

Dove è meglio nascere

Il Ministero della Salute prevede di chiudere i reparti di maternità più piccoli, che sono anche quelli dove si fanno più cesarei. I criteri per scegliere l'ospedale sicuro per il parto

di **RUGGIERO CORCELLA**
alle pagine 54-55

Maternità Reparti migliori e vere «eccellenze» per assistere i parti rischiosi

Meno «punti nascita» ma più sicuri per mamme e bebè

Chiusure

I reparti ospedalieri che assistono meno di 500 parti all'anno saranno eliminati

Esperienza

Se l'équipe è poco allenata, di fronte a un'emergenza è maggiormente in difficoltà

Riforma

In tre anni la rete dei servizi ospedalieri di ostetricia sarà ridisegnata

Se già il «parto» è stato a rischio, anche il periodo di «puerperio» del programma nazionale di riforma dei punti nascita si preannuncia lungo e travagliato. Fuor di metafora, ministero della Salute e Regioni si sono dati tre anni per realizzare la rivoluzione che dovrebbe condurre l'Italia fuori dalle secche dell'emergenza-nascita evidenziata soprattutto dal numero spropositato di cesarei.

Già, ma come ottenere «la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e la riduzione del taglio cesareo», evocati nel chilometrico titolo del programma di riforma?

Le Linee di indirizzo ridisegnano il sistema dell'assistenza alla madre e al bambino su due assi fondamentali: ospedali e territorio. I primi andranno incontro a una «razionalizzazio-

ne» che porterà i punti nascita che assistono meno di 500 parti all'anno a scomparire, mentre quelli tra i 500 e i 1.000 saranno accorpati. Le strutture di "primo livello" della nuova rete dovranno dare una risposta adeguata ai parti "normali". Per quelli difficili o che potrebbero complicarsi, invece, le mamme avranno a disposizione gli ospedali di "secondo livello". Il tutto con una dotazione di personale e mezzi che assicurino un salto di qualità negli standard di sicurezza (si veda lo schema a destra).

Così i reparti di primo livello avranno la guardia sulle 24 ore di ostetriche, ginecologi, anestesisti, neonatologi e pediatri, come la disponibilità dei servizi di diagnostica e di laboratorio. Ogni ospedale dovrà organizzare un servizio di trasporto d'emergenza per il trasferimento delle mamme e dei neonati. Per quanto riguarda il territorio, invece, la parola d'ordine è garantire la «continuità assi-

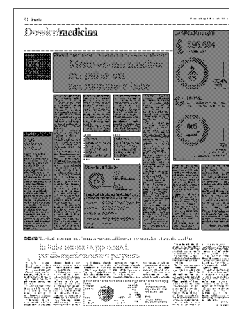
stenziale». Si prevede perciò la creazione di un modello dipartimentale fra ospedale, distretto socio-sanitario, consultorio familiare e altri servizi dell'area materno-infantile. Un'altra novità importante della riforma riguarda l'incentivazione del parto naturale, anche economicamente, e l'epidurale garantita a tutte le donne.

La soglia dei 500 parti l'anno non nasce dal caso. Per l'Organizzazione mondiale della sanità è la cifra minima perché un punto nascita possa garantire sicurezza. «Gli studi hanno mostrato chiaramente che la mortalità infantile aumenta con il diminuire del numero di nati — spiega Alberto Ugazio, presidente della Società italiana di pediatria —. Insomma, 500 parti l'anno significa farne uno e mezzo al giorno. Se l'équipe è poco allenata, di fronte a un'emergenza è maggiormente in difficoltà». La stessa Federazione dei collegi delle ostetriche testimonia il fallimento del

contenimento dei cesarei legato al Progetto obiettivo materno-infantile di dieci anni fa: «Erano stati previsti ospedali da 500 parti l'anno — dice Miriam Guana, presidente della Federazione — per la gestione di gravidanze e parti fisiologici. In realtà si è visto che anche negli ospedali piccoli i tagli cesarei raggiungevano il 50 per cento».

Il motivo è semplice. Nei piccoli ospedali a volte mancano strumenti e attrezzature necessari, i medici non sono di guardia sulle 24 ore e quindi per non rischiare si abusa del cesareo anche in casi dove c'è poco o nulla di patologico.

Per questo, la Società italia-



na di ginecologia e ostetricia (Sigo) è scesa in campo contro ipotesi di deroghe alla riforma. «Non sono ammissibili — taglia corto Nicola Surico, presidente Sigo — e saremo noi ginecologi, per primi, a spiegare alle donne che è meglio sopportare alcuni disagi logistici, ma avere strutture che garantiscono al meglio la salute di madre e bambino».

Sigo, Società italiana di neonatologia (Sin) e Società italiana medici manager (Simm) sono invece a buon punto con un progetto di certificazione di qualità dei punti nascita. Insomma, una specie di «bollino» per quegli ospedali che rispondono ai parametri messi a punti dallo Iom (*Institute of medicine*, che raggruppa le Società scientifiche Usa): sicurezza, efficacia, efficienza, equità centralità dei pazienti e delle loro famiglie, tempestività di intervento. «La bozza dovrebbe essere pronta entro fine mese aprile — dice Paolo Giliberti, presidente Sin —. Per adesso è un'iniziativa di tipo privatistico e vale solo come indicazione. Ci candidiamo tuttavia a verificare la presenza dei requisiti richiesti e speriamo che il ministero faccia proprio questo percorso».

Il provvedimento del ministro Fazio ha ottenuto l'approvazione di massima delle società medico-scientifiche (ginecologi-ostetrici, neonatologi e pediatri), della Federazione sindacale dei medici dirigenti e di quella dei collegi delle ostetriche, come dell'Associazione di volontariato parto naturale tut-

te coinvolte nell'elaborazione del progetto.

Approvazione di massima, si diceva, perché il presidente di Fesmed, Carmine Gigli, proprio questa settimana ha ribadito davanti alla Commissione igiene e sanità del Senato (una delle quattro che indagano sullo stato dei reparti maternità) la necessità di rivedere organici, carichi di lavoro e anche formazione universitaria dei medici ospedalieri.

Per la Società italiana di pediatria, invece, la vera riforma avverrà quando seguirà anche la riqualificazione dei pediatri resi disponibili dalla chiusura dei punti nascita e il loro utilizzo nei settori in cui c'è maggior bisogno: da un lato nuove terapie intensive pediatriche attrezzate in grado di assistere i bambini con malattie acute gravi, come i politraumatizzati da incidenti stradali che sono oggi la principale causa di mortalità infantile, e dall'altro lato i grandi reparti pediatrici attrezzati in grado di far fronte alle malattie croniche complesse.

Ma tutti i protagonisti del «nuovo corso» sanno che gli scogli più ostici da superare fin da subito saranno gli investimenti necessari e soprattutto la resistenza alla chiusura dei piccoli centri. I tamburi di guerra stanno già rullando. Lo testimoniano le prime interrogazioni parlamentari peraltro bipartizan.

Ruggiero Corcella

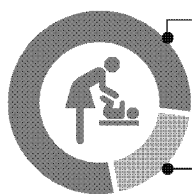
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tariffe

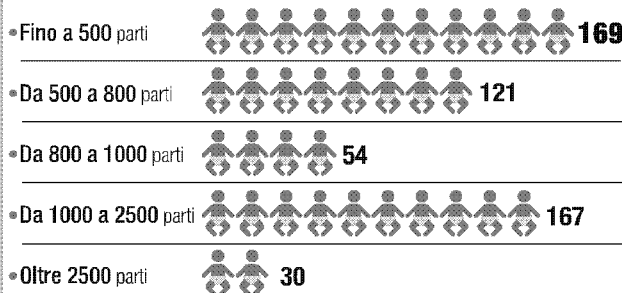
Il taglio che fa salire il rimborso

Dietro l'alto numero di parti chirurgici ci sono anche questioni di interesse, legate ai Drg, cioè ai rimborsi riconosciuti ai punti nascita? Nella sanità federalista, il sistema dei rimborsi varia da regione a regione. Un parto normale vale dai 1.200 ai 2 mila euro, meno cioè di un'artroscopia e quanto un'appendicectomia. Un cesareo, in media, viene pagato almeno un terzo in più e cioè dai 1.600 ai circa 2.700 euro. Finora, poco è cambiato. In Lombardia, già dal 2005 le tariffe di rimborso dei parti naturali sono state parificate a quelle dei cesarei: 2.097 euro. In Sicilia, l'adeguamento è arrivato solo l'anno scorso sull'onda dei casi di cronaca livellando i due tipi di nascita ai 1.900 euro del parto naturale, contro i precedenti 2.400 del cesareo. Per molti, tuttavia, bisognerebbe si equipararli, ma al rialzo. I Drg di ostetricia e ginecologia sono fra i più bassi della sanità e quindi, si sottolinea, le aziende sanitarie avrebbero poca convenienza ad investire in questo settore.

Dove si partorisce



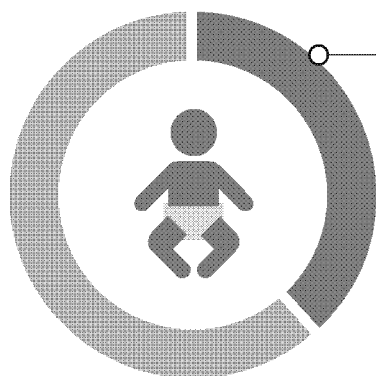
Suddivisione dei punti nascita (su 541 censiti) secondo il numero di parti assistiti in un anno



Dati: SDO 2008

D'ARCO

La situazione oggi



il **38,4%**
avviene con
parto cesareo



10-15%

Quanti dovrebbero essere i cesari secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità



221
I punti nascita da chiudere
(il 30% circa del totale)
secondo il Ministero della Salute

Fonte: SDO 2009

Così in futuro

Entro 3 anni si dovranno ridurre i punti nascita con un numero di parti inferiore ai 1.000 l'anno. Si dovrebbe così creare una rete ospedaliera modulata su due livelli

PUNTI NASCITA DI PRIMO LIVELLO

Quelli dove si seguono non **meno di 1.000 parti l'anno**, per le gravidanze che raggiungono almeno le 34 settimane e che presumibilmente non richiedono interventi tecnologici e assistenziali di elevata complessità

DOVRANNO GARANTIRE:

- 1 **Presenza di ostetriche, ginecologi, anestesisti, neonatologi e pediatri 24 ore su 24**
- 2 **Diagnostica per immagini, laboratorio d'urgenza ed emotrasfusionale sulle 24 ore**
- 3 **Servizio di trasporto d'emergenza per mamme e neonati**
- 4 **Sala operatoria 24 ore su 24 e reparto di terapia sub-intensiva**

PUNTI NASCITA DI SECONDO LIVELLO

Dove si seguono **almeno 5000 parti l'anno** (3.500 se in zone a bassa densità di popolazioni e con difficoltà per territorio). Saranno i centri di riferimento per le gravidanze e i parti a rischio, nonché per l'assistenza ai neonati con un peso alla nascita inferiore al chilo e mezzo

DOVRANNO GARANTIRE, OLTRE A TUTTO QUELLO CHE È PREVISTO PER I CENTRI DI PRIMO LIVELLO (POTENZIATI IN BASE AL NUMERO DEI PARTI), ANCHE:

- 1 **Terapia intensiva neonatale**
- 2 **Servizio di pronta disponibilità (reperibilità) di psicologia, cardiologia, neurologia e nefrologia**
- 3 **Centro di diagnosi prenatale collegato al centro regionale o interregionale per le malformazioni congenite**

D'ARCO