si è verificata alcuna dislocazione di catetere vascolare; si è verificata una sola estubazione accidentale al termine di una seduta di KC durante il trasferimento del neonato in culla.
Abbiamo proseguito con l'implementazione della KC ottimizzata anche dopo la conclusione del *NeoDeco Study*, avvenuta il 30 aprile 2026.
I dati raccolti mostrano che a 6 mesi di distanza nei nati *inborn* < 32 SG la KC viene avviata mediamente a 3 giorni di vita (vs 7 giorni nel periodo pre-implementazione) e proseguita mediamente fino a 37 SG (vs 34 SG nel periodo pre-implementazione).
Durante il *trial* clinico il supporto di un team di esperti e la supervisione continua hanno favorito un aumento progressivo della durata giornaliera della KC fino a un picco raggiunto a 6 mesi dall'avvio implementazione (215 minuti vs 141 minuti nel periodo pre-implementazione); a 6 mesi dalla conclusione del *trial* la durata di KC giornaliera è in calo a 150 minuti (Fig. 3).
Per il mantenimento dei risultati precedentemente raggiunti riteniamo fondamentali la presenza di un gruppo interno di professionisti che continui a promuovere la pratica e che sia forza trainante, la formazione continua, audit periodici e il monitoraggio continuo degli indicatori di processo.
I principali ostacoli all'implementazione sono legati sia al personale (carico di lavoro, *turnover,* genitori in reparto ancora visti talvolta come ostacolo, KC non sempre proposta a genitori di neonati che hanno superato le 34 SG, non sempre registrato in grafica il motivo della non esecuzione della KC), sia ai genitori (altri figli a domicilio in assenza di rete di sostegno, prevalenza di genitori stranieri spesso non autonomi nel trasporto verso l'ospedale, non sfruttata la possibilità di coinvolgere un terzo *caregiver,* KC non più ritenuta importante quando il proprio figlio raggiunge un'età gestazionale vicina al termine).
Ci proponiamo di proseguire con l'implementazione della KC e di incrementare nuovamente la durata giornaliera, con possibilità di poter eseguire durante le sedute visita medica, ecografia cerebrale, prelievi ematici, *screening* della ROP (attualmente eseguiti stick glicemici, emogas capillari, rimozione di cateteri epicutaneo-cavali, sostituzione di sondino gastrico).
La KC precoce prolungata e continuativa è una modalità assistenziale fondamentale per la salute attuale e futura dei neonati ricoverati in TIN e dei genitori; per implementarla sono fondamentali l'apertura dei reparti ai genitori, che vanno coinvolti precocemente nel processo di cura, un personale preparato e motivato, l'individuazione di barriere e fattori facilitanti e l'attuazione di strategie individualizzate sulla famiglia e sul singolo centro.

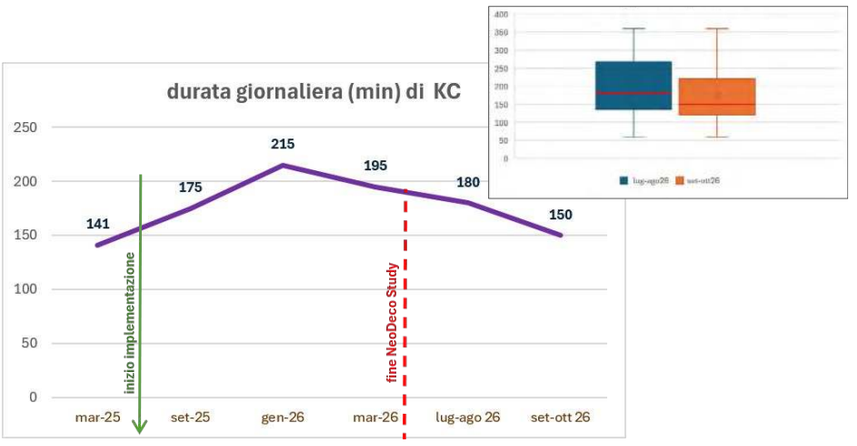
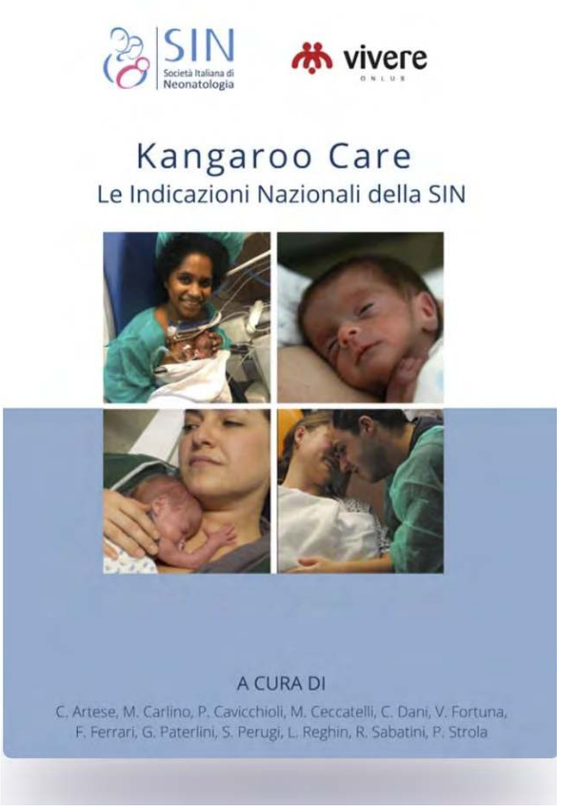


Figura 3 - Durata giornaliera di KC (mediana) in nati < 32 SG prima e dopo l'implementazione

La fatica iniziale dovuta al cambiamento è fisiologica, ma non può più giustificare la decisione di non implementare la KC nei nostri reparti.

Bibliografia

1. S. Sivanandan, MJ Sankar. Kangaroo mother care for preterm or low birth weight infants: a systematic review and meta-analysis. BMJ Global Health 2022.
2. WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight newborns. 2022. Geneva.
3. Kangaroo mother care: a transformative innovation in health care: global position paper. WHO 2023 .
4. Kangaroo mother care: implementation strategy for scale-up adaptable to different country contexts. WHO Geneva 2023.
5. C. Artese, F. Ferrari, S. Perugi, P. Cavicchioli, G. Paterlini, F. Mosca et al. Surveying family access: kangaroo mother care and breastfeeding policies across NICUs in Italy. Ital J Pediatr. 2021.
6. C. Artese, M. Carlino, P. Cavicchioli, M. Ceccatelli, C. Dani, V. Fortuna, F. Ferrari, G. Paterlini, S. Perugi, L. Reghin, R. Sabatini, P. Strola Kangaroo Care. Le indicazioni nazionali della SIN. 2023 .
7. Fernández-Medina IM, Jiménez-Fernández L, Solaz-García J, Llorca-Porcar A, Martínez-Miguel E, Collados-Gómez L. Consensus document for the kangaroo mother care method. An Pediatr (Barc). 2024.
8. Working Group on Developmental-and Family-Centred Care. Clinical Practice Guideline on Kangaroo Mother Care. Madrid: Spanish General Council of Nursing; 2025.



clicca qui per leggere

Gruppi di Studio

GdS Cure Neonatali nei Paesi a Risorse Limitate

È POSSIBILE UN *FOLLOW-UP* NEUROLOGICO NEI PAESI A RISORSE LIMITATE?

Guido Calciolari
ZEROPIÙ - Medicina per lo sviluppo Odv

per il GdS Cure Neonatali nei Paesi a Risorse Limitate

L'incidenza della mortalità neonatale è il parametro più utilizzato per valutare la qualità dell'assistenza materno-infantile nei paesi a risorse limitate dove, dagli anni '90 in poi, è stato registrato un continuo seppur lento miglioramento della sopravvivenza dei neonati di basso peso, pretermine o piccoli per età gestazionale.
Accanto alla riduzione della mortalità, appare sempre più importante riconoscere che la **qualità della vita dei sopravvissuti** è un parametro essenziale per valutare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza neonatale oltre che l'obiettivo cui tendere da parte degli operatori coinvolti nella stessa assistenza. Numerosi studi, derivati da *follow-up* effettuati nei paesi ad elevato reddito, hanno evidenziato l'incidenza di problematiche a distanza soprattutto nell'ambito dello sviluppo neurologico, sensoriale, comportamentale e psico-sociale dei neonati più piccoli e vulnerabili sopravvissuti, anche in assenza di gravi eventi ipossico-ischemici ed emorragici che possono coinvolgere il cervello prematuro. Ciò trova una spiegazione nella vulnerabilità del cervello durante l'ultima parte della vita fetale e all'inizio della vita postnatale. Lo sviluppo del cervello, infatti, si attua attraverso la continua **interazione fra patrimonio genetico ed esperienze offerte dall'ambiente** in cui sta crescendo: appare ovvia la differenza fra le esperienze sensoriali offerte dall'ambiente uterino e quelle vissute in un'unità neonatologica ospedaliera, dove gli stimoli sensoriali sono inadeguati al livello di maturazione dei recettori. Esiste una solida evidenza che sottolinea il ruolo dell'eccesso o della deprivazione sensoriale così come quello dello "stress tossico" (rappresentato dall'attivazione prolungata e frequente della risposta a una condizione di stress, in assenza del supporto protettivo della mamma o di un *caregiver*) che, attraverso meccanismi per lo più epigenetici, creano l'alterazione dello sviluppo funzionale del cervello fino ad un'alterazione della citoarchitettonica cerebrale, alterazioni che rappresentano la base delle anomalie di neurosviluppo che si possono evidenziare a distanza[1].
Queste evidenze hanno portato nei paesi a elevate risorse ad una





***Training* sulla valutazione dello sviluppo neuromotorio degli operatori dell'ACCH, Balaka, Malawi**

continua a pag. 40>>

segue da pag. 39





***Follow-up* neuroevolutivo da parte degli operatori locali, affiancati dalle formatrici di ZEROPIÙ, nei villaggi attorno a Balaka**

progressiva trasformazione dell'organizzazione dell'assistenza al neonato vulnerabile sia in termine di logistica (per es. creazione di ambienti fisici che supportino il benessere e lo sviluppo del neonato sotto il profilo sensoriale) che, soprattutto, nell'organizzazione del lavoro assistenziale dove è stato sempre più riconosciuto e valorizzato il ruolo centrale della famiglia e della "separazione zero" fra mamma e neonato. Di grande rilievo l'introduzione della *Kangaroo Care* (KC) che, in termini evolutivi, rappresenta l'ambiente protettivo per eccellenza, in quanto garantisce esperienze sensoriali vicine a quelle che un neonato prematuro vivrebbe in utero alla stessa età post-concezionale, offrendo alla mamma un ruolo centrale di cura ed aiutandola a superare le difficoltà in ambito emotivo-affettivo legate all'ospedalizzazione e ad una nascita prematura[2].

La disponibilità di un **ambiente protettivo dello sviluppo** sta diventando anche nei paesi a risorse limitate un traguardo da raggiungere al più presto. WHO, organizzazioni internazionali non governative e strutture governative locali stanno implementando una cultura che mette al centro la qualità della sopravvivenza attraverso la realizzazione di unità neonatali, che contribuiscano a creare un ambiente - nel senso più ampio del termine - idoneo a "**nutrire il cervello**", migliorando conseguentemente il suo potenziale evolutivo. Attraverso la "*Family Centered Care*", la mamma (ma anche altri *caregivers* coinvolti) è accompagnata e sostenuta dal personale ospedaliero a riscoprire il valore che ha per suo figlio e le azioni che può compiere per aiutarlo a crescere[3]. Si creano in questo modo le basi di un solido legame che sarà poi fondamentale nelle fasi successive dello sviluppo.

Tutto ciò, validato dagli studi del nord del mondo, richiede una prova di validità nei paesi a ridotte risorse dove le strutture, le dotazioni, la disponibilità di personale, le competenze medico-infermieristiche, l'attuazione del lavoro assistenziale, l'organizzazione sanitaria territoriale e le stesse caratteristiche antropologiche sono lontane da quelle dei paesi a reddito elevato.

Lo strumento fondamentale per dimostrare la validità della proposta di un ambiente favorevole a garantire lo sviluppo migliore possibile è il ***follow-up,*** la cui attuazione nei paesi a minor reddito appare molto difficoltosa, come si può riscontrare anche dalla scarsità di esperienze e studi al momento a disposizione.

Dopo la dimissione dal reparto neonatale, la cura del neonato viene affidata alla famiglia nella dimensione del villaggio in condizioni ambientali (igiene, temperatura, disponibilità di acqua potabile...) che, in molti contesti, sono lontani dall'ottimalità. È inevitabile ritenere che ciò costituisca un ulteriore rischio evolutivo, unitamente al fatto che la cultura tradizionale in molti paesi del sud del mondo stenta a valorizzare il potenziale di sviluppo di un neonato percepito troppo piccolo e vulnerabile e quindi considerato non degno di ricevere il massimo delle cure.

Queste considerazioni riportano al **ruolo determinante dei programmi di *follow-up*** il cui scopo appare duplice: da un lato deve garantire nel breve periodo la continuità delle cure neonatali attraverso controlli ravvicinati tesi a verificare quanto possa essere adeguato l'ambiente del villaggio ed il ruolo della famiglia; dall'altro deve monitorare la qualità dello sviluppo somatico e neurocomportamentale. Nel contesto dei paesi a risorse limitate quest'ultimo aspetto presenta delle criticità per la mancanza di personale specializzato e di strumenti idonei: la valutazione neurocomportamentale richiede un approccio il più possibile codificato e strumenti culturalmente appropriati alla popolazione alla quale il *follow-up* è dedicato, scale di valutazione facilmente somministrabili da personale non specializzato, attraverso le quali sia possibile identificare le anomalie evolutive in tempo utile per attivare programmi di supporto allo sviluppo[4]. È quindi evidente che l'aspetto diagnostico debba essere accompagnato da quello "terapeutico": l'obiettivo è quello di individuare e contenere - se non annullare - i possibili esiti negativi della nascita pretermine e degli eventi ad essa associabili. A questo scopo risulta indispensabile formare un gruppo di operatori che sviluppino competenze nell'ambito

continua a pag. 41>>

segue da pag. 40

del supporto allo sviluppo e che siano in grado di coinvolgere la famiglia in questo processo.
Nella pratica le difficoltà nell'attivare il *follow-up* sono correlate soprattutto alla distanza fra ospedale e villaggio e alla scarsità di mezzi di trasporto: ciò crea problemi nella frequenza e continuità dei controlli e spesso riduce il valore epidemiologico del *follow-up* stesso. Il problema potrebbe essere superato con le visite domiciliari la cui utilità è innegabile, potendo permettere una verifica diretta delle condizioni ambientali in cui il neonato vive e un contatto stretto con la famiglia; tuttavia, questo strumento è molto dipendente dalla disponibilità di personale e dal costo dei viaggi nei villaggi.
In alcune situazioni sono state trovate soluzioni attraverso la collaborazione con operatori sanitari attivi nel territorio, ma tuttora l'obiettivo di avere *follow-up* ben strutturati appare ancora non facilmente raggiungibile.
Nella realtà di un ospedale di comunità situato in un'area rurale del sud del Malawi da qualche anno la presenza di una ODV italiana, ZEROPIÙ - Medicina per lo sviluppo, ha permesso l'attuazione di un piano formativo sull'assistenza neonatale "*family-centred*" cui sta facendo seguito - in assenza di personale specializzato locale - un prolungato training sul *follow-up* finalizzato a valutare la qualità di vita dei neonati più vulnerabili (vedi box). Il processo di formazione nell'ambito neuroevolutivo e l'attuazione del *follow-up* sono ora nella fase iniziale, evidenziando le difficoltà sopra ricordate. È comunque innegabile che questa sia una via obbligatoria da percorrere per valutare l'efficacia ed efficienza dei servizi neonatali nel loro rapporto con la qualità dello sviluppo nell'ambito di una strategia di cure che - pur centrata sul ruolo determinante dell'assistenza nelle fasi che immediatamente precedono e seguono la nascita - deve prevedere di estendere l'intervento al di fuori dell'ospedale.

Bibliografia

1. Kathryn J Malin , Kaboni W Gondwe, Alissa V Fial et al. Scoping review of Early Toxic Stress and Epigenetic Alterations in the Neonatal Intensive Care Unit Nurs Res. 2023;72(3):218–228.
2. Souza-Vogler SR, Lima GMS. The effect of kangaroo care on modulate chronic stress response in preterm infants and mothers. Stress. 2021 Nov;24(6):742-752.
3. Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. Gladstone M, Lancaster G, Umar E, Nyirenda M, Kayira E, van den Broek N, Smyth RL. Perspectives of normal child development in rural Malawi - a qualitative analysis to create a more culturally appropriate developmental assessment tool. Child Care Health Dev. 2010 May;36(3):346-53.



Il programma per il *follow-up* all'ACCH- *Andiamo Comfort Community Hospital* - Balaka - Malawi

L'organizzazione del *follow-up* nell'ACCH di Balaka (circa 2300 nascite/anno) prevede in primo luogo una selezione dei nati a rischio (prematuri/basso peso ma anche neonati che hanno presentato vari gradi di encefalopatia neonatale). Questi sono valutati alla dimissione (o comunque nel primo mese di vita) con la scala HINE (*Hammersmith Infant Neurobehavioral Assessment*) e con la MDAT (*Malawian Developmental Assessment Tool*) e inseriti nel programma di *follow-up* con periodicità individualizzata in base alle caratteristiche cliniche e alla situazione familiare e sociale. La scala MDAT è stata validata sulla popolazione locale ed è stata testata anche nelle aree rurali cui Balaka appartiene ed è programmata per valutare lo sviluppo fino ai 6 anni. Il f*ollow-up* è attuato dal personale dell'unità neonatale formato tramite un prolungato *training* sostenuto in loco da neonatologi/neuropsichiatri italiani con competenze nell'ambito della neurologia dello sviluppo e da terapiste italiane della neuropsicomotricità con esperienza neonatologica. Al programma attuato in loco, sta seguendo un programma di formazione a distanza con frequenza quindicinale attraverso la valutazione condivisa di video registrati dai colleghi e inviati al team dei formatori, quando non presenti in Malawi.
Il *follow-up* viene attuato in tre modi: come prima scelta con i controlli in ospedale; come seconda, in caso di difficoltà da parte della famiglia a raggiungere l'ospedale (lontananza del villaggio, problemi di trasporto), può essere previsto un controllo al domicilio, previa analisi dei costi di viaggio. L'attuale situazione economica e il costo molto elevato del carburante sta limitando questa seconda opzione. Il problema carburante, infatti, non riguarda di solito i pazienti (e le loro famiglie) in quanto in questo contesto non hanno un mezzo motorizzato: di fatto i piedi e la bici sono i loro mezzi di trasporto, non influenzabili da parte di guerre, Trump&Co. La terza opzione prevede il contatto con le assistenti sanitarie di villaggio (HSA), precedentemente coinvolte nel programma di formazione sul *follow-up*. Le HSA sono contattabili telefonicamente, hanno il compito di inviare informazioni sullo stato di salute generale e sono istruite su come registrare dei brevi video che mettano in evidenza la postura, i movimenti spontanei, l'attenzione/interazione con la mamma. I video sono poi inviati al responsabile del *follow-up* per la valutazione di massima della qualità dello sviluppo. In caso di dubbi interpretativi gli stessi video sono inviati agli specialisti in Italia. Nel caso di anomalie o ritardi nello sviluppo neurocomportamentale viene dato un iniziale supporto con dei suggerimenti abilitativi forniti dagli operatori del *follow-up* che la famiglia possa proporre ogni giorno, coinvolgendo la mamma. L'eventuale conferma di anomalie o ritardi nello sviluppo è indicazione per l'invio dei piccoli pazienti al servizio di riabilitazione del locale ospedale distrettuale. Tutti i dati sono raccolti dal responsabile del *follow-up* e in seguito verranno utilizzati a fini statistici.

NATI PICCOLI, GRANDI INSIEME

Una comunità unita per i neonati prematuri e per le loro famiglie



Napoli, Università Federico II

È cambiata la data, ma non le emozioni che la **Giornata Mondiale della Prematurità** continua a regalarci ogni anno. Si sono spente le luci su quel 17 novembre che ci ha accompagnati per tante edizioni e si sono accese su questa nuova giornata, il **15 novembre 2026,** illuminando e colorando di viola tutta l'Italia.

Questa edizione ha segnato anche l'inizio di un nuovo percorso condiviso. Per la prima volta, **SIN, SIN INF e Vivere ETS hanno unito energie, competenze e sensibilità in un'unica grande squadra,** confermando che quando professionisti e famiglie lavorano insieme il messaggio arriva ancora più forte e può raggiungere obiettivi condivisi e concreti.

Il **tema** scelto per quest'anno, *"Neonati piccoli, grande potenziale. Investiamo nel follow-up per proteggere il loro futuro"*, ha posto al centro dell'attenzione ciò che accade dopo la dimissione dalla Terapia Intensiva Neonatale. Un messaggio importante, che ha ricordato come il percorso di cura del neonato prematuro non si esaurisca con il ritorno a casa, ma prosegua attraverso il *follow-up,* fondamentale per accompagnare la crescita del bambino e sostenere le famiglie nei primi anni di vita, con un coordinamento imprescindibile tra ospedale e territorio.

La risposta è stata straordinaria. Amministrazioni comunali, ospedali, professionisti sanitari, associazioni e volontari hanno aderito con entusiasmo alle iniziative della Giornata. Da nord a sud, il viola della prematurità ha illuminato e colorato luoghi simbolo e spazi pubblici, trasformandoli in un messaggio di vicinanza ai bambini nati prematuri e alle loro famiglie.

Tra le novità di questa edizione, anche la **T-shirt ufficiale della Giornata Mondiale della Prematurità** realizzata dalla SIN. È stata distribuita gratuitamente ai soci durante il Congresso Nazionale SIN e quello SIN INF e alle associate di Vivere, acquistata da tantissimi altri sostenitori dell'iniziativa, ed è diventata un simbolo di unione, aggregazione e senso di appartenenza.

Ad amplificare ulteriormente il messaggio della Giornata è stata la grande attenzione ricevuta dai media. L'intensa attività di **ufficio stampa** ha sensibilizzato le redazioni nazionali e locali, generando una rassegna stampa particolarmente ricca, con articoli, interviste, servizi televisivi e approfondimenti che hanno dato voce ai professionisti, alle associazioni e alle famiglie, contribuendo a portare il tema della prematurità all'attenzione di un pubblico sempre più ampio.

Anche sui **social** la partecipazione è stata eccezionale. Grazie al **Kit Viola,** messo a disposizione di associazioni, ospedali ed enti locali, centinaia di contenuti hanno contribuito a diffondere messaggi sulla prematurità, sull'importanza della continuità assistenziale, ma anche a condividere momenti di festa e di partecipazione. Foto, messaggi, raccon-

continua a pag. 43>>

Giornata Mondiale della Prematurità 2026

segue da pag. 42

ti, raccolti e ricondivisi. Ognuno nella propria città, nel proprio reparto, nella propria famiglia, nella propria associazione. Eppure, il 15 novembre è successo qualcosa di speciale: **ci siamo ritrovati tutti nello stesso luogo**, un luogo fatto di condivisione, speranza, coraggio e solidarietà. **I neonati prematuri, le loro famiglie, i neonatologi, gli infermieri, le équipe sanitarie, le associazioni dei genitori, i volontari, le amministrazioni comunali...** Persone diverse, con storie diverse, ma unite da un unico grande obiettivo: ***costruire il migliore futuro possibile per ogni bambina e per ogni bambino nati troppo presto.***

Il risultato più importante di questa giornata è stata questa capacità di fare rete, di unire famiglie, professionisti, istituzioni, volontari e la popolazione attorno ai bisogni dei neonati più fragili. Ancora una volta, la Giornata Mondiale della Prematurità ha dimostrato che, quando ognuno fa la propria parte, è possibile accendere non solo monumenti e piazze, ma anche attenzione, consapevolezza e speranza per il futuro di tanti bambini e delle loro famiglie.

Vorremmo poter ringraziare uno ad uno tutti coloro che hanno partecipato a questa meravigliosa **Giornata Mondiale della Prematurità.** Chi ha acceso una luce, condiviso una foto, raccontato un'esperienza, dedicato un pensiero, una parola, un gesto o semplicemente un like.

Ognuno ha contribuito a creare qualcosa di straordinario.

Il nostro abbraccio collettivo va anche ai piccoli angeli nati troppo presto che non sono riusciti a restare con noi. Il loro ricordo vive ogni giorno nei cuori delle loro famiglie e di chi li ha amati e curati e la loro luce continuerà a illuminare il cammino di tutti noi.

In chiusura di questa Giornata Mondiale della Prematurità 2026, una certezza resta più forte che mai: la comunità della Prematurità è viva, presente, unita. E continuerà il suo cammino, **insieme al Neonato e alla sua Famiglia.**



Macerata, Sferisterio



Castellammare, Ospedale San Leonardo







I Presidenti SIN, SIN INF e VIVERE nel videomessaggio sui social

clicca qui



Soave

LA PREMATURITÀ PER ME 2026

Come si racconta la prematurità con gli occhi di un bambino?
E con quelli di chi l'ha vissuta, da vicino o da lontano?

Con un disegno, una fotografia, una poesia, un racconto, un video. Con colori, parole, immagini, creatività e tanta emozione.

L'iniziativa **"La Prematurità per me"** ci ha regalato anche quest'anno qualcosa di prezioso: uno sguardo autentico sulla nascita prematura, raccontata attraverso la sensibilità, l'immaginazione e l'esperienza di chi ha scelto di partecipare.

Abbiamo ricevuto decine di elaborati, tutti diversi tra loro e tutti speciali.
Ogni lavoro ci ha emozionato, perché dietro ogni tratto, ogni parola, ogni immagine abbiamo ritrovato emozioni, ricordi, speranze, gratitudine e tanta voglia di condividere.

Sfogliando l'album pubblicato sulla pagina Facebook SIN e in queste pagine, non ci sono soltanto disegni, parole, video o fotografie. Ci sono storie, frammenti di vita, sogni e messaggi che ci ricordano quanto siano straordinari i bambini nati prematuri e quanto sia importante la rete di famiglie, professionisti e volontari che li accompagna nel loro percorso.

Grazie a tutti coloro che hanno partecipato e che, con il loro talento e il loro cuore, hanno contribuito a dare significato alla **Giornata Mondiale della Prematurità**.



Perché ogni nascita prematura è una storia unica. Perché ogni neonato ha un grande potenziale. Perché insieme possiamo continuare a costruire consapevolezza, vicinanza e futuro .

CHI NASCE PREMATURO NON È FRAGILE, POSSIEDE UN CORAGGIO CHE PESA UNA VITA INTERA

Il 15 novembre, Giornata Mondiale dei Prematuri, per me non è una ricorrenza: è un pezzo di vita. Marzia è nata piccola come un sussurro, ma ha portato con sé il peso di due destini.
630 grammi di coraggio, ha respirato per sé e per Elisa la sua gemella, perché chi nasce prematuro non è fragile possiede un coraggio che pesa una vita intera.

Elisa, tu sei rimasta nei post it mai staccati, nei due body che aspettavano, nei vestitini lavati e coperti da un lenzuolo perché il dolore non li toccasse. Non sei mai nata, ma sei ovunque: sulla spalla di Marzia, nel respiro che le ha dato forza, nel vuoto che non si è mai spento. Tu sei la metà che non è arrivata, ma che continua a camminare con noi. Marzia è entrata nella Terapia Intensiva Neonatale del Barone Romeo di Patti, tra le mani ferme e dolci della Dr.ssa Caterina Cacace e di un'equipe che non ha mai mollato. Una sofferenza che non si può spiegare a chi non ha vissuto la Terapia Intensiva Neonatale, quel mondo sospeso dove ogni respiro è una vittoria. E questa battaglia l'ha combattuta da sola, con una forza che non si può spiegare. Oggi il 15 novembre è per lei. Per tutti i bambini nati troppo presto. Per tutte le mamme che hanno imparato a respirare piano, a sperare forte, a vivere sospese tra paura e miracoli. Marzia, così piccola da stare nel palmo della mano, così grande da cambiare la mia vita. Ogni respiro era una preghiera, ogni battito un miracolo. Quel cappellino rosso, quei fili, quella lotta: era già amore che resiste. Mia figlia Marzia armata solo di respiro e coraggio, ha insegnato a tutti noi cosa vuol dire vivere giorno per giorno: non correre, non prevedere, non pretendere ma accogliere, resistere, sperare.

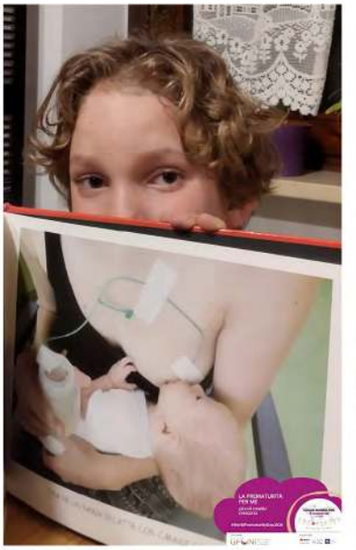
La storia di Marzia e di tutti i prematuri che oggi festeggiamo, è la prova che anche dalle ombre nasce un sole nuovo.

A noi genitori che abbiamo tenuto in braccio e per mano sempre l'invisibile posso dire che i nostri prematuri sono il segreto della vita che resiste, sono il segno che il miracolo esiste e cresce tra le nostre mani.

Mamma Angelita

la Prematurità per me





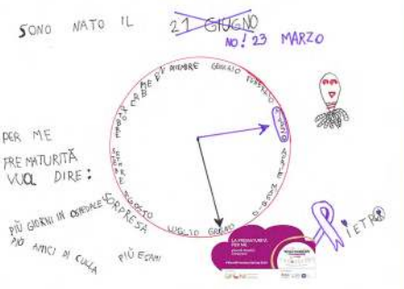




















clicca qui per l'album

Giornata Mondiale della Prematurità 2026

nati piccoli grandi insieme




Napoli, Federico II e Ass. Soccorso Rosa Azzurro


Napoli, Osp. Evangelico Betania e Ass. Pulcini Combattenti


Segrate, Ass. Intensamente Coccolati


Roma, Ospedale Isola Tiberina


Varese, TIN Ospedale Filippo del Ponte


Taranto, TIN


Nocera Inferiore, TIN Umberto I


Roma, Ospedale Isola Tiberina


Firenze, Ospedale San Giovanni di Dio


Messina, TIN Papardo


Castellammare di Stabia, Osp. San Leonardo


Bari, Policlinico


Foggia, TIN Ospedali Riuniti



Rimini, TIN Ospedale Infermi e Ass. La Prima Coccola

clicca qui per la gallery

Eventi in TIN e in città



Torino, Ass. Piccoli Passi


Catanzaro




Civitanova, Pediatria


Mantova, TIN eAss. Abeo Piuma



Messina, TIN Papardo


Ostia, Ospedale G.B. Grassi



Prato


Tivoli, Pediatria e Neonatologia del S. Giovanni Evangelista


Venezia, Ass. Una Carezza per Crescere


Parma, TIN e Ass. Colibrì

clicca qui per la gallery

l'Italia si colora di viola




Catania


Milano, Policlinico Mangiagalli


Messina



Roma, Policlinico Gemelli

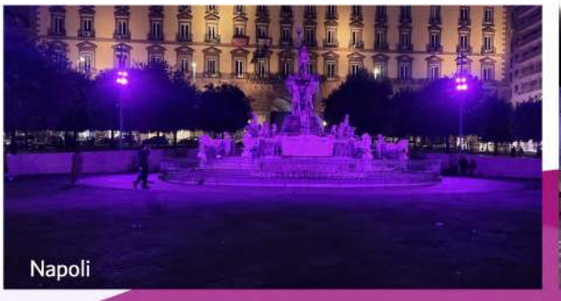

Lucca


Siena


San Piero Patti

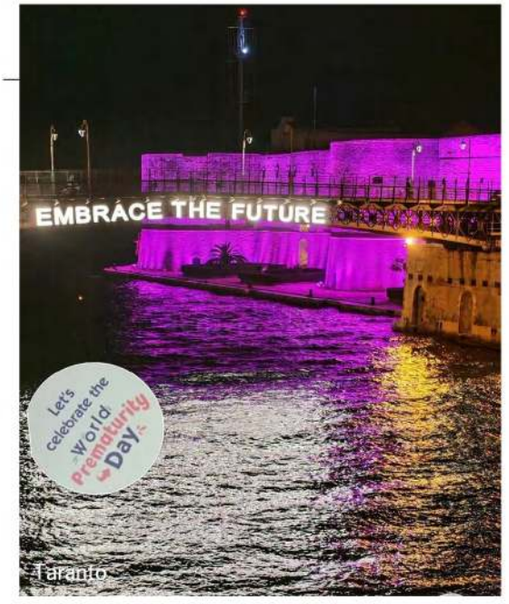

Santa Severina


Reggio Calabria


Napoli


Parma

l'Italia si colora di viola























clicca qui per la gallery

Giornata Mondiale della Prematurità 2026

dai social



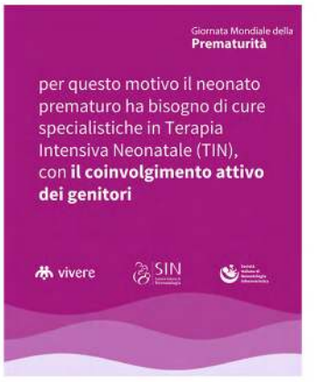
















Giornata Mondiale della Prematurità 2026



















CORRIERE DELLA SERA

Neonati prematuri, 25mila nascite ogni anno. «Il follow-up è decisivo per proteggere il loro futuro»

la Repubblica

Bambini prematuri, le cure devono continuare oltre la terapia intensiva



Le indicazioni in occasione della Giornata mondiale della prematurità. Servono percorsi integrati e condivisi per seguire con continuità la crescita di questi neonati: le richieste di neonatologi e associazioni in occasione della giornata che ricorda i prematuri. Il 15 novembre

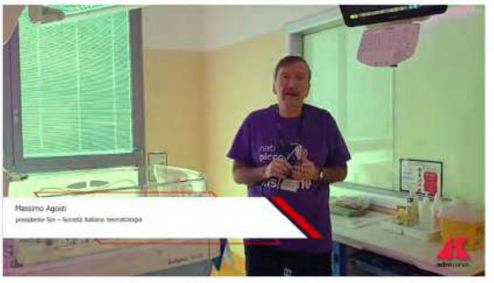
sky tg24



Ogni anno in Italia circa 25mila neonati nascono prematuri. Sono bambini caratterizzati da un'elevata vulnerabilità e da un aumentato rischio di problematiche di salute e di sviluppo rispetto ai nati a termine. "Neonati piccoli, grande potenziale. Investiamo nel follow-up per proteggere il loro futuro!" è il claim della giornata a livello mondiale, che da quest'anno si terrà sempre il 15 novembre

adnkronos

Il neonatologo Agosti: "Ssn garantisca assistenza a prematuri anche dopo ritorno a casa" - Video



"Prendersi cura dello sviluppo emotivo e psichico del neonato prematuro deve essere garantito in tutta l'Italia sin dai primi istanti del ricovero in terapia intensiva neonatale. Ma anche dopo le dimissioni dall'ospedale e fino a inizio età scolare". Così il presidente della Società italiana di Neonatologia, Massimo Agosti, in occasione della Giornata mondiale della prematurità.

TG5



TGR



Le sfide dei prematuri

Oggi la giornata mondiale loro dedicata. All'Ospedale Isola Tiberina il punto sulle metodologie innovative per assistere i neonati più fragili

15 novembre 14:12

"Piccoli passi grandi storie" è il titolo della domenica di incontri, testimonianze, giochi e confronto all'Ospedale Isola Tiberina a Roma, per raccontare le sfide dei bambini nati prima del termine, e il lavoro di chi li accompagna nei primi giorni di vita.

L'Ospedale Isola Tiberina assiste ogni anno più di 3.000 nati, di cui una cinquantina con peso alla nascita inferiore ai 1.500 grammi.

Nel servizio di Gemma Giovannelli, montato da Marco Angeletti, le interviste a Massimo Agosti, presidente della Società Italiana Neonatologia; a Giovanni Arcuri, direttore generale dell'Ospedale Isola Tiberina; a Germano Cicero, papà di una bimba nata prematuramente.


Grazie
vivere
COORDINAMENTO NAZIONALE DELLE ASSOCIAZIONI PER LA NEONATOLOGIA ETS
www.vivereonlus.com
SIN
Società Italiana di Neonatologia
Società Italiana di Neonatologia Infermieristica
insieme al Neonato
e alla sua Famiglia
Giornata Mondiale della
Prematurità
15 novembre
Nel mondo, 1 bambino su 10 nasce prematuro.
#WorldPrematurityDay2026
powered by
GFCNI
global foundation for the care of newborn infants
supported by
vivere
SIN
Società Italiana di Neonatologia
Società Italiana di Neonatologia Infermieristica

SIN
Società Italiana di Neonatologia

PIANO FORMATIVO 2026

DATA	MODALITÀ	REGIONE / GRUPPO DI STUDIO	TITOLO
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
11/12/26	Webinar	VENERSIN GDS Neonato Chirurgico	
12/12/26	Residenziale ALGHERO	SIN SARDEGNA	CONGRESSO REGIONALE SIN SARDEGNA

clicca qui per vedere tutti i prossimi eventi del Piano Formativo SIN