



La nuova indagine della Società Italiana di Neonatologia sull'organizzazione dell'assistenza in Sala Parto



Roma, 10 ottobre 2020 - Circa il 5-10% di tutti i neonati richiede una forma attiva di sostegno nel momento di passaggio alla vita extrauterina e circa l'1% ha bisogno di essere ventilato subito dopo la nascita. Si stima che la rianimazione neonatale correttamente eseguita possa salvare nel mondo circa 700.000 vite ogni anno.

Allo scopo di fotografare la situazione relativa alle pratiche di rianimazione neonatale in Italia e in Europa, la *Union of European Neonatal and Perinatal Societies (UENPS)*, in collaborazione con la Società Italiana di Neonatologia (SIN) e il suo Gruppo di Studio di Rianimazione Neonatale, ha realizzato una Survey, che rappresenta il punto di partenza per la creazione di un network collaborativo, italiano ed europeo.

I risultati dell'indagine, presentati in occasione del XXVI Congresso Nazionale della SIN, a Venezia dal 7 al 10 ottobre, permetteranno di rilevare i punti comuni, le differenze e le tendenze tra i neonatologi, i pediatrie tutte le figure professionali sanitarie coinvolte.



Prof. Fabio Mosca

I dati, raccolti dal 1 febbraio al 1 luglio 2020 e relativi ai punti nascita dei centri di II livello, si basano su un questionario, inviato a tutti i Direttori delle Terapie Intensive Neonatali (TIN) italiane dotate di punto nascita. La risposta è stata del 92.5% (111/120) dei centri, con una media del numero di parti di 1.634. Solo l'11% era sotto i 1.000 parti.

Dai risultati è emerso che, in previsione della nascita di un bimbo estremamente prematuro o con patologie diagnosticate prima del parto, nel 90% dei centri viene programmato di routine un incontro con i genitori, come suggerito dalle linee guida vigenti.

Nel 62% dei centri il team di rianimazione è presente a tutti i parti, a rischio e non.

Tra i centri intervistati, il clampaggio posticipato del cordone ombelicale è applicato per il 95% nei nati a termine da parto vaginale, per il 67% nei nati a termine da taglio

cesareo elettivo e per il 26% nei nati a termine da taglio cesareo in emergenza. Per i neonati moderatamente pretermine (33-36 settimane), invece, il clampaggio posticipato del cordone ombelicale è applicato nell'81% dei centri per i nati da parto vaginale, nel 52% dei centri per i nati da taglio cesareo. Nel 17% dei centri è possibile effettuare una rianimazione completa a cordone ombelicale integro, per mezzo di un apposito carrello per la rianimazione neonatale adeguatamente attrezzato.

Numerosi lavori scientifici dimostrano che attendere almeno un minuto prima di clampare il cordone ombelicale alla nascita, nei neonati che non hanno bisogno di rianimazione, ha importanti vantaggi. Tra questi, l'aumento della concentrazione di globuli rossi, di immunoglobuline e di cellule staminali nel sangue, l'aumento delle riserve di ferro che riducono l'anemia nei primi mesi di vita e un possibile miglioramento dello sviluppo neuro-cognitivo a 4-5 anni. L'OMS raccomanda infatti di tagliare il cordone dopo 1-3 minuti dalla nascita.

Nei neonati pretermine (<37 settimane), una recente revisione della letteratura scientifica riporta l'associazione tra il clampaggio posticipato del funicolo di circa 30-60 secondi e una riduzione della mortalità.

Mentre questa strategia però è facilmente applicabile per il neonato che alla nascita non mostra problemi di adattamento, è più difficile realizzarla quando c'è la necessità di manovre rianimatorie. Vi sono alcuni importanti studi in corso che hanno lo scopo di valutare se questa pratica possa avere dei vantaggi anche nei neonati che necessitano di rianimazione.

“Tra le manovre rianimatorie, somministrare le corrette dosi di ossigeno e ventilare adeguatamente i polmoni del neonato alla nascita, soprattutto se prematuro, sono processi molto delicati che possono essere svolti correttamente solo se il personale è adeguatamente preparato e la strumentazione a disposizione è idonea” afferma il prof. Fabio Mosca, Presidente della SIN.

Il 98% dei centri italiani intervistati ha in Sala Parto l'attrezzatura appropriata (miscelatore aria/ossigeno e saturimetro); il 91% utilizza di routine il sistema a T, lo strumento più idoneo per la ventilazione del neonato e il 90% ha in

dotazione una maschera laringea, uno strumento alternativo salvavita per gestire i casi particolarmente difficili.

Parte integrante della rianimazione del neonato, così come del bambino e dell'adulto, è anche il rilevamento della frequenza cardiaca (FC). Negli ultimi anni il rilevamento della FC alla nascita è stato oggetto di numerosi studi in neonatologia. Vi sono diversi modi per valutare la FC, l'utilizzo di un fonendoscopio e la palpazione alla base del cordone ombelicale sono sicuramente i più utilizzati.

Le linee guida più recenti suggeriscono che l'utilizzo di un elettrocardiografo (monitor ECG) con soli tre elettrodi, molto semplice da utilizzare, può avere dei vantaggi importanti nel monitoraggio della FC durante la rianimazione neonatale. La Survey della SIN ha documentato che circa la metà dei centri italiani di II livello utilizza l'ECG 'semplificato' in Sala Parto.

In fase di rianimazione occorre infine garantire e coordinare le competenze di tutti i professionisti coinvolti (neonatologi, pediatri, anestesisti, ginecologi, infermieri, ostetriche). Ogni ritardo o errore nelle procedure potrebbe avere delle conseguenze molto gravi per quel bambino, la sua famiglia e l'intera equipe. La formazione quindi, sempre richiesta in medicina, deve essere costante e continua anche nella rianimazione neonatale, con dei corsi specifici per il personale della Sala Parto.

Dal 1994 la SIN sostiene i corsi di rianimazione neonatale su tutto il territorio nazionale, grazie ad una politica di regolare formazione ed aggiornamento. Nell'86% dei centri intervistati sono organizzati regolarmente corsi di rianimazione neonatale e per l'82% con una cadenza di 6-24 mesi.

“Oltre alla conoscenza delle procedure rianimatorie e degli algoritmi, alla formazione tecnica individuale e di gruppo, il personale che lavora in Sala Parto dovrebbe ricevere anche una formazione etica. È importante saper comprendere quando iniziare e quando astenersi dalla rianimazione, ma anche quando è il momento di fermarsi. Questa decisione non può essere personale, ma deve essere indirizzata da linee guida nazionali e internazionali, che tengano

conto degli esiti della rianimazione a breve e a lungo termine e deve essere sempre presa insieme ai genitori, nel massimo rispetto e con l'obiettivo di garantire il meglio per il loro bambino" continua il Presidente.

In conclusione, i dati della Survey mostrano un'ottima aderenza dei centri italiani di II livello alle linee guida vigenti, risultato ottenuto grazie all'impegno costante della Società Italiana di Neonatologia e del Gruppo di Studio di Rianimazione Neonatale nell'ambito della formazione e dell'aggiornamento.