

Un laboratorio della conoscenza intitolato a Carlo Corchia per travalicare i confini disciplinari e incidere sulla realtà

Vittorio Basevi

Coordinatore scientifico, Commissione nascita, Regione Emilia-Romagna, Bologna

Il 9-11 settembre 2021 si sono tenute le *Giornate di epidemiologia*. La pandemia aveva costretto, nel 2020, il Laboratorio della conoscenza Carlo Corchia (LCC) – che le promuove – a rinunciare al proprio appuntamento annuale. Quel percorso, solo momentaneamente interrotto, è ora ripreso, lungo il filo rosso distintivo del Laboratorio, dissimile da quello di ogni altra società professionale: «un approccio [non semplicemente] interdisciplinare, ma sulle linee di connessione e di sovrapposizione tra le diverse discipline scientifiche [rimettendole] in gioco» [1].

Lo scorso giugno, professioniste e professionisti che hanno dato vita a LCC si sono incontrati in Firenze per definire l'organizzazione delle *Giornate*. In quei giorni, l'ingresso di Palazzo Strozzi era sovrastato da una installazione di JR, dal titolo *La ferita* [2], riprodotta in copertina dello speciale dedicato all'evento da *Quaderni acp*. Nel collage fotografico realizzato dall'artista francese venivano mostrati – attraverso l'illusione anamorfica dello squarcio delle pareti – ambienti interni del palazzo e opere iconiche delle gallerie d'arte fiorentine. Modificata da quest'opera, la facciata di Palazzo Strozzi è divenuta il palcoscenico spettacolare della ferita patita da tutte le istituzioni culturali, comprese quelle scientifiche, costrette dalla pandemia a tenere chiuse le proprie porte.

Alcune di quelle porte sono ora socchiuse o stanno riaprendo, ma vi sono ferite della pandemia, invece, che hanno assunto carattere suppurativo e non sarà facile guarire. Le regole coercitive osservate nei reparti di ostetricia, nelle sale parto, nelle neonatologie e nelle terapie intensive neonatali (ciò che è stato descritto come il “cortocircuito anche semantico – che diventa però sostanziale – tra i termini ‘visitatore’, ‘parente’, ‘partner’, ‘caregiver’, ‘genitore’” [3]) hanno messo in luce un ritardo culturale strutturale di cui, in molti, non eravamo pienamente edotti.

Lo studio prospettico italiano population-based dell'Istituto superiore di sanità ha incluso 525 donne SARS-CoV-2 positive, 44,8% delle quali asintomatiche, che hanno partorito fra il 25 febbraio e il 31 luglio 2020 [4]. La presenza della persona di sostegno è stata garantita solo nel 51,9% dei casi; 39,0% delle madri sono state separate al parto dai nati; il contatto pelle-a-pelle è stato praticato nel 26,6% dei casi, il rooming-in nel 72,1%, l'allattamento materno nel 79,6%. Osservazioni personali depongono per una sovrastima di questi tassi.

La direzione delle conoscenze disponibili, tuttavia, è univoca: la separazione della gravida dalla persona di sostegno durante il ricovero e dal neonato dopo il parto, pur in periodo pandemico, è gravata da un rapporto beneficio/danno nettamente sfavorevole. In Paesi a basso e medio reddito, nel 2020-21, sono state stimate tra 188.000 e 273.000 le morti infantili attribuibili alla separazione madre-neonato e alla negazione o sospensione dell'allattamento al seno in donne con infezione da SARS-CoV-2, addizionali alle 1.800-2.800 che gli studi di sopravvivenza stimano direttamente ascrivibili a Covid-19 [5].

Nelle interviste semistrutturate – condotte con 22 donne che avevano partorito in un ospedale dell'Italia settentrionale fra marzo

e aprile 2020 – gli elementi emersi come maggiormente traumatici della loro esperienza sono stati la brusca separazione familiare, l'autoisolamento, il trasferimento in un centro di riferimento, l'impossibilità per il partner di presenziare alla nascita e il contatto fisico limitato con il neonato [6].

In un campione di 163 coppie madre-bambino – arruolate fra maggio 2020 e gennaio 2021 in otto ostetricie dell'Italia settentrionale – è stata rilevata un'associazione fra stress emotivo e sostegno sociale parziale in gravidanza e sintomi ansiosi materni più elevati; l'ansia materna postnatale è risultata collegata alla regulatory capacity dei bambini a 3 mesi, mediata da stress genitoriale e legame madre-bambino [7].

Questi elementi hanno fatto emergere la fragilità di quelli che erano considerati inalienabili diritti riproduttivi, rimessi in discussione in un contesto di re-medicalizzazione della nascita, mancata definizione del rapporto beneficio/danno degli interventi, frammentazione professionale [8].

Gli abstract del convegno, disponibili online nella versione elettronica di questo articolo, documentano la misura nella quale LCC concretizza il proprio proposito di connettere ambiti disciplinari diversi nel confronto sul metodo scientifico, sulla produzione di conoscenze, sull'efficacia dei trattamenti, sul loro impiego appropriato, sulla costruzione di indicatori per valutare l'assistenza e le cure, sugli strumenti di trasferimento dei risultati della ricerca (quella valida) nella pratica; nella nuova consapevolezza di una realtà non solo in rapida trasformazione, ma nella quale gli obiettivi raggiunti possono essere con indifferenza travolti.

✉ vittorio.basevi@libero.it

1. Home page. Scienza&Politica. <https://scienzaepolitica.unibo.it> [data di consultazione: 9 luglio 2021].
2. JR. *La ferita/The wound*. Marsilio, 2021.
3. A. Coscia, P. Cavicchioli, P. Strola. “Così lontano, così vicino”: nascere ai tempi del coronavirus. *Medico e Bambino* pagine elettroniche 2020;23(5):95-98.
4. Donati S, Corsi E, Salvatore MA, et al. Childbirth Care among SARS-CoV-2 Positive Women in Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Apr 16;18(8):4244.
5. Rollins N, Minckas N, Jehan F, et al. A public health approach for deciding policy on infant feeding and mother-infant contact in the context of COVID-19. *Lancet Glob Health*. 2021 Apr;9(4):e552-e557.
6. Fumagalli S, Ornaghi S, Borrelli S, et al. The experiences of childbearing women who tested positive to COVID-19 during the pandemic in northern Italy. *Women Birth*. 2021 Jan 9;S1871-5192(21)00001-9.
7. Provenzi L, Grumi S, Altieri L, et al. Prenatal maternal stress during the COVID-19 pandemic and infant regulatory capacity at 3 months: A longitudinal study. *Dev Psychopathol*. 2021 Jul 2;1-9.
8. Benaglia B, Canzini D. “They Would Have Stopped Births, if They Only Could have”: Short-and Long-Term Impacts of the COVID-19 Pandemic-a Case Study From Bologna, Italy. *Front Sociol*. 2021 Apr 22;6:614271.

Quaderniacp

www.quaderniacp.it

Bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici della Associazione Culturale Pediatri

www.acp.it



Photo © Enrica Perrone. Per gentile concessione dell'autrice

**Giornate di Epidemiologia “Carlo Corchia”
Firenze 9-11 settembre 2021**

Lo studio SONAR... oltre Carlo: quale rapporto tra risorse ed esiti? Bellù R., Zanini R., Gagliardi L. e il SONAR Study Group	8	Marcatore antropometrici molto precoci di malattia cardiovascolare in gemelli spontanei e da PMA: la coorte di nascita gemellare MUBICOS Brescianini S., Nisticò L., Medda E., Fagnani C., Toccaceli V., Alviti S., Arnofi A., Stazi M.A.	14
La variabilità tra ospedali è una forma di disuguaglianza, e come tale va quantificata, studiata e ridotta Gagliardi L.	8	Outcome ostetrici e perinatali in una coorte contemporanea di gravidanze gemellari bicoriali Bolzonella S., Seravalli V., Maoloni .L., Di Rienzo G., Gizzi A., Di Tommaso M.	14
Il sogno di Carlo: il Polo Pediatrico del Salento Tornesello A.	8	Progetto per tracciare carte auxologiche neonatali specifiche per nati da gravidanza bigemina Coscia A., Vai S., Spada E.	14
Revisione sistematica di intervento secondo la metodologia Cochrane: un update 10 anni dopo Nava C., Maccioni C., Bellù R.	9	Gli studi qualitativi: un esempio Cuttini M.	15
Valutazione della qualità delle linee guida in neonatologia mediante metodo AGREE II Lauriola S., Nava C., Addis C., Condò M., Bellù R.	9	Comunicare i risultati... e valutarne l'effetto (tavola rotonda) Basevi V., Bestetti G., Gangemi M.	16
La realizzazione di un RCT multicentrico: criticità e possibili soluzioni. L'esperienza dello studio ENTARES. Maggiara E., Cresi F., Borgione S.M., Spada E., Ferroglia M., Bertino E., Coscia A.	9	Presentare dati e riflessioni: siamo strumenti dello strumento? Capuano C.	16
Il modello della sorveglianza ItOSS (mortalità materna) a sostegno della ricerca-intervento Donati S., Maraschini A., Lega I., D'Aloja P., Buoncrisiano M., Andreozzi S, Bucciarelli M.	10	La coorte nati italiana Piccolipiù Rusconi F., Brescianini S., Culasso M., Farchi S. , Forastiere F., Gagliardi L., Pizzi C., Porta D., Richiardi L., Ronfani L., Stazi A, e il Gruppo di Ricerca Piccolipiù.	16
Raccolta e analisi dei dati come opportunità di crescita per il team: l'esempio ostetrico della emorragia post partum Maini M.I., Dell'Oro S., D'Andrea L., Vergani P.	10	NAscere e creSCere in ITALIA (NASCITA) Clavenna A., Pansieri C., Pandolfini C., Cartabia M., Zanetti M., Zanetto F., Bonati M.	17
L'importanza di una raccolta dati area-based: l'esempio della mortalità neonatale in Emilia-Romagna Gargano G., Formisano D., Battaglia S., Perrone E.	10	VLBW: tre coorti area based, confronto in parallelo e longitudinale D. Merazzi	17
Encefalopatia ipossico-ischemica del neonato e trattamento ipotermico neonatale: Indagine retrospettiva regionale Fieni S., Angeli L., Perrone E.	11	Predittori di obesità e sovrappeso nei bambini di 6 anni in Trentino: risultati di uno studio di coorte (progetto LINFA) Pertile R., Bombarda L., Pedron M., Betta M., Piffer.	17
La conoscenza prodotta dalla Sorveglianza Bambini 0-2 anni dell'Istituto Superiore di Sanità per la promozione della salute nei primi 1000 giorni. Pizzi E., Salvatore M.A., Lauria L. Buoncrisiano M., Donati S., Spinelli A. e Gruppo Sorveglianza Bambino 0-2 anni 2017-2020	11	Il progetto ReCAP: una piattaforma per l'analisi condivisa delle coorti perinatali in Europa Marina Cuttini	18
Il diritto di contare Bonilauri A.; Montali E.	11	La crisi della medicina Panei Pietro	18
Ti presento i miei! Stampa E, Romiti L.	12	Fattori di rischio materni uterini ed extrauterini per la valutazione del rischio del parto pretermine Caglioni M., Miglioli C., Canini M., Tiberio F., Mosser K., Vignotto E., Pozzoni M., Spinillo S., Cassano G., Gallo D., Lorioli L., Poloniato A., Barera G., Candiani M., Falini A., Baldoli C., Cavoretto P., Della Rosa P.A.	19
Covid tra paura, trauma e regressione: cosa succede ai nostri gruppi di lavoro? Speri L.	12	Associazione tra il peso pregravidico, l'incremento ponderale materno e la nascita di bambini SGA e LGA Daniela Menichini, Enrica Perrone, Lucrezia Pignatti, Isabella Neri, Fabio Facchinetti, Giuseppe Chiossi	19
I Big Data... e noi (tavola rotonda) partecipano: Bellù R., Corrao G.; Loghi M. conduce: Basevi V.	12	Monitoraggio a campione (mese di maggio) dei tassi di allattamento in un punto nascita lombardo durante le fasi di accreditamento come Ospedale Amico del Bambino e durante la Pandemia Covid19 Poloniato A., Garbetta G., Mora S., Barera G. e il gruppo multidisciplinare BFHI-OSR	20
Riflessioni sul ruolo ed il finanziamento della epidemiologia perinatale e pediatrica in italia Fabio Focarile	13	Proposta di un percorso di assistenza ostetrico-neonatalogica per implementare la cura della diade madre-neonato nel postpartum oltre la fisiologia Cavalleri V., Maini M.I., Raso M., Bracchi M., Vergani P., Ventura M.L.	20
Proposta di uno studio multicentrico per misurare l'esperienza dell'assistenza riferita dai genitori di bambini ricoverati in neonatologia Perrone E.	13		



Giornate di Epidemiologia "Carlo Corchia"

Firenze 9-11 settembre 2021

giovedì 9 settembre

ore
14.00 Finalità del seminario e modalità di lavoro. Baronciani D.
Saluti di: Mosca F. (presidente Società Italiana Neonatologia)
Zanetto F. (presidente Associazione Culturale Pediatri)

Il lavoro di Carlo continua

moderatori: *Cuttini M.; Zanini R.*

14.30 Lo studio SONAR: quale rapporto tra risorse ed esiti? *10'+10'* Bellù R
14.50 La variabilità tra ospedali è una forma di disuguaglianza e come tale va quantificata, studiata e ridotta. *(10'+10')* Gagliardi L.
15.10 ... il sogno di Carlo: un polo pediatrico nel Salento. *(10')* Tornesello A.
15.20 *10' supplementari per un'ulteriore discussione*

Letture magistrali

15.30 Sabina Leonelli ci parla di ... "scienza aperta" *(25'+5')*

RCT, revisioni sistematiche, linee guida

moderatori: *Buzzetti R.; Gagliardi L.*

16.00 Revisione sistematica di intervento secondo la metodologia Cochrane: un update 10 anni dopo. *(10'+10')* Nava C.
16.20 Valutazione della qualità delle linee guida in neonatologia con AGREE II. *(10'+10')* Lauriola S.
16.40 La realizzazione di un RCT multicentrico: criticità e possibili soluzioni. L'esperienza dello studio ENTARES. *(10'+10')* Maggiora E.
17.00 *10' supplementari per un'ulteriore discussione*

17.10 -17.30

.. prendiamoci una pausa

Approfondimento metodologico

17.30 Gli studi qualitativi. *(25'+5')* Cuttini M.
18.00 In ricordo di Silvano Milani: una questione di metodo Spada E.

20.00

.. andiamo a cena

venerdì 10 settembre

**Sistemi di sorveglianza e raccolta dati ...
per innescare processi di miglioramento***moderatori: Perrone E.; Vergani P.*

- | | | |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 9.00 | Il modello della sorveglianza ItOSS (mortalità materna) a sostegno della ricerca-intervento. (10'+10') | Donati S. |
| 9.20 | Raccolta e analisi dei dati come opportunità di crescita per il team: l'esempio ostetrico dell'emorragia post partum. (10'+10') | Maini M.I. |
| 9.40 | L'importanza di una raccolta dati area-based: l'esempio della mortalità neonatale in Emilia Romagna. (10'+10') | Gargano G. |
| 10.00 | Encefalopatia ipossico ischemica e trattamento ipotermico neonatale: indagine retrospettiva regionale. (10'+10') | Fieni S. |
| 10.20 | La conoscenza prodotta dalla Sorveglianza Bambini 0-2 anni dell'ISS per la promozione della salute nei primi 1000 giorni. (10'+10') | Pizzi E. |
| 10.40 | <i>20' supplementari per un'ulteriore discussione</i> | |

11.00 -11.20

*.. prendiamoci una pausa***Sistemi di sorveglianza e raccolta dati ...
per innescare processi di miglioramento***moderatori: Bestetti G.; Maini M.I.*

- | | | |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 11.20 | L'importanza della raccolta dati per avviare processi di cambiamento: confronto tra esperienze in due Centri Spoke (Montecchio e Como Valduce) (20'+ 20') | Bertolini F.
Stampa E.,
Romiti L. |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|

Interventi preordinati*moderatori: Gargano G.; Vergani P.*

- | | | |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 12.00 | Un anno e mezzo di pandemia: i numeri e le informazioni. Che cosa abbiamo capito e che cosa ci è sfuggito? (20'+10') | Buzzetti R |
| 12.30 | Covid tra paura, trauma e regressione: cosa succede ai nostri gruppi di lavoro? (20'+10') | Speri L. |

13.00

... andiamo a pranzo

Tavola rotonda: i Big Data ... e noi

14.00 conduce: Basevi V.; partecipano: Bellù R., Corrao G., Loghi M.

Interventi preordinati	<i>moderatori: Baronciani D.; Merazzi D.</i>
-------------------------------	----------------------------------------------

15.00 Riflessioni sul ruolo ed il finanziamento della epidemiologia perinatale e pediatrica in Italia. (15'+5") Focarile F.

15.20 Proposta di uno studio multicentrico per misurare l'esperienza dell'assistenza riferita dai genitori di bambini ricoverati in neonatologia. (15'+5") Perrone E.

Studiare i gemelli	<i>moderatori: Donati S.; Seravalli V.</i>
---------------------------	--------------------------------------------

15.40 Marcatori antropometrici molto precoci di malattia cardiovascolare in gemelli spontanei e da PMA: la coorte di nascita gemellare MUBICOS. (10'+10') Brescianini S.

16.00 Outcome ostetrici e perinatali in una coorte contemporanea di gravidanze gemellari bicoriali. (10'+10') Bolzonella S.

16.20 Progetto per tracciare carte auxologiche neonatali specifiche per nati da gravidanza bigemina. (10'+10') Spada E.

16.40 *20' supplementari per un'ulteriore discussione*

17.00 – 17.20	<i>.. prendiamoci una pausa</i>
---------------	---------------------------------

Comunicare i risultati ... e valutarne l'effetto

17.20 ne discutono: Basevi V.; Bestetti G.; Gangemi M.

18.20 Presentare dati e riflessioni: siamo strumenti dello strumento? Capuano C.

20.15	<i>... andiamo a cena</i>
-------	---------------------------

sabato 11 settembre

Studi di coorte*moderatori: Coscia A.; Di Tommaso M*

- 9.00 La coorte nati italiana Piccolipiù. (10'+10') Rusconi F.
- 9.20 NAscere e creSCere in ITAlia: NASCITA. (10'+10') Clavenna A.
- 9.40 VLBW: tre coorti area based, confronto in parallelo e longitudinale. (10'+10') Merazzi D.
- 10.00 Predittori di obesità e sovrappeso nei bambini di 6 anni in Trentino: risultato di uno studio di coorte (progetto LINFA). (10'+10') Piffer S.
- 10.20 Coorti in Europa: il progetto ReCAP-Preterm. (10'+10') Cuttini M.
- 10.40 *20' supplementari per un'ulteriore discussione*

Intervento preordinato

- 11.00 Potenzialità e limiti in medicina. (15'+5') Panei P.

11.20-11.40

*.. prendiamoci una pausa***Approfondimento metodologico**

- 11.40 I DAG: Directed acyclic graphs. (25'+5') Gagliardi L.

Studi clinici: aspetti critici*moderatori: Rusconi F.; Facchinetti F.*

- 12.10 Associazione tra il peso pregravidico, l'incremento ponderale materno e la nascita di bambini SGA e LGA. (10'+10') Menichini D.
- 12.30 Proposta di un percorso di assistenza ostetrico-neonatologica per implementare la cura della diade madre-neonato, oltre la fisiologia. Aspetti metodologici. (10'+10') Cavalleri V.
- 12.50 *10' supplementari per un'ulteriore discussione*

13.00

.. chiusura delle Giornate !

Lo studio SONAR... oltre Carlo: quale rapporto tra risorse ed esiti?

Bellù R.¹, Zanini R.¹, Gagliardi L.² e il SONAR Study Group

¹ *Terapia Intensiva Neonatale, ASST di Lecco;*
² *UO Neonatologia e Pediatria, Ospedale della Versilia*

Lo studio SONAR è nato come estensione della raccolta dati del Vermont-Oxford Network in Italia, al fine di analizzare la ricaduta dei fattori organizzativi sugli outcome neonatali, in particolare per i neonati di peso molto basso. Lo steering committee dello studio era composto da medici ed infermieri di area perinatale e da esperti dell'area organizzativa e della pubblica amministrazione. Uno degli scopi principali dello studio era quello di indagare le associazioni/relazioni tra staffing medico ed infermieristico e gli outcome neonatali, adottando anche un analogo protocollo di studio del VON. I primi risultati dello studio hanno escluso la presenza di relazioni semplici, ma hanno evidenziato la necessità di indagare più a fondo le complesse interrelazioni tra fattori organizzativi, staffing, variabili di contesto locale ed altro ancora. Nel delineare questa complessa rete di relazioni tra le tante variabili in causa il contributo di Carlo Corchia è stato essenziale e ciò che ne segue è ampiamente influenzato dalla sua impostazione delle analisi e delle interpretazioni. Attualmente sono due i filoni di ricerca ancora attivi ed in corso di analisi: relazione tra staffing medico ed outcome e relazione tra clima/fattori organizzativi ed outcome e, soprattutto, le possibili interazioni tra questi fattori. Verranno presentati il protocollo originale di analisi e le successive evoluzioni, insieme alle difficoltà metodologiche emerse durante la conduzione dello studio e l'analisi dei risultati, fino a discutere alcuni dei possibili risultati delle ultime analisi.

✉ rbellu@asst-lecco.it

La variabilità tra ospedali è una forma di disuguaglianza, e come tale va quantificata, studiata e ridotta

Gagliardi L.

UO Neonatologia e Pediatria, Ospedale Versilia, AUSL Toscana Nord Ovest

Il fatto che diversi ospedali (provider) presentino frequenze diverse di procedure diagnostico-terapeutiche e di esiti è ubiquitario e quasi considerato ineluttabile. I progetti di miglioramento della qualità tentano di ridurre questa variabilità, focalizzandosi sul miglioramento degli approcci diagnostici e terapeutici nei singoli ospedali, mentre la variabilità tra provider non è quasi mai oggetto diretto di valutazione, anche per una difficoltà a quantificarla in modo univoco.

Obiettivo. In questo lavoro proponiamo di considerare la variabilità a tutti gli effetti come una disuguaglianza, e di quantificarla utilizzando il coefficiente di Gini, il più noto degli indici usati (soprattutto in economia). Questo coefficiente va da 0 (perfetta eguaglianza) a 1 (completa disuguaglianza).

Risultati. Abbiamo utilizzato i dati dello studio SONAR che ha coinvolto 60 UTIN italiane nel 2010-11, su oltre 6000 neonati <1500 g o <30 settimane di età gestazionale. Tra le procedure universalmente raccomandate, il coefficiente di Gini era 0.09 per la profilassi steroidea e 0.38 per la misurazione della temperatura all'ingresso; tra quelle discrezionali era 0.20 per l'intubazione in sala parto, 0.12 per l'uso di surfattante, e 0.29 per la modalità di parto; tra gli esiti il coefficiente era 0.27 per la mortalità grezza, e 0.20 per morbosità maggiore.

Conclusioni. L'entità della variabilità tra ospedali è diversa per diverse procedure, e indirizza verso aree di miglioramento. Quando il focus della variabilità tra ospedali non è la performance del singolo ospedale (identificazione di outliers), ma del sistema nel suo complesso in un'ottica di network, è utile considerare questa variabilità non come un mero "rumore di fondo" casuale ma come una disuguaglianza che si riflette sui neonati. Per questo, è giusto porre attenzione non solo al miglioramento globale, ma anche al trend dell'omogeneità tra ospedali. L'uso del coefficiente di Gini semplifica le valutazioni e aiuta questa impostazione concettuale.

✉ luigi.gagliardi@uslnordovest.toscana.it

Il sogno di Carlo: il Polo Pediatrico del Salento

Tornesello A.

UO Oncoematologia Pediatrica, PO Vito Fazzi, Lecce

Nel 2012 Carlo Corchia elabora e sottopone all'attenzione dell'Associazione Triacorda onlus di Lecce il progetto per la nascita del Polo Pediatrico del Salento. In sostanza si tratta della rielaborazione dell'organizzazione dell'assistenza pediatrica nel territorio salentino attraverso la creazione di un Polo specialistico pediatrico di II livello presso il P.O. Vito Fazzi di Lecce, in spazi appositamente dedicati, funzionalmente integrati e separati da quelli utilizzati per l'assistenza agli adulti; centro di riferimento per le UUOO di Pediatria di I livello e per gli ospedali di comunità della ASL LE che opera in stretto collegamento funzionale con la pediatria del territorio, integrandosi contemporaneamente nella costituenda rete pediatrica regionale.

Questo progetto è stato elaborato dopo un lavoro epidemiologico preliminare basato sulla valutazione dei bisogni locali e della mobilità extraregionale. Da allora è iniziato un lungo percorso che ha portato a rivedere e rielaborare in passaggi successivi i dettagli del progetto, attraverso la revisione continua soprattutto dei flussi migratori. Siamo passati nei tempi successivi dalla fase della 'visione' e 'condivisione' con gli stakeholders (Associazione Triacorda onlus e poi Rete delle Associazioni 'SOLOPER-LORO') alla fase coraggiosa delle 'riforme' (trasferimento dell'U.O. di Chirurgia Pediatrica a Lecce) e siamo arrivati alla fase di 'investimento' fattibile. In mezzo la pandemia e tutti gli insegnamenti che ne sono derivati.

La competenza, la lungimiranza, la capacità fruttuosa di prevedere un'organizzazione 'agile' di Carlo Corchia sono stati un volano senza il quale non sarebbe partito un progetto così ambizioso e contemporaneamente così semplicemente necessario. Il tempo lo ha dimostrato e Carlo sarebbe stato orgoglioso di aver visto, come al solito, al di là dell'orizzonte. Al raggiungimento dell'obiettivo manca poco: l'ultima fase sarà misurarne l'impatto. Grazie Carlo.

✉ assuntatornesello@gmail.com

Revisione sistematica di intervento secondo la metodologia Cochrane: un update 10 anni dopo

Nava C., Maccioni C., Bellù R.

Terapia Intensiva Neonatale, ASST di Lecco

Il numero degli studi e delle pubblicazioni scientifiche è in esponenziale aumento, sempre più frequente è quindi la necessità di sintesi delle evidenze. Il metodo Cochrane rappresenta oggi il più affidabile e rigoroso metodo per effettuare una revisione sistematica, soprattutto per la valutazione degli interventi. Per quanto consolidato questo metodo risulta in continua evoluzione ed aggiornamento.

Obiettivo: Valutare il cambiamento nei metodi utilizzati per condurre una revisione sistematica Cochrane negli ultimi dieci anni: come questi abbiano determinato una modifica nelle necessità di preparazione dei revisori, nel lavoro di gruppo e a distanza, nei tempi di lavoro, nei risultati stessi della revisione.

Metodo: Verrà valutato il cambiamento dei metodi e degli strumenti utili al revisore grazie al confronto tra l'update di una revisione sistematica di intervento eseguito nel 2019 e la sua prima versione condotta nel 2008:

La ricerca sistematica: banche dati ed information specialist

Lo screening delle referenze e data extraction: l'aiuto di Covidence

Analisi e sintesi dei dati: utilizzo di RevMan5

Valutazione del risk of bias: Cochrane Risk of Bias Tool

Valutazione della qualità dell'evidenza e Summary of Findings Table: il metodo GRADE

✉ chiaranava301@gmail.com

Valutazione della qualità delle linee guida in neonatologia mediante metodo AGREE II

Lauriola S., Nava C., Addis C., Condò M., Bellù R.

Terapia Intensiva Neonatale, ASST di Lecco

Dagli anni '90 ad oggi si è assistito ad un progressivo e rapido incremento nella produzione di linee guida per la pratica clinica in ambito medico e, con esso, anche un aumento delle preoccupazioni riguardo alla scarsa qualità, mancanza di evidenze di supporto e applicabilità delle stesse. Per questo motivo, anche alla luce anche della recente Legge Gelli, è sempre più sentita la necessità di valutazione della qualità di questi strumenti, al fine di poterli poi adottare/adattare alle realtà locali.

Obiettivo: Valutare la qualità delle linee guida pubblicate negli ultimi 10 anni in ambito neonatologico.

Metodi: Verrà condotta una ricerca sistematica di tutte le linee guida pubblicate tra il 2000 e il 2019 in Pubmed e nei database delle principali organizzazioni sviluppatrici di linee guida quali: NICE, Canadian CPG Infobase, GIN, Australian CPG, National Guidelines Clearinghouse, SIGN, SIN.

Verrà effettuato uno screening dei risultati secondo i criteri di Grilli e Liberati e successivamente tutte le linee guida incluse verranno valutate dal punto di vista metodologico mediante il metodo AGREE II.

✉ rs.lauriola1@gmail.com

La realizzazione di un RCT multicentrico: criticità e possibili soluzioni. L'esperienza dello studio ENTARES.

Maggiora E.¹, Cresi F.¹, Borgione S.M.¹, Spada E.¹, Ferroglio M.¹, Bertino E.¹, Coscia A.¹

¹ *Neonatologia dell'Università – Ospedale Sant'Anna – Città della Salute e della Scienza di Torino*

La realizzazione di uno studio randomizzato controllato (RCT) multicentrico è complessa e articolata. Riportiamo la nostra esperienza relativa ad un RCT multicentrico sulla valutazione della tolleranza alimentare in neonati pretermine con supporto ventilatorio non invasivo.

Le criticità incontrate sono state principalmente relate all'intera progettazione del disegno di studio, dalla determinazione degli outcomes, al calcolo della numerosità campionaria fino alla realizzazione pratica della raccolta dei dati. La carenza, in letteratura, di definizioni univoche e condivise ha reso necessario un compromesso tra i centri partecipanti sulla definizione dell'outcome primario. La novità dello studio e l'assenza di popolazioni confrontabili già studiate, oltre all'assenza di uno standard qualitativo per la raccolta dei dati, ha complicato il calcolo della numerosità campionaria per il quale si è usufruito di una indagine preliminare specifica per i singoli centri partecipanti.

La realizzazione di plurime riunioni organizzative tra i promotori dello studio, la partecipazione di un esperto in statistica medica, di esperti clinici nei campi di applicazione dell'RCT e dei rappresentanti di tutti i centri partecipanti ha permesso di perfezionare il disegno dello studio e realizzare un protocollo condiviso e solido dal punto di vista statistico.

L'adesione al protocollo e la qualità della raccolta dati hanno rappresentato ulteriori nodi critici che sono stati affrontati organizzando incontri formativi con l'obiettivo non solo di dirimere dubbi circa la conduzione dell'RCT, ma anche di individuare e risolvere criticità centro-specifiche.

La qualità della raccolta dati è stata monitorata realizzando un database online e un sistema di feedback sull'operato dei centri grazie all'aiuto di un informatico.

Fondamentale è stata la collaborazione tra diverse figure professionali in ambito clinico, statistico ed informatico e la condivisione di progetti e problemi tra i centri partecipanti.

✉ elena.maggiora@gmail.com

Il modello della sorveglianza ItOSS (mortalità materna) a sostegno della ricerca-intervento

Donati S., Maraschini A., Lega I., D'Aloja P., Buoncristiano M., Andreozzi S., Bucciarelli M. *Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Dal 2007 l'ISS ha costruito, in collaborazione con le Regioni, un sistema di sorveglianza ostetrica di popolazione con l'obiettivo di stimare il rapporto di mortalità materna (MMR) attraverso procedure di *record-linkage* di flussi sanitari e di definire le cause dei decessi e la loro evitabilità attraverso indagini confidenziali. Dal 2017 la sorveglianza della mortalità materna è stata inserita nel DPCM su Registri e Sorveglianze di interesse nazionale e l'Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS) ne ha assunto il coordinamento.

Le indagini confidenziali delle morti materne hanno valutato il 45% dei decessi come evitabili. L'emorragia, prima tra le cause di morte materna in Italia, nel 2000-2007 era responsabile di 2,9 morti ogni 100.000 nati vivi contro 0,66 decessi rilevati nel Regno Unito. Questo eccesso di mortalità per cause emorragiche ha indotto ItOSS a promuovere un *bundle* di attività composto da un progetto di ricerca sui *near miss* emorragici, tre corsi FAD su prevenzione e gestione dell'emorragia ostetrica e lo sviluppo di una linea guida *evidence based* sotto l'egida del Sistema Nazionale Linee Guida dell'ISS, con l'obiettivo di misurare l'impatto di queste iniziative sull'andamento del MMR per emorragia in 5 Regioni che coprono il 40% dei nati del Paese.

L'MMR emorragico è sceso da 2.49/100,000 nati vivi [IC 95% 1.75 to 3.43] prima dell'implementazione del *bundle* nel 2007-2013, a 0.77/100,000 [IC 95% 0.31 to 1.58] dopo la sua realizzazione nel 2014-2018. Il risultato ha dimostrato che una sorveglianza di salute pubblica che si fonda sul metodo della ricerca-intervento – che prevede la raccolta sistematica dei casi incidenti, la loro revisione critica, interventi partecipati da parte di una rete solida di organizzazioni e professionisti sanitari e la validazione del suo impatto – è in grado di migliorare la qualità dell'assistenza e gli esiti di salute in ambito perinatale.

✉ serena.donati@iss.it

Raccolta e analisi dei dati come opportunità di crescita per il team: l'esempio ostetrico della emorragia post partum

Maini M.I.¹, Dell'Oro S.², D'Andrea L.³, Vergani P.¹

¹ *Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma (MBBM), Ospedale San Gerardo, Monza* ;

² *Università degli Studi di Milano-Bicocca*;

³ *Anestesia e Rianimazione, Ospedale San Gerardo, Monza*

L'emorragia post partum (EPP) rappresenta ancora oggi una delle principali cause di mortalità e morbilità materna e, nonostante gli sforzi messi in atto per ridurne l'incidenza, essa continua ad aumentare, anche nei Paesi industrializzati. Ridurre l'incidenza è una delle principali sfide; strumenti potenzialmente efficaci per migliorare la qualità dell'assistenza sono l'audit clinico, l'utilizzo dei triggers, *bundles*, checklist e protocolli.

Obiettivo. Valutare l'impatto di strumenti quali l'audit, l'introduzione di un nuovo protocollo e delle schede di monitoraggio (MEOWS, stima perdite ematiche, checklist) sulla prevalenza della emorragia post partum.

Metodi. Analisi retrospettiva sull'incidenza di EPP nell'unità di Ostetricia / Sala Parto di Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma (FMBBM – Ospedale S. Gerardo, Monza) nel periodo 2017-2020 prima e dopo l'attuazione sistematica di plurimi interventi (raccolta e analisi dati, audit, simulazioni, introduzione nuovo protocollo con relativi strumenti di monitoraggio).

Risultati. L'analisi dei dati ha permesso di evidenziare una progressiva riduzione dell'incidenza di EPP (PE > 1000ml) dal 5.5% del triennio 2017-2019 al 4.5% del 2020. Rilevante risulta la riduzione delle EPP severe (> 2000) dallo 0.8% del triennio 2017-2019 allo 0.3% del 2020.

Conclusioni: La complessità della popolazione ostetrica (età, PMA, BMI) renderà probabilmente più difficile una riduzione dell'incidenza di EPP. Tuttavia, l'attenzione costante agli esiti, alle performance e alla soddisfazione degli operatori coinvolti, potrà contribuire ad una migliore gestione delle emorragie meno severe ma più frequenti, riducendo così anche gli esiti a distanza sulla diade madre-bambino.

✉ isabella_maini@yahoo.it

L'importanza di una raccolta dati area-based: l'esempio della mortalità neonatale in Emilia-Romagna

Gargano G.¹, Formisano D.², Battaglia S.³, Perrone E.⁴

¹ *Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia – Arcispedale S. Maria Nuova, UOC Neonatologia-Terapia intensiva neonatale*;

² *Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia – Governo clinico*

³ *Regione Emilia-Romagna, Servizio Strutture, tecnologie e sistemi informativi*;

⁴ *Regione Emilia-Romagna, Servizio Assistenza territoriale*

Introduzione. In Emilia-Romagna (ER) il percorso nascita viene monitorato attraverso l'analisi delle informazioni rilevate da flussi correnti e dal sistema di sorveglianza della mortalità perinatale. Dal 2019 è attivo un progetto di sorveglianza della mortalità neonatale precoce ed è stata introdotta una scheda per raccogliere informazioni sui casi di nati deceduti entro 7 giorni di vita, condivisa con i clinici.

Obiettivo. Analizzare il tasso di mortalità neonatale nel periodo 2011-2019; confrontare, per il 2019, le cause di morte neonatale precoce rilevate dal Registro di mortalità regionale (ReM) con quelle registrate nella scheda compilata all'interno del progetto di sorveglianza.

Risultati. Tra il 2011 e il 2019 in ER sono deceduti nel primo mese di vita 333 neonati. A fronte di una relativa stabilità dei tassi di mortalità neonatale (MN) totale (pari a 2,11‰ nel 2011 e 1,98‰ nel 2019 - p=0,72, con range tra 2,17 e 1,14), la MN precoce (<7 gg) mostra un tendenziale decremento (da 1,51‰ nel 2011 a 1,14‰ nel 2019 - p=0,21 con range 1,59-0,81). Quasi l'80% dei neonati deceduti nel primo mese di vita è pretermine, di questi 74,3% ha ≤ 29 settimane di età gestazionale. Poco meno di 50% dei nati deceduti nel corso della prima settimana decede in prima giornata.

Nel 2019, la sorveglianza ha rilevato che la prematurità con le sue complicanze e le malformazioni letali risultano la causa principale di decesso, ciascuna, in 33,3% dei casi contro il 20,5% indicato in ReM. Le patologie respiratorie, indicate nel 20,5% dei casi in ReM, vengono spesso considerate solo delle concause perdendo un ruolo patogenetico principale. Inoltre, sovente il decesso avviene nella prima ora di vita (8 casi su 36), spesso associato a pratiche di "comfort care".

Conclusione. Le informazioni raccolte all'interno della sorveglianza consentono di descrivere e analizzare il caso in modo più esaustivo e di classificare la causa di morte tenendo conto di condizioni di rischio materne e neonatali non deducibili da ReM.

✉ giancarlo.gargano@ausl.re.it

Encefalopatia ipossico-ischemica del neonato e trattamento ipotermico neonatale: Indagine retrospettiva regionale

Fieni S.¹, Angeli L.¹, Perrone E.²

¹UOC Ostetricia e Ginecologia- Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma;

²Azienda USL di Modena

Background. L'encefalopatia ipossico-ischemica (EII) moderata-severa del neonato a termine è una complicanza severa che riconosce nell'asfissia intrapartum una delle sue cause principali. La gravità di questa complicanza è tale che il Ministero della Salute la identifica come evento *sentinella* capace di evidenziare carenze assistenziali durante il periodo perinatale. Il *neonatal cooling* rappresenta il *gold standard* del suo management. Tale intervento può pertanto fungere da surrogato per identificare quelle condizioni cliniche neonatali che potrebbe esitare in disabilità permanente nel neonato sano di peso >2500 grammi.

Obiettivo. Descrivere l'incidenza, le caratteristiche demografiche e clinico-ostetriche delle gravidanze dei neonati stati sottoposti a cooling in Regione Emilia Romagna, per individuare possibili fattori associati e/o predittivi. Obiettivo secondario è la valutazione del livello assistenziale ostetrico prestato, in modo da evidenziare possibili criticità nella gestione clinico-ostetrica.

Metodi. Studio osservazionale *di coorte*. Raccolta delle informazioni su gravidanza e parto dei nati in Emilia-Romagna nel triennio 2017-2020 sottoposti a trattamento ipotermico (tabella 1). Integrazione dei dati con quelli contenuti nel registro neonatologico dedicato all'EII della RER informazioni con quelle disponibili nel registro

Analisi e classificazione secondo criteri FIGO 2015 – in “blind” – dei tracciati cardiocografici della popolazione in studio; valutazione - tramite audit clinico - della accuratezza della assistenza ostetrica. **Conclusioni.** Lo studio fornirà elementi utili per valutare la fattibilità e sostenibilità di un sistema di sorveglianza della EII di grado moderato-grave del neonato a termine che monitorizzi l'efficacia e l'appropriatezza della assistenza ostetrica, promuovendo progetti organizzativi e formativi volti al miglioramento della salute perinatale. progetti di miglioramento della qualità assistenziale.

✉ fieniste@hotmail.com

La conoscenza prodotta dalla Sorveglianza Bambini 0-2 anni dell'Istituto Superiore di Sanità per la promozione della salute nei primi 1000 giorni.

Pizzi E., Salvatore M.A., Lauria L. Buoncristiano M., Donati S., Spinelli A. e Gruppo Sorveglianza Bambino 0-2 anni 2017-2020 Istituto Superiore di Sanità, Roma

Background. Le recenti evidenze scientifiche sottolineano che i primi 1000 giorni di vita rappresentano un periodo unico per promuovere azioni volte alla riduzione dell'esposizione a fattori di rischio e alla promozione di fattori protettivi per la salute del bambino al fine anche di contrastare precocemente le disuguaglianze in salute.

Obiettivo o ipotesi di ricerca. Tenendo conto di ciò il Ministero della Salute ha promosso e finanziato il Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni affidandone il coordinamento all'Istituto Superiore di Sanità con la finalità di produrre dati rappresentativi di popolazione su alcuni determinanti precoci per la salute del bambino.

Metodi. La popolazione in studio è costituita da mamme di bambini fino ai 2 anni di vita che accedono ai Centri Vaccinali (CV), con una rappresentatività del campione a livello Regionale e di ASL con coinvolgimento dei CV.

I dati vengono raccolti tramite un questionario, anonimo che indaga: assunzione di acido folico peri-concezionale, consumo di alcol e fumo in gravidanza e in allattamento, allattamento, posizione in culla, utilizzo del seggiolino in auto e sicurezza domestica, vaccinazioni, lettura precoce in famiglia ed esposizione dei bambini a schermi.

Risultati. Nella raccolta dati 2018-2019 sono state intervistate 29.492 mamme nelle 11 regioni partecipanti con un tasso di partecipazione superiore al 95% in tutte le Regioni. I risultati hanno mostrato una grande variabilità e un ampio margine di miglioramento per i determinanti studiati evidenziando la necessità di supportare i genitori e tutti gli adulti di riferimento nell'attuare comportamenti di tutela e promozione della salute nei primi 1.000 giorni di vita.

Conclusioni. La Sorveglianza rappresenta un importante strumento per stimare le prevalenze di alcuni determinanti di salute precoci al fine anche di definire indicatori per i Piani di Prevenzione e per orientare le Regioni nella pianificazione azioni preventive in ambito materno-infantile.

✉ enrica.pizzi@iss.it

Il diritto di contare

Bonilauri A.; Montali E.

UO di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Montecchio Emilia (RE), AUSL-IRCSS Reggio Emilia

A fine 2017 nel nostro Reparto, in un punto nascita di primo livello, si è costituito un gruppo di lavoro per sviluppare una raccolta dati per concretizzare uno spazio dove i numeri potessero far incontrare il “quanto” con il “come”, dove poter declinare semplici indicatori, come i tassi di allattamento, alla luce delle peculiarità delle diadi madre-bambino. Il report ci ha permesso di andare al di là della mera aneddotica riguardo il nostro “modus operandi” e superare le difficoltà intrinseche legate all'audit del caso singolo, inevitabilmente “colpevolizzante” in una realtà professionale così numericamente ridotta. In dettaglio, ci sembra utile sottolineare l'impatto del BMI pregravidico e dell'incremento ponderale in gravidanza sull'avvio dell'allattamento al seno (e su parametri ad esso correlati, come la necessità di induzione o l'uso di paracapezzolo/mastossuttore): ciò a conferma che è fondamentale l'analisi dei tassi di allattamento correlati alle caratteristiche della popolazione, che possono rappresentare un ostacolo importante vanificando gli sforzi del personale ospedaliero. Interessante l'analisi della modalità di integrazione dell'alimentazione con latte adattato e di come le routine adottate durante la degenza possano minimizzare l'impatto negativo sull'allattamento: le modalità di somministrazione, la tempistica, le quantità, i determinanti causali, possono davvero fare la differenza tra il “supporto” e l'“ostacolo”. Pensiamo che il disporre di una casistica selezionata, orientata alla fisiologia, con modalità e competenze “di nicchia” può dare “diritto di contare”, stimolando la creazione di reti di “raccolta dati” con ospedali di pari livello, con l'auspicio che il “diritto” così possa diventare anche un “dovere di contare”, stimolo e motivazione, fonte reciproca di ispirazione.

✉ alessia.bonilauri@ausl.re.it

Ti presento i miei!

L'importanza della raccolta dati per i processi di cambiamento in un centro di I livello.

Stampa E, Romiti L.

Congregazione delle suore dell'addolorata, Ospedale Valduce di Como, U.O. Ostetrica-sala parto e nido

La macchina della verità è uno strumento che prova a svelare ciò che spesso teniamo celato. La sua scientificità non è comprovata perché tenta di trovare una correlazione tra emozioni e verità difficilmente correlabili con associazioni causali. Per fotografare la realtà occorre guardare con una lente di ingrandimento anche ciò che all'esterno non si vede. I risultati potranno dirci come lavoriamo, in che direzione andare e su cosa dobbiamo migliorare. I numeri ci servono perché danno la direzione, fotografano la strada fatta e guidano verso la nuova. Cambiano le donne, i neonati e le ostetriche e così anche l'assistenza ha il dovere di adattarsi. La consapevolezza professionale è mandatoria per offrire un servizio di qualità che accompagni la diade in maniera efficace; questo è un buon modo per differenziarsi. Negli ultimi quindici anni presso il reparto di maternità dell'Ospedale Valduce, tutto questo ha nutrito gli animi di tante ostetriche che hanno deciso di essere proattive sulla scena della nascita per rendere protagoniste donne e neonati. Raccogliere i dati, analizzarli e riportarli in maniera costante ha permesso di non perdere il capo del filo, dando una visione d'insieme che assomigli alla realtà. Il lavoro fatto ha identificato tre aree di interesse: indicatori di processo che misurino l'appropriatezza dell'assistenza fornita e eventuali mancanze sulle quali è necessario approfondire la formazione (incidenza e gestione dell'emorragia del post partum e indicatori quantitativi e qualitativi inerenti la partoanalgesia); indicatori che permettano di studiare retrospettivamente la popolazione afferente per offrire servizi ad hoc con l'obiettivo di tutelare la fisiologia limitando le interferenze degli operatori; indicatori che identifichino strumenti appropriati per fornire un'assistenza di qualità (monitoraggio allattamenti, fragilità psico emotive, neonati fragili, rete territoriale). Un lungo percorso ancora in essere, ricco di cambiamenti assistenziali e di forma mentis. Il cambiamento è uno scoglio duro da superare e un processo lento per molti! Tuttavia, negli anni ci stiamo adattando ad un nuovo modo di lavorare, fatto di aggiornamenti frequenti, sfide quotidiane e scontri ed incontri che ci fanno crescere giorno dopo giorno.

✉ stampaeleonora@gmail.com

Covid tra paura, trauma e regressione: cosa succede ai nostri gruppi di lavoro?

Speri L.

Ariele Psicoterapia

La pandemia rappresenta uno stress-test per la comunità e le sue istituzioni, in primis le strutture sanitarie. Nel caso esemplare delle TIN, si è visto un diffuso ripiegamento verso modalità di chiusura ai genitori, nonostante evidenze circa gli esiti in salute del loro ruolo, e in contrasto con le indicazioni offerte dalle linee guida disponibili. Le scelte difformi dei vari gruppi di lavoro sono un importante terreno di studio: le diverse capacità di affrontare il trauma dell'emergenza vanno messe in relazione con la configurazione delle dinamiche interne alle équipes e con la solidità del processo di costruzione dei modelli di cura adottati.

Scelte di chiusura repentine e poco reversibili rimandano ad una assunzione di buone pratiche più posticcia e "formale", poco interiorizzata. La ricerca dovrebbe mirare a quali siano le condizioni organizzative e i rapporti interni ai gruppi di lavoro in grado di sostenere processi resilienti e non regressivi davanti alle perturbazioni scatenate dalla pandemia, come il distacco difensivo dalle relazioni emotivamente coinvolgenti, dove la paura del contagio fisico maschera quella del contagio psichico. Le risposte emotive individuali riverberano ricorsivamente nei gruppi di lavoro e nei vari livelli istituzionali, traducendosi in assetti organizzativi. Il gruppo persegue obiettivi latenti, mascherati da quelli manifesti: i suoi scopi vengono asserviti alla ricerca di equilibri protettivi interni più che di un comune attraversamento delle criticità e della complessità dello stare in relazioni con i genitori, per recuperare grazie a loro anche migliori esiti in qualità ed outcome. In generale l'emergenza può aiutarci ad individuare quali percorsi vadano attivati per riannodare legami costruttivi tra professionisti e caregiver, rafforzando le connessioni interne e la coesione di gruppo verso l'obiettivo primario della cura, con apprendimenti che vanno oltre l'esempio scelto.

✉ leonardosperi@gmail.com

I Big Data... e noi (tavola rotonda)

partecipano: Bellù R.¹, Corrao G.²; Loghi M.³
conduce: Basevi V.⁴

¹ *Terapia Intensiva Neonatale, ASST di Lecco;*

² *Divisione di Biostatistica, Epidemiologia e Salute Pubblica, Università ddi Milano-Bicocca;*

³ *ISTAT, Direzione Centrale per le Statistiche Sociali e il Welfare, Roma;*

⁴ *Commissione Nascita, Regione Emilia-Romagna*

I Big Data segnalano «la capacità di esplorare, aggregare e relazionare vasti insieme di dati» [1]. Questa - apparentemente neutra - definizione in realtà maschera un considerevole scarto epistemologico: da una produzione di conoscenze in cui i dati vengono utilizzati per confermare o falsificare una ipotesi formulata a priori, a una ricerca che genera «diversi tipi di risultati, che includono sia le teorie che i modelli, le tecniche investigative, i metodi sperimentali e i dati stessi» [2]. Per essere utilizzati, i Big Data devono inoltre essere ordinati e formattati, secondo categorie che necessariamente riflettono le assunzioni concettuali e metodologiche di coloro che li creano e gestiscono, una condizione nella quale la concezione del mondo di chi raccoglie i dati ne determina l'interpretazione. Queste sono solo alcune delle diverse dimensioni coinvolte nella ricerca all'epoca dei Big Data. Come accedere e a quali banche dati, come valutare la qualità dei dati disponibili e a quale punto del processo, quali quesiti di ricerca possono essere risolti utilizzando i Big Data? Considerare quali siano le domande corrette, prima ancora di fornire delle possibili risposte, è la proposta del *Laboratorio* in questa tavola rotonda.

✉ rbellu@asst-lecco.it

1. Boyd D, Crawford K. Six provocations for Big Data (September 21, 2011). A decade in Internet time: symposium on the dynamics of the Internet and society. Testo integrale: <https://ssrn.com/abstract=1926431> [data di consultazione: 15.07.2021]

2. Leonelli S. La ricerca scientifica nell'era dei Big Data. Milano: Meltemi, 2018

Riflessioni sul ruolo ed il finanziamento della epidemiologia perinatale e pediatrica in Italia

Fabio Focarile.

UO Pediatria e Neonatologia, Ospedale Fatebenefratelli, Erba (CO)

L'epidemiologia può essere considerata come uno degli strumenti per lo sviluppo e per la gestione delle conoscenze nel campo della salute. In questa relazione, viene proposto un modello per la valutazione del ruolo effettivo e potenziale della epidemiologia nella catena del valore per la 'produzione' della salute a partire dalle attività di promozione della salute fino alle cure palliative, per quanto riguarda l'area perinatale e pediatrica.

Nella analisi sono incluse sia le tecniche di ricerca osservazionale, di intervento e di epidemiologia clinica, che la gestione di sistemi di monitoraggio (registri e big data sets).

Nella catena del valore va menzionato il ruolo della epidemiologia come strumento per la valutazione e la promozione della equità di accesso alle opportunità di salute e l'importanza della integrazione delle attività di epidemiologia con quelle di altre discipline.

Utilizzando questa modellizzazione verranno in sintesi descritte e analizzate la struttura, l'entità e le caratteristiche del finanziamento delle attività di epidemiologia in Italia per l'area perinatale e pediatrica in relazione ai soggetti erogatori dei finanziamenti.

In particolare:

- a saranno descritti il modello concettuale ed organizzativo proposto nel Programma Nazionale per la Ricerca Sanitaria 2017-2020, le caratteristiche e l'entità dei finanziamenti pubblici e privati aggiornati per quanto possibile
- b sarà commentato il sistema di definizione delle priorità da parte dei potenziali stake holders di attività epidemiologiche nell'area perinatale e pediatrica.

✉ mail@focarile.com

Proposta di uno studio multicentrico per misurare l'esperienza dell'assistenza riferita dai genitori di bambini ricoverati in neonatologia

Perrone E.

Azienda USL di Modena; Servizio Assistenza Territoriale Direzione generale cura della persona, salute e welfare - Regione Emilia-Romagna

Per l'Organizzazione mondiale della sanità l'esperienza dell'assistenza è un aspetto non negoziabile della qualità delle cure che deve essere riconosciuto e misurato per valutare nel modo più esaustivo l'assistenza erogata.

I Patient-reported experience measures (PREMs) costituiscono uno strumento per rilevare l'esperienza di cura dei pazienti o, in caso di assistiti in età pediatrica, dai loro genitori. Sebbene si registri un progressivo interesse per il loro utilizzo, permangono dei limiti alla adozione sistematica dei PREMs e al significato che viene loro attribuito. Tra gli indicatori di qualità assistenziale percepita dai pazienti, i PREMs si caratterizzano per essere, in primo luogo, uno strumento destinato a catturare, dalla prospettiva del paziente, cosa è avvenuto durante un episodio assistenziale. Vanno quindi tenuti distinti sia dai Patient-reported outcome measures (PROMs), che misurano lo stato di salute del paziente dal suo proprio punto di vista, che da altre più soggettive misure di soddisfazione, che forniscono informazioni su quanto l'assistenza ricevuta abbia risposto alle aspettative del paziente.

È stato costruito un questionario PREMs specifico per l'area neonatale, in precedenza non disponibile. Una revisione rapida della letteratura è stata condotta per reperire questionari già validati sulla percezione assistenziale da cui sono stati estratti i quesiti pertinenti l'esperienza. I quesiti individuati sono stati successivamente sottoposti a stakeholder (genitori e professionisti sanitari dell'area neonatale, italiani e inglesi) che, attraverso il processo Delphi, hanno selezionato quelli da includere nel questionario finale.

Il questionario, costituito da 18 domande, è stato somministrato ai genitori di neonati ricoverati in una unità di neonatologia della regione Emilia-Romagna per la validazione.

L'analisi fattoriale ha identificato due sottogruppi di domande che sottendono ciascuno un fattore per il quale è possibile ottenere un punteggio distinto. Questi punteggi consentono di misurare due aspetti del processo assistenziale riferiti dai genitori: l'esperienza durante la degenza e l'esperienza di presa in carico e dimissione.

Si propone uno studio multicentrico che coinvolga strutture omogenee nelle quali somministrare lo strumento. Obiettivi dello studio sono la valutazione di fattibilità dell'utilizzo dello strumento nella pratica clinica, la rilevazione sistematica dei PREMs, integrati con l'analisi di indicatori clinici, nella misurazione della qualità dell'assistenza erogata ai nati ricoverati in neonatologia e alle loro famiglie, l'identificazione di valori di benchmarking e di eventuali aree critiche verso cui orientare interventi di miglioramento della qualità assistenziale.

✉ enrica.perrone@regione.emilia-romagna.it

Marcatori antropometrici molto precoci di malattia cardiovascolare in gemelli spontanei e da PMA: la coorte di nascita gemellare MUBICOS

Brescianini S., Nisticò L., Medda E., Fagnani C., Toccaceli V., Alviti S., Arnofi A., Stazi M.A.

Registro Nazionale Gemelli, Istituto Superiore di Sanità, Roma, Italia

Introduzione. Il concepimento da procreazione medicalmente assistita (PMA) potrebbe avere effetti cardiovascolari avversi attraverso meccanismi epigenetici fetali. Inoltre, le nascite da PMA hanno una più alta prevalenza di preeclampsia, prematurità e basso peso alla nascita, fattori che, insieme alla velocità di crescita e all'indice di massa corporea (IMC) nell'infanzia, sono associati al rischio cardio-vascolare attraverso una maggiore adiposità, pressione sanguigna, glicemia e trigliceridi.

Obiettivo del presente studio è confrontare i principali marcatori antropometrici e/o i fattori di rischio durante l'infanzia in due gruppi di gemelli (da gravidanza spontanea e da PMA).

Materiale e metodi. MUBICOS, una coorte di nascita all'interno del Registro Nazionale Gemelli è stata utilizzata per questo studio. Il peso, l'IMC e la velocità di crescita sono stati analizzati alla nascita, a 12 mesi di vita e a 36 mesi. Alla nascita sono stati analizzati, inoltre, pre-eclampsia, prematurità e basso peso. I confronti sono stati effettuati tramite modelli regressione lineare.

Risultati. I gemelli da PMA nascono più prematuri, con più alta frequenza di preeclampsia e con un più basso peso alla nascita (2237 vs 2380, $p=0,049$). La velocità di crescita fino a 36 mesi non differisce significativamente dei due gruppi mentre l'IMC a 36 mesi si (15,4 vs 16,0, $p=0,02$).

Conclusioni. Solo alcuni dei marcatori antropometrici di CVD differiscono nei due gruppi. Mentre il basso peso alla nascita, fattore predisponente per la malattia cardiovascolare, risulta più frequente nel gruppo PMA, a 36 mesi i gemelli da gravidanza spontanea hanno un IMC più elevato. Questi dati preliminari favoriscono l'ipotesi di effetti che non sono sul pathway dell'accrescimento ma che forse riguardano più specificamente le tecniche di PMA. Ulteriori approfondimenti saranno effettuati tenendo conto di zigosità/corionicità e dei confronti intra-coppia per far luce su possibili meccanismi genetici, ambientali e epigenetici.

✉ sonia.brescianini@iss.it

Outcome ostetrici e perinatali in una coorte contemporanea di gravidanze gemellari bicoriali

Bolzonella S, Seravalli V, Maoloni L, Di Rienzo G, Gizzi A, Di Tommaso M
Dipartimento Scienze della Salute, Univ. di Firenze. Dipartimento Assistenziale Materno Infantile. AOUCareggi Firenze

Obiettivo Valutare gli outcome materni e perinatali di gravidanze gemellari bicoriali (BC) e confrontarne l'incidenza tra quelle ottenute da procreazione medicalmente assistita (PMA) e quelle concepite spontaneamente (CS).

Metodi Studio retrospettivo di coorte su gravidanze gemellari BC tra il 2010 e il 2018. La popolazione è stata suddivisa in due gruppi in base al tipo di concepimento (CS e PMA) e questi sono stati confrontati per i principali outcome, usando analisi univariate e multivariate.

Risultati 678 gravidanze gemellari BC sono state incluse, di cui il 51% da PMA e il 46% CS. Le complicanze più frequenti sono state il parto pretermine (PPT) (61,4%) e il diabete gestazionale (DG) (18,7%). La maggior parte dei PPT si è verificata tra 34+0 e 36+6 settimane e solo il 4,6% prima di 28 settimane. L'84% delle pazienti ha partorito con taglio cesareo. Rispetto al gruppo CS, le gravidanze da PMA avevano età materna media più alta; l'epoca gestazionale al parto era simile, senza differenze significative nell'incidenza di PPT; anche il DG e i disturbi ipertensivi avevano simile incidenza ($p=0,75$ e $p=0,55$). Il 14,2% delle gravidanze presentava ritardo di crescita intrauterino (RCIU) di almeno un feto. L'incidenza di morte intrauterina fetale (MIF) è stata bassa (0,4%). Non è stata evidenziata una differenza statisticamente significativa tra i gruppi relativamente a RCIU, MIF o peso alla nascita <10° o 5° centile.

Conclusioni Le complicanze ostetriche più frequenti nelle gravidanze gemellari BC sono il PPT e il DG, con incidenza maggiore rispetto alle singole. Gravidanze gemellari da PMA non hanno mostrato un maggior rischio di outcome ostetrici e perinatali avversi rispetto a quelle CS.

✉ sara.bolzonella@gmail.com

Progetto per tracciare carte auxologiche neonatali specifiche per nati da gravidanza bigemina

Coscia A1, Vai S2, Spada E1
SC Neonatologia Universitaria - AOU Città della Salute e della Scienza di Torino; 2. ASL Città di Torino, pediatra di libera scelta

Introduzione. Nel 2010 sono state pubblicate le carte INeS, reference specifici per neonati italiani da gravidanza singola. In concomitanza con tale studio, sono stati raccolti anche i dati di oltre 2400 bigemini. È noto che alla nascita i gemelli sono, in media, più piccoli rispetto ai nati singoli e che tale differenza aumenta all'aumentare dell'età gestazionale (EG). Per valutare l'effetto dell'applicazione ai nati bigemini delle carte specifiche per i nati singoli, sono stati calcolati gli z-score del peso dei 2400 bigemini usando come riferimento le carte INeS dei primogeniti. Lo z-score medio è -0.43 (valore atteso=0), la deviazione standard è 0.91 (valore atteso=1). La classificazione in Small for Gestational Age (GA), Appropriate for GA, Large for GA è del 3% (atteso 10%), 80% (atteso 80%) e 17% (atteso 10%), rispettivamente. Questo sembra indicare che la dispersione del peso alla nascita dei neonati da gravidanza bigemina è simile rispetto a quella dei nati singoli, ma la mediana e i centili esterni hanno valore inferiore. I reference italiani specifici per gemelli sono datati, o non applicabili, e non sono ad oggi reperibili standard internazionali affidabili.

Obiettivo. Progettare uno studio per la costruzione di reference nazionali aggiornati per il peso neonatale, specifici per i nati da parto bigemino.

Metodi e discussione. Proponiamo di utilizzare dati di uno o più anni provenienti da registri quali CedAP nazionali o ISTAT. Sarà valutata la qualità del dato usando valori soglia del peso diversi per EG. Le carte saranno ovviamente separate per sesso, mentre verrà valutata la necessità di separarle per primogeniti/non-primogeniti. In tal caso, le carte saranno presentate, oltre che sull'intera popolazione, anche separate per primogeniti/non-primogeniti.

✉ elenaspada.bios@gmail.com

Gli studi qualitativi: un esempio

Cuttini M.

Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Per molto tempo la ricerca qualitativa, storicamente utilizzata soprattutto nelle scienze sociali e etnografiche, è stata considerata come antitetica e, in qualche modo, meno “scientifica” rispetto a quella quantitativa. Oggi il valore dei metodi qualitativi è maggiormente riconosciuto anche nella ricerca biomedica e sui servizi sanitari, e riviste quali il BMJ (1) e altre (2) hanno dedicato delle serie ai metodi qualitativi. In particolare, si è compreso come la ricerca quantitativa e quella qualitativa possano essere complementari, tanto è vero che sono sempre più frequentemente abbinati nei cosiddetti studi “mixed-methods” (3). Eppure, pubblicare e leggere ricerca qualitativa rimangono in un certo senso attività di nicchia, e più di recente proprio gli editors di BMJ sono stati accusati di discriminazione nei confronti di tali studi (4,5).

Non è facile dare una definizione sintetica di cosa si intende per ricerca qualitativa. È forse più utile definirne le caratteristiche (6). Invece dei numeri, la ricerca qualitativa utilizza i testi come materiale empirico (i “dati”) da analizzare; parte dal concetto di realtà come costruito sociale; è interessata alle attività e alle conoscenze correnti relative alle tematiche in studio, e soprattutto al punto di vista dei partecipanti alla ricerca stessa. Di conseguenza, i ricercatori qualitativi studiano le persone e le cose nel loro “setting” naturale, tentando di dare un senso, o di interpretare, i fenomeni in termini del significato che vi viene attribuito dai partecipanti. Obiettivo non è la generalizzazione dei risultati, bensì la loro comprensione.

In generale quindi la ricerca qualitativa non cerca di quantificare i dati, anche se talvolta semplici conteggi possono essere utilizzati per riassumere alcuni aspetti. Nelle analisi qualitative, i dati sono conservati e presentati nella loro forma di testo, e possono essere classificati (“codificati”) per sviluppare categorie di analisi e interpretazioni. Le categorie possono essere costruite induttivamente (cioè ottenute gradualmente dai dati, come nel metodo conosciuto come “grounded theory”) o, più raramente, in modo deduttivo, come ad esempio nella “framework analysis.” (7) Come esempio di ricerca qualitativa, utilizzo uno studio condotto nel contesto del progetto Europeo SHIPS (Screening for Health in very Preterm infantS) con follow-up di una coorte area-based a 5-6 anni di età (8). Lo studio qualitativo ha coinvolto cinque Paesi (Italia, Germania, Por-

togallo, Francia, Belgio), con l’obiettivo di conoscere in modo più approfondito l’esperienza dei genitori riguardo alle cure di follow-up ricevute dal loro bambino a partire dalla dimissione dalla Terapia Intensiva Neonatale (TIN), ostacoli e condizioni facilitanti per il follow-up, e di identificare gli interventi che potrebbero migliorare l’esperienza del follow-up per i bambini e per i genitori.

Abbiamo invitato famiglie di bambini con età gestazionale inferiore a 28 settimane, che avevano già completato il questionario postale per SHIPS, e che non presentavano disabilità così gravi da precludere la valutazione cognitiva prevista dal protocollo di ricerca.

Sono state condotte un totale di 62 interviste semi-strutturate, utilizzando una “guida” costruita secondo un criterio cronologico (dalla dimissione dalla TIN al momento attuale). Previo parere dei Comitati di Etica delle diverse regioni e consenso informato dei genitori, le interviste sono state registrate e trascritte integralmente nella lingua originale.

L’analisi è stata realizzata in due fasi. La prima fase è stata condotta sui testi originali dalle intervistatrici stesse, codificando parti selezionate sulla base di uno schema di codifica comune e condiviso, che seguiva le stesse fasi temporali utilizzate durante l’intervista. Codici aggiuntivi potevano essere inseriti, previa condivisione con il gruppo di ricerca. I testi ridotti risultati da questa prima fase sono stati tradotti in inglese e analizzati presso il centro coordinatore in Italia. Tutte le analisi sono state condotte utilizzando il software NVivo11. L’analisi ha portato a identificare come temi principali:

- 1 la fase prenatale, in cui i genitori, spesso in modo totalmente inaspettato, sono stati informati del parto pretermine imminente;
- 2 la fase del ricovero in TIN, ancora molto presente nel ricordo dei genitori:

«la TIN... è un’esperienza dove rimani sospeso. È tuo figlio ma non è tuo figlio. Sei genitore e non lo sei. Non puoi iniziare quel rapporto, lo puoi tener in braccio per 45 minuti e stop» (IT, M int.12)
- 3 Il momento della dimissione dalla TIN, vissuto con felicità ma anche con molta ansia e senso di solitudine;

«...il giorno della dimissione ho avuto una crisi di pianto...Perché ho salutato I medici...e perché andavo via con il mio passeggino e le bombole di ossigeno.» (IT, M Int.10)

«Qualche volta penso che preferirei riportarla in ospedale.» (BE, Mo Int.7)
- 4 Il follow-up, con problemi legati spesso a mancanza di un referente stabile,

lunghe attese per le varie visite specialistiche, e soprattutto mancanza di coordinamento tra momento diagnostico e terapeutico.

«Lavorare per compartimenti separati è davvero inutile. Penso che ci dovrebbe essere un referente unico che coordina visite, controlli e tutto il resto.» (IT, Mo Int.7)

«Sono stata almeno un anno in lista di attesa per la logopedia. [...] Ho mandato messaggi, ho mandato emails. Non aveva posto. Tutto era al completo.» (FR, Mo Int.2)

✉ marina.cuttini@opbg.com, marinacuttini@gmail.com

1. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. BMJ 2000; 320:50-2.
2. Britten N. Making sense of qualitative research: a new series. Med Edu 2005; 39:2-6
3. Seppänen AV, Sauvegrain P, Draper ES, Toome L, El Rafei R, Petrou S, Barros H, Zimmermann LJI, Cuttini M, Zeitlin J; SHIPS Research Group. Parents’ ratings of post-discharge healthcare for their children born very preterm and their suggestions for improvement: a European cohort study. *Pediatr Res* 2021; 89:1004-12.
4. Greenhalgh T et al. An open letter to The BMJ editors on qualitative research. *BMJ* 2016; 352:i563.
5. Loder E, Groves T, Schroter S, Merino JG, Weber W. Qualitative research and The BMJ. *BMJ* 2016; 352:i641.
6. Flick U. Designing qualitative research. The Sage Qualitative Research Kit. Sage Publications LTD, London 2009.
7. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. *BMJ* 2000; 320:114-16.
8. Seppänen AV, Draper ES, Petrou S, Barros H, Andronis L, Kim SW, Maier RF, Pedersen P, Gadzinowski J, Lebeer J, Ådén U, Toome L, van Heijst AFJ, Cuttini M, Zeitlin J; SHIPS Research Group. Follow-up after very preterm birth in Europe. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2021 Feb 10;fetal-neonatal-2020-320823. . doi: 10.1136/archdischild-2020-320823.

Comunicare i risultati... e valutarne l'effetto (tavola rotonda)

Basevi V.¹, Bestetti G.², Gangemi M.³

¹ Commissione Nascita, Regione Emilia-Romagna, Bologna;

² Istituto Ricerca Intervento Salute, Milano;

³ Quaderni ACP, Verona

Il trasferimento di conoscenze (*knowledge translation*, KT) è lo strumento attraverso il quale colmare il gap fra i risultati della ricerca e la loro introduzione nella pratica clinica [1]. KT è "un processo dinamico e iterativo che include la sintesi, la diffusione, la condivisione e l'applicazione eticamente corretta della conoscenza per migliorare la salute [...], fornire servizi sanitari più efficaci e rafforzare il sistema sanitario" [2]. In origine veicolati prevalentemente dalla letteratura secondaria (revisioni sistematiche) e terziaria (linee guida), i processi di KT sono stati profondamente modificati dai social media e da come questi vengono utilizzati da professioniste e professionisti [3]. Con l'espansione della tecnologia e delle applicazioni per smartphone, inoltre, anche molte donne in gravidanza utilizzano Internet per diversi motivi, che vanno dal ricercare informazioni al prendere decisioni e al condividere esperienze [4]. Analizzando gli strumenti e i linguaggi utilizzati, la tavola rotonda considera questi cambiamenti e si interroga su come valutare l'efficacia degli interventi di KT nel migliorare la salute di mamme e bambini.

✉ vittorio.basevi@libero.it

1. Esmail et al. A scoping review of full-spectrum knowledge translation theories, models, and frameworks. *Implementation Science* 2020;15:11

2. Canadian Institutes for Health Research. Knowledge translation. 2017. URL: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29529.html>. [data di consultazione: 12.07.2021]

3. Chan TM et al. Social media in knowledge translation and education for physicians and trainees: a scoping review. *Perspect Med Educ* 2020;9:20-30

4. Oviatt JR, Reich SM. Pregnancy posting: exploring characteristics of social media posts around pregnancy and user engagement. *Mhealth* 2019;5:46

Presentare dati e riflessioni: siamo strumenti dello strumento?

Capuano C.

UO di Neonatologia, AUSL di Reggio Emilia, IRCCS di Reggio Emilia, distretto di Montecchio Emilia

Viviamo nell'epoca dove condividiamo le storie più innovative, ma non sempre la loro presentazione stimola la creatività e induce un vero cambiamento: forse anche perché il software di presentazione, da spalla, diviene protagonista, e talvolta anche ostile compagno di viaggio?

Siamo sinceri: quante volte abbiamo fatto nostro il "take a message" di una relazione, anche se interessati al tema?

Forse perché esponiamo e non raccontiamo?

Eppure l'uomo da sempre ha raccontato, affiancando la comunicazione visiva a quella verbale. Dalle pitture rupestri di Lascaux, ai pittogrammi, alle vetrate colorate nelle chiese, alle lavagne luminose: noi stessi disegnamo prima di imparare a leggere e scrivere.

E nel 1987 debutta PowerPoint. Improvvisamente tutti possono creare una slide: PowerPoint può essere una killer application, ma anche the murderer.

Oggi si stima ci siano 400.000 slides al mese caricate solo sul portale Slideshare: un uso spesso inappropriato, che contribuisce a ridurre o annullare i potenziali benefici di un software tanto potente quanto semplice e diffuso.

A complicare il quadro, la scarsa considerazione del pubblico, il co-protagonista della nostra storia: quante volte abbiamo pensato, prima di "buttar giù due slides", o peggio riciclarle da un vecchio archivio, alla tipologia di pubblico? Alle loro conoscenze di base, alle loro aspettative?

Vi è mai capitato di non indurre una discussione, se non con qualche sparuta domanda del moderatore di turno, pensando fosse l'effetto di una brillante ed esaustiva esposizione? Le vostre grafiche si limitano ancora legati ai preistorici bullet point? Avete mai reso "estensibile" la vostra presentazione con QRcode o "discutibile" con hashtag istantanei?

E quante volte siete stati di ispirazione "vera"? quante volte una vostra idea ha portato un cambiamento o stimolato visioni nuove?

Siete mai stati sul punto di morire? il termine death by Powerpoint su Google comporta 132.000.000 di risultati: il rischio è dietro l'angolo.

✉ ciro.capuano@ausl.re.it

La coorte nati italiana Piccolipiù

Rusconi F.*, Brescianini S., Culasso M., Farchi S., Forastiere F., Gagliardi L., Pizzi C., Porta D., Richiardi L., Ronfani L., Stazi A, e il Gruppo di Ricerca Piccolipiù.

*Relatore. Affiliazione: Unità di Epidemiologia, AOU Meyer, Firenze

La coorte Piccolipiù, finanziata dal Ministero della Salute e CCM, comprende 3337 bambini nati tra il 2011 e il 2015 in cinque città italiane (Torino, Trieste, Viareggio, Firenze, Roma).

Lo scopo è studiare gli effetti a lungo termine sulla salute di fattori che agiscono nel corso della vita, a partire dalla vita fetale. I metodi dello studio sono: bambini seguiti prospettivamente dalla vita fetale/nascita, misure ripetute di esposizione e di esito, raccolta di campioni biologici conservati in una biobanca, interazione con le famiglie. Ciò permette di studiare l'associazione tra fattori socioeconomici, ambientali, e legati allo stile di vita ed esiti di salute, di descrivere l'interazione tra fattori genetici e ambientali e promuove la salute del bambino utilizzando strumenti innovativi per la comunicazione di messaggi di prevenzione evidence-based. La raccolta di informazioni è avvenuta tramite questionari (gravidanza, nascita, 6, 12, 24 mesi, 4 e 7 anni); visite dei bambini a 4 e 7 anni per rilevare obiettivamente crescita, attività fisica, sviluppo neuropsicologico, funzionalità polmonare e allergie. La geocodifica degli indirizzi ha permesso di valutare l'esposizione individuale ad inquinanti atmosferici (dati satellitari) e altre esposizioni ambientali (verde urbano, rumore, etc). La crescita del bambino in gravidanza è stata valutata con ecografie. I messaggi di salute e l'interazione con le famiglie sono stati veicolati con libretti e newsletter, con un gruppo facebook e con un progetto interattivo su dieta e attività fisica in età prescolare (piccolipiuiinforma.it) e un portale su inquinamento atmosferico nei primi 1000 giorni di vita ed esiti di salute (millegiorni.info).

La armonizzazione di esposizioni e esiti con quelle rilevate in altre coorti europee e la disponibilità di materiale biologico (genetica ed epigenetica) hanno permesso collaborazioni internazionali su temi rilevanti di salute infantile. Saranno presentati risultati esemplificativi.

✉ franca.rusconi@meyer.it

NAscere e creSCere in ITALIA (NASCITA)

Clavenna A.¹, Pansieri C.¹, Pandolfini C.¹, Cartabia M.¹, Zanetti M.¹, Zanetto F.², Bonati M.¹

¹Laboratorio per la Salute Materno Infantile, Dipartimento di Salute Pubblica, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Milano;

²Associazione Culturale Pediatri

Background. I primi anni di vita sono caratterizzati da uno sviluppo fisico, motorio, cognitivo e relazionale estremamente rapido, che influenza anche lo stato di salute successivo. L'individuazione dei fattori di rischio modificabili e di fattori prognostici in periodi critici dello sviluppo (e dell'intera vita) dovrebbe contribuire all'attivazione di strategie efficaci di prevenzione e intervento.

Obiettivo. Monitorare lo sviluppo fisico/cognitivo/psicologico, lo stato di salute e benessere e il consumo di risorse sanitarie in una coorte di nuovi nati nei primi 6 anni di età e valutare i potenziali fattori che possono influenzarli.

Metodi. La coorte è costituita da bambini nati in Italia (in tutti i cluster geografici) tra il 1/04/2019 e il 30/09/2020, assistiti dai 139 pediatri di famiglia che hanno aderito allo studio.

I dati raccolti dai pediatri nelle 7 visite dei bilanci di salute e nei contatti con il bambino/la famiglia durante i primi 6 anni di vita sono inseriti in una scheda elettronica (web-based).

Saranno valutati la crescita staturale-ponderale, lo sviluppo psicomotorio, i percorsi educativi/di socializzazione, l'alimentazione, le vaccinazioni effettuate, eventuali malattie (in particolare le cronicità), la prescrizione di farmaci, visite specialistiche ed esami, gli accessi in Pronto Soccorso e le ospedalizzazioni.

Risultati. 5.153 neonati (M/F=1,04) partecipano alla coorte. La distribuzione per area geografica rispecchia quella della popolazione italiana: il 47% vive nel Nord Italia, il 19% nel Centro e il 34% nel Sud. Il 9% delle coppie è di origine straniera. L'età mediana delle madri al parto era di 33 anni, quella dei padri 36 anni.

Conclusioni. Le informazioni raccolte nell'ambito di NASCITA consentiranno di approfondire la conoscenza dell'impatto di fattori protettivi e di rischio nei primi anni di vita sullo sviluppo e lo stato di salute del bambino. La valutazione dei determinanti e degli esiti di salute potrà fornire informazioni utili all'elaborazione di interventi preventivi e buone pratiche.

✉ antonio.clavenna@marionegri.it

VLBW: tre coorti area based, confronto in parallelo e longitudinale

D. Merazzi

Dipartimento Materno Infantile -Ospedale Valduce (Como)

Oggetto. Confrontare le variazioni avvenute negli ultimi 20 anni nei VLBW dell'area comasca in merito a caratteristiche perinatali, trattamenti, morbilità ed esiti.

Metodo. È uno studio retrospettivo locale che comprende 3 coorti di VLBW, di 2 ospedali vicini con T.I.N. simili (type B VON). La 1a coorte comprende i nati dal '97 al '06 (A n=351). La 2a (B1, n=110) è dei nati dal '99 al '03 dell'ospedale B. La 3a comprende i nati di B dal '09 al '19 (B2, n=206). Sono stati considerati alcuni dati perinatali, la mortalità, la sopravvivenza con e senza esiti e il tasso di allattamento alla dimissione.

Risultati. Le caratteristiche demografiche delle 3 coorti sono sovrapponibili. L'EG media è 29+1 in A; 29+4 in B1 e 29+6 in B2. Il PN medio è stato di 1068 g (A); 1072 g (B1) e 1154 g (B2). La profilassi per RDS è stata 81,1% in A; 77,8% in B1 e 87,4% in B2. I nati con taglio cesareo sono stati il 76,6% (A); 81,8% (B1) e 78,2% (B2). La mortalità in A è stata del 13,7%, in B1:15,5% e in B2:11,2%. Tra gli esiti maggiori le emorragie cerebrali gravi (IVH 3-4°) sono state del 5,6% in A, 2,7% in B1 e 2,6% in B2; la ROP grave (3-5°) 4,9% (A), 3,6% (B1) e 1,8% (B2). L'uso del surfattante è stato del 52,9% (A); 28,2% (B1) e 32,5% (B2). La ventilazione meccanica si è ridotta dal 63,5% di A al 31,2% in B2. Trend opposto ha visto la n-CPAP: 64,1% in A, 66,4% in B1 e 80,7% in B2. L'allattamento materno alla dimissione è passato dal 50,5% in A; al 64,5% in B1 e 68,9% in B2.

Conclusioni. In 20 anni vi è stata una riduzione della mortalità. Si è visto una riduzione della ventilazione meccanica a vantaggio dell'assistenza respiratoria non invasiva, un incremento della profilassi steroidea e una riduzione relativa del surfattante. Le complicanze neurosensoriali maggiori (IVH, ROP, PVL) si sono ridotte. Vi è stato un netto miglioramento del tasso di allattamento materno alla dimissione indicatore di maggior attenzione nel sostenere le mamme e la maggior fruibilità con l'apertura delle TIN.

✉ daniele.merazzi@tin.it

Predittori di obesità e sovrappeso nei bambini di 6 anni in Trentino: risultati di uno studio di coorte (progetto LINFA)

Pertile R.¹, Bombarda L.¹, Pedron M.¹, Betta M.², Piffer.¹

¹Servizio di Epidemiologia Clinica e Valutativa, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento;

²Pediatra di Libera Scelta

Background: Per monitorare il fenomeno dell'obesità infantile e i comportamenti associati nei bambini italiani, dal 2008, il Ministero della Salute ha promosso il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE, rilevazione su base campionaria, a cadenza periodica. In provincia di Trento si dispone di un ulteriore sistema di sorveglianza dello stato di salute in età evolutiva, tramite il flusso delle schede pediatriche compilate ai bilanci di salute del 12° mese, 6°-13° anno di vita, da parte dei pediatri di libera scelta. Tale banca dati integrata con i flussi informativi correnti, quali CedAP, SDO ed i registri di patologia, compongono il progetto di sorveglianza provinciale in età pediatrica denominato LINFA Project: "Longitudinal, Infant and Neonatal Follow up towards Adolescence".

Obiettivo: condurre uno studio coorte per individuare i predittori di sovrappeso/obesità, attraverso l'integrazione dei flussi correnti aumentandone il potenziale informativo.

Metodi: con un record linkage deterministico sono stati abbinati i record dei dataset sopracitati sulla base della completa concordanza di un'unica variabile identificativa o attraverso la totale corrispondenza di un set di variabili comuni. I predittori significativi rispettivamente di sovrappeso e obesità sono stati individuati attraverso due distinte analisi di regressione logistica multiple (vs. normopeso).

Risultati: i predittori indipendenti del sovrappeso a 6 anni risultano essere: parto cesareo, basso titolo di studio materno, esposizione a fumo passivo, peso alla nascita >4000 g.; per l'obesità a queste variabili (esclusa la modalità del parto) si aggiungono la cittadinanza straniera della madre ed un allattamento con formula al 6° mese.

Conclusioni: I flussi correnti locali, opportunamente integrati, possono fornire informazioni utili per la sanità pubblica. In particolare i dati su sovrappeso ed obesità registrati già all'età dei 6 anni forniscono ottimali indicatori per gli interventi preventivi sia a livello individuale che collettivo.

✉ piff.silv.tab@gmail.com

Il progetto ReCAP: una piattaforma per l'analisi condivisa delle coorti perinatali in Europa

Marina Cuttini,

Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Gli studi di follow-up sono fondamentali per valutare gli esiti della nascita pretermine, e le loro associazioni potenzialmente causali con le condizioni perinatali, socio-demografiche e gli interventi offerti. Sono però molto costosi e complessi da organizzare. Particolarmente quando il follow-up è a lungo termine, la perdita di partecipanti è un problema serio e diffuso. Inoltre, anche gli progetti di grandi dimensioni non riescono ad avere potere sufficiente per studiare eventi rari o sottogruppi poco rappresentati, quali ad esempio i nati da procreazione medicalmente assistita, estremamente pretermine o con gravi ritardi di crescita in utero.

Il progetto ReCAP (Research on Children and Adults born Preterm or with very low birth weight, www.recap-preterm.eu) ha creato una piattaforma elettronica per permettere l'analisi condivisa dei dati di follow-up di diverse coorti Europee. Il progetto, finanziato dal programma Horizon 2020 (Contratto n. 733280), mira a contribuire al miglioramento delle cure ai nati pretermine attraverso un più largo e efficiente utilizzo dei dati esistenti, ottenuto grazie alla maggiore potenza statistica, all'aumento di variabilità nelle osservazioni, e alla aggregazione di più gruppi di ricerca multidisciplinari. Inoltre, si auspica che la piattaforma possa vivere e crescere attraverso l'inclusione di nuovi punti di follow-up delle coorti esistenti e l'inserimento di nuove coorti.

I criteri per aderire a ReCAP, oltre a età gestazionale <32 settimane o peso neonatale <1500 grammi, sono il reclutamento "area-based" o di popolazione, e l'aver almeno un punto di follow-up dopo la dimissione dalla Terapia Intensiva Neonatale (TIN). Eventuali gruppi di controllo di nati a termine sono inclusi.

Attualmente, sono inseriti in ReCAP 20 studi individuali in 13 Paesi Europei, a partire da quelle storiche come POPS, con i nati in Olanda nel 1983, fino a quelle più recenti, anche internazionali,¹ e ai registri di dati correnti dei Paesi Scandinavi. Per quanto riguarda la parte pediatrica, è stata realizzata con metodo Delphi una indagine a livello europeo per identificare le aree prioritarie di ricerca relativa su salute e sviluppo dei nati pretermine.² Inoltre, è in pubblicazione un articolo frutto della collaborazione di 15 coorti sulla relazione tra istruzione materna e sviluppo cognitivo dei bambini.³ Altre analisi collabora-

tive in corso riguardano i bambini estremamente pretermine (22-26 settimane, 0.2-0.3% di tutti i nati), con analisi su differenze di sopravvivenza e esiti neurosensoriali; influenza del sesso su mortalità e morbilità; e conseguenze del grave ritardo di crescita in utero.

Per diffondere le informazioni sul progetto ReCAP, funzionalità della piattaforma e analisi in corso è stata realizzata una iniziativa online chiamata "Summer School". I ricercatori di ReCAP hanno preparato e registrato (con diapositive e audio) una serie di presentazioni, accessibili online. La registrazione, gratuita, può essere effettuata attraverso il sito di ReCAP fino al 20 settembre, e consente l'accesso a tutte le presentazioni, che resteranno online almeno fino a fine settembre e potranno essere guardate a orario libero.

✉ marina.cuttini@opbg.com, marinacuttini@gmail.com

La crisi della medicina

Panei Pietro

Istituto Superiore di Sanità

La pandemia che sta attraversando il pianeta pone questioni urgenti e drammatiche. Innanzitutto, la necessità di una cooperazione globale in sanità pubblica. Per altro verso, alle questioni esistenziali che ci pone la pandemia, si continua ad alimentare il mito dell'onnipotenza del medico: i vaccini stanno sconfiggendo il virus e presto potremo togliere le fastidiose mascherine. Questo il messaggio rassicurante che fa seguito, senza soluzione di continuità, all'altro angosciante "il virus è in mezzo a noi". Il tutto opinion based, per le prove rivolgersi altrove.

In realtà, a me sembra che la crisi della medicina come la conosciamo sia strutturale e non un mero incidente di percorso: dagli anni 80 del secolo scorso assistiamo ad un divaricarsi tra capacità diagnostiche e potenzialità terapeutiche con le prime che tendono ad essere preminenti. Prendiamo ad esempio il glioblastoma multiforme, il peggior tumore cerebrale. Oggi siamo in grado, grazie allo sviluppo delle neuroimmagini, di diagnosticare una massa tumorale della grandezza di un chicco di miglio. Purtroppo, a tanto sviluppo di strumenti diagnostici non è corrisposto altrettanto in termini di terapia: la sopravvivenza a 2 anni continua ad essere intorno al 20% come 30 anni addietro. Si continuano a usare farmaci con età media di qualche decennio che penetrano molto poco la barriera emato-encefalica con risultati deludenti. Riallineare diagnosi e terapia è fondamentale ed è un compito della sanità pubblica. Un altro problema che si sta affacciando prepotentemente negli ultimi anni è l'interazione uomo-macchina: lo sviluppo dell'intelligenza artificiale permette al dispositivo medico di interagire con il suo organo corrispettivo. Basti pensare agli autoinfortori di insulina nel bambino diabetico oppure alle prospettive che si intravedono nello sviluppo degli esoscheletri. Ottimo, però governiamolo questo processo da ora, anche per salvare quello che è rimasto di umanità in noi sapiens.

✉ pietro.panei@iss.it

Fattori di rischio materni uterini ed extrauterini per la valutazione del rischio del parto pretermine.

Cagliani M.¹, Miglioli C.², Canini M.³, Tiberio F.¹, Mosser K.², Vignotto E.², Pozzoni M.¹, Spinillo S.¹, Cassano G.⁴, Gallo D.⁴, Lorioli L.⁴, Poloniato A.⁴, Barera G.⁴, Candiani M.¹, Falini A.³, Baldoli C.³, Cavoretto P.¹, Della Rosa P.A.¹

¹ Department of Gynecology, San Raffaele Scientific Institute, Milan, Italy;

² Research Center for Statistics, University of Geneva;

³ Department of Neuroradiology, San Raffaele Scientific Institute, Milan, Italy;

⁴ Neonatal Unit, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milan, Italy

Background: Nonostante il parto pretermine (PP) sia spesso definito come una singola condizione clinica, può essere considerato come una sindrome caratterizzata da componenti uterine (IU) ed extra-uterine (EU). Gli obiettivi di questo studio sono: 1) identificare le componenti IU ed EU in grado di classificare in maniera significativa le gravidanze clinicamente considerate ad alto o basso rischio di PP per definire un modello di predizione del rischio; 2) verificare l'accuratezza predittiva del modello e 3) identificare profili di gruppo secondo il grado di rischio di PP basato sui fattori più significativi.

Metodi: Il questionario MaFra (i.e. Maternal Frailty) include 174 variabili che indagano sia le componenti IU sia EU dello sviluppo fetale. Nello studio è stato somministrato il questionario MaFra a 111 donne. Le variabili sono inizialmente state ordinate secondo i p-values delle regressioni logistiche univariate, sono poi stati selezionati dei modelli basati sui criteri AIC (e.g. Akaike Information Criterion) includendo solo le variabili risultate significative. Infine, il fuzzy clustering c-means ha assegnato gruppi di appartenenza basati sulle variabili più significative del MaFra. **Risultati:** Tra le 174 variabili incluse nel MaFra, Placenta Previa, Ipertensione Gestazionale, Antibiotici, Lunghezza della cervice, Esercizio Fisico, Crescita Fetale, Ansia Materna, Preeclampsia e Antiipertensivi sono state classificate come fattori predittivi di un aumentato rischio di PP. Il classificatore random forest ha incluso soltanto le variabili IU ed EU più informative ottenendo un'accuratezza dell'81.08% e un AUC dello 0.8122. La cluster analysis ha identificato tre gruppi di donne gravide, profilandole sulla base delle variabili IU ed EU più significative.

Conclusioni: Questo studio stabilisce una generalizzata metodologia per la costruzione di un'evidenza basata su una valutazione del rischio olistica per il PP, da poter utilizzare nella pratica clinica.

✉ cagliani.martina@hsr.it

Associazione tra il peso pregravidico, l'incremento ponderale materno e la nascita di bambini SGA e LGA

Daniela Menichini^{1,2}, Enrica Perrone³, Lucrezia Pignatti⁴, Isabella Neri², Fabio Facchinetti², Giuseppe Chiosti²

¹ Scuola internazionale di Dottorato in Medicina Clinica e Sperimentale, Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze, Università di Modena e Reggio Emilia;

² Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Materno-Infantili e dell'Adulto, Università di Modena e Reggio Emilia;

³ Direzione sanitaria, Azienda USL di Modena;

⁴ Unità di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale M. Bufalini di Cesena

Background: L'incremento ponderale in gravidanza (GWG) e l'indice pregravidico di massa corporea (IMC) sono associati al peso del neonato al parto. Tuttavia, non è ancora chiaro se agiscono in modo sinergico.

Obiettivo: Misurare l'effetto di GWG, IMC e la loro interazione sulla nascita di bambini piccoli (SGA) o grandi per età gestazionale (LGA).

Metodi: Sono state incluse le donne con gravidanza singola a termine che hanno partorito in Emilia-Romagna nel 2016-2018 (n=88.230). In caso di donne con più di un parto nel periodo di studio, sono state incluse nell'analisi le informazioni del primo. I casi con anomalie congenite sono stati esclusi. Per stimare l'impatto di GWG, IMC e la loro interazione sul peso alla nascita per età gestazionale, sono stati elaborati modelli di regressione logistica multivariata aggiustando per potenziali confondenti.

Risultati: Le donne in sovrappeso e obese e quelle con incremento ponderale superiore al raccomandato hanno un maggiore rischio di avere un nato LGA rispetto alle donne nei range normali di IMC e di GWG. Rispetto alle donne normopeso e con GWG nei range raccomandati dall'*Institute of Medicine*, il rischio di avere un nato LGA è inferiore nelle donne obese con GWG superiore al raccomandato (OR 0.80; IC95% 0.70- 0.90), mentre è superiore nelle donne obese con GWG inferiore al raccomandato (OR 1.20; IC95% 1.01-1.50); il rischio di SGA è inferiore nelle donne sottopeso con GWG superiore al raccomandato.

Conclusione: IMC e GWG sono associati al rischio di SGA e LGA. Analizzando le due variabili congiuntamente si rileva - inaspettatamente - una minore probabilità di LGA tra le donne obese con GWG superiore al raccomandato. L'obesità e l'eccessivo GWG possono compromettere la

funzione placentare, portando ad una riduzione della crescita intrauterina. La gravidanza rappresenta una finestra temporale in cui intervenire sulla nutrizione e stile di vita materni per migliorare gli esiti neonatali, indipendentemente dall'IMC pregravidico.

✉ daniela.menichini91@gmail.com

Monitoraggio a campione (mese di maggio) dei tassi di allattamento in un punto nascita lombardo durante le fasi di accreditamento come Ospedale Amico del Bambino e durante la Pandemia Covid19

Poloniato A.¹, Garbetta G.¹, Mora S.², Barella G.¹ e il gruppo multidisciplinare BFHI-OSR
¹ Unità Operativa di Neonatologia e Patologia Neonatale, Dipartimento materno-infantile, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano;
² Laboratorio di Endocrinologia Pediatrica, Dipartimento materno-infantile, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

Background: L'allattamento al seno (AS) determina importanti benefici di salute sia per la madre sia per il bambino ed il sostegno alle madri da parte del personale costituisce una strategia efficace per sostenere l'AS in termini di avvio, esclusività e durata, obiettivi dell'iniziativa BFH. A partire dal 2011 è stato iniziato il percorso per divenire BFH conclusosi nell'ottobre 2019 con la certificazione. La pandemia è divenuta uno stress test per valutare la solidità del cambiamento instaurato.

Obiettivi Valutare come i tassi di AS (tAS) variano durante le differenti fasi del percorso BFH e la pandemia

Materiali e metodi raccolta dati relativi a donne e neonati nati nel maggio 2014-2021. I dati 2020 e 2021 sono in corso di elaborazione.

Risultati: n1098 neonati e relative madri. tAS esclusivo durante la degenza: 62.5% nel 2014, 58.4% nel 2015, 77.78% nel 2016, 71.67 % nel 2017, 67 % nel 2018, 74.12% nel 2019 (p<0.002). tAS esclusivo post dimissione: 61% (2014), 62% (2015), 75% (2016), 72% (2017), 64,6% (2018), 73.2% (2019) p< 0.02. Le donne con tAS sono più giovani (p <0.0001; AS 33; AC 35; NAS 35 aa). Nessuna differenza in base a titolo di studio, nazione e parità. AS esclusivo è maggiore nei nati da PE (81.3 %) rispetto ai nati da TC. (50.3 %) p <0.001. AS post dimissione non influenzato dal tipo di analgesia in travaglio. Il tipo di parto influenza significativamente l'esito dell'allattamento (PE: 76.5%; TC urgenti: 57.42; TC elettivi: 52,5%; VE: 78,1% p<0.001). Il 48% dei nati da TC elettivo versus il 18.3% dei TC d'urgenza non è allattato al seno.

Conclusioni: Il profondo cambiamento culturale e organizzativo ha portato a ottenere un progressivo miglioramento dei tassi di allattamento nei nati fisiologici nel periodo pre pandemico; i dati saranno inoltre confrontati con quelli relativi agli anni 2020 e 2021.

✉ poloniato.antonella@hsr.it

Proposta di un percorso di assistenza ostetrico-neonatalogica per implementare la cura della diade madre-neonato nel postpartum oltre la fisiologia

Cavalleri V.¹, Maini M.I.², Raso M.¹, Bracchi M.², Vergani P.², Ventura M.L.¹

¹ Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, Fondazione MBBM Monza;

² Clinica ostetrica, Fondazione MBBM Monza

Le prime ore dopo il parto costituiscono una finestra temporale fondamentale per l'instaurarsi della relazione madre-neonato. La separazione della diade nell'immediato postpartum sembra interferire con l'instaurarsi del *bonding*.

Per "couplet care" si intende una modalità assistenziale nella quale madre e neonato non vengono separati per l'erogazione delle cure, a prescindere dal livello di assistenza di cui il neonato necessita. Già divenuta standard di cure nella forma del *rooming in* per i neonati fisiologici, al momento in Italia non viene praticata per i neonati che necessitano di alti livelli di assistenza.

Nella nostra unità operativa, è prevista nell'area del parto la presenza h24 di un'unità infermieristica dell'equipe della Terapia Intensiva Neonatale. L'isola neonatale, ubicata centralmente rispetto alle sale parto e alla sala operatoria, e allestita con due postazioni, può accogliere neonati patologici, qualsiasi sia il livello di cure di cui necessitano (Delivery Room Intensive Care Unit o DRICU), anche per periodi prolungati. Questa soluzione consente di mantenere il neonato patologico vicino alla madre, per quanto al di fuori del suo sguardo.

L'obiettivo del progetto è verificare fattibilità, sicurezza ed efficacia del modello *couplet care* nella realtà di un ospedale italiano (Monza, Ospedale San Gerardo), mantenendo unita la diade sin dal postpartum anche nei casi di patologia neonatale, erogando le cure accanto alla madre, nella sala dove avviene il parto, se possibile in *skin to skin*. La realizzazione del progetto si basa sull'integrazione tra personale ostetrico e neonatologico, e sulla progressione attraverso fasi a complessità crescente.

La prima fase include l'assistenza a neonati stabili dal punto vista cardiorespiratorio, EG ≥ 34 settimane, peso ≥ 1800 g sottoposti, secondo *couplet care*, a: somministrazione profilassi, rilevazione peso, aspirazione prime vie aeree, monitoraggio glicemico, esami ematochimici, monitoraggio per rischio infettivo o di sofferenza perinatale. Viene predisposto carrello dedicato al materiale riservato al neonato e conducibile al letto della puerpera.

La seconda fase include neonati con EG ≥ 34 settimane, peso ≥ 1800 g, con polipnea (Silvermann score 0-1, frequenza respiratoria < 80 atti/minuto) e/o necessitanti di cannule ad alto flusso (flussi ≤ 8 L/min e FiO₂ ≤ 25%). Viene predisposto l'utilizzo di un sistema di monitoraggio avanzato con remotizzazione degli allarmi attraverso dispositivo mobile.

Si prevede di valutare *outcomes* neonatali e materni a breve e lungo termine (durata degenza, controllo glicemico e della temperatura, avvio allattamento al seno, allattamento al seno esclusivo alla dimissione e a medio-lungo termine, grado di soddisfazione materna, depressione postpartum, recupero postchirurgico, qualità della relazione madre-padre-neonato, competenze genitoriali, ecc.).

✉ valeriavalleri87@gmail.com