

ALLEGATO A

Accordo 16 dicembre 2010, n. 137, ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, i Comuni e le Comunità montane sul documento concernente "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". Indicazioni per l'attuazione in Friuli Venezia Giulia.

PREMESSA

La tutela della salute in area materno-infantile costituisce un obiettivo di valenza strategica per il riflesso che gli interventi in tale ambito hanno sul benessere della popolazione generale attuale e futura.

Il processo di riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera è un impegno previsto dal "Patto per la Salute 2010-2012" siglato il 3 dicembre 2009 tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema.

In tale ottica si inquadra il processo di riorganizzazione della rete assistenziale del percorso gravidanza-parto-neonato previsto dall'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010, n. 137, con il quale il Governo e le Regioni si impegnano a sviluppare dieci linee di azione complementari e sinergiche per la promozione ed il miglioramento della qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo, di seguito elencate:

- Misure di politica sanitaria e di accreditamento
- Carta dei Servizi per il percorso nascita
- Integrazione territorio-ospedale
- Sviluppo di linee guida sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo da parte del Sistema Nazionale Linee Guida- Istituto Superiore di Sanità (SNLG-ISS)
- Implementazione delle linee guida a livello locale
- Elaborazione, diffusione ed implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita
- Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto
- Formazione degli operatori
- Monitoraggio e verifica delle attività
- Istituzione di una funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita.

Il presente documento, in linea con le indicazioni ministeriali, intende promuovere interventi a favore della donna e del neonato seguendo la logica del percorso assistenziale ed organizzativo, modello che permette di garantire l'assistenza, l'accompagnamento e il sostegno dell'intero nucleo familiare (coppia genitoriale, neonato, bambino) nella struttura più idonea alla situazione, superando le rigidità organizzative e favorendo l'integrazione tra i servizi coinvolti e le diverse figure professionali.

L'obiettivo è quello di garantire qualità e sicurezza ai livelli di cura appropriati ai bisogni della coppia, in rapporto al grado di rischio della gravidanza, nel rispetto delle scelte della donna e nell'ottica dell'umanizzazione dell'evento nascita.

QUADRO DI RIFERIMENTO NORMATIVO

- Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010, n. 137 recante: *“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”*;
- Decreto ministeriale 24 aprile 2000 recante *“Adozione del progetto obiettivo materno infantile relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000”*;
- Deliberazione giuntale 29 novembre 2004, n. 3235 e successive integrazioni, recante *“Progetto obiettivo materno-infantile e dell’età evolutiva”*;
- Deliberazione giuntale 25 novembre 2010, n. 2384 recante *“LR 49/1996, art. 12 - Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale anno 2011: approvazione definitiva”*;
- Deliberazione giuntale 11 marzo 2010, n. 465 recante *“LR 23/2004, art. 8 – LR 23/2004, art. 8 – approvazione definitive del Piano sanitario e sociosanitario regionale 2010-2012”*;
- Deliberazione giuntale 30 novembre 2011, n. 2358 recante *“LR 49/1996, art 12 -Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale anno 2012: approvazione definitiva”*.

ANALISI EPIDEMIOLOGICA DEL CONTESTO

L’analisi del contesto regionale costituisce un elemento propedeutico ai fini della predisposizione di strategie di intervento.

La lettura dei flussi consolidati (schede CeDAP) degli anni 2005-2010, ha permesso un’analisi del contesto attuale.

Complessivamente i dati di sintesi e l’analisi degli indicatori principali del percorso nascita nella Regione Friuli Venezia Giulia (FVG) appaiono sostanzialmente allineati alle aree più sviluppate in Italia.

Di seguito vengono riassunti gli elementi più rilevanti ai fini delle scelte programmatiche:

- La Regione si caratterizza per un alto indice di invecchiamento della popolazione (indice di vecchiaia pari a 187), per un tasso di fecondità lontano dalla cosiddetta “soglia di rimpiazzo” (1,39 vs 2,1 figli in media per donna) e per una natalità che dimostra negli ultimi anni un trend in calo. La costante e progressiva contrazione delle nascite nelle donne italiane, non risulta infatti più compensata dall’incremento dei nati da donne straniere.
- L’età media al parto, nel periodo 2005-2010, è pari a 31,8 anni, con un progressivo trend in aumento, specie nelle donne italiane (età media nel 2010 pari a 33 anni). Una donna italiana su 3 partorisce a 35 anni o più. Tale dato è rilevante se si considera che l’età avanzata costituisce uno dei fattori influenti sul rischio ostetrico, sul rischio perinatale e sull’incidenza di patologia genetica e malformativa nel neonato.
- In sintonia con le aree economicamente più evolute, il fenomeno della gravidanza è più rappresentato fra le donne con un’occupazione lavorativa rispetto alle casalinghe e alle disoccupate, con una percentuale più elevata rispetto alla media nazionale (71 vs 60%).
- Attualmente tra le donne che partoriscono nei Punti nascita della regione più di una su 5 è di cittadinanza straniera. Si tratta di donne mediamente più giovani al momento del parto, che hanno più figli, sono inserite in minor misura nel mondo del lavoro, hanno una scolarità più bassa, fanno maggiormente ricorso all’interruzione volontaria di gravidanza e dimostrano una minor accessibilità ai servizi.

- Gli indicatori legati all'erogazione dei servizi (età gestazionale alla prima visita, numero di controlli e di esami ecografici, accesso alle indagini prenatali) confermano un buon livello di sostegno generale al percorso nascita, sia per quanto attiene all'avvio della presa in carico (mediamente a 8.3 settimane di età gestazionale), sia per le attività diagnostiche e di follow-up. Si registra però in alcune situazioni un modico eccesso di controlli ed esami, come nelle serie nazionali, che inficia parzialmente il livello di appropriatezza degli stessi. Si individua inoltre una fascia di popolazione in condizioni di vulnerabilità socio-culturale a rischio di ricevere invece un'assistenza non adeguata.
- Il ricorso al taglio cesareo in FVG è tra i più bassi in Italia, ma si rilevano notevoli differenze tra le strutture (13,9 – 33,8% dei parti). Tale disomogeneità di comportamenti non sempre è riconducibile al grado di rischio delle gravide e del feto.
Il ricorso al parto operativo risulta al di sopra della media nazionale (6,4 vs 2,4%), anche in questo caso con disomogeneità tra le diverse sedi.
- Una percentuale non trascurabile (8,3%) di neonati gravemente pretermine e/o di basso peso, per i quali sarebbe appropriata la nascita o, nell'impossibilità, comunque il ricovero presso strutture con Terapia Intensiva Neonatale (TIN), non risulta trasferito presso centri adeguatamente attrezzati.
- L'analisi degli indicatori di mortalità consente di formulare un giudizio complessivamente favorevole sull'assistenza e lo stato di salute dei bambini nati in FVG, tanto in un confronto nazionale che europeo.
- Alcuni punti cruciali del percorso nascita non possono venir monitorati dai dati attualmente raccolti dalle schede CeDAP (ad esempio analgesia in travaglio, appropriatezza dell'indicazione al taglio cesareo, stili di vita in gravidanza, ecc).

OBIETTIVI

La finalità del presente documento è quella di garantire che la gravida possa intraprendere il suo progetto di maternità in un contesto regionale che, grazie ad un modello di rete integrata, offra un percorso omogeneo in termini di sicurezza, appropriatezza ed umanizzazione.

La sicurezza implica che i nodi della rete soddisfino requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici in linea con le evidenze scientifiche e la normativa di riferimento, che gli operatori raggiungano e mantengano adeguati livelli di expertise e che vengano implementati tutti gli strumenti utili alla prevenzione e monitoraggio degli eventi avversi.

L'appropriatezza, tenuto conto del principio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) secondo cui *“il fine di una moderna medicina perinatale è quello di ottenere una mamma ed un bimbo in perfetta salute con il livello di cure più basso compatibile con la sicurezza”*, va perseguita facendo ricorso a procedure ed interventi di efficacia comprovata, modulando e differenziando i livelli di assistenza sulla base del grado di rischio della gravidanza.

Gravidanza e nascita sono state, negli ultimi decenni, oggetto di un progressivo aumento di interventi medici non utili in termini di miglioramento della salute materno-infantile, basti pensare al preoccupante aumento in Italia del ricorso al taglio cesareo. Ne consegue che, compatibilmente con la garanzia di sicurezza, vanno implementate tutte le iniziative volte al recupero del concetto di fisiologia dell'evento nascita, che secondo l'OMS è un *“evento personale, familiare e sociale ancor prima che sanitario”*.

Sulla base dell'analisi epidemiologica che ha evidenziato alcune problematiche inerenti al percorso nascita in Regione, in coerenza con le linee di indirizzo nazionali, si prevede con il presente atto il consolidamento dei seguenti obiettivi:

Obiettivo generale

Favorire il benessere psico-fisico della gravida e del feto, garantendo la sicurezza di tutto il percorso nascita secondo modalità di assistenza aggiornate e validate, riconoscendo nel contempo la naturalità dell'evento e rispettandone la fisiologicità.

Obiettivi specifici

- definire una rete di assistenza alla gravidanza e al parto finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi e alla sicurezza;
- garantire l'appropriatezza degli interventi in relazione al decorso della gravidanza e al grado di rischio prevedibile;
- promuovere l'umanizzazione dell'evento nascita nel rispetto della fisiologia della gravidanza, del parto e del puerperio;
- favorire la consapevolezza e l'empowerment della coppia sul percorso nascita, anche attraverso la visibilità e la differenziazione dell'offerta da parte dei Punti nascita della regione in rapporto alla definizione del grado di rischio della gravidanza;
- attivare un monitoraggio e verifica costante dell'intero percorso.

1. MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E SICUREZZA DEL PERCORSO NASCITA

Lo sviluppo di un programma per il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza, così come declinato nell'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010, passa attraverso l'adozione di un modello organizzativo a reti integrate caratterizzato dalla concentrazione di competenze per l'assistenza alle gravidanze ad alto rischio e al neonato critico presso centri di II livello e da una rete di centri con competenze atte ad affrontare le gravidanze e i parti a minor complessità di cure (centri I livello e sedi distrettuali limitatamente alle gravidanze fisiologiche), secondo un modello hub e spoke.

Rete assistenziale del Percorso Nascita

Si individuano nelle strutture ospedaliere di Ostetricia, di Pediatria/Neonatologia, nelle Terapie intensive neonatali (TIN) e nei Distretti/Consultori familiari, i nodi della rete di assistenza alla gravida, al neonato e alla puerpera.

Le strutture ospedaliere di Ostetricia, di Pediatria/Neonatologia e di Terapia Intensiva Neonatale che concorrono con le loro equipe all'assistenza al parto e al neonato verranno di seguito definite Punti nascita.

I Punti nascita di I livello assistono gravidanze e parti di neonati con età gestazionale ≥ 34 settimane, in situazioni che non richiedono presumibilmente interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato per la madre ed il neonato, tipici del II livello e si configurano come centri spoke ospedalieri. Eventuali eccezioni a questa raccomandazione devono essere preventivamente concordate con la TIN del centro di riferimento di II livello.

I Punti nascita di II livello assistono gravidanze e parti indipendentemente dal livello di rischio per madre e neonato, hanno un numero di parti superiore a 1000/anno e sono provvisti di Terapia Intensiva Neonatale con funzione di “hub”. Considerato che nella nostra regione vi sono aree a bassa densità di popolazione, il vincolo quantitativo di un bacino d’utenza di almeno 5000 nati/anno per l’attivazione di punti nascita di II livello del documento ministeriale, conferma l’adeguatezza dell’attuale situazione che prevede due sedi TIN per circa 10.000 nati/anno.

Restano valide le previsioni del POMI regionale 2004 per quanto attiene le funzioni dell’Istituto di ricerca e cura a carattere scientifico (IRCCS) Burlo Garofolo in tema di diagnostica prenatale e HIV in gravidanza.

I Distretti/Consultori seguono le gravidanze fisiologiche e concorrono ad assicurare continuità assistenziale e favorire le dimissioni protette di puerpere e neonati. Adottano criteri condivisi per l’individuazione delle gravidanze a rischio che indirizzano ai centri di riferimento. Si configurano come centri spoke territoriali.

I suddetti Servizi opereranno in rete secondo modalità organizzative integrate, omogenee e condivise atte a soddisfare le necessità assistenziali della coppia madre-neonato, garantendo cure adeguate ai diversi profili di rischio della gravidanza e favorendo la continuità assistenziale.

In Regione operano 11 Punti nascita di cui 10 pubblici e uno privato convenzionato, come di seguito specificato per Azienda per i servizi sanitari (ASS), IRCCS, Azienda ospedaliero-universitaria (AOU) e Azienda ospedaliera (AO) con i relativi volumi di attività riferiti al periodo 2005-2011:

ASS n. 2: Gorizia	< 500 parti/anno;
Monfalcone	500-1000 parti/anno
ASS n. 3: Tolmezzo	500-1000 parti/anno
ASS n. 4: S. Daniele del Friuli	1000 - 1500 parti/anno
ASS n. 5: Palmanova	500-1000 parti/anno
Latisana	500-1000 parti/anno
ASS n. 6: Policlinico S. Giorgio	500-1000 parti/anno
AO Ospedali Riuniti di Pordenone:	
Pordenone	1000 -1500 parti/anno
S. Vito al Tagliamento	500-1000 parti/ anno
IRCCS Burlo Garofolo (TIN)	>1500 parti/anno
AOU S. Maria della Misericordia (TIN)	> 1500 parti/anno

STRUTTURA	NUMERO PARTI							DIFFERENZA 2005- 2011	MEDIA 2005- 2011
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011		
Gorizia	378	405	370	364	328	365	347	-31	365
Latisana	595	623	617	546	563	540	450	-145	562
Monfalcone	684	683	663	669	596	584	494	-190	625
Palmanova	735	842	842	912	894	924	846	+111	856
Pordenone, Azienda Ospedaliera	1077	1207	1186	1087	1157	1117	1114	+37	1135
Pordenone, Policlinico S. Giorgio	750	763	912	951	922	871	808	+58	854
San Daniele	991	996	1094	1081	1185	1153	1115	+124	1088
San Vito al Tagliamento	755	684	712	669	658	672	775	+20	704
Tolmezzo	589	591	551	627	558	535	496	-93	564
Trieste, IRCCS Burlo Garofolo	1705	1792	1818	1790	1745	1837	1751	+46	1777

Udine, Az. Ospedaliero-universitaria	1799	1750	1746	1674	1730	1655	1601	-198	1708
Altro	6	2	3	0	0	1	3	-3	2
TOTALE	10064	10338	10514	10370	10336	10254	9800	-264	10240

Nella tabella è rappresentato l'andamento del numero di parti per Punto nascita, esclusi i parti a domicilio, riferiti al periodo 2005-2011.

Come evidente, dal 2005 al 2007 si assiste ad un aumento dei parti in regione, ma a partire dal 2008 tale trend si inverte e si rileva un lento ma progressivo calo dei parti (- 714 parti/anno nel 2011 rispetto al 2007) con una contrazione più marcata in alcuni Punti nascita. Ne deriva che nel 2011, quattro Punti nascita scendono sotto la soglia dei 500 parti/anno (tra questi Gorizia, costantemente al di sotto dei 400 parti/anno), 3 Punti nascita hanno tra 500 e 1000 parti/anno, 2 Punti nascita tra 1000 e 1500 parti/anno e 2 Punti nascita provvisti di TIN hanno più di 1500 parti/anno.

Il Progetto Obiettivo Materno Infantile nazionale (POMI) (DM 24 aprile 2000) metteva in evidenza la necessità di garantire una soglia minima di 500 parti all'anno quale requisito di sicurezza e qualità del Punto nascita. Tale concetto veniva ripreso nel documento regionale (DGR 29 novembre 2004, n. 3235) che riteneva tale limite indispensabile *“al fine di garantire al singolo operatore il mantenimento nel tempo delle competenze professionali, nonché di perseguire un'adeguata economicità gestionale, che valorizzi gli investimenti richiesti”*. La previsione di un aumento della natalità nell'unico Punto nascita regionale con meno di 500 parti/anno era, allora, ritenuta possibile in considerazione al significativo incremento del flusso immigratorio. A distanza di anni però l'obiettivo non è stato raggiunto, né si registra un aumento dei nati tale da far prevedere il raggiungimento, almeno nel medio termine, della soglia di sicurezza prevista. Il numero di parti si è infatti mantenuto costantemente ben al di sotto del valore previsto di 500/anno.

Il recente Accordo Stato–Regioni del 16 dicembre 2010 individua nuovi criteri per il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita, che risultano più restrittivi di quelli fissati dal POMI nazionale e regionale, prevedendo a riguardo, la razionalizzazione/riduzione progressiva dei Punti nascita con numero di parti inferiore a 1000/anno.

Tale orientamento è supportato da chiare evidenze scientifiche che dimostrano una correlazione tra la numerosità degli eventi nascita e gli end point individuati, quali la mortalità e gli eventi avversi sia a carico della madre che del neonato. Un tanto legato al fatto che quanto più alto è il numero di parti effettuati nella struttura, maggiori risultano l'expertise degli operatori coinvolti e il livello di competenza organizzativa. Un volume di attività adeguato appare peraltro una condizione costante nella programmazione sanitaria sia per le suddette ragioni legate ad expertise e sicurezza che a sostenibilità economica.

In considerazione degli obiettivi prefissati e degli standard sopra richiamati, la riorganizzazione della Rete regionale dovrà prevedere la cessazione dell'attività dei Punti nascita con un numero di nati al di sotto dei 500 parti/anno, nonché la razionalizzazione/riduzione dei Punti nascita con un numero di parti inferiore a 1000/anno, seguendo il criterio guida della garanzia di sicurezza legata ai volumi minimi di attività.

La distribuzione geografica dei Punti nascita operativi dovrà tenere in conto, oltre al rispetto del volume minimo di attività, delle caratteristiche orografiche e della viabilità, con particolare riguardo all'area montana.

I dati di mobilità intraregionale per l'evento parto, la riduzione progressiva di natalità regionale, il programma di riferimenti regionali hub legati alla nascita in centri di riferimento con TIN per le gravidanze ad alto rischio e le caratteristiche di viabilità regionali sono tali da far prevedere la sostenibilità per i Punti nascita che si faranno carico dell'aumentato flusso interaziendale conseguente alla redistribuzione regionale dei parti nelle sedi che rimarranno attive. Molte sedi hanno infatti sostenuto nel recente passato un volume di attività superiore a quello attuale.

Requisiti di autorizzazione e accreditamento

Attualmente nella Regione Friuli Venezia Giulia i requisiti autorizzativi sono disciplinati dalla DGR 30 dicembre 2004, n. 3586.

Per i Punti nascita le previsioni del POMI regionale, approvato con DGR 3235/2004, sono superate dai contenuti dell'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010.

Si è pertanto provveduto ad integrare i requisiti autorizzativi non solo con gli standard operativi, tecnologici e di sicurezza stabiliti nel suddetto Accordo, ma anche con le linee guida ISPESL per gli interventi di prevenzione relativi alla sicurezza e all'igiene del lavoro nel blocco travaglio parto (rev 2007).

I requisiti di accreditamento generali, di degenza e ambulatoriali, approvati con DGR 28 luglio 2011, n. 1436, adottabili anche dalle strutture di ostetricia e neonatologia, sono stati integrati con alcuni requisiti specifici relativi alla gravidanza/parto.

La scelta di accreditare l'intero percorso nascita e non solo i Punti nascita comporta che, già in fase di definizione dei requisiti autorizzativi, vengano individuati tutti i possibili punti di accesso al percorso delle gravide e siano stabiliti requisiti che consentano la presa in carico e la risposta più adeguata ai bisogni di salute di madre e neonato, nel rispetto delle esigenze rappresentate dalla donna. In altri termini l'intento è quello di garantire elevati standard di qualità e sicurezza al livello assistenziale più appropriato, dal parto fisiologico al taglio cesareo.

E' stato recepito, a modifica di quanto previsto dal POMI 2004, il modello organizzativo dell'Accordo Stato Regioni che prevede due livelli di assistenza, in linea con il modello hub and spoke, abbinando, per pari complessità di attività, le strutture ostetrico-ginecologiche con quelle neonatologiche/pediatriche.

Il sistema di requisiti contenuti nell'allegato B, è articolato nelle seguenti tabelle:

- requisiti autorizzativi dell'ostetricia di I° livello comprendente anche i requisiti del blocco travaglio-parto
- requisiti autorizzativi dell'ostetricia di II° livello comprendente anche i requisiti del blocco travaglio-parto
- requisiti autorizzativi della neonatologia di I° livello
- requisiti autorizzativi della neonatologia di II° livello con terapia intensiva neonatale
- requisiti autorizzativi del consultorio familiare (integrazione e revisione dei requisiti della 3586/2004)
- i requisiti di accreditamento sono indicati nelle note con la lettera A.

Si sottolinea come l'adesione ai requisiti organizzativi citati comporti l'attivazione della guardia pediatrica sulle 24 ore in tutte le strutture con Punto nascita e si giovi pertanto, in termini di sostenibilità economica e di rispetto dei livelli minimi di volumi di attività, della

riduzione/riorganizzazione dei Punti nascita e delle Strutture di Pediatria e di Ostetricia nella programmazione futura.

Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM) e Servizio di Trasporto di Emergenza Neonatale (STEN)

Una razionalizzazione dei trasferimenti delle gravide con alta probabilità di rischio in centri di II livello aumenta la sicurezza per la salute della donna e del neonato. Il trasporto “in utero”, quando praticabile, è sicuramente da preferire rispetto al trasporto neonatale. Le evidenze scientifiche dimostrano infatti come mortalità e morbidità dei nati pretermine sia minore nei nati in-born (nati in strutture dotate di TIN) rispetto ai nati out-born (nati in strutture sprovviste di TIN e successivamente trasferiti).

In Regione sono operative due Unità di Terapia Intensiva Neonatale, una presso l'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste e l'altra presso l'AOU S. Maria della Misericordia di Udine. Entrambe concorrono al Servizio di trasporto di emergenza neonatale con ambulanze ed equipe autonome. Lo STEN viene attivato per neonati critici, nati pretermine e/o di basso peso che necessitano di cure intensive, nonché per il trasferimento di neonati che necessitino di assistenza in centri altamente specialistici (ad esempio ECMO, interventi cardiocirurgici, ecc).

Nel periodo 2005-2010 sono nati in FVG 990 neonati con età gestazionale inferiore a 32 settimane e/o con peso alla nascita inferiore a 1500 grammi.

L'analisi epidemiologica evidenzia che un numero contenuto, ma non trascurabile, di questi neonati a rischio è nato in strutture regionali non adeguate ai bisogni assistenziali per l'assenza di TIN e che l'attitudine dei diversi Punti nascita al trasferimento dopo la nascita è alquanto eterogenea. Questi dati indicano margini per un miglioramento delle pratiche assistenziali in tale ambito.

L'organizzazione del **Servizio di Trasporto Assistito Materno** è assicurata dalla rete dell'emergenza-urgenza 118 e sarà oggetto di trattazione specifica nelle attività del Comitato regionale per il Percorso nascita, di seguito denominato Comitato, di cui al punto 5 del presente documento.

Si rende opportuno che i Centri di II livello collaborino con la rete dell'emergenza-urgenza alla definizione di protocolli condivisi per i criteri di attivazione dello STAM e per le modalità di trasporto della gravida.

Fermo restando che la gravida ad alto rischio va prioritariamente indirizzata verso Centri di II livello, qualora il ricorso allo STAM non risulti raccomandabile in relazione alla situazione clinica, l'attivazione tempestiva dello STEN, permette al neonato di ricevere in loco già alla nascita cure specialistiche, ovvero essere trasferito nelle primissime ore di vita in strutture appropriate.

Il **Servizio di Trasporto di Emergenza Neonatale** è effettuato a cura dei due Punti nascita di II livello dotati di TIN (IRCCS Burlo Garofolo e AOU SMM di Udine). In caso di parto a rischio elevato con gravida non trasferibile, le equipe neonatologiche dei centri TIN garantiscono, quando possibile e programmabile, l'assistenza al parto nelle strutture regionali.

L'attività di trasporto neonatale dovrà avvenire secondo modalità concordate tra le due TIN che provvederanno alla definizione, adozione e aggiornamento costante di protocolli comuni.

In tutti i Punti nascita di I livello vanno maturate e mantenute la qualità ed omogeneità delle competenze di base relative alla rianimazione del neonato critico e alla sua stabilizzazione in attesa di trasporto in un centro TIN.

A riguardo i Punti nascita di II livello provvederanno all'attuazione di interventi di formazione degli operatori.

In tale ambito si rende opportuna l'istituzionalizzazione del back-transport, ossia il ritrasferimento del bambino all'ospedale di rete, non appena le condizioni cliniche lo permettano, secondo criteri comuni e condivisi.

Verrà predisposta l'attivazione di un Registro dei trasporti in emergenza.

2. APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI SANITARI

Integrazione ospedale territorio: percorsi diagnostico-assistenziali e livelli di rischio in gravidanza

I dati epidemiologici dimostrano che nelle diverse strutture regionali spesso vengono adottati comportamenti disomogenei nelle fasi cruciali del percorso nascita (es. controlli ed esami in gravidanza, presenza di professionisti in sala parto, ricorso al taglio cesareo, durata della degenza al parto), non spiegati dalle condizioni cliniche delle donne e dal decorso della gravidanza e non coerenti con le evidenze e raccomandazioni in materia.

Commisurare i livelli di cura al grado di rischio della gravidanza nel rispetto della fisiologia degli eventi, secondo il principio definito dall'OMS della *“massima sicurezza garantita con il livello più basso di medicalizzazione compatibile con ogni singolo caso”*, costituisce un obiettivo prioritario.

Tale finalità implica la definizione omogenea e condivisa dei livelli di rischio in gravidanza, l'adozione di percorsi che garantiscano alla donna una continuità assistenziale omogenea, indipendentemente dal punto di accesso alla rete e l'accompagnamento verso la scelta del Punto nascita più adeguato al profilo di rischio, pur nel rispetto della libertà della coppia di scegliere la sede del parto.

Sarà cura del Comitato, di cui al punto 5, la definizione di percorsi diagnostico-assistenziali commisurati al livello di rischio della gravidanza e la loro applicazione omogenea in tutta la rete regionale del percorso nascita, nonché il monitoraggio dell'adesione agli stessi.

Per garantire la continuità assistenziale, tutti i nodi della rete di assistenza alla gravida, al neonato e alla puerpera adotteranno una cartella integrata gravidanza-parto-puterio, approvata dal Comitato.

Le strutture della rete promuoveranno la diffusione dei corsi di accompagnamento alla nascita.

Taglio cesareo

Il parto con taglio cesareo, qualora non sussistano indicazioni appropriate, determina ripercussioni negative sulla salute della donna e del neonato: aumento del rischio ostetrico, maggior durata della degenza, interferenze con l'allattamento al seno, problemi di adattamento neonatale, ecc.

Il ricorso complessivo al cesareo, pur vicino in Regione al limite di appropriatezza previsto dall'OMS, appare disomogeneo nelle diverse strutture regionali, andando da un minimo del 13,9 % ad un massimo del 33,8 %.

Da uno studio condotto ad hoc non sembra che tale rilievo possa essere ricondotto a condizioni di rischio della gravida o del feto, ma la mancanza di strumenti per un monitoraggio continuo delle indicazioni, non consente di definire e monitorare in maniera puntuale le componenti del problema.

Esiste un consenso sull'opportunità di garantire tale monitoraggio con la classificazione di Robson che verrà introdotta in tutti i Punti nascita della Rete regionale, quale rilevazione facente parte integrante della documentazione clinica della partoriente.

L'identificazione precoce delle situazioni ad alto rischio con programmazione del parto in un ambiente altamente specialistico secondo protocolli condivisi, una corretta informazione e coinvolgimento della donna ai fini di una scelta informata, libera e consapevole, l'introduzione della classificazione di Robson per la valutazione dell'indicazione al cesareo, nonché la diffusione dell'audit clinico quale strumento per il monitoraggio dell'appropriatezza, sono interventi che concorrono a rendere omogeneo ed appropriato il ricorso al taglio cesareo nei Punti nascita regionali.

Parto analgesia

Ai fini di salvaguardare il diritto della donna di scegliere di partorire senza dolore, le gravide devono essere informate, nell'ambito di un percorso definito di accompagnamento alla gravidanza e al parto, sulle metodiche farmacologiche e non per il controllo del dolore in travaglio e parto, sulle relative indicazioni, i possibili benefici, le controindicazioni, nonché gli eventuali rischi per madre e bambino. L'informazione andrà curata anche nella lingua appartenente alla quota di popolazione immigrata maggiormente rappresentata in ogni area territoriale aziendale.

Attualmente le procedure di partoanalgesia trovano in Regione modalità di offerta disomogenee. Tutti i Punti nascita della Rete adotteranno protocolli omogenei e condivisi a livello multidisciplinare ed evidence-based ed offriranno, su richiesta della donna, le procedure per il controllo del dolore in travaglio e parto nel rispetto dei principi di appropriatezza, sicurezza, efficacia ed efficienza.

L'analgesia epidurale potrà venir offerta, su richiesta della donna, nei Punti nascita che adotteranno opportune modalità organizzative, previa formazione specifica di tutte le figure professionali coinvolte. L'operatività h 24 dovrà essere garantita nei centri di II livello.

Ogni struttura della Rete rende visibile la tipologia e le modalità di offerta delle diverse metodiche, farmacologiche e non, di controllo del dolore in travaglio e parto attraverso la Carta dei servizi di cui al punto 4.

Verrà predisposto un sistema per il monitoraggio delle richieste, delle prestazioni effettuate e delle eventuali complicanze.

Formazione

Nell'ambito dei programmi di formazione continua in medicina saranno resi prioritari percorsi di formazione/aggiornamento rivolti alle figure professionali coinvolte nel percorso nascita.

Il Comitato promuoverà inoltre campagne di informazione ed iniziative regionali che concorrano alla formazione degli operatori dell'area materno-infantile territoriale ed ospedaliera.

3. UMANIZZAZIONE DELL' EVENTO NASCITA

La gravidanza è un processo fisiologico e come tale ogni intervento offerto dovrebbe avere benefici riconosciuti ed essere accettabile per la donna (Royal Collage of Obstetricians and Gynaecologists).

Negli ultimi decenni in Italia si è assistito ad una progressiva medicalizzazione della gravidanza con aumento del numero di visite, di impiego di tecnologie diagnostico-terapeutiche invasive e di ricorso al taglio cesareo, senza una sistematica valutazione dell'appropriatezza di tali interventi.

Fermo restando la primaria esigenza di garantire la massima sicurezza possibile e la riduzione di quei fattori di rischio ambientali, personali e sanitari che incidono sulla mortalità e morbidità materna e neonatale, appare opportuno promuovere la fisiologia degli eventi legati alla gravidanza, al parto e al puerperio.

Percorso per la gravidanza fisiologica

Le linee guida sull'assistenza alla gravidanza fisiologica (linee guida 20), redatte dal SNLG-ISS, costituiscono per i professionisti e per le donne in gravidanza un utile strumento, rispettivamente per offrire e per scegliere, i trattamenti più appropriati alle specifiche circostanze.

Le strutture della Rete regionale del percorso nascita si adopereranno per l'implementazione delle suddette linee guida e per la predisposizione di percorsi che privilegino la continuità assistenziale, l'integrazione ospedale-territorio e il ruolo centrale dell'ostetrica nella gestione della gravidanza fisiologica, per la quale verrà favorita la gestione presso i servizi territoriali.

In tutti i Punti nascita andranno implementate le iniziative già in atto volte al recupero della fisiologia dell'evento nascita, allo sviluppo della relazione neonato-genitori, al precoce contatto mamma-bambino, alla promozione dell'allattamento al seno e al rooming-in.

4. VISIBILITÀ DEL PERCORSO NASCITA: LA CARTA DEI SERVIZI

Promuovere la conoscenza della coppia e l'autonomia nella gestione della gravidanza e della nascita del proprio figlio costituiscono obiettivi raggiungibili anche attraverso la visibilità e trasparenza delle prestazioni offerte dai diversi Punti nascita.

A tal fine le strutture sanitarie predisporranno una Carta dei servizi specifica per il percorso nascita, che, in conformità ai principi di qualità, sicurezza e trasparenza, dovrà contenere le seguenti indicazioni:

- a) informazioni generali sull'operatività dei Servizi con particolare riferimento al numero di parti/anno, alla percentuale di parti con taglio cesareo, al tasso di mortalità materna e neonatale, alla presenza o meno di Terapia Intensiva Neonatale e di unità specializzate nelle gravidanze a rischio per patologie materne o fetali ovvero informazioni sulla rete assistenziale regionale, alle figure professionali garantite ad ogni turno di guardia, all'integrazione tra servizi territoriali ed ospedalieri per l'assistenza in gravidanza/puerperio.
- b) informazioni alla coppia che accede al Punto nascita relativamente alle modalità assistenziali dell'intero percorso (gravidanza, travaglio, parto, puerperio), con particolare riferimento ai corsi di accompagnamento alla nascita, alle modalità di travaglio, alle modalità di offerta delle tecniche farmacologiche e non per il controllo del dolore in travaglio e parto, alla disponibilità di percorsi facilitanti l'umanizzazione dell'evento nascita, al sostegno previsto alle donne di diversa etnia con problemi legati alla competenza linguistica, alla disabilità o fragilità e all'attivazione delle strutture della rete per favorire le dimissioni protette, il sostegno dell'allattamento al seno ed il supporto psicologico.

c) modalità per fornire feedback e indicazioni per il miglioramento ulteriore della qualità del servizio offerto.

5. MONITORAGGIO/VERIFICA DEL PERCORSO NASCITA

Il certificato di assistenza al parto (CeDAP), così come modificato dal DM 16 luglio 2001, n. 349, costituisce attualmente la principale fonte di informazione sia di carattere socio-demografico sui genitori che di carattere sanitario relativamente a madre e neonato e rappresenta uno strumento indispensabile ai fini della programmazione sanitaria nazionale e regionale.

Va comunque rilevato che le modalità di raccolta dati e la cospicua quantità di informazioni richieste inficiano a volte la qualità dei dati raccolti, nonché l'impossibilità di analizzare/monitorare alcuni fenomeni specifici del percorso nascita. Ciò premesso si rende prioritario:

- il miglioramento della qualità dei dati raccolti attraverso attività di informazione e sensibilizzazione del personale preposto alla compilazione della scheda CeDAP
- l'integrazione delle informazioni contenute nelle schede, al pari di quanto già effettuato da altre Regioni, con nuovi indicatori dell'assistenza alla gravida e al neonato, ritenuti utili ai fini della programmazione sanitaria regionale nell'ambito in argomento (come ad esempio analgesia epidurale, classificazione di Robson, stili di vita in gravidanza ecc).

L'analisi dei dati raccolti con le schede CeDAP sarà oggetto di un rapporto regionale a pubblicazione biennale.

Il rapporto costituirà uno strumento utile ai fini dell'attuazione di politiche sanitarie nel settore specifico oltre che mezzo conoscitivo per gli operatori dell'area materno-infantile e per i cittadini utenti.

Dovrà essere previsto lo sviluppo di nuovi applicativi informatici per colmare la nota discrepanza informativa tra realtà ospedaliera e realtà territoriale e la predisposizione di survey ad hoc per la valutazione di fenomeni più sfumati e di difficile lettura con le metodologie ordinarie.

Come da previsioni dell'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010, verrà costituito a livello regionale un Tavolo tecnico denominato **"Comitato regionale per il Percorso nascita"** con compiti di coordinamento, monitoraggio e verifica delle attività inerenti il percorso nascita nell'ambito della Rete regionale, in particolare:

- individuazione di percorsi assistenziali omogenei finalizzati all'appropriatezza degli interventi e all'umanizzazione del percorso nascita;
- monitoraggio del sistema di trasporto assistito materno e neonatale;
- promozione di interventi che garantiscano l'integrazione ospedale- territorio nell'ottica della presa in carico e della continuità assistenziale per la gravida, la puerpera e il neonato;
- implementazione e promozione della diffusione di raccomandazioni e linee guida;
- sviluppo di attività di informazione e di formazione per gli operatori sanitari.

Sarà cura del Comitato l'individuazione di indicatori misurabili e sistemi di monitoraggio delle attività inerenti il percorso nascita.

Il Comitato regionale per il Percorso nascita sarà composto da:

Il Direttore centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali o suo delegato

Il Direttore dell'Area di intervento dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri o suo delegato

Un referente dei flussi informativi regionali

Un rappresentante dei Direttori sanitari delle Aziende, con competenze in area materno-infantile

I responsabili dei Dipartimenti Materno-Infantili delle Aziende per i Servizi sanitari, Aziende Ospedaliere, Ospedaliero-universitarie e IRCCS

Tre rappresentanti dei Direttori dei Distretti in rappresentanza delle aree territoriali, con competenze in area materno-infantile

Un rappresentante dei Pediatri di libera scelta

Un rappresentante dei Medici di medicina generale

Due rappresentanti delle Ostetriche con esperienza rispettivamente in ambito ospedaliero e territoriale.

Un rappresentante degli infermieri operante in area materno-infantile

Il Comitato potrà a seconda delle esigenze professionali avvalersi del contributo di altri esperti nella materia.

Il coordinatore del Comitato verrà designato dal Direttore centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali.

L'istituzione di Comitati Aziendali per il percorso nascita, come previsto dall'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010, non trova nella realtà della Regione motivata necessità, considerata l'estensione territoriale, la popolazione residente e i volumi di attività. La rappresentatività di tutte le Aziende nell'ambito del Comitato regionale è assicurata dai responsabili dei Dipartimenti Materno-Infantili e dai rappresentanti dei Direttori di Distretto; un tanto al fine di garantire un approccio al percorso nascita coordinato, sinergico ed omogeneo su tutto il territorio.

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE