

Prematurissimi: parere del Consiglio superiore di sanità

Rianimare sempre, ma senza accanimento

Il trattamento medico e rianimatorio non può essere confinato in rigidi schematismi, ma esige una valutazione accurata ed individualizzata delle condizioni cliniche alla nascita. No a indicazioni diverse a seconda dell'età gestazionale, dunque: con 45 voti favorevoli e un astenuto, il Consiglio superiore di sanità sgombra il campo dalle polemiche sorte lo scorso febbraio (vedi GynecoAogoi n. 1/08) sulla scia della presentazione della "Carta di Roma", il documento sottoscritto da quattro università romane in occasione della Giornata per la Vita 2008, appena qualche giorno dopo la presentazione delle "Raccomandazioni per le cure perinatali nelle età gestazionali estremamente basse (22-25 settimane)" redatte dal gruppo di esperti istituito dal ministero della Salute. Quello emanato dal Ccs è un documento snello, che prevede che i neonati fortemente prematuri siano sempre sottoposti a rianimazione per valutarne le possibilità di sopravvivenza ma che, nel caso in cui le cure intensive si dimostrassero inefficaci, si dovrà evitare che si trasformino in accanimento terapeutico. "Al neonato - si legge nel documento - saranno comunque offerte idratazione e alimentazione compatibili con il suo quadro clinico e le altre cure compassionate, trattandolo sempre con atteggiamento di rispetto, amore e delicatezza". Il Consiglio presieduto da Franco Cucurullo cerca anche di fare chiarezza sul ruolo dei genitori nelle scelte da compiere. "Il rispetto della persona umana - scrivono i membri del Ccs nella premessa al documento - implica il dovere di informare i genitori, in maniera completa, accurata e comprensibile". Ma il Consiglio sente anche l'esigenza di esprimersi sulla possibilità che le richieste dei genitori siano in conflitto con "la scienza e coscienza dell'ostetrico e del neonatologo": in questo caso, "la ricerca di una soluzione condivisa va perseguita nel confronto esplicito e onesto delle ragioni esibite dalle parti, tenendo in fondamentale considerazione la tutela della vita e della salute del feto e del neonato". Infine gli

Le raccomandazioni espresse dall'Assemblea generale del Consiglio superiore di sanità per l'assistenza ai nati in età gestazionali estremamente basse



esperti del Ccs ritengono necessario "che ai nati, sin dalla dimissione, siano assicurate adeguate cure ed assistenza, anche domiciliare, garantendone la presa in carico e il follow-up fino all'età scolare". Il ministro della Salute Livia Turco ha provveduto a inviare ai presidenti

delle Regioni e delle Province autonome e a tutti gli assessori alla salute copia del parere "perché ne sia assicurata un'adeguata divulgazione presso le Asl, le aziende ospedaliere, gli Ircs e negli altri ambienti sanitari e scientifici più direttamente interessati".

Mappa europea delle cure ai prematuri

Quali sono le posizioni dei neonatologi europei in merito alle scelte terapeutiche per assistere i prematuri? Per gli operatori del settore, è sempre vero che anche un'esistenza privata di abilità fondamentali, come quelle che consentono di stabilire un qualche tipo di relazione o di ricavare piacere dall'esistere, è comunque meglio della morte? È su queste domande che è stato centrato lo studio **Euronic**, realizzato nel 2000

dall'Unione europea coinvolgendo più di 1.400 neonatologi e 3.400 infermieri di oltre 140 centri europei di terapia intensiva neonatale di Francia, Germania, Gran Bretagna, Italia, Lussemburgo, Olanda, Spagna, Svezia, Estonia, Lituania e Ungheria. Oggi l'indagine risulta forse un po' datata visto che in questi otto anni il dibattito mediatico ha fortemente influenzato le posizioni dei professionisti. Tuttavia è interessante notare che la maggior parte degli intervistati, indipendentemente dal paese in cui operano, concorda sull'opportunità di limitare i trattamenti intensivi, non iniziandoli o sospendendoli, in de-

Le Raccomandazioni per le cure perinatali nelle età gestazionali estremamente basse emanate dal Ccs

Compito della medicina perinatale è la cura e la promozione della vita e della salute della madre del feto e del neonato. Nel corso degli ultimi decenni, sensibili progressi diagnostico-terapeutici, sia sul versante ostetrico sia su quello neonatale, hanno modificato sostanzialmente l'agire professionale. Non è un fatto straordinario prestare cure mediche al travaglio di parto e al neonato di bassissima età gestazionale. Questa evenienza clinico-assistenziale, che non può non riguardare e coinvolgere la società nel suo complesso, implica una serie di aspetti etici, clinici, deontologici, medico-legali, programmatici ed organizzativi, di grande rilevanza in termini decisionali, tali da rendere necessarie specifiche raccomandazioni, il cui razionale trae fondamento dai seguenti presupposti conoscitivi:

- l'età gestazionale è definita come il tempo, espresso in settimane e giorni, trascorso dal primo giorno dell'ultima mestruazione;
- l'indagine ultrasonografica, soprattutto nelle età più precoci, conferisce alla stima dell'età gestazionale maggiore accuratezza, pur permanendo un margine di imprecisione;
- la prevalenza delle nascite ad età gestazionali comprese tra 22 e 25 settimane è bassa (circa 0.1-0.2%);
- gli studi scientifici di settore attualmente disponibili non sono numerosi e presentano criticità: raramente sono area-based, la maggior parte di essi concerne casistiche articolate su lunghi periodi e gli esiti sono fortemente influenzati dall'organizzazione dell'assistenza nei diversi Paesi e nei singoli Centri;
- nella valutazione del neonato, l'età gestazionale è considerata il parametro più indicativo di maturazione, anche se quest'ultima risente di altri fattori, quali la variabilità individuale, il peso, il sesso e la eventuale concomitanza di patologie. Il comportamento medico e rianimatorio esige, pertanto, una valutazione accurata ed individualizzata delle condizioni

cliniche alla nascita ed è inopportuno che sia confinato in rigidi schematismi, anche in considerazione dell'incertezza della datazione;

- dalla 22a settimana (epoca in cui la sopravvivenza al di fuori dell'utero è estremamente rara), per ogni giorno di incremento dell'età gestazionale, si verifica, grazie alle cure intensive, un progressivo aumento della probabilità di sopravvivenza, sino a raggiungere livelli elevati alla 25esima settimana.

Raccomandazioni assistenziali

L'assistenza ostetrico-neonatalogica che, per l'elevata complessità deve essere assicurata, ove possibile, presso un centro ostetrico-neonatalogico di III livello, richiede un approccio perinatale multidisciplinare tra ostetrico-ginecologo, neonatologo, anestesista, ostetrica, infermiere ed altro personale. Tale collaborazione deve essere programmata possibilmente in anticipo.

Prima del parto

Considerazioni generali

1. In queste fasce di età gestazionale, il parto deve essere considerato una emergenza che richiede il coinvolgimento di personale particolarmente esperto.
2. L'ostetrico-ginecologo ed il neonatologo, coadiuvati, se opportuno, dallo psicologo e dal mediatore culturale, hanno il dovere di informare i genitori, in maniera completa, accurata e comprensibile, sugli atti diagnostico-terapeutici, le loro prevedibili conseguenze sulla sopravvivenza e la salute del feto e del neonato, le possibili alternative per l'assistenza alla gravidanza, al parto ed alle cure del neonato. Le ragioni delle scelte assistenziali debbono essere riportate obbligatoriamente dal medico in cartella.
3. In particolare, devono essere fornite ai genitori informazioni su: rischi per la madre e per il feto nella prosecuzione della gravidanza, modalità di espletamento del parto, future gravidanze, prognosi a breve ed a lungo termine per i feti ed i neonati, in relazione all'età gestazionale, al peso, alla eventuale patologia associata e alla possibilità di cura.
4. Qualora eventi estremamente precipitosi impediscano un tempestivo processo informativo, questo dovrà comunque avvenire appena le circostanze lo consentiranno.

terminate circostanze: questa posizione è maggiormente condivisa quando sia considerato inevitabile l'esito infausto, meno quando la prognosi porta ad esiti gravi e permanenti. In generale, italiani e spagnoli sembrano essere i meno propensi a limitare i trattamenti intensivi. Esaminando casi specifici, si dice favorevole all'opportunità di rianimare in sala parto un piccolo pretermine di 24 settimane affetto da grave asfissia il 45% dei medici intervistati di tutti i paesi aderenti all'indagine ma la percentuale aumenta al 90% se vi è la garanzia di poter poi sospendere le cure nel caso il bambino si aggravasse in terapia in-

tensiva; rispetto ai neonatologi di altri paesi europei gli italiani sono più propensi a rianimare (51%), subito dopo troviamo i tedeschi e gli inglesi; gli olandesi, invece, spesso non iniziano affatto la rianimazione. Differenti le risposte anche in merito al coinvolgimento dei genitori: solo britannici, olandesi e lussemburghesi si dicono pronti a cambiare la loro decisione di rianimare o meno il neonato in sala parto davanti a un'opposizione dei genitori mentre gli italiani lo farebbero solo nel 6% dei casi. E se il neonato, una volta trasferito in terapia intensiva, presenta lesioni gravissime del sistema nervoso