



S.A.R.N. e P.I.

Società di Anestesia e Rianimazione Neonatale e Pediatrica Italiana

Roma, 23 Agosto 2016

Presidente:

Maria Sammartino

Consiglieri:

Nicola Disma

Cristina Mondardini

Emanuele Rossetti

Tesoriere:

Fabio Sbaraglia

Past President:

Marinella Astuto

President-elect:

Giorgio Conti

Segreteria S.A.R.N.e P.I.

Start Promotion

Ref:

Silvia Anzani & Vera Tavella

Tel 02 67071383

Fax 02 67072294

sarnepi@startpromotion.it

www.sarnepi.it

**Nota SARNePI per la XII Commissione per gli Affari Sociali,
Camera dei Deputati, Roma**

Onorevole Presidente,

Le proposte di legge inoltrateci sono estremamente interessanti e ricche di spunti di riflessione.

Dopo averle adeguatamente ponderate e discusse ci sembra opportuno evidenziare alcune criticità:

1) Va identificato il soggetto destinatario della legge. Non si può promuovere esclusivamente la salute della madre o materno-fetale o della coppia. La gravidanza ed il parto sono eventi che si centrano sul binomio madre/figlio ma coinvolgono tutto il nucleo familiare emotivamente, psicologicamente e fisicamente. Ad oggi la tendenza presso le sale parto è quella di inserire nel contesto dell'evento la figura paterna e la ricostituzione di una situazione domestica tramite il cosiddetto rooming-in: la madre permane nella struttura sanitaria insieme al bambino con l'ausilio di un familiare come care-giver. Tale accomodamento, oltre a garantire una presenza affettiva utile per tutti i membri del nucleo, permette anche una riduzione delle necessità assistenziali a carico del SSN.

Vale la pena notare che anche in ambienti estremamente medicalizzati, quali le Terapie Intensive Neonatali, la attuale tendenza è quella di "aprire" il più possibile ai genitori ed alle cure parentali che ad essi competono.

2) Non è chiaro se la legge voglia promuovere il parto fisiologico, il parto vaginale o semplicemente la riduzione della pressione medica nelle sale parto. Bisogna infatti precisare che la dicotomia è tra nascita per via vaginale e nascita tramite taglio cesareo. Nel gruppo dei parti vaginali poi distinguiamo quelli fisiologici, in cui l'azione medica è assente, e quelli non fisiologici, in cui l'azione medica può essere esercitata nelle fasi iniziali (es. con l'induzione farmacologica), durante il travaglio (es. con la partoanalgesia o la somministrazione di Ossitocina), o nella fasi espulsiva (es. con la manovra di Kristeller).

Va così chiarito che ridurre il numero di tagli cesarei non implica di conseguenza un aumento dei parti fisiologici ma solo di quelli per via vaginale.



Presidente:

Maria Sammartino

Consiglieri:

Nicola Disma

Cristina Mondardini

Emanuele Rossetti

Tesoriere:

Fabio Sbaraglia

Past President:

Marinella Astuto

President-elect:

Giorgio Conti

Segreteria S.A.R.N.e P.I.

Start Promotion

Ref:

Silvia Anzani & Vera Tavella

Tel 02 67071383

Fax 02 67072294

sarnepi@startpromotion.it

www.sarnepi.it

3) L'indagine ISTAT sul tasso di cesarizzazione presenta un dato grezzo che va interpretato.

Mentre è evidente che in alcuni casi ci sia un abuso in alcune circostanze è bene anche considerare che in buona parte dei casi vi si fa ricorso per dubbi oggettivi sullo stato di benessere del feto (non è un caso che in Italia ci sia un tasso di mortalità infantile tra i più bassi al mondo). A tale condizione (così pure al grado di prematurità alla nascita) contribuiscono senz'altro elementi oggettivi come l'aumento dell'età delle partorienti, il ricorso a tecniche di fecondazione assistita o presenza di patologie materne o infantili di natura non ostetrica. Ad es. i tagli cesarei effettuati su pazienti portatrici di malattie neuromuscolari, oncologiche o cardiologiche (effettuati di norma in centri ad alta specializzazione) andrebbero scorporati nella determinazione del tasso ottimale.

La politica di riduzione del tasso di cesarei quindi andrebbe applicata con cognizione delle specificità. E' plausibile ritenere come una adeguata pressione economica sulle strutture sanitarie possa favorire la risoluzione di alcuni eccessivi non legati alla Good Clinical Practice. Crediamo che ad esempio il semplice movimento di risorse dai DRG del taglio cesareo al DRG del parto vaginale, potrebbe indurre le strutture a ridurre il numero di cesarei non necessari. Allo stesso modo, restiamo comunque favorevoli alle metodiche sperimentali come il V-BAC (Vaginal birth after cesarean), i cui primi dati sembrano essere incoraggianti in quanto a sicurezza e che nei prossimi anni saranno supportati da maggiore evidenza EBM.

4) L'assistenza al bambino una volta nato deve essere prioritaria. Negli anni sono diventate sempre più forti le evidenze che correlano la pratica dell'anestesia pediatrica e neonatologica ed il numero di eventi avversi. Tale dato è presumibilmente riconducibile anche all'anestesia ostetrica e all'assistenza neonatologica al parto. Come SARNePI ci stiamo muovendo per la riduzione delle criticità legate alla formazione ed alla pratica clinica già da tempo, anche nelle sedi istituzionali. Riteniamo che la settorializzazione (personale dedicato) ed il mantenimento delle competenze sia un aspetto irrinunciabile per la salvaguardia della sicurezza.

Per le stesse motivazioni è bene precisare che molti dati presenti in letteratura (cfr. ad es. *Snowden JM, Tilden EL, Snyder J, Quigley B, Caughey AB, Cheng YW. Planned out-of-hospital birth and birth outcomes. N Engl J Med 2015;373:2642-2653*) non incoraggiano la pianificazione del parto domiciliare su larga scala.

Fermo restando la possibilità delle sperimentazioni già esistenti, riteniamo che incoraggiare tale metodica possa essere controproducente e, di certo, non prioritaria.

La SARNePI La ringrazia per la possibilità di essere accolta come audita presso la Vostra commissione e resta a disposizione per ogni ulteriore chiarimento possa fornire.

Distinti Saluti,

Dr. Fabio Sbaraglia
Segretario Tesoriere SARNePI