



IL NEONATO SA ESSERE BUGIARDO

La SIN Società Italiana di Neonatologia, al XIX Congresso Nazionale, dal 28 al 30 ottobre a Firenze, propone una classificazione dei quattro “pericoli” che minacciano la salute del neonato apparentemente sano

“Il neonato è un individuo speciale” e necessita di grandi attenzioni nelle prime ore di vita. Questo sarà il tema al centro del XIX Congresso della SIN, la **Società Italiana di Neonatologia**, che riunisce medici ed infermieri specializzati a **Firenze**, presso il **Palazzo dei Congressi/Palazzo degli Affari – P.zza Adua 1, dal 28 al 30 ottobre 2013**.

In Italia nascono oltre **500.000 neonati** all'anno e grazie ai grandi progressi della neonatologia la mortalità neonatale è a livelli minimi, tra le migliori in Europa, 2,72 per 1000 nati (Rapporto Cedap – Ministero della Salute 2013).

Il Congresso focalizzerà l'attenzione sui neonati cosiddetti “normali”, molto spesso trascurati, che rappresentano la maggior parte dei nuovi nati e che sono il futuro della nostra società civile. Suddiviso in tre giornate sarà l'occasione per confrontarsi e discutere di tutte le problematiche che permettono di verificare la normalità di un periodo pieno di gioie, ma allo stesso tempo pieno di insidie.

Il giudizio di normalità espresso alla nascita, infatti, può essere ingannevole: il neonato può essere “bugiardo”. La nuova sfida, secondo i neonatologi italiani, è la prevenzione delle malattie neonatali più diffuse: cardiopatie congenite, encefalopatie, la sepsi e l'ittero.

Quattro “pericoli” per il neonato che la SIN, la Società Italiana di Neonatologia, ha identificato con quattro colori differenti che saranno sempre più caratterizzanti il linguaggio degli screening neonatali: blu, bianco, grigio e giallo.

Gli eventi legati alla transizione dalla vita intrauterina a quella extrauterina, se considerati nella loro globalità, si realizzano in un esteso arco temporale. Ne deriva che eventuali disordini dell'adattamento hanno diversificati periodi di latenza prima di raggiungere l'espressività clinica.

Il giudizio clinico di normalità che è possibile formulare alla nascita è, pertanto, necessariamente provvisorio e va confermato da successive osservazioni. In altri termini il neonato “apparentemente” sano alla nascita presenta, almeno teoricamente, tutta una serie di rischi potenziali di turbative del processo di adattamento alla vita extrauterina, che vanno sistematicamente escluse mediante una procedura di follow-up clinico ben definita.

Quello della SIN è un tentativo di sistematizzare i rischi potenziali, “i pericoli”, che interessano il neonato nelle prime ore della vita; dal pericolo “bianco” delle encefalopatie neonatali e degli errori congeniti del metabolismo a quello “blu” delle cardiopatie congenite; dal pericolo “grigio” causato dalle sepsi neonatali, a quello “giallo” dell'ittero che è conosciuto e studiato ma ancora fonte di rischi. La capacità di intercettare questi “pericoli” si fonda su tre cardini: l'identificazione dei fattori di rischio anamnestici della famiglia e della gravidanza; la sorveglianza del neonato e il ricorso agli esami “screening”.

Il programma di sorveglianza cui va sottoposto il neonato fin dai primi momenti di vita è fondamentale. Così com'è fondamentale il primo esame della sua vita a cui viene sottoposto: l'indice di Apgar, uno score inventato da Virginia Apgar, che prende in considerazione il colorito, lo stato respiratorio, il tono muscolare, la reattività e l'attività cardiaca ad 1, 5 e 10 minuti dalla nascita. È un parametro molto utile per giudicare la transizione cardio-respiratoria nell'immediato ed il grado di risposta ad eventuali misure di rianimazione. Il neonato che supera questo primo esame è un neonato apparentemente normale che deve ora affrontare il periodo di osservazione transazionale, perché sono attese rapide variazioni dei parametri vitali e dello stato clinico, quale risposta di adattamento alla vita extrauterina.

Qualsiasi deviazione dalla sequenza e dalla qualità degli eventi precedentemente descritti rappresenta un campanello d'allarme che il sistema assistenziale deve essere in grado di cogliere fin dal suo primo apparire. Il neonato che devia dal percorso delineato è un **neonato in ritardato adattamento** di cui si deve individuare prontamente la causa, attraverso un esame clinico e l'esecuzione di esami di laboratorio quali la determinazione dell'ematocrito, della glicemia, dell'emogasanalisi e di quant'altro è reso necessario dall'esame obiettivo.

Completano la sorveglianza del neonato “apparentemente” sano gli screening neonatali. La sorveglianza dello stato di salute del nuovo nato va sistematicamente attuata con controlli ravvicinati per tutto il primo mese di vita, un processo che coinvolge il neonatologo ed il pediatra di famiglia e di cui vanno, attraverso idonee raccomandazioni, fissate le modalità e la tempistica .

Tra gli altri argomenti in programma, *l'evento parto nel terzo millennio, il neonato da gravidanza complicata, il rooming-in, il neonato tra normalità e imprevisti dalla nascita alla dimissione, il futuro degli screening neonatali, il neonato a rischio ematologico, chirurgico, infettivo e neurologico.*

Ufficio Stampa **SIN Società Italiana di Neonatologia**

n.p.r. Health Unit

Giancarlo Panico cell. 3387097814 - Marinella Proto Pisani cell. 3397566685 - Valentina Casertano tel. 0815515441/42
sin@nprcomunicazione.it - www.neonatologia.it



ALLEANZA TRA NEONATOLOGI E PEDIATRI

La SIN sostiene il programma di sorveglianza sul primo mese di vita del neonato in collaborazione con i pediatri e le famiglie

Dal primo mese di vita del neonato dipende gran parte della sua vita futura. Per questo è necessaria un'alleanza tra i neonatologi, che seguono il bambino nei primi giorni di vita, e i pediatri, a cui i genitori si rivolgono sin dalle prime settimane.

La SIN, Società Italiana di Neonatologia, sostiene l'importanza di un "programma di sorveglianza" articolato che comincia nel momento della nascita e richiede circa un mese, prima che il neonato possa essere definito "normale".

"La sorveglianza dello stato di salute del nuovo nato va sistematicamente attuata con controlli ravvicinati per tutto il primo mese di vita" – afferma il Presidente della SIN, Costantino Romagnoli – "un processo che coinvolge il neonatologo ed il pediatra di famiglia e di cui vanno, attraverso idonee raccomandazioni, fissate le modalità e la tempistica".

Questa storia inizia con la nascita, momento fondamentale per la futura normalità di vita. L'adattamento respiratorio e quello cardiocircolatorio vengono accuratamente valutati dal neonatologo/pediatra sin dai primi minuti con l'Indice di Apgar. L'esame clinico accurato che segue la nascita e che tende a rispettare le fasi di adattamento neuro-comportamentale del neonato al suo nuovo mondo è il secondo passo verso la normalità.

Poi inizia l'avventura dell'alimentazione, al seno (per i più fortunati) o comunque con il latte materno donato o con la formula (per i meno fortunati). Ma l'avvio delle normali funzioni gastro-enteriche deve essere accuratamente valutato in ogni caso nei primi giorni di vita insieme con le variazioni ponderali.

L'ittero (colorazione gialla della cute) crea talora molti problemi, ma ne creerà molti di meno se gestito in base a raccomandazioni elaborate da una task force della SIN, sia in ospedale che dopo la dimissione.

Le infezioni sono un problema rilevante che spesso mette a rischio la vita. Quelle precoci sono diagnosticate e curate in ambiente ospedaliero. Quelle tardive, che possono coinvolgere neonati già dimessi, possono diventare un problema rischioso per la scarsa specificità dei sintomi che presentano.

Gli screening clinici e soprattutto quelli relativi alle malattie metaboliche congenite fanno parte dell'assistenza in ospedale, ma spesso vengono diagnosticate quando il bambino è già a casa.

Ecco allora che i pericoli che il neonato corre divengono un problema che deve coinvolgere necessariamente il pediatra/neonatologo ospedaliero e il pediatra di famiglia.

Il pericolo "bianco" può essere affrontato in ospedale (valutazione neurologica e clinica per le encefalopatie) ma richiede la collaborazione del pediatra se lo screening neonatale identifica una malattia metabolica congenita. Il pericolo "blu" viene molto limitato dallo screening pulsiossimetrico, ma un quarto delle cardiopatie può dare sintomi e segni solo dopo la dimissione. Il pericolo "giallo" viene gestito bene dal neonatologo, ma richiede un'attenta osservazione da parte del pediatra anche per la comparsa tardiva delle sindromi colostatiche. Infine il pericolo "grigio" è sempre in agguato e, superato il periodo di degenza in ospedale, può manifestarsi tardivamente a casa.

Solo una appropriata gestione ospedaliera del neonato "apparentemente" normale seguita da una altrettanto appropriata gestione da parte del pediatra di famiglia potrà consentire di definire il neonato "normale", perché alla fine del primo mese di vita non sarà più in grado di ingannare nessuno.

E non perché non sarà più ingannevole o bugiardo, ma perché noi saremo in grado di capirlo meglio di come sappiamo fare nelle fasi più precoci della vita.

Ufficio Stampa **SIN Società Italiana di Neonatologia**

n.p.r. Health Unit

Giancarlo Panico cell. 3387097814 - Marinella Proto Pisani cell. 3397566685 - Valentina Casertano tel. 0815515441/42
sin@nprcomunicazione.it - www.neonatologia.it



ENCEFALOPATIE E METABOLISMO: FONDAMENTALI GLI SCREENING NEONATALI

La SIN invita medici e genitori a non trascurare nessun segnale

La SIN, Società Italiana di Neonatologia, individua come un pericolo "bianco" le encefalopatie neonatali e le gravi turbe del metabolismo che sono causa di possibili handicap neurologici perché, nella maggioranza dei casi, non compaiono nelle prime ore di vita e dunque, troppo spesso, sono misconosciute per mancata effettuazione di tutti i controlli necessari ad individuarle.

Il pericolo "bianco" è rappresentato da tutte quelle condizioni che direttamente o indirettamente turbano le funzioni neurologiche del neonato e ne compromettono l'evoluzione: le encefalopatie neonatali, le turbative metaboliche proprie della transizione, quali ad esempio l'ipoglicemia, e gli errori congeniti del metabolismo. L'identificazione di queste condizioni è fondata sul riscontro di un'anamnesi familiare positiva (casi pregressi, morti inspiegate, etc.), sulla presenza di fattori di rischio della gravidanza (alterazioni placentari, ipertensione, diabete, etc.), ma soprattutto **sulla sorveglianza del neonato** e sull'esito degli "**screening neonatali**".

Gli screening neonatali sono costituiti da una serie di indagini da compiere sul neonato. Quello più importante e diffuso è l'**indice di Apgar** che prende in considerazione il colorito, lo stato respiratorio, il tono muscolare, la reattività e l'attività cardiaca ad 1 e 5 minuti ed assegna un punteggio da 0 a 2 ad ognuno dei parametri considerati. Il valore normale è compreso tra 7 e 10.

Una tappa fondamentale nella ricerca di un giudizio definitivo di normalità è rappresentata dall'alimentazione, di cui vanno seguite e valutate le modalità, il grado di tolleranza e la capacità del neonato di conservare la stabilità comportamentale e funzionale. Un buon avvio dell'alimentazione garantisce al neonato l'apporto di glucosio utile ad evitare l'**ipoglicemia neonatale**, possibile causa di poco frequenti ma gravissimi esiti neurologici.

Non deve essere trascurato, per la valutazione di "normalità", lo **screening neurologico clinico** basato sulla valutazione di una serie di segni e sintomi clinici, di sicura normalità, che vanno ricercati in ogni neonato prima della dimissione dall'ospedale.

Grande attenzione deve essere rivolta agli **errori congeniti del metabolismo** che derivano dall'impossibilità per una determinata sostanza di essere metabolizzata in seguito ad una mutazione genetica ed al conseguente "difetto di strutturazione" di un enzima. Questi possono essere identificati con lo screening effettuato attraverso l'impiego di test microbiologici, di metodi cromatografici su carta o su colonna e, dagli anni '90, dalla tandem-mass spettrometria.

I test microbiologici sono da tempo disponibili non solo per la fenilchetonuria ma anche per la malattia da sciroppo d'acero (leucina), per l'istidinemia, per l'ipervalinemia, per le ipermetioninemie (omocistinuria), per le tirosinemie e per la galattosemia. Attualmente però la maggior parte degli screening si basano su test destinati all'identificazione del fenotipo biochimico della malattia. Con la tandem-mass spettrometria, invece, è possibile individuare 30-40 errori congeniti del metabolismo tra cui i disordini da accumulo lisosomiale (M. di Fabry, Gaucher e Pompe), i disordini perossisomiali (adrenoleucodistrofia X-linked), la malattia di Wilson, la sindrome dell'X-fragile e la sordità congenita. L'errore metabolico, purtroppo, ancora oggi viene ricercato ad un livello relativamente lontano dall'evento iniziale che è la mutazione genica e per questo la positività allo screening non sempre è indice sicuro di malattia. Di qui la necessità di disporre di un adeguato intervallo di screening, per concludere l'accertamento diagnostico ed iniziare l'eventuale terapia.

Gli screening per le malattie metaboliche congenite sono fondamentali perché associati alla sempre maggiore disponibilità di nuove terapie quali il trapianto di midollo, la terapia enzimatica sostitutiva e l'uso di agenti farmacologici specifici ed aprono nuove prospettive nella cura di malattie, oggi associate ad esiti infausti.

Ufficio Stampa **SIN Società Italiana di Neonatologia**

n.p.r. Health Unit

Giancarlo Panico cell. 3387097814 - Marinella Proto Pisani cell. 3397566685 - Valentina Casertano tel. 0815515441/42
sin@nprcomunicazione.it - www.neonatologia.it

CARDIOPATIE NEONATALI: L'IMPORTANZA DELLA DIAGNOSI PRECOCE

La SIN punta sulla pulsioossimetria per combattere il "pericolo blu"

Le cardiopatie congenite, che riguardano il **6-8 per 1000 dei nati vivi**, costituiscono uno dei grandi temi della neonatologia e della terapia intensiva neonatale.

La maggior parte delle cardiopatie congenite gravi si presenta con segni e sintomi clinici (cianosi, dispnea, soffio cardiaco, aritmie, etc.) che ne permettono l'individuazione nel periodo neonatale precoce (primi sette giorni di vita).

Esiste, tuttavia, una serie di cardiopatie congenite che possono non presentare sintomi clinici alla nascita, ma che si svelano in tutta la loro gravità quando si completa l'adattamento circolatorio.

Alla nascita è ancora pervio il dotto arterioso di Botallo, che nella vita fetale garantisce il normale equilibrio emodinamico cardio-circolatorio, ma che dopo la nascita deve chiudersi, cosa che si verifica in tempi variabili nei giorni successivi alla nascita. La chiusura del dotto arterioso rivela queste cardiopatie, silenti alla nascita, in tutta la loro gravità (alcune incompatibili con la vita) dopo la dimissione dall'ospedale. Sono queste che costituiscono quello che la SIN, Società Italiana di Neonatologia, identifica come il pericolo "blu", che andrebbe affrontato in modo sistematico in tutti i neonati.

Per farlo la SIN, Società Italiana di Neonatologia, propone l'adozione sistematica dello **screening attraverso la pulsioossimetria**, tecnica di facile attuazione e valutazione, ma purtroppo ancora poco diffusa.

L'obiettivo che si è posto la SIN è di promuovere la cultura dello screening attraverso la pulsioossimetria che consente di scoprire la cardiopatia in fase pre-sintomatica od oligosintomatica, in modo da assicurare al neonato la conservazione o il ripristino rapido delle funzioni emodinamiche eventualmente turbate (terapia medica e/o chirurgica).

La pulsioossimetria consente di superare le difficoltà di identificazione delle cardiopatie, anche le più gravi, legate alla povertà di espressione clinica nei primi giorni di vita, mediante la misurazione incruenta della saturazione in ossigeno dell'emoglobina attraverso la cute in punti strategici del corpo. Questo metodo ha la capacità di identificare almeno il **76 % dei cardiopatici** e di escludere la maggior parte dei neonati sani.

Lo screening per le cardiopatie congenite mediante pulsioossimetria è ormai largamente raccomandato ed è specificamente diretto alla precoce identificazione di 7 cardiopatie: l'ipoplasia del ventricolo sinistro, l'atresia della polmonare, la tetralogia di Fallot, il ritorno venoso polmonare anomalo, la trasposizione dei grossi vasi, la atresia della tricuspide e il tronco arterioso. Alcune cardiopatie (24%) purtroppo sfuggono a questo esame che comunque rappresenta un grosso passo avanti nella diagnosi, destinato ad incidere sulla sopravvivenza e sulla qualità della vita di questi neonati.

La SIN si augura che l'adozione della pulsioossimetria, utilizzata come tecnica di screening delle cardiopatie congenite, diventi un cardine dell'assistenza neonatale in tutti i centri nascita. Sarà così che il pericolo "blu" potrà essere limitato, se non evitato.

Ufficio Stampa **SIN Società Italiana di Neonatologia**

n.p.r. Health Unit

Giancarlo Panico cell. 3387097814 - Marinella Proto Pisani cell. 3397566685 - Valentina Casertano tel. 0815515441/42
sin@nprcomunicazione.it - www.neonatologia.it



ITTERO NEONATALE: LE LINEE GUIDA DELLA SIN

Un protocollo per scongiurare il rischio neurologico della bilirubina

L'ittero è un evento fisiologico che si manifesta in **oltre il 50% dei neonati** e nella quasi totalità dei nati pretermine (i prematuri). Generalmente è considerato fisiologico perché l'organismo del neonato deve imparare, nei primi giorni di vita, a metabolizzare una sostanza, la bilirubina, che nella vita fetale viene eliminata attraverso la placenta.

La bilirubina si produce dalla distruzione dei globuli rossi (emocateresi) che nel neonato sono tanti e hanno una vita ridotta rispetto all'adulto e viene eliminata grazie all'attività del fegato la cui maturazione richiede 3-4 giorni. Di per sé un aumento della bilirubinemia non costituisce un grave problema a meno che i livelli non raggiungano valori molto elevati (>20 mg/dl). Il pericolo "giallo" deriva dal fatto che il picco della bilirubinemia può essere raggiunto dopo la dimissione dall'ospedale, specialmente se si attua la dimissione precoce.

Se i livelli di bilirubinemia molto elevati vengono raggiunti dopo la dimissione, il neonato può presentare dei sintomi clinici aspecifici (sonnolenza, torpore o irritabilità, compromissione della suzione, pianto abnorme, alterazione del tono muscolare, opistotono e convulsioni), segno di coinvolgimento neurologico, che se non riconosciuti possono esitare nel grave quadro dell'ittero nucleare (kernicterus), con esiti a lungo termine devastanti con anomalie oculari, disturbi del sonno, difficoltà alimentari, distonia ed incoordinazione, coreo-ateetosi e perdita neuro-sensoriale dell'udito.

Il pericolo "giallo" è comunque evitabile anche perché disponiamo di mezzi terapeutici molto efficaci: la fototerapia e l'exsanguinotrasfusione. La prima consiste nel porre il neonato nudo sotto una luce con peculiari lunghezze d'onda ed è in grado di garantire una riduzione della bilirubinemia in tempi relativamente brevi (6-8 ore); la seconda è una tecnica più cruenta che consente la riduzione rapida della bilirubinemia (1-2 ore) e va riservata ai casi con segni neurologici e in atto o con valori molto elevati di bilirubinemia.

La SIN, Società Italiana di Neonatologia, per contrastare il pericolo "giallo" ha elaborato delle raccomandazioni per il trattamento dell'iperbilirubinemia neonatale. Si tratta di un grosso lavoro di revisione e valutazione della estesa letteratura sull'argomento dell'ittero del neonato, che fornisce un importante punto di riferimento.

Il pericolo "giallo" va affrontato ripristinando un livello di attenzione appropriato da parte di tutti gli operatori sanitari e attuando le impostazioni diagnostico-terapeutiche adeguate dopo aver identificato i neonati a maggior rischio di iperbilirubinemia.

La scarsa attendibilità dei fattori di rischio consiglia oggi di focalizzarsi sulla ricerca di un livello di bilirubinemia che sin dai primi giorni di vita sia predittivo di una iperbilirubinemia a distanza. Il risultato è la elaborazione di un **nomogramma della bilirubina** che, sulla base del valore di bilirubinemia determinato dopo le prime 24 ore di vita, è in grado di identificare i neonati a rischio di iperbilirubinemia grave e tale da richiedere un intervento terapeutico.

Il nomogramma utilizzato in tutti i neonati dimessi dall'ospedale costituisce un mezzo idoneo per programmare un adeguato follow-up dei neonati con iperbilirubinemia evitando ogni rischio neurologico.

Le Raccomandazioni della SIN prevedono anche la possibilità di utilizzare un **Registro dell'iperbilirubinemia grave**, anonimo e volontario, con lo scopo di avere dati oggettivi su cui poter migliorare la strategia preventiva attuata.

Secondo la SIN, uniformando il comportamento sulla base delle Raccomandazioni prodotte si potranno evitare i danni neurologici derivanti dal pericolo "giallo" ai neonati.

Ufficio Stampa **SIN Società Italiana di Neonatologia**

n.p.r. Health Unit

Giancarlo Panico cell. 3387097814 - Marinella Proto Pisani cell. 3397566685 - Valentina Casertano tel. 0815515441/42
sin@nprcomunicazione.it - www.neonatologia.it



NEONATI: ANCORA TROPPO ALTI I RISCHI INFETTIVI

I suggerimenti della SIN contro il pericolo "grigio"

L'incidenza dei rischi infettivi sul neonato è ancora molto alta per le peculiarità immunologiche tipiche del periodo neonatale. Le infezioni neonatali riguardano ancora il **5x1000 dei neonati**, ma varia addirittura tra il 5 e il 30% tra quelli nati prematuri. Può trattarsi di infezioni precoci, per lo più trasmesse dalla madre, o di infezioni tardive, contratte in ambiente ospedaliero.

Tante e diverse le cause delle infezioni precoci: l'inizio intempestivo del travaglio, la rottura prematura delle membrane che supera le 18 ore, la febbre materna al parto, la presenza nella madre dello streptococco di gruppo B, i segni di stress fetale, la tachicardia fetale intrapartum, il liquido amniotico tinto di meconio. Meno numerose e frequenti nel neonato "apparentemente" normale quelle tardive, trasmesse per lo più dall'ambiente.

Mentre le infezioni precoci devono essere affrontate in collaborazione con l'ostetrico, quelle tardive richiedono accorgimenti assistenziali ben noti come l'eliminazione del **sovraccollamento nei reparti neonatologici**, il rispetto del **giusto rapporto infermieri/neonato**, la corretta preparazione e conservazione del latte, la riduzione dei prelievi, l'uso di farmaci monodose, l'impiego di materiali monouso, la sterilizzazione dei palloni di rianimazione e delle mascherine, l'uso di sistemi di aspirazione a circuito chiuso e la riduzione dei giorni di cateterizzazione venosa e di ventilazione meccanica.

Va ricordato che uno dei presidi più efficaci nella limitazione della frequenza delle infezioni è **l'allattamento al seno** che va incentivato in tutti i neonati.

L'insieme di queste misure coinvolge l'intera organizzazione, che in ogni situazione deve assicurare la sorveglianza ed il contenimento degli eventi infettivi.

La misura che più di tutte si è dimostrata in grado di prevenire la trasmissione di agenti patogeni e quindi delle infezioni correlate all'assistenza è l'accurato e sistematico **lavaggio delle mani**, come è dimostrato dalla quasi totalità dei lavori pubblicati in letteratura.

Esistono tre modalità di lavaggio delle mani a seconda del grado di rischio delle attività da svolgere: il lavaggio igienico, il lavaggio antisettico ed il lavaggio chirurgico.

Il neonatologo conosce tutte queste problematiche e organizza la propria attività con il preciso intento di diagnosticare precocemente e trattare le infezioni e di fornire consigli idonei alla prevenzione.

Alcune infezioni potrebbero manifestarsi anche dopo la dimissione dall'ospedale, soprattutto nei neonati a termine. In questo caso è difficile dare delle indicazioni precise anche a causa della aspecificità dei sintomi con i quali le infezioni si possono manifestare.

Un'infezione tardiva neonatale si manifesta con problemi alimentari (scarsa richiesta di latte) o digestivi (vomito, diarrea), con variazioni del comportamento (irritabilità o apatia), con disturbi della termoregolazione (ipotermia o febbre), con problemi di accrescimento (ridotto o nullo).

Un buon rapporto tra genitori e Pediatra è il miglior sistema per gestire il rischio infettivo post-dimissione.

Alcune regole pratiche da seguire una volta tornati a casa

- 1) Garantire al bambino un ambiente confortevole, ben aerato e senza esporlo a fumo passivo
- 2) Creare al piccolo un ambiente adeguato nella culla o nella carrozzina, curando l'igiene degli indumenti
- 3) Lavarsi adeguatamente le mani prima di manipolare il piccolo
- 4) Limitare il numero di visite da parte di ospiti, soprattutto di quelli potenzialmente infetti (bambini con sintomi respiratori o gastroenterici)
- 5) Valutare lo stato generale del bambino come comportamento, alimentazione e accrescimento
- 6) Far controllare il bambino al Pediatra in caso di problemi di alimentazione e/o di accrescimento

Ufficio Stampa **SIN Società Italiana di Neonatologia**

n.p.r. Health Unit

Giancarlo Panico cell. 3387097814 - Marinella Proto Pisani cell. 3397566685 - Valentina Casertano tel. 0815515441/42
sin@nprcomunicazione.it - www.neonatologia.it



XIX Congresso Nazionale SIN Società Italiana di Neonatologia, Firenze 28 - 30 ottobre

In Italia nascono oltre **500.000 neonati** all'anno
Mortalità neonatale **2,72 per 1000 nati**

4 "pericoli" per il neonato, associati a **4 colori** differenti: giallo, bianco, grigio e blu.

Pericolo giallo: ittero neonatale

Oltre il 50% dei neonati ha un ittero cutaneo evidente
12-15% ha una iperbilirubinemia (>12 mg/dl)
3-5% richiede un trattamento

Pericolo bianco: encefalopatie ed errori congeniti del metabolismo

- *Encefalopatie:*

1-3 per mille nati

Di questi il **30% muore** e il **45% ha dei danni neurologici gravi**

- *Malattie metaboliche:*

Con la *tandem-mass spettrometria* è possibile individuare **30-40 errori congeniti** del metabolismo.

Gli screening ormai universali riguardano la fenilchetonuria, la leucinosi, la galattosemia, la fibrosi cistica, l'ipotiroidismo congenito e la sindrome adreno-genitale.

Pericolo grigio: infezioni

- *Nati a termine:* **1% può avere infezioni** nel periodo Neonatale quasi sempre a trasmissione verticale (dalla madre)

Un certo numero di neonati ha infezioni tardive, ma il numero non è quantificabile per mancanza di dati epidemiologici precisi.

- *Nati pre-termine:* incidenza di infezione inversamente proporzionale all'età gestazionale

In neonati con grave prematurità (età gestazionale <32settimane e peso alla nascita <1500 grammi) **circa il 50%** ha un dubbio di sepsi e **il 30%** ha almeno un episodio di sepsi (quasi sempre a trasmissione orizzontale -dall'ambiente- infezioni nosocomiali)

Pericolo blu: cardiopatie congenite

riguarda il **6-8 per 1000 dei nati vivi**; *screening per pulsosimetria*, identifica il **76 % dei cardiopatici** e permette di identificare **7 cardiopatie**.

Ufficio Stampa **SIN Società Italiana di Neonatologia**

n.p.r. Health Unit

Giancarlo Panico cell. 3387097814 - Marinella Proto Pisani cell. 3397566685 - Valentina Casertano tel. 0815515441/42
sin@nprcomunicazione.it - www.neonatologia.it