

Rete dei punti nascita

Punti nascita a basso volume di attività: agire su tre fronti per garantire la sicurezza

Claudio Crescini

Vicesegretario Nazionale AOGOI

Per quanto riguarda i dati di mortalità materna e neonatale è noto che il nostro Paese è tra le nazioni con il tasso più basso e i valori migliori, anche rispetto a Paesi come gli Stati Uniti d'America. Tra i fattori che collocano il nostro Paese in una situazione di tale vantaggio vi è sicuramente il livello economico elevato, ma soprattutto la presenza di una rete assistenziale diffusa, universalistica e gratuita che consente a circa mezzo milione di donne ogni anno di ottenere un facile e qualificato accesso a tutte le cure ostetriche sia di base che di alta specialità.

Sono proprio questi eccellenti risultati, costanti negli anni, a rendere particolarmente incomprensibile all'opinione pubblica (e intollerabile agli utenti) gli eventi, seppur eccezionali nel nostro Paese, di morte materna o neonatale. Inoltre in Italia, a differenza di quanto accade in molte altre nazioni, è ormai abitudine che gli eventi avversi in ambito sanitario, e in particolar modo in ambito ostetrico, abbiano una particolare risonanza sui media.

È in questo contesto che si è pensato che la concentrazione delle nascite in sale parto ad alto volume di attività potesse ridurre ulteriormente un dato di esiti negativi tra i migliori al mondo. Bisogna anche sottolineare altri aspetti del problema: la quasi totalità delle morti materne in Italia sono registrate in punti nascita ad alto volume di attività anche perché questi seppur rari eventi avvengono prevalentemente in una popolazione ostetrica ad alto rischio che non viene ovviamente trattata nei punti nascita a basso volume di attività.

A carico dei piccoli punti nascita rimane invece come dato negativo una percentuale di tagli cesarei superiore al valore ottimale, ma questo dato è influenzato dalla elevata presenza, in questa categoria di punti nascita, di strutture private soprattutto del Sud che, come noto per vari motivi, hanno un tasso di tagli cesarei più elevato delle strutture pubbliche. Il dato che sicuramente, e senza possibilità di smentita, gioca a sfavore del mantenimento dei punti nascita a piccolo volume di attività è soprattutto l'aspetto economico.

Davvero i piccoli punti nascita sono per definizione 'poco sicuri'? Utilizzare il solo indice numerico dei 500 parti all'anno per stabilirne la sicurezza appare riduttivo e non appropriato. Un punto nascita di piccole dimensioni che disponga di personale motivato, addestrato alle emergenze ostetriche - nel contesto di un ospedale con una buona organizzazione e ben coordinato con un grosso ospedale di riferimento e con AREU/118 - può avere risultati pari a quelli di un punto nascita a maggior volume di attività.

Con questi presupposti è dunque possibile garantire la sicurezza anche nei punti nascita a basso volume di attività. Come conferma anche l'Acog nel Position Statement approvato il maggio scorso



L'associazione che raggruppa i punti nascita alpini svizzeri e austriaci aveva calcolato anni fa che per quei Paesi non aveva giustificazione economica un punto nascita con meno di 650 parti all'anno.

Da molte parti viene sostenuto che nei piccoli punti nascita non vi siano le competenze professionali e la struttura organizzativa per fronteggiare emergenze ostetriche proprio per la loro rarità, resa ancora più infrequente laddove si accolgono solo gravidanze a basso rischio.

Per garantire la sicurezza in un punto nascita a basso volume di attività che accoglie solo gravidanze fisiologiche a basso rischio e

per fronteggiare situazioni di emergenza ostetrica, che in queste condizioni si potrebbero verificare una volta ogni 10 anni o anche meno, risulta necessario agire su tre fronti.

Il primo fronte è quello della formazione/preparazione del personale affinché sia in grado di affrontare con competenza complicanze del parto estremamente rare. Per ottenere questo risultato è necessario mantenere alto il livello di preparazione professionale e di organizzazione del team di sala parto. Sono necessarie periodiche esercitazioni con simulazione che mantengano addestrato il personale.

I criteri sono quelli ricavati dal

mondo aeronautico in cui tutti i piloti vengono addestrati nei simulatori di volo a fronteggiare eventi potenzialmente catastrofici, anche se probabilmente non dovranno mai affrontarli. Lo stesso discorso vale per tutti i servizi di protezione civile il cui personale viene addestrato alla gestione di situazioni catastrofiche, anche se fortunatamente non avranno probabilmente mai la necessità di utilizzare quanto appreso.

Il secondo aspetto è quello dell'organizzazione del punto nascita e dei mezzi disponibili in termini di personale di varie specializzazioni e di strumentazione. Su questo aspetto è già stato acclarato che oltre ad un'ostetrica, un ginecologo e un'anestesista, presenti h24, deve essere disponibile anche un pediatra/neonatologo.

Per quanto riguarda quest'ultima figura professionale, può essere ritenuto sufficiente la sua presenza al momento

della nascita e si ricorda inoltre che tutto il personale presente in sala parto deve essere in grado di eseguire le semplici manovre di rianimazione primaria del neonato, mentre nel caso eccezionale di dover ricorrere ad un'intubazione, la presenza del pediatra al momento del parto e dell'anestesista nella struttura ne garantiscono comunque l'esecuzione.

Il terzo aspetto è quello relativo al trasferimento in tempi rapidi della gravida o del neonato in caso di necessità in un centro di riferimento (hub). Si rende quindi necessario disporre di un sistema Stam e Sten ben organizzato ed un coordinamento con la AREU/118.

In base a queste considerazioni generali appare chiaro che utilizzare il solo indice numerico dei 500 parti all'anno è riduttivo e non appropriato.

Un punto nascita di piccole dimensioni con personale motivato, addestrato alle emergenze ostetriche in un ospedale con una buona organizzazione e ben coordinato con un grosso ospedale di riferimento e con AREU/118, può avere risultati uguali se non migliori di un punto nascita a maggior volume di attività ma senza alcune delle caratteristiche sopra citate.

A questo si associa anche la considerazione che spesso i punti nascita piccoli hanno condizioni strutturali e organizzative che possono favorire un'accoglienza e una gestione dell'evento nascita più familiare e meno istituzionale.

Naturalmente il mantenimento di piccole sale parto a distanza di pochi chilometri o in prossimità di grandi ospedali non ha sicuramente una giustificazione, soprattutto da un punto di vista economico.

Un ragionamento completamente diverso deve essere fatto per i **piccoli ospedali in aree particolarmente disagiate** come possono essere, nel nostro Paese in particolare, le aree di montagna e le isole.

In queste situazioni, le condizioni climatiche e i tempi di percorrenza tra la residenza della gravida e un grosso punto nascita di riferimento, possono compromettere la sicurezza molto di più dell'esplicitare il parto in un piccolo ospedale di montagna o insulare.

Possiamo quindi concludere che:

1. **il solo indicatore del numero di parti** all'anno non è sufficiente a definire la sopravvivenza o meno di un punto nascita.
2. **il personale che opera in un piccolo punto nascita** deve seguire un addestramento specifico e costante per le emergenze ostetriche.
3. **il piccolo punto nascita deve definire e garantire** le caratteristiche strutturali di base essenziali per personale e materiali.
4. **vi deve essere un piano organizzativo ben definito** per lo Stam e per lo Stam. **Y**

Position Statement

The American College of Obstetricians and Gynecologists and The American Congress of Obstetricians and Gynecologists

Practice Considerations for Rural and Low-Volume Obstetric Settings

The provision of safe obstetric care requires a commitment to lifelong learning and maintenance of knowledge and skills. Rural settings, low-volume settings, or both, may present challenges in maintaining clinician and nursing skills because of limited volume and, therefore, limited opportunity to participate in various aspects of care. The ability to maintain skills and patient safety in low-volume obstetric facilities may be improved by the following activities:

- Maximize the number of health care providers (nursing and delivering staff) who attend a delivery in order to leverage the available experience for all health care providers.
- Periodically rotate health care providers to larger, higher volume, regional facilities to facilitate clinical experience. Ideally, funding to support this clinical experience would be provided.
- Provide a structured orientation program for all health care providers who are new to the practice setting. This program should include local and regional practices and standards.
- Frequently conduct structured multidisciplinary drills and simulations.
- Participate in a regional integrated delivery system with ready access to consultation and referral when needed, outreach education from regional perinatal centers, and regional analysis and evaluation of regional data (facilitated by regional perinatal centers) (1).
- Ensure that an established agreement with policies and procedures for timely transport is in place, where a woman who needs urgent or emergent delivery (cesarean delivery) can be expeditiously transported to an accepting physician and facility in accordance with a fully established regional perinatal care plan (1).
- Have essential obstetric medications and supplies available (such as magnesium sulfate, antenatal corticosteroids, and tocolytics) in low-risk birthing centers. Ideally, blood banking and ready access to at least limited obstetric ultrasonography also should be available (if level of maternal care is level 1 or higher) (1).

Additional options also could be implemented to reinforce patient safety as well as clinical support for health care providers in low-volume settings. Telemedicine and teleconsultation capabilities may be beneficial to coordinate care. The Obstetric Care Consensus document, Levels of Maternal Care, provides further information regarding regionalization and integration (1). Importantly, support of health care providers in rural settings, low-volume settings, or both, should be a shared responsibility among the community, government, payers, and health care facilities. Each must be committed to retaining obstetric services in the community and to contributing to the programs and activities designed to maintain the skills of the health care team.

Approved by the Executive Board: May 2016

¹ Levels of maternal care. Obstetric Care Consensus No. 2. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2015;125:502-15.



Punti nascita. Ginecologi della Fesmed contro delibera veneta

Sia i livelli sia i requisiti della delibera regionale sono difformi rispetto all'accordo Stato Regioni del 16/12/2010. Non è possibile prevedere, contrariamente alla normativa dello Stato, che le mamme di una Regione partoriscono in punti nascita dove è formalizzato un *substandard care*

Giuseppe Ettore
Presidente FESMED

La Regione Veneto ha approvato il 23 dicembre 2016 la Deliberazione n. 2238 in materia di "Identificazione del modello della rete assistenziale per il percorso nascita e in particolare della rete dei punti nascita" (Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016). In tale delibera **la rete dei punti nascita viene stratificata in 4 livelli di intensità di cure** dipendenti dai volumi dei parti declinati con 2, 3, 4, e 5 stelle e indicati i requisiti. In particolare, per il livello a due stelle sotto i 500 parti/anno, sono previsti: l'ostetrica h24, il ginecologo h12, il pediatra per 3 ore al giorno e l'anestesista h24. Nei requisiti operativi – solo per citare alcune criticità – non è previsto "garantire l'effettuazione di qualunque intervento ostetrico-ginecologico di emergenza; una sala operatoria sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio parto; un blocco travaglio-parto e degenza puerperale e neonatale nello stesso piano.

Sia i livelli che i requisiti della delibera regionale sono difformi rispetto all'accordo Stato Regioni del 16/12/2010 – accordo tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane

sul documento concernente "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" e al Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (G.U. 4 giugno 2015 n. 127).

Sia i livelli che i requisiti della delibera regionale sono difformi rispetto all'accordo Stato Regioni del 16/12/2010. Le mamme devono avere una equità dell'assistenza ospedaliera indipendentemente al luogo della nascita. Non è possibile prevedere contrariamente alla normativa dello Stato che le mamme di una Regione partoriscono in punti nascita dove è formalizzato un *substandard care*.

Il punto 4 "Volume ed esiti" del D.M. 70 declina chiaramente che si applicano le soglie di volume di attività di cui all'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010. La rete dei punti nascita deve rientrare nel modello HUB Spoke con due livelli di intensità di cure che garantiscano entrambi gli standard di sicurezza. **I punti nascita sotto i 500 parti anno possono esistere solo se in condizioni orograficamente disagiate**, come da D.M. 11/11/15, e le Regioni



per il loro esercizio devono chiedere la deroga al Comitato Nazionale Percorso Nascita del Ministero della Salute. Ci si

chiede come la Regione Veneto possa chiedere le deroghe non avendo in sicurezza i punti nascita.

Siamo dalla parte delle mamme che da Nord a Sud devono poter partorire in modo sicuro non mettendo a repentaglio la propria vita e quella del proprio bambino. Il parto è un evento che anche a basso rischio può in pochi minuti trasformarsi ad alto rischio.

Come può un punto nascita veneto a basso volume sotto i 500 parti anno e quindi a bassa expertise da parte dei professionisti attivarsi per un Taglio cesareo in emergenza da espletarsi in pochi minuti se i medici non sono nemmeno presenti nella struttura? E se la mamma necessita di un qualunque intervento chirurgico in emergenza oltre al taglio cesareo?

Chiediamo al Ministro della Salute di garantire la sicurezza e la qualità dell'evento nascita per le mamme e per i professionisti bloccando sul nascere questi tentativi di sicurezza *substandard* da parte della Regione Veneto. **Y**