

PERCORSO NASCITA: le 10 linee di azione

Il piano per la riorganizzazione dei punti nascita predisposto dal ministro della Salute, Ferruccio Fazio, è ora pubblicato in Gazzetta Ufficiale. Tra i punti salienti delle 10 linee di azione contenute nel "Piano Fazio", l'incentivazione della partoanalgesia, la drastica riduzione dei cesarei, la conferma della chiusura dei reparti di maternità che effettuano meno di 500 parti all'anno e, nel giro di 3 anni, la riduzione di quelli che ne effettuano meno di 1.000

La conferenza Stato-Regioni ha dato l'ok, il 16 dicembre scorso, al piano per la riorganizzazione dei punti nascita sviluppato dal ministro Fazio sulla scia delle proposte avanzate da Sigo-Aogoi e Femmed, e che ora è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale (n. 13 del 18 gennaio 2011).

Si conclude così l'iter del provvedimento e inizia il percorso che prevede nuovi standard di qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita. Tra i punti prioritari, l'abbattimento del ricorso al taglio cesareo, la chiusura definitiva dei reparti di maternità dove si effettuano meno di 500 parti all'anno e la razionalizzazione/riduzione di quelli che ne effettuano meno di 1.000.

I dieci punti prevedono misure di politica sanitaria e di accreditamento, una carta dei servizi per il percorso nascita, integrazione territorio-ospedale, utilizzo e implementazione delle linee-guida sulla gravidanza fisiologica e taglio cesareo prodotte dal Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità; elaborazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita, procedura di controllo del dolore nel corso di travaglio e parto, formazione degli operatori, monitoraggio e verifica delle attività, istituzione di un coordinamento permanente per il percorso nascita.

Il punto che ha fatto più notizia è la razionalizzazione/riduzione dei punti nascita con meno di 1000 parti/anno, che rappresentano circa 1/3 del numero nazionale complessivo e che si trovano soprattutto tra le strutture private. La riduzione dei livelli assistenziali sarà affiancata da un potenziamento dei sistemi di trasporto assistito materno e neonatale (STAM e STEN) e consentirà di organizzare il servizio h 24, con almeno 2 ostetri-

che e 1 medico per turno, riducendo al minimo il ricorso all'istituto della pronta disponibilità. Il modello adottato è quello "hub and spoke", che prevede il consolidamento delle reti dei punti-nascita con trasferimento ai centri regionali di riferimento per le patologie materne o neonatali da gestire a livelli adeguati per intensità di cure. Sono previsti criteri di accreditamento delle strutture che prevedano la valutazione dei carichi di lavoro e l'adeguamento degli organici; si introducono strategie di incentivazione/disincentivazione economica basate sulla valutazione dell'appropriatezza delle procedure. Molto dettagliata è la definizione delle strutture e della strumentazione delle zone travaglio-parto, dell'area neonatologica e delle sale operatorie del punto nascita; si precisa che ci deve essere una sala dedicata all'assistenza del parto fisiologico/naturale e che la donna può essere accompagnata da una persona di sua scelta, assicurando in ogni momento l'intimità e il comfort della partoriente e l'assunzione delle posizioni più co-

mode; è previsto l'utilizzo di metodi di controllo del dolore farmacologici e non, compresa l'analgia epidurale. Si prevede il rooming-in nella degenza post-partum, per favorire il legame parentale e l'allattamento al seno.

L'introduzione della carta dei Servizi del punto nascita è un'altra novità interessante. Il documento dovrà contenere i dati di attività della struttura, informazioni sul numero degli operatori in ogni turno di guardia, la possibilità del trasporto sanitario (STAM e STEN), il tipo di assistenza comprese le tecniche per il controllo del dolore che la struttura mette a disposizione, il numero annuale di parti spontanei e operativi e gli indicatori di esito. Sono inoltre previste dettagliate informazioni da fornire alla donna su ogni aspetto dell'assistenza in gravidanza, parto e puerperio, sui corsi di accompagnamento alla nascita e sul sostegno della rete dei servizi. Si chiarisce che è auspicabile che le donne possano offrire un feedback sul servizio ricevuto e si



offre l'indicazione degli uffici preposti alla segnalazione di encomi e suggerimenti o di reclami e dei siti web che le aziende attivano per i cittadini per ottenere altre informazioni.

Nella pagina a fianco le dieci linee di azioni che compongono il piano per la promozione ed il

miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita. Queste linee, come sottolinea una nota del ministero della Salute, "dovranno essere avviate congiuntamente a livello nazionale, regionale e locale". (L.B)



IL PUNTO

Vito Trojano, presidente AOGOI

"Se si attuerà pienamente questa riforma produrrà grandi risultati"

L'impegno siglato tra Governo, Regioni e P.A. costituisce una buona premessa per una riorganizzazione della rete neonatale di alta qualità, più sicura e vicina alle esigenze dei cittadini e degli ope-

riori della sanità ma, sottolinea il presidente Aogoi Vito Trojano, "non sarà un cammino facile. Dovremo vigilare per una piena attuazione di quanto contenuto nelle 10 linee di azione, affrontando le varie peculiarità

e criticità legate al territorio, calibrando, quando necessario, gli interventi". Fondamentale in questo senso è che si mantenga aperto un costante dialogo tra istituzioni e società scientifiche "perché rappresenta lo stru-

mento chiave per calibrare gli interventi in funzione delle peculiarità e delle criticità che emergeranno e dei suggerimenti tecnici e clinici degli operatori della sanità".

► Segue a pagina 6

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

(...) il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano si impegnano a sviluppare un Programma nazionale, articolato in 10 linee di azione, 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. Tali linee, complementari e sinergiche, sono da avviare congiuntamente a livello nazionale, regionale e locale;

Le 10 linee di azione, riportate più dettagliatamente nell'allegato tecnico che costituisce parte integrante dell'accordo approvato il 16 dicembre scorso dalla Conferenza Stato Regioni, sono:

1. Misure di politica sanitaria e di accreditamento

(Allegati 1° -1b - 1c):

- 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 trasposto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (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;
- 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 n. 34/1996 ed adeguamento degli organici;
- presenza di obiettivi specifici nella valutazione dei direttori generali, dei direttori di dipartimento e di U.O.C.

2. Carta dei Servizi per il percorso nascita

(Allegato 2):

- 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 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.

3. Integrazione territorio-ospedale

(Allegato 3):

- garantire la presa in carico, la continuità assistenziale, l'umanizzazione della nascita attraverso l'integrazione dei servizi tra territorio ed 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 SNLG-ISS

(Allegato 4):

- elaborazione di linee guida evidence-based ed 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

(Allegato 5):

- 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 ed implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita

(Allegato 6):

- 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

(Allegato 7):

- 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

(Allegato 8):

- 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 ed adeguamento dei livelli formativi teorico-pratici delle scuole di specializzazione in ginecologia ed ostetricia, nonché in pediatria/neonatologia e del corso di laurea in ostetricia, in linea ed 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 e verifica delle attività

(Allegato 9):

- 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

(Allegato 10):

- 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, AGENAS);
- 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.

L'attuazione da parte delle singole Regioni e Province autonome delle 10 linee di adozione sopra riportate è progressivamente realizzata nel quadro della rispettiva programmazione assistenziale e nel rispetto della connessa programmazione economico-finanziaria in riferimento alle risorse umane, strumentali e finanziarie previste dalla normativa vigente. (*Gazzetta Ufficiale n. 13 del 18 gennaio 2011*).

Il testo integrale è disponibile sul sito www.aogoi.it

ILPUNTO

Vito Troiano, presidente AOGOI

► **Segue da pagina 4**

Riguardo a uno dei punti più delicati previsti dal Piano, la razionalizzazione/riduzione progressiva dei P.N. con meno di mille parti l'anno, Troiano spiega che "la posizione dell'Aogoi non parte da una loro chiusura sic et simpliciter. La nostra associazione ha inteso piuttosto dare delle indicazioni su quelli che erano i paletti da porre alle sale parto per garantire una maternità in sicurezza". I paletti erano legati ad una serie di indicazioni: disponibilità del parto in analgesia, disponibilità di sangue in caso di emergenza, presenza di reparti di terapia intensiva neonatale, dotazioni di strumenti di diagnosi prenatale nei P.N., presenza di strutture di sostegno psicologico per le partorienti, riconoscimento di procedure codificate tra ginecologi e ostetriche, informazioni sul parto cesareo ma anche studio delle casistiche e modalità di applicazione, presenza di personale qualificato (pediatri, ostetrica, ginecologo e anestesista 24 h su 24, oltre a un trasporto in emergenza).

"La riforma fa senz'altro un grande passo avanti nell'ambito ostetrico ginecologico in quanto prevede innanzitutto una riformulazione, come del resto avevamo richiesto, dei livelli assistenziali, ponendo un primo e secondo livello in grado di interfacciarsi, in modo che il primo possa fungere da filtro nei confronti del secondo".

"La riorganizzazione dei Punti nascita italiani congloba un profilo tecnico, ma anche formativo e istituzionale. La messa in opera di un percorso assistenziale più qualificato, che offre alla madre e al nascituro maggiori garanzie – sottolinea inoltre Troiano - incide sul benessere psicologico non solo dei cittadini ma anche dei medici, che si sentono così più tutelati e possono affrontare con più tranquillità quelle problematiche importantissime di tipo tecnico in un'ottica diversa, abbandonando quelle paure che scatenano poi le dinamiche di una medicina difensiva, di cui un eccessivo ricorso al cesareo è, a volte, conseguenza. Un'assistenza più qualificata insomma promuove intrinsecamente la nascita verso il parto fisiologico".

Altri tre punti particolarmente importanti evidenziati dal presidente Aogoi riguardano l'integrazione Territorio-Ospedale, la formazione degli operatori e l'informazione nel sociale.

La formazione degli operatori, un tema a cui l'Aogoi ha da sempre dedicato grande attenzione, sottolinea Troiano, è però legata a un fattore importante: la stabilità degli operatori nell'ambito delle strutture. "Il precariato dei medici a tempo determinato è un problema a cui bisogna assolutamente porre rimedio. I

medici non hanno il tempo sufficiente a formarsi, ad acquisire un'autonomia gestionale delle urgenze/emergenze e dell'espletamento del parto. Abbiamo bisogno di specialisti che si formino con training incisivi in un arco temporale che non sia di alcuni mesi ma di qualche anno. Abbiamo bisogno di formare una classe di ginecologi ostetrici altamente qualificata, quale del resto abbiamo sempre avuta mentre da qualche anno assistiamo a una dispersione di questo patrimonio formativo in conseguenza della precarietà delle assunzioni". Formazione del personale anche e soprattutto nelle scuole di specializzazione, ribadisce Troiano "scuole che spesso non hanno le sale parto, pur sfornando specialisti in ostetricia e ginecologia".

Ma un discorso molto importante riguarda anche l'informazione nel sociale. "Le pazienti a volte possono essere strumentalizzate – afferma. Penso, ad esempio, alla possibilità di chiusura dei cosiddetti 'piccoli ospedali'. Dobbiamo essere chiari e far bene comprendere ai cittadini che spesso gli ospedali dei piccoli centri sono

a rischio in quanto privi di quelle garanzie di sicurezza precedentemente elencate. L'informazione deve essere però accompagnata anche dalla volon-

tera. In ogni caso affrontato in Commissione abbiamo riscontrato almeno una di quelle disfunzioni precedentemente elencate. E se la disfunzione

che non volendo affrontare il dolore del parto vedono il cesareo come unica alternativa. Il parto indolore è invece un'alternativa importante perché permette alla donna di affrontare il decorso del travaglio e il parto con più tranquillità e partecipazione, evitando quella perdita del controllo in termini di concentrazione, respirazione e spinta che sono fondamentali nell'espletamento del parto fisiologico".

Per il presidente Aogoi la riforma tocca dunque molti aspetti importanti e ci sono i presupposti affinché produca risultati positivi. Perché ciò accada "dovrà essere applicata nella sua totalità – afferma Troiano – e si dovrà mantenere aperto un dialogo continuo con le istituzioni, così come sta facendo l'Aogoi ormai da qualche anno con le commissioni di Camera e Senato e più di recente con la Commissione sugli errori sanitari".

"Un dialogo aperto tra istituzioni e società di ostetricia e ginecologia è fondamentale affinché alla qualità legislativa corrisponda una qualità di tipo tecnico-scientifico-assistenziale in grado di calarsi nella realtà del territorio e nella grande realtà della nostra sanità italiana".

Sul Piano di riordino dei punti nascita il neo presidente Aogoi esprime una valutazione complessivamente positiva: "perché pone le premesse per una riforma della rete neonatale non più procrastinabile". La sua operatività e incisività dipenderanno da una serie di fattori, ma, ricorda Troiano: "sarà fondamentale il dialogo continuo tra istituzioni, società scientifiche e operatori della sanità"

tà del politico, che non deve calcolare queste situazioni locali campanilistiche per cercare di tenere aperto un piccolo ospedale o un Punto nascita non in sicurezza, in funzione di quelli che possono essere i riscontri elettorali, senza pensare né alla madre, né al bambino e nemmeno alla classe medica che in quel P.N. deve operare. È un discorso che abbiamo approfondito anche in sede di Commissione sugli Errori sanitari, di cui faccio parte, con il presidente Leoluca Orlando e il collega ginecologo Benedetto Fucci, che è anche membro della Commissione Affari sociali della Ca-

non era di organico o di sicurezza era legata all'ubicazione della sala parto: lontana dalla sala operatoria con la quale invece dovrebbe essere attigua, affinché un parto possa essere pilotato fino a che insorgano determinati presupposti di patologia che rendono necessario il trasferimento della paziente nell'attigua sala operatoria per l'effettuazione del cesareo".

"Infine voglio ricordare un altro punto molto importante di questo Piano ovvero le procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio, che consentiranno di abbattere quel numero di Tc ancora richiesti dalle pazienti

ILPUNTO

Carmine Gigli, presidente FESMED

"Senza risorse, il piano resterà sulla carta"

Per il presidente della Fesmed Carmine Gigli "il Piano recepisce molte delle istanze da noi avanzate, ma non mette in campo le risorse per realizzarle relegando la formazione, punto essenziale per il cambiamento, a poche e vaghe righe a chiusura del documento".

È difficile, spiega il presidente Fesmed realizzare un cambiamento radicale se non si investe sulla formazione e non si mettono a disposizione delle aziende le risorse necessarie all'adeguamento organizzativo e tecnologico".

"Indubbiamente il ministro è stato disponibile al dialogo e molte delle linee di indirizzo espresse nel documento finale riprendono quanto condiviso in occasione dell'incontro tra la Fesmed e il ministro – sottolinea Gigli – tuttavia quegli indirizzi avevano bisogno di un'azione forte da parte di Fazio, con chiare indicazioni sulle strategie e i mezzi per attuare il cambiamento. Purtroppo, invece, nel Piano definitivo ap-

provato dalle Regioni abbiamo dovuto constatare che questi mezzi non ci sono. Nel Piano non si parla di finanziamenti e alla formazione, che è un aspetto fondamentale, e sul quale avevamo chiesto di porre grande attenzione, vengono riservate 15 righe su 42 pagine".

"Per molti medici si tratta di un cambiamento radicale dell'esercizio della professione, perché stiamo parlando di ridurre i tagli cesarei, di applicare nuove linee guida, di individuare tutte le strategie necessarie per il rischio clinico. Ma questo cambiamento radicale non può avvenire se non si investe sulla formazione e non si danno alle aziende e alle Regioni delle disposizioni precise per affrontare in maniera compiuta il problema della formazione degli operatori. Il piano, invece, non prevede alcun finanziamento per questa finalità, mentre la legge 122/2010 dimezza il budget per la formazione dell'azienda a partire dal 2011".

"Lo stesso vale per l'adeguamento organizzativo e tecnolo-

gico, che si chiede di realizzare senza mettere però in campo risorse. Per far un esempio: si lamenta che le donne chiedano il cesareo e i ginecologi le accontentino. Ed ora si chiede loro di cambiare atteggiamento, ma non si considera che un ginecologo che per anni ha effettuato cesarei ripetuti potrebbe non avere la preparazione adeguata ad assistere il parto vaginale di una donna che ha già subito un cesareo. Si vuole inoltre diffondere la partoanalgesia, dando per scontato che tutti gli anestesisti siano preparati a farlo. Non è così. Richiede competenze e in certi casi anche nuovo personale da introdurre nei punti nascita. Come si può pensare che questo sia possibile senza mettere a disposizione nuove risorse?".

Il timore è dunque che questa riforma resti solo pura dichiarazione di intenti, "come il Progetto Obiettivo Materno Infantile, elaborato dal ministro Bindi nel 2000, che a distanza di 10 anni è rimasto inascoltato in molte Regioni".

Per Gigli anche "la questione dei 'piccoli' punti nascita avrebbe potuto essere posta in maniera meno draconiana, limitandosi a distinguere tra punti nascita che effettuano più di mille parti/anno e quelli che ne effettuano meno, come suggerito anche dai tecnici delle Regioni. Al contrario si sarebbe dovuto insistere maggiormente sulla necessità di dotarsi dei requisiti organizzativi e strumentali. A quel punto sarebbero state le Regioni a valutare se fosse più conveniente fornire quei requisiti, oppure fosse preferibile accorpate alcune strutture e recuperare del personale da utilizzare nei punti nascita carenti. Sono convinto che non esiste un numero di parti che garantisce la sicurezza. Quel che conta sono i requisiti. Un punto nascita che effettua 2.000 parti ma in cui operano professionisti non preparati farà più danni di un piccolo punto nascita dove si lavora bene. Non voglio criticare i centri di eccellenza, ma non voglio togliere nulla a chi ha meno

Nicola Surico, presidente SIGO

“Si proceda senza deroghe”

I centri con meno di 1000 parti l'anno verranno riconvertiti. “Per scongiurare resistenze a livello locale – ha affermato il neo presidente della Sigo Surico – ci faremo portavoce, in prima persona, di una sensibilizzazione delle donne, per sottolineare come questi criteri vadano a loro tutela”

“Non sono ammissibili deroghe al piano di riordino dei punti nascita: le strutture con meno di mille nascite l'anno vanno riconvertite. Saremo noi ginecologi, per primi, a spiegare alle nostre pazienti che è meglio sopportare alcuni minimi disagi logistici, magari qualche chilometro in più, ma avere strutture che garantiscono al meglio la salute di madre e bambino”.

Così il neo presidente Sigo Nicola Surico, in carica dal primo gennaio fino al 2013, ribadisce l'appoggio dei ginecologi al piano di riordino dei punti nascita. “Sappiamo che i veri problemi si presenteranno ora, sul territorio, in fase di applicazione delle nuove disposizioni, che prevedono la razionalizzazione/riduzione progressiva dei centri con un nume-

ro di parti inferiore a 1000 l'anno” ha affermato Surico sottolineando che “per scongiurare resistenze a livello locale ci faremo portavoce, in prima persona, di una sensibilizzazione delle donne, per sottolineare come questi criteri vadano a loro tutela. Questo è il primo passo per una nuova stagione della ginecologia nel nostro Paese, sulla base di un rinnovato rapporto di fiducia fra donne e medici”.

“Le pazienti devono potersi recare con serenità nelle nostre strutture – ha aggiunto Surico – e devono sapere che la Sigo si sta adoperando, e continuerà a farlo, per collaborare con le Istituzioni nell'applicazione delle migliori evidenze a favore della donna e del bambino”.

Un altro punto cardine evidenziato dal neo presidente Sigo è la

formazione: “una priorità del mio mandato per il prossimo triennio”. “Serve un'alleanza fra istituzioni diverse, per garantire professionalità complete – ha affermato. Ancora oggi esistono scuole di specializzazione sproviste delle strutture adeguate. Così come vanno rivisti i criteri di accreditamento dei corsi di formazione: abbiamo assistito ad una proliferazione di proposte purtroppo non sempre adeguate. Va promossa un'effettiva integrazione della funzione universitaria di didattica con gli ospedali di insegnamento, previsti dal piano e le Società scientifiche vanno coinvolte direttamente e si devono fare garanti della qualità. La Sigo intende lavorare fianco a fianco delle Istituzioni per tradurre al più presto in realtà quanto previsto dalla riforma”.

“Per completare la rivoluzione ora è necessario intervenire sui rimborsi e i DRG”. Così il past president Sigo Giorgio Vittori si è

espresso l'indomani dell'approvazione del piano nazionale di riordino del matero infantile da parte della Conferenza Stato Regioni. “La riforma dei punti nascita è oggi una realtà, daremo il nostro pieno appoggio alle Istituzioni per renderla concreta in tempi brevi, a vantaggio della sicurezza di donne e bambini. Si tratta di 10 punti chiave per ridisegnare la mappa della nascita del nostro Paese, per riconvertire i centri in modo che siano attrezzati e sicuri, favorire il parto naturale, garantire a tutte le donne l'accesso all'analgesia epidurale, migliorare la formazione degli operatori e monitorare e verificare costantemente le attività” ha spiegato Vittori. “La manovra incontra il favore della ginecologia perché ha ascoltato le nostre istanze e se n'è resa interprete. Siamo reduci da mesi intensi, che hanno portato alla ribalta nazionale, in maniera drammatica, le criticità del per-

corso nascita che da tempo erano note agli addetti ai lavori. Siamo certi che da qui si possa ripartire per rendere sempre più efficienti e completa l'assistenza”.

Ma se “questo piano rappresenta un'ottima premessa per un sistema più moderno e più adatto alle esigenze delle madri di oggi nonché una garanzia di maggiore serenità per noi ginecologi” ha affermato Vittori “sarà però necessario vigilare fin d'ora soprattutto sull'applicazione degli ultimi due punti del piano, dove si prevede il monitoraggio e la verifica delle attività e l'Istituzione di una funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita”.

In occasione del Congresso nazionale Sigo Aogoi di Milano, il Ministro Fazio aveva espresso la ferma volontà di rendere il “decalogo” immediatamente operativo, un impegno congiunto governo-enti locali, attraverso un cammino condiviso che vede i ginecologi protagonisti.

“Resta un ulteriore passo – ha sottolineato Vittori. La rivoluzione si compirà solo se si darà il giusto riconoscimento a tutte le fasi, dalla pianificazione familiare alla nascita. Per questo è indispensabile intervenire sui rimborsi”.

Se le prestazioni che riguardano l'ostetricia e la ginecologia non verranno rivalutate, avverte Vittori “per far quadrare i conti ci si troverà costretti a limitarle controllandone la quantità e diminuendo la qualità”.

parti e svolge un ottimo lavoro”. Per frenare il ricorso al cesareo il Piano prevede l'implementazione dell'epidurale e la disincentivazione economica attraverso la rimodulazione dei tariffari. Per quanto riguarda la rimodulazione dei tariffari, osserva Gigli “vale per quelle Regioni dove c'è una distribuzione delle risorse in base alle prestazioni, molto meno nelle Regioni dove si applica la quota capitaria. Qualche cambiamento potrebbe portarlo anche in quelle Regioni dove c'è un'alta quota di privato e qualche casa di cura potrebbe avere meno interesse ad effettuare un cesareo rispetto ad un parto naturale. Ma anche in questo caso credo che occorra fare molta attenzione: è bene insistere affinché una clinica privata che non ha i requisiti per rispondere a un'emergenza intraprenda un intervento di parto spontaneo su una donna con precedente cesareo? E se ci fosse la rottura dell'utero, che accadrebbe? Il danno costa più di una prestazione non appropriata. Sia in termini di salute dei cittadini che in termini economici”.

“Infine – conclude Gigli – il Piano prevede monitoraggi, verifiche e commissioni istituite ad hoc per questo scopo. Ma non è chiarito che tipo di potere queste commissioni abbiano in caso di inottemperanza da parte delle Regioni”.

L'Integrazione territorio-ospedale: presa in carico e continuità per il miglioramento della qualità assistenziale, è il punto più interessante per Agite. Il consultorio viene definito come il luogo centrale della presa in carico globale della donna e della famiglia nel momento della scelta riproduttiva, che esegue una prima valutazione del livello di rischio e segue la gravidanza fisiologica autonomamente, inviandola in ospedale a 36 settimane presso l'ambulatorio della gravidanza a termine. In caso di insorgenza di rischi il collegamento con l'ambulatorio ospedaliero della gravidanza a rischio consente di garantire la sicurezza della gestante e del neonato.

Inoltre si approfondisce il concetto di continuità assistenziale, inteso sia come stabilità delle persone che prendono in carico la donna, sia come integrazione funzionale e coordinamento dipartimentale dell'assistenza, per garantire la massima cooperazione tra le strutture e la centralità della diade madre-bambino al fine di armonizzare i bisogni di sicurezza e di umanizzazione. Per il travaglio di parto, la continuità dovrà essere garantita anche con l'organizzazione flessibile della presenza del persona-

di Lucia Bagnoli, AGITE

Verso l'integrazione territorio-ospedale

le che segue la donna, che dovrà avere una formazione competente nell'arte e nella scienza del supporto in travaglio.

Per raggiungere questi obiettivi si invitano le Regioni e le direzioni aziendali a intraprendere azioni concrete di messa in comunicazione delle varie strutture. In particolare occorre individuare percorsi diversi per le gravidanze a basso e ad alto rischio, dove si specifica che l'ostetrica è la figura professionale di riferimento nella fisiologia, integrata con il ginecologo in team definiti per la gestione dei casi di insorgenza di rischio. L'applicazione delle linee-guida del SNLG facilita la gestione clinica della gravidanza.

Le linee-guida dovranno essere implementate e le Regioni hanno il compito di analizzare i flussi informativi per valutare le zone che hanno tassi di taglio cesareo (Tc) più alti e dedicarvi maggiore impulso all'implementazione, analizzando parallelamente i modelli organizzativi delle strutture con i tassi più bassi di

Tc, in un'ottica di benchmarking. Il Programma di implementazione delle linee guida prevede la costituzione di un panel multiprofessionale che definisca i percorsi clinico-assistenziali, implementando in particolare quelli di aree di criticità individuate dalle direzioni aziendali. La formazione degli operatori consentirà di raggiungere quel confronto fra pari sulle modalità dell'assistenza che serve per mettere in discussione le pratiche assistenziali che conducono ad un eccesso di medicalizzazione e all'aumento dell'operatività, confronto che consenta di applicare l'audit periodico come strumento di verifica delle criticità incontrate nella messa in pratica delle linee-guida.

In ogni struttura i flussi informativi dovranno essere valutati periodicamente e un sistema di sorveglianza dell'attività assistenziale dovrà monitorare tutti i punti-nascita attraverso indicatori misurabili che il Ministero si impegna ad individuare entro 3

mesi dall'accordo Stato-Regioni del 16 dicembre.

Un altro punto importante riguarda l'istituzione di un Comitato per il Percorso Nascita (CPN) cui affidare funzioni di coordinamento e verifica delle attività, con il coinvolgimento delle Direzioni generali del ministero della Salute, delle Regioni e Province autonome, dell'Iss e di Agenas. Analoghe funzioni di coordinamento dovranno essere istituite in ogni singola Regione e Provincia Autonoma, nonché a livello delle singole Aziende sanitarie sulla base dell'organizzazione regionale. Si definisce un termine di 30 giorni per l'attuazione del coordinamento del percorso nascita. Resta ancora da verificare con il Ministero la questione dell'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per gli esami consigliati dalla linea-guida per la gravidanza fisiologica, che non sono presenti nel cosiddetto “Protocollo Bindi” che è in corso di definizione.