

il Pediatra

www.ilpediatranews.it

 **tecniche nuove**
www.tecniche nuove.com



Intervista
La road map della neonatologia italiana
Incontro con Luigi Orfeo presidente SIN

Inchiesta
La resistenza agli antibiotici
Una minaccia da affrontare in maniera coerente e condivisa

Focus MICI
Malattie Croniche Intestinali
Prevenzione e diagnosi precoce

In questo numero
ECM
EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA
22,5 CREDITI NEL 2022 ONLINE



Armenia

Intervista

di Mariella Di Stefano

La road map della neonatologia italiana

Dr. Orfeo, Lei ha individuato tra le questioni all'ordine del giorno per la neonatologia del nostro Paese la denatalità, la riorganizzazione dei Punti nascita e una maggiore uniformità dell'assistenza nelle diverse aree del Paese. Qual è lo stato dell'arte di queste tre macroaree?

Pur essendo noi osservatori privilegiati, la denatalità non è un problema della sola neonatologia. Con circa 404.000 nascite nel 2020 l'Italia è fanalino di coda in Europa e l'ISTAT prevede che nel 2021 questa cifra possa ulteriormente calare fino a 385.000. Si auspica che l'atteso miglioramento della situazione economica possa contribuire a un leggero aumento della natalità nei prossimi anni, ma perché ciò possa avvenire sono innanzitutto necessarie politiche economiche e sociali che aiutino la donna a conciliare lavoro e famiglia. Politiche che sono comprese nel Family Act, già legge dello Stato, ma di cui si attendono ancora i decreti attuativi. Resta carente in Italia la parte dei congedi parentali, soprattutto per il padre, rispetto ad altri Paesi europei. Un discorso analogo riguarda gli asili nido, che sono frequentati soltanto dal 30% dei bambini della fascia 0-3 anni, facendo ancora grande affidamento sul welfare familiare. È, dunque, fondamentale cambiare l'atteggiamento culturale nei confronti della famiglia e occorre farlo tempestivamente. Sul secondo tema, lo scorso anno la SIN ha

stilato gli 'Standard Organizzativi per l'Assistenza Perinatale', che hanno definito caratteristiche e necessità dei reparti di Neonatologia su tutto il territorio nazionale. Un documento importante solidamente fondato su evidenze scientifiche, che intende offrire a tutti gli operatori impegnati nell'assistenza neonatale e ai decisori istituzionali indicazioni sugli aspetti tecnici e organizzativi, utili per migliorare l'assistenza e di conseguenza le prestazioni dei punti nascita, e suggerimenti su risorse, strumenti da utilizzare e obiettivi da raggiungere. Questo progetto adegua, 22 anni dopo l'ultima edizione dei "Requisiti e Raccomandazioni per l'assistenza perinatale", lo scenario assistenziale di gravidanza, parto e nascita che, a fronte degli ultimi importanti cambiamenti, richiedeva un nuovo approccio organizzativo. Nei prossimi anni dovremo, dunque, impegnarci per applicare questi standard in maniera uniforme sull'intero territorio nazionale.

Qual è la fotografia attuale?

Perdurano purtroppo differenze nell'assistenza non soltanto tra Nord e Sud del Paese, ma anche tra i grandi ospedali metropolitani e i piccoli ospedali di provincia. Ciò non determina soltanto un'inevitabile diversità in termini di intensità e complessità delle cure, ma influisce anche sulla loro qualità. Molti ospedali periferici soffrono, infatti, di carenze strutturali, di personale, di tecnologie e non sono quindi in grado di offrire lo stesso



“La rete dei Punti nascita e il comparto materno-infantile diventano strategici per riportare al centro il neonato e i bambini. Se vogliamo invertire la tendenza alla denatalità in corso dobbiamo investire sul futuro delle famiglie italiane”: la nostra intervista al neopresidente della Società italiana di Neonatologia (SIN) Luigi Orfeo

livello di servizio delle grandi strutture. Ora è evidente che questa sperequazione non è accettabile, dato che un bambino che nasce in Italia ha diritto allo stesso tipo di qualità delle cure in qualunque area del Paese. Più che parlare semplicemente di divario Nord-Sud, si deve inoltre considerare che questa differenza ha spesso una matrice socio-economica: in alcune aree del Sud, ad esempio, la popolazione immigrata non è integrata e

Neonatologia italiana

in queste sacche di disagio le gravidanze sono seguite male, i parti non vengono programmati nel modo giusto e ciò si riflette anche in un diverso tasso di mortalità neonatale.

L'Italia ha contribuito agli 'Standard Assistenziali Europei per la Salute del Neonato della European Foundation for the Care of Newborn Infants': quali sono le differenze tra i due documenti?

Il documento europeo è un progetto interdisciplinare per la cura dei prematuri incentrato soprattutto sui concetti di accoglienza, assistenza e qualità. Elaborato da un gruppo di lavoro internazionale di esperti di oltre 30 Paesi e supportato da 108 società e associazioni sanitarie e, per la prima volta, da 50 organizzazioni di genitori. Ha l'obiettivo di assicurare cure neonatali eque e di elevata qualità abbracciando un nuovo modello di cura volto a garantire benessere, salute e sviluppo all'intero bambino e la relazione con la famiglia, unendo tecnologia e cura della relazione e lavorando sulla prevenzione.

In questa visione un dato importante su cui riflettere nei prossimi anni riguarda l'accessibilità dei reparti di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) 24/24 h, partendo dall'assunto che i genitori non possono essere considerati dei semplici visitatori, ma sono parte integrante del processo terapeutico del bambino. Le TIN dovrebbero essere aperte tutte senza limitazioni di orario, ma si tratta, purtroppo, di un obiettivo non ancora centrato. Infatti, se nell'Italia settentrionale le TIN sono aperte all'88% e in quella centrale intorno al 60%, nel sud la percentuale si attesta al 35%. Queste differenze devono essere modificate, anche in considerazione di un altro aspetto di primaria importanza. Per tutti i bambini, e a maggior ragione per i più fragili



Pediatra Neonatologo, Luigi Orfeo esercita la professione dal 1982, quando ha iniziato a lavorare presso la Cattedra di Chirurgia Pediatrica dell'Università Federico II di Napoli, dove si è laureato in Medicina. Dal 1988 al 1994 ha lavorato presso il Centro di Rianimazione e Terapia Intensiva Neonatale e Pediatrica dell'Ospedale Santobono di Napoli, con assegnazione specifica al settore neonatale. Successivamente e fino al 2002 è stato dirigente medico presso il reparto di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale Evangelico Betania di Napoli. Per 13 anni è stato direttore dell'Unità Operativa Complessa di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale dell'Azienda Ospedaliera "G. Rummo" di Benevento (oggi S. Pio), dove dal 2007 ha ricoperto la carica di Direttore del Dipartimento Materno Infantile. Dal 1° settembre 2015 ricopre l'incarico di Direttore della UOC di Neonatologia e TIN presso l'Ospedale San Giovanni Calibita FBF Isola Tiberina Roma, dove svolge attualmente le funzioni di Sovrintendente Sanitario. Già Presidente regionale per la Campania della SIN dal 2007 al 2010, dal 2013 è stato prima consigliere nazionale e poi tesoriere della SIN, è il Presidente in carica della Società Italiana di Neonatologia.

come sono i prematuri, il latte materno è il farmaco più potente che abbiamo a disposizione, in grado di condizionare in maniera determinante gli esiti più importanti delle nostre terapie. La presenza della madre in reparto è decisiva.

Quanto ha influito su questo aspetto la pandemia da Coronavirus?

Tanto, soprattutto nel primo periodo di lockdown, quando non tutti eravamo preparati a gestire la complessità dell'epidemia e i suoi risvolti pratici e organizzativi. La SIN, tuttavia, è stata la prima a dare l'indicazione di non separare la madre dal neonato, anche quando le società scientifiche di altri Paesi, come quella statunitense, seguivano orientamenti diversi. Le nostre indicazioni sono state di mantenere uniti la madre e il bambino, osservando tutte le precauzioni del caso, continuare con l'allattamento al seno e mantenere il contatto pelle a pelle subito dopo il parto. E questo orientamento, dove è stato seguito, non ha determinato un aumento dei casi di contagio madre-bambino, che si sono attestati su percentuali basse, intorno al 2%. A tale proposito l'indagine conoscitiva nazionale sulle pratiche di assistenza neonatale durante la pandemia da Covid-19, condotta dalla SIN sui Punti nascita italiani di II livello, ha rilevato che dopo un primo periodo di incertezze, l'apertura è stata praticata o incoraggiata nel 67,8% dei centri, ridotta di durata o frequenza nel 31% e sospesa nell'1,1% dei casi. Complessivamente, dunque, in Italia la continuità di relazione madre/bambino è stata mantenuta e anche chi in prima battuta aveva mostrato qualche perplessità, ha compreso, sulla base dei dati, che non costituiva un fattore di rischio.

Il concetto 'Zero Separation' è stato ribadito anche in occasione della Giornata Mondiale della Prematurità del 17 novembre

Intervista

scorso, sottolineando come il ruolo fondamentale dei genitori accanto al bimbo ricoverato in TIN debba essere preservato sempre, anche in epoca Covid.

Ogni anno nascono in Italia oltre 30.000 prematuri: la pandemia ha influito su queste percentuali?

La malattia da Covid-19 determina un aumento di tutte le patologie che conducono al parto prematuro e di conseguenza per le donne affette da Covid la percentuale aumenta, raggiungendo l'11,2% a livello nazionale, con punte del 12/13% nella regione Lazio. Questo dato mette in ulteriore risalto l'importanza della vaccinazione anti-Covid in gravidanza per due ragioni: innanzitutto perché nelle donne gravide la malattia è più grave e in secondo luogo perché aumenta il rischio di parto prematuro, quindi anche i rischi per il neonato. Le indicazioni della SIN sono molto precise: i vaccini a mRNA sono sicuri sia per le donne in gravidanza, sia per le donne che allattano e non esistono controindicazioni diverse dal resto della popolazione.

Quali sono le principali eccellenze e criticità dell'assistenza ai prematuri?

L'Italia è tra i Paesi con il più basso tasso di mortalità al mondo di neonati molto prematuri, cioè di peso inferiore a 1500 grammi, e la neonatologia è un'area di eccellenza della sanità pubblica. Restano le differenze tra Nord e Sud e tra centri città e periferie, ma anche dove la percentuale di sopravvivenza è più bassa resta comunque in linea, se non migliore, con quella di Paesi molto avanzati dal punto di vista sanitario, come Germania, Svizzera o Regno Unito. Puntiamo comunque a una maggiore uniformità, su cui incidono particolarmente i determinanti socio-economici. Sono tanti e diversi i fattori che

influiscono sull'esito di una nascita pretermine, dall'incidenza della povertà, all'accessibilità alle cure e alla prevenzione, la mancanza di servizi e infrastrutture nelle zone disagiate, percorsi di accompagnamento alla gravidanza poco diffusi.

Cosa sappiamo sull'andamento nel tempo delle condizioni di salute complessiva dei neonati prematuri?

L'eccellenza delle cure per i neonati prematuri e/o a rischio prosegue dopo la dimissione, con servizi e programmi di follow-up mirati a una precoce identificazione di anomalie di sviluppo e all'attuazione di interventi per migliorare la qualità di vita dei bambini e delle famiglie. Il quadro complessivo del follow-up neonatale in Italia, fotografato dall'Indagine conoscitiva della SIN, appare positivo. Tutti i reparti di terapia intensiva hanno programmi di follow-up multidisciplinari, che coinvolgono quindi non solo il neonatologo, ma altri specialisti come il neuropsichiatra infantile, l'ortopedico, l'osteopata ecc. Il follow-up è garantito, nella maggior parte dei Servizi, fino a 2-3 anni. La sopravvivenza negli anni è notevolmente migliorata, come anche la sopravvivenza senza malattie importanti. Restano tuttavia alcune criticità. Ad esempio, sono ancora pochi i servizi che riescono a prolungare il follow-up fino all'ingresso del bambino a scuola, come sarebbe invece auspicabile. Infatti alcuni prematuri, soprattutto i più gravi, possono manifestare nel tempo disturbi dell'apprendimento e del linguaggio, che si riesce a individuare solo con l'ingresso nella scuola e che sfuggono se si interrompono i controlli troppo presto. Sono necessarie, dunque, risorse strutturali e di personale adeguate alle quali la SIN da sola non riesce a sopperire.

L'allattamento al seno resta un obiettivo fondamentale di salute pubblica: quali strumenti attua la SIN per promuoverlo?

I dati italiani sull'allattamento materno sono buoni anche se migliorabili. In realtà alla dimissione dall'ospedale la quasi totalità delle donne pratica l'allattamento al seno, a partire dal terzo mese, tuttavia, le percentuali si aggirano intorno al 50% e calano al 30% a 6 mesi, mentre l'OMS promuove l'allattamento esclusivo al seno almeno fino al sesto mese. La realtà è che sul territorio le donne non hanno il giusto sostegno per continuare ad allattare e la diffusa precarietà del lavoro non tutela adeguatamente la maternità. La SIN ha istituito una Commissione specifica per l'allattamento al seno e per lo sviluppo delle banche del latte umano donato (BLUD), organizza corsi ad hoc rivolti agli operatori del Materno-infantile, affinché tutti siano adeguatamente informati per fornire alla donna le informazioni corrette.

Infine, quali azioni prioritarie intende intraprendere nel suo triennio di presidenza?

Innanzitutto ortare avanti un'attività di partnership con le istituzioni sanitarie regionali e nazionali per riuscire ad attuare la riorganizzazione e ottimizzazione dei Punti Nascita sul territorio nazionale, con la definizione di regole di comportamento uniformi. In più, come ogni società scientifica, la SIN si impegna a promuovere una formazione di qualità focalizzando l'attenzione sui giovani pediatri per fidelizzarli il più possibile alla neonatologia ospedaliera, tassello importante del nostro sistema sanitario. Una formazione di qualità è, dunque, un impegno costante per la SIN, insieme al sostegno alla ricerca in neonatologia con erogazione di borse di studio. ■