Senato della Repubblica XVI LEGISLATURA

Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO n. 29

N.B. I resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente.

12ª COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SUL PERCORSO NASCITA E SULLA SITUAZIONE DEI PUNTI NASCITA CON RIGUARDO ALL'INDIVIDUAZIONE DI CRITICITÀ SPECIFICHE CIRCA LA TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL FETO E SULLE MODALITÀ DI ESERCIZIO DELL'AUTODETERMINAZIONE DELLA DONNA NELLA SCELTA TRA PARTO CESAREO O NATURALE: «NASCERE SICURI»

389ª seduta: martedì 27 novembre 2012

Presidenza del presidente TOMASSINI

IC 1807

TIPOGRAFIA DEL SENATO (53)

I N D I C E

Documento conclusivo

(Seguito dell'esame e approvazione del *Doc.* XVII, n. 17)

* PRESIDENTE . . . . . *Pag.* 3, 4
ASTORE *(Misto-ParDem)* 4
BASSOLI *(PD)* 3, 4

ALLEGATO (contiene lo schema di documento conclusivo) 6

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Coesione Nazionale (Grande Sud-Sì Sindaci-Popolari d'Italia Domani-Il Buongoverno-Fare Italia): CN:GS-SI-PID-IB-FI; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Per il Terzo Polo (ApI-FLI): Per il Terzo Polo:ApI-FLI; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Verso Nord, Movimento Repubblicani Europei, Partito Liberale Italiano, Partito Socialista Italiano): UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI; Misto: Misto; Misto-Diritti e libertà: Misto-DL; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem; Misto-Movimento dei Socialisti Autonomisti: Misto-MSA; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-P.R.I.; Misto-SIAMO GENTE COMUNE Movimento Territoriale: Misto-SGCMT.

I lavori hanno inizio alle ore 14,40.

PROCEDURE INFORMATIVE

Documento conclusivo

(Seguito dell'esame e approvazione del *Doc.* XVII, n. 17)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame di uno schema di documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sul percorso nascita e sulla situazione dei punti nascita con riguardo all'individuazione di criticità specifiche circa la tutela della salute della donna e del feto e sulle modalità di esercizio dell'autodeterminazione della donna nella scelta tra parto cesareo o naturale: «Nascere sicuri», sospeso nella seduta del 20 novembre scorso.

Avverto che, conclusa la discussione generale e le repliche delle relatrici, le stesse hanno predisposto un nuovo schema di documento conclusivo.

BASSOLI *(PD)*. Signor Presidente, anche a nome della relatrice Bianconi, confermo le modifiche allo schema di documento conclusivo già preannunciate nella scorsa seduta e ringrazio gli Uffici per l'ingente lavoro svolto.

PRESIDENTE. Certo di interpretare il pensiero di tutti, vorrei manifestare l'orgoglio che prova la Commissione per avere concluso un'indagine conoscitiva di particolare importanza avviata in risposta ad alcuni fatti di cronaca verificatisi un anno fa.

Quella che si conclude oggi è la seconda in ordine di tempo delle quattro indagini conoscitive avviate; vorrei però ricordare che la prima si soffermava soprattutto sui meccanismi istruttori tipici dell'inchiesta più che dell'attività di conoscenza.

Oggi invece, a seguito di uno sforzo considerevole compiuto dall'intera Commissione, dai relatori, dai consulenti e dagli Uffici, anche attraverso lo svolgimento di numerose audizioni, abbiamo a disposizione uno scenario completo ed importante che ancora una volta consente al nostro organismo di scrivere una buona pagina che credo potrà rappresentare un punto di riferimento per tutti gli impegni, le proposte e le leggi in materia.

Ricordo che a breve il lavoro della Commissione sarà presentato pubblicamente, in collaborazione con l'Università cattolica di Roma «Agostino Gemelli» che ha svolto un'azione di coordinamento con altri lavori; ciò consentirà di rendere noti tutti gli elementi in grado di modificare realmente i numeri esistenti. Se, infatti, i dati relativi alla mortalità fetale, neonatale ed infantile sono molto confortanti, quello relativo alla mortalità

materna segna purtroppo un peggioramento della situazione. Proseguire pertanto su questo tema credo sia molto importante.

BASSOLI *(PD)*. Presidente, in virtù del suo accenno alla presentazione pubblica il prossimo 5 dicembre dei risultati ottenuti dall'indagine conoscitiva svolta dalla Commissione, le chiedo di predisporre una sintesi del lavoro effettuato da distribuire ai Gruppi parlamentari in modo da renderlo consultabile anche da parte dei non addetti ai lavori e di coloro che non si occupano di sanità. Esiste infatti un problema reale, quello dell'aumento della mortalità materna. È quindi importante che siano accolte alcune delle proposte avanzate in Commissione, come quella della diversa certificazione delle morti materne, come suggerito dall'esperienza inglese. Pertanto, una sintesi che riassuma le proposte della Commissione in materia credo possa risultare utile a tutti i senatori che, impegnati nelle realtà locali, possono fornire un contributo significativo per apportare miglioramenti nell'ambito del percorso nascita all'interno delle strutture sanitarie territoriali.

ASTORE *(Misto-ParDem)*. Signor Presidente, credo sia utile ed opportuno presentare un atto di indirizzo al Governo affinché, alla luce delle risultanze dell'indagine conoscitiva svolta dalla Commissione, si revisionino le linee guida a suo tempo emanate sul percorso nascita.

PRESIDENTE. Apprezzo senz'altro la proposta di produrre una sintesi del lavoro di indagine condotto dalla Commissione. Do pertanto mandato agli Uffici di elaborare, in collaborazione con i consulenti, un *editing* riassuntivo da far pervenire a tutti i senatori.

La senatrice Bassoli, peraltro, aveva avanzato una richiesta ancora più ampia che però non può essere soddisfatta con le sole forze a disposizione della Commissione (e comunque mi sto impegnando sul punto). La relatrice ha infatti suggerito di comporre dall'esito dell'indagine conoscitiva un *instant book* da diffondere all'esterno, proposta che a mio avviso potrebbe valere anche per l'indagine sulla patologia diabetica. In tal modo sarebbe possibile mettere a disposizione dei cittadini, pazienti e addetti ai lavori, un manuale d'informazione maggiormente comunicativo e più diretto che traduca in elementi più semplici e comprensibili l'importante massa di lavoro prodotta dalla Commissione. È chiaro che questo richiede del tempo, ma – ripeto – ho garantito il mio impegno in merito ed essendo l'indagine conoscitiva patrimonio dell'intera Commissione comunicherò tempestivamente a tutti i colleghi gli esiti di questa procedura.

Circa la proposta del senatore Astore di elaborare un atto di indirizzo al Governo, faccio presente che la Commissione non rappresenta la sede idonea in cui potervi provvedere. Mi rivolgo pertanto alle relatrici ed ai Presidenti dei Gruppi qui presenti affinché predispongano il testo di una mozione condivisa (in tal modo avrà ancora più valore) da presentare in Aula al fine di rendere operative le proposte avanzate nel documento conclusivo, come quella della revisione dei LEA o l'avvio di altri percorsi che

qui hanno trovato pratico terreno di confronto; basta ricordare l'interlocuzione con il Ministro in materia di partoanalgesia e di altre questioni sulle quali il Ministro medesimo si è impegnato.

Passiamo ora alla votazione.

(Il Presidente accerta la presenza del numero legale).

Metto ai voti lo schema di documento conclusivo, così come modificato, con l'intesa che la Presidenza si intende autorizzata ad effettuare i coordinamenti che si rendessero necessari.

È approvato.

Dichiaro conclusa l'indagine conoscitiva sul percorso nascita e sulla situazione dei punti nascita con riguardo all'individuazione di criticità specifiche circa la tutela della salute della donna e del feto e sulle modalità di esercizio dell'autodeterminazione della donna nella scelta tra parto cesareo o naturale: «Nascere sicuri».

I lavori terminano alle ore 14,50.

ALLEGATO

DOCUMENTO CONCLUSIVO APPROVATO DALLA COMMISSIONE SULL'INDAGINE CONOSCITIVA SUL PERCORSO NASCITA E SULLA SITUAZIONE DEI PUNTI NASCITA CON RIGUARDO ALL'INDIVIDUAZIONE DI CRITICITÀ SPECIFICHE CIRCA LA TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL FETO E SULLE MODALITÀ DI ESERCIZIO DELL'AUTODETERMINAZIONE DELLA DONNA NELLA SCELTA TRA PARTO CESAREO O NATURALE «NASCERE SICURI» (*DOC*. XVII, N. 17)

Sommario

INTRODUZIONE

1 Indagine Conoscitiva «Nascere Sicuri». Obiettivi e Azioni
  1.1 Lavori e svolgimento dell'indagine conoscitiva

2 Fenomeno nascita: dallo scenario Internazionale alla realtà Italiana
  2.1 Il quadro internazionale
  2.2 Il quadro Italiano

3 Parto
  3.1 Esiti di salute delle donne: Mortalità e Morbosità materna grave
    3.1.1 Mortalità materna e divario tra Regioni
    3.1.2 Mortalità Materna ed altri indicatori: Età-Taglio Cesareo-Tasso Mortalità Neonatale
    3.1.3 Morbosità materna e Near Misses ostetrici
  3.2 Mortalità Infantile e Neonatale
  3.3 Gravidanze a rischio
  3.4 I Punti nascita
  3.5 Case da parto
  3.6 Il Taglio Cesareo
    3.6.1 Epidemiologia del Taglio Cesareo in Europa e Italia
    3.6.2 Taglio cesareo primario e classificazione di Robson
    3.6.3 Modalità di Parto ed esiti Perinatali
    3.6.4 Taglio Cesareo in Italia: analisi critica e azioni correttive

4 Aspetti di Neonatologia
  4.1 Unità Operative neonatologiche/pediatriche: Sicurezza delle nascite
  4.2 Punti nascita e Centri di Terapia Intensiva Neonatale
  4.3 Epoche gestazionali basse: sopravvivenza
  4.4 Prematurità in Italia: Criticità e Azioni (aree di intervento)

5 Servizio di trasporto assistito materno (STAM) e Servizio di trasporto di emergenza neonatale (STEN)

6 Partoanalgesia
- 6.1 La cultura del parto senza dolore
- 6.2 Partoanalgesia e Situazione Italiana
- 6.3 Requisiti dell'analgesia in corso di parto
- 6.4 Partoanalgesia: lavoro di *equipe* tra *team* ostetrico e partoriente
- 6.5 Partoanalgesia e Formazione-Informazione
- 6.6 Il modello organizzativo per la parto analgesia

7 Percorso Nascita Rete Assistenziale integrata (Assistenza gravidanza – Parto – allattamento)
- 7.1 L'assistenza alla gravidanza e parto in Italia
- 7.2 Informazioni – Libretto Gravidanza – Carta dei Servizi- Linee Guida
- 7.3 Ruolo delle ostetriche nel percorso nascita

8 Corsi di accompagnamento alla nascita (CAN)
- 8.1 Aspetti Epidemiologici
- 8.2 CAN: Ruolo attuale verso un riconsiderazione del ruolo

9 Percorso Nascita: Trattamenti complementari

10 Promozione dell'allattamento al seno
- 10.1 Allattamento al seno: aspetti epidemiologici
- 10.2 Promozione della cultura dell'allattamento: strategie per sostenerlo

11 Depressione post-partum
- 11.1 Depressione del *Post-partum*: Epidemiologia
- 11.2 Depressione *Post-partum*: prevenzione
- 11.3 Depressione *Post Partum* – Punti nascita – Rete Territoriale

12 Autodeterminazione della donna nella scelta della modalità del parto
- 12.1 Autodeterminazione della scelta del TC
- 12.2 Autodeterminazione della donna e aspetti medico – legali

13 Evento Nascita: binomio inscindibile tra Sicurezza e Qualità
- 13.1 La gestione della sicurezza dei punti nascita
- 13.2 La gestione della sicurezza madre-nascituro
  - 13.2.1 Linee d'azione Istituzionali
  - 13.2.2 Catena di Comando
  - 13.2.3 Gestione del rischio clinico
  - 13.2.4 Migliorare la qualità della assistenza nei punti nascita: certificare la qualità
  - 13.2.5 Tempestività di intervento: «Modello Speed»

14 Conclusioni

15 Proposte

Legenda abbreviazioni

AAROI-EMAC: Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani emergenza area critica
ADBB: Alarm Distress Baby scale
AGENAS: Agenzia per i Servizi Sanitari Nazionali
AOGOI: Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani
ASL: Azienda Sanitaria Locale
ASSR: Agenzia sanitaria e sociale regionale
C.P.S.R.: Conferenza Permanente Stato-Regioni
CAN: Corsi di accompagnamento alla nascita
CCM: Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie
CeDAP: Certificati di Assistenza al Parto
CIAO: Club Italiano Anestesisti Ostetrici
CID: Coagulazione Intravascolare Disseminata
CNESPS: Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute
CTG: cardiotocografia
CU: Conferenza Unificata
DRG: Diagnosis Related Groups, ovvero Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi
EBM: Evidence based medicine, medicina basata sull'evidenza
EPDS: Edimburg Postnatal Depression Scale
EUOL: Emergenza Urgenza OnLine
FER: Frozen Embryo Replacement,
FIVET: Fecondazione in vitro con embryo transfer
FO: Frozen Oocyte
GRC: Gestione del Rischio Clinico
I.O.M.: Institute Of Medicine
ICSI: Iniezione intracitoplasmatica di spermatozoi
ISTAT: Istituto nazionale di statistica
IUGR: Ritardo di crescita intrauterino
IVG: Interruzione Volontaria di Gravidanza
LG: linee guida
MMR: Mortalità materna
O.N.Da: Osservatorio nazionale sulla salute della donna
PMA: Procreazione Medicalmente Assistita
PNE: Programma nazionale valutazione esiti
PNLG: Piano nazionale linee guida
POMI: Progetto Obiettivo Materno Infantile
PSN: Piano Sanitario Nazionale
PTA: Punto Territoriale di Assistenza
SDO: Schede di Dimissione Ospedaliera
SIAARTI: Società italiana di anestesia analgesia rianimazione e terapia intensiva
SNLG: Sistema nazionale linee guida
SSN: Servizio Sanitario Nazionale
STAM: Servizio di trasporto assistito materno
STEN: Servizio di trasporto di emergenza neonatale
TC: taglio cesareo
TIN: Terapia Intensiva Neonatale
UNICEF: United Nations Children's Fund
UOC: Unità Operativa Complessa
UON: Unità Operativa di Neonatologia
UTI: Unità di Terapia Intensiva
UTIN: Unità operative di Terapia Intensiva Neonatale
VLBW, Very low Birth Weight
WHO: World Health Organization

INTRODUZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha individuato nel miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino uno degli obiettivi sanitari prioritari a livello mondiale.

L'OMS rileva, inoltre, che gravidanza, parto e allattamento rappresentano situazioni delicate e particolari nella vita di una donna, ma, solo in rari casi, patologiche.

L'assistenza, sia nell'accompagnamento della gravidanza sia del parto, deve essere modulata nel rispetto della loro natura fisiologica sapendo cogliere e individuare la patologia, per la quale deve essere previsti percorsi dedicati, senza portare a una medicalizzazione indiscriminata e non necessaria di tutte le gravidanze.

I Piani Socio Sanitari che si sono susseguiti negli ultimi anni in Italia e i dati epidemiologici, dimostrano che molto è stato fatto per garantire la centralità della salute della donna e del bambino nel percorso di assistenza e la sicurezza delle prestazioni.

I certificati di assistenza al parto (CeDAP) e le schede di dimissione ospedaliera (SDO) sono le due fonti informative nazionali sull'assistenza alla nascita in Italia. In particolare, i CeDAP costituiscono la più ricca fonte di informazioni di carattere sanitario, epidemiologico e socio-demografico concernente l'evento nascita, mentre la SDO è uno strumento amministrativo di raccolta dell'informazione relativa a ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale.

L'impossibilità quindi di una lettura «integrata» di diverse fonti informative a livello individuale limita molto la nostra capacità di sorveglianza di eventi rilevanti nel momento della nascita.

Tuttavia gli indicatori di efficacia clinica deducibili dai rilievi epidemiologici ottenibili da queste fonti, al di là degli episodi e valutazioni spesso imprecise riportate dai media nazionali, rilevano criticità significative che necessitano azioni ampie nel tessuto socio-sanitario del nostro Paese, criticità tra le quali vale la pena di citare da subito: la percentuale critica della prevalenza dei tagli cesarei a macchia di leopardo nelle varie regioni italiane, tuttavia con un significativo gradiente nord-sud; il significativo e non accettabile gradiente nord-sud della mortalità neonatale; l'esistenza di oltre un terzo di punti nascita italiani con meno di 500 parti l'anno; la limitatissima disponibilità di analgesia peridurale in travaglio; la inadeguata e insufficiente attivazione dei corsi di preparazione alla nascita, e altre ancora che sono state analizzate e riportate nel corso delle audizioni.

L'ultimo Rapporto SDO (pubblicato nell'Ottobre 2011) descrive l'attività di ricovero degli istituti di cura, pubblici e privati, svolta nell'anno 2010 nelle Regioni e Province autonome. Le informazioni derivano dalla banca dati delle schede di dimissione ospedaliera e la copertura della ri-

levazione è pressoché totale (superiore al 99,5 per cento degli istituti pubblici e accreditati).

Il Ministero della salute ha presentato il 7º Rapporto sull'evento nascita in Italia relativo all'anno 2008, riguardante l'analisi dei dati rilevati dal flusso informativo del CeDAP (pubblicato nel Marzo 2011). La rilevazione, con un totale di 551 punti nascita, presenta una migliore copertura rispetto agli anni precedenti: il 48 per cento di schede in più rispetto al 2002, un numero di parti pari al 96,6 per cento di quelli rilevati con la Scheda di SDO ed un numero di nati vivi pari al 95,8 per cento di quelli registrati presso le anagrafi comunali nello stesso anno.

In Italia la nascita costituisce l'intervento assistenziale più frequente delle strutture sanitarie.

Nel 2008, l'ultimo anno per il quale si dispone della elaborazione delle SDO, il parto vaginale senza complicazioni e il taglio cesareo (TC) senza complicazioni hanno costituito rispettivamente il primo (330.665) e il terzo (199.678) dei primi 10 DRG degli acuti in regime ordinario.

Come ampiamente illustrato nell'introduzione del programma illustrativo dell'indagine conoscitiva «Nascere Sicuri», *i punti nascita rappresentano quei luoghi in cui madre e nascituro dovrebbero godere delle adeguate tutele e cure ed essere dotati di idonee attrezzature per gli interventi ordinari e di emergenza che possono necessitare in occasione del parto. Allo stesso tempo dovrebbe esser garantito personale specializzato e qualificato affinché il parto possa avvenire in sicurezza.*

Lo stesso Piano Sanitario Nazionale 2010-2012, oltre alla Conferenza Stato-Regioni nell'accordo del 16 dicembre 2010, auspica una maggiore sicurezza ed umanizzazione del parto e sollecita un maggior ricorso alla parto analgesia, alla diminuzione dei tagli cesarei, alla promozione e sostegno dell'allattamento al seno oltre che una più efficace organizzazione dei servizi territoriali.

Recenti fatti di cronaca, accaduti in alcuni punti nascita italiani, hanno ingenerato perplessità tali per cui si è ritenuto necessario avviare un attento studio sulla funzionalità ed efficienza dei punti nascita e degli operatori di settore. Tale indagine è stata volutamente conoscitiva, senza valenza di criticità, al fine di risalire alle cause della fenomenologia negativa riscontrata negli ultimi tempi.

La fotografia della situazione italiana dei punti nascita che ne è emersa è più che tranquillizzante e risulta ingiustificabile il fenomeno di «psicosi da parto» che si è recentemente diffusa.

Indagine Conoscitiva «Nascere Sicuri». Obiettivi e Azioni.

L'indagine conoscitiva ha valutato le modalità di assistenza al parto, i percorsi nascita e di tutela della salute della madre e del bambino, con particolare attenzione anche a: parto-analgesia, corsi di preparazione al parto e percorsi di genitorialità condivisa.

L'obiettivo dell'indagine è stato quello di raccogliere dati e informazioni utili alle istituzioni e finalizzati a fare chiarezza sul Percorso Nascita. Pertanto abbiamo:

– tenuto conto dei lavori delle altre Commissioni parlamentari e acquisito agli atti i documenti prodotti sull'argomento a partire dalla XIV Legislatura e quelli realizzati dal Ministero salute;

– effettuato una mappatura dei punti nascita presenti nel territorio nazionale relazionandoli alle criticità logistiche territoriali;

– preso atto dei sopralluoghi effettuati in alcuni punti nascita e delle audizioni sia di punti nascita ad alto e basso numero di parti, che di quelli presenti in aree disagiate sotto il profilo territoriale;

– ascoltato i responsabili di direzione, amministrativi e sanitari, di alcuni punti nascita con specifica attenzione agli organici di queste strutture, alla adeguatezza delle risorse strutturali, impiantistiche e tecnologiche, alla loro funzionalità secondo i livelli minimi assistenziali;

– quantificato il numero totale di parti effettuati nella struttura e specificatamente distinto tra parti operativi e tagli cesarei per indicazione, per epoca gestazionale e le complicanze ostetriche e neonatali;

– approfondito la catena gerarchica delle decisioni;

– verificato le modalità organizzative dei punti nascita e la rete di coordinamento con quelli di I e II livello per le emergenze e con quali modalità (118, altre realtà locali) incluso i programmi di trasporto dei nascituri «in utero e non»;

– verificato le modalità organizzative-gestionali in presenza di gravidanze plurime, in particolare in caso di emergenze sulla madre e di assistenza dei neonati che abbisognano di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) (verifica dell'attivazione di reti di collaborazione e di percorsi e procedure h24 con punti di terapia intensiva per la madre e per i neonati);

– indagato, dal punto di vista medico-legale, le motivazioni alla base di una latente medicina «difensiva» e degli strumenti per poterla combattere;

– sondato sulle modalità di espressione, da parte della donna, della volontà di partorire naturalmente o attraverso parto cesareo;

– verificato l'offerta della parto analgesia nei diversi punti nascita del territorio nazionale.

Azioni

Azione principe è stata quella di promuovere un confronto serio tra le parti politiche al fine di trarne delle conclusioni auspicabilmente condivise per l'adozione di idonee iniziative nelle sedi istituzionali competenti per una tutela forte del fenomeno nascita, obiettivo dell'indagine conoscitiva «Nascere Sicuri».

Sulla base degli interventi effettuati in sede di audizione e dei documenti pervenuti sono state:

– valutate le criticità del percorso assistenziale nascita in relazione alla realtà sanitaria territoriale, regionale e del dato oggettivo numerico «Nascite»;

– individuate adeguate iniziative legislative opportune, con priorità di uniformità per i percorsi di emergenza ostetrica-neonatale attraverso la collaborazione con il tavolo della Conferenza Stato-Regioni per renderlo operativo in tempi definiti;

– suggerite iniziative di informazione, attraverso gli Assessorati alle Regioni, per la popolazione, in particolare per le coppie e per le mamme in gravidanze. Questo al fine di portare a conoscenza le modalità di percorsi assistenziali offerti presso le strutture pubbliche della regione e della possibilità della scelta del parto al fine di rasserenare il clima «psicosi da parto».

Riguardo l'eventuale ufficializzazione dell'autodeterminazione della libera scelta della donna sulla modalità del parto, è stato analizzato il percorso.

1.1 Lavori e svolgimento dell'indagine conoscitiva

La proposta di svolgere un'indagine conoscitiva sul percorso nascita e sulla situazione dei punti nascita con riguardo all'individuazione di criticità specifiche circa la tutela della salute della donna e del feto e sulle modalità di esercizio dell'autodeterminazione della donna nella scelta tra parto cesareo o naturale «Nascere sicuri» è stata deliberata all'unanimità dalla Commissione igiene e sanità il 21 settembre 2010 ed autorizzata dal Presidente del Senato il 23 settembre 2010.

Quanto alle modalità di svolgimento della suddetta indagine, il presidente Tomassini ha nominato relatrici la senatrice Fiorenza Bassoli (PD) e la senatrice Laura Bianconi (PdL).

Con riferimento alla definizione dei contenuti dell'attività conoscitiva, si è stabilito un programma di massima delle audizioni. In particolare, i lavori dell'indagine, deliberata il 21 settembre 2010, si sono aperti il 22 febbraio 2011 con lo svolgimento di numerose audizioni.

In particolare la Commissione ha ascoltato:

– il professor Gian Carlo Di Renzo, direttore della struttura complessa di clinica ostetrica e ginecologica dell'Università degli Studi di Perugia ed il professor Rinaldo Zanini, direttore del dipartimento materno infantile dell'Azienda ospedaliera «Ospedale provinciale di Lecco» (22 febbraio 2011);

– il dottor Sergio Schettini, direttore U.O.C. di ostetricia e ginecologia dell'Azienda ospedaliera S. Carlo di Potenza (3 marzo 2011);

– il professor Luigi Alio, direttore del Dipartimento materno infantile dell'Ospedale Civico di Palermo ed il professor Giovanni Scambia, di-

rettore del Dipartimento per la tutela della salute della donna e della vita nascente, dirigente medico responsabile di struttura complessa patologia ostetrica e ginecologica (UOC) del Policlinico Universitario «Agostino Gemelli» di Roma (29 marzo 2011);

– il professor Salvatore Dessole, direttore della Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università degli Studi di Sassari e il professor Carmine Gigli, direttore UOC di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Gorizia e presidente della Federazione nazionale medici dirigenti (FESMED) (5 aprile 2011);

– il professor Giuseppe Battagliarin, direttore dell'Unità operativa di ostetricia e ginecologia del Presidio ospedaliero Infermi di Rimini e il professor Aldo Liguori, vice-presidente del World Federation of Acupuncture – Moxibustion Societies nonché coordinatore e docente del Master in Agopuntura dell'Università degli Studi «La Sapienza» di Roma, accompagnato dal dottor Sergio Bangrazi (12 aprile 2011);

– il professor Giulio Bevilacqua, direttore del Dipartimento scienze ginecologiche, ostetriche e di neonatologia dell'Università degli Studi di Parma e il professor Quirino Di Nisio, segretario dell'Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani (AOGOI) della regione Abruzzo, già direttore del Sistema ginecologico della ASL di Pescara (19 maggio 2011);

– il dottor Marcello Bozzi, componente del Comitato centrale della Federazione Nazionale dei collegi degli infermieri (IPASVI) e il professor Paolo Arbarello, direttore del Dipartimento di medicina legale dell'Università La Sapienza di Roma, nonché Presidente della Società italiana di medicina legale (7 giugno 2011);

– la professoressa Miriam Guana e la dottoressa Antonella Cinotti, rispettivamente presidente e vice presidente della Federazione nazionale Collegi Ostetriche (FNCO) (14 giugno 2011);

– il professor Fabio Mosca, direttore Unità Operativa di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena – Fondazione IRCCS, il professor Eugenio Allegra, in rappresentanza della Società italiana di medicina perinatale (SIMP) e professore aggregato di ginecologia e ostetricia dell'Università degli Studi di Tor Vergata di Roma e il professor Paolo Giliberti, presidente della Società Italiana Neonatologia (SIN) (28 giugno 2011);

– in rappresentanza del Ministero della salute, il dottor Giovan Battista Ascone, direttore dell'Ufficio X della Direzione generale della prevenzione sanitaria ed il dottor Silvio Borrello, direttore generale della Direzione generale della sicurezza degli alimenti e della nutrizione (28 luglio 2011);

– il professor Giorgio Capogna, coordinatore del Gruppo di studio «Anestesia e analgesia in ostetricia» della Società italiana di anestesia analgesia rianimazione e terapia intensiva (SIAARTI) e la dottoressa Teresa Matarazzo, vice presidente dell'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani emergenza area critica (AAROI-EMAC) (21 settembre 2011);

– la dottoressa Maria Grazia Frigo, responsabile del percorso formativo del Lazio del Club italiano anestesisti ostetrici (CIAO), nonché il professor Massimo Moscarini, presidente dell'Associazione ginecologi universitari italiani (AGUI) accompagnato dal dottor Enzo Ricciardi, presidente dell'Associazione ginecologi in formazione (AGIF) (28 settembre 2011);

– la dottoressa Valentina Condo', dell'Ufficio relazioni istituzionali di Cittadinanzattiva e la dottoressa Sabrina Nardi, coordinatrice dei progetti del Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva (29 novembre 2011);

– il professor Claudio Buccelli, direttore del Dipartimento di medicina pubblica e della sicurezza sociale dell'Università Federico II di Napoli ed il professor Mario Tavani, professore ordinario presso la facoltà di medicina e chirurgia dell'Università degli studi dell'Insubria, nonché direttore dell'Istituto di medicina legale di Varese (12 gennaio 2012);

– la professoressa Luisa Acanfora, docente di scienze tecniche mediche applicate alla Facoltà di medicina e chirurgia, Dipartimento di scienze fisiologiche dell'Università degli studi di Firenze e il professor Marco Marchi, ordinario di statistica sanitaria al Dipartimento di statistica dell'Università degli studi di Firenze (17 gennaio 2012);

– il professor Herbert Valensise, segretario della Società italiana di ginecologia e ostetricia (SIGO) (19 gennaio 2012);

– il dottor Valtere Giovannini, direttore generale dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi – Firenze, accompagnato dal dottor Giovanni Squarci, addetto stampa della medesima Azienda (25 gennaio 2012) e la dottoressa Alessandra Kustermann, direttore dell'Unità operativa di pronto soccorso ostetrico-ginecologico – Fondazione IRCCS Ca' Granda dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano (25 gennaio 2012 e 1º marzo 2012);

– il dottor Vito Trojano, presidente dell'Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani (AOGOI), accompagnato dalla dottoressa Arianna Alberti, addetto stampa (21 febbraio 2012);

– il dottor Andrea Des Dorides, direttore generale dell'Azienda ospedaliera San Carlo di Potenza, accompagnato dal dottor Sergio Schettini, direttore unità operativa di ostetricia e ginecologia della stessa Azienda e il dottor Diamante Pacchiarini, direttore sanitario dell'Azienda ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma (28 febbraio 2012);

– in rappresentanza del Policlinico universitario Agostino Gemelli di Roma, il dottor Andrea Cambieri, direttore sanitario, accompagnato dalla dottoressa Maria Elena D'Alfonso, responsabile sale operatorie e vice direttore, nonché, in rappresentanza dell'Ospedale San Gerardo di Monza, la professoressa Patrizia Vergani, professore associato ostetricia e ginecologia dell'Università Milano-Bicocca, direttore area ostetrica Fondazione Monza Brianza per il Bambino e la sua Mamma (MBBM), accompagnata dal dottor Luca Bresolin, direttore sanitario (20 marzo 2012);

– per l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), il dottor Carlo Alberto Perucci, coordinatore della sezione scienti-

fica del Programma nazionale esiti e il dottor Bruno Rusticali, coordinatore del programma linee-guida; per l'Istituto Superiore di Sanità, la dottoressa Stefania Salmaso, direttore del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, la dottoressa Angela Spinelli, direttore del Reparto salute della donna e dell'età evolutiva, la dottoressa Serena Donati, dirigente nello stesso Reparto e la dottoressa Giulia Scaravelli, direttore del Registro nazionale procreazione medico assistita (27 marzo 2012);

– la dottoressa Giulia Di Donato, responsabile del progetto «Un sorriso per le mamme» dell'Osservatorio nazionale sulla salute della donna in collaborazione con l'Azienda ospedaliera Fatebenefratelli e oftalmico di Milano e il professor Lucio Rinaldi, professore aggregato dell'Istituto di psichiatria e psicologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma (3 aprile 2012, pomeridiana).

A conclusione del complessivo ciclo di audizioni è stato quindi ascoltato il sottosegretario di Stato per la salute Cardinale (10 maggio 2012).

Nel corso delle procedure informative sono stati inoltre raccolti ed acquisiti numerosi documenti e contributi da parte dei soggetti auditi.

La Commissione, nel corso dell'indagine conoscitiva si è avvalsa della collaborazione di una serie di consulenti: il dottor Massimo Agosti, direttore del Dipartimento materno-infantile, direttore U.O. Nido, Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, direttore U.O. Pediatria del Verbano, Azienda Ospedaliera di Varese – Polo universitario, la professoressa Maria Elisabetta Coccia, professore associato di ginecologia e ostetricia presso il Dipartimento di ginecologia, perinatologia e riproduzione umana dell'Università degli Studi di Firenze e il professor Enrico Ferrazzi, professore universitario di I fascia di Ostetricia e Ginecologia, direttore della U.O. di Ostetricia e Ginecologia – V Buzzi – Istituti Clinici di Perfezionamento – «Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione convenzionato con l'Università degli Studi di Milano (Dipartimento Universitario di Scienze Cliniche), direttore del Dipartimento Materno Infantile dell'Ospedale Sacco (Dipartimento Universitario di Scienze Cliniche – Università di Milano), direttore della Clinica Osterica e Ginecologica dell'Ospedale Sacco-Polo Universitario (Istituto di Scienze Biomediche – Università di Milano), responsabile Patologia della Gravidanza, Clinica Ostetrica e Ginecologica DMCO San Paolo».

Fenomeno nascita: dallo scenario Internazionale alla realtà Italiana

Il quadro internazionale

Come emerso in sede di audizioni, il problema del nascere sicuri va affrontato non confondendo l'obiettivo con lo strumento: l'obiettivo è la nascita sicura; la modalità del parto e la tecnologia sono strumenti successivi a questo obiettivo.

Il fenomeno nascita nel mondo presenta sostanziali differenze per quel che riguarda figure assistenziali coinvolte (ostetriche, medici), numero di letti negli ospedali per abitanti, esiti in termini di mortalità e materna e neonatale. Alcuni Paesi hanno un basso numero di ostetriche perché non hanno (e a volte non possono avere) questo tipo di organizzazione, altri preferiscono che le gravidanze siano seguite da medici.

Se si prende in considerazione il numero di ostetriche che lavorano, nel terzo mondo questo è molto ridotto rispetto all'Italia. Se si utilizza come parametro il numero di medici, il numero di letti negli ospedali per abitanti o le risorse, questa proporzione cambia ulteriormente. Ugualmente la mortalità materna e infantile presenta una sostanziale variabilità nel mondo che appare legata alle condizioni socio-economiche delle diverse aree geografiche.

Il quadro Italiano

In Italia, secondo i dati desunti dai CeDAP nel 2008, pubblicati nel 2011, sono stati registrati 544.718 parti. I dati relativi alla durata della gestazione sono stati analizzati suddividendo in quattro classi le settimane di gestazione: meno di 32 settimane, tra 32 e 36 settimane che rappresentano i parti pre-termine, la classe 37-42 dei parti a termine e maggiore di 42.

A livello nazionale la percentuale dei parti pre-termine è pari al 6,8 per cento, la componente dei parti fortemente pre-termine è pari all'0,9 per cento mentre il 93 per cento delle nascite avviene tra la 37ª e la 42ª settimana.

La sanità materno-infantile italiana si pone a livelli di eccellenza in quanto presenta tra le più basse percentuali d'Europa in morbilità e mortalità, ma nel contempo registra difetti organizzativi e strutturali che richiedono un percorso programmatico comune e una razionalizzazione della spesa.

Le criticità del percorso nascita del sistema attuale scaturiscono da un cambiamento sostanziale dell'epidemiologia delle donne in gravidanza in Italia negli ultimi decenni.

Sin dalla fine degli anni '70 si è registrata una progressiva riduzione della propensione a procreare tutte le Regioni italiane. L'innalzamento dell'età media al parto, legata in particolar modo alla tendenza a posticipare l'inizio della vita riproduttiva, hanno determinato una riduzione del numero di nascite e il triste fenomeno della denatalità che vede l'Italia come fanalino di coda in termini di natalità in Europa.

Dalla Comunicazione della Commissione Europea, del 12 ottobre 2006, dal titolo «Il futuro demografico dell'Europa, trasformare una sfida in un'opportunità» [COM(2006) 571 def., emerge che il numero medio di figli per donna è pari a 1,5 figli nell'Unione Europea, mentre la soglia di rinnovamento delle generazioni è pari a 2,1; la diminuzione della natalità («*baby crash*») ha fatto seguito al *baby-boom* che è stato all'origine del

forte contingente di persone di 45-65 anni presente nella popolazione europea (il che pone fra l'altro qualche problema in termini di welfare).

I tassi di fertilità più alti sono registrati in paesi come Svezia e Regno Unito, Italia, Grecia, Spagna e Paesi dell'Europa dell'Est hanno registrato i più bassi indici di fertilità del 2004.

L'Italia è uno dei Paesi europei dove i livelli di fecondità totale, seppur in crescita, risultano tra i più contenuti. Nel 2008 il numero medio di figli per donna è stato pari a 1,42 figli per donna. Tale valore, anche se in lieve aumento rispetto agli anni precedenti (+0,1 punti percentuali rispetto al 2000), risulta, comunque, inferiore al livello di sostituzione che garantirebbe il rinnovamento generazionale.

Infatti, «per il quinto anno consecutivo», la popolazione diminuisce, con 36 mila unità in meno per il 2011. Il tasso di natalità scende dal 9,3 per mille (2010) al 9,1 per mille (2012).

I dati per il 2008 danno livelli più elevati di fecondità al Nord nelle Province Autonome di Trento e Bolzano e nel Mezzogiorno in Campania e Sicilia. Le regioni in assoluto meno prolifiche sono invece Sardegna, Molise e Basilicata. In particolare, il valore più alto si registra nella Provincia di Bolzano, nella Provincia di Trento ed in Valle d'Aosta (pari merito 1,6 figli per donna) ed, in generale, nelle regioni del Centro-Nord, mentre il valore minimo si riscontra in Sardegna (1,1 figli per donna).

Relativamente all'età delle madri al parto, si evidenzia, negli ultimi anni, un aumento dei valori, con un'età media alla prima gravidanza che, a livello nazionale, nel 2008, risulta pari a 31,1 anni (+0,7 anni rispetto al 2000). Da sottolineare il comportamento registrato in Sardegna dove l'età media al parto è di oltre 1 anno superiore a quella registrata in Italia nel suo complesso. La regione dove l'età media al parto è, invece, più bassa è la Sicilia (30,3 anni).

L'età media della madre è di 32,4 anni per le italiane mentre scende a 28,9 anni per le cittadine straniere. I valori mediani sono di 32,2 anni per le italiane e 28,2 anni per le straniere. La distribuzione per età della frequenza dei parti risulta diversa nei due gruppi, in particolare nel gruppo delle straniere si osserva una distribuzione più dispersa attorno al valore medio dovuta ad una maggiore frequenza di parti nelle fasce di età giovanili. L'età media al primo figlio è per le donne italiane quasi in tutte le Regioni superiore a 31 anni con variazioni sensibili tra le regioni del nord e quelle del sud. Le donne straniere partoriscono il primo figlio in media a 27 anni (Dati CeDAP 2008, pubblicati nel 2011).

La modesta ripresa, che risulta imputabile sia alla crescita dei livelli di fecondità delle over 30 anni, che all'apporto delle donne straniere, necessita di una attenzione specifica.

Nati da madri straniere

Lo studio dell'andamento nel tempo dei nati con almeno un genitore straniero, sul totale degli iscritti in anagrafe per nascita, risulta di particolare interesse sia per il notevole aumento registrato, che per le problema-

tiche in ambito pediatrico legate alle influenze culturali, religiose e sociali dei genitori. Tali aspetti si ripercuotono, ovviamente, sulle abitudini, sui rischi per la salute e sulla stessa relazione di cura.

Nel 2008, il 16,9 per cento dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana. Tale fenomeno è più diffuso al centro nord dove il 20 per cento dei parti avviene da madri non italiane; in particolare, in Emilia Romagna, più di un quarto delle nascite è riferito a madri straniere. Le aree geografiche di provenienza più rappresentative, sono quella dell'Africa (27,2 per cento) e dell'Unione Europea (25,6 per cento). Le madri di origine Asiatica e Sud Americana sono rispettivamente il 17,8 per cento ed il 9,1 per cento di quelle non italiane (Dati CeDAP 2008, pubblicati nel 2011).

Nelle province del Mezzogiorno, la quota di nati da madri straniere è decisamente più contenuta rispetto alle province del Centro-Nord. Questa distribuzione sul territorio ricalca, sostanzialmente, la distribuzione della popolazione straniera residente nel nostro Paese.

L'incidenza dei nati da almeno un genitore straniero ricalca la distribuzione territoriale della presenza straniera nel nostro Paese che risulta alquanto diversificata. Le regioni dove tale incidenza è più elevata sono, nel 2008, quelle del Nord ed, in particolare, l'Emilia-Romagna (madre 25,0 per cento; padre 21,7 per cento), il Veneto (madre 24,4 per cento; padre 21,6 per cento) e la Lombardia (madre 23,2 per cento; padre 20,6 per cento). Al contrario, nelle regioni del Mezzogiorno la quota di nati con almeno un genitore straniero risulta non solo inferiore al dato nazionale, ma estremamente contenuta.

La prima comunità, per presenza, corrisponde ai residenti provenienti dalla Romania (20,5 per cento), che generano anche il più alto numero di nati tra gli stranieri (17,2 per cento). Non sempre, però, alla loro maggior presenza corrisponde la più elevata natalità; ad esempio, la comunità ucraina relativamente al numero di nati (1,0 per cento), occupa l'ultima posizione mentre in termini di numerosità dei residenti occupa il quinto posto.

Criticità: Da diversi studi è emerso che, in termini di assistenza in gravidanza e di esiti neonatali, sussistono differenze a seconda della cittadinanza o del Paese di provenienza delle donne.

Azioni: Per adeguare i servizi sanitari specialistici inerenti la sfera riproduttiva alle esigenze delle cittadine straniere, fondamentale è conoscere il numero dei parti di donne con cittadinanza diversa da quella italiana, in modo da garantire loro un tipo di assistenza appropriato.

Il Parto

Nel 2008 il numero dei parti vaginali ammonta a 337.856; il 19,5 per cento è relativo a madri straniere. La distribuzione per classi di età e cit-

tadinanza evidenzia che il 71,8 per cento delle madri italiane che ha avuto, nel 2008, un parto vaginale ha più di 30 anni, mentre le madri straniere con più di 30 anni risultano essere solo il 40,9 per cento. Nel 92,03 per cento dei casi la donna ha accanto a sé al momento del parto (sono esclusi i cesarei) il padre del bambino, nel 6,71 per cento un familiare e nell'1,25 per cento un'altra persona di fiducia (Dati CeDAP 2008, pubblicati 2011).

Esiti di salute delle donne: Mortalità e Morbosità materna grave

Dai dati riportati dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), la mortalità e la morbosità materna gravi correlate al travaglio o al parto sono eventi sempre più rari nei Paesi socialmente avanzati, ma non possono essere definiti come «un problema del passato». In Italia, in analogia con altri Paesi industrializzati, in base ai dati dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) il **rapporto di mortalità materna è diminuito negli anni** passando da 133 per 100.000 nel 1955 a 3 nel periodo 1998-2003 e 1,6 e 2 nel periodo 2006-2007 (Tabella 1).

Anno	Nati vivi	Decessi donne residenti	MMR§
1998	525.249	17	3,2
1999	537.063	12	2,2
2000	542.865	15	2,8
2001	535.188	10	1,9
2002	538.131	15	2,9
2003	543.982	25	4,6
2006	552.253	9	1,6
2007	555.320	11	2,0

Tabella 1: Mortalità materna in Italia: anni 1998-2003 e 2006-2007 Fonte: ISTAT*

** I dati relativi ai decessi per gli anni 2004-2005 non sono disponibili § MMR per 100.000 nati vivi*

Il dato «in sé» ha il limite della rilevazione attuata mediante le sole schede di morte ed è insito nella definizione di morte materna che comprende sia i decessi in gravidanza che quelli che avvengono entro 42 giorni dall'esito della stessa, con conseguente difficoltà nel risalire ad una eventuale gravidanza avvenuta nelle settimane precedenti al decesso. È stato osservato, infatti, che in oltre il 50 per cento dei casi, l'informazione relativa allo stato di gravidanza non viene riportata sul certificato di morte.

Il rapporto di mortalità materna italiano rilevato attraverso i certificati di morte ISTAT, pari a 3 morti per 100.000 nati vivi, è, infatti, notevolmente inferiore rispetto a quanto rilevato in altri Paesi socialmente avanzati dotati di specifici sistemi di sorveglianza.

Sempre dagli stessi dati, è stato stimato che circa la metà delle morti materne rilevate potrebbe essere evitata grazie a migliori *standard* assistenziali.

Nei Paesi socialmente avanzati come l'Italia, la mortalità materna è un evento troppo raro per essere utilizzato come unico indicatore di qualità dell'assistenza sanitaria. Per ogni donna che muore, infatti, un numero decisamente maggiore va incontro a gravi complicanze ostetriche.

Negli ultimi decenni, pertanto, sono state condotte diverse indagini che hanno come obiettivo anche l'identificazione e l'analisi delle cause associate ai casi di morbosità materna grave, ovvero i «*maternal near miss cases*».

Mortalità materna e divario tra Regioni

Confrontando i rapporti di mortalità materna delle singole regioni in studio, è stata osservata **un'importante differenza nelle regioni del Nord rispetto a quelle del Centro e del Sud**. Il rapporto di mortalità materna più basso è stato osservato in Emilia-Romagna (MMR 7,6), quello più alto in Sicilia (MMR 24,1) come descritto in tabella (Tabella 2).

Regioni	**Anni**	**Nati vivi***	**Morti materne (≤42 giorni)**	**MMR grezzo per 100.000 nati vivi**	**MMR std****
Piemonte	2000-02	106.447	10	9,4	10,2
Emilia					7,6
Romagna	2001-07	262.138	20	7,6	
Toscana	2001-06	181.449	12	6,6	6,4
Lazio	2001-05	249.613	32	12,8	12,2
Sicilia	2004-07	201.645	44	21,8	24,1
Totale	2000-07	1.001.292	118	11,8	11,8

Tabella 2: Mortalità materna entro 42 giorni.
** Fonte: ISTAT*
*** pop. standard: totale nati vivi – fonte: SDO parto*

Mortalità Materna ed altri indicatori: Età - Taglio Cesareo - Tasso Mortalità Neonatale

Analoga variabilità per area geografica si riscontra anche per altri indicatori di salute riproduttiva quali la proporzione di tagli cesarei e il tasso

di mortalità neonatale, che risultano entrambi maggiori al **sud rispetto al nord del Paese.**

Il rapporto specifico per età evidenzia un rischio doppio di mortalità per le **donne oltre i 35 anni** di età in analogia con quanto descritto in letteratura.

Tra le donne sottoposte a TC rispetto a quelle che hanno partorito per via vaginale è stato rilevato un MMR circa 3 volte maggiore. Questo risultato è in linea con quanto descritto nell'ultimo rapporto europeo sulla salute perinatale. Purtroppo i flussi informativi utilizzati nello studio non permettono di risalire alle indicazioni del TC, pertanto non è possibile stimare la reale associazione tra cesareo e mortalità materna. Difatti, a causa delle complicazioni materne che giustificano l'indicazione all'intervento chirurgico, una maggiore mortalità materna è attesa in caso di **TC**.

È stato anche rilevato un maggiore rapporto di mortalità materna tra le donne con **bassa scolarità** rispetto alle donne con alto livello di istruzione (15,8 vs 8,3; RR=1,9; IC95 per cento 1,1-3,6) che conferma come la disponibilità di dati relativi alle donne in età riproduttiva sia preziosa per migliorare le nostre capacità di comprensione delle diseguaglianze nella salute materna e per sviluppare appropriate politiche e strategie di supporto.

Il sistema di sorveglianza «*Confidential Enquiries into Maternal Death in the United Kingdom*» sottolinea che le cause principali di morti materne sono riconducibili a fattori clinico-assistenziali ed organizzativi fra cui: la mancanza di adeguata comunicazione tra professionisti, l'incapacità di apprezzare la gravità del problema, la diagnosi non corretta, il trattamento subottimale/non appropriato, la mancata revisione da parte di uno specialista esperto, la mancanza di posti letto in terapia intensiva o la sua eccessiva distanza e la mancanza di sangue e derivati.

Criticità: L'assistenza al di sotto dello standard risulta frequentemente associata alla mortalità materna. Importante differenza nelle regioni del Nord rispetto a quelle del Centro e del Sud del Paese.

Azioni: La revisione sistematica delle circostanze e delle patologie che hanno portato all'evento avverso attraverso pratiche di *audit* permanente rappresenta un elemento essenziale per l'assistenza alla maternità e per la sorveglianza della salute perinatale.

Istituzione di un sistema di sorveglianza sul modello delle *confidential enquires* del Regno Unito che permetta di monitorare non solo l'andamento del fenomeno, ma anche i suoi determinanti al fine di migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza alla gravidanza, parto e puerperio.

Morbosità materna e Near Misses ostetrici

Nei Paesi socialmente avanzati come l'Italia, dove la mortalità materna è un evento troppo raro per essere utilizzato come indicatore di qualità dell'assistenza sanitaria, lo studio della morbosità materna grave, ovvero dei «*near miss cases*», può fornire informazioni utili non solo per valutare la qualità dell'assistenza ostetrica ma anche per promuovere la prevenzione delle morti materne. Ad oggi disponiamo di varie definizioni di «*near miss*» che esprimono globalmente lo stesso concetto: «casi in cui le donne sviluppano complicazioni potenzialmente fatali, durante la gravidanza, il parto o entro 42 giorni dal parto, alle quali sopravvivono o per buona sorte o per appropriata assistenza ospedaliera».

Per rispondere alla necessità di verificare la completezza della rilevazione delle morti materne e per promuovere la raccolta di dati relativi ai «*near miss cases*», nel nostro Paese, il Ministero della salute, ha finanziato nel 2008 il progetto biennale «Studio della cause di mortalità e morbosità materna e messa a punto di modelli di sorveglianza della mortalità materna'. Il progetto è stato coordinato dal Reparto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e ha visto la collaborazione della Provincia Autonoma di Trento e delle regioni Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia nelle quali risiede il 49 per cento delle donne italiane in età fertile.

Tra il 2000 e il 2007, nelle 5 Regioni che hanno preso parte allo studio, sono stati identificati 260 morti materne entro 365 giorni dall'esito di gravidanza.

Il rapporto di mortalità calcolato attraverso il *record-linkage* è pari a 11,8 per 100.000 nati vivi, ed ha messo in luce una sottostima del 63 per cento delle morti materne rilevate attraverso i soli certificati di morte.

Il risultato è in linea con quanto osservato nei Paesi che hanno validato il dato del flusso di mortalità ottenuto attraverso i soli certificati di morte e che hanno rilevato percentuali di sottostima del MMR variabili dal 20 per cento in Francia e Svizzera al 30-40 per cento nei Paesi Bassi, Austria e Regno Unito fino al 60 per cento in Finlandia e al 93 per cento in Massachusetts.

La potenziale sottostima del MMR nei Paesi che non hanno migliorato la rilevazione e la difficoltà nel confrontare dati ottenuti mediante diversi sistemi di monitoraggio potrebbero spiegare per quale motivo nella classifica pubblicata di recente su Lancet**, l'Italia è stata definita, erroneamente, il Paese con il più basso rapporto di mortalità materna al mondo pari a 4 per 100.000 nati vivi.**

In base ai risultati dello studio effettuato dall'ISS, l'Italia presenta un MMR più elevato rispetto alla media dell'Europa occidentale (MMR=7, range 7-8) come pure rispetto ad altri Paesi, quali l'Inghilterra e la Francia che, con analoghi livelli di assistenza sanitaria ma migliori sistemi di rilevazione, in base alla classifica del Lancet presentano, rispettivamente, MMR pari a 8 (range 7-10) e 10 (range 9-12) per 100.000 nati vivi.

Attraverso l'analisi dei ricoveri in terapia intensiva e unità coronarica degli anni 2004-2005, sono stati identificati 1259 *near miss*» ostetrici con un tasso di morbosità materna uguale a 2,0 per 1000 parti. Il dato è in linea con quanto osservato in altri Paesi socialmente avanzati dove i SMMR, calcolati attraverso i ricoveri in terapia intensiva, variano tra 2 e 4 per 1000 parti. In Europa è stato stimato che gli eventi morbosi gravi correlati alla gravidanza sono compresi tra 9,5 e 16 casi ogni 1000 parti confermando che l'identificazione dei casi attraverso i ricoveri in terapia intensiva è in grado di rilevare circa un terzo del fenomeno complessivo.

La condizione ostetrica associata più di frequente ai «near miss» è il TC effettuato dal 70 per cento delle donne ricoverate in Unità di Terapia Intensiva (UTI) o Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC), come mostrato nella figura 1 (Figura 1).

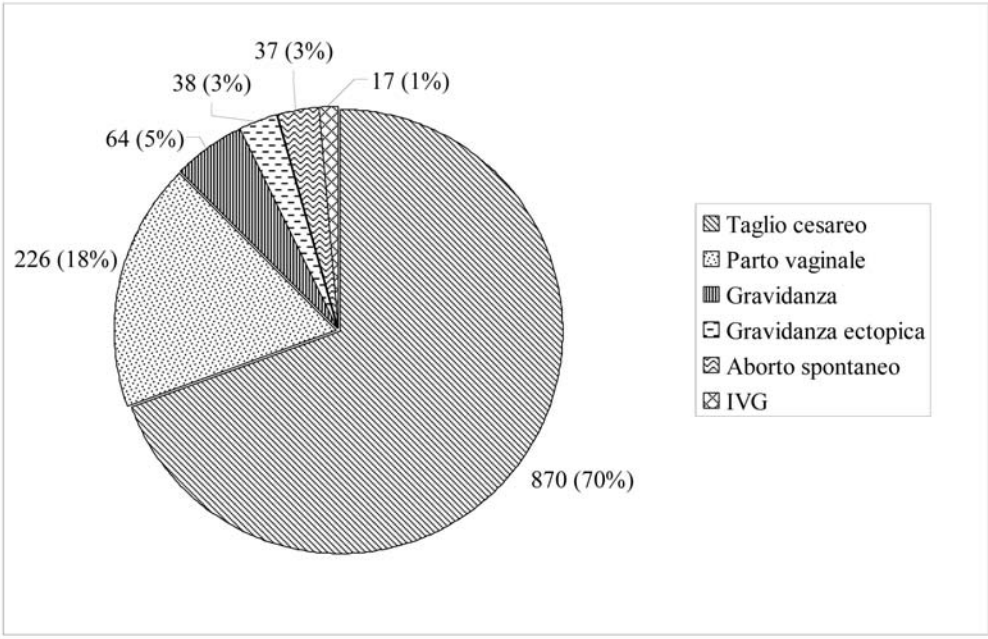


Figura 1: Condizioni ostetriche associate ai «near miss» con ricovero in UTI/UTIC – Anni 2004-2005

Lo studio dell'ISS ha messo in evidenza un rischio di morbosità grave maggiore nei casi di:

– donne **oltre i 35** anni di età, con un RR pari a 1,6 (IC95 per cento 1,4-1,8); l'incremento di rischio associato alle donne che affrontano la gravidanza in età avanzata rappresenta una nuova sfida per il nostro sistema sanitario;

– donne **straniere** rispetto alle italiane (RR 1,6; IC95 per cento 1,3-1,9);

– donne sottoposte a **TC** con un RR di grave morbosità materna pari a 5 volte quello delle donne che partoriscono spontaneamente in analogia con recenti ricerche condotte in Olanda e in Finlandia.

La figura 2 mostra le cause dei «*near miss*» identificati nello studio. L'emorragia ostetrica e l'ipertensione complicante la gravidanza rappresentano circa i due terzi delle cause di ricovero in terapia intensiva, con una prevalenza, rispettivamente, del 40 per cento e 29 per cento. (Figura 2).

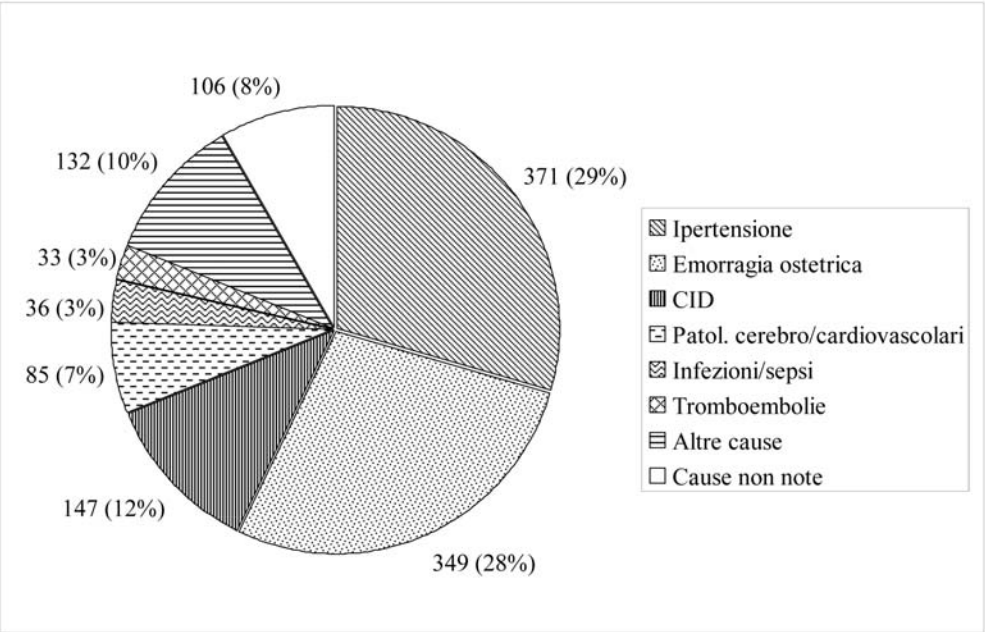


Figura 2: Cause associate ai casi di «near miss» con ricovero in UTI/UTIC – Anni 2004-2005

Criticità: Forte variabilità in termini di mortalità materna per regione con un minimo di 6,4 in Toscana ed un massimo di 24,1 in Sicilia. Le principali cause sono: emorragie, tromboembolie e disordini ipertensivi. Sono a maggior rischio le donne che hanno subito un TC, quelle oltre i 35 anni di età, quelle di istruzione basso e le immigrate. In Italia, come nei Paesi socialmente avanzati, la mortalità materna è un evento estremamente raro per cui sono necessari molti anni per poter individuare un numero di casi sufficienti a fornire informazioni affidabili.

Azioni: Gli eventi morbosi materni gravi (*near miss cases*) rappresentano un interessante indicatore di qualità dell'assistenza sanitaria ostetrica.

Mortalità Infantile e Neonatale

Come emerge da quanto riportato dall'ISS, i **tassi di mortalità neonatale** (morti entro il primo mese di vita per 1.000 nati vivi) **e infantile** (morti entro il primo anno di vita per 1.000 nati vivi) sono **indicatori**

molto importanti per il monitoraggio della salute del bambino, della salute della madre e della qualità dell'assistenza fornita. Sono molti i fattori biologici, sociali, culturali ed economici associati al rischio di mortalità infantile e neonatale, su cui pesa notevolmente la qualità complessiva del *welfare* socio-assistenziale. Infatti, oltre i fattori biologici più rilevanti che comprendono l'età materna, l'ordine di nascita, l'intervallo tra i parti successivi, il numero delle nascite, la presentazione fetale al momento del parto e la storia ostetrica della madre, questi indicatori risentono anche della qualità dell'assistenza alla gravidanza e dell'evoluzione tecnologica nell'assistenza al parto.

Nel corso degli anni, in Italia, abbiamo registrato grandi miglioramenti: **l'indicatore di mortalità infantile è probabilmente quello più diminuito nel nostro Paese** ed ha contribuito enormemente all'aumento della speranza di vita (Figura 3).

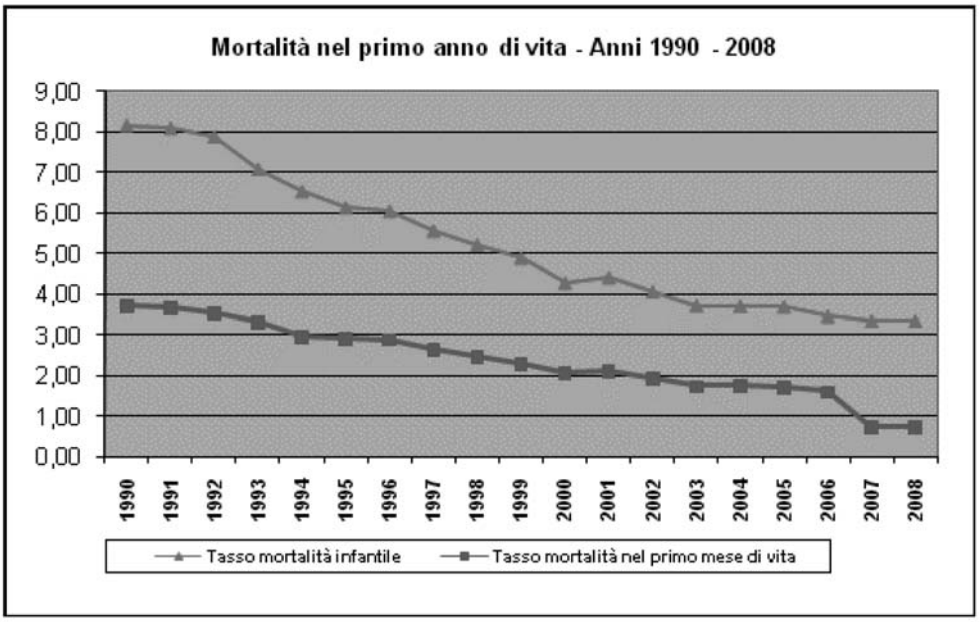


Figura 3: Mortalità nel primo anno di vita (anni 1990-2008). Fonte: ISTAT – ISS

In Italia la mortalità infantile negli anni 2006-2007-2008 risulta essere rispettivamente del 3.6, 3.5 e del 3.6 per 1000 nati vivi, il che ci ha collocato all'undicesimo posto di una graduatoria che inizia con Hong Kong e termina con gli Stati Uniti.

Siamo preceduti in Europa da Svezia, Finlandia, Norvegia, Grecia,-Repubblica Ceca, Portogallo, Spagna, ma siamo davanti a Francia, Austria,Olanda, Germania, Svizzera. Gli Stati Uniti lamentano una mortalità infantile nell'ordine del 6.7 per 1000 nati vivi, più del doppio di quella italiana (Figura 4).

Country	No. of Births in 2008	IMR		
		2008	2007	2006
Hong Kong	78 822	1.8	1.8	1.8
Sweden	109 301	2.5	2.5	2.8
Japan	1 091 156	2.6	2.6	2.6
Finland	59 530	2.6	2.7	2.8
Norway	60 497	2.7	3.1	3.2
Greece	118 302	2.7	3.5	3.7
Czech Republic	119 570	2.8	3.1	3.3
Portugal	104 594	3.3	3.4	3.3
Korea	465 892	3.4	3.5	3.8
Spain	519 050	3.6[a]	3.5	3.5
Italy	576 659	3.6[a]	3.5	3.6
France	796 044	—	3.6	3.6
Austria	77 752	3.7	3.7	3.6
Israel	156 923	3.8	3.9	4.0
Netherlands	184 634	3.8	4.1	4.4
Germany	682 514	—	3.9	3.8
Switzerland	76 691	4.0	3.9	4.4
Denmark	65 038	4.0	4.0	3.9
Belgium	120 663[b]	—	4.0	4.0
Australia	296 621	4.1	4.2	4.7
Croatia	43 753	4.5	5.6	5.2
Cuba	122 569	4.7	5.3	5.3
United Kingdom	772 245[b]	—	4.8	5.0
New Zealand	64 343	5.0	4.9	5.1
Canada	367 864[b]	—	5.1[c]	5.0
Hungary	99 149	5.6	5.9	5.7
Poland	414 499	—	6.0	6.0
Malaysia	470 900[a]	6.4[a]	6.3[a]	6.2
United States	4 251 095[a]	6.6[a,c]	6.8	6.7

Figura 4: Mortalità infantile nel mondo. Da Pediatrics 2011, Annual Summary of Vital Statistics

Un risultato, largamente accettabile, soprattutto se si considera il *trend* di riduzione osservato negli ultimi anni, che ha visto la mortalità infantile ridursi da poco più di 8.0 nel 1990 a 3.34 per 1000 nati vivi nel 2008 (Dati ISTAT, CeDAP 2008 pubblicato nel 2011).

Come sottolineato in sede di audizione, anche per quanto riguarda i bambini sotto il chilo e mezzo, l'Italia, ha dati di mortalità migliori rispetto alla media internazionale.

Allo stesso tempo, nel contesto dell'Italia, il dato presenta differenze a macchia di leopardo dove il Nord (con a capo la Lombardia) va meglio del Centro e il Centro va molto meglio del Sud; pertanto, dobbiamo pensare a **interventi mirati in queste Regioni che portino a recuperare rispetto alle Regioni del Nord.**

Analizzando l'andamento del tasso di mortalità infantile per regione di residenza per l'intero periodo 2005-2008, si osserva come siano prevalentemente le regioni del Sud e delle Isole, fatta eccezione per la Sardegna e per il Molise che nel primo biennio riportavano un valore più basso rispetto al dato nazionale, ad assumere i livelli di mortalità più elevati, mentre quelle del Centro-Nord si attestano su valori più contenuti (Figura 5).

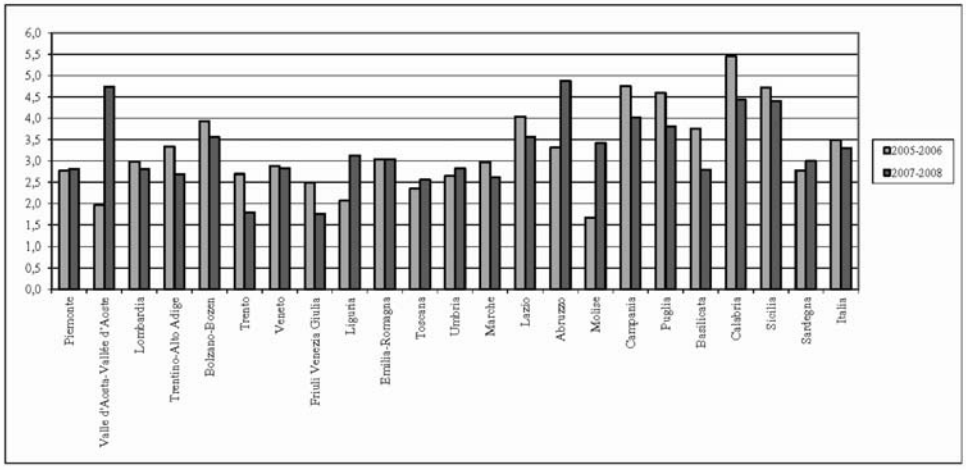


Figura 5: Tasso di mortalità (per 1.000 nati vivi) infantile per regione – Anni 2005-2006, 2007-2008. Fonte dei dati: Istat. Indagine su decessi e cause di morte – Movimento e calcolo della popolazione residente – Anni 2005-2008.

Quindi, malgrado sia rilevabile un miglioramento della mortalità infantile nel suo complesso, con valori del tasso inferiori a quelli di diversi Paesi europei, permangono ancora importanti differenze territoriali.

Il livello del tasso di mortalità neonatale è diminuito nel periodo 2005-2008, passando da 2,6 a 2,4 decessi per 1.000 nati vivi. L'andamento della mortalità neonatale, pertanto, assume caratteristiche analoghe a quelle della mortalità infantile (Figura 6).

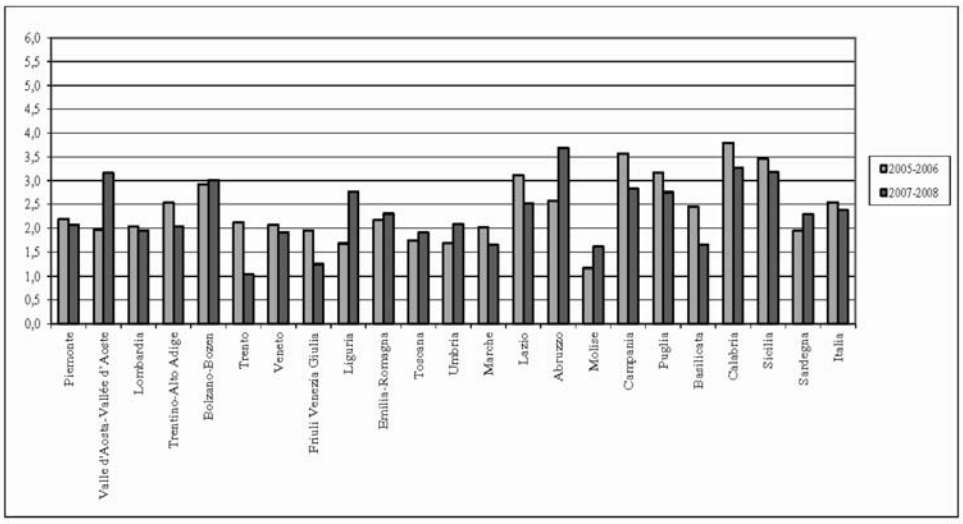


Figura 6: Tasso di mortalità (per 1.000 nati vivi) neonatale per regione – Anni 2005-2006, 2007-2008. Fonte dei dati: Istat. Indagine su decessi e cause di morte – Movimento e calcolo della popolazione residente – Anni 2005-2008.

Nonostante i tassi di mortalità infantile e neonatale siano in continua riduzione, permangono significative disparità a svantaggio delle regioni meridionali.

Emerge, inoltre, che comunque gran parte della mortalità infantile è costituita dalla mortalità nel primo mese di vita, che poi è associata all'assistenza che le donne ricevono durante la gravidanza e il parto.

Comunque l'Italia globalmente con i suoi tassi di mortalità infantile e neonatale si pone in un contesto di eccellenza rispetto agli altri Paesi.

Complessivamente, il tasso di mortalità infantile rappresenta la misura dello stato di salute di una intera popolazione, sul quale influiscono, oltre la qualità delle cure materno – infantili, le condizioni socioeconomiche, ambientali e culturali.

La mortalità neonatale, che potrebbe essere considerata un indicatore globale della salute materna, degli stili di vita in epoca prenatale ed ovviamente dell'assistenza al parto ed in epoca neonatale, conferma il trend positivo dei valori passati da 3.8 nel 1990 a **1.71** per 1000 nati vivi nel 2005 (Dati ISTAT). I sistemi di monitoraggio degli esiti clinici (Network Neonatale Italiano) della Società Italiana di Neonatologia documentano, inoltre, un analogo *trend* positivo anche per i neonati di peso molto basso alla nascita.

Criticità: Malgrado sia rilevabile un miglioramento della mortalità infantile/neonatale nel suo complesso, con valori del tasso inferiori a quelli di diversi Paesi europei, permangono ancora importanti differenze territoriali.

Le differenze regionali esistenti in Italia, meritano la massima attenzione. Il problema si presenta complesso e comprende sia aspetti di tipo organizzativo (mancanza di una rete assistenziale di sorveglianza della gravidanza, frammentazione dei Centri nascita, mancata individuazione di Centri perinatali di riferimento su base territoriale), che carenze in termini di organico medico/infermieristico.

Azioni: Elaborazione e proposizione di modelli organizzativi sempre più rispondenti alla realtà del Paese, volte ad una maggiore omogeneizzazione dell'assistenza offerta, associando a questo impegno quello della continua attenzione agli aspetti culturali, coinvolgendo in essi i diversi profili professionali interessati.

Interventi mirati nelle Regioni del Sud che portino a recuperare rispetto alle Regioni del Nord.

Gravidanze a rischio

L'incremento delle gravidanze a rischio è un aspetto che assume particolare rilievo nel nostro Paese. Diversi fattori hanno contribuito a tale incremento:

– diffondersi delle tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA);

– aumento delle gravidanze multiple, legato alle tecniche di PMA;

– aumento delle nascite con prematurità;

– aumento dell'età della donna al primo figlio;

– condizioni di patologia preesistente a carico della gravida, tali per cui in passato le donne non riuscivano comunque a portare avanti una gravidanza.

Come sottolineato in sede di audizione, con l'aumento delle gravidanze a rischio abbiamo assistito anche ad un aumento dei bambini nati sotto le 28 settimane (1,4 per cento lo scorso anno) o sotto la 34ma settimana (4,9 per cento).

Gravidanze da Procreazione Medicalmente Assistita

In relazione alle gravidanze da PMA, secondo i dati del Registro PMA relativi ai cicli 2010, **l'applicazione delle tecniche PMA appare in costante crescita**, infatti si è passati dall'analisi di 33.203 cicli del 2005, a quella di 52.661 cicli del 2010 (+58,6 per cento rispetto al 2005). Nel 2005 i prelievi ovocitari erano pari a 29.345 e le gravidanze ottenute a 6.235, nel 2010, invece, si sono raggiunti 47.449 prelievi ovocitari (+61,7 per cento) e 10.984 gravidanze ottenute da tecniche a fresco (+76,2 per cento) (Figura 7).

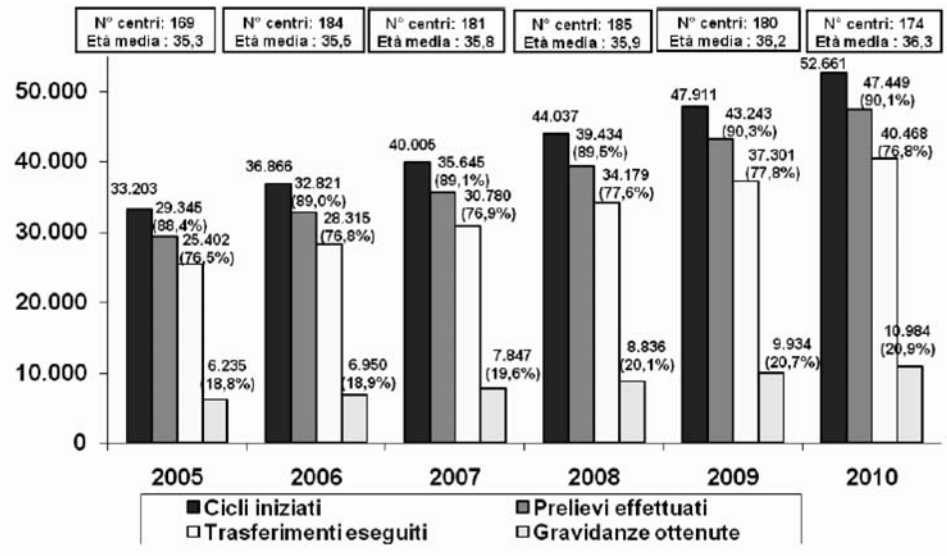


Figura 7: Cicli iniziati, prelievi effettuati, trasferimenti eseguiti e gravidanze ottenute, su tecniche a fresco di II e III livello (FIVET e ICSI) negli anni 2005-2010, (le percentuali sono calcolate sul totale dei cicli iniziati). Registro Nazionale PMA.

Da quanto mostrato in sede di audizioni da parte dell'ISS, il Registro Nazionale attivo dal 2005, comprende dati relativi a: gravidanze multiple, abortività, parti multipli, malformazioni, nati morti, morti neonatali.

In generale, dai dati del Registro PMA, sul totale delle gravidanze ottenute da tecniche di secondo e terzo livello applicate nell'anno 2010, sia a fresco che da scongelamento, delle 11.964 gravidanze, ottenute, 2.623 hanno presentato più di una camera gestazionale, pari al 21,9 per cento. In particolare le gravidanze gemellari hanno rappresentato il 19,7 per cento del totale delle gravidanze**, esattamente lo stesso valore del 2009**. Le gravidanze trigemine sono state 254, cioè il 2,1 per cento del totale, mentre nel 2009 risultavano il 2,5 per cento e nel 2008 il 3,3 per cento. Questo dato conferma quindi un **decremento della quota di gravidanze trigemine**. Infine 8 gravidanze, cioè lo 0,1 per cento, presentano 4 o più camere gestazionali, confermando il dato emerso nella rilevazione del 2009 (Tabella 3).

Tipo di Gravidanze	% FIVET	% ICSI	% FER	% FO	% Totale
Gravidanze singole	75,4	78,0	81,4	89,9	78,1
Gravidanze gemellari	22,5	19,8	17,2	9,3	19,7
Gravidanze trigemine	2,0	2,2	1,4	0,9	2,1
Gravidanze quadruple	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1
Totale	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Tabella 3: Distribuzione del genere delle gravidanze (singole, gemellari, trigemine o quadruple) ottenute da tecniche applicate nell'anno 2010 secondo la tecnica utilizzata

Nell'anno 2010 il numero di gravidanze di cui è stato possibile monitorare l'evoluzione è stato pari a 10.744. Il numero di gravidanze monitorate che giunge al parto è risultato pari a 8.163 e ha rappresentato il 76,0 per cento delle gravidanze di cui si conosce l'esito. Nella Tabella 4 è riportata la distribuzione dei parti secondo il genere e la tecnica con cui è stata ottenuta la gravidanza. I parti bigemini risultano 1.626, cioè il 19,9 per cento del totale dei parti, quelli trigemini 145, quindi l'1,8 per cento. Si è verificato un solo parto quadruplo che corrisponde allo 0,01 per cento del totale dei parti (Tabella 4).

Tipo di parto	FIVET		ICSI		FER		FO		Totale	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Parti singoli	974	77,0	4.862	77,9	356	82,0	199	90,0	6.391	78,3
Parti Multipli	291	23,0	1.381	22,1	78	18,0	22	10,0	1.772	21,7
Parti gemellari	*272*	*21,5*	*1.259*	*20,2*	*75*	*17,3*	*20*	*9,0*	*1.626*	*19,9*
Parti trigemini	*18*	*1,4*	*122*	*2,0*	*3*	*0,7*	*2*	*0,9*	*145*	*1,8*
Parti quadrupli	*1*	*0,1*	*0*	*0,0*	*0*	*0,0*	*0*	*0,0*	*1*	*0,01*
Totale	**1.265**	**100,0**	**6.243**	**100,0**	**434**	**100,0**	**221**	**100,0**	**8.163**	**100,0**

Tabella 4: Numero di parti ottenuti nell'anno 2010, secondo la tecnica utilizza e secondo il genere di parto.

Nella Tabella 5 è rappresentato il numero di nati vivi, dei nati vivi con malformazioni, dei nati vivi sottopeso, cioè con peso inferiore a 2.500 grammi, dei nati pretermine, ovvero nati prima della 37ª settimana di gestazione, e dei nati vivi e morti entro le prime quattro settimane di vita (28 giorni).

I bambini nati vivi con malformazioni sono stati 63 e rappresentano lo 0,6 per cento dei nati vivi. Nel 2009 i nati vivi con malformazioni ammontavano a 92 e rappresentavano l'1,1 per cento dei nati vivi. I bambini nati con peso inferiore a 2.500 grammi, sono stati 2.490 e hanno rappresentato il 24,8 per cento del totale dei nati vivi; quelli nati da parti pretermine sono stati 2.458 e rappresentano una quota del 24,5 per cento dei nati vivi. Ambedue questi dati sono in flessione rispetto al 2009, l'anno nel quale percentuali di nati sottopeso e di nati pretermine sono stati rispettivamente pari a 28,4 per cento e 27,0 per cento.

Le morti neonatali sono state 42, pari allo 0,42 per cento della totalità dei nati vivi, ed anche questo dato appare in riduzione, visto che nella precedente rilevazione si riportavano 51 morti neonatali, pari allo 0,6 per cento (Tabella 5)

N° nati vivi	N° nati vivi malformati		Nati vivi sottopeso (inferiore a 2.500 grammi)		Nati vivi pretermine (prima della 37° settimana gestazionale)		Morti neonatali (nati vivi e morti entro il 28° giorno di vita)	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
10.036	63	0,6	2.490	24,8	2.458	24,5	42	0,42

Tabella 5: Numero di nati vivi, nati vivi malformati, nati vivi sottopeso, nati vivi pretermine e morti neonatali nell'anno 2010, in rapporto ai nati vivi totali

Confronto tra dati CeDAP e dati registro PMA (anno 2008)

In relazione al fenomeno nascita, in sede di audizione è stato presentato un confronto tra dati CeDAP del 2008 e dati registro PMA del 2008. Tra le due raccolte dati sono emerse alcune discrepanze:

1. La raccolta dati del registro nazionale della PMA, è una raccolta esaustiva, in quanto vengono rilevate tutte le gravidanze ottenute con l'applicazione delle varie tecniche di PMA dai vari centri che operano nel territorio nazionale. Ma gli esiti delle gravidanze registrano una certa perdita di informazioni, che nell'anno 2008 era pari al 12,6 per cento del totale delle gravidanze ottenute (Figura 8). Dal grafico è evidente come questa perdita di informazione sull'esito di tali gravidanze sia proporzionalmente sempre più bassa nel corso degli anni. Dall'anno 2005 al 2010 (l'ultimo anno di rilevazione dati) il registro siamo passato dal 40 per cento di perdita di informazione sugli esiti delle gravidanze al 10,2 per cento;

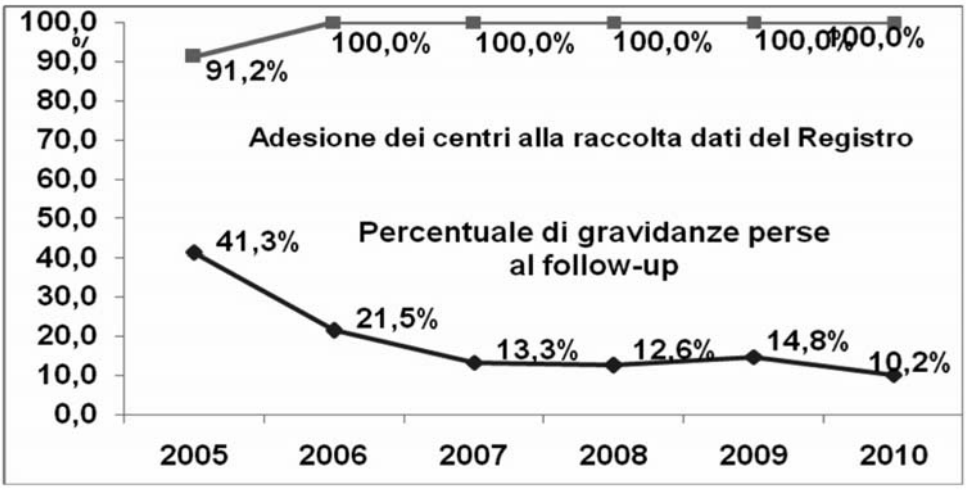


Figura 8: Adesione dei centri alla raccolta dati del Registro Nazionale della PMA e percentuale di gravidanze perse al follow-up.

2. Nel rapporto CeDAP, tra i trattamenti di PMA sono inclusi anche i trattamenti «solo farmacologici», i quali non sono inclusi nei dati del Registro Nazionale della PMA.

Mentre per la descrizione dell'evento nascita i dati del CeDAP rappresentano uno strumento indispensabile per poter monitorare la qualità dell'assistenza fornita, per quanto concerne la PMA i dati CeDAP, riassunti di seguito, hanno solo un valore descrittivo delle informazioni raccolte. Inoltre nel Cedap vengono inseriti anche i protocolli di sola stimolazione farmacologica, e quindi tecniche che in alcune parti del mondo non vengono considerate tecniche di riproduzione assistita o di PMA. Per cui vi è una disparità tra i dati delle schede Cedap relativi ai parti da PMA e quelli rilevati dal registro nell'anno 2008.

Il registro nazionale della PMA raccoglie dati su 8.319 parti, mentre dall'analisi dei CeDAP si ottengono informazioni su 5.553 parti ottenuti da tecniche di PMA. Complessivamente, dai dati del Registro possiamo quindi affermare che l'1,5 per cento dei parti avvenuti in Italia deriva da gravidanze ottenute da tecniche di fecondazione assistita e l'1,9 per cento dei bambini nati vivi nel Paese è da ricondurre a questi parti.

Nei dati CeDAP 2008, il **18,9 per cento dei parti da PMA risulta essere un parto plurimo**, mentre per i dati del **Registro questa quota è del 20,7 per cento**. Nell'ultima rilevazione, tra l'altro, quella riferita all'attività del 2010, si è registrata, per la prima volta una **diminuzione dei parti multipli, probabilmente dovuta alla diversa applicazione delle tecniche di PMA.**

Il dato CeDAP 2008 sulla popolazione generale, riferito ai parti multipli, in cui sono peraltro inclusi i parti da gravidanze ottenute da tecniche di PMA, è dell'1,4 per cento.

La distribuzione dei parti, secondo l'età della madre è un dato che il Registro Nazionale della PMA, ha iniziato a raccogliere solo dal 2009. Confrontando le due raccolte dati, si evidenzia come la popolazione di donne che per ottenere la gravidanza **è ricorsa alla fecondazione assistita, sia in età più avanzata** (Figura 9).

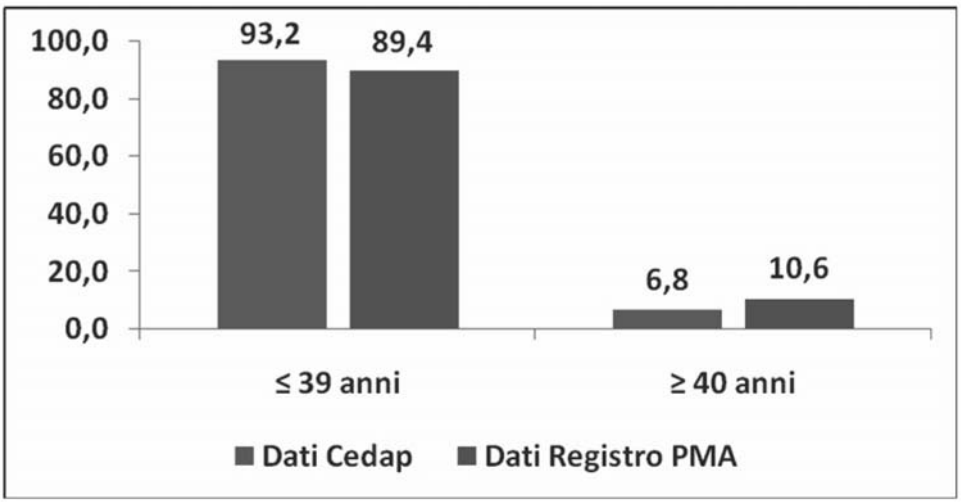


Figura 9: Distribuzione per età dei parti (Dati CeDAP 2008 sulla popolazione generale, dati 2009 registro PMA).

La quota di nati vivi che alla nascita presentano **malformazioni** nella popolazione generale è sovrapponibile a quella dei nati da gravidanze ottenute grazie all'applicazione delle tecniche di PMA (**0,8 per cento** nei nati della popolazione generale **contro 0,9 per cento dei nati da PMA**). Lo stesso discorso può essere ripetuto parlando di bambini nati morti (0,28 per cento nei nati della popolazione generale contro 0,24 per cento dei nati da PMA).

Confrontando i dati CeDAP 2008, con quelli del Registro Nazionale della PMA dello stesso anno, si osserva che per i nati pretermine o sottopeso, esiste una quota decisamente più elevata tra i nati da gravidanze ottenute con tecniche di fecondazione assistita, fenomeno direttamente riconducibile alla più elevata incidenza di parti multipli presenti in questa popolazione rispetto alla popolazione generale (6,8 per cento dei parti della popolazione generale contro 14,9 per cento dei parti da PMA per i parti pretermine e 7,0 per cento dei nati della popolazione generale contro 26,8 per cento per i nati sottopeso da parti ottenuti con tecniche PMA).

A livello internazionale, è possibile operare confronti per alcuni indicatori. Un primo confronto può essere operato per la **percentuale di esiti negativi di gravidanza, in cui sono inclusi gli aborti spontanei e terapeutici, le morti intrauterine e le gravidanze ectopiche, rapportate al totale delle gravidanze monitorate**. Nei dati del Registro europeo, la cui ultima pubblicazione è riferita al 2007, questo valore è riportato esclusivamente per le tecniche di secondo e terzo livello, escludendo quindi la tecnica di inseminazione semplice ed è pari al **16,9 per cento,** mentre dai

dati del Registro Nazionale della PMA del 2007 questo valore risulta pari al **24,8 per cento.** Per il registro Francese, tale valore è pari al 22,2 per cento, in Inghilterra al **10,6 per cento** e in Germania **28,5 per cento.**

Un altro confronto che è possibile operare è quello relativo alla percentuale di **parti multipli** sul totale dei parti escludendo anche in questo caso la tecnica di inseminazione semplice. Per il Registro Europeo questo indicatore nel 2007 è pari al **20,7 per cento.** Dai dati 2007 del Registro Nazionale della PMA la percentuale di parti multipli risulta pari invece al **23,0 per cento**. In Francia questa percentuale era del 18,1 per cento, in Inghilterra del 23,4 per cento e in Germania del 20,6 per cento.

Emerge pertanto che, **mentre il dato relativo alle malformazioni e ai nati morti appare sovrapponibile a quello della popolazione generale, è evidente l'effetto delle tecniche di PMA sull'aumento del rischio di parti multipli, nati pretermine o sottopeso. Questi due ultimi aspetti, peraltro sono correlati alle gravidanze multiple e alla multiparità.**

Gravidanze gemellari e fenomeno dei neonati di basso peso alla nascita

Il fenomeno dei neonati di basso peso alla nascita è strettamente legato alla gemellarità o comunque alle gravidanze multiple.

Come presentato dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Nazionali (AGENAS), le gravidanze gemellari rappresentano l'1-2 per cento di tutte le gravidanze. Per due terzi sono dizigotiche e per un terzo monozigotiche. Tutti i gemelli dizigoti ed un terzo dei monozigoti sono bicoriali. Perciò, poco più del 20 per cento di tutte le gravidanze gemellari è monocoriale.

Il numero di parti plurimi nel 2010 (dati SDO) è stato pari a 7.334, e ha rappresentato l'1,34 per cento del totale dei parti, in leggera flessione rispetto al 2008 (7673). Non si registrano differenze regionali significative: il range di variazione va dallo 0,7 per cento della Valle D'Aosta all'1,62 per cento della Campania (Tabella 6).

La gravidanza gemellare è legata ad una serie di fattori, uno dei quali è l'età. La frequenza dei parti plurimi risulta più elevata fra le madri con più di 30 anni. Dai dati SDO 2010 risulta che la frequenza di parti plurimi è di 4.770 su circa 7.300 nella fascia di età compresa tra i 30 e i 39 anni, 65 nelle donne più giovani di 20 anni, 1.734 nella fascia 20-29 anni, 765 dopo i 40 anni.

Come già descritto, la percentuale di parti plurimi risente considerevolmente delle gravidanze insorte da PMA.

La gravidanza gemellare, come noto,si associa ad un aumento dei rischi quali:

– Rischi materni: diabete gestazionale, preclampsia, ipertensione gestazionale, emorragie intrapartum;

– I rischi fetali: Aborto spontaneo, Sindrome di trasfusione feto-fetale, Ritardo di crescita intrauterino (IUGR), Parto prematuro.

Regioni	n. parti plurimi 2010	n. parti plurimi 2008	% parti plurimi 2010	% parti plurimi 2008
Piemonte	470	448	1,29%	1,20%
Valle d'Aosta	8	17	0,70%	1,40%
Lombardia	1.266	1.463	1,33%	1,50%
P.A. Bolzano	52	97	0,96%	1,80%
P.A.Trento	57	80	1,25%	1,60%
Veneto	665	695	1,47%	1,50%
Friuli V. Giulia	151	144	1,53%	1,40%
Liguria	159	209	1,40%	1,80%
Emilia Romagna	491	642	1,20%	1,60%
Toscana	474	432	1,47%	1,30%
Umbria	109	74	1,31%	0,90%
Marche	162	220	1,16%	1,50%
Lazio	821	837	1,54%	1,50%
Abruzzo	117	169	1,09%	1,60%
Molise	31	41	1,37%	1,80%
Campania	945	878	1,62%	1,50%
Puglia	401	365	1,07%	1,00%
Basilicata	57	49	1,29%	1,20%
Calabria	179	137	1,04%	1,30%
Sicilia	592	536	1,25%	1,30%
Sardegna	127	140	0,99%	1,10%
ITALIA SDO 2010	**7.334**	**7.673**	**1,34%**	**1,40%**

Tabella 6: Il numero di parti plurimi nel 2008-2010 (dati SDO) per le diverse Regioni.

Dai dati AGENAS, il ritardo di crescita intrauterino è molto comune nella gravidanza gemellare e presenta un'incidenza variabile dal 25 al 33 per cento.

Il parto pretermine e l'IUGR costituiscono i maggiori rischi per lo sviluppo di deficit neurologici (neurodevelopmental disorders) con sequele a lungo termine nell'infanzia e durante la vita adulta.

La prematurità, soprattutto al di sotto delle 22 settimane e al di sotto delle 37 settimane, riguarda quasi 1.000 parti all'anno.

Il parto gemellare (circa 1 su 80 gravidanze) è a rischio di eventi avversi a carico soprattutto del secondo gemello. I gemelli monocoriali presentano spesso una prognosi peggiore rispetto ai gemelli bicoriali, con una morbilità e mortalità perinatale da 3 a 5 volte più elevata.

Nelle gemellari, anche nelle bicoriali biamniotiche, dalla tabella 7 si evince che su 7.334 gravidanze gemellari, 6.555 esitano in parti cesarei; in sostanza l'89 per cento (Tabella 7).

Regioni	Presentazione anomala	Parto vaginale	Taglio cesareo
Piemonte	93	85	385
Valle d'Aosta			8
Lombardia	173	177	1089
P.A. Bolzano	14	17	35
P.A.Trento	14	5	52
Veneto	39	53	612
Friuli V. Giulia	4	23	128
Liguria	8	16	143
Emilia Romagna	40	64	427
Toscana	46	75	399
Umbria	4	11	98
Marche	3	14	148
Lazio	75	44	777
Abruzzo	1	6	111
Molise		3	28
Campania	35	66	879
Puglia	14	35	366
Basilicata	1	5	52
Calabria	2	20	159
Sicilia	41	49	543
Sardegna	10	11	116
ITALIA dati SDO 2010	**617 = 9%**	**779**	**6555= 89 %**

Tabella 7: Modalità parto nelle gravidanze bicoriali biamniotiche dati SDO 2010

Nella pratica corrente, in Italia, è usuale il ricorso al taglio cesareo. Nelle gemellari, anche nelle bicoriali/ biamniotiche, dalla tabella si evince che su 7.334 gravidanze gemellari, 6.555 esitano in parti cesarei; in sostanza l'89 per cento.

Facendo riferimento alle indicazioni sulla modalità del parto nelle gravidanze gemellari del Sistema nazionale linee guida (SNLG):

– Nelle gravidanze gemellari bicoriali/biamniotiche a termine con **presentazione cefalica per entrambi i gemelli**, in assenza di fattori di rischio, si raccomanda il parto per via vaginale in quanto non è dimostrata l'efficacia del taglio cesareo nel ridurre la mortalità e la morbosità neonatali. IV B

– Nelle gravidanze gemellari bicoriali/biamniotiche in cui **uno dei due gemelli non ha presentazione cefalica** non sono disponibili prove conclusive a sostegno dell'efficacia del taglio cesareo nel ridurre la morbosità e mortalità neonatale IVC.

– Nelle gravidanze gemellari **bicoriali/biamniotiche** in cui uno dei due gemelli non ha presentazione cefalica l'assistenza al parto per via vaginale deve essere offerta in una struttura ospedaliera che possa garantire una **expertise ostetrico-ginecologica e neonatologica appropriata**. BPC

– Nelle gravidanze gemellari **bicoriali/biamniotiche** senza fattori di rischio, in caso sussistano indicazioni al taglio cesareo programmato, l'intervento non deve essere effettuato prima di 38+0 settimane, per evitare eventi avversi neonatali. IVB

– Nelle gravidanze **monocoriali biamniotiche non complicate** si raccomanda l'espletamento del parto a 36-37+0 settimane di gestazione. IVB

– Nelle gravidanze **monocoriali monoamniotiche non complicate** si raccomanda l'espletamento del parto mediante taglio cesareo a 32 settimane di gestazione. VB

Aumentando invece i fattori di rischio per le gravidanze monocoriali biamniotiche, si raccomanda l'espletamento del parto a 36-37+0 settimane di gestazione.

Nelle gravidanze monocoriali monoamniotiche, poiché esiste un'elevata serie di complicanze legate al cordone, alla trasfusione feto-fetale che possono essere causa di mortalità neonatale o in utero, si raccomanda un anticipo dell'espletamento del parto mediante taglio cesareo a 32 settimane di gestazione.

Criticità: L'inappropriatezza della gestione della modalità del parto nelle gravidanze gemellari emerge in maniera palese dai numeri presentati.

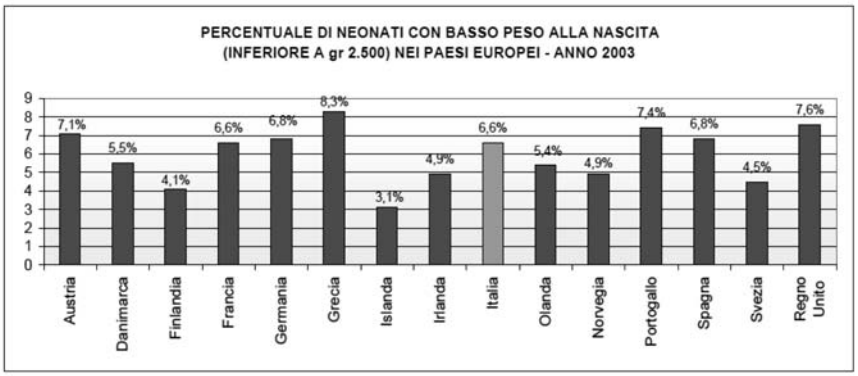
Azioni: Maggior adesione alle linee guida del Sistema nazionale e gestione ostetrica presso ambulatori dedicati nei punti nascita di secondo livello e/o nelle strutture di Medicina Materno Fetale ad Alta intensità di Cura.

La Prematurità in Italia

Secondo quanto riferito dagli auditi in tema di prematurità, in Italia, nel 2008 sono nati 576.659 bambini. Tenendo conto che circa l'8-10 per cento nasce prima delle 37ª settimana, questo dato corrisponde, in termini assoluti, alla nascita di circa 50.000 neonati.

Inoltre, circa lo 0.8-0.9 per cento, pari a 5.500 neonati, nasce con un peso inferiore a 1.500 grammi, soglia al di sotto della quale si parla di neonati altamente prematuri (VLBW, *Very low Birth Weight*), mentre circa il 7 per cento di tutti i nati pesa meno di 2.500 grammi.

Nella Figura 10 emerge la distribuzione in percentuale di neonati di basso peso alla nascita, inferiore a 2.500 gr, in Europa.



Fonte dei dati e note
OECD - Health at Glance 2005
Ministero della Salute - Sistema Informativo Sanitario

Figura 10: Percentuale di neonati con basso peso alla nascita, inferiore a 2500 gr nei paesi europei, anno 2003

I Punti nascita

Le informazioni maggiormente dettagliate sull'assistenza in gravidanza sono quelle raccolte al momento della nascita e desunte dai CedAP, per i quali la rilevazione nazionale più recente risale al 2008. Il CedAP 2008 registra le informazioni di 544.718 parti e 552.725 nati in 551 punti nascita, pari al 96.6 per cento dei nati rilevati con la SDO e al 95.8 per cento dei nati vivi registrati presso le anagrafi comunali nello stesso anno.

Secondo quanto emerso dalle audizioni, ogni anno nascono in Italia circa 600.000 bambini. Il fenomeno della gravidanza però è più ampio perché a questo numero vanno associate le donne che iniziano una gravidanza e la interrompono, che sono altre 115.000.

Il 67,0 per cento dei parti si svolge in strutture dove avvengono almeno 1.000 parti annui. Tali strutture, in numero di 210, rappresentano il 37,3 per cento dei punti nascita totali. Il 9,11 per cento dei parti ha luogo invece in strutture che accolgono meno di 500 parti annui.

Il recente accordo tra Stato e Regioni ha stabilito la razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con un numero di parti inferiore a 1000 l'anno (accordo della Conferenza Unificata Stato-Regioni atto num. 137/CU del 16 Dicembre 2010).

L'elemento caratterizzante dei macro indicatori (numero parti per punto nascita, tagli cesarei, esiti neonatali), rispetto ai benchmark di riferimento, è la profonda variabilità in particolare tra: nord-sud del Paese, intra-Regione, grandi/ piccoli punti nascita, strutture pubbliche/ private/ accreditate.

Nella tabella 8 è illustrata la distribuzione regionale dei punti nascita secondo la numerosità di parti effettuati e la tipologia di rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) relativo all'anno 2008 (Fonte Ministero della Salute) (Tabella 8).

In particolare, 268 (48 per cento) punti nascita sono collocati nelle 8 Regioni del Sud. Sui 158 punti nascita con meno di 500 parti/anno, 112 (70,9 per cento) sono distribuiti nel Sud Italia. **Al contrario dei 30 punti**

nascita con più di 2500 parti, solo 3 sono collocati al Sud, 23 nelle Regioni del Centro-Nord, 4 nella Regione Lazio. Tra i 559 punti nascita, 96 (17,2 per cento) risultano privati accreditati ed in particolare ben 39 (40,6 per cento) presentano una numerosità di parti/anno al di sotto dei 500. Prendendo in considerazione la distribuzione Nord/Sud, appare che 30 strutture private accreditate con meno di 500 parti, pari al il 77 per cento, è situato al Sud (Tabella 8, Figura 11).

Regione	Classe di parti												Totale complessivo	
	0-499		500-799		800-999		1000-1199		1200-2499		2500+			
	Totale	*di cui Priv. Accr.*	Totale	*di cui Priv. Accr.*	Totale	*di cui Priv. Accr.*	Totale	*di cui Priv. Accr.*	Totale	*di cui Priv. Accr.*	Totale	*di cui Priv. Accr.*	Totale	*di cui Priv. Accr.*
Piemonte			3		2		7		10		2		24	*0*
Valle d'Aosta									1				1	*0*
Lombardia	8	*2*	20	*3*	8	*1*	8	*1*	24	*1*	7		75	8
Prov. Auton. Bolzano	3		2				1		1				7	*0*
Prov. Auton. Trento	4				2				1				7	*0*
Veneto			2		3		5		11		5		26	*0*
Friuli Venezia Giulia	1		4		2	*1*	2		2				11	*1*
Liguria	4		6				2		3				15	*0*
Emilia Romagna	3	*2*	2		1		3		7		7		23	*2*
Toscana	6	*1*	4		4				12		2		28	*1*
Umbria	3		3				1		3				10	*0*
Marche	4	*2*	5		6		1		2				18	*2*
Lazio	10	*2*	14	*4*	5		2		11	*3*	4		46	9
Abruzzo	4		6	*1*	1		2		2				15	*1*
Molise	3		1		1								5	*0*
Campania	22	*7*	18	*12*	11	*5*	5	*3*	15	*6*	1		72	33
Puglia	12	*7*	11	*1*	4	*1*	5		9	*1*	1		42	*10*
Basilicata	4		1						2				7	*0*
Calabria	15	*6*	7	*2*	2	*1*	2		3				29	9
Sicilia	38	8	18	*5*	6	*2*	4	*1*	8		1		75	*16*
Sardegna	14	*2*	4	*2*	1				4				23	*4*
Italia	158	*39*	131	*30*	59	*11*	50	*5*	131	*11*	30	*0*	559	96

Fonte: Ministero della Salute - Sistema Informativo Sanitario - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

Tabella 8: Distribuzione regionale dei punti nascita secondo la numerosità dei parti effettuati e la tipologia di rapporto con il SSN, anno 2008.

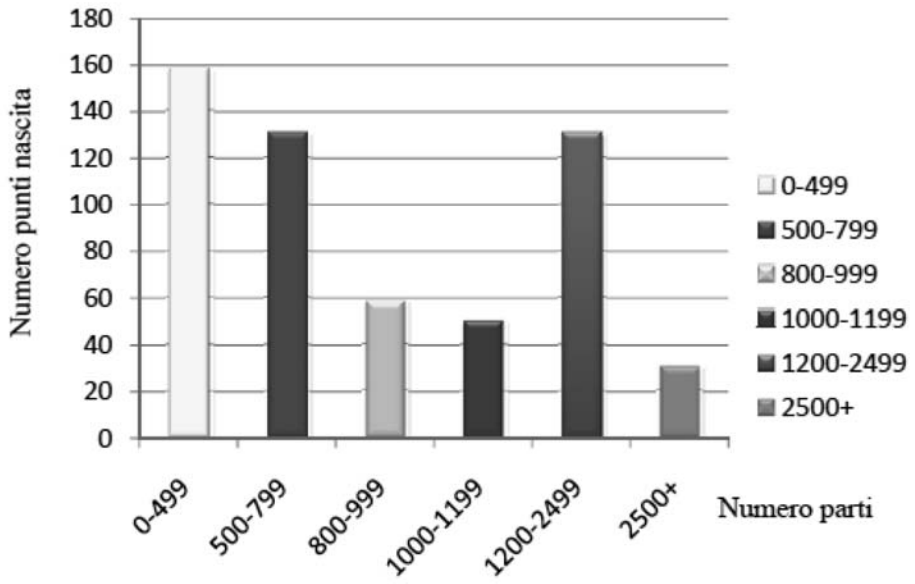


Figura 11: Numero dei punti nascita secondo la numerosità di parti in Italia

Dai dati Conferenza Unificata Stato-Regioni atto n.137, i punti nascita con un numero di parti inferiori a 500, privi di una copertura di guardia medico-ostetrica, anestesiologica e medico-pediatrica attiva h24, rappresentano ancora una quota intorno al 30 per cento del totale e sono presenti, in particolar modo, nell'Italia centrale e meridionale. In tali strutture il numero di parti è esiguo (la media è inferiore ai 300 parti/anno) e rappresenta meno del 10 per cento dei parti totali.

In sede di audizioni, l'AGENAS ha presentato dati più recenti riguardo la distribuzione per numerosità dei parti nei punti nascita in Italia. Nel 2009 vi erano 230 maternità con meno di 500 parti (97 punti nascita con meno di 100 parti). Nel 2010 si verifica un cambiamento sostanzialmente irrilevante perché si passa da 230 a 260 maternità. Il lieve aumento è stato determinato da uno spostamento dai livelli bassissimi, cioè al di sotto dei 100 parti ai livelli intermedi (Figura 12).

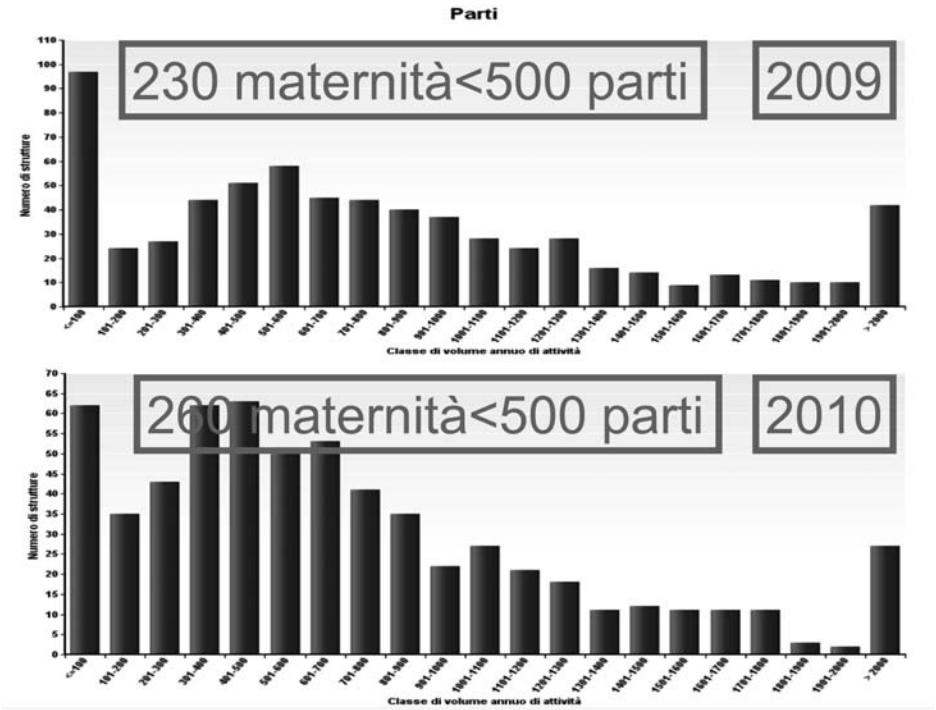


Figura 12: Numero di strutture per classe di volume annuo di attività (2009-2010)

Elemento di rilievo e strettamente legato ai punti nascita, è il dato relativo alle Unità Operativa di Neonatologia (UON) e alle Unità operative di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN) come desumibile nella tabella 9 (Tabella 9). Dai dati CeDAP 2008, le Unità Operative di Neonatologia sono presenti in 206 (36.7 per cento) punti nascita di cui 141 svolgono più di 1.000 parti annui. Le UTIN sono presentii in 130 (23.1 per cento) dei 562 punti nascita. Dei 170 punti nascita sotto i 500 nati, solo l'11,76 per cento è dotato di una UTIN (4.7 per cento) o di una UON (7.1 per cento). Le UTIN sono maggiormente distribuite nei punti nascita al di sopra dei

1000 parti/anno (n. 105, pari a 80.7 per cento). Al di sopra dei 2500 parti/anno l'88,2 per cento dei punti nascita dispone di una UTIN.

Tabella 9: Unità Operative di UTIN e di UON, fonte CeDAP 2008.

Numero di parti per punto nascita	Presenza dell'unità di neonatologia		Presenza dell'unità di terapia intensiva neonatale		Totale Punti Nascita	Totale Parti		Numero medio di parti per punto nascita
	v.a.	%	v.a.	%		v.a.	%	
0-499	12	7,1	8	4,7	170	49.603	9,1	292
500-799	28	23,1	7	5,8	121	76.044	14,0	628
800-999	25	41,0	10	16,4	61	55.592	10,2	911
1000-2499	115	65,3	75	42,6	176	251.875	46,3	1.431
2500 e più	26	76,5	30	88,2	34	111.288	20,4	3.273
Totale	**206**	**36,7**	**130**	**23,1**	**562**	**544.402**	**100,0**	**969**

La tabella 10 illustra la prevalente distribuzione della terapia intensiva neonatale nelle strutture pubbliche (n. 125, par a 96.1 per cento) (Tabella 10).

	Pubblici				Privati accreditati				Privati non accreditati			
	Punti nascita		*Parti*		*Punti nascita*		*Parti*		*Punti nascita*		*Parti*	
Classi di parti	*V.A.*	*%*	*V.A.*	*%*	*V.A.*	*%*	*V.A.*	*%*	*V.A.*	*%*	*V.A.*	*%*
0-499	8	6,5	2.119	5,8								
500-799	4	4,5	2.777	4,9	3	9,7	2.046	10,8				
800-999	10	19,6	9.193	19,8								
1000-2499	73	45,1	111.740	48,3	2	14,3	3.591	17,6				
2500 e più	30	88,2	98.573	88,6								
Totale	**125**	**27,2**	**224.402**	**46,5**	**5**	**5,7**	**5.637**	**9,5**				

Tabella 10: Presenza di terapia intensiva neonatale *per classe di parti e per tipologia di struttura pubblica o privata accreditata. fonte CeDAP 2008.*

Criticità: Se osserviamo la distribuzione per Regioni, la Sicilia, la Campania, la Calabria e la Puglia, presentano la maggior parte dei centri nascita con un numero di nati per anno inferiore ai 500. Le stesse Regioni hanno un maggiore indice di mortalità neonatale rispetto al soddisfacente valore medio e ai valori più bassi delle altre Regioni.

Erogare prestazioni di così alta sensibilità (parto) in punti nascita che non riescono a garantire attività assistenziale adeguata espone a maggiori rischi nel percorso «Nascere sicuri».

Case da parto

Negli ultimi anni si è innalzata da parte delle donne-coppie la richiesta di poter vivere la nascita di un figlio nel modo più naturale possibile, nella riservatezza, nel comfort, nella serenità e, al tempo stesso, nel massimo della sicurezza.

Nel processo di revisione del percorso nascita è fondamentale partire dal presupposto che i dati della letteratura riportano che, al momento del travaglio/parto, un 5 per cento di rischio non è preventivabile in precedenza e rimane incomprimibile. Ciò depone a favore della assoluta necessità di assicurare la tempestiva gestione delle possibili situazioni critiche che si possono verificare per la madre e il bambino. La gestione delle emergenze/urgenze appare pertanto una questione strategica e cruciale in ogni livello di cura ed in ciascun punto nascita devono essere assicurati i requisiti necessari a partire dalla competenza degli operatori che deve essere monitorata ed aggiornata. Per le gravidanze con assenza di fattori di rischio e ad evoluzione fisiologica, il sostegno e la promozione degli eventi naturali e sociali legati al parto e al puerperio mirano a favorire l'attaccamento precoce madre–bambino e lo sviluppo della genitorialità.

In questi ultimi anni alcune aziende hanno creato,come alternativa al parto a domicilio, spazi ad hoc diversi da quelli ospedalieri, gestiti completamente da ««ostetriche», con requisiti di *privacy*, comfort, più raffigurativi di una dimensione familiare, denominati **Casa di Maternità o case da parto**.

Le Case di Maternità possono essere all'interno di una struttura ospedaliera o poste sul territorio ad immediata contiguità con una struttura sanitaria. Ad oggi non disponiamo del numero reale delle case da parto in Italia.

In sede di audizioni è stata riportata l'esperienza della Regione Toscana con la «Margherita». Quella struttura appare così organizzata: sono previsti incontri aperti alle donne e ai loro *partner,* finalizzati a spiegare le caratteristiche delle Casa Parto, i criteri d'accesso, il travaglio e il parto, la gestione del neonato fisiologico. Il un primo appuntamento viene preso attorno alla 36ª settimana di gestazione presso l'ambulatorio del Centro nascita. Durante questo primo incontro,solitamente sono presenti sia l'ostetrica che il medico, che compileranno la cartella, controlleranno gli esami e le ecografie, e confermeranno l'evoluzione della gravidanza fisiologica. Dopo la 36ª settimana, sono previsti ulteriori incontri con l'ostetrica a cadenza settimanale, per valutare sempre gli stessi parametri e confermare, quindi, il decorso fisiologico della gestazione-puerperio. La donna viene ricoverata in Casa Parto solo a travaglio attivo (con contrazioni valide e una dilatazione del collo uterino di 2-3 cm), seguita esclusivamente dalle ostetriche. Nel puerperio è previsto un calendario di visite domiciliari e/o presso la struttura per il controllo. Le donne che hanno partorito senza nessun trauma perineale o genitale sono state il 46,2 per cento, l'episiotomia è stata necessaria per l'1,3 per cento delle donne 19,0 per cento è

stato trasferito a causa dell'insorgenza di fattori di rischio (es. alterazioni CTG, ipertensione) o distocia: il tasso di TC è stato di 4,9 per cento.

Criticità: Non conoscenza del numero, della distribuzione territoriale delle case da parto in Italia e delle loro attività, criticità assistenziali e complicanze.

Azioni: raccogliere attraverso gli assessorati, informazioni su come stanno funzionando in termini di numeri e complicanze allo scopo anche di una distribuzione razionale sul territorio nazionale, in relazione alle richieste.

I risultati suggeriscono che un Centro Nascita a gestione ostetrica collocato all'interno di un ospedale ad alta intensità di cure con una gestione integrata del *team*, rappresenta un modello sufficientemente sicuro e soddisfacente per gravidanze e parti a basso rischio, con nessuna evidenza di rischi aggiuntivi se comparato con altri *setting* dedicati al parto.

Il Taglio Cesareo

La percentuale dei tagli cesarei è un indicatore di qualità delle cure prestate nell'ambito della salute materno-infantile; l'interrogativo che occorre porsi è se il tasso dei cesarei sia **congruo** e soprattutto **appropriato**.

Nell'Aprile 2009 vi fu una mozione al Senato dove si riportava *«i senatori invitano Governo e Regioni a sostenere un appropriato ricorso al parto cesareo ... e ad introdurre e sviluppare strumenti di audit e feedback, efficaci ed adattabili alle diverse realtà regionali, importanti per controllare alcune delle cause dell'elevato ricorso al taglio cesareo».*

Epidemiologia del Taglio Cesareo in Europa e Italia

L'eccessivo ricorso al TC ha portato l'Italia ad occupare il primo posto tra i Paesi europei, superando i valori europei riportati nel rapporto Euro-Peristat sulla salute materno-infantile del dicembre 2008. L'Italia detiene la percentuale più elevata pari al 38,4 per cento, seguita dal Portogallo con il 33 per cento, mentre tutti gli altri Paesi presentano percentuali inferiori al 30 per cento che scendono al 15 per cento in Olanda e al 14 per cento in Slovenia (Figura 13).

Figura 13: Percentuale di TC in Europa, da European Perinatal Health Report, Dicembre 2008

In Italia si è passati dall'11,2 per cento del 1980 al 37,8 per cento del 2008 con una presenza di valori più bassi nell'Italia settentrionale e più alti nell'Italia centrale, meridionale; con variazioni anche all'interno della stessa area geografica *Dati CeDAP 2008, pubblicati nel 2011).* Si rileva inoltre una spiccata variabilità su base interregionale, con valori tendenzialmente più bassi al Nord e più alti al Sud (Figura 14).

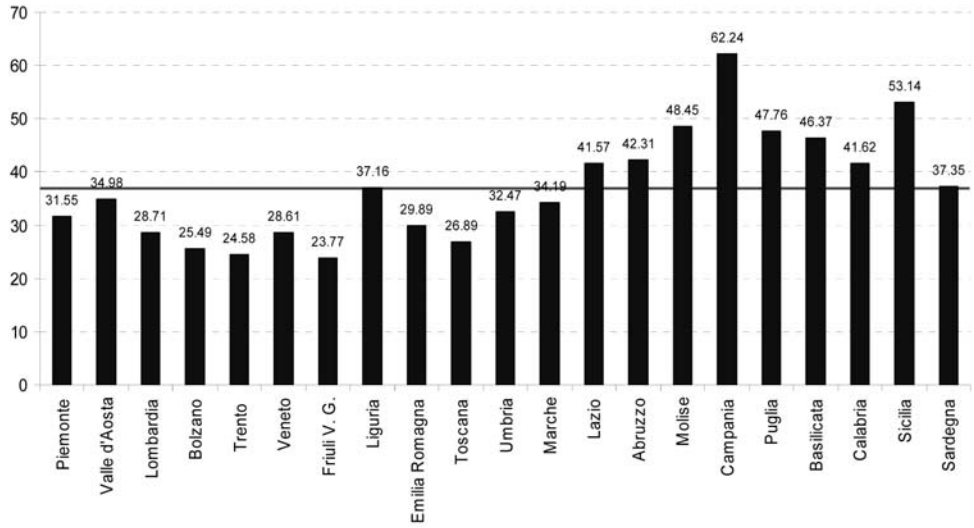


Figura 14: Proporzione di TC per regione, anno 2009, Fonte SDO 2009, Ministero della Salute.

L'analisi relativa ai professionisti sanitari presenti al momento del parto non esclude i parti cesarei. Oltre all'ostetrica (97,05 per cento) al momento del parto sono presenti: nel 91,12 per cento dei casi l'ostetrico-ginecologo, nel 45,90 per cento l'anestesista e nel 69,28 per cento il pediatra/neonatologo (CeDAP 2008, pubblicati nel 2011).

Il **parto cesareo è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto** alle donne straniere, nel 28,4 per cento dei parti di madri straniere si ricorre al taglio cesareo mentre si registra una percentuale del 39,8 per cento nei parti di madri italiane.

Prendendo in esame i parti vaginali dopo un precedente taglio cesareo, si registra nel 2008, a livello nazionale una percentuale pari al 10,3 per cento; tale fenomeno si verifica quasi esclusivamente nei punti nascita pubblici dove circa l'11,5 per cento dei parti con precedente cesareo avviene in modo spontaneo contro il 5,4 per cento nelle case di cura private accreditate e il 6,8 per cento delle case di cura private non accreditate.

Da ciò si evince che in Italia vi è un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica.

Dai dati del Registro Nazionale PMA del 2010, è emerso che nelle gravidanze da PMA del 2009, il ricorso al taglio cesareo è superiore rispetto alla media nazionale, verificandosi nel 58,8 per cento dei parti.

Come riportato dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni atto num. 137/CU del 16 Dicembre 2010,

– i dati disponibili confermano che, per quanto riguarda il TC in generale, l'utilità non è basata su evidenze scientifiche e non è sostenuta da un reale aumento delle condizioni di rischio. Il loro utilizzo è spesso totalmente indipendente dalle caratteristiche socio-demografiche delle donne e dalle loro condizioni cliniche ed è invece associato principalmente alla disponibilità delle strutture coinvolte e alla loro organizzazione;

– in Italia, nel 2008, sono stati effettuati circa 220.000 interventi di TC, con un costo umano ed economico non trascurabile: il rischio di morte materna è infatti di 3-5 volte superiore rispetto al parto vaginale e la morbosità puerperale è 10-15 volte superiore.

Taglio Cesareo-Punti Nascita-Regioni

Dai dati dell'indagine conoscitiva, emerge che il numero di tagli cesarei è significativamente più alto nei punti nascita con meno di 800 parti. All'interno di questo gradiente decrescente in funzione del numero dei parti per punto nascita, si osserva un secondo gradiente che vede una maggior prevalenza di tagli cesarei nelle strutture accreditate e private. La tabella seguente evidenzia questa criticità: al di sotto dei 500 parti le strutture private accreditate raggiungono il 65 per cento di parti con TC; allo stesso tempo, nei punti nascita pubblici,al di sopra dei 1000 nati, la percentuale di Cesarei rimane stabile, compresa tra il 32,4 e 33,1 per cento (Tabella 11).

Classe di parti	% Parti con Taglio Cesareo			
	Pubblica	*Privata accreditata*	*Privata non accreditata*	**Totale**
0 - 499	43,6	65,5	71,8	**50,1**
500 - 799	37,4	63,5	83,7	**43,8**
800 - 999	35,3	57,5		37,7
1000 - 2499	32,4	58,8		34,9
2500 +	33,1			33,1
Totale	**34,3**	**61,4**	**75,3**	**37,4**

Fonte: CeDAP 2007

Tabella 11: Percentuale di parti cesarei secondo la tipologia e la dimensione dei punti nascita, fonte Conferenza Permanente Stato-Regioni (C.P.S.R.) 2010, CeDAP 2007. La fonte CeDAP presenta, per il 2007 una copertura del 93 per cento delle schede SDO. Ciò spiega differenze nei valori assoluti e percentuali nel confronto tra i due sistemi di rilevazione.

È emerso inoltre che in alcune regioni il parto con taglio cesareo è maggiormente valorizzato.

Uno strumento per vedere quali sono le unità operative che medicalizzano il parto rispetto a quelle che non lo medicalizzano è quello di osservare l'ora del parto. Un altro elemento è che la concentrazione di parti in alcune ore della giornata implica che in quelle ore il rischio, legato al carico di lavoro di ogni singolo operatore, aumenta per la donna e per il bambino.

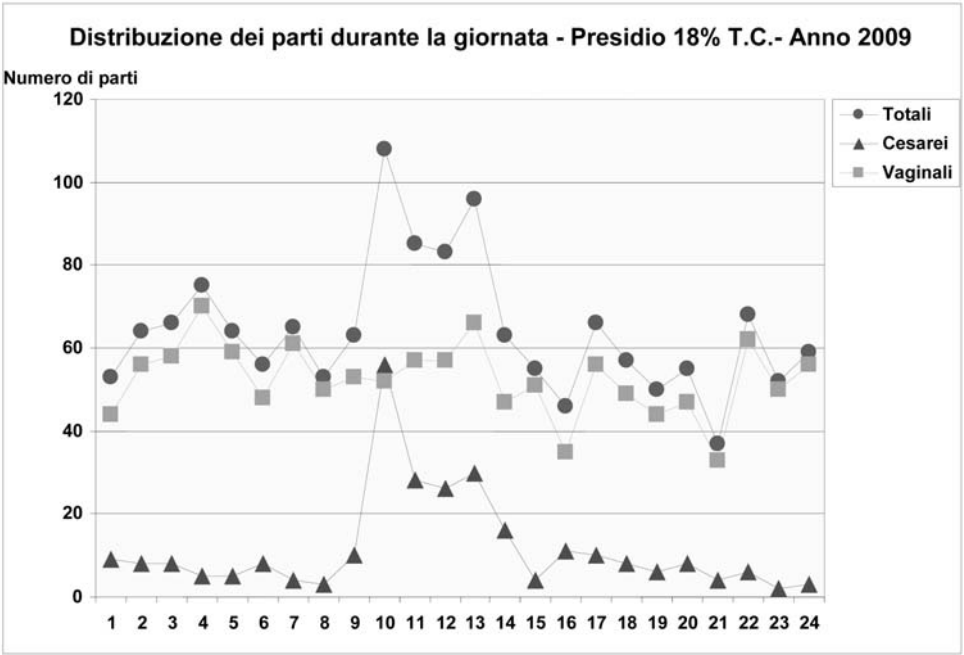


Figura 15: Distribuzione dei parti durante la giornata- Presidio 18 per cento TC, anno 2009.

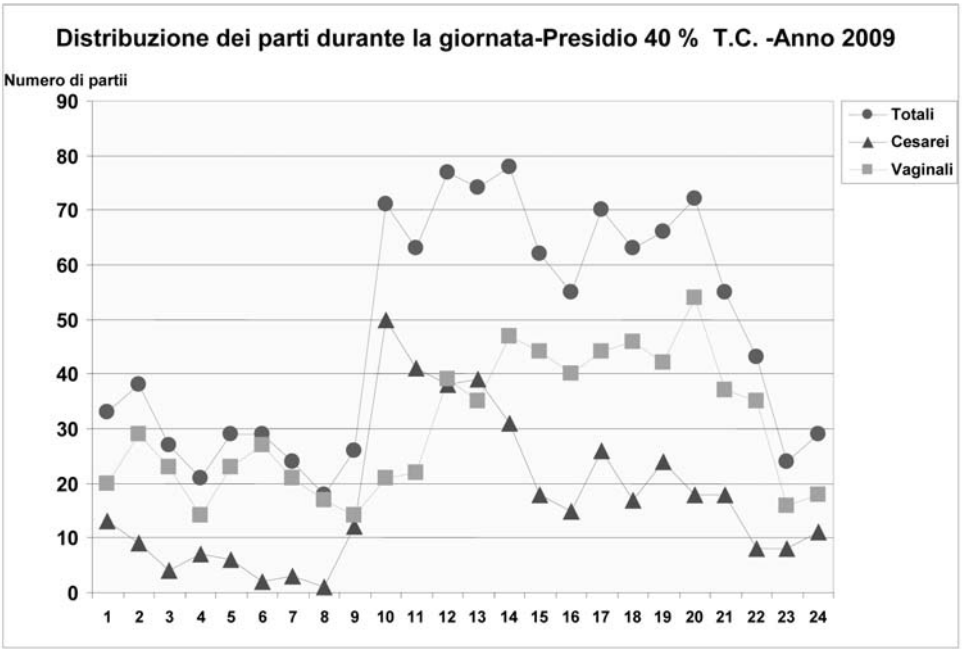


Figura 16: Distribuzione dei parti durante la giornata-Presidio 40 per cento TC, anno 2009.

Il grafico mette a confronto il numero di parti in relazione all'ora di nascita, su un periodo di un anno, fra una struttura che fa il 40 per cento di parti con taglio cesareo ed un'unità operativa che fa circa il 18 per cento di parti con taglio cesareo. La riga di colore rosso rappresenta il numero di parti per ora che è la somma dei tagli cesarei e dei parti vaginali.

Si può osservare che dove il tasso di cesarei è basso, i parti avvengono grosso modo in maniera abbastanza costante nell'arco delle 24 ore. C'è un picco di tagli cesarei circa a metà mattina, che induce poi un aumento dei parti totali considerando che i dati si riferiscono ad un centro che fa circa 2.500 parti ed è collegato ad una terapia intensiva neonatale e quindi concentra gravidanze a rischio (Figura 15).

Nel grafico che si riferisce all'andamento di una struttura più piccola, non collegata ad una terapia intensiva neonatale, che fa circa 1.000 parti all'anno, si può osservare che i parti sono tutti concentrati nella seconda parte del pomeriggio o da mezzogiorno in poi, per esigenze organizzative (Figura 16). Questo fenomeno è particolarmente frequente nei punti nascita con meno di 500 parti/anno.

Emerge da ciò che trattasi non soltanto di un problema natura medica ma anche di tipo organizzativo.

Gradiente Nord-Sud-Strutture: Pubblico-privato

La percentuale di cesarei nelle ripartizioni geografiche presenta livelli decisamente più elevati in alcune regioni del Centro e, soprattutto, del Sud

e Isole; inoltre sono presenti ampie differenze tra regioni e variabilità ampie tra strutture simili di una stessa regione (Gradiente Nord-Sud) (Figura 17).

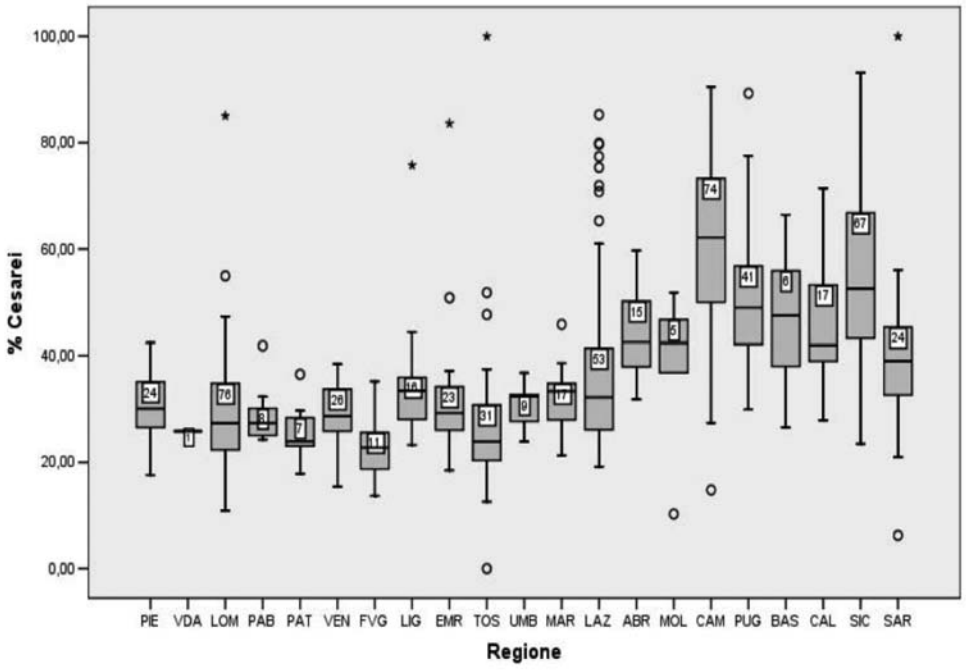


Figura 17: Percentuale di cesarei per Punto Nascita. Analisi della variabilità nelle Regioni. Anno 2008. Fonte C.P.S.R.2010. Per ogni Regione sono inoltre riportati il valore minimo, il valore corrispondente al primo quartile, il valore mediano, il valore corrispondente al terzo quartile e il valore massimo assunto dall'indicatore calcolato per ciascun punto nascita della Regione.

Si registrano, inoltre, anche marcate differenze intraregionali tra punti nascita di diversa tipologia amministrativa e volume di attività (Gradiente Nord-Sud-pubblico-privato). Questo fenomeno è associato al più generale gradiente Sud-Nord. In Lombardia, Piemonte e Veneto la percentuale dei parti chirurgici in strutture private accreditate è del 35 per cento, mentre in Campania e Lazio è del 60 per cento con punte del 74 per cento in Campania; infatti nei **punti nascita con basso numero di parti e privati del Centro-Sud**, le percentuali di taglio cesareo risultano nettamente superiori alla media nazionale nelle strutture private accreditate (60,5 per cento) e non accreditate (75 per cento) rispetto a quelle pubbliche (34,8 per cento).

A livello intraregionale, prendendo ad esempio l'Emilia Romagna, che ha un tasso di TC all'epoca di questo studio (2008) del 30,5 per cento, considerando diverse maternità con elevata attività ostetrica e le aziende ospedaliere universitarie nelle varie Province, si vede che l'incidenza dei tagli cesarei varia (Figura 18).

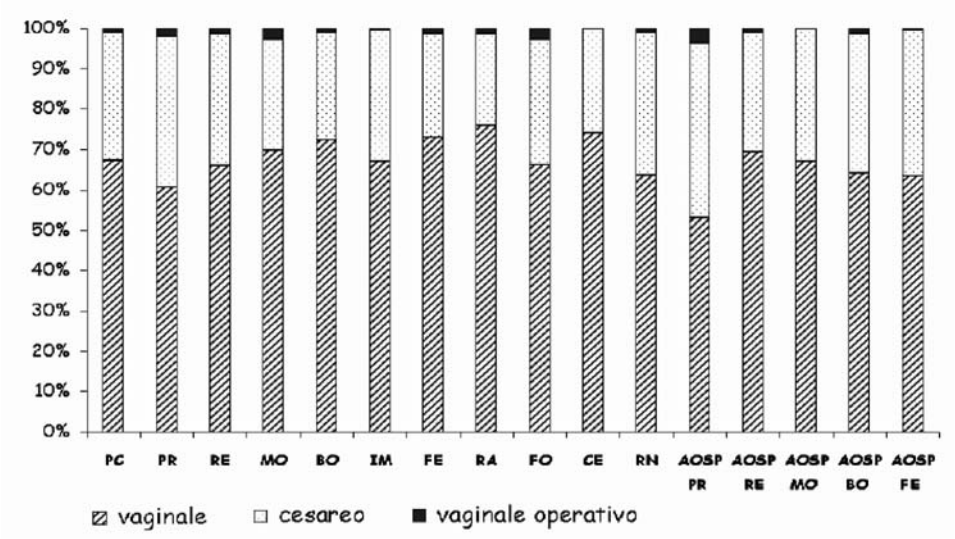


Figura 18: Modalità del parto Emilia-Romagna (Parto Spontaneo 68.0 per cento; Parto Operativo 1.4 per cento; TC 30.5 per cento).

Tale variabilità è ancora più evidente se si prendono realtà regionali di punti nascita di strutture private accreditate del Sud.

La probabilità di una donna di andare incontro ad un TC e addirittura TC di elezione può raggiungere il 79 per cento. Questa caratteristica permette di avanzare l'ipotesi che le differenze osservate siano attribuibili, oltre che alla normale variabilità clinica, anche a comportamenti assistenziali diversi (Tabella 12).

	Vaginale		TC elezione		TC travaglio		Altro		Totale	
Punto nascita	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	% col
P.O. S. M. Grazie	168	43,9	130	33,9	80	20,9	5	1,3	383	7,8
P. O. Cav Apicella	143	47,7	85	28,3	69	23,0	3	1,0	300	6,1
Cl. La Madonnina	180	33,9	226	42,6	125	23,5	0	0,0	531	10,7
Cl. Villa dei Fiori	351	28,9	370	30,5	490	40,3	4	0,3	1215	24,6
Cl. N. S. Lourdes	324	25,5	884	69,4	62	4,9	3	0,2	1273	25,8
Cl. Trusso	107	15,6	541	79,0	37	5,4	0	0,0	685	13,9
Cl. Santa Lucia	210	38,0	247	44,7	87	15,7	9	1,6	553	11,2
ASL Napoli 4	1483	31,1	2483	52,1	950	19,9	24	0,5	4940	100,0

Tabella 12: Modalità di parto in diversi punti nascita.

L'esperienza di Rimini, si pone come uno dei punti nascita con un profilo di corretto approccio al percorso nascita; infatti riporta una percentuale attuale dei tagli cesarei pari al 22,7 per cento, con il 5 per cento di parti operativi (Figura 19).

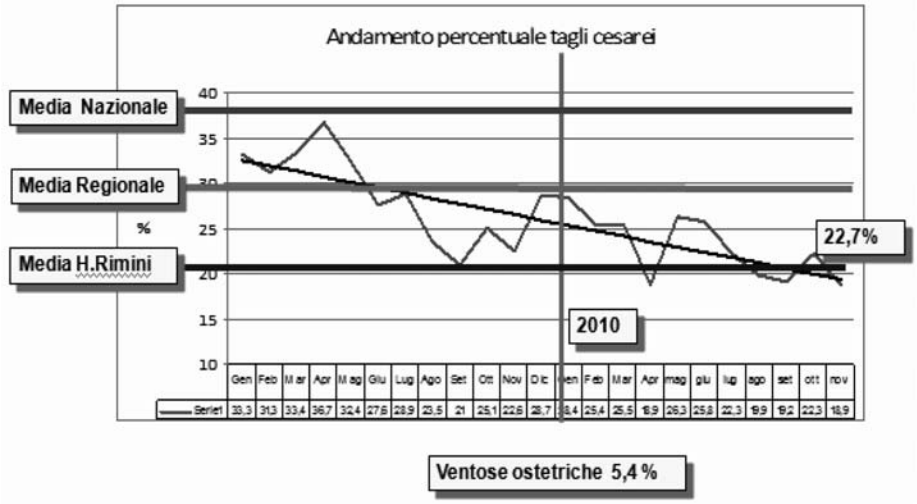


Figura 19: Percentuale Tagli Cesarei AUSL Rimini.

Non vi sono dati a favore della tesi che il più diffuso ricorso al taglio cesareo sia associato a miglioramenti significativi degli esiti perinatali negli ultimi anni. I dati disponibili sottolineano il contrario: in particolare la mortalità neonatale è più alta nelle regioni meridionali-insulari dove è più elevata la percentuale dei cesarei (Tabella 13).

	Anno 2008						
Regione	**Tasso fecondità totale**	**Tasso natalità**	**Tasso mortalità infantile**	**Tasso mortalità neonatale <1 giorno**	**Tasso mortalità neonatale 1-6gg**	**Tasso mortalità neonatale 1-29gg**	**Tasso mortalità neonatale 1 mese e oltre**
Piemonte	1,39	9,0	2,88	0,66	0,89	0,56	0,77
Valle d'Aosta	1,57	10,2	6,22	1,55	0,00	3,11	1,55
Lombardia	1,50	10,2	2,71	0,74	0,54	0,67	0,76
Trentino Alto Adige	1,60	10,7	2,59	0,65	0,37	0,74	0,83
Bolzano	1,61	11,0	0,00	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Trento	1,59	10,5	0,00	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Veneto	1,47	10,0	2,82	0,94	0,40	0,56	0,92
Friuli V.G.	1,37	8,6	2,15	0,29	0,68	0,29	0,88
Liguria	1,32	7,7	2,78	1,15	0,82	0,57	0,25
Emilia Romagna	1,48	9,7	3,41	0,99	0,68	0,73	1,02
Toscana	1,39	9,1	2,59	0,55	0,61	0,64	0,79
Umbria	1,41	9,3	2,97	0,99	0,99	0,37	0,62
Marche	1,41	9,4	2,55	0,55	0,62	0,34	1,03
Lazio	1,42	10,1	3,62	0,99	0,85	0,92	0,86
Abruzzo	1,29	8,8	5,16	1,20	1,63	1,20	1,12
Molise	1,17	7,8	4,02	0,40	0,80	0,40	2,41
Campania	1,44	10,5	3,94	0,96	0,99	0,88	1,11
Puglia	1,32	9,4	3,72	1,09	0,88	0,82	0,93
Basilicata	1,21	8,3	5,30	0,82	1,22	1,22	2,04
Calabria	1,26	9,0	4,05	1,13	1,30	0,73	0,90
Sicilia	1,43	9,9	4,51	1,28	1,10	0,83	1,30
Sardegna	1,11	8,1	2,99	0,90	0,82	0,52	0,75
ITALIA	**1,42**	**9,6**	**3,34**	**0,90**	**0,79**	**0,72**	**0,93**

Tabella 13: Alcuni indicatori di demografici. Tasso di fecondità, natalità, mortalità neonatale nelle Regioni. Anno 2008. Fonte ISTAT, dati CeDAP 2008 pubblicati nel 2011.

Dalla realtà siciliana, inoltre è emerso che, a causa **di cesarei precedenti,** aumenta il rischio di placente previe, accrete, percrete, o di anomalie placentari, che necessitano di una gestione presso centri di terzo livello e che si associano ad un aumentato rischio di mortalità materna (sino al 10 per cento).

Taglio cesareo primario, tassi grezzi e tassi aggiustati

Nell'ambito del Programma nazionale valutazione esiti (PNE), vi è un indicatore che rappresenta la **proporzione di parti con taglio cesareo in donne senza precedenti cesarei**. In questo ambito, oltre a stimare i tassi grezzi, vengono analizzati anche i tassi aggiustati. Emergono le grandi maternità, come la Fondazione per il bambino di Monza, l'Ospedale civile di Vimercate o l'Ospedale San Leonardo di Castellammare di Stabia, che lavorano sotto il 10 per cento di tagli cesarei primari.

Inoltre, si rileva, che in alcune aree del Paese, come Cuneo, Bergamo, Como, Lecco, Treviso fino ad arrivare a Prato, vi è una proporzione di tagli cesarei primari molto bassa, sicuramente inferiore al 20 per cento.

È importante rilevare i tassi aggiustati perché vi sono ospedali che possono concentrare donne di età più avanzata e con maggiori fattori indicativi per il cesareo. Ad esempio, il dato grezzo del Policlinico Gemelli di Roma è pari al 35 per cento, ma se si effettua un confronto a parità di gravità il tasso scende al 27 per cento;

L'alta percentuale di tagli cesarei di alcuni punti nascita come ad esempio Sassari (46,71 per cento) può essere riconducibile al fatto che i punti nascita del Centro e Nord-Sardegna inviano i casi ad altissimo rischio (gravi patologie ostetriche) che richiedono spesso l'espletamento del parto per TC, nonché le pazienti con pregressi tagli cesarei e altre patologie. Pertanto questi centri si pongono come Hub e di conseguenza con una più alta percentuale di TC.

Un ulteriore indicatore nella valutazione dei **tassi di TC,** è rappresentato dalla **presentazione anomala** del feto che è fortemente associata al parto con TC. In particolare, la presentazione podalica non trasformata, ha una indicazione elettiva al taglio cesareo. Il PNE sta monitorizzando i tagli cesarei nelle diverse regioni per verificare quanto possa incidere il fenomeno del «*gaming*» cioè al fatto di giocare sulle diagnosi di presentazione anomala del feto. Verificato la distribuzione delle presentazioni anomale del feto nel nostro Paese, in quasi tutta l'Italia i casi di presentazione anomala del feto sono tra il 2 e il 4 per cento, fatta eccezione per alcune realtà campane che hanno tassi di presentazioni anomale del feto sino al 21 per cento (Figura 20).

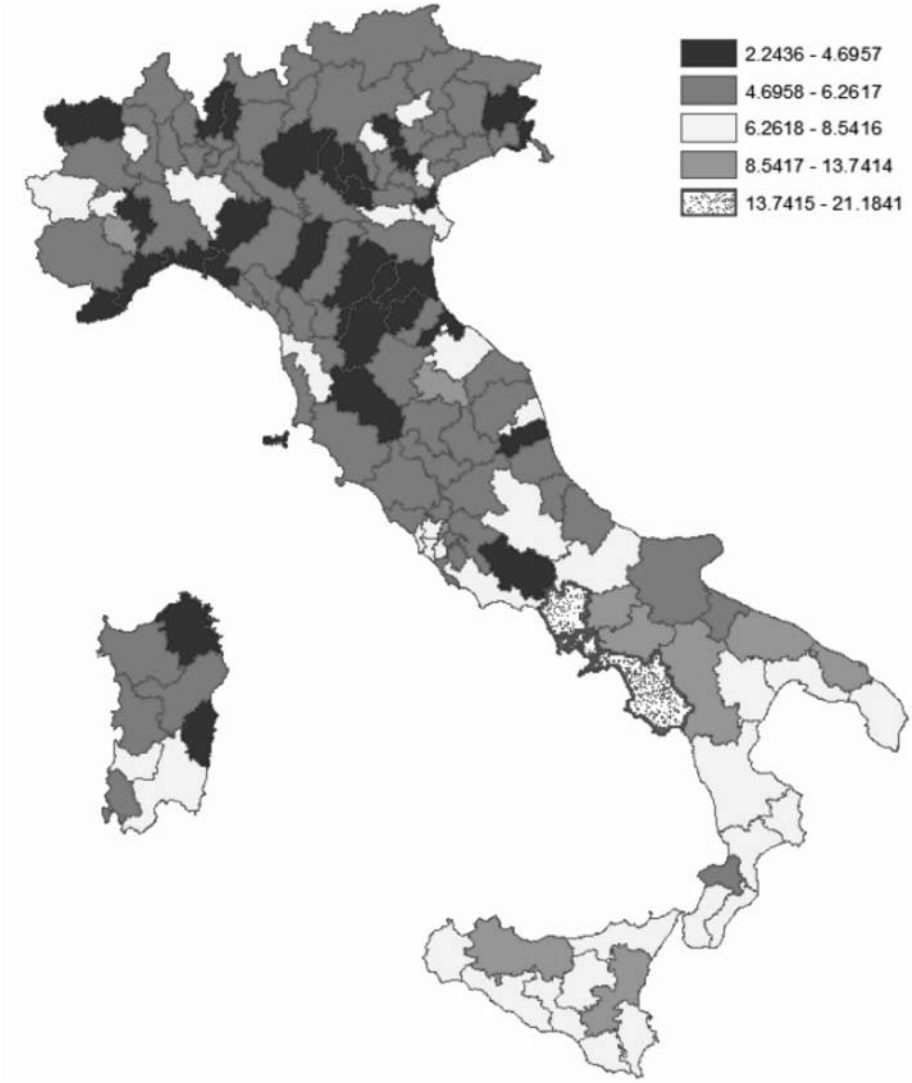


Figura 20: Proporzione di anomalie di posizione (%) sul totale dei parti ASL di residenza, Italia 2010.

Tra il 2007 ed il 2008, la Regione Campania aveva adottato atti per contenere i parti con TC e, tra l'altro, prevedeva la remunerazione solo per i cesarei giustificati da una diagnosi di presentazioni anomale.

Usando criteri che non aggiustano il TC per tassi grezzi, eliminando le diagnosi artefatte, la Campania non registra alcuna riduzione di parti cesarei tra il 2008 e il 2010.

Taglio cesareo primario e classificazione di Robson

Dai dati emersi in audizione, andando ad esaminare la percentuale di TC primario, si evince che vi sono alcune zone d'Italia in cui la percen-

tuale di parti con TC in donne che non hanno avuto precedenti tagli cesarei arriva quasi al 50 per cento. I livelli più alti si osservano al Sud.

Questo dato, emerso in corso di audizioni, non trova nelle attuali statistiche raccolte dall'ISTAT e CeDAP, la possibilità di essere indagato e cioè non riusciamo ad avere le spiegazioni che giustifichino il ricorso a questo tipo di intervento. È stata presentata una valutazione particolarmente interessante che ha utilizzato la **classificazione di Robson dei Tagli Cesarei**. Questa classificazione identifica dieci classi diverse che possono avere caratteristiche mutuamente esclusive e totalmente inclusive di tutti i dati. Alcune classi, come la I e la II, sono definite da caratteristiche anamnestico-cliniche tali da giustificare l'ipotesi di una discreta omogeneità fra un punto nascita e l'altro; pertanto l'utilizzo di questa classificazione *è* scevra dalle indicazioni che il più delle volte falsificano la possibilità di indagare le reali cause per cui un intervento è stato effettuato (Tabella 14).

CLASSE	
I	Nullipare, Grav. singola, pres. Cefalica, > = 37 sett. Travaglio spontaneo
II	Nullipare, Grav. Singola , pres. Cefalica, >= 37 sett. Travaglio indotto o TC prima del travaglio
III	Multipare (esc.preg. TC) Grav. Singola, pres. Cefalica, > = 37 sett. Travaglio spontaneo
IV	Multipare (esc. preg. TC) grav. Singola, pres. Cefalica, > = 37 sett. Travaglio indotto o TC prima del travaglio
V	Pregresso TC, Grav. Singole in pres. Cefalica, >= 37 sett. Preg. TC indotte
VI	Nullipare Presentazione podalica. Indipendentemente dall'età Gest
VII	Pluripare Presentazione podalica. Indipendentemente dall'età Gest
VIII	Grav. Multiple anche con preg. TC
IX	Posizioni anomale anche con preg. TC
X	Tutte la grav. Singole, cefaliche, inclusi i preg. TC Età Gest. < 36 sett.

Tabella 14: La classificazione di Robson dei Tagli Cesarei. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology Vol. 15, No. 1, pp. 179-194, 2001.

È stata presa ad esempio la prima classe di Robson, che è quella che dovrebbe avere la minore incidenza di tagli cesarei, in quanto costituita da donne che si presentano dopo una gravidanza normale, a termine di gravidanza, con feto singolo, con travaglio iniziato spontaneamente. Sono state analizzate due realtà regionali e sono emersi dati contrastanti e rilevanti.

Punto nascita	Percentuale popolazione	Frequenza cesarei
2	34,4%	12,7%
3	33,2%	5,0%
4	29,1%	9,4%
5	15,7%	27,5%
6	30,6%	11,6%
9	23,9%	3,8%
11	30,5%	11,2%
12	25,4%	17,1%
13	39,9%	7,5%
17	31,3%	17,8%
18	31,7%	4,9%

Tabella 15: Emilia-Romagna Classe 1 di Robson. Ospedali con 150-799 parti/anno.

In particolare considerando i vari punti nascita dell'Emilia Romagna, e in particolare gli ospedali con al massimo 800 parti, il numero di tagli cesarei varia dal 3,8 per cento al 27,5 per cento, cioè in alcuni ospedali una donna che arriva in condizioni perfettamente normali viene cesarizzata in un caso su tre. Mentre in punti nascita più grandi (tra gli 800 e 2.000 parti), l'incidenza è già cresciuta tra l'8,2 e 18,1 per cento e ma non si hanno punte critiche, come negli ospedali più piccoli, e oltre 2000 incidenza è più bassa 3,2-17,9 per cento). Come mostrato nelle figure la stessa tipologia di donna ha la possibilità di andare incontro ad un cesareo con percentuali sensibilmente diverse a seconda se si rivolge a punti nascita <800 parti o sopra > 800 parti (Tabella 15, 16, 17).

Punto nascita	Percentuale popolazione	Frequenza cesarei
1	34,8%	10,2%
7	23,8%	18,1%
8	31,2%	8,9%
10	31,4%	9,5%
14	34,7%	16,1%
16	28,3%	12,7%
19	35,3%	10,4%
20	39,7%	10,4%
21	35,8%	13,6%
22	29,7%	8,6%
29	32,5%	8,2%

Tabella 16: Emilia-Romagna Classe 1 di Robson. Ospedali con 800-1999 parti/anno.

Punto nascita	Percentuale popolazione	Frequenza cesarei
15	31,8%	3,2%
23	30,2%	1,7%
24	28,4%	9,1%
25	27,8%	15,6%
26	29,5%	7,3%
27	25,9%	12,0%
28	31,3%	17,9%

Tabella 17: Emilia-Romagna Classe 1 di Robson. Ospedali con >/= 2000 parti/anno.

Ancora più rilevante è il confronto tra l'ASL di Bari e l'Emilia Romagna facendo riferimento alle prime due classi di Robson, che dovrebbero essere a più basso rischio di ricorso a cesareo. L'Emilia Romagna mantiene una percentuale sensibilmente più bassa (Figura 21).

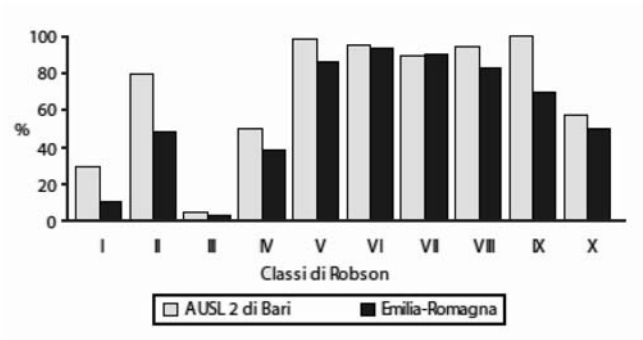


Figura 21: Confronto tra l'ASL di Bari e l'Emilia Romagna, classi di Robson I-II.

Il riscontro di due punti nascita che presentano, nella medesima classe, una percentuale di popolazione sovrapponibile, ma differenti tassi di taglio cesareo, fa formulare l'ipotesi che la **differenza osservata sia attribuibile, oltre che alla normale variabilità clinica, a comportamenti assistenziali diversi.** Questo sta a significare che nel *management* di questo tipo di gestante c è qualcosa di differente e che modificare questi aspetti potrebbe far raggiungere l'obiettivo della riduzione dei tagli cesarei primari.

Modalità di Parto ed esiti Perinatali

I dati in possesso mostrano che l'ipotesi epidemiologica per cui l'alto numero di cesarei possa migliorare gli esiti neonatali è del tutto falsificata dai rilievi statistici nel nostro Paese.

Infatti, sul versante degli esiti favorevoli non vi è differenza correlabile al tasso di nascite chirurgiche addominali per quanto riguarda i buoni valori di APGAR alla nascita (>7) che è sempre infatti superiore al 99,04

per cento dei nati in tutte le regioni. Le criticità severe si osservano invece in poco meno di un neonato su 100.

Queste criticità marginali, <1,0 per cento tuttavia concorrono a determinare una mortalità neonatale (1º-29º giorno post parto) la cui prevalenza è proprio inversamente proporzionale al tasso dei parti chirurgici (**più parti chirurgici più morti**) e al numero dei parti per punto nascita (**meno parti per punto nascita più morti**).

Infatti se nel nostro Paese la mortalità neonatale nel 2008 era del 1,71 per 1000 nati (fonte Società Italiana di Neonatologia) vi è un significativo gradiente Sud vs. Nord che è riportato nella tabella 18 (Tabella 18).

Regione	Tasso mortalità neonatale 1-29gg	Tasso mortalità neonatale 1 mese e oltre
Piemonte	1,23	0,73
Lombardia	1,24	0,99
Veneto	1,36	0,91
Campania	1,81	1,30
Calabria	2,01	1,45
Sicilia	2,11	1,17

Tabella 18: Tasso di mortalità neonatale (fonte C.P.S.R. 2010).

Questi dati sono ancora più drammatici se si pensa alla morbilità che si aggiunge alla mortalità come conseguenza delle cure inappropriate. Occorre inoltre considerare che il parto chirurgico addominale grava sulle future gravidanze con un fardello di complicanze (modeste per la singola paziente se è vero che complessivamente il Rischio Relativo di complicanze maggiori al secondo parto chirurgico è circa di 2,1), ma estremamente rilevanti per il Sistema Sanitario in termini di carico assistenziale dovuto alle successive gravidanze.

Inoltre, un intervento di TC inappropriato appare correlarsi ad una serie di rischi per la mamma, ma anche per il neonato. Infatti, come emerso in sede di audizione, un bambino che nasce a 37 settimane con TC corre un rischio di avere una patologia respiratoria, che lo porta ad essere ricoverato in terapia intensiva neonatale, quattro volte maggiore rispetto al caso in cui nascesse per vie naturali (Figura 22).

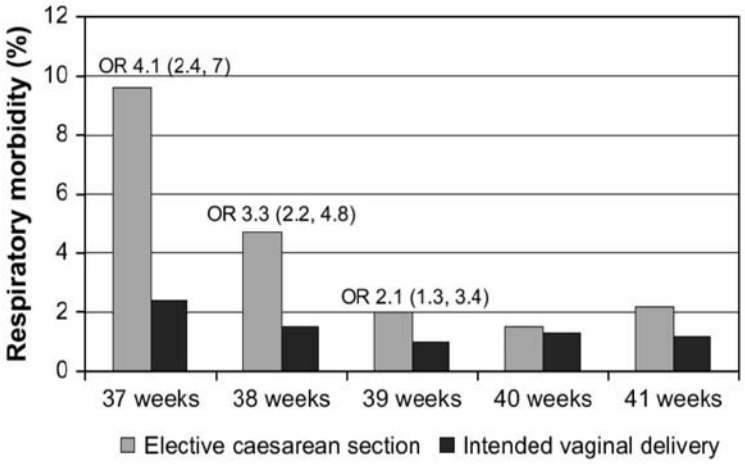


Figura 22: TC elettivo: impatto sul rischio respiratorio neonatale (Ramachandrappa A, ClinPerinatol 2008).

Di qui la assoluta necessità di dare al nostro Paese modifiche strutturali che consentano di ridurre il divario dell'offerta di salute Nord Sud.

Taglio Cesareo in Italia: analisi critica e azioni correttive

Analisi Critica: Posto che la percentuale dei TC è un indicatore di qualità delle cure prestate nell'ambito della salute materno-infantile, l'interrogativo che occorre porsi è se il tasso dei cesarei sia **congruo** e soprattutto **appropriato**. È importante non tanto descrivere la percentuale totale di TC definendola troppo alta o troppo bassa ma piuttosto cercare di valutare la loro appropriatezza.

Emergono i seguenti punti:

1. **Indicazioni cliniche e non al TC**. Dai dati della Conferenza Unificata Stato-Regioni, emerge che, accanto alle classiche indicazioni cliniche, assolute e/o relative, materne e/o fetali, coesistono, con sempre maggior frequenza e con un ruolo importante, indicazioni non cliniche o meglio non mediche, alcune delle quali riconducibili a carenze strutturali, tecnologiche ed organizzativo-funzionali, quali organizzazione della sala parto, preparazione del personale, disponibilità dell'équipe ostetrica completa, del neonatologo e dell'anestesista h24, unitamente a convenienza del medico, medicina difensiva, incentivi finanziari**.**

2. **Criticità Punti Nascita <500 parti** Dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni è sottolineato che nei punti nascita con numero di parti inferiori a 500, privi di medico di guardia h24 e deputate all'assistenza del parto in condizioni di fisiologia, dove sarebbe ragionevole attendersi una minore prevalenza di patologie, si eseguono più cesarei (50 per cento), mentre nelle unità operative più grandi e di livello superiore dove c'è con-

centrazione elevata di patologia, il tasso di cesarei è molte volte inferiore, sebbene la variabilità sia ampia;

3. **Variabilità Regionale e Intraregionale** al TC. Dai dati riportati in corso di audizioni, si conferma quanto emerso dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni e si evince come il ricorso al TC in Italia non sembra rispondere peculiarmente a scelte di tipo sanitario. In Italia, le modalità del parto presentano una grandissima variabilità e la percentuale di tagli cesarei mostra ampie differenze (da circa il 15 sino al 60 per cento o più) per area geografica e tra punti nascita all'interno delle stesse aree geografiche; infatti la percentuale dei cesarei è più alta nelle Regioni del Sud (Campania e Sicilia), nei punti nascita più piccoli, con meno di 500 nati/anno, ed in particolare in quelli privati e accreditati mentre tanto più il punto nascita è grande,tanto più è bassa la percentuale dei tagli cesarei. L'ampia variabilità in percentuale di Tagli Cesarei osservata fra aree geografiche e fra punti nascita all'interno delle stesse aree geografiche, indica l'esistenza di incertezza clinica e la presenza di determinanti non medici del ricorso all'intervento;

4. **«Cesareo ante, cesareo necesse est» e complicanze.** Il progressivo aumento dell'incidenza TC è verosimilmente correlato ad un aumento delle complicanze materne a breve e a lungo termine, senza dimostrabili benefici per la madre o per il neonato. In particolare dobbiamo tener in considerazione anche il pregresso rate di tagli cesarei. Questo significa che, secondo la vecchia regola, «cesareo ante, cesareo necesse est» è purtroppo molto attiva; la classe medica difficilmente – soprattutto ad autotutela – spinge per il cosiddetto parto di prova. Questo aspetto si associata ad un aumento di secondi TC ed incremento di patologie quali placente accrete e ipercrete che espongono a seri rischi la donna e il bambino se non gestiti in strutture adeguate.

5. **Speculazione DRG.** Vi sono regioni in cui il DRG relativo al parto con TC ha una maggiore remunerazione rispetto a quello del parto vaginale, motivo per cui si può ipotizzare un utilizzo dell'intervento in modo inappropriato. Sappiamo che nella regione Sicilia l'assessore alla sanità ha emanato recentemente una circolare dove le due modalità di parto cesareo e vaginale hanno lo stesso tariffario. La speculazione sui DRG è stata più evidente in passato e, verosimilmente, a livello di case di cura private e convenzionate; la differenza tra parto cesareo e parto vaginale corrisponde a circa un migliaio di euro. È chiaro che, questo aspetto, riguarda in parte anche gli ospedali pubblici, però è più appannaggio di quelli privati. L'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI) si è espressa favorevolmente all'unificazione dei DRG del TC e del parto spontaneo, le cui difficoltà sono uguali;

6. **Implicazioni economiche e TC.** Le implicazioni economiche dell'aumento dei TC hanno indotto la maggioranza degli amministratori delle Aziende Sanitarie Locali ad includere la riduzione del numero dei TC fra gli obiettivi principali da raggiungere per i reparti ostetrici.

Azioni correttive: Il parto, se fosse solo un evento biologico, dovrebbe essere uguale in tutte le Regioni italiane, invece, da quanto delineato, emerge che la percentuale dei cesarei è più alta rispetto a quanto ci si possa aspettare. C'è un'evidente differenza nel tasso dei cesarei che non ha motivi scientifici. Questi sono elementi di politica sanitaria che ci devono portare a compiere delle scelte, anche perché il cesareo inappropriato è correlato ad una serie di rischi per la mamma, ma anche per il neonato.

La riduzione dei tagli cesarei passa attraverso un approccio multifattoriale:

1. Identificare l'appropriatezza dell'indicazione al TC. Dai dati dell'indagine è emerso che necessitiamo di precisazioni che giustifichino il ricorso a questo tipo di intervento. Nelle attuali statistiche raccolte dall'ISTAT e CeDAP non c'è la possibilità di indagare questo aspetto.

Alcuni aspetti di rilievo rientrano in questa tematica di appropriatezza dell'indicazione al TC che si riassumono in:

1. Corretta evidenziazione dei dati forniti relativi al parto, che arrivano dalle varie maternità per quanto riguarda soprattutto l'incidenza dei tagli cesarei o dei parti spontanei per cui occorre:

– disporre di informazioni più accurate e tempestive circa tutti gli aspetti del parto: non solo è importante il numero di TC effettuati, ma anche se sono stati effettuati sulla donna giusta al momento giusto;

– adottare sistemi di classificazione dei TC grazie ai quali il ricorso all'intervento possa essere descritto in maniera riproducibile e analitica.

2. Raggiungere l'appropriatezza o meno del TC. Così facendo il tasso di TC non dovrebbe più essere considerato troppo elevato o, eventualmente, troppo basso ma **appropriato** o meno perché avremmo a disposizione un informazione che lo spieghi e lo giustifichi. La metodologia che tiene conto della applicazione della classificazione di Robson, permette il confronto tra dati e consentirebbe di raccogliere elementi che possono avere caratteristiche mutualmente esclusive e totalmente inclusive di tutti i dati per poi valutare in maniera più omogenea un punto nascita e l'altro. Questa classificazione ha pertanto la finalità di descrivere la presenza, la dimensione e la variabilità nel ricorso al TC in sottopopolazioni di donne che hanno partorito. Con tale classificazione disponiamo di un numero definito e riproducibile di classi di popolazioni confrontabili tra aree e punti nascita diversi e nello stesso punto nascita, ma in diversi periodi di tempo. In tal modo si potranno andare a ricercare le cause per cui in alcuni punti nascita si effettuano tanti cesarei rispetto all'ospedale vicino che ne fa meno. L'utilizzo routinario della classificazione di Robson può diventare un utile strumento per trasformare i dati e le informazioni grezze in informazioni utili ai processi di audit e di miglioramento dell'assistenza e per identificare il livello consono di tagli cesarei per ogni unità ostetrica. Se due punti nascita presentano, nella medesima classe, una per-

centuale di popolazione sovrapponibile, ma differenti tassi di TC, allora si può formulare l'ipotesi che la differenza osservata sia attribuibile, oltre che alla normale variabilità clinica, a comportamenti assistenziali diversi.

3. Razionalizzazione-riduzione dei punti nascita.

La razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita rappresenta l'obiettivo da perseguire al fine di realizzare centri hub di dimensioni al di sopra dei 1000 nati. Questo processo, associato allo skill esperenziali contribuirebbe a ridurre il fenomeno del TC inappropriato nella prima gravidanza che peraltro condiziona la riproduzione della donna per tutta la sua vita.

I punti nascita sotto i 500 parti rischiano di essere estremamente pericolosi: si fanno troppi TC in pazienti definite normali, che non avrebbero alcuna ragione per ricorrervi.

Occorre cercare di aumentare il fattore di sicurezza, e ridurre il rischio di complicanze alla base di fatti di cronaca screditanti. Affrontare il problema dell'eventuale accorpamento dei punti nascita. È stato proposto che la chiusura di punti nascita non tenga conto solo del dato numerico ma anche di altri criteri. Un criterio razionale proposto è di creare delle linee guida su quello che viene chiamato ***pronto soccorso ostetrico-sala parto e dei minimi requisiti*** *per garantire la sicurezza e* al di sotto di questi requisiti chiudere il punto nascita. La giustificazione di tipo sociale o geografico di un punto nascita diventa una giustificazione di sicurezza rispetto ai requisiti minimi che possono essere stabiliti da una commissione istituita *ad hoc*. Questa modalità può essere considerata la via per dare più sicurezza anche in quei luoghi dove possono accadere eventi perché non c'è il medico, oppure perché vi sono problematiche relative al non adeguamento a certi requisiti.

4. Riduzione delle indicazioni futili.

5. Promozione di interventi di sanità pubblica finalizzati a:

a. Identificare le gerarchie professionali all'interno della sala parto;

b. recupero dell'appropriatezza della pratica clinica con una informazione più capillare e corretta dal punto di vista didattico, per garantire una partecipazione attiva alle scelte che spesso siamo costretti a prendere in sala parto per motivi legati a emergenze ostetriche;

c. coprire l'eventuale difetto della relativa didattica o la mancanza di quelle che un tempo erano considerate le vecchie scuole di tradizione ostetrica o ginecologica, effetto facilitatore il più frequente ricorso al TC;

d. Agire sul fenomeno della medicina difensiva. L'aumentata incidenza del contenzioso a cui abbiamo assistito nel corso degli anni e la reale difficoltà ad ottenere coperture assicurative per la figura del ginecologo, sono un reale fenomeno a cui assistiamo associato al vuoto legislativo sulla responsabilità professionale. Di conseguenza favoriamo una sorta di cautela dal punto di vista medico-legale che porta all'anomala in-

terpretazione di considerare il taglio cesareo meno rischioso di un parto spontaneo.

6. Informare maggiormente le donne per quanto riguarda la gravidanza, i rischi e i pericoli delle modalità del parto;

7. Proporre il parto per via vaginale in donne precesarizzate. L'abuso del TC ci ha portato ad un aumento di incidenza dei secondi tagli cesarei. Una donna precesarizzata, se bene informata e ben selezionata, ha il 65 per cento di possibilità di partorire per via vaginale. Utili a tal fine il counselling mirato e incontri con medici del territorio;

8. Ricorrere al rivolgimento per manovre esterne o Moxa terapia in caso di presentazione podalica. Alcune esperienze nazionali hanno portato a ridurre la percentuale dei tagli cesarei dal 4-4,5 per cento a meno del 2 per cento (Esperienza Rimini).

Taglio Cesareo e Azioni Correttive Istituzionali: Le strategie per il miglioramento

Come espresso dall'intervento dell'ISS il problema rappresentato dall'eccesso in Italia di tagli cesarei e di altre procedure di cui non si dispone di prove di efficacia non può essere affrontato isolatamente, ma all'interno di un tentativo più vasto di riqualificazione e umanizzazione dell'assistenza alla gravidanza e al parto. Per tale ragione, accanto a misure precipuamente rivolte al contenimento dei cesarei, nel piano del Ministero della salute «*Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo*» sono previsti interventi di ri-programmazione dell'offerta e di de-medicalizzazione dell'assistenza al percorso nascita.

Le diverse istituzioni coinvolte a livello centrale, regionale e locale sono il Ministero della Salute, l'ISS, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, la Conferenza Stato-Regioni, le Regioni/Agenzie sanitarie regionali, le Aziende sanitarie territoriali e ospedaliere. Il Ministero ha ritenuto utile istituire un Comitato interistituzionale denominato «Comitato Nazionale Percorso Nascita» cui affidare il coordinamento e il monitoraggio delle attività.

Il programma del Ministero della salute con i provvedimenti di politica sanitaria include:

1. Promuovere misure volte a sviluppare modelli di ri-organizzazione dei servizi per arrivare ad una maggiore appropriatezza nell'assistenza al percorso nascita e, conseguentemente, a una riduzione della proporzione di TC;

2. promuovere, sul versante organizzativo, la ridefinizione di criteri per la razionalizzazione dell'assistenza alla nascita e l'ottimizzazione dell'offerta;

3. effettuare la sperimentazione di modelli assistenziali integrati ospedale-territorio e differenziati per la gravidanza fisiologica e la gravidanza a rischio o patologica;

4. individuare strategie di incentivazione per le Regioni che hanno tassi di TC particolarmente contenuti, o comunque tendenti alla riduzione, attraverso meccanismi di incentivazione/disincentivazione economica, funzionali alle scelte di priorità. Viene inoltre prevista la rimodulazione della tariffa per i DRG di TC.

Inoltre nel programma:

1. sono sostenute azioni volte alla promozione culturale, promuovendo attivamente la diffusione nella pratica assistenziale corrente di raccomandazioni su comportamenti clinici di comprovata efficacia e appropriatezza;

2. sono state previste e prodotte linee guida sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo nell'ambito del Sistema Nazionale Linee Guida con un piano di implementazione.

Il piano implementativo dovrà, infine, tradursi in azioni concrete da intraprendere a livello delle singole Aziende sanitarie territoriali e ospedaliere, soprattutto nelle strutture *outliers*, Per realizzare un'implementazione mirata delle raccomandazioni su particolari aree critiche, occorrerà la stesura di specifici protocolli e lo sviluppo di percorsi clinici integrati. I programmi implementativi locali prevedono attività di formazione/aggiornamento degli operatori sui percorsi, mediante *meeting* educazionali, nonché audit periodici di verifica tra pari delle criticità dei percorsi stessi.

Aspetti di Neonatologia

I nati totali registrati nel 2008 dalle anagrafi comunali sono stati 576.659, quelli rilevati attraverso il CeDAP risultano essere 552.725 (il 95,8 per cento del totale dei nati). Dalla fonte CeDAP si ha un tasso di natimortalità di 2,79 nati morti ogni 1.000 nati.

La distribuzione dei nati per classi di peso alla nascita è pressoché invariata rispetto a quella registrata nell'anno precedente. Pesi inferiori ai 1500 grammi si osservano nell'1 per cento dei nati, il 6 per cento ha un peso compreso tra 1500 e 2499 grammi, l'87,4 per cento ha un peso tra 2500 e 3999 ed il 5,6 per cento supera i 4000 grammi di peso alla nascita; per il 2008 i nati a termine con peso inferiore ai 2500 grammi rappresentano circa il 3,8 per cento dei casi.

Non considerando i valori errati o non indicati, il 99,3 per cento dei nati ha riportato, a livello nazionale, un punteggio Apgar da 7 a 10 e solo lo 0,7 per cento dei neonati è risultato gravemente o moderatamente depresso.

L'analisi del punteggio Apgar in relazione al peso alla nascita, evidenzia che sono soprattutto i neonati con un peso inferiore ai 1500 grammi a far registrare un punteggio Apgar più sfavorevole.

La codifica della causa che ha determinato la natimortalità sembra essere molto difficoltosa anche perché quasi sempre il referto dell'esame autoptico viene reso noto dopo i 10 giorni previsti per la compilazione del CeDAP.

Nel 2008 solo per il 46,7 per cento dei 1.543 bambini nati morti è stata indicata la causa che ha determinato il decesso, nel 53,3 per cento dei casi il motivo della morte è stato indicato e nel 25,6 per cento dei casi, invece, indicata una causa errata o incompatibile per sesso e/o età.

Nel 2008, attraverso il CeDAP, sono state segnalati 4.517 casi di malformazioni riscontrabili al momento della nascita o nei primi 10 giorni di vita, ma solo nel 53 per cento dei casi è stato indicato il tipo di malformazione.

Unità Operative neonatologiche/pediatriche: Sicurezza delle nascite

La Conferenza Stato-Regioni, con l'Accordo del 16 dicembre 2010, ha approvato il documento concernente le «Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo» che prevede, tra le linee d'azione, la razionalizzazione della rete dei punti nascita, l'abbinamento per coerenza e pari complessità di attività delle Unità Operative ostetrico-ginecologiche con le Unità Operative neonatologiche/pediatriche e l'attivazione o completamento e messa a regime del Sistema di Trasporto Assistito Materno (STAM) e Neonatale di Emergenza (STEN).

Dall'indagine conoscitiva è emerso che nel nostro Paese, la rete dei punti nascita risulta molto variegata.

Le Unità funzionali neonatologiche/pediatriche, in base alle indicazioni del DM del 24 aprile 2000 «Progetto Obiettivo Materno Infantile» (POMI), risultano essere strutturate in tre livelli di assistenza (fisiologico, patologico, intensivo) e sono, attualmente, in fase di ridefinizione. Infatti, il recente piano di riordino del percorso nascita prevede l'abbinamento delle Unità Operative ostetrico-ginecologiche con le Unità Operative neonatologiche/pediatriche aventi pari complessità di attività, portando a due i precedenti tre livelli assistenziali.

L'organizzazione dei punti nascita va perciò articolata su due livelli:

le strutture di «primo livello» della nuova rete dovranno dare una risposta adeguata ai parti «normali», mentre gli Ospedali di «secondo livello» gestiranno quelli difficili o che potrebbero complicarsi. Il tutto con una dotazione di personale e mezzi tecnologici che assicuri omogeneità negli standard di sicurezza.

In tal modo, saranno le Unità Operative neonatologiche di II livello (Terapie Intensive Neonatali, TIN), e non più quelle di III livello, ad assi-

stere i neonati fisiologici e patologici inclusi quelli bisognosi di terapia intensiva.

Nel rispetto delle singole realtà culturali ed organizzative (diversità e specifica esperienza rappresentano un patrimonio che va utilizzato come risorsa perché arricchisce la cultura dell'intero sistema assistenziale) i reparti di TIN dovranno trovare elementi coerenti che unificano alcuni comportamenti ed approcci organizzativi. In particolare emerge per quanto riguarda la sicurezza e le politiche di riduzione degli errori, tematiche di grande rilievo in un reparto di emergenza-urgenza, quale è la TIN.

I nuovi standard qualitativi prevedono la presenza di reparti di TIN (con relative altre discipline specialistiche) in numero e con intensità di cura più elevata con almeno 50 neonati/anno di peso alla nascita <1.500 gr con un volume complessivo del territorio di appartenenza, e perciò di afferenza, di almeno 5.000 nati/anno. Considerando il fabbisogno di posto letto di terapia intensiva neonatale, che è di 1/750 nati, è possibile razionalizzare su scala territoriale il fabbisogno TIN specifico per ogni area territoriale.

Nel nostro Paese, nel 2008, delle 125 TIN presenti nei 551 punti nascita rilevati, soltanto 100 si trovano in punti nascita con un volume di parti l'anno >1.000. Le restanti 25 TIN si trovano in strutture che effettuano meno di 1.000 parti annui, con il ragionevole rischio che una parte di neonati gravi possa ricevere un'assistenza non adeguata al bisogno e con un impiego di tecnologie e professionalità inappropriate.

Le regioni che presentano delle TIN in punti nascita con meno di 800 parti annui sono la Sicilia, la Liguria, la Campania, la Toscana, il Lazio e l'Abruzzo, mentre le regioni che presentano delle UOTIN in punti nascita con parti annui tra 800-999 sono il Veneto, il Lazio e tutte le regioni meridionali ad eccezione di Basilicata e Sardegna.

Non è necessario un punto nascita con almeno 1.000 parti/anno per giustificare una TIN, bensì un bacino di utenza di almeno 5.000 parti/anno (la letteratura internazionale indica un bacino di utenza fra i 7.000 ed i 12.000 parti/anno).

Sia per il I che per il II livello è fondamentale, oltre alla succitata coerenza ostetrico-neonatologica, che ogni centro dichiari il proprio volume di attività e di risultati clinici, così da promuovere il confronto e il miglioramento continuo.

Per quanto concerne lo STEN, malgrado il POMI ed i successivi Piani Sanitari abbiano indicato lo STEN tra le priorità da istituire, attualmente solo 12 tra Regioni e Province Autonome sono fornite di trasporto attivo su tutto il territorio. Delle restanti regioni, 4 hanno una copertura parziale o inadeguata (Piemonte, Emilia-Romagna, Sicilia e Sardegna) e 5 non hanno attivato alcun tipo di trasporto (Abruzzo, Molise, Umbria, Basilicata e Calabria).

Alcune di queste regioni hanno tassi di mortalità neonatale più elevati rispetto al valore nazionale. Si rimarca l'assoluta necessità che lo STEN sia presente su tutto il territorio nazionale, in coerenza e appropriatezza con lo STAM.

Punti nascita e Centri di Terapia Intensiva Neonatale

Nel grafico viene rappresentato il rapporto fra punti nascita e centri di terapia intensiva neonatale, rete che sta dietro al punto nascita e garantisce l'intervento in caso di emergenza. Emerge uno squilibrio tra Nord, Centro e Sud e verosimilmente questo sarebbe ancora più grave se si potesse verificare il numero dei letti operativi, in quanto è emerso che definire una struttura «centro di terapia intensiva neonatale» non significa regolamentare gli aspetti strutturali, ma deve garantire un assistenza e pertanto essere operativa, reale e concreta (Figura 23);

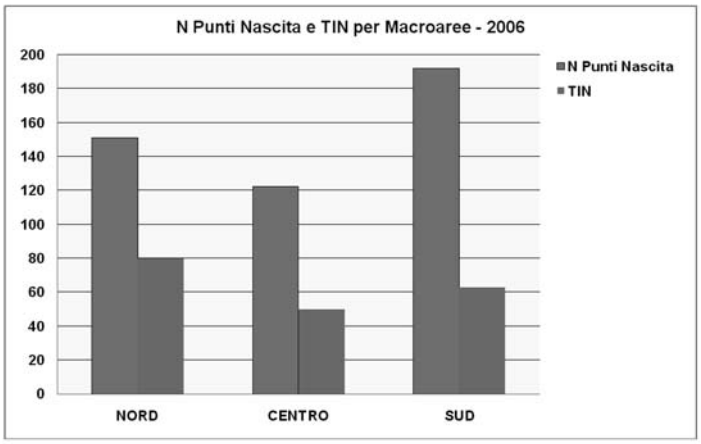


Figura 23: Punti Nascita e TIN per macroaree (2006).

Inoltre compare uno squilibrio anche per quanto concerne la copertura di macroaree territoriali, sempre con una situazione deficitaria del Sud (Figura 24).

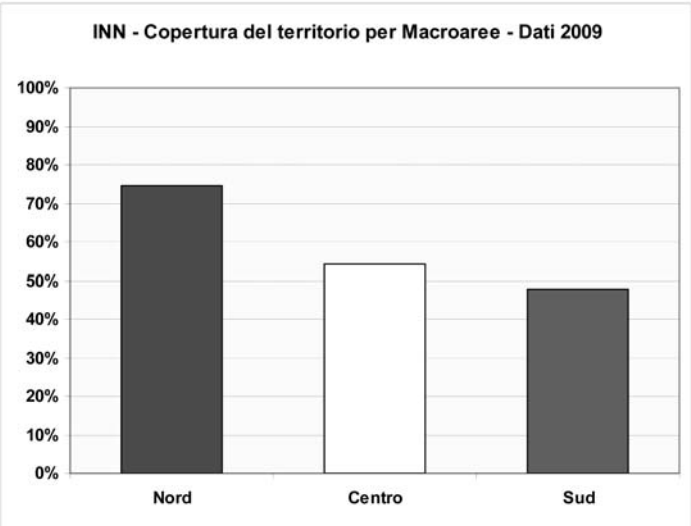


Figura 24: Copertura del territorio per macroaree.

Dai dati del *network* neonatale italiano, tratto da circa 70 unità di terapia intensiva neonatale nel nostro Paese, si vede che c'e« un gradiente di mortalità nei bambini di basso peso, che va dal Nord al Sud. La riga azzurra nel grafico, rappresenta la media nazionale, e la riga superiore viola invece è la media di questo data base mondiale che coinvolge circa 45.000 neonati sotto il chilo e mezzo all'anno. Dalla figura si evince che le parti più efficienti del nostro Paese stanno abbondantemente sotto questa media, mentre le parti meno efficienti hanno bisogno di lavorare ancora (Figura 25).

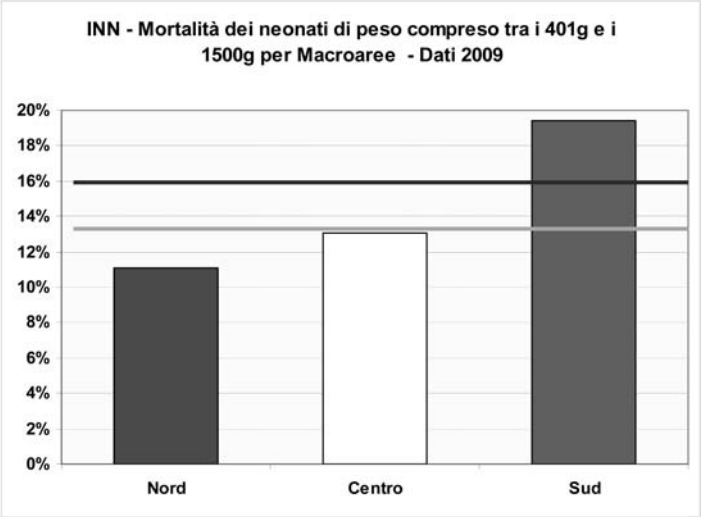


Figura 25: Mortalità dei neonati di peso corporeo tra i 401 gr e i 1500 gr per macroaree. Dati 2009.

Come già osservato riguardo la mortalità infantile nel mondo, l'Italia si classifica in una ottima posizione; il Paese da studiare, però, è il Portogallo, che risulta migliore. Il Portogallo non si distingue per applicare tecnologie particolarmente aggressive o avanzate: quel Paese ha diminuito gli incidenti dovuti a ridotta esperienza e a tecnologia assolutamente obsoleta, come frequentemente si trova nei punti nascita più piccoli.

Nel corso delle audizioni, è emerso che occorre pensare ad una metamorfosi dei punti nascita più piccoli al fine di evitare un meccanismo di eutanasia e di apoptosi (Morte programmata). Nel complesso, la mortalità nel Paese non è drammatica, però la situazione cambia facendo delle analisi Regione per Regione. il sistema nel suo complesso funziona e non deve essere scardinato, ma ha bisogno di essere messo a punto e migliorato.

Ad oggi non si riesce a realizzare l'assistenza «*one to one*», che viene molto esaltata, perché non ci sono risorse.

Epoche gestazionali basse: sopravvivenza

Nelle audizioni è stato sottolineato che per assistere un bambino ai limiti della sopravvivenza, ad esempio un bambino di 24 settimane, servono organizzazione, cultura, conoscenze, formazione, attrezzature e un contesto che non è possibile replicare in 600 punti nascita.

È emerso inoltre che occorre perseguire una politica di centralizzazione delle nascite per far in modo che le gravidanze a rischio vengano seguite in posti che siano in grado di garantire un'adeguata assistenza, perché i primi due o tre minuti di vita di questi bambini sono quelli che determinano la prognosi a distanza.

La sopravvivenza ad età« gestazionali basse è buona: a 25 settimane sopravvive il 75 per cento dei bambini (Figura 26).

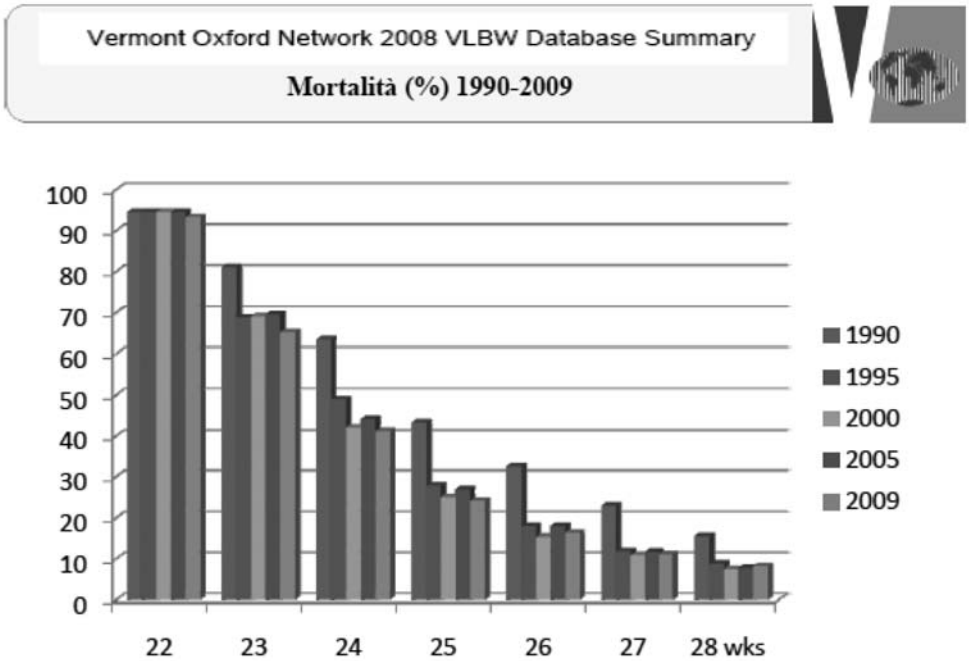


Figura 26: Mortalità (%) 1990-2009 in relazione all'epoca gestazionale.

Sotto il chilo e mezzo, la metà di questi bambini ha complicanze acute durante la degenza e sono richiesti reparti capaci di curare bene tali complicanze.

Inoltre, sotto i 750 grammi il 40 per cento di questi neonati hanno necessità chirurgiche pertanto,occorre una sede che disponga di chirurgia pediatrica ed è necessario monitorare l'*outcome* di questi neonati dal punto di vista motorio, cognitivo e comportamentale (Figura 27).

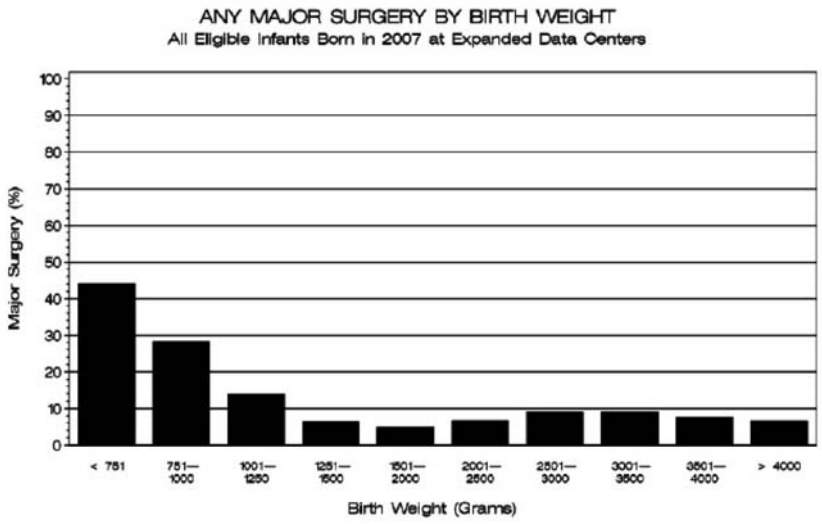


Figura 27: Richiesta di chirurgia maggiore in relazione al peso alla nascita.

Il dato interessante che va nell'ottica di un miglioramento globale: se osserviamo l'andamento degli handicap a distanza tra il 2003 e il 2007, si evince una forte discesa (Figura 28).

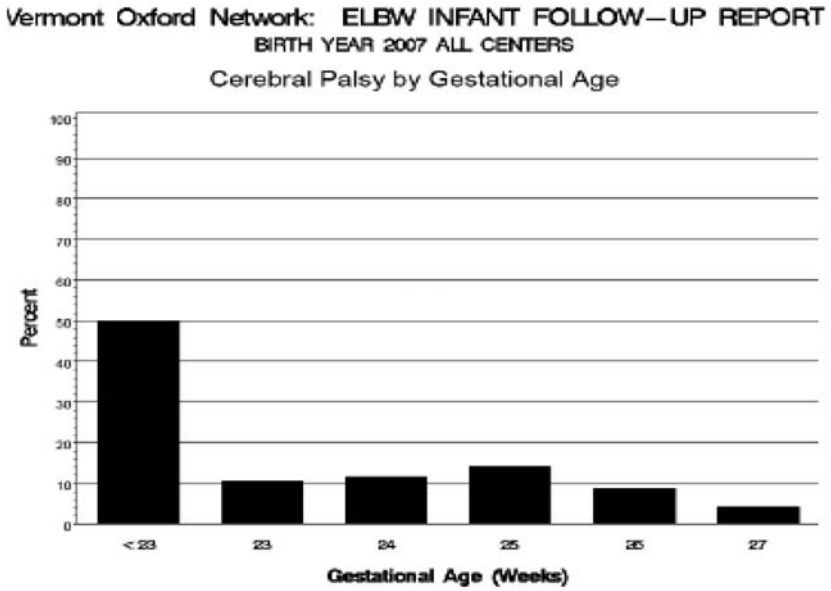


Figura 28: Paralisi cerebrale infantile in relazione all'epoca gestazionale.

Si assiste non solo al miglioramento della capacità di far sopravvivere questi neonati – ormai siamo arrivati al *plafond* – ma emerge che sta migliorando la capacità di farli vivere meglio.

Prematurità in Italia: Criticità e Azioni (aree di intervento)

Criticità:

– Le Unità di assistenza neonatale non sono distribuite in modo opportuno rispetto ai punti nascita e al numero dei parti;

– Incompleto adeguamento delle Unità Operative Pediatriche/neonatologhe di I Livello e le Unità Operative di II Livello agli *standard* operativi – di sicurezza – tecnologici stabiliti dall'Atto n 137 della CU;

– Non completa attivazione del regime di trasporto neonatale d'urgenza STEN.

Azioni:

È confermata l'importanza di rendere operativo l'Accordo Stato-Regioni, cioè stabilire un primo e un secondo livello di cure, avere un'equivalenza tra il livello ostetrico e quello neonatologico e dotare davvero i centri ostetrici e neonatali dei requisiti organizzativi previsti.

A sostegno dell'idea di concentrare i punti nascita che gestiscono il neonato critico in pochi grandi centri e ben attrezzati, si sottolinea che i migliori dati sulla sopravvivenza si hanno nei grandi centri piuttosto che nei piccoli.

In particolare come sottoscritto nell'Atto n. 137 della CU:

Adeguarsi alle misure di politica sanitaria e di accreditamento con:

– razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1000/anno, prevedendo l'abbinamento per pari complessità di attività delle U.U.O.O. ostetrico-ginecologiche con quelle neonatologiche/pediatriche, riconducendo a due i precedenti tre livelli assistenziali;

– attivazione, completamento e messa a regime del sistema di STAM e STEN;

– adozione, laddove già non previsto dalle normative regionali in materia, di procedure di autorizzazione ed accreditamento istituzionale delle strutture sulla base dei criteri di individuazione dei requisiti relativi ai differenti livelli di assistenza ostetrica e neonatale, compreso la definizione delle risorse umane sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale.

Emerge che al fine di migliorare la qualità *hic et nunc*, non si può attendere che si realizzi la riorganizzazione dell'assistenza e sono stati proposte in corso di audizioni, aree di intervento da migliorare:

1. **l'assistenza in sala parto,** in particolare si è sottolineata la necessità di migliorare l'assistenza in sala parto (le sale parto devono essere dotate non solo di attrezzature ma anche di medici e infermieri formati). Occorre lavorare nell'ottica della continuità all'interno del punto nascita: per usare un paragone anatomico, il perineo non deve diventare una barriera tra il mondo ostetrico e il mondo neonatologico e pediatrico, ma deve diventare uno strumento di passaggio e quindi bisogna fare in

modo che nel punto nascita le equipe lavorino in maniera il più possibile coordinata (la prima raccomandazione che fa il *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*);

2. **l'organizzazione ostetrico-neonatologica,** compreso la distribuzione dei parti, la definizione dei livelli di cura e la creazione di una rete assistenziale connessa;

3. **gli aspetti strutturali delle TIN** (*open modular plans o i private neonatal care room*), obiettivo è di migliorare gli aspetti strutturali delle terapie intensive. In Italia spesso non sono ancora adeguate mentre occorre, come ormai stanno facendo in America, creare terapie intensive basate sulla *single room* e non sull'*open space*, per dare ai genitori la possibilità di stare insieme al loro bambino, per rispettare la loro *privacy*;

4. **l'assistenza infermieristica, l'infermiere pediatrico,** questi neonati vivono se ci sono bravi infermieri; occorre tutelare il corso di laurea di infermiere pediatrico che rappresenta un valore estremamente importante;

5. **l'informatizzazione delle TIN**, le terapie intensive vanno implementate dal punto di vista tecnologico ed informatizzate. È auspicabile si possa utilizzare un substrato documentale che è la cartella unica;

6. **il trasporto neonatale d'emergenza, è** inoltre necessario un trasporto neonatale d'emergenza adeguato, che non tutte le Regioni garantiscono

7. **il *followup* del neonato patologico**;

8. **la formazione, l'aggiornamento e la ricerca**;

9. **continuità assistenziale.** Si sottolinea la necessità di codificare nell'ordinamento nazionale, l'esigenza che questi neonati che sopravvivono, siano seguiti da servizi di *follow up* strutturati in cui vengano stabiliti gli intervalli e le tecniche con cui sono accuditi questi bambini, che non devono esser abbandonati a sé stessi una volta dimessi dai nostri reparti.

Per quanto concerne la formazione e l'esperienza è stato proposta di garantire per i punti nascita più piccoli il mantenimento delle esperienze attraverso la rotazione del personale.

È stata proposta la possibilità che un mese all'anno, a rotazione, un'equipe – ostetriche, medici e neonatologi – si rechi a lavorare in punti nascita più grandi per mantenere le abilità. Questo progetto non deve esser considerato un meccanismo di eutanasia dei piccoli ospedali – e neanche di apoptosi – bensì una necessaria metamorfosi: in caso contrario, saranno gli stessi utenti che non andranno più in quegli ospedali, accettando però il rischio legato a un percorso eccessivamente lungo.

Questi obiettivi sarebbero facilmente raggiungibili, in quanto, pur rappresentando un cambiamento culturale importante, non hanno costi improponibili e verosimilmente potrebbero essere strumenti importanti di miglioramento.

Un sistema di monitoraggio sarebbe uno strumento ancora più credibile, costruendo in maniera sistematica ed organizzata un'alleanza forte

con le società scientifiche e con il mondo dei decisori, passando attraverso i meccanismi di misura e certificazione, che sono quelli che, consentono di passare dal desiderio e dall'intenzione, alla realizzazione concreta di qualcosa che poi sia effettivamente misurabile e monitorizzabile.

Servizio di trasporto assistito materno (STAM) e Servizio di trasporto di emergenza neonatale (STEN)

Dai dati desunti in corso di audizioni è emerso che per quanto concerne lo STEN, malgrado il **POMI** ed i successivi Piani Sanitari abbiano indicato lo STEN tra le priorità da istituire, attualmente solo 12 tra Regioni e Province Autonome (Lazio, Liguria, Campania, Lombardia, Marche, Friuli V.G., Trentino A.A., Veneto, Val d'Aosta, Puglia, Toscana) sono fornite di trasporto attivo su tutto il territorio. Delle restanti regioni, 4 hanno una copertura parziale o inadeguata (Piemonte, Emilia-Romagna, Sicilia e Sardegna) e 5 non hanno attivato alcun tipo di trasporto (Abruzzo, Molise, Umbria, Basilicata e Calabria).

Alcune di queste regioni hanno, peraltro, tassi di mortalità neonatale più elevati rispetto al valore nazionale.

Il recente atto CPSR 2010 dispone di Misure di politica sanitaria e di accreditamento tra cui l'attivazione, completamento e messa a regime del sistema di STAM e STEN; viene ribadito che la possibilità di punti nascita con numerosità inferiore e comunque non al disotto dei 500 parti/anno potrà essere prevista solo sulla base di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali delle varie aree geografiche interessate con rilevanti difficoltà di attivazione dello STAM.

Stabilisce i ruoli e gli standard operativi dei punti nascita

– di primo livello:

a) garantire l'integrazione funzionale con lo STAM del territorio di competenza integrandosi con il servizio urgenza/emergenza territoriale;

b) provvedere al trasferimento della gravida laddove si verifichino condizioni o patologie materne e/o fetali che richiedano in situazioni di non emergenza l'invio ad unità di secondo livello;

c) garantire il trasferimento a struttura di secondo livello delle gravide per le quali si preveda che il nascituro abbisogni di terapie intensive;

– di secondo livello:

a) garantire il coordinamento STAM in accordo con la programmazione regionale;

b) garantire integrazione nel sistema STEN ed eventuale coordinamento.

La suddivisione prevista dalla riorganizzazione sanitaria in Ospedali di primo e secondo livello in rapporto non solo al numero di parti, ma alla possibilità di assistere parti in cui vi sia la necessità di una degenza neonatale in centri di terapia intensiva, porta ad una razionalizzazione

della organizzazione sanitaria del territorio che, sulla base della corretta attivazione dello STAM e dello STEN, consenta a tutti i cittadini di avere un adeguato livello di assistenza indipendentemente dalla loro sede di residenza.

Le situazioni di grande prematurità, le condizioni patologiche fetali gravi richiedono che all'interno delle strutture considerate di 2º livello vengano identificate Unità Operative per le quali la intensità di cure richiesta, la specializzazione e l'esperienza del personale medico (ginecologo, neonatologo) e ostetrico dedicato sia tale da consentire una ottimizzazione dei percorsi e dei risultati in termini di morbilità e mortalità materna e neonatale.

Questa esigenza nasce non solo per la necessita di un parallelismo tra livelli di assistenza neonatale e livelli di assistenza materno-fetale, ma anche per le particolari necessità di cura che le suddette condizioni patologiche richiedono.

Si rimarca l'assoluta necessità che lo STEN sia presente su tutto il territorio nazionale, in coerenza e appropriatezza con lo STAM e che singole realtà regionali sviluppino una rete STEN e STAM coerente sul territorio e verso il territorio.

Alcuni punti nascita dispongono dei sistemi in rete Emergenza Urgenza OnLine (EUOL) che è un sistema di emergenza-urgenza, che permette di conoscere immediatamente i posti liberi nei reparti di terapia intensiva neonatale, ed una rete dedicata, sempre su web, che mette in collegamento lo spoke con l'hub per quanto riguarda i protocolli di cura e di trasferimento, oltre che per la sicurezza del trasferimento e per le informazioni ai pazienti.

Emerge che le reti *hub and spoke* non sono passate di attualità. Purtroppo esse non dialogano molto tra di loro: costituiscono un passo in avanti per tutta la sanità rispetto ad un sistema più accentratore, basato su una rigida organizzazione di unità operative. E« dunque importante creare un sistema che consenta di avere un'unità grande di riferimento e vari centri periferici: bisogna, però, creare un dialogo vero.

Partoanalgesia

La cultura del parto senza dolore

Dalla documentazione fornita dagli auditi è emerso che **Il Comitato Nazionale di Bioetica** nel documento del 30 marzo 2001, avente per titolo «La terapia del dolore: orientamenti bioetici», afferma che «Il dolore del parto ha caratteristiche del tutto peculiari perché si verifica in un organismo sano, ha una sua durata, dopo di che ritorna il benessere e sopravviene la gratificazione della nascita. ....Per molte donne comunque il dolore del parto è un grosso scoglio da superare, un passaggio che assorbe molte energie limitando le possibilità di una partecipazione più concentrata e serena all'evento, partecipazione che costituisce l'optimum da realizzare per le vie più varie. L'analgesia (come peraltro ogni preparazione

al parto), per realizzare al meglio questo fine, dovrebbe però far parte di un programma di assistenza alla gravidanza che si propone una visione globale del nascere e non porsi come un evento isolato, "scarsamente informato", che viene proposto in sala parto».

Con questa visione più ampia il ricorrere alla sedazione del dolore del parto non si porrebbe come alternativa al parto naturale, ma come mezzo che la medicina offre per compiere una libera scelta e per realizzare, con la sedazione del dolore, un maggior grado di consapevolezza e di partecipazione all'evento.

La realizzazione di tale progetto richiede una mobilitazione su vari piani. Quello che attualmente si fa è lasciato alla buona volontà delle strutture; non esiste infatti, per questo tipo di assistenza alcun incentivo di natura economica né per le aziende ospedaliere né per gli anestesisti. I servizi come numero di personale coprono le attività essenziali, laddove sarebbe necessario per realizzare una analgesia 24 ore su 24 un servizio di Anestesia Ostetrica a tempo pieno. Il diritto della partoriente di scegliere una anestesia efficace dovrebbe essere incluso tra quelli garantiti a titolo gratuito nei livelli essenziali di assistenza.

Già nel 1992 *l'American College of Obstetricians and Gynecologists* affermava «La richiesta materna è una giustificazione sufficiente per la riduzione del dolore nel travaglio. Non esistono altre circostanze in cui sia considerato accettabile per una persona sperimentare un dolore severo, se suscettibile di intervento sicuro, sotto controllo medico».

È stato sottolineato che nella società moderna è cambiata la **percezione del dolore,** i tempi sono maturi per promuovere la cultura del parto senza dolore attraverso gli strumenti tecnici che la moderna medicina mette a disposizione, e segnatamente l'analgesia epidurale.

La legge n. 38 del 2010 «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore» obbliga tutte le aziende a fare in modo che il dolore sia valutato, monitorato e trattato.

Le procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto si dimostrano efficaci per attenuare la risposta biologica al dolore, dannosa per l'intero organismo specie se già alterato nei suoi equilibri.

Sebbene il controllo del dolore del travaglio possa venire ancora considerato come qualcosa di «non necessario», l'analgesia in realtà si è dimostrata apportare sicuri **benefici sia alla madre che al nascituro.** Il dolore del parto, di per sé, può assumere effetti negativi quando sia molto intenso e/o molto prolungato. Esistono inoltre, situazioni abbastanza precise che possono essere considerate delle vere e proprie indicazioni all'analgesia durante il travaglio.

Partoanalgesia e Situazione Italiana

Dati dell'ISS. Per quanto riguarda l'esperienza Italiana, emerge che nei CeDAP e nelle SDO non viene rilevata l'informazione relativa al ricorso di anestesia al parto. Le informazioni riportate fanno riferimento a

2 indagini coordinate dall'ISS e condotte, con le stesse modalità, una nel 2008-09 e una nel 2010-11 in 25 ASL di 11 Regioni Italiane che hanno deciso di applicare la metodologia del Progetto Obiettivo Materno Infantile. Le regioni partecipanti non sono rappresentative a livello nazionale ma ogni campione è stato selezionato in modo tale da essere rappresentativo del proprio territorio. Il campione complessivo è costituito da 7293 donne che avevano partorito, di cui 6942 hanno accettato di partecipare all'indagine (95,2 per cento del campione) e sono state intervistate al momento della dimissione e a 3, 6 e 12 mesi dal parto. *Dall'analisi è emerso che, sul totale dei parti per via vaginale, il 14,6 per cento è stato assistito con l'ausilio dell'anestesia epidurale e lo 0,5 per cento con anestesia spinale.*

Inoltre confrontando alcuni esiti per tipo di parto ed anestesia, è risultato che:

– le donne che hanno riferito di aver provato un *dolore classificabile come terribile/atroce* a distanza di 24 ore dal parto erano il 9,1 per cento in caso di parto vaginale senza anestesia, 14,8 per cento in parto vaginale con anestesia epidurale e 21,4 per cento di quelle che avevano subito un TC; tali differenze non dipendono dall'età della donna, dal titolo di studio e dalla parità;

– le donne che hanno riferito di essere state *molto soddisfatte per l'esperienza del parto* sono state il 55,4 per cento di quelle che hanno partorito per via vaginale senza anestesia, il 51,3 per cento di quelle con parto vaginale e anestesia epidurale e il 35,5 per cento di quelle con TC;

– anche per *l'attaccamento al seno entro le prime 2 ore* dal parto (fattore predittivo del buon inizio e del proseguimento dell'allattamento al seno) si sono osservate delle differenze: 76,4 per cento nel parto vaginale senza anestesia, 51,5 per cento nel vaginale con anestesia epidurale e 37,0 per cento nel TC;

– *l'allattamento* al seno completo alla dimissione dal reparto è risultato pari a 77,2 per cento dei casi di parto vaginale senza anestesia, 52,9 per cento dei vaginali con anestesia epidurale e 55,8 per cento di quelli con TC.

Dati dell'Associazionismo. A seguito delle audizioni dei rappresentanti delle Società Scientifiche quali Club Italiano Anestesisti Ostetrici (CIAO), Società italiana di anestesia analgesia rianimazione e terapia intensiva (SIAARTI), Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani emergenza area critica (AAROI-EMAC), è emerso che nel nostro Paese, l'accesso a tale tecnica è ancora ridotta, tant'è vero che, anche nelle zone dove la sanità è a buon livello, non tutte le strutture ospedaliere hanno la possibilità di fornire il parto senza dolore.

La resistenza al diffondersi dell'analgesia in travaglio nel nostro Paese, è da attribuire a diversi fattori, primi tra tutti quelli di ordine **culturale** che vedono, in un paese cattolico, il parto strettamente legato ad un concetto di sofferenza biblica. Accanto a questo va segnalata la scarsa **informazione** che c'è intorno a questa tecnica e, in molte realtà, la **carenza**

di personale che impedisce la presenza, assolutamente necessaria, di un anestesista dedicato 24 ore su 24.

Come riferito dalla Responsabile formazione CIAO, se ci confrontiamo con i Paesi industrializzati, circa la metà delle donne negli Stati Uniti ed in Francia fanno ricorso a questa tecnica, anche nella cattolicissima Spagna l'analgesia viene utilizzata nel 60 per cento dei parti.

L'Italia appare uno dei fanalini di coda: noi siamo in testa alle classifiche per il numero dei tagli cesarei (38,4 per cento), ma siamo in coda alle classifiche nell'offerta di analgesia in travaglio di parto. In Italia la percentuale è ancora estremamente bassa. Secondo i dati AOGOI, oggi la richiesta di partoanalgesia si aggira in Italia intorno al 25,6 per cento per quanto concerne gli ospedali fino a 1.000 parti l'anno; una richiesta che arriva anche al 78 per cento negli ospedali di riferimento, quelli con oltre 1.500 parti l'anno. Parallelamente, la percentuale media di reale effettuazione di parto-analgesia va dal 9,7 per cento nelle piccole strutture fino al 34,6 per cento per i punti nascita maggiori.

In alcune Regioni emerge una differenza tra il dato regionale e quello di alcuni Punti Nascita; ad esempio nel presidio ospedaliero di Rimini il 30 per cento delle gravide partorisce usufruendo della metodica della partoanalgesia, rispetto alla percentuale del 13 per cento della regione dell'Emilia Romagna. Nella Clinica Mangiagalli, Milano, viene offerta al 31,4 per cento su tutti i parti con una richiesta che ormai ha raggiunto circa il 45 per cento.

Emerge che si assiste ad una forte spinta dell'utenza, probabilmente attribuibile alla maggiore informazione su questo problema e alla maggiore conoscenza delle tecniche per il parto indolore. Le istituzioni coinvolte in ambito sanitario come anche i Piani Sanitari Nazionali, sono risultati sensibili a questa esigenza delle donne di scegliere di vivere l'esperienza parto nella sua completezza, scevra da dolore e hanno obiettivi di potenziamento della Partoanalgesia.

Appare che l'analgesia epidurale sia passata dall'essere opzione terapeutica in determinate circostanze, quali travagli lunghi e particolarmente dolorosi, presentazione occipito-posteriore, contrattilità uterina non coordinata, ipertensione, anticipazione dell'anestesia in travagli a rischio di TC, condizioni psicologiche particolari, travaglio indotto, **ad una libera scelta** della donna, che vuole vivere il momento probabilmente più importante della sua vita con piena partecipazione e coinvolgimento, in piena serenità.

Requisiti dell'analgesia in corso di parto

È stato mostrato come la moderna anestesiologia offre alla donna la possibilità di controllare il proprio dolore durante il travaglio ed il parto mediante l'analgesia loco regionale, consentendo allo stesso tempo un parto spontaneo e fisiologico.

I requisiti cui deve rispondere l'analgesia in corso di parto sono:

– *efficacia* (le contrazioni uterine vengono percepite ma in modo non doloroso);

– *sicurezza materno-fetale* (richiedere bassissimi dosaggi di farmaci);

– *modulabilità e flessibilità* (possibilità cioè di adeguarsi non solo alle diverse fasi del travaglio, caratterizzate ciascuna da un dolore con connotazioni peculiari, ma di adeguarsi alla donna stessa, alle sue caratteristiche e alle sue aspettative, che le permetta di ottenere un'analgesia ottimale e pienamente soddisfacente);

– *rispetto* (nei confronti della fisiologia del parto, che riduca quel senso di medicalizzazione dell'evento parto legato indissolubilmente al ricovero in ospedale senza influenzare negativamente la dinamica del travaglio e del parto, né l'outcome neonatale).

L'utilizzo della partoanalgesia si associa a benefici materni e fetali.

Tra i benefici materni vengono segnalati: eccellente controllo del dolore, riduzione del consumo di ossigeno, riduzione dell'iperventilazione, riduzione dell'increzione di catecolamine e di ormoni dello stress, miglioramento del circolo placentare, riduzione dell'ansia, madri più rilassate e cooperanti.

Tra i benefici fetali si sottolineano: riflessi da quelli materni, migliorata circolazione placentare come risultato della vasodilatazione, ridotta acidosi metabolica, ridotto consumo di ossigeno, miglioramento dell'ossigenazione pre-nascita.

Attualmente **l'analgesia con le tecniche perimidollari** è l'unica che rispetta tali criteri con il più basso rapporto rischio/beneficio.

Le **controindicazioni assolute** comprendono: alterazioni della coagulazione proemorragiche; terapia con anticoagulanti orali in corso; sepsi in corso. Le **controindicazioni relative**: terapia con eparine a basso peso molecolare ove non esista la possibilità di rispettare i tempi previsti dai protocolli, internazionali per ciò che attiene alle anestesie loco regionali, terapia antiaggregante piastrinica ove non esista la possibilità di rispettare i tempi previsti dai protocolli internazionali, per ciò che attiene alle anestesie loco regionali: patologie di ordine anatomico e/o fisiologico in relazione al singolo caso da analizzare volta per volta sulla base dell'anamnesi e dello stato fisico della gravida.

L'epidurale nel travaglio è stata associata a vari eventi avversi legati alla dinamica del parto, al suo espletamento e/o all'*outcome* neonatale ma le informazioni disponibili al riguardo sono spesso inconclusive.

Sono stati mostrati studi sull'impatto della partoanalgesia in ospedali ove prima tale tecnica non era eseguita non hanno dimostrato alcuna variazione significativa del tasso di TC o di parti operativi. Gli studi retrospettivi hanno un'intrinseca difficoltà di dimostrare una relazione causa-effetto tra intervento ed *outcome*, e nel caso specifico tra epidurale e TC. Gli studi prospettici randomizzati in doppio cieco, rappresentano il

«*gold standard*» per stabilire una causa effetto tra epidurale e incidenza di TC, sono difficili da realizzare anche perché data l'ottima qualità analgesica che questa tecnica è in grado di fornire, non è eticamente corretto fare rinunciare ad essa ad un gruppo di controllo. Vi è quindi, di base, una difficoltà nella selezione della letteratura da analizzare anche perché sono numerose le variabili associate in gioco. L'analisi della letteratura arriva a conclusioni in parte sovrapponibili e in parte diverse: non si può ancora definire con certezza se l'analgesia peridurale aumenti o meno l'incidenza di parti strumentali.

Dato importante per la morbilità materna e neonatale ad essi associabile, non vi è variazione di *outcome*.

Le complicanze sono accettabili in termini non soltanto medici, etici, ma anche fisici, sono rarissime e, comunque, benigne, transitorie e reversibili e rendono la tecnica competitiva in assoluto sopra ogni altra tecnica.

Partoanalgesia: lavoro di equipe tra team ostetrico e partoriente

La realizzazione del progetto di Partoanalgesia richiede una mobilitazione di figure professionali su vari piani e la creazione del team di analgesia-anestesia ostetrica e la collaborazione stretta tra il team di sala parto e partoriente.

Come emerso dalle audizioni, quello che attualmente si fa è lasciato alla buona volontà delle strutture nelle sue varie componenti: non esiste infatti, per questo tipo di assistenza alcun incentivo di natura economica né per le Aziende ospedaliere né per gli Anestesisti. I servizi come numero di personale coprono le attività essenziali, laddove sarebbe necessario per realizzare un'analgesia **24 ore su 24** un servizio di Anestesia Ostetrica a tempo pieno.

È stato proposto che *il diritto della partoriente di scegliere un'anestesia efficace dovrebbe essere incluso tra quelli garantiti a titolo gratuito nei «livelli essenziali di assistenza»*.

L'anestesia ostetrica non è particolarmente popolare tra gli anestesisti per il carico di stress, chiamate notturne e rischi che ad essa sono legati; inoltre l'anestesista ostetrico fa parte, di un team e il suo lavoro richiede un'integrazione tra figure diverse. Tale specialità impone di comunicare con «partorienti», cioè speciali pazienti che sono in uno stato emotivo molto particolare.

Si sottolinea che l'anestesista ostetrico è chiamato ad un **lavoro di gruppo multidisciplinare** perché un servizio di anestesia ostetrica deve provvedere ad una vasta gamma di servizi e non deve essere semplicemente un «servizio epidurali» dove l'anestesista venga visto come un *dispenser* di punture sulla schiena.

Gli **anestesisti** italiani sono a pieno titolo coinvolti all'interno dei punti nascita.

La loro presenza può contribuire a umanizzare la nascita e a renderla più sicura attraverso:

– le tecniche di analgesia e di parto senza dolore nel parto spontaneo;

– le tecniche di anestesia loco-regionale e di analgesia postoperatoria che mettono in grado anche la donna che partorisce con un taglio cesareo di vivere pienamente e coscientemente, spesso con il proprio partner, la nascita del proprio figlio, consentendo il primo contatto madre-figlio ed un allattamento materno precoce;

– l'introduzione di un'ulteriore expertise professionale accanto a quella del ginecologo e del neonatologo nei casi di patologia materna, fetale o neonatale (SIAARTI).

All'interno del processo è fondamentale una buona comunicazione, nella fiducia e nel rispetto delle specifiche competenze, con un linguaggio comune che si avvale **di protocolli e linee guida.**

Partoanalgesia e Formazione- Informazione

L'anestesista ostetrico ha, all'interno del team perinatale, compiti tecnici, di formazione e di informazione. Per quanto riguarda i compiti di formazione, questi si rivolgono alle figure che fanno parte del team, ma anche a *specialisti in formazione o in aggiornamento* che provengono da altri ospedali o in seno alla scuole di specialità. In relazione all'expertise dei neospecialisti in anestesia nell'ambito del percorso formativo della scuola, esiste un sistema di risposte che devono essere date in sede di formazione professionale.

Appare evidente che il medico specializzando, se si trova in una struttura aziendale, ospedaliera o universitaria, in cui l'analgesia del parto viene effettuata, ha piu« possibilità di apprendere questa tecnica.

I compiti di formazione comprendono:

– formazione permanente del personale infermieristico ed ostetrico del dipartimento sulle problematiche relative all'anestesia, alla rianimazione ed al pronto intervento delle emergenze nell'ambito dipartimentale;

– scambio ed aggiornamento interdisciplinare con i colleghi del dipartimento (ostetrici e neonatologi);

– formazione ed aggiornamento della propria equipe;

– attività didattica rivolta a specialisti in formazione o in aggiornamento provenienti da altri ospedali.

Per quanto riguarda infine i compiti di informazione, questi comprendono:

– la partecipazione ai corsi di preparazione al parto

– la promozione dell'informazione sulle tematiche dell'analgesia e dell'anestesia;

– consenso informato in ostetricia.

Ma il punto forse più importante è quello che riguarda il **consenso informato.** L'articolo 31 del Codice Deontologia Medica (1998) dice che: «Il medico non deve intraprendere attività diagnostica o terapeutica senza il consenso del paziente validamente informato».

Il consenso informato delle partorienti viene, nella maggioranza dei casi, raccolto durante la valutazione anestesiologica che viene sostenuta intorno alla 32ª settimana di gestazione ed è, nella quasi totalità dei casi, scritto. In altre realtà ospedaliere viene raccolto intorno alla 36-37ª settimana di gestazione.

Alle gestanti, per una scelta libera, consapevole e responsabile, devono essere fornite informazioni adeguate e complete sulle metodiche di analgesia e sulle tecniche di supporto, farmacologico e non, per il controllo del dolore. Tali informazioni devono comprendere le relative indicazioni, i possibili benefici per la madre e per il feto, le controindicazioni, nonché le eventuali complicanze. Deve essere altresì fatto presente che il ricorso ad una analgesia farmacologia può modificare l'andamento temporale della curva di dilatazione/discesa della testa fetale, rispetto a quello di riferimento attuale (curva di Friedman/Zhang) senza comunque alterare la dinamica del parto.

Il modello organizzativo per la parto analgesia

Secondo le Società Scientifiche per quanto riguarda gli aspetti organizzativi laddove il numero di parti è superiore a 2.000, l'anestesista deve essere in sala parto non semplicemente per seguire il parto in analgesia, ma anche per integrarsi con le figure professionali ivi presenti. La presenza dell'anestesista in sala parto, infatti, può essere un valore aggiunto anche nel momento più critico della decisione del parto con taglio cesareo in urgenza perché, essendo già in situ il catetere, in peridurale, la tempistica si riduce di netto. *Secondo alcuni auditi l'anestesista dovrebbe essere comunque presente in un punto nascita dove avvengono 1.000 parti all'anno.*

*La possibilità di usufruire dell'analgesia del parto dovrebbe essere offerta **24 ore 24**. Il diritto di chi vuole o deve partorire al mattino, infatti, è lo stesso di chi partorisce durante la notte.*

La SIAARTI è consapevole dei vincoli finanziari che sottendono la realizzazione di questo diritto, la società condivide le preoccupazioni istituzionali sulla funzionalità e sulla efficienza dei punti nascita e ritiene che l'istituzione di un servizio di anestesia e di analgesia in ostetricia possa contribuire efficacemente a migliorare la sicurezza.

Come riportato dal direttore generale Azienda Sanitaria del Centro che ha in essere un organizzazione **h24** di partoanalgesia, l'investimento, se letto in termini di economia sanitaria classica, è inefficiente dal punto di vista del ritorno economico. Tuttavia il ritorno diviene vantaggioso se letto in termini di tutela della salute che siamo in grado di garantire ai bambini, alle mamme e, più in generale, ai cittadini.

Inoltre, la SIAARTI propone che venga attribuito un ***DRG specifico*** *a questo tipo di attività medica.*

Nel contesto delle audizioni è stato presentato un modello organizzativo che prevede che il responsabile della procedura clinica anestesiologica, per quanto riguarda le competenze specifiche e per tutta la durata della stessa, sia lo specialista in Anestesia e Rianimazione.

Il responsabile della procedura clinica ostetrico-ginecologica per tutta la durata del travaglio e del parto è in relazione alle proprie competenze il Ginecologo e l'Ostetrica. Questi possono avvalersi, ove lo si reputi necessario, della collaborazione di personale infermieristico specificatamente istruito nel monitoraggio della partoriente, comunque definito nell'ambito di procedure e protocolli specifici, elaborati secondo EBM, codificati, condivisi e validati. All'atto della richiesta di analgesia questa deve essere sempre validata dal parere favorevole del Ginecologo Ostetrico e dell'Anestesista.

I *Requisiti che deve soddisfare un servizio di anestesia per l'analgesia nel parto spontaneo sono di tipo organizzativo, strutturale e di personale (Modello organizzativo prodotto nell'ambito del Programma Nazionale Linee Guida-PNLG, dall'ASSR e ISS).*

L'organizzazione prevede: servizio attivo tutti i giorni; anestesista presente in sede 24/24 ore; risposta sollecita alla richiesta di analgesia della donna.

La struttura deve includere: standard di sicurezza della sala parto/travaglio sovrapponibili a quelli della sala operatoria; immediata disponibilità della sala operatoria in caso di necessità.

Tra il personale richiesto: anestesista esperto in campo ostetrico, ostetrica per l'assistenza al travaglio e al parto; ginecologo per la valutazione del travaglio, del parto e di eventuali emergenze ostetriche; neonatologo eventualmente disponibile al momento del parto.

Criticità:

– l'opportunità di un parto senza dolore è ancora fortemente negata in Italia.

– una maggiore diffusione della possibilità di effettuare partoanalgesia potrebbe apportare numerosi benefici materno-fetali, oltre che contribuire a ridurre la percentuale di parti con TC;

– l'istituzione di tali servizi di analgesia ostetrica sicuramente contribuirebbe ad innalzare i livelli di sicurezza, non solo del parto fisiologico e del parto a rischio, ma anche del parto con taglio cesareo e dell'emergenza.

Azioni:

– la necessità di anestesisti dedicati, che fanno guardia per l'ostetricia, e pertanto la necessità di risorse e di scelte strategiche di politica amministrativa locale;

– offrire la parto analgesia per l'intero arco della giornata;

Per realizzarlo occorre la presenza h24 di una equipe multidisciplinare che comprenda un Anestesista –Rianimatore o per lo meno la guardia attiva o la pronta disponibilità nelle 24 ore di un Anestesista – Rianimatore specificatamente formato nel settore ostetrico secondo i principi della EBM e della buona pratica clinica e con alto livello di esperienza.

Percorso Nascita Rete Assistenziale integrata (Assistenza gravidanza - Parto - allattamento)

L'assistenza alla gravidanza e parto in Italia

Dalle fonti informative correnti e da studi condotti in questi anni dall'ISS e dall'ISTAT, si evidenzia un frequente ricorso a procedure diagnostiche in gravidanza non supportate da evidenze scientifiche e una complessiva medicalizzazione dell'assistenza al percorso nascita di cui l'eccesso di TC rappresenta la manifestazione più evidente.

Ciò, oltre a compromettere l'appropriatezza clinica, causa un *aumento ingiustificato dei costi* e, non ultimo per importanza, promuove un effetto di dipendenza e di perdita di controllo nei processi decisionali da parte delle donne.

Il dato CeDAP 2008, pubblicato nel 2011, rivela che, a livello nazionale, l'88,4 per cento dei parti è avvenuto negli Istituti di cura pubblici, l'11,4 per cento nelle case di cura e solo 0,5 per cento altrove. Naturalmente, nelle Regioni in cui è rilevante la presenza di strutture private accreditate rispetto alle pubbliche le percentuali sono sostanzialmente diverse.

Tuttavia, la proporzione di nascite assistite nelle diverse tipologie di strutture presenta ampia variabilità con una netta prevalenza del privato accreditato nel sud (42,6 per cento in Campania) rispetto al nord del Paese (0 per cento in Piemonte, Valle D'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Veneto, Umbria, Molise e Basilicata).

Dagli interventi durante l'indagine, è stato sottolineato come alcune Regioni tra cui Emilia, Toscana, Sicilia, Basilicata hanno recentemente deliberato obiettivi nell'ambito del percorso nascita che predispongono un percorso razionale dalla diagnostica ecografica ad un razionalizzazione delle metodiche invasive, una ridefinizione del ruolo dell'ostetrica integrandola con altre figure nel ruolo dell'assistenza nel percorso nascita.

Informazioni – Libretto Gravidanza – Carta dei Servizi – Linee Guida

Si sottolinea che il percorso nascita dovrebbe rispettare in ogni fase il principio di completezza, chiarezza, trasparenza dell'informazione tenendo conto anche del fenomeno della globalizzazione e del territorio.

Dalle audizioni e dalla documentazione rilasciata dai soggetti auditi emerge che la maggior parte dei punti nascita è dotato di libretti informativi riguardo il percorso nascita realizzati in maniera spontanea. Per lo più

vengono riportate informazioni sui servizi e sulle modalità assistenziali e sui corsi di Accompagnamento Nascita. Alcuni sono dotati di siti aziendali dedicati. In alcune Regioni dove è presente un «Percorso Nascita» condiviso nel tempo tra Assessorati e gruppi di lavoro esistono sia libretti gravidanza che dati informativi sui punti nascita delle diverse aree metropolitane e Aziendali Sanitarie. Altre Regioni (Basilicata) al fine di promuovere in tutto il territorio regionale la diffusione delle più aggiornate acquisizioni scientifiche, hanno previsto un Comitato/gruppi di lavoro dedicati che elaborano:

– linee guida evidence-based ed aggiornate per la pratica clinica, rivolte ai professionisti della salute;

– stesura di sintesi divulgativa delle linee guida rivolta alle donne;

– diffusione di linee guida attraverso canali istituzionali e di comunicazione scientifica.

La Regione mette a disposizione degli operatori e dei servizi questi strumenti, assicurando una capillare diffusione anche mediante l'utilizzo di strumenti informatici.

Alcune Regioni hanno promosso la realizzazione «libretto della gestante» organizzato con rubriche tematiche e che accompagna la donna durante tutto il periodo fino alla nascita del bambino. Nel libretto sono presenti informazioni sulla gravidanza (che cosa è la gravidanza, le gravidanze fisiologiche e quelle a rischio, l'incontro con il ginecologo, cosa è necessario fare e cosa non fare, la minaccia di aborto, l'alimentazione, lo sport, il lavoro, i consultori, la rete dei punti nascita, ecc.), sul parto (la preparazione, il parto naturale e il parto complicato o prematuro, il ruolo della struttura ospedaliera, ecc.), sulla nascita (il primo contatto con la madre, il latte materno e l'allattamento al seno, i primi giorni di vita, l'assistenza in ospedale, il ritorno a casa, ecc.), sulla vita a casa (il pianto, quando e come allattare, il latte materno e artificiale, il sonno, le vaccinazioni, ecc.) e saranno già indicate (e laddove possibile con l'indicazione della data di prenotazione) tutte le scadenze previste per l'effettuazione degli esami di routine a cui verrà poi associato il relativo referto.

Altre realtà Regionali, come la Toscana, hanno realizzato il «libretto del protocollo regionale per la gravidanza» che rappresenta esclusivamente un «libretto di richieste mediche». È un percorso «dedicato» alla gravidanza con libretto autogestito dalla gestante ed esami diagnostici codificati in tipologie ed epoche gestazionali e 3 ecografie; il tutto completamente coperto da SSN. Le 3 ecografie (la prima entro la 11-13 sett. gestazionale, la seconda 19-22 sett, la terza 30-34 sett. gest.) e il test di *screening* si prenotano al ritiro del «libretto gravidanza» che abitualmente viene ritirato con il test di gravidanza positivo presso un distretto sanitario. È inoltre previsto la richiesta relativa per la cardiotocografia dopo la 40ma settimana gestazionale.

Non è stato possibile raccogliere l'informazione riguardo la disponibilità di **Carta dei Servizi** che nell'ottica di **«cittadino sceglie libero e informato»** rappresenta il corretto modo di trasmettere informazioni.

Criticità:

Informazioni sul percorso nascita non complete di elementi relativi a operatività dei servizi, modalità assistenziali e riguardo la rete sanitaria ospedaliera-territoriale e sociale del post-parto.

Azioni:

I piani Sanitari di riorganizzazione dei Punti Nascita come anche il recente atto della CU 137 sottolineano l'importanza di sviluppare nell'ambito delle Aziende sanitarie in cui è attivo un punto nascita, una Carta dei Servizi specifica per il percorso nascita basata su principi di qualità, sicurezza e appropriatezza

Un ulteriore strumento attualmente disponibile è rappresentato dalle **Linee Guida** quali «la **Gravidanza fisiologica»** (2011), cioè gli strumenti stabiliti e realizzati al punto 4 del CPSR 2010, sviluppo di LG SNLG-ISS, e sul «**Taglio Cesareo».**

Ruolo delle ostetriche nel percorso nascita

Nell'ambito dell'assistenza al parto l'OMS consiglia l'assistenza «*one to one*», nel rapporto un'ostetrica-una partoriente, come migliore assistenza nella fase attiva del travaglio; dall'indagine emerge che alcune realtà regionali stanno dotando le ostetriche di una maggiore autonomia, inoltre le ostetriche gestiscono i corsi di accompagnamento al parto in molte realtà italiane.

I corsi di accompagnamento alla nascita, dove è rilevante il ruolo delle ostetriche, rappresentano una *condicio sine qua non* per un primo *splitting* delle intenzioni della donna verso un parto assolutamente naturale. È per questo che in alcune realtà regionali è stato attivato un ambulatorio per seguire la gravidanza fisiologica, gestito solamente da personale ostetrico, al fine di de medicalizzare quanto più possibile un evento naturale, tenendo naturalmente in considerazione i campanelli d'allarme, fino ad arrivare agli ambulatori per la gestione di gravidanze a rischio. Anche in Sicilia sono stati attivati punti di assistenza al percorso della gravidanza fisiologica gestiti dalle ostetriche, mentre i medici sono più dedicati agli ambulatori delle gravidanze a rischio.

In Emilia Romagna recentemente sono stati deliberati obiettivi nell'ambito del percorso nascita che ridefiniscono il ruolo dell'ostetrica integrandola con altre figure nel ruolo dell'assistenza nel percorso nascita.

Corsi di accompagnamento alla nascita (CAN)

Aspetti Epidemiologici

Dai dati presentati dal Ministero della salute, è emerso che sono state condotte varie indagini da parte dell'ISTAT e dall'ISS negli anni 1996 –

2002, sulla percentuale delle donne che partecipano a corsi di preparazione al parto. Un ultimo dato proviene dal progetto «Percorso nascita», realizzato nel 2009 nelle strutture sanitarie grazie ai fondi del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) e coordinato dall'ISS.

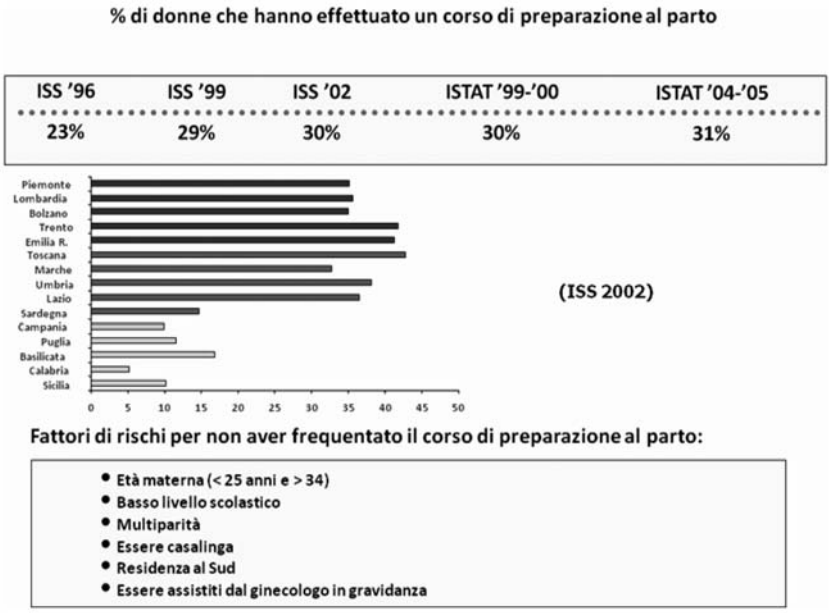


Figura 29: Percentuale di donne che hanno effettuato un corso di preparazione al parto negli anni, nelle Regioni. Fattori di rischio per non aver frequentato il corso di preparazione al parto.

I dati del Ministero salute riportati nella documentazione agli atti della Commissione mostrano un lieve incremento; posto che nell'ultima rilevazione è aumentato di qualche punto percentuale, il dato riportato è pari al 31 per cento relativo alla media nazionale, il quale presenta però grandi differenze fra Nord, Centro e Sud del Paese (Figura 29). Si registrano, infatti, mediamente un 40 per cento di partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita al Nord, percentuale che va lentamente a decrescere nel Centro, per ridursi notevolmente poi al Sud, con una media che si aggira intorno al 10 per cento.

La tabella 19 mostra i dati relativi ad uno studio effettuato su 3524 donne intervistate su scala nazionale da cui ne emerge la percentuale che segue i CAN e la sede (Tabella 19).

Corsi di accompagnamento alla nascita (%)	
No	52.5
Si gravidanza precedente	12.3
Si gravidanza attuale	35.3

Corsi gravidanza attuale	
Sede	%
Ospedale	20.4
Consultorio Familiare	73.1
Privato	6.5

Tabella 19: Studio su donne che seguono i CAN.

Nella figura 30 sono rappresentati i dati relativi alla percentuale dei consultori per singola regione che effettuano CAN (Figura 30).

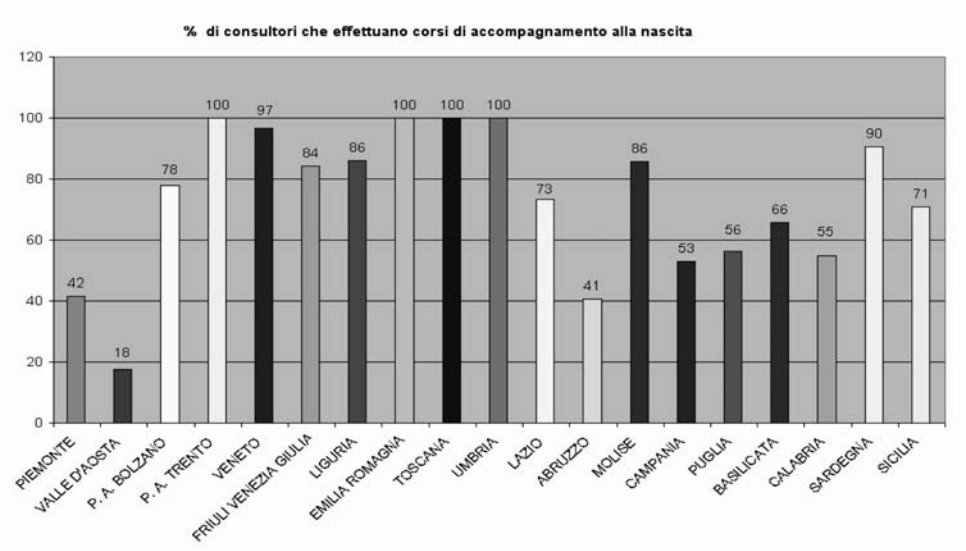


Figura 30. Percentuale dei consultori per singola regione che effettuano CAN.

Le fasce di età sono più o meno equamente rappresentate, anche se comunque prevale la fascia 30-34 anni, che comprende l'età media della donna alla nascita del primo figlio (32 anni circa). Presentano maggiore partecipazione le donne con un'istruzione media superiore, le occupate, le coniugate e, in proporzione, le italiane rispetto alle straniere, nonché le primipare rispetto alla pluripare. La maggioranza delle straniere si è rivolta a una struttura pubblica (consultorio familiare) mentre le italiane prediligono le strutture private. Nella tabella 20 sono mostrate le caratteristiche socio-demografiche.

Caratteristiche socio demografiche

Età		***Stato civile***	
<30	30.9	coniugata	76.2
30-34	38.0	nubile	21.4
>34	31.1	Separata/divorz	2.4
Istruzione		***Cittadinanza***	
<=med inf	29.6	straniera	12.3
>=med sup	70.4	italiana	87.7
Occupazione		***Parità***	
non occ	30.8	primipara	53.7
occ	69.2	pluripara	46.3

Tabella 20: Caratteristiche socio-demografiche delle donne che seguono i CAN.

CAN: Ruolo attuale verso un riconsiderazione del ruolo

Con l'intesa siglata del 16 dicembre 2010, è stato sottolineato l'appropriatezza e la sicurezza all'interno del percorso nascita, finalizzata anche alla riduzione del numero dei parti cesarei: uno dei 10 punti in cui si articolano le linee di indirizzo è rappresentato proprio dal fatto che il consultorio dovrebbe essere l'unico punto di accesso per la gravidanza, in modo da ottenere già a quel livello una selezione tra quella che può essere considerata una gravidanza a basso rischio ostetrico, che può essere dunque seguita e presa in carico a livello territoriale, da una gravidanza invece ad alto rischio, che dovrebbe essere subito dirottata a livello di ambulatorio specialistico in ambito ospedaliero.

La presa in carico dovrebbe cominciare dall'inizio, cioè dalla fase preconcezionale, per concludersi solo dopo il parto, con la riassunzione in carico della donna, affinché la stessa possa essere seguita nel puerperio ed avere il sostegno necessario per l'allattamento al seno.

Proprio sulla base della rilevazione compiuta dall'ISS, risulta che, se nel 2007 i **consultori** erano complessivamente 2.097, questi si sono **ridotti poi nel 2009 a 1.911.**

Dall'indagine si evince che i corsi di preparazione al parto hanno assunto una nuova denominazione presso le strutture sanitarie: **«Corsi di accompagnamento alla nascita ed alla genitorialità (CAN)».** Non si tratta di una semplice variazione semantica: questa nuova definizione sottende, infatti, importanti valori etico/filosofici contemplati anche nel nuovo Codice Deontologico dell'ostetrica/o, *ovvero garantire la continuità delle cure in tutto il percorso nascita, presa in carico sotto il profilo clinico-assistenziale, sostegno psico-emozionale e sociale alla coppia genitoriale, centralità della donna/coppia/famiglia – approccio olistico, tutela dei processi fisiologici, valorizzazione e sostegno delle competenze materne/genitoriali e della autodeterminazione della donna nelle scelte responsabili, in particolare in merito alle modalità di gestione della gravidanza e del parto.*

La figura 31 mostra la rappresentazione del potenziale ruolo che i Consultori andranno a sviluppare, potenziare nell'ambito del percorso nascita (Figura 31).

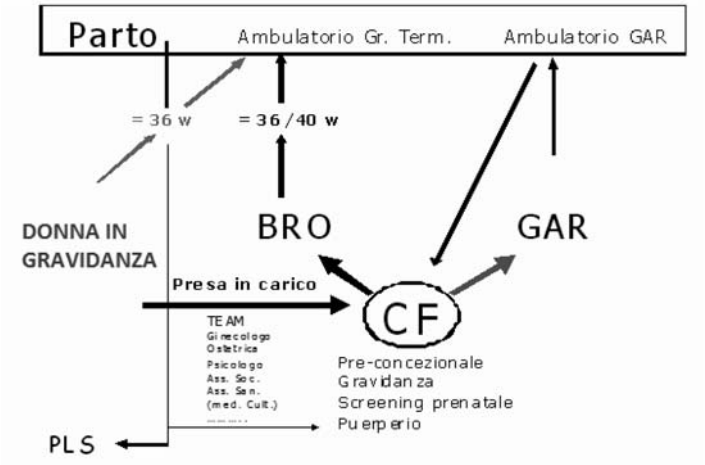


Figura 31: Ruolo potenziale dei Consultori nell'ambito del percorso nascita.

Le evidenze scientifiche dimostrano che la partecipazione al CAN comporta un effetto favorevole sulla salute materno-fetale e neonatale; infatti le donne si presentano in sala parto già in fase attiva (ovvero hanno maggior consapevolezza dei fenomeni fisiologici connessi al processo biologico del parto), vi è una riduzione del taglio cesareo su richiesta materna ed un minor utilizzo dell'analgesia farmacologica. I CAN, soprattutto se combinati a incontri post natali, si sono dimostrati efficaci nell'incrementare i tassi di inizio dell'allattamento al seno e nel prolungare la durata dell'allattamento al seno esclusivo. Attraverso i CAN **le ostetriche garantiscono la continuità delle cure,** svolgono un **importante ruolo educativo** e di counselor, e di tutela della fisiologia del percorso nascita, contrastando attraverso il loro intervento competente la medicalizzazione dell'assistenza, quale obiettivo di salute pubblica indicato nei recenti dispositivi ministeriali. La presa in carico dovrebbe cominciare dall'inizio, cioè dalla fase preconcezionale, per concludersi solo dopo il parto, con la riassunzione in carico della donna, affinché la stessa possa essere seguita nel puerperio ed avere il sostegno necessario per l'allattamento al seno.

Questo crea il **substrato anche per favorire la capacità di autodeterminazione nella donna** e nella coppia, nell'ottica di una scelta responsabile e condivisa circa le cure erogate. I CAN accrescono la capacità delle donne di partecipare alle decisioni da prendere al momento del parto. A fronte di quanto evidenziato emerge che è fondamentale incrementare l'offerta attiva dei CAN, in particolare alle donne del centro, del sud Italia e delle isole.

L'assistenza in gravidanza è fornita per la stragrande maggioranza (quasi l'82 per cento) dal ginecologo, mentre la percentuale relativa al-

l'assistenza fornita dal consultorio familiare è del 15 per cento, estremamente ridotta è la quota delle gravide assistite dall'ostetrica.

Le ostetriche dei consultori familiari in particolare sono le figure competenti e maggiormente presenti sul territorio garanti di un'offerta attiva dei CAN; è auspicabile quindi un incremento di tale risorsa professionale, impiegandola anche nella sorveglianza della gravidanza fisiologica, che attualmente risulta gestita dall'ostetrica solo nel 3 per cento delle gestanti, in particolare in donne straniere. Questo inappropriato utilizzo delle ostetriche nella presa in carico «della gravidanza fisiologica» è anche dovuto alla mancata dotazione del «ricettario rosa» per la prescrizione gratuita degli esami previsti. È auspicabile che questo gap possa essere colmato tempestivamente, visto che tale procedura, strumento di controllo delle prestazioni gratuite, è stata indicata nel Piano Sanitario Nazionale 2010-2013.

Emerge che alcune realtà regionali hanno attivato punti di assistenza al percorso della gravidanza fisiologica gestiti dalle ostetriche, mentre i medici saranno dedicati poi all'ambulatorio delle gravidanze a rischio.

Frequentare un corso di preparazione al parto magari con il partner in un progetto di «genitorialità condivisa» e di ottimizzazione del percorso nascita assume grande rilievo. Tale percorso di preparazione al parto potrà essere seguito anche presso il Punto Territoriale di Assistenza (PTA) o il consultorio più vicino. In tal caso la gravida disporrà di una **cartella, unica per tutta la regione e assolutamente condivisa e leggibile da tutti gli operatori regionali.** Verrà, quindi,invitata a termine di gravidanza dall'operatore del PTA o consultoriale a recarsi presso il presidio ospedaliero più vicino.

Azioni:

– Maggior impiego delle ostetriche nella sorveglianza della gravidanza fisiologica

– Creazione di una cartella informatizzata, unica per tutta la regione e assolutamente condivisa e leggibile da tutti gli operatori regionali che segue la donna e che contenga anche i dati ISTAT e CeDAP

– Rivalutazione del ruolo dell'ostetrica e delle figure professionali (ginecologo-pediatra-psicologo) nel post parto come accompagnamento presa in carico della puerpera e del bambino

Percorso Nascita: Trattamenti complementari

L'OMS nel novembre del 2008, ha poste le premesse che hanno poi condotto alla emanazione di una risoluzione nella quale si sollecitano gli Stati membri a prendere in considerazione l'adozione e l'implementazione del contenuto della «Dichiarazione di Pechino» sulla medicina tradizionale, e a rispettare, preservare e diffondere la conoscenza della medicina tradizionale ed, inoltre, a prendere in considerazione in modo appropriato l'inclusione della medicina tradizionale nei sistemi sanitari nazionali.

È stato segnalato durante le audizioni, che l'agopuntura dimostra la sua efficacia nel lenire il dolore del travaglio, nel ridurre la durata del travaglio, nel trattare le condizioni di debolezza delle contrazioni uterine e anche, laddove si ricorra all'episiotomia e alle suture, permette di non usare farmaci, ponendosi come semplice mezzo analgesico.

Esistono realtà regionali (Toscana) con servizi pubblici di medicina cinese.

Ulteriori campi di impiego dell'agopuntura includono la sindrome premestruale, la nausea in gravidanza, il dolore lombare e pelvico in gravidanza.

Il trattamento MOXA (che è una stimolazione con il calore dei punti impiegati in agopuntura) può risultare efficace sul rivolgimento fetale e, specificatamente, anche sul dolore in travaglio.

Promozione dell'allattamento al seno

Come illustrato in sede di audizione, il Ministero della salute ha messo in atto una serie di misure per la promozione dell'allattamento al seno. Si tratta infatti di una priorità a livello internazionale, considerata come elemento qualificante dalla stessa OMS e dall'UNICEF (*United Nations Children's Fund*) come fonte di effetti naturalmente positivi, non solo per quanto riguarda la madre ed il bambino, ma anche per l'intera collettività. È noto, infatti, che una corretta alimentazione, quale è quella che il latte materno assicura, produce effetti senz'altro positivi anche durante la successiva fase di crescita del bambino e nell'età adulta.

L'OMS stima che se tutti i bambini fossero allattati esclusivamente al seno nei primi sei mesi di vita, ci sarebbero circa 1,5 milioni di bambini salvati, e questo è un dato davvero importante.

Allattamento al seno: aspetti epidemiologici

Se guardiamo alla situazione italiana, in base ai dati statistici raccolti dall'ISTAT, risulta che: nel 1999-2000 le donne che hanno allattato al seno sono state l'81,1 per cento, dato che si mantiene costante anche nel periodo 2004-2005. Per quanto riguarda invece la durata media del periodo di allattamento, si va da 6,2 mesi nel 1999-2000, per arrivare a 7,3 mesi nel 2004- 2005. Si tratta di dati ISTAT che lasciano però alcuni dubbi, dal momento che non sono il risultato di rilevazioni svolte a livello medico, ma registrati nel corso di colloqui orali con le madri.

Se andiamo poi a vedere la tendenza, da questo punto di vista emergono delle nette differenze tra Nord, Centro e Sud.

Dai dati disponibili risulta che, al momento delle dimissioni, circa l'86,1 per cento delle mamme del Nord-Est allatta, contro il 74,2 per cento che si registra invece nelle Isole; nei primi sei mesi di età, inoltre, questa percentuale tende a scendere dal 73,8 per cento nel Nord-Est, al 53 per cento – che si riduce poi ulteriormente al 26 per cento – nelle Isole.

Tra le Azioni promosse ad oggi dal Ministero della salute vi sono:

– Emanazione delle «Linee di indirizzo sulla promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno» (Accordo tra Governo, Regioni e P.A. del 20 Dicembre 2007);

– Istituzione del Comitato Nazionale Multisettoriale per l'allattamento materno (DM 15 aprile 2008, DM 25 febbraio 2009).

Su tale base, l'allattamento al seno costituisce un diritto fondamentale dei bambini, pertanto le madri devono essere sostenute in ogni luogo e in ogni tempo, per favorire questa pratica. Bisogna incentivare la possibilità delle madri di allattare anche nei luoghi di lavoro; spesso, infatti, si assiste ad un prolungamento dell'assenza dai luoghi di lavoro per poter assistere i bambini, laddove se in tale contesto fossero create le condizioni ideali di sostegno alle madri, verosimilmente le madri continuerebbero ad allattare.

Nell'ambito del Comitato multisettoriale per l'allattamento al seno sono rappresentati diversi Ministeri, Società scientifiche di pediatria e neonatologia e l'Associazione delle professionalità sanitarie. Gli obiettivi che si propone, in linea con l'accordo intervenuto in Conferenza Stato-Regioni, mirano alla realizzazione di una rete nazionale di promozione, protezione e sostegno dell'allattamento.

Emerge l'importanza di verificare nel tempo il proseguimento dell'allattamento. È stato previsto di monitorare la situazione a tre, cinque e undici mesi di età del bambino, tappe coincidenti con i calendari vaccinali con il supporto dei pediatri di famiglia e delle strutture sanitarie locali.

Promozione della cultura dell'allattamento: strategie per sostenerlo

Altro aspetto importante è promuovere la cultura dell'allattamento, attraverso corsi di formazione a tutti i livelli e per tutti gli operatori sanitari, anche e soprattutto nelle scuole di ogni ordine e grado.

Come emerge dai dati in possesso, la promozione dell'allattamento al seno ed il sostegno alla madre rientrano tra le competenze e doveri deontologici dell'ostetrica. È apparso che ancora oggi, negli ospedali, il personale dedicato fornisce alle donne informazioni contrastanti sull'allattamento materno e questo genera in loro confusione, ansia. È ormai condiviso a livello internazionale che l'allattamento al seno comporta dei vantaggi per la salute di madre e bambino. Tutti i bambini dovrebbero essere esclusivamente allattati al seno per i primi sei mesi di vita, come indicato da OMS/UNICEF che la considera una misura di salute pubblica.

Emerge la necessità di sviluppare e potenziare iniziative volte a promuovere e sostenere l'allattamento al seno. Esse sono contenute in programmi sviluppati in maniera congiunta da WHO e UNICEF e riguardano sia le pratiche di assistenza alla donna e al neonato in ospedale (*Baby-Friendly Hospital Initiative*) ovvero i 10 passi per essere riconosciuti «Ospedale amico del bambino». Si tratta di realtà ancora poco diffuse sul territorio nazionale. Tra le diverse realtà sanitarie deputate a sviluppare la promozione dell'allattamento al seno **sono coinvolti** anche i **consultori.**

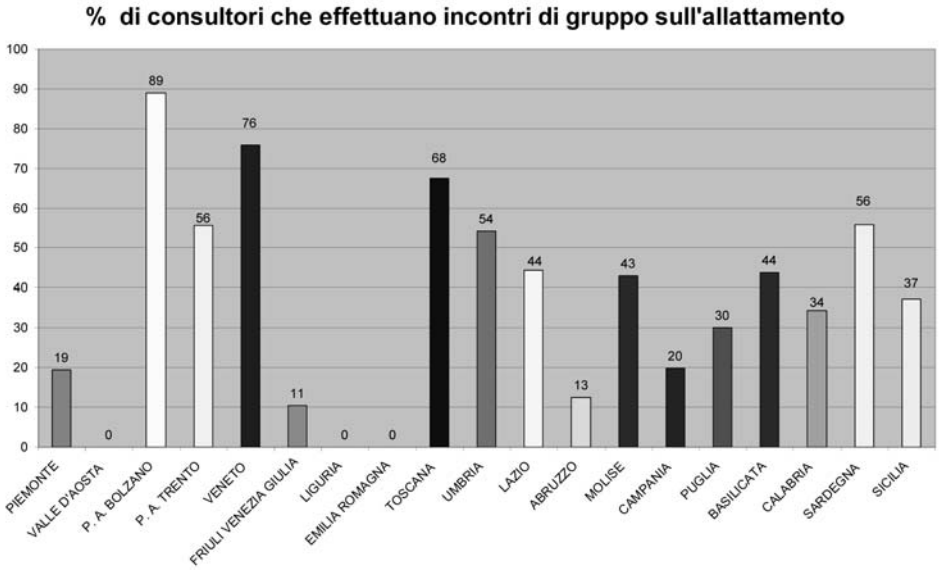


Figura 32: Consultori (%) che effettuano incontri di gruppo sull'allattamento.

Nella figura 32 è presentata la fotografia relativamente ad attività dei consultori riguardo l'allattamento (Figura 32).

La promozione dell'allattamento al seno ed il sostegno alla madre rientrano tra le competenze e doveri deontologici dell'ostetrica. Da sempre le ostetriche si prendono cura delle madri e dei loro bambini.

Diversi sono gli interventi da realizzarsi in gravidanza, durante il parto e nel *post-partum* e che facilitano, sostengono questa importante competenza materna e ne prolungano la pratica.

Tra questi:

– contatto precoce «pelle-a-pelle» subito dopo il parto;

– linea guida per migliorare la «*care*» del neonato e della madre;

– *Roomimg-in* che oltre che facilitare l'allattamento al seno, rafforza il legame madre-figlio ed incrementa la fiducia materna nelle proprie capacità di potere poi accudire da sola il bambino una volta a casa;

– il precoce attaccamento al seno (immediatamente dopo il parto) promuove le espressioni delle innate capacità naturali di madre e bambino di «ritrovarsi»;

– allattare il bambino «a richiesta», sostenere la donna nelle modalità di attacco al capezzolo, evitare l'uso di tettarelle artificiali, biberon e ciucci, soprattutto nei primi mesi di vita, non dare al bambino altri liquidi diversi dal latte materno.

Oggi, interagiscono due realtà diverse, quella ospedaliera e quella territoriale. Con gli atti, le normative e gli accordi dell'ultimo decennio, si sta cercando di mettere in connessione il territorio con l'ospedale, creando così una rete, per fare in modo che ci siano una reale presa in carico e una continuità assistenziale della persona. Il CAN rappresenta uno strumento molto importante, perché agisce direttamente sull'empowerment della

donna e sulla possibilità di partecipare a scelte assistenziali, piuttosto che subirle come un'attività direttiva dell'operatore sanitario.

Un'ipotesi proposta è quella di un corso di accompagnamento alla nascita misto e quindi consultoriale ed ospedaliero. La donna, in questo modo passerebbe attraverso il territorio, per poi giungere all'ospedale. Il corso potrebbe essere svolto da personale del consultorio così come da quello dell'ospedale, e gli ultimi incontri dovrebbero avere luogo proprio in ospedale, per arrivare a conoscere già l'ambiente dove avrà luogo il travaglio e il parto.

Criticità: I dati mostrano la misurata dimensione dell'allattamento al seno in Italia e la precoce sospensione legata a numerosi fattori legati alla donna e non.

Azioni: Necessario dialogo Punto Nascita – Territorio.

Depressione post-partum

Il quadro clinico della depressione *post-partum* classicamente comprende umore disforico, disturbi del sonno, disturbi dell'appetito, disturbi psicomotori, affaticabilità, presenza di senso di colpa, pensieri suicidi. La sua durata varia da alcuni mesi fino a due anni (nelle forme gravi). Tuttavia, nel complesso, l'intensità e la gravità dei disturbi dell'umore durante la gravidanza e nel puerperio si presentano come un *continuum* che va dalle forme più lievi come il *Maternity Blues*, fino alle forme gravi come la psicosi puerperale.

Depressione del *Post-partum:* Epidemiologia

Il *Maternity Blues* riguarda il 50-84 per cento delle donne dopo il parto, è un **disturbo dell'emotività** transitorio, più frequente nella prima settimana del *post-parto,* caratterizzato prevalentemente da pianto, labilità dell'umore. Più grave, la **psicosi puerperale**, che colpisce l'1-2 per cento delle donne con deliri, allucinazioni e riduzione della funzionalità della donna a livello globale.

Da quanto rilevato in sede di audizione le psicopatologie del *post-partum* possano avere conseguenze non solo sulla salute mentale della donna ma anche sulla relazione madre-bambino e sullo strutturarsi della mente del bambino. Poiché il bambino costruisce la sua mente nelle prime fasi di vita attraverso l'interrelazione con la madre, la madre che non è in grado di fornire un'attenzione specifica, essendo assorbita da situazioni di tensione personale, costruisce una relazione con il bambino disregolata che si riflette sullo sviluppo futuro del bambino.

Il **suicidio e l'infanticidio**, in effetti, sono eventi rari tuttavia comunque rappresentano una sconfitta della medicina, inoltre, gli studi sull'intero periodo perinatale sottolineano un forte legame tra depressione durante la gravidanza (in particolar modo nel primo trimestre) e la depres-

sione *post-partum*. Sostanzialmente i dati disponibili concordano su una prevalenza del 10-15 per cento nei paesi ad alto reddito ed una prevalenza del 19,8 per cento nei paesi a basso e medio-basso reddito.

In Italia oltre 90.000 donne (il 16 per cento delle donne in gravidanza) soffrono di **disturbi depressivi** e di ansia nel periodo perinatale (dalla gravidanza fino a 12 mesi dopo il parto).

I dati illustrati in sede di audizione anche di nostre grandi realtà di punti nascita, confermano tale prevalenza. Un recente studio indica una incidenza di depressione in gravidanza del 2,2 per cento e nel puerperio del 6,8 per cento.

Emerge che solo il 49 per cento delle donne in gravidanza che presentano sintomi depressivi richiede un intervento medico. Fino al 50 per cento dei casi di depressione nel *post-partum* restano sconosciuti. I sintomi sono frequentemente sottovalutati e trascurati sia dalle pazienti che dai clinici. Spesso alla dimissione ospedaliera dopo il parto, la prima visita di controllo avviene dopo 40 giorni.

Secondo quanto illustrato dal responsabile del progetto «Un sorriso per mamme» dell'Osservatorio nazionale sulla salute della donna queste condizioni dipendono dall'intrecciarsi di molteplici fattori: fattori ormonali, in particolare di tipo sessuale e tiroideo e fattori legati ai livelli dei neurotrasmettitori; fattori immunologici (cortisolo, interleuchine); fattori fisici (ad esempio, la stanchezza indotta dai ritmi imposti dal bambino e la fatica del *post partum*); fattori psicologici (ad esempio, una personalità caratterizzata dalla bassa autostima o tendente al perfezionismo); fattori sociali (come la giovane età, l'inesperienza e la scarsità di aiuto e sostegno); fattori cognitivi, come il nutrire aspettative irrealistiche sull'essere madre o sul bambino.

La diagnosi permette di riconoscere, in base ai sintomi, le forme di depressione e di stabilire la tipologia di percorso da realizzare. Attraverso il riconoscimento dei fattori di rischio viene stabilito il primo colloquio psichiatrico e deciso che tipo di intervento realizzare (psicoterapico o farmacologico), si cerca di capire la necessità di attivare anche interventi familiari, incontri con il partner, visite domiciliari, fino ad arrivare al ricovero.

Depressione *Post-partum:* prevenzione

La prevenzione si basa su: un approccio integrato e multidisciplinare sia alla crisi adolescenziale (precursore identitario dei processi della maternità) che alla gravidanza, al parto ed al puerperio.

Esistono varie tipologie di prevenzione:

– una prevenzione primaria, che riguarda la messa in atto di interventi volti alla riduzione del rischio prima che compaia il disturbo stesso;

– prevenzione secondaria, che si applica ad un target selezionato, ovvero alle donne in gravidanza e nel *post partum;*

– prevenzione terziaria, che si applica sulle donne con psicopatologia conclamata. Lo scopo è ridurre la gravità e le conseguenze della condizione clinica sul funzionamento globale della donna.

L'obiettivo è quello di operare in una psichiatria di *liaison* in collaborazione con il personale, non di sola delega allo psichiatra, come operatore, o allo psicologo come colui che interviene. Infatti, le madri e i genitori hanno a che fare con l'ospedale e con figure che quotidianamente, molto più degli psichiatri e degli psicologi, entrano in contatto con le difficoltà di queste donne e di questi genitori nella relazione con i bambini.

Tra i progetti in corso presso l'ospedale dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, interessante appare il Progetto GperiG, chiamato anche «Un nido per i gemelli», che si propone di lavorare preventivamente sulle coppie in attesa di gemelli, durante tutto il periodo della gravidanza e che prevede incontri di discussione d'equipe. Spesso gli incontri sono poi continuati nel tempo per un gruppo di gemelli anche nel loro ambiente familiare. Ciò consente di effettuare un monitoraggio a più breve scadenza della situazione della madre e quindi del bambino. Nell'ambito di tali visite, i pediatri, somministrano alle madri e ai padri l'EPDS (*Edimburg Postnatal Depression Scale*). Si tratta di una scala di valutazione, di un *self-report*, attraverso cui viene fornita ai pediatri un'indicazione abbastanza attendibile dello stato depressivo in cui si trovano la madre e il padre.

Negli ultimi due anni, **su 1.122 madri e 499 padri, mediante la scala dell'EPDS, è stata riscontrata una positività alla depressione del 26 per cento nelle madri e del 30 per cento nei padri. Detta positività, rivalutata poi clinicamente, scende complessivamente al 12 per cento.**

Un altro strumento utile è l'ADBB (*Alarm Distress Baby scale*). Si tratta di una scala di valutazione, e non di un *self-report*, che può essere posta in essere anche da infermieri o personale addestrato, in base alla quale si osserva il tipo di interazione del bambino con la madre e gli atteggiamenti assunti dal bambino stesso. Ciò consente di valutare la presenza o meno di precursori che possano indicare una disregolazione della relazione del bambino con la mamma. Attraverso questa scala è stato rilevato che il 70 per cento dei bambini positivi alla ADBB ha madri con depressione *post partum.*

Nella tabella 21 sono illustrati fattori di rischio e fattori protettivi per la depressione post-partum (Tabella 21). È chiaro come laddove esistono situazioni di maggiore stabilità e protezione vi una minore probabilità dell'espressività del quadro psicopatologico.

Progetto «un sorriso per le mamme». Il 18 novembre 2010 è approvata in Senato una mozione sul tema della depressione che impegna il Governo a migliorare l'accessibilità alle cure, a sensibilizzare la popolazione sulla depressione come patologia curabile, a creare una rete tra medici di medicina generale e specialisti e, soprattutto, a istituire dei cen-

tri regionali di riferimento per la cura della depressione in gravidanza e nel post partum, riconosciuti dal Ministero della salute.

L'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (O.N.Da), ha deciso di realizzare il progetto «Un Sorriso per la Mamme», che è stato lanciato a dicembre 2010. Il progetto ha tre aree di attività principali: istituzionale, di comunicazione e territoriale.

Il 16 marzo 2012, in occasione del 3º Incontro istituzionale sulla salute riproduttiva tra O.N.Da e Organizzazione mondiale della sanità è stato richiesto il supporto del gruppo di parlamentari presenti per la creazione di un **tavolo tecnico al fine di realizzare Linee guida nazionali** dedicate agli operatori da veicolare nei Centri preposti alla cura della depressione perinatale, che purtroppo in Italia non sono ancora presenti.

Fattori di rischio	*Fattori protettivi*
Circostanze sociali ed economiche Difficoltà finanziarie Giovane età Appartenere ad una minoranza etnica o religiosa	**Più anni di educazione**
Relazioni familiari e sociali Supporto sociale insufficiente	**Avere un lavoro sicuro**
Salute riproduttiva e generale	**Avere un partner impiegato**
Aspetti riproduttivi avversi Gravidanza non voluta Nullipara o primipara (con una nascita recente) Aborto spontaneo o indotto in passato Precedente natimortalità Problemi medici coincidenti Ospedalizzazione prenatale Parto cesareo	**Essere membri di una maggioranza etnica**
Qualità della relazione con il partner	**Cure post-partum tradizionali da parte di una persona di fiducia**
Storia di problemi mentali	
Caratteristiche dell'infante	

Tabella 21: fattori di rischio e fattori protettivi per la depressione post-partum

Per quanto concerne l'area di attività di comunicazione, l'obiettivo della campagna è quello di **stimolare sia la classe medica che l'opinione pubblica** a confrontarsi e ad essere più consapevoli della grande **vulnerabilità psichica di ogni futura mamma**, aiutando la donna ad uscire dallo stato di solitudine in questo delicato momento della vita. È stato infatti creato un sito *ad hoc* dove le mamme possono porre domande agli esperti di riferimento e sono stati realizzati uno spot e una campagna stampa per sensibilizzare le donne.

In relazione all'attività territoriale, O.N.Da, attraverso la mozione che è stata approvata, ha individuato sei centri promotori del Progetto, a cui si stanno affiancando altre strutture preposte all'assistenza e alla cura delle donne in gravidanza e nel post partum. Sono stati definiti, insieme ai

sei responsabili dei dipartimenti di Neuroscienze dei centri promotori, dei criteri specifici per aderire al network dei Centri di eccellenza. L'obiettivo è **creare una rete territoriale** di riferimento per tutte le donne affette da questa patologia. I primi sei centri promotori sono localizzati omogeneamente in tutto il territorio nazionale: a Milano, Torino, Pisa, Ancona, Napoli e Catania. Ad oggi si sono aggiunti altri 12 centri dislocati in diverse Regioni italiane.

I figlicidi sono diminuiti da 14 nel 2009 a 7 nel 2011. Tale trend potrebbe essere seguito non solo al Progetto «Un sorriso per mamme» ma anche grazie ad una maggiore attenzione da parte di tutti gli stakeholder su questo tema.

Depressione *Post Partum* – Punti nascita – Rete Territoriale

Alcuni punti nascita hanno segnalato, in sede di audizione, di disporre di uno psichiatra e di uno psicologo, oltre ad ambulatori appositi dove, qualora ginecologi o ostetriche identificassero fattori di rischio per lo sviluppo di una depressione post partum, vengono inviate le donne durante la gravidanza ed eventualmente in puerperio.

La regione Emilia Romagna ha definito tra gli 11 obiettivi del percorso nascita, quello di migliorare l'assistenza ai disturbi emozionali della donna in gravidanza nel primo anno di vita del bambino con interventi di prevenzione e terapeutici che completino l'assistenza al percorso nascita (Obiettivo num. 5). Esiste, ed è definito, un percorso per il sostegno della donna affetta da Depressione *Post* Parto in collaborazione con le strutture territoriali che segnalano i casi prima del parto e li riprendono in cura dopo la dimissione.

Certamente i corsi di preparazione al parto rappresentano un passaggio importante per individuare le donne a rischio. Secondo questa prospettiva, il luogo migliore per seguire la gravidanza non sarebbe l'ospedale, dove il ginecologo di turno è sempre diverso, ma i consultori familiari dove almeno è garantita una certa continuità di assistenza da parte degli operatori e quindi esiste una maggiore possibilità di identificare i fattori di rischio.

Azioni:

– accessibilità omogenea alle cure. Sarebbe auspicabile, a livello di assistenza sul territorio un'accessibilità omogenea alle cure. Per questo motivo sarebbe utile istituire un tavolo tecnico istituzionale volto a creare delle linee guida dedicate agli specialisti per la diagnosi e cura della depressione *post-partum;*

– lavorare sulla genitorialità. Dagli uditi è stata sottolineata l'importanza del lavoro sulla genitorialità, e la necessità di costruire precocemente quei precursori che sono protettivi della nascita non solo del bambino, ma anche di due genitori. Infatti con la nascita non nasce solo un

bambino; nasce anche una coppia di genitori, che deve costruirsi una propria esperienza nella vita.

Autodeterminazione della donna nella scelta della modalità del parto

Al di là delle motivazioni sociali, individuali, economiche, si è affacciata in Italia, anche se meno prepotentemente di quanto avviene negli Stati Uniti e negli altri Paesi, l'autodeterminazione della donna nella scelta della modalità del parto; ciò significa che la donna ha preso coscienza della sua potenziale libera scelta riguardo tutti quegli aspetti che sono legati all'evento «Nascita».

In seno agli interventi dell'indagine conoscitiva, è emersa la forza con cui la donna vuole portare avanti la sua idea personale di come affrontare questo momento, con scelte che addirittura non sono esclusivamente legate al taglio cesareo, bensì affrontano globalmente tutto il Percorso Nascita; infatti la donna in molte realtà sceglie:

– da chi (ostetrica/ginecologo) e dove (consultori/studio medico/ ospedale) essere seguita in gravidanza,

– a chi rivolgersi per il Corso di Accompagnamento Nascita (Ostetrica consultoriale/ struttura Ospedaliera) coinvolgendo o meno il *partner,*

– dove partorire (Casa da Parto – Ospedale 1º e 2º Livello, strutture private accreditate),

– decide il rapporto fiduciario di chi la seguirà al momento del Parto quali:

– il medico, maggiormente al Sud, prediligendo il maggior rischio di TC ma in sicurezza,

– il Team di turno di sala parto (l'ostetrica con supervisione del medico nella maggior parte dei punti nascita pubblici h 24 dove è l'ostetrica che gestisce il parto fisiologico e il medico di turno supervisiona),

– esclusivamente l'ostetrica come nelle case da parto accluse ad un punto nascita,

– la presenza o meno del partner al momento del parto,

– la modalità di come affrontare il travaglio e la fase del parto in base alla sua spontanea sensazione (accovacciata, sulla sedia da parto, in vasca, con Liana) o in base ad aspetti culturali –religiosi in un contesto di globalizzazione,

– di scegliere di «Non sentire Dolore» con parto analgesia ed individuando le strutture dove lo offrono,

– scegliere di non affrontare il parto e preferire il TC (seguendo un percorso *ad hoc*),

– scegliere di partorire con un parto vaginale dopo un pregresso TC,

– il *roaming* – allattamento.

È stata sottolineata l'importanza e soprattutto l'evidenza di adeguare il percorso nascita interessando le figure, nelle scale gerarchiche coinvolte,

a prevedere una modalità «istituzionalizzata» e cercare di soddisfare questa Libera Scelta della Donna.

È emerso che trattasi di un percorso che va costruito e che trova uno spazio per una «alleanza» tra Utenti, Professionisti e Istituzioni (pubbliche e private) che significa anche processo di costruzione di standard e strumenti di controllo comuni, all'interno di un sistema che garantisca la «Sicurezza», che tengono conto di: dignità e rispetto, condivisione delle Informazioni, partecipazione, collaborazione.

Nelle realtà regionali che, ad oggi, sono in grado di garantire i diversi percorsi citati, si può osservare che la donna si informa e sceglie e magari si sposta non solo di ospedale ma anche di città (realtà degli ospedali che garantiscono il parto in acqua o la parto analgesia); da questo è presumibile che il non offrire, o comunque non iniziare questo percorso, precluderebbe la potenziale nascita in quell'ospedale da più utenti e perdita di numero/nati.

Criticità:

– Medicalizzazione dell'evento nascita;

– Limitato numero di punti nascita che soddisfano le diverse esigenze del percorso nascita dal punto di vista della richiesta della gravida (dal corso di accompagnamento alla modalità non medicalizzata del parto tenendo conto anche degli aspetti culturali e religiosi).

Azioni:

– La libera scelta va costruita passando attraverso le scuole, l'empowerment dei corsi pre-parto e la demedicalizzazione della gravidanza;

– Umanizzazione e Demedicalizzazione dell'evento nascita con la possibilità della gravida di sentirsi libera di far ciò che vuole, in piena autonomia,e senza eccessiva medicalizzazione (CTG, visite continue, etc...), ma allo stesso tempo sentirsi al centro dell'attenzione degli operatori (ostetrico/a, anestesista, ginecologo etc...);

– Mantenere un rapporto fiduciario durante travaglio e dopo il parto tra team degli operatori coinvolti fornendo una risposta chiara ad ogni domanda o ad ogni curiosità legata al suo percorso di travaglio;

– Aver vicino il partner per tutta la durata del travaglio e per il parto **(genitorialità condivisa)**;

– sistema di monitoraggio che consentirebbe nel tempo di passare dal desiderio e dall'intenzione, alla realizzazione concreta di qualcosa che poi sia effettivamente misurabile e monitorizzabile.

Autodeterminazione della scelta del TC.

Relativamente all'autodeterminazione della scelta del TC, ad oggi è stato ampiamente rimarcato anche da Direttori di UOC di Ginecologia e Ostetricia che non si può negare. È un *trend* che riguarda una quota non

bassa di donne, di un certo ceto sociale, che oggi preferiscono automaticamente il cesareo e che vengono assecondate perché non si ha alternativa.

Dalle Linee Guida del Cesareo dell'SNLG emerge che le ricerche bibliografiche hanno consentito di individuare studi che analizzano le ragioni della richiesta materna di TC in assenza di indicazioni cliniche e il comportamento dei professionisti sanitari in relazione a tale richiesta. Integrano questa analisi alcuni lavori in cui gli autori, valutando gli aspetti etici del fenomeno, elaborano indicazioni di comportamento per i sanitari.

Sono pochi gli studi sperimentali che valutano l'efficacia di interventi volti a supportare la scelta della modalità di parto. Il fenomeno della richiesta materna di TC, senza motivazione medica o ostetrica, è un argomento molto dibattuto.

Non abbiamo dati nazionali ma solo alcune esperienze riportate in audizione, tra cui quella del Direttore di UOC di Potenza, da cui emerge che i parti cesarei su richiesta materna costituiscono l'1,4 per cento del totale. È stato ampiamente sottolineato che per quanto l'autodeterminazione della donna possa rappresentare il momento culmine di questa scelta, il parto cesareo è un intervento chirurgico non esente da rischi. È dimostrato, infatti, che la morbilità è maggiore e, di conseguenza, in quel contesto effettuano un appropriato *counselling* ostetrico, a cui segue un counselling di secondo livello psicologico o psichiatrico e il bilancio di queste valutazioni fa propendere a favore della richiesta della paziente.

Altro aspetto è il momento in cui può essere espressa questa volontà e si è sottolineato che sebbene il concetto di libera scelta della donna va sostenuto e difeso, è necessario costruirlo nel tempo. Non si può immaginare che la libera scelta venga esercitata nell'ultima mezz'ora prima del parto.

Criticità:

– Non conoscenza su scala nazionale del fenomeno TC su richiesta materna

– Non conoscenza delle modalità attuali del percorso di soddisfazione di tale richiesta

Azioni:

– Necessità di individuare un percorso istituzionalizzato su TC su richiesta materna: dal chi raccoglie e soddisfa la richiesta – come e con quale strumento di consenso e quando in relazione all'epoca gestazionale e alla situazione o meno di emergenza

Le LG del SNLG sul Taglio Cesareo a riguardo del TC su scelta materna danno le seguenti raccomandazioni:

1. La richiesta materna, in assenza di motivazioni cliniche, non rappresenta un'indicazione al TC.

I professionisti sanitari devono esplicitare i potenziali benefici e danni del taglio cesareo rispetto al parto vaginale, discutere approfondita-

mente con la donna le motivazioni di tale richiesta e documentare l'intero percorso decisionale nella cartella clinica. [BPC]

2. Qualora il motivo della richiesta di TC da parte della donna sia riconducibile primariamente alla paura del parto, si raccomanda di offrire, già durante la gravidanza, interventi informativi e di supporto standardizzati e validati (come l'assistenza one-to-one e l'offerta di parto-analgesia anche non farmacologica), in grado di rassicurare la gestante e sostenerla nel processo decisionale. [IA]

3. In assenza di un'appropriata indicazione clinica, il medico ha il diritto di rifiutare una richiesta di TC programmato. In ogni caso, alla donna deve essere garantita l'opportunità di accedere a un secondo parere. [BPC]

Autodeterminazione della donna e aspetti medico – legali

Tra le audizioni è stato affrontato anche l'aspetto medico legale riguardo il tema delle modalità di esercizio dell'auto-determinazione della donna nella scelta tra parto cesareo o naturale e gli altri aspetti legati all'evento nascita; Viene sottolineato che sarebbe più corretto parlare di modalità di esercizio dell'auto-determinazione della donna nella scelta (concertata) della tipologia del parto e dell'assistenza al parto.

Emerge l'importanza di assicurarsi che tutta l'assistenza sia deontologicamente e giuridicamente documentata nel modo migliore; inoltre è rilevante disporre di strumenti, come i moduli di consenso informato, all'altezza della situazione.

L'argomento è decisamente diversificato, a seconda che si tratti di:

– donne sempre seguite durante la gravidanza dagli specialisti del Punto Nascita: in questi casi solitamente si pongono soltanto problemi di natura organizzativa sanitaria e assistenziale per la concertazione delle scelte assistenziali in generale e in punto di qualificazione dei percorsi di informazione per l'acquisizione del consenso;

– donne sempre seguite dagli specialisti del Punto Nascita, ma dopo il 1º trimestre di gravidanza: in questi casi è tuttavia più impegnativo il problema della corretta informazione della donna sulla necessità di accertamenti per la diagnosi di malattie/malformazioni fetali e sugli effettivi diritti della donna in punto di IVG;

– donne mai seguite durante la gravidanza da alcun specialista: in questi casi si ripropongono gli stessi problemi, ma spesso resi particolarmente importanti dall'epoca avanzata di gravidanza o dal riconoscimento di un'urgenza clinica; tra i problemi abbiamo quelli relativi alla concertazione, all'informazione, alla possibilità di accordi e i diritti della donna in materia di autodeterminazione necessariamente vengono compressi;

– donne che non riescono a produrre certificazioni sanitarie attendibili relative all'andamento della gravidanza al momento del parto: in questi casi si presentano nella pratica clinica problemi particolarmente importanti, non solo clinici, ma condizionati anche dall'epoca di gravidanza,

Tali aspetti talora impongono necessariamente limitazioni del diritto della donna all'auto-determinazione;

– donne seguite durante la gravidanza da specialisti diversi da quelli del Punto Nascita: in questi casi, deontologicamente e giuridicamente, si impone il coinvolgimento diretto dei medici che hanno in precedenza seguito la donna; inoltre è necessario l'approntamento di un'adeguata documentazione comprovante l'avvenuta consultazione e i motivi che giustificano scelte operative diverse da quelle già prospettate alla donna;

– donne libere di stato per le quali l'informazione tempestiva sui loro diritti all'assistenza e ai sussidi da parte delle istituzioni nel dopo parto è deontologicamente ed eticamente di massima rilevanza; il personale sanitario non è quasi mai in grado di dare tale informazione in modo competente ed efficace;

– donne che hanno concepito secondo pratiche di fecondazione medicalmente assistita che necessitano di un'assistenza personale specialistica e psicologica diversificata e personalizzata e di un'informazione qualificata da parte di psicologi e assistenti sociali esperti in materia;

– donne che non intendono essere nominate negli atti amministrativi e nelle certificazioni di legge per le quali si rendono necessari un'attenta valutazione dei motivi della decisione, una documentazione del loro stato di salute mentale e delle loro condizioni economico-sociali, una loro segnalazione ai servizi sociali e all'autorità giudiziaria nel sospetto di reato, ed altri accorgimenti specifici mirati al riconoscimento di casi sospetti di affittanza d'utero;

– donne che si presentano al Punto Nascita versando in stato di emergenza ostetrica: qualsiasi richiesta delle quali non può che essere subordinata agli interventi assistenziali a salvaguardia della loro salute e di quella del feto, anche se l'emergenza e l'urgenza clinica ostetrica non comportano necessariamente l'omissione dell'informazione e l'acquisizione del consenso;

– donne che non si esprimono nella lingua italiana alle quali deve essere assicurata la presenza di un traduttore/mediatore di fiducia dell'Ente;

– donne che appartengono a etnie e a società e comunità religiose che impongono loro e alla loro famiglia regole comportamentali particolari in occasione del parto. Queste richieste, una volta compresa la loro legittimità, devono essere rispettate sino a quando non comportano un aumento qualsiasi del rischio per la salute della donna e del feto. La pretesa di essere visitate del tutto vestite alla presenza del marito, dell'Imam o di altre persone, a seconda della regola riconosciuta dall'etnia di appartenenza. Tale richiesta, ad esempio, è incompatibile con l'assistenza perché comporta rischi operativi per la sala parto, dal momento che, a volte, non è possibile destinare una sala a una singola partoriente. Il parto in piedi o su una stuoia consacrata o alla presenza di gente che nulla ha a che fare con la famiglia, in contrasto quindi con le disposizioni normative vigenti nel nostro Paese che impediscono agli estranei di essere presenti nelle

strutture operative ospedaliere senza un valido motivo. Queste difficoltà devono essere comprese e possibilmente risolte.

Come emerso in audizione tre sono i parametri da prendere in considerazione:

1. la **capacità** decisionale della donna;
2. **l'effettiva** sussistenza dell'indicazione al cesareo;
3. la **fase del parto**, ossia la vicinanza al momento del parto, in cui viene a prospettarsi questa richiesta.

Vengono riportate alcune possibilità:

– Quando non ricorrono le indicazioni per il cesareo, ma la donna lo chiede ugualmente. In base al terzo parametro, se ci troviamo in una fase in cui non c'è un'urgenza indifferibile, allora, non prospettandosi il pericolo di un immediato nocumento per la donna, può tranquillamente prevalere il criterio della dignità professionale del medico e del perseguimento degli obiettivi più consoni alla tutela della salute della donna, il cesareo può essere rifiutato.

– Se ci troviamo in una situazione di urgenza, tanto più se indifferibile, la potestà del medico non può spingersi fino a costringere la donna, quando non vi siano pericoli per il feto, Per quanto riguarda il secondo parametro, la donna che rifiuti il cesareo di fronte a una indicazione medica precisa, pone in discussione l'altro aspetto, che è quello della doverosità di tutela del prodotto del concepimento che porta nel grembo. In quel caso si dovrà procedere a un bilanciamento di interessi. Sicuramente, il diritto alla salute della donna, esercitabile attraverso il suo diritto all'autodeterminazione, non può prevaricare il diritto alla vita del nascituro.

A prescindere, sono importanti la promozione della continuità assistenziale e della integrazione con l'assistenza territoriale (altro punto essenziale per poter prevenire un ricorso al TC inappropriato) e la promozione del ruolo dei vari professionisti nel percorso nascita, sia del ginecologo che dell'ostetrica, anche tramite l'individuazione dei percorsi per l'assistenza alla gravidanza a rischio e per quella fisiologica.

Evento Nascita: binomio inscindibile tra Sicurezza e Qualità

A seguito degli interventi degli auditi, dell'Associazionismo e delle Società Scientifiche intervenute è emerso che il servizio che si offre al cittadino in Sanità deve garantire sicurezza- qualità e professionalità.

Ancor più in un «Percorso nascita» è indispensabile raggiungere questo obiettivo.

La gestione della sicurezza dei punti nascita

La «Teoria della Soglia del Volume Clinico» (*Clinical Volume Threshold*) è in grado di spiegare perché i punti nascita al di sotto dei 500 parti non sono in Sicurezza.

Il dato CeDAP che evidenzia come non vi siano differenza regionali sulla percentuale di nascite di neonati in buona salute necessita un'attenta riflessione (valore medio 99,30 per cento – range 99,06 in Toscana e 99,56 in Valle d'Aosta).

Il fatto che 99 neonati su cento nascano in buona salute in tutte le regioni, fa emergere **l'evidenza incontrovertibile che le criticità severe si osservano in 1 parto su 100**. Sembrerebbe intuitivo ipotizzare che un ginecologo, l'ostetrica e il pediatra di una equipe di 9 medici che opera in una sala parto di 500 parti ha probabilmente occasione di incontrare tali criticità meno di una volta all'anno**,** e che quindi non sia in grado di accumulare una sufficiente esperienza professionale per affrontare in sicurezza i processi decisionali necessari.

Il problema se la teoria del «*clinical volume threshold*» apparentemente tautologica sia epidemiologicamente vera è stata affrontata da studi *ad hoc*.

La gestione della sicurezza madre-nascituro

Come emerso nel percorso delle audizioni «Nascere Sicuri» la gestione della sicurezza in ambito Materno – Infantile appare molto articolata e prevede una catena di azioni, tutte allo stesso modo rilevanti, tra cui:

Linee d'azione Istituzionali

come riportato nell'atto CU n 137 /2010 dove tra i 10 punti abbiamo:

a. Misure di politica sanitaria e di accreditamento con la razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1000/anno, e requisiti;

b. attivazione, completamento e messa a regime dello STAM e STEN;

c. Sviluppo di linee guida sulla gravidanza fisiologica e sul TC da parte del SNLG-ISS e loro implementazione;

d. Elaborazione, diffusione ed implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita;

e. Formazione degli operatori (formazione continua-audit-verifica);

Catena di Comando

A garanzia della sicurezza in sala parto non si può prescindere di identificare con coerenza la catena di comando all'interno del punto na-

scita; in particolare il modello di strutture di punto nascita non può prescindere dalla visione di un modello gestionale clinico. È rilevante che vi sia negli ultimi anni un sensibile aumento dei contenziosi per lesioni personali o omicidi colposi ascritti al personale sanitario tra cui spiccano gli ostetrici-ginecologi. Questi fatti possono influenzare atteggiamenti difensivi dei sanitari a scelte terapeutiche del medico che non siano solo nell'interesse del paziente, ma anche volte a salvaguardare la propria reputazione.

In sede istituzionale sono stati proposti disegni di legge a disciplinare la responsabilità medica professionale per danni occorsi in strutture sanitarie ospedaliere, diversificandola da quella di altre figure professionali. In questo ambito sono emersi aspetti salienti quali il riportare la responsabilità civile a carico della struttura sanitaria o altri relativi al percorso per il contenimento del rischio clinico, quali la realizzazione delle unità di rischio clinico all'interno delle strutture sanitarie, o di tutela quali la obbligatorietà delle assicurazioni o di fondi di garanzia, da parte delle strutture sanitarie e/o delle Regioni ed altre peculiarità.

Allo stesso tempo, da quanto è emerso in sede di audizioni, è indubbio che la non chiarezza della catena gerarchia decisionale all'interno di Unità ad alto rischio, quali ad esempio i punti nascita, espone e amplifica il rischio potenziale.

È stato sottolineato come la perdita di tale gerarchia è riconducibile a:

– carenza di *leadership*, che non è soltanto una carenza di gerarchia, ma è la carenza di un leader in grado di motivare, di guidare e, al momento opportuno, anche di sanzionare i componenti dell'equipe;

– al fatto che sia ormai impossibile per un singolo clinico esprimere eccellenza sia in area ostetrica che in area chirurgico ginecologica.

– rapporto tra ginecologo e ostetrica nell'assistenza al parto, in particolare dove non è chiara definizione tra la fine della competenza dell'una e inizia di quella dell'altro;

– rilevanza/perdita dell'esistenza del rapporto fiduciario medico/paziente. Recentemente, è stata ampiamente rivalutato e riproposto la figura delle ostetriche.

Le azioni correttive prevedono, di fronte a complicanze, l'indispensabilità di ripristinare l'ordine gerarchico allo scopo di far rispettare una legge oggettiva, ossia le linee guida di comportamento acclarate o utilizzate È emersa la rilevanza di identificare chiaramente la Catena decisionale delle responsabilità all'interno dei punti nascita, in sala parto, tra le diverse figure professionali coinvolte nel parto: Medico-Ostetrica-Neonatologo

Occorre la coerenza della catena di comando del punto nascita tra:

– apicale;

– medici e comparto dedicati al punto nascita e alla medicina materno-fetale;

– sala parto, patologie e puerperio, ambulatori di secondo livello, livello ospedaliero come Unità operativa complessa o dipartimentale.

È emerso che la mortalità materna o gli eventi gravi risultano frequentemente associati all'assistenza al di sotto dello standard (*sub-standard care*) e alla mancanza di un'adeguata comunicazione tra i componenti d'equipe. Talora si tratta di situazioni in cui era evidente che il circolo medico-paziente non era virtuoso, e in esso l'assenza di gerarchia ha creato i problemi più grossi.

Il problema della gerarchia, riguarda l'equiparazione del lavoro di tutti all'interno dell'ospedale. La situazione attuale mostra un dirigente, il primario, e una serie di altri dirigenti tutti uguali. In passato avevamo il primario, l'aiuto e gli assistenti che, a catena, si davano una mano a seconda della loro esperienza. Oggi il lavoro dell'ultimo assunto e il lavoro di un aiuto anziano sono equiparati.

Allo stesso tempo è stato sottolineato che, in relazione al fatto che abbiamo assistito negli ultimi trenta anni ad avanzamenti clinico scientifici della medicina materno fetale, della ginecologia, della oncologia ginecologica, è ormai quasi impossibile per un singolo clinico esprimere eccellenza sia in area ostetrica che in area chirurgico ginecologica. A seconda della realtà storica del punto nascita e dei suoi apicali,oltre al profilo strutturale e tecnologico, alcune U.O.C. appaiono maggiormente formate ed eccellenze nell'ambito del Materno-Infantile rispetto ad altre. È stato proposto il modello dipartimentale Ostetrico e Ginecologico e la configurazione di Unita di Medicina Materno Fetale ad Alta Intensità di Cure.

In sala parto occorre garantire la coerenza della catena gerarchica di comando.

A tale proposito è stata più volte ribadita l'importanza del disegno di legge, ampiamente condiviso, in materia di responsabilità civile dei medici, su cui la Commissione ha ampiamente lavorato e che contribuirebbe ad apportare soluzioni rispetto a un fenomeno, quale quello del contenzioso medico-legale, che incide sempre più negativamente sull'attività di assistenza da parte del medico.

Gestione del rischio clinico.

In questi ultimi anni sulla scia del rapporto *dell'Institute of Medicine «To err is human»*, che riportava dati impressionanti sulle morti di pazienti, sono state istituite Commissioni per l'attuazione delle iniziative di gestione del rischio clinico con un referente e il gruppo di lavoro aziendale.

Il compito è quello di segnalare ogni evento avverso o disfunzione organizzativa indicato dagli operatori sanitari; l'evento, accuratamente valutato, può diventare oggetto di un'approfondita revisione tra pari (mediante l'audit clinico GRC); a seguire, vi può essere la stesura di un alert report mediante il quale si informano (tramite l'intranet aziendale o altri mezzi di comunicazione) tutti gli operatori sanitari interessati alle solu-

zioni individuate; altro compito è l'implementazione delle linee guida nel Dipartimento Materno Infantile redatte e condivise con procedura aziendale per la gestione dei documenti relativi ai processi assistenziali trasversali.

L'obiettivo di un sistema di segnalazione volontaria e revisione degli eventi avversi è creare un costante livello di attenzione e di vigilanza sugli incidenti, facendo comunicare tra loro gli operatori sanitari.

Migliorare la qualità della assistenza nei punti nascita: certificare la qualità.

In sede di audizioni è stato ampiamente rimarcato che, nel nostro Paese, la medicina sta vivendo un momento di particolare criticità: da un lato ha raggiunto capacità assistenziali mai sfiorate in precedenza, dall'altro, si trova al centro dell'attenzione sia per i costi in continua crescita, sia per alcuni aspetti qualitativi non sempre in linea e coerenti con le ingenti risorse richieste, ritenute inferiori dalle elevate aspettative degli Utenti.

In tutti i Paesi industrializzati è presente questo ambiguo scenario: una medicina che offre prestazioni inimmaginabili sino ad alcuni anni fa, che, al contempo, è in grave sofferenza di credibilità presso le Istituzioni e gli Utenti, proprio perché da un lato ha generato attese frequentemente più elevate delle reali possibilità e, dall'altro, perché ha indotto procedure molto complesse, costose e facilmente causa di errore.

Alcune recenti vicende accadute nel nostro Paese presso alcuni punti nascita, ampiamente evidenziate anche dai media internazionali, pongono, in modo traumatico, anche nel settore materno infantile, il problema della qualità e della sicurezza. Si innesca così una spirale negativa che collega il valore basso percepito da parte degli Utenti con le risorse assegnate al nostro settore.

Per cercare di uscire da questo meccanismo di bassa qualità percepita, ridotte risorse e ulteriore peggioramento della qualità delle prestazioni offerte, ci si potrebbe avvalere di quanto suggerito dall'I.O.M. (*Institute Of Medicine*) che propone come possibile strumento per rilanciare «l'immagine» di una medicina oppressa tra costi, aspettative ed errori, una rinnovata sistemica attenzione alla qualità ed alla sicurezza dei pazienti.

L'IOM, in sede di audizione, ha proposto per dare sbocchi operativi, una ben precisa definizione di qualità, ovvero:

«La capacità dei servizi sanitari, dedicati all'individuo o alla popolazione, di aumentare la probabilità di esiti desiderati di salute e di diminuire la probabilità di esiti indesiderati alla luce delle attuali conoscenze e delle risorse disponibili» da declinarsi in sei dimensioni:

- *Sicurezza,*
- *Efficacia,*
- *Efficienza,*

– *Equità,*
– *Centralità dei pazienti e delle loro famiglie,*
– *Tempestività di intervento.*

Facendo una valutazione dei Punti Nascita, emerge che l'offerta dei servizi sia estremamente eterogenea sul piano organizzativo, per le diverse dimensioni, per le modalità operative di assistenza al parto, per la straordinaria variabilità di ricorso al TC, per le diverse prevalenze di complicanze materno/neonatali, per le diverse modalità di accesso ai servizi, per le diverse sensibilità nei confronti della centralità degli Utenti e delle loro famiglie, per le diverse realtà strutturali, di dotazione strumentali e di operatori professionali assegnati.

Si passa infatti da realtà di assoluto valore europeo, a situazioni che rappresentano un vero rischio per gli utenti e per gli stessi operatori professionali, questa realtà è anche facilitata dalle diverse normative vigenti nelle Regioni che rendono più complesso uniformare i livelli e gli standard assistenziali.

Siamo di fronte ad una realtà operativa che, indipendentemente dalle capacità dei singoli professionisti, è in grado di influenzare in modo significativo la qualità delle prestazioni offerte, l'opinione degli Utenti, dei media e delle forze sociali e politiche.

La concreta applicazione delle 6 dimensioni della qualità proposte da IOM potrebbe dare un importante contributo verso un miglioramento della nostra azione assistenziale.

Le Società, Collegi ed Ordini professionali che convergono nei processi assistenziali del Punto Nascita hanno realizzato un manuale di certificazione con standard operativi ed elementi misurabili, secondo modalità internazionalmente riconosciute e validato da ampia esperienza.

Il manuale di certificazione, con i suoi elementi misurabili validati dalla letteratura, rappresenta la chiave di volta fornendo una qualità reale e concreta che arriva uniformemente agli Utenti, dando al contempo sicurezza ai diversi professionisti che lavorano quotidianamente nei Punti Nascita.

Certificazione dei Punti Nascita

È *in fieri* un progetto di certificazione dei Punti Nascita che vede numerose Società Scientifiche quali: SIN, SIMM, SIGO, SIP, SIMP, CIAO, IPASVI, FNCO, O.N.D.A., VIVERE, CITTADINANZATTIVA che hanno costituito un gruppo multidisciplinare.

Il gruppo multidisciplinare ha adottato la metodologia che prevede:

– L'individuazione di un gruppo di standard condiviso dai professionisti,

– La predisposizione del manuale con la esplicitazione degli standard, degli elementi misurabili e delle modalità di valutazione,

– La diffusione degli *standard* e la formazione sugli stessi,

– La verifica della compliance tra standard e comportamenti attraverso una autovalutazione sistematica,

– La verifica con visita «on site» della compliance e comportamento riscontrato.

Questo percorso è finalizzato ad una certificazione di «Qualità» dei Punti Nascita.

Viene riferito che le stesse Società Scientifiche dovrebbero assumere come avviene in altre parti del mondo, dovrebbero «certificare» che i Punti Nascita sono coerenti con il contenuto del manuale e che, tramite la valutazione degli elementi misurabili, questa coerenza è reale e non meramente teorica e sulla carta.

Tempestività di intervento: «Modello Speed»

L'area Materno-Infantile appare una realtà in cui la tempistica ha grande rilevanza. I primi minuti di vita di un bambino, le emorragie post partum, sono situazioni che richiedono tempestività di gestione ed intervento.

Anche qui gestire in sicurezza significa che il percorso Materno-Infantile abbia previsto la gestione delle gravi emergenze non solo in protocolli ma anche con attivazione rete STAM-STEN.

Durante le audizioni è stato proposto un interessante **modello «*Speed*»** (velocità): si tratta del collegamento in rete di maternità più piccole con un punto di riferimento di terzo livello che garantisca il trasferimento rapido di una donna che ha caratteristiche di «alto rischio di mortalità». Il sistema presuppone un canale preferenziale «veloce» di aiuto con posti di rianimazione – nell'ospedale di terzo livello – che permetta che qualunque donna che versi in una situazione di questo tipo, venga automaticamente e velocemente trasferita nell'ospedale di terzo livello (che deve ovviamente trovarsi a una certa distanza). La maternità centrale funge da riferimento per la rianimazione e le cure salvavita per le gestanti. È noto che gli ospedali di terzo livello hanno un bacino di popolazione che è in genere compreso tra il mezzo milione e il milione di abitanti.

L'atto del trasferimento deve essere associato a meccanismi di passaggio di notizie molto semplici (relative, ad esempio, alla necessità di trasfusioni di sangue), tutto ciò che serve in modo che la sala operatoria e gli operatori siano già pronti all'arrivo della paziente. Il sistema *speed,* all'estero funziona molto bene e ha dimostrato di consentire la drastica diminuzione della mortalità materna.

Conclusioni

L'indagine Nascere Sicuri viene deliberata dalla Commissione Igiene e sanità del Senato nell'ottobre del 2010 sull'onda di gravi fatti di cronaca

accaduti in alcuni punti nascita italiani che avevano ingenerato perplessità e preoccupazione nell'opinione pubblica e nell'ambiente sanitario.

Per queste ragioni si era ritenuto necessario avviare un attento studio sulle funzionalità ed efficienze dei punti nascita e degli operatori del settore.

Tale indagine è stata volutamente conoscitiva al fine di risalire alle cause della fenomenologia negativa riscontrata negli ultimi tempi.

Sono stati auditi oltre alle Istituzioni, numerose Società Scientifiche, sia quelle rappresentative del mondo ginecologico, della neonatologia, ma anche quelle legate ad altre figure professionali coinvolte nell'evento nascita;infatti sono intervenuti ostetriche, anestesisti, infermieri dedicati alle TIN e non è mancato il mondo dell'associazionismo. Sono state ascoltate figure dirigenziali (Direttori Generali, Sanitari, Amministrativi di Aziende molto grandi, come quelli delle realtà più disagiate, ai numerosi direttori UOC sia ginecologi che neonatologi di grandi punti nascita e di quelli più piccoli).

Dalle loro rappresentazioni sono scaturiti interessanti e costruttive discussioni dove volutamente è stato tenuto conto di aspetti strettamente imperniati sulla centralità della mamma – bambino/a che sono un tutt'uno nel periodo gestazionale al momento del parto e *post*-parto,all'allattamento, sino all'affiancamento del bambino/a al pediatra. È mancata la possibilità di un reale approfondimento del ruolo del padre durante la gravidanza, parto e puerperio, come fattore di benessere per la madre e il neonato e per favorire lo sviluppo della genitorialità.

L'Italia è uno dei Paesi europei dove i livelli di fecondità totale risultano tra i più bassi.

Nel 2008 il numero medio di figli per donna era pari a 1,42: valore che, anche se in lieve aumento risulta comunque inferiore al livello di sostituzione che garantirebbe il rinnovo generazionale. Infatti per il quinto anno consecutivo, nel 2011, la popolazione diminuisce di 36.000 unità e il tasso di natalità scende dal 9,3 del 2010 al 9,1 nel 2012.

L'evoluzione delle strategie riproduttive in Europa ci dimostra che fino agli anni Ottanta la relazione fra occupazione femminile e numero di figli era rigidamente negativa, la fecondità era più alta nei Paesi dove le donne non erano presenti nel mercato del lavoro. Ma a partire dagli anni Ottanta la relazione ha incominciato a rovesciarsi; oggi sono i Paesi a maggiore occupazione femminile ad avere anche un maggiore numero di figli (Svezia e Regno Unito) mentre Italia, Grecia e Spagna hanno i più bassi indici di fertilità. Nel nostro Paese i livelli più elevati di fecondità sono al Nord dove le donne sono maggiormente occupate, ma ci sono anche più servizi per la cura di bambini e anziani.

Al nord il tasso di fertilità più alto è in parte frutto dell'apporto dato dalla presenza di immigrati in una percentuale maggiore che al sud. Nel 2008 circa il 16,9 per cento dei parti in Italia è relativo a madri di cittadinanza non italiana: al nord questa percentuale sale al 20 per cento con punte del 25 per cento in Emilia Romagna, del 24,4 per cento in Veneto e del 23,2 per cento in Lombardia. Da qui il valore dell'attenzione alle na-

scite di bambini nati da genitori stranieri e alle loro madri. Da diversi studi è emerso come in termini d'assistenza in gravidanza e di esiti neonatali, sussistano differenze a secondo del Paese di provenienza e delle loro condizioni di vita in Italia.

Per questo è indispensabile ampliare la conoscenza degli operatori sanitari e dei medici riguardo malattie endemiche delle zone di provenienza che possono influire sullo stato di salute della madre e del bambino. Alcune regioni come la Toscana hanno iniziato questo percorso; sarebbe necessario istituire una Commissione di studio nazionale che sia in grado di studiare la diffusione e la presenza di queste malattie dei Paesi di provenienza fra le donne straniere in gravidanza, per definire forme di profilassi e cura in caso di gravidanza. L'umanizzazione del parto passa anche attraverso la conoscenza del valore e del significato della nascita e del parto presso le popolazioni straniere che ormai sono una parte della cittadinanza del nostro Paese.

In Italia in analogia con gli altri Paesi europei in base ai dati ISTAT la mortalità materna è passata dal 133 per centomila del 1955 al 2 per centomila del periodo 2006/2007. Nonostante questo importante risultato è stata osservata la differenza del dato tra le regioni del nord e quelle del sud del nostro Paese.

Analoga variabilità per area geografica si osserva per altri indicatori di salute riproduttiva quali la proporzione dei tagli cesarei e il tasso di mortalità neonatale e infantile che risultano maggiori al sud rispetto al nord. Inoltre il rapporto specifico per età evidenzia un rischio doppio di mortalità per le donne oltre i 35 anni e tra le donne sottoposte al taglio cesareo; per quest'ultime il rischio di mortalità è tre volte maggiore di quelle che si sottopongono al parto vaginale. Esiste una correlazione anche tra il livello di scolarità e la mortalità materna che risulta maggiore dove il livello è più basso.

Per rispondere alla necessità di verificare la completezza della rilevazione delle morti materne e di promuovere la raccolta di dati relativi ai «*near miss cases*» il Ministro della salute nel 2008 ha promosso un progetto biennale di studio delle cause di mortalità e morbosità materna e messa a punto di modelli di sorveglianza della mortalità materna. Il progetto è stato coordinato dal Reparto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva del Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione Salute dell'ISS e ha visto la collaborazione della Provincia Autonoma di Trento e delle regioni: Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia. Il rapporto di mortalità calcolato attraverso questo sistema ha messo in evidenza una sottostima delle morti materne rilevato attraverso i soli certificati di morte.

L'istituzione di un sistema di sorveglianza sul modello delle *Confidential Enquires* del Regno Unito permetterebbe di monitorare non solo l'andamento del fenomeno ma anche i suoi determinanti al fine di migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza alla gravidanza al parto e al puerperio.

Come emerge dai dati forniti dall'ISS i tassi di mortalità neonatale (morti entro il primo mese di vita per mille nati vivi) e infantile (morti nel primo anno di vita per mille nati vivi) sono indicatori molto importanti per la qualità del Servizio sanitario nazionale e per la salute della madre.

In Italia la mortalità infantile nel 2008 risulta del 3,6 per mille nati vivi: siamo all'11º posto di una graduatoria dei Paesi sviluppati, che inizia con Hong Kong e termina con gli Stati Uniti. Nel contesto Italia, le differenze fra Nord e Sud sono notevoli poiché vanno dal 2,7 per mille del Piemonte al 5,5 per mille della Calabria. Il tasso di mortalità neonatale è diminuito nel periodo che va dal 2005 al 2008, passando da 2,6 al 2,4 decessi per mille nati vivi, con un andamento regionale molto diverso ad esempio tra l'1,2 per mille della provincia di Trento e Bolzano al 3,6 dell'Abruzzo.

Le differenze regionali esistenti vanno quindi debitamente individuate in rapporto alla mancanza di una rete assistenziale di sorveglianza della gravidanza (vedi riduzione su tutto il territorio dei Consultori familiari), la frammentazione dei Centri nascita,mancata individuazione dei Centri perinatali di riferimento su base territoriale, carenze in termini di organici, medici e infermieri. Esistono realtà a macchia di leopardo con punti nascita di eccellenza, con Unità d'Ostetricia e Neonatologia all'avanguardia, dove bambini nati a 25 settimane di gestazione sopravvivono al 75 per cento e dove si lavora per migliorare la loro qualità di vita.

Accanto a queste realtà coesistono situazioni di criticità, ad esempio i 158 punti nascita con meno di cinquecento parti all'anno,in numero maggiore al sud e nelle strutture private accreditate. È necessaria una elaborazione e proposizione di modelli organizzativi sempre più rispondenti alla realtà del Paese, volti a una maggiore omogeneizzazione dell'assistenza offerta, basata su punti nascita che per volume d'attività siano in grado di fornire in modo efficace ed efficiente la presenza 24 ore su 24 delle specialità necessarie alla sicurezza della nascita (ginecologo, anestesista, pediatra) associando questo impegno a quello della continua attenzione agli aspetti culturali, coinvolgendo in essi i diversi profili professionali interessati. Di conseguenza occorre una progressiva chiusura e trasferimento delle attività dei punti nascita inferiori a 500 parti presso strutture geograficamente compatibili, salvo specifiche e documentate esigenze di tutela della salute in aree geografiche particolari.

Durante le audizioni è stato peraltro proposto un interessante modello «*Speed*» (velocità): si tratta del collegamento in rete di maternità più piccole con un punto di riferimento di terzo livello che garantisca il trasferimento rapido di una donna che ha caratteristiche di «alto rischio di mortalità». Il sistema presuppone un canale preferenziale «veloce» di aiuto con posti di rianimazione – nell'ospedale di terzo livello – che permetta che qualunque donna che versi in una situazione di questo tipo, venga automaticamente e velocemente trasferita nell'ospedale di terzo livello (che deve ovviamente trovarsi a una certa distanza). La maternità centrale funge da riferimento per la rianimazione e le cure salvavita per le gestanti.

È noto che gli ospedali di terzo livello hanno un bacino di popolazione che è in genere compreso tra il mezzo milione e il milione di abitanti.

Con riferimento poi al parto senza dolore, la resistenza al diffondersi dell'analgesia in travaglio nel nostro Paese, è da attribuire a diversi fattori, primi tra tutti quelli di ordine culturale che vedono, in un Paese cattolico, il parto strettamente legato ad un concetto di sofferenza biblica. Accanto a questo va segnalata la scarsa informazione che c'è intorno a questa tecnica e, in molte realtà, la carenza di personale che impedisce la presenza, assolutamente necessaria, di un anestesista dedicato 24 ore su 24.

L'utilizzo della partoanalgesia si associa a benefici materni e fetali.

Tra i benefici materni vengono segnalati: eccellente controllo del dolore, riduzione del consumo di ossigeno, riduzione dell'iperventilazione, riduzione dell'increzione di catecolamine e di ormoni dello stress, miglioramento del circolo placentare, riduzione dell'ansia, madri più rilassate e cooperanti.

Tra i benefici fetali si sottolineano: riflessi da quelli materni, migliorata circolazione placentare come risultato della vasodilatazione, ridotta acidosi metabolica, ridotto consumo di ossigeno, miglioramento dell'ossigenazione pre-nascita.

Un campanello d'allarme è, inoltre, quello relativo all'alta percentuale dei Tagli Cesarei che ci vede primato europeo con un 38.4 per cento (dato relativo al 2008). In questo caso la fotografia mostra nuovamente un gradiente Nord-SUD con regioni virtuose ed altre meno, una variabilità interregionale con la Campania al 62.2 per cento e il Friuli Venezia Giulia al 23.7 per cento; è talora significativa anche la differenza intra regionale; nuovamente, dati CeDAP 2007, le strutture sanitarie al di sotto dei 500 parti hanno una percentuale pari al 50 per cento e, all'interno di queste, le strutture sanitarie private raggiungono rispettivamente il 65.5 (private accreditate) e il 71.8 per cento (private non accreditate).

È palese che il modello di cura deve diventare più efficace ed efficiente per tentare di far fronte agli aspetti legati alla gravidanza e al parto, avendo come obiettivo primario la sicurezza, la qualità, la professionalità e cercando di abbattere i rischi presumibili. Occorre un investimento di risorse da parte delle Regioni per garantire che le strutture siano adeguate sotto il profilo di risorse strutturali e umane e si profili la razionalizzazione dei piccoli punti nascita.

Non si può prescindere, però, ed è emerso in corso di audizioni ed è stato fonte di fatti di cronaca, che nei punti nascita e, ancor più in sala parto, risulta indispensabile la chiarezza della catena di comando decisionale tra i diversi attori coinvolti.

La nostra società vede, sempre più, la donna consapevole del proprio essere e del proprio corpo e, così, anche in ambito procreatico decide se affrontare la gravidanza o ricorrere all'IVG, sceglie, o meno, le strutture sanitarie che le offrono di partorire senza dolore; inoltre è emerso che, un certo numero, che in alcune realtà raggiunge l'1.4 per cento, fa richiesta di partorire con taglio cesareo. Nell'ambito dell'indagine è stato affrontato il tema della modalità di esercizio dell'autodeterminazione della

donna nella scelta tra parto cesareo e naturale. Sono stati valutati anche gli aspetti medico legali e le raccomandazioni delle LG ISS.

In questa ampia indagine conoscitiva sono stati estesamente trattati e messi in rilievo all'interno di ogni sezione, i punti di criticità e le potenziali azioni correttive. Per quanto riguarda i temi trattati su:

– La coesione territoriale nella rete di assistenza alla nascita nel nostro Paese: emerge una «non omogeneità» sia del percorso diagnostico durante la gravidanza, del sistema di emergenza-urgenza (in particolare: il trasporto materno e neonatale) e della rete dei punti nascita;

– qualità, sicurezza ed appropriatezza dell'assistenza alla donna e al nascituro: occorre migliorare sia per quanto concerne l'assistenza socio-sanitaria durante la gravidanza, ripotenziando il ruolo dei consultori e delle ostetriche, ridurre sensibilmente la percentuale di tagli cesarei impropri, garantire una maggiore diffusione delle pratiche di parto analgesia con LEA e DRG dedicato;

– riguardo l'assistenza al neonato e l'obiettivo garantista di migliorare la qualità, la sicurezza e appropriatezza, occorre affrontare la razionalizzazione delle unità operative pediatriche neonatologiche e delle terapie intensive neonatali, garantire la «presa in carico» della mamma gravida, specie nelle gravidanze a rischio, e/o del neonato, nei punti nascita di secondo livello (e sarebbe auspicabile la progressiva diffusione di Unità di MMFCA), dove può esser garantita una corretta assistenza sotto il profilo professionale da parte delle *èquipe* medico-infermieristiche); inoltre emerge l'indispensabilità di recuperare una continuità assistenziale con il territorio ed in particolare con il pediatra.

In conclusione il percorso di assistenza e cura nel «Nascere Sicuri» deve essere tutelato garantendo una centralità alla mamma-bimbo ed il prima possibile reso di qualità, omogeneo, sicuro, appropriato a livello di tutto il nostro territorio nazionale.

Proposte

La rilevanza del miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino rappresenta uno degli obiettivi sanitari prioritari a livello mondiale individuati dall'OMS; la centralità della salute della donna e del bambino e la tutela dell'«evento nascita» sono obiettivi di politica sanitaria rilevanti ancor più in un Paese ad alta denatalità come l'Italia.

Nel decreto legislativo n. 502/1992, nel decreto 29 novembre 2001 «Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza», nei piani sanitari nazionali, incluso quello del 2006-2008 (in particolare al punto 5.1), nel patto per la Salute 2010-1012 e nei recenti 10 punti programmatici dell'atto n. 137/CU dell'accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, già si indirizzavano le azioni del SSN nei confronti della tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita.

Alla luce di quanto emerso dall'indagine conoscitiva «Nascere Sicuri», occorrono provvedimenti forti e inderogabili al fine di:

– **realizzare un percorso nascita omogeneo sul territorio nazionale;**

– **migliorare la qualità, la sicurezza ed appropriatezza dell'assistenza alla donna e al nascituro;**

è, pertanto, urgente che vengano recepite e applicate, da parte delle Regioni, le *«Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del TC».*

Le azioni da attuare ai fini degli obiettivi proposti dall'indagine «Nascere Sicuri» necessitano, infatti, di solleciti interventi sanitari a livello regionale e territoriale volti a mettere in atto strategie di modelli di assistenza che garantiscano equità e sicurezza. Allo stesso tempo la corretta programmazione consente di garantire che la *governance* del «Percorso Nascita» sia quantomeno delineata in termini economici, al fine di assicurare che regioni, soggette a piani di rientro, non rimangano penalizzate e possano individuare un percorso che preveda un miglioramento della *performance*.

A seguito di quanto detto e emerso dall'Indagine «Nascere Sicuri», al fine di garantire una sollecita risposta alle criticità, proponiamo che vengano promossi e attuati i seguenti punti:

1. Cartella clinica informatizzata ««Mamma-Bimbo»

La cartella clinica informatizzata mamma-bimbo rappresenterebbe una **Cartella Unica Mamma-Bimbo (CUMB)** dove oltre agli aspetti peculiari delle cartelle cliniche, siano presenti anche gli indicatori CeDAP, SDO. Ciò consentirebbe altresì agli organismi di controllo di poter dialogare superando le barriere territoriali locali-regionali. Si raggiungerebbe così un obiettivo «illuminato» di valutazione-monitoraggio-andamento del nostro Sistema Sanitario all'interno del Percorso Nascita.

I vantaggi della applicazione della cartella unica sono molteplici:

– monitoraggio di tutto l'evento nascita «mamma-bimbo» migliorando la qualità dell'assistenza in termini di trasparenza sia durante le delicate fasi del travaglio – parto-post parto, che in caso di emergenze/urgenze STAM-STEN;

– elaborazione di statistiche facilmente ottenibili in seno all'ospedale o alla regione;

– miglioramento dell'efficienza e qualità dell'aspetto amministrativo con riduzione di errori di compilazione che sono alla base della non rimborsabilità da parte della Regione;

– semplificazione e automatismo nella procedura di compilazione della scheda CeDAP e della SDO mediante inserimento degli indicatori codificati;

– inserimento di indicatori sensibili che potrebbero in futuro consentire valutazioni epidemiologiche di rilievo.

2. Libretto della gravidanza

Un libretto dove vengono raccolte le indagini di minima di laboratorio e strumentali da effettuare nel corso della gravidanza, coperte dal SSN. È un insieme di prestazioni definite e ben cadenzate da effettuarsi nell'arco dei nove mesi di gestazione. Andranno incluse le 3 ecografie ostetriche e i test di *screening*.

Verificato che:

– esistono numerose differenze territoriali Nord-Sud e intra-regionali;

– la globalizzazione si è associata ad un aumento delle nascite da parte di immigrati;

– la necessità di contenere la spesa sanitaria anche nei costi di esami di laboratorio e diagnostici (spesso prescritti senza osservare criteri basati su EBM con difformità territoriali evidenti);

– la finalità garantista delle istituzioni attraverso gli atti in essere di assicurare, attraverso i LEA, la tutela della maternità e la promozione dell'appropriatezza del percorso nascita a tutte le donne senza discriminazioni né territoriali, né di nazionalità.

L'applicazione del libretto gravidanza consentirebbe:

– alla donna gravida di avere la stessa «Facies» da Nord a Sud con la stessa tutela di minima nel percorso diagnostico;

– alle donne immigrate di essere accompagnate, favorendo il superamento delle barriere culturali;

– l'identificazione precoce di patologie legate o meno alla gravidanza.

Questo libretto-ricettario che la donna potrà ritirare presso il punto sanitario, sarà esente da *ticket* per le prestazioni indicate. Le singole prescrizioni su fogli staccabili potranno essere firmati dal medico di medicina generale o da specialista ostetrico-ginecologo dipendente dal SSN. Promotore del libretto potrebbe essere individuato il Ministero della salute che ha recentemente pubblicato in seno al punto 4 dell'accordo Stato Regioni le LG della gravidanza fisiologica grazie al prezioso contributo dagli organismi del SNLG-ISS.

3. Introduzione di Questionario Anamnestico Multilingue di Emergenza Percorso Nascita

In considerazione dell'evidenza dell'incremento delle nascite da parte di donne di etnie diverse, appare indispensabile realizzare un questionario multilingue dedicato al «Percorso Nascita».

In tal modo viene abbattuta la barriera linguistica nelle situazioni di emergenza, in assenza di un mediatore culturale. Costituisce una modalità con cui operatore sanitario e donna gravida riescono in tempi brevi ad avere informazioni.

Il questionario multilingue si pone come uno strumento agile attraverso il quale si relazionano donna-sanitario, poco costoso e si può allargare anche in piccole realtà sanitarie (presìdi ospedalieri, consultori, MMG, guardia medica) dove non è possibile garantire h24 un mediatore culturale.

4. Carta dei servizi per il PERCORSO NASCITA e LG Gravidanza Fisiologica

Nell'ottica che un cittadino debba essere messo nelle condizioni di poter scegliere «libero e informato», anche nel percorso nascita appare rilevante la realizzazione di una carta dei servizi dedicata.

Già le Linee di indirizzo dell'Accordo Stato-Regioni sottolineano la necessità di sviluppare, nell'ambito delle Aziende sanitarie in cui è attivo un punto nascita, una **Carta dei servizi per il percorso nascita**, in cui, in conformità ai principi di qualità, sicurezza e appropriatezza, siano contenute indicazioni riguardanti:

– informazioni generali sulla operatività dei servizi;

– informazioni relative alle modalità assistenziali dell'intero percorso nascita;

– informazioni sulle modalità per favorire l'umanizzazione del percorso nascita;

– informazioni sulla rete sanitaria ospedaliera-territoriale e sociale per il rientro a domicilio della madre e del neonato atta a favorire le dimissioni protette, il sostegno dell'allattamento al seno ed il supporto psicologico.

Inoltre, è opportuno che vengano distribuite alle gestanti le **Linee Guida 'SNLG-ISS'**, su «la Gravidanza fisiologica», che presentano raccomandazioni valide basate sull'EBM. Tali LG includono informazioni che possono aiutare in una scelta consapevole sull'intero percorso, compreso i *test di screening*, i corsi di accompagnamento alla nascita, la promozione dell'allattamento al seno, gli stili di vita in gravidanza relativi a fumo e alcool.

5. Riduzione dei parti con TC impropri

La riduzione dei TC impropri necessita di una politica sanitaria che intervenga a più livelli. A livello di **prevenzione**, attraverso l'informazione corretta data alla gestante, dalla carta dei servizi alle LG dedicate, ad un promozione dei CAN che aiutano alla consapevolezza dell'evento nascita (*empowerment*).

Sotto il profilo **istituzionale**, attraverso l'applicazione delle LG SNLG-ISS per il TC, inserimento di indicatori *ad hoc* per l'identificazione dell'appropriatezza del TC (classificazione Robson), rimodulazione con valorizzazione nel rimborso DRG CESAREO alla pari del parto vaginale su tutto il territorio nazionale, razionalizzazione dei punti nascita, promozione di un ri-orientamento complessivo del sistema con l'implementazione di iniziative di educazione e di protocolli clinico-organizzativi a livello locale.

Riguardo l'aspetto **organizzativo-gestionale** occorre garantire, all'interno delle sale parto, la gerarchia decisionale tra le diverse figure professionali (medico-ostetrica-neonatologo-anestesista), rivalorizzare il ruolo dell'ostetrica e promuovere la parto-analgesia (con LEA e DRG dedicato).

6. Messa a regime del sistema della rete di STAM e STEN

Come emerso durante le audizioni, l'attivazione o completamento e messa a regime non è ancora a pieno regime. È indispensabile che la rete STAM & STEN sia presente su tutto il territorio nazionale, in coerenza a quanto contemplato con i Piani Sanitari (integrandosi con il servizio urgenza/emergenza territoriale). La salute della donna e del nascituro debbono essere tutelati in qualsiasi parte del territorio essa viva, garantendo così alla giovane coppia di affrontare sereni e protetti l'evento nascita; questo contribuirebbe a «rendere fertile» i territori disagiati che inevitabilmente negli anni hanno visto ridursi le presenze.

È prioritario che gli organismi competenti dagli Assessorati – Aziende Sanitarie – in stretta sintonia con i comuni nelle aree oro geografiche disagiate (non raggiungibili sistematicamente da trasporti rapidi ed eliporti) creino tavoli di lavoro coordinati per garantire una rete ben coordinata di assistenza sia durante il percorso gravidanza – emergenza/urgenza – nel *post* parto.

7. Organizzazione dei punti nascita e TIN

Come emerso dall'indagine conoscitiva, la quota di almeno 1.000 nascite/anno è lo *standard* a cui tendere; i punti nascita con numerosità inferiore, ma non al di sotto di 500 parti annui, possono essere previsti solo sulla base di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali

delle aree geografiche interessate con rilevanti difficoltà di attivazione dello STAM.

La misurazione delle percentuali di casi con punteggio di Apgar alla nascita inferiore a 7, derivabile dal CeDAP, evidenzia come questo evento occorra in tutto il territorio nazionale mediamente in un caso su 100 nascite.

L'organizzazione dei punti nascita va articolata su due livelli: quelli di «primo livello» dovranno dare una risposta adeguata ai parti «normali», il «secondo livello» gestirà quelli a rischio.

In tal modo, saranno le Unità Operative neonatologiche di II livello (TIN), e non più quelle di III livello, ad assistere i neonati fisiologici e patologici inclusi quelli bisognosi di terapia intensiva.

I nuovi *standard* qualitativi dovrebbero prevedere la presenza di reparti di TIN in sedi in cui nascono almeno 50 neonati/anno di peso alla nascita <1.500 gr con un volume complessivo del territorio di appartenenza di almeno 5.000 nati/anno. Conoscendo il fabbisogno di posto letto di terapia intensiva neonatale, che è di 1/750 nati, è possibile razionalizzare su scala territoriale il fabbisogno TIN specifico per ogni area territoriale.

Un modello di rete sui due livelli, a cui associare i nodi con coerenze tra Medicine Materno Fetali ad alta intensità di cure e TIN, deve vedere una spinta verso l'alto dei volumi clinici dei punti nascita. In questo modo si possono rendere compatibili, professionalità integrate e formate, risorse strutturali e rapporto organico dei nodi della rete e del territorio.

Il «Nascere Sicuri» in Italia necessita di una visione olistica urgente di gestione del Piano sanitario nazionale su «Percorso Nascita» per garantire modelli assistenziali garantistici di omogeneità-sicurezza-equità-efficienza.

€ 6,80