



## PERCORSO NASCITA I DIECI PUNTI APPROVATI DALLA CONFERENZA STATO-REGIONI

La conferenza Stato-Regioni ha approvato le linee di indirizzo del programma che punta alla promozione e al miglioramento della qualità, della sicurezza degli interventi assistenziali del percorso nascita e alla riduzione dei tagli cesarei. La Società Italiana di Ginecologia ha espresso parere favorevole. Il Percorso definito, scritto sulla carta, ci sembra (pur nei suoi eccessivi dettagli) degno di attenzione e di un monitoraggio attento in merito all'applicabilità. Il segno che un Paese civile dovrebbe dare è di non trovare lungo la strada ulteriori ostacoli alla sua applicabilità: di campanile, di finta opportunità. Chi è contrario lo dica ora, spiegando le ragioni e le possibili eccezioni a un provvedimento che l'Italia attende da anni. In attesa dei vostri pareri

**Federico Marchetti**

Si è concluso a dicembre 2010 l'iter del provvedimento e inizia il percorso che dovrà portare alla chiusura definitiva dei reparti di maternità dove si effettuano meno di 500 parti all'anno e alla razionalizzazione/riduzione di quelli che ne effettuano meno di 1000. Altro obiettivo prioritario, l'abbattimento del ricorso al taglio cesareo.

Il programma è articolato in 10 linee di azione che sono "complementari e sinergiche" e che vanno avviate congiuntamente a livello nazionale, regionale e locale.

### I PRESUPPOSTI DEL PIANO

- L'eccessivo ricorso al taglio cesareo ha portato l'Italia a occupare il primo posto tra i Paesi europei, superando i valori europei riportati nel rapporto Euro-Peristat sulla salute mater-

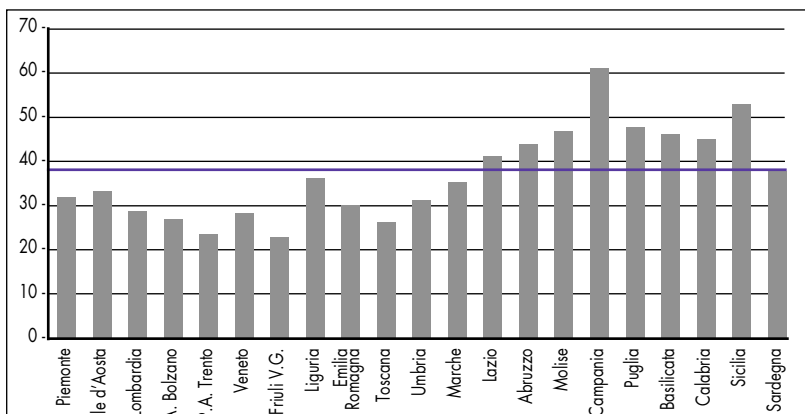
no-infantile di dicembre 2008. L'Italia detiene la percentuale più elevata, pari al 38%, seguita dal Portogallo con il 33%, mentre tutti gli altri Paesi presentano percentuali inferiori al 30%, che scendono al 15% in Olanda e al 14% in Slovenia. In Italia si è passati dall'11,2% del 1980 al 29,8% del 1996 e al 38,4% del 2008, con notevoli variazioni per area geografica (23,1% in Friuli Venezia Giulia e 61,9% in Campania) e presenza di valori più bassi nell'Italia settentrionale e più alti nell'Italia centro-meridionale.

- I dati disponibili confermano, per quanto riguarda il taglio cesareo e, in generale, l'assistenza in gravidanza e al parto, l'aumento in Italia del ricorso a una serie di procedure la cui 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 taglio cesareo, 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.

- I punti nascita con un numero di parti inferiori a 500, privi di una copertura di guardia medico-ostetrica, anestesiológica e medico-pediatrica attiva h24, rappresentano ancora una quota intorno al 30% 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% dei parti totali. In queste unità operative, deputate all'assistenza del parto in condizioni di fisiologia, dove sarebbe ragionevole attendersi una minore prevalenza di patologie, si eseguono più cesarei (50%), mentre nelle unità operative più grandi e di livello superiore, dove c'è concentrazione elevata di patologia, il tasso di cesarei è molte volte inferiore, sebbene la variabilità sia ampia.

- 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 e 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.



Percentuale di tagli cesarei nelle Regioni italiane (fonte: Schede di dimissione ospedaliera, 2008, modificata)

## I DIECI PUNTI DEL DOCUMENTO

### 1. Misure di politica sanitaria e di accreditamento.

Razionalizzare/ridurre nell'arco di 3 anni i punti nascita con numero di parti inferiore a 1000/anno, prevedendo l'abbinamento per pari complessità di attività delle UUOO ostetrico-ginecologiche con quelle neonatologiche/pediatrie, riconducendo a due i precedenti tre livelli assistenziali, mettendo a regime, contemporaneamente, il sistema di trasposto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN). Le strutture dovranno essere autorizzate e accreditate sulla base di standard che vengono individuati. La rete dei servizi territoriali, in particolare i Consultori Familiari, adeguatamente supportati nel numero e negli organici, rappresenta il punto nodale per la presa in carico della gravidanza fisiologica. Vengono infine suggerite strategie di incentivazione/disincentivazione economica su soglie di appropriatezza degli interventi, e l'implementazione delle misure individuate viene indicata quale obiettivo specifico per la valutazione dei direttori generali, dei direttori di dipartimento e di UOC.

**2. Carta dei servizi.** Le Aziende sanitarie in cui è attivo un punto nascita devono sviluppare una Carta dei servizi specifica per il percorso nascita, in cui, in conformità ai principi di qualità, sicurezza e appropriatezza, siano contenute indicazioni riguardanti le informazioni generali sulla operatività dei servizi contenenti i principali indicatori di esito, sulle modalità assistenziali dell'intero percorso nascita, sulle modalità per favorire l'umanizzazione del percorso nascita, 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 e il supporto psicologico.

**3. Integrazione territorio-ospedale.** Garantire la presa in carico, la continuità assistenziale, l'umanizzazione della nascita attraverso l'integrazione dei servizi tra territorio e ospedale e la realizzazione di reti dedicate al tema materno-infantile sulla base della programmazione regionale. Sono previsti percorsi assistenziali differenziati che favoriscano la gestione delle gravidanze fisiologiche presso i consultori e le dimissioni protette delle puerpere e dei neonati.

**4. Sviluppo di Linee Guida (LG) sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo da parte del SNLG-ISS.** A breve saranno disponibili le su indicate LG rivolte sia ai professionisti della salute che, in sintesi divulgativa, alle donne.

**5. Programma di implementazione delle LG.** Attraverso analisi del contesto assistenziale a livello regionale e locale verranno identificate le criticità e le barriere che ostacolano il cambiamento. Verranno promosse la continuità assistenziale e l'integrazione con l'assistenza territoriale. Viene quindi promosso il ruolo dei vari professionisti nel percorso nascita, anche tramite l'individuazione dei percorsi differenziati per l'assistenza alla gravidanza fisiologica e a rischio. Per favorire l'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo, verranno sviluppati percorsi clinico-assistenziali aziendali sulla base delle linee di indirizzo.

**6. Elaborazione, diffusione e implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita.** Verranno promossi strumenti quali le raccomandazioni per la prevenzione della mortalità materna, per la prevenzione della mortalità neonatale, nonché l'adesione a sistemi di monitoraggio di eventi sentinella, eventi avversi.

**7. Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto.** Promuovere procedure assistenziali, farmacologiche e non per il controllo del dolore in corso di travaglio-parto e definiti protocolli diagnostico-terapeutici condivisi per la partoanalgesia, dando assicurazione della erogabilità di tale prestazione con disponibilità/presenza di anestesista sulla base dei volumi di attività del punto nascita.

**8. Formazione degli operatori.** Nell'ambito dei percorsi di formazione/aggiornamento di tutte le figure professionali coinvolte nel percorso nascita con modalità integrate, viene dato particolare peso alla formazione inerente al programma di implementazione delle Linee Guida e all'audit clinico quale strumento di valutazione della qualità dei servizi e delle cure erogate. Con il MIUR si desidera attivare sistemi per la verifica e l'adeguamento dei livelli formativi teorico-pratici delle Scuole di specializzazione in ginecologia e ostetricia, nonché in pediatria/neonatalogia e del corso di laurea in ostetricia, in linea e in coerenza con gli standard assistenziali. Un ruolo non secondario nella formazione degli operatori assume l'effettiva integrazione della funzione universitaria di didattica con gli ospedali di insegnamento nonché la promozione del coinvolgimento delle Società scientifiche nella formazione continua dei professionisti sanitari. Nel favorire la diffusione delle procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto, viene prevista attività formativa in tema di metodiche farmacologiche e non di controllo del dolore, con carattere di multidisciplinarietà. Viene infine promosso un percorso strutturato per l'inserimento dei professionisti nuovi assunti, confacente alle caratteristiche dei livelli assistenziali garantiti.

**9. Monitoraggio e verifica delle attività.** Per tutte le attività previste viene promosso l'utilizzo di sistemi di monitoraggio e valutazione delle attività, capaci di definire le ricadute cliniche e assistenziali delle attività stesse attraverso indicatori misurabili.

**10. Istituzione di una funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita.** Per un adeguato coordinamento e verifica delle attività è prevista la costituzione di un Comitato per il Percorso Nascita (CPN), interistituzionale, con funzione di coordinamento, con il coinvolgimento delle Direzioni Generali del Ministero della Salute (Programmazione, Prevenzione, Comunicazione, Ricerca, Sistema Informativo), delle Regioni e Province autonome e di altre istituzioni sanitarie nazionali (ISS, Agenas). Analoga funzione dovrà essere attivata a livello di ogni singola Regione e Provincia autonoma.