

LINEE GUIDA

Parti sicuri, decalogo di Fazio**Sforbiciata sui punti nascita: 158 saltano - Nuove tariffe**

La sicurezza in sala parto passa da una severa riorganizzazione dei punti nascita: via quelli dove nascono meno di 500 bimbi l'anno, rimodulati quelli dove ne nascono meno di mille. È questa la misura più importante contenuta nelle linee guida sull'appropriatezza degli interventi nel percorso nascita, presentate dal ministro Fazio alle Regioni: dieci «comandamenti» per rivoluzionare l'assistenza a gravidanza e parto.

Il documento fissa precisi requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per i punti nascita, suddividendoli in due livelli. Propone una revisione delle tariffe dei cesarei che premi qualità e appropriatezza. Raccomanda la partoanalgesia e l'integrazione ospedale-territorio. Con un obiettivo: disincentivare il ricorso ai bisturi.

A PAG. 2-3

Presentato alle Regioni il piano di Fazio per aumentare la sicurezza e ridurre i cesarei

Scure sui «mini» punti nascita

Via i 158 centri che effettuano meno di 500 parti l'anno - Tariffe al restyling

Addio ai 158 punti nascita che effettuano meno di 500 parti l'anno. E via a una rimodulazione degli altri 190 che ne effettuano meno di mille: sopravvivranno soltanto «sulla base di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali delle varie aree geografiche interessate con rilevanti difficoltà di attivazione dei servizi di trasporto assistito materno».

La scure sulle mini-strutture - dove la quota di cesarei raggiunge il 50% (contro il 34,9% dei centri dove nascono più di mille bambini l'anno) - è prevista nelle «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», presentate la scorsa settimana alle Regioni dal ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**.

Il documento è la prima risposta operativa alle polemiche esplose dopo i casi eclatanti di malasanità in sala parto, a partire dalla lite tra ginecologi a Messina. In 42 pagine, il testo propone un programma nazio-

nale in 10 linee d'azione (si veda la scheda sotto). La riorganizzazione dei punti nascita, a più riprese auspicata anche dai ginecologi, è sicuramente la

principale. Non soltanto perché sfoltisce i centri ma anche perché li suddivide in due livelli, definendo per ciascuno requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici molto dettagliati. Sono inoltre previsti interventi sulle tariffe: nulla di vincolante, ma un invito esplicito a rivedere la remunerazione dei cesarei per «premiare» la qualità e disincentivare il ricorso ai bisturi dove non necessario. Le linee guida piantano anche qualche paletto per garantire la partoanalgesia oggi diffusa «con modalità non omogenee e insufficienti nelle varie parti del Paese». In attesa del varo dei nuovi Lea, da tempo in stand-by, che promuovono il controllo del dolore nel parto tra le cure essenziali a carico del Ssn questa tecnica va effettuata all'interno di «un percorso definito». Che preveda la presenza nella struttura «nell'intero arco della giornata» di un'équipe multidisciplinare che comprenda un anestesista «o per lo meno la guardia attiva o la pronta disponibilità nelle 24 ore» di uno specialista.

Due livelli, tre velocità. A fare la differenza tra le strutture di primo e di secondo livello che effettuano tra 500 e mille parti l'anno sono soprattutto la presenza o meno di un reparto autonomo di neonatologia e il collegamento funzionale con

una terapia intensiva neonatale di riferimento. I centri di secondo livello con più di mille parti l'anno devono in più garantire «in proprio» la terapia intensiva alle mamme, nonché più sale

travaglio-parto e più personale. Nella stessa struttura deve inoltre essere presente un centro di terapia intensiva neonatale (unità operativa neonatologica di II livello).

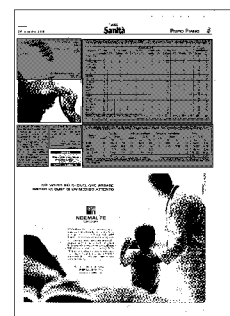
Tariffe tarate sulla qualità. Via i Drg fissi e prestabiliti per i cesarei: per evitare abusi il piano raccomanda il passaggio a una remunerazione che vari intorno a un importo medio determinato a priori secondo i criteri già usati oggi, in modo da determinare a posteriori l'importo effettivo da corri-

spondere sulla base della qualità dimostrata. Obiettivo: premiare le prestazioni migliori e più appropriate e «punire», dunque disincentivare, quelle peggiori. Sicuramente più facile a dirsi che a farsi.

Informazione e integrazione. Ogni punto nascita, indipendentemente dal livello, è chiamato a predisporre una Carta dei servizi: una lista che indichi sia i servizi offerti, compreso il numero di parti effettuati ogni anno, la consistenza degli organici a ogni turno di guardia e il tasso di mortalità materna e neonatale, sia le informazioni da

assicurare a ogni donna che accede alla struttura. La sicurezza, insomma, deve necessariamente passare anche dalla trasparenza.

Cruciale, per il Ministero, è anche l'integrazione tra ospedale e territorio. Perché troppo spesso oggi l'assistenza alla gravidanza e al parto è discontinua, senza chiare distinzioni in base ai rischi e senza figure di riferimento che possano guidare la donna lungo tutto il percorso. Per supplire - si legge nel piano - si ricorre allora in modo massiccio all'assistenza pri-



vata (che riguarda più del 75% dei casi). Come rimediare? Innanzitutto rafforzando i consultori familiari in quantità e qualità: in ognuno dovrebbero operare almeno un'ostetrica e un assistente sociale a tempo pieno, un operatore socio-sanitario, un ginecologo e uno psicologo con orario determinato in base ai carichi di lavoro. Proprio il consultorio dovrebbe prendere in carico la donna incinta e guidarla fino all'invio al punto nascita. Ma l'integrazione dovrebbe riguardare anche le professioni più coinvolte nel processo della nascita: ginecologi e ostetriche, in ogni livello, dovrebbero lavorare sempre in team.

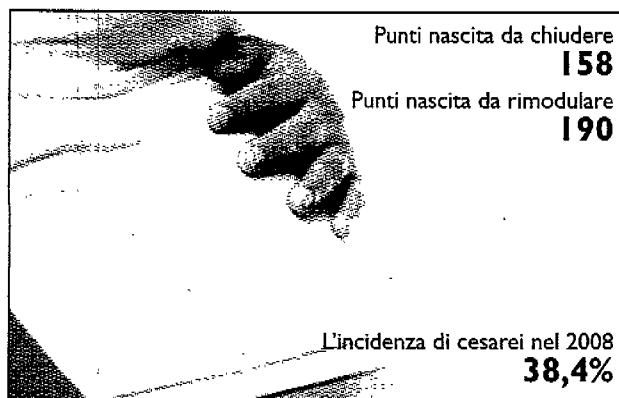
Per i travagli continuità e integrazione sono fondamentali: il piano invita a modificare ritmi e attività di lavoro delle ostetriche e a «cambiamenti organizzativi che permettano maggiore flessibilità nelle presenze del personale».

Linee guida e formazione. Da ultimo, il documento si propone la diffusione delle linee guida Sng-Iss sulla gravidanza fisiologica e quelle sul taglio cesareo, che saranno completate tra fine anno e febbraio. Ol-

tre al rispetto delle raccomandazioni già messe a punto dal Ministero per garantire la sicurezza del percorso nascita. Infine il capitolo della formazione degli operatori: le linee guida si limitano a segnalare che si tratta di «uno degli elementi prioritari che devono essere promossi e sviluppati, secondo un programma articolato» nell'ambito della formazione continua «aziendale e regionale». I programmi Ecm dovranno riguardare tutte le «figure professionali coinvolte nel percorso nascita». E verifiche sulla qualità della didattica arriveranno fin dentro le scuole di specializzazione in Ginecologia e ostetricia.

**Marzio Bartoloni
Manuela Perrone**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Cesarei secondo il tipo di punto nascita (%)

Classe di parti	Pubblica	Privata accred.	Privata non accr.	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
1.000-2.499	32,4	58,8	-	34,9
2.500+	33,1	-	-	33,1
Totale	34,3	61,4	75,3	37,4

Fonte: Cedap 2007

Nota: la fonte Cedap presenta, per il 2007, una copertura del 93% delle schede Sdo. Ciò spiega differenze nei valori assoluti e percentuali nel confronto tra i due sistemi di rilevazione

Distribuzione per classi di parto del n. di parti e del n. di punti nascita secondo la tipologia di struttura

Classe di parti	Pubblica			Privata accreditata			Privata non accreditata			Totale		
	Punti	Parti		Punti	Parti		Punti	Parti		Punti	Parti	
		Va	%		Va	%		Va	%		Va	%
0-499	118	33.645	7,30	36	10.545	19,04	15	2.539	70,10	169	46.729	8,98
500-799	91	58.687	12,73	28	16.966	30,63	2	1.083	29,90	121	76.736	14,75
800-999	48	43.139	9,36	6	5.144	9,29	-	-	-	54	48.283	9,28
1.000-2.499	151	219.036	47,51	16	22.741	41,05	-	-	-	167	241.777	46,49
2.500+	30	106.553	23,11	-	-	-	-	-	-	30	106.553	20,49
Totale	438	461.060	100,00	86	55.396	100,00	17	3.622	100,00	541	520.078	100,00

Fonte: CeDap 2007

Distribuzione punti nascita secondo numerosità di parti effettuati e tipologia di rapporto con il Ssn (2008)

Regione	Classe di parti												Totale complessivo	
	0-499		500-799		800-999		1.000-1.199		1.200-2.499		2.500+		Totale	(*)
	Totale	(*)	Totale	(*)	Totale	(*)	Totale	(*)	Totale	(*)	Totale	(*)		
Piemonte	-	-	3	-	2	-	7	-	10	-	2	-	24	0
V. Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	0
Lombardia	8	2	20	3	8	1	8	1	24	1	7	-	75	8
Pa Bolzano	3	-	2	-	-	-	1	-	1	-	-	-	7	0
Pa Trento	4	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	7	0
Veneto	-	-	2	-	3	-	5	-	11	-	5	-	26	0
Friuli V.G.	1	-	4	-	2	1	2	-	2	-	-	-	11	1
Liguria	4	-	6	-	-	-	2	-	3	-	-	-	15	0
Emilia R.	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

(*) Di cui privati accreditati

Fonte: ministero della Salute - Sistema informativo sanitario - Scheda di dimissione ospedaliera (Sdo)

Il decalogo delle linee di azione**1. Misure di politica sanitaria e di accreditamento**

- razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1.000/anno, prevedendo l'abbinamento per pari complessità di attività delle UuOo ostetrico-ginecologiche con quelle neonatologico/pediatriche, riconducendo a due i precedenti tre livelli assistenziali;
- attivazione, completamento e messa a regime del sistema di trasporto assistito materno (Stam) e neonatale d'urgenza (Sten);
- adozione, laddove già non previsto dalle normative regionali in materia, di procedure di autorizzazione e accreditamento istituzionale delle strutture sulla base dei criteri di individuazione dei requisiti relativi ai differenti livelli di assistenza ostetrica e neonatale, compresa la definizione delle risorse umane sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale;
- strategie di incentivazione/disincentivazione economica, incentrate su rimodulazione tariffaria e abbattimento oltre soglia di appropriatezza;
- adeguamento delle reti consultoriali regionali secondo quanto stabilito dalla legge 34/1996 e adeguamento degli organici;
- presenza di obiettivi specifici nella valutazione dei direttori generali, dei direttori di Dipartimento e di Uoc.

2. Carta dei servizi per il percorso nascita

- sviluppare, nell'ambito delle Aziende sanitarie in cui è attivo un punto nascita, una Carta dei servizi specifica per il percorso nascita, in cui, in conformità ai principi di qualità, sicurezza e appropriatezza siano contenute indicazioni riguardanti almeno:
 - 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 ospedaliero-territoriale e sociale per il rientro a domicilio della madre e del neonato alla favorevole dimissione protetta, 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;
- prevedere percorsi assistenziali differenziati favorendo la gestione delle gravidanze fisiologiche presso i consultori;
- assicurare l'utilizzo di una cartella gravidanza-parto-puerperio integrata territorio-ospedale;
- promuovere l'adozione di strumenti di collegamento e comunicazione tra le diverse strutture ospedaliere e territoriali;

- garantire la diffusione di corsi di accompagnamento alla nascita sul territorio in collaborazione con i punti nascita;
- favorire dimissioni protette delle puerpere e dei neonati promuovendo il ritorno al territorio (consultorio familiare e pediatra di libera scelta).

4. Sviluppo di linee guida sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo da parte del Sng-Iss

- elaborazione di linee guida evidence-based e aggiornate per la pratica clinica, rivolte ai professionisti della salute;
- stesura di una sintesi divulgativa delle linee guida rivolta alle donne;
- diffusione di linee guida attraverso canali istituzionali e di comunicazione scientifica.

5. Programma di implementazione delle linee guida

- analisi del contesto assistenziale a livello regionale e locale e studio della variabilità come indicatori di appropriatezza;
- identificazione delle criticità e delle barriere al cambiamento a livello di singolo punto nascita e sua interfaccia con il territorio;
- promozione della continuità assistenziale e della integrazione con l'assistenza territoriale;
- 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;
- sviluppo di percorsi clinico-assistenziali aziendali, sulla base delle linee di indirizzo per la promozione dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo.

6. Elaborazione, diffusione e implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita

- aggiornamento, implementazione e diffusione della Raccomandazione del ministero della Salute per la prevenzione della mortalità materna;
- definizione della Raccomandazione per la prevenzione della mortalità neonatale;
- promozione dell'adesione a sistemi di monitoraggio di eventi sentinella/eventi avversi/near miss e relativi audit.

7. Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto

- promozione di procedure assistenziali, farmacologiche e non per il controllo del dolore in corso di travaglio-parto;
- definizione di 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

- rendere prioritari, nell'ambito delle attività di formazione continua Ecm aziendale e regionale, percorsi di formazione/aggiornamento di tutte le figure professionali coinvolte nel percorso nascita, con modalità integrate, come previsto al punto 5) relativo al programma di implementazione delle linee guida;
- promuovere l'audit clinico quale strumento di valutazione della qualità dei servizi e delle cure erogate;
- attivare sistemi per la verifica e l'aggiornamento dei livelli formativi teorico-pratici delle scuole di specializzazione in Ginecologia e ostetrica, nonché in Pediatria/neonatalogia e del corso di laurea in Ostetricia, in linea e in coerenza con gli standard assistenziali, in raccordo con il Miur;
- promuovere una effettiva integrazione della funzione universitaria di didattica con gli ospedali di insegnamento;
- promuovere il coinvolgimento delle società scientifiche nella formazione continua dei professionisti sanitari;
- prevedere attività formativa in tema di metodiche farmacologiche e non di controllo del dolore, con carattere di multidisciplinarietà;
- promuovere un percorso strutturato per l'inserimento dei professionisti nuovi assunti, confacente alle caratteristiche dei livelli assistenziali garantiti.

9. Monitoraggio delle attività

- promuovere l'utilizzo di sistemi di monitoraggio delle attività, capaci di definire le ricadute cliniche e assistenziali delle attività stesse attraverso indicatori misurabili;
- promuovere una sistematica attività di audit quale strumento di autovalutazione dei professionisti sanitari e di miglioramento della pratica clinica;
- promuovere sistemi di monitoraggio e valutazione delle attività previste dal presente accordo.

10. Istituzione di una funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita

- al fine di dare completa attuazione a quanto previsto dal presente accordo, il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concordano sulla necessità della istituzione, entro 30 giorni dalla sua approvazione, di un Comitato per il Percorso nascita (Cpn), interistituzionale, con funzione di coordinamento e verifica delle attività, 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, Ageras);
- analoga funzione dovrà essere attivata a livello di ogni singola Regione e Provincia autonoma, nonché a livello di ogni struttura sanitaria, sulla base dell'organizzazione regionale.