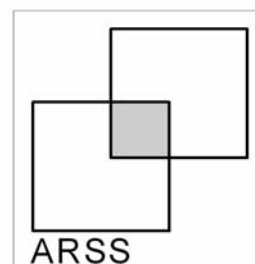




Consiglio regionale del Veneto  
Servizio Studi Documentazione e  
Biblioteca



Regione del Veneto  
Agenzia Regionale Socio Sanitaria  
Unità Ricerca ed Innovazione



## LA MATERNITÀ NEL VENETO

Attualità ed evidenze mediche sull'assistenza al parto

Direzione regionale rapporti e attività Istituzionali - Dirigente Roberto Valente  
Servizio studi, documentazione e biblioteca - Dirigente Claudio Rizzato

Sito: <http://www.consiglioveneto.it/>

@ [ssdb@consiglioveneto.it](mailto:ssdb@consiglioveneto.it)

☎ 0412701612

📠 0412701622

**Veneto Tendenze** - Quaderno di documentazione  
a cura del Servizio studi, documentazione e biblioteca

**LA MATERNITÀ NEL VENETO** è stato curato da Giuseppe Sartori (biologo, Ufficio territorio del Servizio studi, documentazione e biblioteca del CRV);  
con i contributi specialistici di:

- Roberto Gnesotto (ARSS) medico-chirurgo, (Padova), specialista in medicina interna (Padova), master of science community health (Londra), master of science health policy and management (Harvard);
- Nicola Gennaro (ARSS) statistico(Padova), master in epidemiologia valutativa (Verona);
- Marta Disegna (ARSS) economista (Venezia), master in statistica (Padova);
- Piero Pontello (ARSS) avvocato (Padova);
- Costantino Gallo (ARSS) medico-chirurgo (Bologna), specialista in igiene (Padova);

Ha collaborato Serenella Poggi.

Riproduzione a cura del

Centro stampa del Consiglio Regionale: Vilmo Fiorese, Toso Franco, Venturini Maurizio

# LA MATERNITÀ NEL VENETO

## INDICE

1. Sommario	Pag. 7
2. Ringraziamenti	Pag. 9
3. Introduzione	Pag. 10
4. Fisiologia e fisiopatologia del parto	Pag. 14
5. Qualità dell'assistenza	Pag. 16
6. Sicurezza dell'assistenza	Pag. 86
7. Principi e priorità per una Strategia Regionale di assistenza materna	Pag. 98
8. Conclusioni	Pag. 103
9. Raccomandazioni	Pag. 107
10. Materiali e metodi	Pag. 111
11. Bibliografia	Pag. 112
12. Riferimenti	Pag. 118
13. Normativa (Allegato A)	Pag. 119
14. Il parto in casa (Allegato B)	Pag. 123



*“La vita di una madre è un lungo susseguirsi di drammi,  
talvolta deliziosi e delicati, talvolta terribili”*

Honoré de Balzac, scrittore



# LA MATERNITÀ NEL VENETO

## Attualità ed evidenze mediche sull'assistenza al parto

### 1. Sommario

Gli umani sono l'unica specie che ha bisogno di aiuto nel partorire; l'ostetricia ha trasformato il parto da un evento molto temuto in un avvenimento essenzialmente sicuro. Questo testo analizza, pur concisamente, la qualità e la sicurezza dei servizi sanitari dedicati alla maternità nel Veneto. Il proposito è descrivere il fenomeno in modi sistematici, andando perciò al di là dei singoli episodi evidenziati dai mezzi di comunicazione di massa, che troppo spesso dipingono la realtà in modi frammentari ed approssimativi.

Il tema della qualità è trattato concentrando l'attenzione sulle risorse, come i servizi di neonatologia, sulle pratiche cliniche più comuni, come i tagli cesarei, e sui risultati, come la mortalità materna. Alla sicurezza è dedicato un capitolo a parte dove sono approfonditi gli eventi avversi e gli errori in medicina ed in ostetricia. Il testo utilizza fonti d'informazione ufficiali della Regione del Veneto, particolarmente quelle riguardanti i ricoveri in ospedale ed i decessi; riepiloga inoltre la letteratura scientifica.

I punti parto non sono sempre affiancati da servizi di neonatologia in grado di affrontare patologie di simile complessità e quindi la razionalizzazione e l'integrazione dei servizi alla partoriente ed al neonato non sono ancora state pienamente realizzate. I volumi, cioè il numero di partorienti assistite da ogni punto parto del Veneto, variano ampiamente. Solo 4 unità operative assistono meno di 500 partorienti all'anno, 17 tra 500 e 1.000 parti, 8 tra 1.000 e 1.500 e 8 oltre 1.500. I punti parto con bassi volumi assistenziali tendono a fare più cesarei in quanto non dispongono di un team professionale completo disponibile nelle ore notturne e durante i fine settimana. Un altro svantaggio delle piccole unità consiste nel fatto che non permettono ai professionisti più giovani di accumulare sufficiente esperienza in tempi ragionevoli.

Per quanto riguarda le pratiche cliniche, la percentuale di taglio cesareo nel Veneto è vicina al 29%, molto simile a quella della Lombardia, e, pur aumentando progressivamente negli ultimi tre decenni, rimane ben al di sotto della media nazionale. Un altro aspetto importante è la variabilità piuttosto ampia nell'uso delle pratiche cliniche, non solo per il taglio cesareo ma anche per il forcipe e la ventosa, tra unità operative collocate all'interno di ospedali Provinciali o meno.

Il dibattito nella politica e sui mezzi di comunicazione di massa, comprensibilmente e legittimamente, riflette le preoccupazioni dei cittadini e si concentra sull'accesso ai servizi sanitari, cioè sull'aspetto concreto, visibile e misurabile di quanto tempo impiegano a raggiungere l'ospedale. La discussione tende invece ad ignorare le dimensioni più importanti, cioè la qualità e la sicurezza, che rimangono spesso invisibili e comunque difficili da comprendere e da misurare.

Riguardo ai risultati, il documento evidenzia come la mortalità materna sia molto rara. Nel corso dell'ultimo secolo, il fenomeno è stato ridotto del 99%; infatti mentre all'inizio del '900 moriva una donna ogni cento partorienti, oggi ne muore una ogni 10.000. Tale frequenza è molto simile a quella registrata nelle nazioni più avanzate. Negli ultimi tre anni sono stati identificati 15 decessi, dei quali 4 per suicidio e 3 per ipertensione in gravidanza complicata da emorragia cerebrale. Ciò significa che il suicidio è la prima causa di decesso materno nel Veneto. Molto positivo è il fatto che nel corso dell'ultimo triennio non vi siano stati decessi per emorragia post-parto, né per setticemia. Il testo approfondisce

anche le complicanze gravi durante l'ospedalizzazione per il parto, ad esempio i ricoveri in rianimazione.

Le donne gravide e nel *post-partum* soffrono più frequentemente di malattie psichiatriche rispetto alle coetanee. Le principali malattie psichiatriche gravi che possono insorgere dopo il parto sono la depressione, di gran lunga la più frequente, e la psicosi. La frequenza di depressione tra le donne gravide è pari a circa il 12% durante gli ultimi sei mesi della gravidanza ed il 13% durante l'anno che segue il termine della gravidanza. La diagnosi e la terapia della depressione, efficace se prescritta precocemente, sono troppo spesso tardive e l'informazione tra i cittadini è scarsa e confusa.

I risultati dell'assistenza al parto nel Veneto, come l'evidenza dei fatti dimostra, sono molto buoni. Purtroppo le informazioni note, tratte dalle schede di dimissione ospedaliera e dalle schede di morte, sono molto limitate e non permettono di esprimere valutazioni sulla qualità dei servizi erogati alle pazienti decedute. E' possibile che, date le circostanze, tutto sia stato fatto al meglio, applicando in modi appropriati le conoscenze e le tecnologie più moderne disponibili. Nella nostra Regione, come più in generale in Italia, non esistono analisi sistematiche e dettagliate di ogni caso di morte materna. Perciò, non sappiamo se ed in quali ospedali e/o ambulatori esista un problema di assistenza, con standard inferiori a quelli accettabili. Gli studi sulla qualità dell'assistenza in casi di morti materne condotti in Paesi avanzati nel corso degli ultimi due decenni evidenziano come la metà delle morti materne sia prevenibile. Ciò significa che, presumibilmente, esistono ancora importanti margini di miglioramento anche in Italia e nel Veneto.

L'analisi di una situazione ha senso come premessa ad una trasformazione positiva. Il documento conclude enunciando alcuni principi che possono costituire basi per la formulazione di una strategia Regionale nell'ambito dell'assistenza ostetrica e, più in generale, materna e con delle raccomandazioni che intendono illustrare quali misure potrebbero essere adottate al fine di consolidare ulteriormente i già straordinari successi conseguiti fino ad oggi. Le raccomandazioni intendono rappresentare un primo contributo dell'ARSS verso il miglioramento continuo dei servizi sanitari dedicati alla maternità nel Veneto. Esse non esauriscono le possibili misure adottabili e devono essere discusse, prima della loro adozione ed a seconda delle tematiche, con i rappresentanti politici Regionali e locali, i cittadini e le società scientifiche di ginecologia, anesthesiologia, neonatologia e delle ostetriche. Inoltre devono essere trasformate in un Piano Strategico, necessariamente allineato con il Piano Sanitario Nazionale e quello Regionale ed anche con il recentissimo accordo del dicembre 2010 nell'ambito della Conferenza Stato e Regioni "*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*". Tale provvedimento esplicita in dieci punti programmatici cosa sia necessario e doveroso fare per rendere il parto più sicuro in Italia.

Lo spirito che anima questo documento è quello di offrire un contributo al miglioramento dei servizi a favore della maternità con la finalità ultima di concorrere a far sì che la gravidanza, la nascita ed il primo anno di vita costituiscano esperienze positive evitando, entro i confini che ci sono imposti dalla fragilità umana e dai limiti attuali della scienza medica, sventure irreparabili ed anche eventi dolorosi. L'ambizione è anche quella di favorire un dibattito proficuo tra cittadini, politici, gestori e professionisti della sanità riguardo ai servizi di assistenza materna della nostra Regione, che conduca all'adozione di decisioni condivise, scientificamente valide, socialmente gradite, economicamente sostenibili, eticamente difendibili e politicamente accettabili.

## 2. Ringraziamenti

Innanzitutto il gruppo di lavoro esprime riconoscenza al Dr. Gianfranco Juric Jorizzo, responsabile della Diagnosi Prenatale e dell'Ostetricia dell'Azienda ULSS 4 Alto Vicentino, che ha letto e commentato con scrupolosità diverse bozze del testo offrendo commenti e suggerimenti sostanziali.

Il grazie sentito va anche ad altri colleghi che operano in Veneto, e ben oltre, per le idee, osservazioni e sostegno che hanno offerto. Si ringraziano in particolare la Dr.ssa Sara Visentin, formatrice, ARSS; Dr.ssa Silvia Vigna, pianificatore di servizi sanitari, ARSS; Dr. David Polato, economista, ARSS; Dr.ssa Roberta Bartoloni, economista, ARSS; Dr.ssa Virginia Carlini, pediatria e neonatologa, ULSS di Vicenza; Dr Roberto Turra, epidemiologo, ULSS di Vicenza; Prof. Roberto De Vogli, Associate Professor of Health Behavior and Health Education, School of Public Health, Università del Michigan; Prof. Rino Bellocco, Professore Associato di Biostatistica, Milano-Bicocca e Karolinska Institutet, Stoccolma.

Il ringraziamento si estende anche all'Ing. Lorenzo Gubian e al sig. Giuseppe Zamengo, del Servizio Informatico della Segreteria della Sanità, per aver fornito i database ed aver realizzato il *linkage* tra schede di dimissione ospedaliera e schede di morte.

Profonda gratitudine va inoltre ai Professori Lucian Leape, R. Heather Palmer e Donald Berwick, del Dipartimento di Health Policy and Management della Scuola di Sanità Pubblica di Harvard, in origine tutti pediatri, poi leader mondiali nell'ambito della qualità e della sicurezza in medicina, che ci hanno trasmesso passione e conoscenza su questi temi.

Gli eventuali errori sono solo responsabilità del gruppo di lavoro.

### 3. Introduzione

L'evoluzione degli esseri umani nel corso di centinaia di migliaia di anni ha prodotto straordinari vantaggi, in particolare la postura eretta, un cervello di dimensioni sconosciute negli animali ed il linguaggio. Tale superiorità ha anche comportato alcuni costi, il maggiore dei quali consiste nella difficoltà del passaggio di una grande testa fetale in una piccola pelvi. Gli umani sono l'unica specie che ha bisogno di aiuto nel partorire. L'ostetricia è la preziosissima ed ammirevole risposta dell'ingegno umano a tale difficoltà. Questa specialità ha trasformato il parto da un evento molto pericoloso e temuto in un avvenimento essenzialmente sicuro, gestito da menti e mani esperte, che hanno persino cancellato la maledizione della Genesi "*...alla donna disse: lo moltiplicherò grandemente le tue pene e i dolori della tua gravidanza; con dolore partorirai figli...*".

Un ulteriore svantaggio delle vicende evolutive sopra accennate è che i cuccioli umani nascono anticipatamente rispetto agli altri mammiferi e ciò implica un lungo periodo di dipendenza dai genitori prima di essere in grado di condurre una vita autonoma. Un piccolo di qualsiasi altra specie di mammifero è capace di camminare e cercare da solo le mammelle della madre entro un'ora dalla nascita. Un neonato impiega un anno per rimanere in piedi e non è in grado di cercare da sé il seno della mamma. Queste peculiarità costituiscono le basi biologiche della famiglia.

Questo testo trova origine negli allarmanti episodi riguardanti le morti materne riportati recentemente dai mezzi di comunicazione di massa nel nostro Paese e da una richiesta di delucidazioni su questo tema all'ARSS da parte del Consiglio Regionale. Perciò il documento si rivolge innanzitutto ai Consiglieri e agli organi del Consiglio Regionale ma è anche indirizzato alle Direzioni strategiche delle ULSS e delle Unità di Ostetricia e Ginecologia ed ai professionisti che quotidianamente erogano servizi a donne e neonati.

Nei mesi scorsi, la Conferenza Stato Regioni, allo stesso modo preoccupata degli avvenimenti inquietanti e talvolta sbalorditivi emersi in relazione all'assistenza al parto, ha prodotto, un documento essenziale dal titolo «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»<sup>1</sup>. Il provvedimento citato è fondamentale perché, in primo luogo, ha forza normativa<sup>2</sup> ed, in secondo luogo, esplicita con grande chiarezza attraverso dieci punti programmatici cosa sia necessario e doveroso fare per rendere il parto più sicuro in Italia, stabilendo direttive complessive riguardo il percorso nascita.

Più in dettaglio, i dieci punti identificati dalle Linee di indirizzo Ministeriali, includono i seguenti:

1. autorizzazione ed accreditamento sulla base di standard dei punti parto e razionalizzazione/riduzione nell'arco di tre anni delle unità con meno di 1.000 parti all'anno, prevedendo due livelli assistenziali dove unità operative ostetrico-ginecologiche siano affiancate da unità neonatologiche/pediatriche in grado di

---

<sup>1</sup> Accordo del 16 dicembre 2010 pubblicato dalla Conferenza unificata nella GU n. 13 del 18/1/2011. Altri riferimenti normativi e proposte di legge rilevanti all'assistenza materna sono contenuti nell'allegato A.

<sup>2</sup> L'accordo (art. 4 del D. Lgs. n. 281/1997) rappresenta lo strumento con il quale Governo, Regioni e Province Autonome, in sede di Conferenza Stato-Regioni, coordinano l'esercizio delle rispettive competenze e lo svolgimento di attività di interesse comune in attuazione del principio di leale collaborazione; l'accordo si pone il fine di realizzare obiettivi di funzionalità, economicità ed efficacia dell'azione amministrativa. Anche per gli accordi, come per le intese, è necessario l'unanimità dei consensi di tutti componenti e quindi dello Stato, di tutte le Regioni e delle province autonome.

- affrontare casi di pari complessità e completamento del sistema di trasporto assistito materno e neonatale d'urgenza;
2. carta dei servizi per il percorso nascita;
  3. integrazione territorio-ospedale al fine di garantire la continuità assistenziale, favorendo la gestione delle gravidanze fisiologiche presso i consultori e le dimissioni protette di puerpere e neonati;
  4. linee guida sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo da parte del Sistema nazionale linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ;
  5. implementazione delle linee guida che favoriscano l'appropriatezza dell'assistenza e la riduzione del taglio cesareo;
  6. raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita, in particolare sulla prevenzione della morte materna e neonatale e sviluppo di sistemi di monitoraggio di eventi sentinella/eventi avversi/*near miss* e relativi *Audit*;
  7. controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto, inclusa la definizione di protocolli per l'accesso alla partoanalgesia;
  8. formazione degli operatori riguardo alle linee guida ed all'*audit* clinico;
  9. monitoraggio e verifica delle attività e dei risultati;
  10. istituzione di una funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita a livello nazionale e di ogni Regione.

Il presente testo, che è stato elaborato parallelamente ed indipendentemente all'iniziativa del Ministero, si propone di contribuire all'analisi della situazione relativa all'assistenza materna nello specifico contesto del Veneto e porre alcune basi per una strategia Regionale. Il documento dell'ARSS affronta alcuni temi relativi alla maternità senza prendere in esame complessivamente la questione del percorso nascita. In parte risponde alle richieste delle Linee di indirizzo del Ministero, ad esempio sull'approfondimento delle cause di morte materna. Propone inoltre alcune misure simili ed altre differenti. La sovrapposizione tra i due documenti è parziale per cui si reputa che possano contribuire entrambi al rafforzamento dell'assistenza alla maternità nel Veneto.

Questo documento rappresenta la sintesi di uno studio rivolto al settore sanitario. La versione integrale sarà disponibile sul sito [www.arssveneto.it](http://www.arssveneto.it)

### 3.1. Obiettivi

Il testo si pone l'obiettivo di chiarire, utilizzando metodi scientificamente validi e sistematici, questioni essenziali relativamente all'assistenza materna, andando al di là di singoli episodi che troppo spesso vengono presentati dai mezzi di comunicazione di massa con spiegazioni scientificamente infondate, approcci frammentari, toni sensazionalisti e talora fuorvianti. La realtà costruita dai media riguardo alla maternità ed all'assistenza al parto si basa su tragici casi isolati ai quali viene frettolosamente assegnato un significato scioccante che tocca corde profonde dell'animo dei cittadini, e non sempre quelle migliori. La stampa tende a ricercare frettolosamente un colpevole che viene additato al pubblico senza alcuna verifica approfondita e metodica dei fatti e mette alla gogna professionisti anche se, nella maggioranza dei casi, gli errori medici non sono imputabili a svogliatezza od imperizia.

Perciò i racconti che emergono, frequentemente dipingono un realtà falsata e frammentaria. Ciò non significa che la stampa non debba avere un ruolo essenziale, in una democrazia come la nostra, nel raccontare singoli eventi tragici, anche riguardanti possibili errori da parte di professionisti ed anche ciò che è talvolta giustamente chiamata "malasanità". Un esempio eclatante di ciò è la scazzottata tra medici in una sala parto che ha recentemente raggiunto le prime pagine dei giornali.

Ciò che in generale nella stampa manca è la prudenza nel raccontare, il sospendere il giudizio fino a quando i fatti siano sufficientemente elucidati, un'analisi scientificamente credibile delle cause dell'evento. Soprattutto fa difetto uno studio del fenomeno generale. Una visione d'insieme superficiale spinge verso espedienti privi di senso ed efficacia, anziché verso soluzioni strategiche. Questo documento si pone l'obiettivo di colmare sia le carenze di analisi generale riguardo l'assistenza materna ed i risultati raggiunti dal Veneto, sia le inadeguatezze sul fenomeno degli errori in medicina e particolarmente in ostetricia. A tal fine, il testo da una parte analizza fonti d'informazione ufficiali delle Regione del Veneto, particolarmente quelle riguardanti i ricoveri in ospedale ed i decessi e, dall'altra, riepiloga la letteratura scientifica.

L'analisi di una situazione ha senso come premessa ad una trasformazione positiva. Il documento intende soprattutto contribuire al rafforzamento delle strategie di assistenza materna ed al miglioramento di qualità, sicurezza, efficienza ed equità dei servizi ed offre perciò anche alcuni suggerimenti. Allo stesso tempo pone alcuni quesiti per i quali non esistono risposte immediate, né da un punto di vista scientifico, né etico. A questo proposito, l'ambizione è anche quella di favorire un dibattito proficuo tra cittadini, politici, gestori e professionisti della sanità riguardo ai servizi di assistenza materna della nostra Regione, che conduca all'adozione di decisioni condivise, scientificamente valide, socialmente gradite, economicamente sostenibili, eticamente difendibili e politicamente accettabili. Le analisi presentate in questo documento potranno essere anche utilizzate per informare i cittadini riguardo la situazione attuale e le ragioni di possibili cambiamenti nell'organizzazione dei servizi.

### **3.2. Contenuti**

Il documento analizza concisamente alcuni aspetti fondamentali riguardo la maternità ed i servizi sanitari relativi nel Veneto. Dopo aver descritto sommariamente il travaglio ed il parto, il testo affronta due temi centrali: la qualità e la sicurezza. La qualità è trattata concentrando l'attenzione su risorse, pratiche cliniche (i processi di diagnosi e terapia) più comuni e risultati. Per quanto riguarda le risorse, si analizza la disponibilità di servizi di neonatologia accanto ai punti parto ed i volumi, cioè il numero di partorienti assistite da ogni punto parto del Veneto. Relativamente ai processi, cioè a cosa viene fatto alle pazienti per assisterle durante il parto, il testo esamina l'utilizzo di procedure di assistenza al parto, in particolare il taglio cesareo, la ventosa ed il forcipe nelle unità operative di ostetricia della nostra Regione. A questo proposito il documento approfondisce i tre seguenti aspetti: vantaggi e svantaggi dei parti cesarei, ragioni dell'aumento ed eterogeneità nell'uso. Riguardo ai risultati, il documento esamina le morti materne, cioè la conseguenza più temibile della gravidanza, misurandone la dimensione e identificandone le cause. Analizza inoltre la frequenza di complicanze gravi durante l'ospedalizzazione per il parto, ad esempio i ricoveri in rianimazione. Il testo accenna anche alla fertilità ed all'abortività nelle donne residenti in Veneto ed alla mortalità nei bambini entro il primo anno di vita.

Alla sicurezza è dedicato un capitolo a parte sia per l'importanza che assume nei mezzi di comunicazione di massa, sia e soprattutto per la sua rilevanza sostanziale. Questo aspetto viene approfondito affrontando i seguenti temi: gli eventi avversi e gli errori in medicina ed in ostetricia, il contributo alla comprensione del fenomeno ed alla sua riduzione da parte di altri settori, come l'aviazione, e altre discipline, come la psicologia ed il management. Il documento conclude enunciando alcuni principi che possono costituire basi per la formulazione di una strategia Regionale nell'ambito dell'assistenza ostetrica e, più in generale, materna e con delle raccomandazioni che intendono illustrare quali misure potrebbero essere adottate al fine di consolidare ulteriormente i già straordinari successi conseguiti fino ad oggi.

Le tematiche, soprattutto quella relativa alla mortalità materna, sono affrontate collocando la situazione attuale in una prospettiva ampia sia dal punto di vista spaziale, facendo cioè confronti con altre Regioni e Paesi, sia temporale, ripercorrendo l'evoluzione durante l'ultimo secolo o almeno i decenni più recenti. Le lezioni che ci insegna la storia e l'esempio di successi ammirevoli nella nostra come in altre realtà rappresentano punti di riferimento irrinunciabili per affrontare argomenti complessi come l'assistenza alla gravidanza ed al parto. Il documento cita anche alcune recenti esperienze internazionali di successo soprattutto relative alla prevenzione degli errori in medicina.

Nei limiti del possibile, si è cercato di usare un linguaggio non-tecnico; tuttavia la programmazione di servizi fondamentali per la maternità implica una comprensione dettagliata di frequenza, caratteristiche e prognosi delle principali patologie durante la gravidanza, il parto ed il *post-partum* ed anche delle indicazioni alle procedure. Ad esempio, il rischio di complicanze acute, potenzialmente fatali ed, in parte, non prevedibili in gravidanza, come un'embolia od un distacco intempestivo della placenta, implicano pronto accesso ad un team di professionisti, una sala operatoria, un servizio di rianimazione per adulti e neonati ed un laboratorio. Un altro esempio riguarda l'elevata frequenza della depressione *post-partum*, la cui gestione clinica comporta la capacità di sospettare la malattia da parte di professionisti non psichiatri, come i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, e l'organizzazione di servizi psichiatrici capaci di farsi carico di situazioni molte delicate tenendo conto congiuntamente della salute della madre e del neonato, dell'equilibrio dell'intera famiglia, insieme al potenziale danno che la stigmatizzazione di un paziente può provocare. Il documento intende fornire un'idea sufficientemente accurata della complessità propria dell'assistenza alla maternità e perciò descrive, pur in modo essenziale, alcune malattie importanti nella gravidanza, parto e puerperio, i servizi appropriati ad affrontarle e l'organizzazione degli stessi. Per non appesantirlo troppo, alcuni termini clinici e approfondimenti, utili ma non essenziali, sono inclusi nelle note.

Lo spirito che anima questo documento è quello di offrire un contributo al miglioramento dei servizi a favore della maternità con la finalità ultima di concorrere a far sì che la gravidanza, la nascita ed il primo anno di vita costituiscano esperienze positive evitando, entro i confini che ci sono imposti dalla fragilità umana e dai limiti attuali della scienza medica, sventure irreparabili ed anche eventi dolorosi. L'esposizione della realtà quale essa è in alcun modo intende criticare strutture o professionisti, non solo perché i successi sono enormemente maggiori rispetto alle difficoltà, ma anche perché la conoscenza obiettiva di un contesto specifico come l'assistenza materna nell'ambito del Servizio Socio Sanitario Regionale (d'ora in poi SSSR) rappresenta una premessa imprescindibile al miglioramento dell'intero sistema come pure di un singolo ospedale, unità operativa o professionista.

Nelle seguenti pagine, sono descritte, in modo elementare, la fisiologia e la fisiopatologia del parto, al fine di illustrare a chi legge e non è medico, la meravigliosa sequenza di eventi che caratterizzano il travaglio ed il parto, ma anche le possibili minacce.

#### 4. Fisiologia e fisiopatologia del parto

Brevi accenni sull'evoluzione di un parto, normale e patologico, contribuiscono a chiarire l'importanza cruciale di risorse umane preparate e pronte, di tecnologie moderne e di processi assistenziali basati sulla scienza e standardizzati. I fattori che determinano il successo di un parto vaginale sono delicati e molteplici dipendendo dall'azione coordinata di utero, cervice, feto e placenta in presenza di una pelvi sufficientemente ampia da permettere il transito fetale.

L'inizio del travaglio di parto può essere brusco o progressivo. Il primo stadio del travaglio, dall'inizio delle contrazioni uterine alla dilatazione completa del collo uterino presenta due fasi, una latente ed una attiva. Durante la prima, la cui durata di solito varia fino ad 8 ore nelle nullipare e fino a 5 ore nelle pluripare, le contrazioni diventano via via più regolari ed il collo si appiana dilatandosi fino a 4 cm. Questa fase, giudicata patologica se dura più di 20 ore in una primipara o più di 12 in una pluripara, è seguita dalla fase attiva, nel corso della quale il collo dell'utero si dilata completamente (10 cm), le contrazioni sono frequenti (3-4 ogni 10 minuti), durano circa 60 secondi e la parte presentata del nascituro discende nella pelvi. La fase attiva dura mediamente 5 ore nelle nullipare<sup>3</sup> e 2 ore nelle pluripare<sup>4</sup> e la cervice si allarga 1,2 cm all'ora nelle prime e 1,5 cm nelle seconde. Durante il secondo stadio del parto, il feto, che di solito si presenta con la testa, è espulso dalla cavità uterina. Tale stadio del travaglio inizia dalla dilatazione completa del collo fino all'espulsione del feto e si protrae di solito 2 ore nelle nullipare ed un'ora nelle pluripare. Questo è lo stadio più faticoso per la mamma in quanto le contrazioni raggiungono la massima intensità, frequenza e durata e il suo ruolo diventa attivo spingendo con forza per assecondare le contrazioni uterine. A questo punto alcune partorienti provano confusione, scoraggiamento e timore di non farcela.

Nella maggior parte dei casi, la gravidanza, il parto ed il puerperio rappresentano eventi normali dal punto di vista medico e non necessitano di assistenza complessa. Talvolta però il travaglio ed il parto comportano difficoltà, anche estremamente serie, fino alla tragica morte del feto e perfino della madre. Il parto, ad esempio, può complicarsi perché procede troppo lentamente mettendo a repentaglio la sopravvivenza del feto o perché la placenta si distacca improvvisamente prima dell'uscita del feto o non si separa completamente dalla parete dell'utero o ancora perché l'utero non si contrae dopo l'espulsione della placenta causando emorragie. La malpresentazione è una situazione nella quale il feto si presenta di faccia, di fronte o di spalla ostacolando il progresso, invece che quella ideale, cioè con la parte occipitale del capo. Quest'ultima presentazione permette che il diametro più piccolo della testa fetale proceda nel canale del parto.

Anche la gravidanza ed il periodo successivo alla sua conclusione costituiscono periodi potenzialmente problematici in quanto i cambiamenti ormonali, psicologici e sociali, soprattutto dopo il parto, rendono la donna più vulnerabile alla depressione. In estrema sintesi quelle descritte sono le basi biologiche dei programmi di salute materno-infantile ed in particolare delle tecniche sempre più moderne di assistenza alla gravidanza, al parto, al puerperio ed al neonato.

Dalla prospettiva del nascituro, il parto, cioè il viaggio dall'utero alla luce, che la nascita implica, è periglioso ma comporta anche vantaggi, in quanto la compressione sul torace del feto contribuisce all'espulsione del liquido amniotico dai polmoni e l'intensa produzione di ormoni durante il travaglio di parto favorisce lo sviluppo dei polmoni fetali, cioè dell'organo che più frequentemente è fonte di problemi per il neonato.

---

<sup>3</sup> Nullipara è una donna che non ha mai partorito per via vaginale.

<sup>4</sup> Pluripara è una donna che ha avuto uno o più parti vaginali precedenti.

Il travaglio ed il parto stesso sono impegnativi non solo per il fisico e la psiche della madre, ma anche per i professionisti che la devono assistere, sia perché possono durare molte ore, sia perché il controllo del progresso del travaglio e delle condizioni di salute di madre e feto deve essere assiduo per assicurare che le eventuali decisioni terapeutiche siano prese tempestivamente e secondo criteri corretti, sia perché il successo dipende anche dal grado di sostegno psicologico che viene offerto alla partoriente. Nell'ambito della pratica medica, l'assistenza alla maternità rappresenta un campo speciale per diverse ragioni: la vita e la salute di almeno due esseri umani sono in gioco, quella di una donna giovane od adulta di solito sana, che si rivolge a specialisti per aiutarla a partorire in sicurezza, e quella di una nuova vita. La qualità e la sicurezza dell'assistenza al travaglio ed al parto sono i temi centrali di questo rapporto.

## 5. Qualità dell'assistenza

Questo documento rappresenta un contributo verso una valutazione sistematica delle risorse disponibili (strutture), pratiche cliniche (processi) e risultati (esiti) dei servizi sanitari dedicati alla maternità nel Veneto. Il testo ha anche l'obiettivo di identificare manchevolezze nell'attuale approccio alla valutazione dei punti parto e suggerire soluzioni. L'alternativa ad un'analisi sistematica sulla qualità dei servizi sono aneddoti, come quelli presentati dai mezzi di comunicazione di massa, che oltre ad essere poco credibili e tecnicamente irrilevanti, non sono nemmeno utili in quanto non permettono in alcun modo di prendere decisioni razionali, né riguardo al singolo episodio, né, tanto meno, a strategie complessive. Al contrario spesso portano ad agire in modo inappropriato su situazioni che non lo richiedono o ad ignorare problemi che andrebbero affrontati.

Questo documento adotta la definizione di qualità in sanità proposta dall'Institute of Medicine (IOM) degli Stati Uniti, cioè il "grado con il quale i servizi sanitari per individui e popolazioni aumentano la probabilità di risultati di salute desiderabili e sono congruenti con la conoscenza professionale corrente". Lo schema concettuale<sup>5</sup>, cioè il modello teorico utilizzato da questo documento, prende spunto dalla teoria dei sistemi evidenziando tre aspetti: le **strutture**, come personale e volumi di parti assistiti; i **processi**, come cesarei, ventosa e forcipe; ed i **risultati**, come mortalità e morbosità materna grave. Tale schema facilita la valutazione formale del funzionamento dei servizi dedicati alla maternità, dei risultati ottenuti e delle loro cause ultime. Naturalmente costituisce anche un punto di partenza per il loro miglioramento.

Le **strutture** includono le risorse indispensabili perché il sistema sanitario possa erogare servizi sanitari, dai finanziamenti con i quali acquistare beni e servizi, alle tecnologie, i farmaci e le attrezzature diagnostiche e terapeutiche, la competenza di professionisti, gli investimenti e la manutenzione di infrastrutture. Le risorse, semplici o sofisticate esse siano, rimangono inutilizzabili se non vengono strutturate e coordinate dando realtà a servizi sanitari fruibili e questo è il ruolo centrale della gestione. Ogni servizio dovrebbe possedere risorse che rispettino standard predefiniti. L'assenza di standard crea ampie differenze non solo nella disponibilità di mezzi, ma rende anche difficile erogare servizi di diagnosi e terapia e ottenere risultati sufficientemente omogenei.

Le **pratiche cliniche o processi** sono ciò che viene fatto al paziente per il paziente da parte di operatori sanitari, ad esempio la raccolta di informazioni sull'evoluzione della patologia, gli esami di laboratorio, la prescrizione di farmaci o un intervento chirurgico. La qualità dei processi si riferisce alla loro appropriatezza e alla congruenza con linee guida. L'appropriatezza clinica consiste sia delle indicazioni per un determinato approccio terapeutico, ad esempio, "ad un parto cesareo corrispondeva un'indicazione clinica a questa procedura?", sia all'ambiente all'interno del quale la terapia viene erogata, per esempio, "il domicilio era un luogo appropriato per assistere il parto di una determinata donna?"; "la sala operatoria dove è stata eseguita la procedura era adeguata in termini di attrezzature?". I processi comprendono infine il grado di corrispondenza tra ciò che viene fatto ai pazienti e le modalità considerate corrette. Un esempio è il seguente: "la modalità di applicazione della ventosa<sup>6</sup> per favorire la nascita durante l'ultima fase del parto è stata corretta in termini di forza applicata, tempi e direzione della trazione?". Come vedremo meglio più avanti, nei processi, i dettagli sono tutto.

---

<sup>5</sup> Avedis Donebedian, medico armeno emigrato a Chicago, è la fervida mente che ha sviluppato questo schema che rimane essenziale a 30 anni dalla sua elaborazione.

<sup>6</sup> La ventosa è uno strumento che termina in una coppa applicata alla testa fetale tramite la creazione del vuoto. Applicando trazione sulla ventosa, il professionista aiuta ad accelerare l'ultima fase del parto.

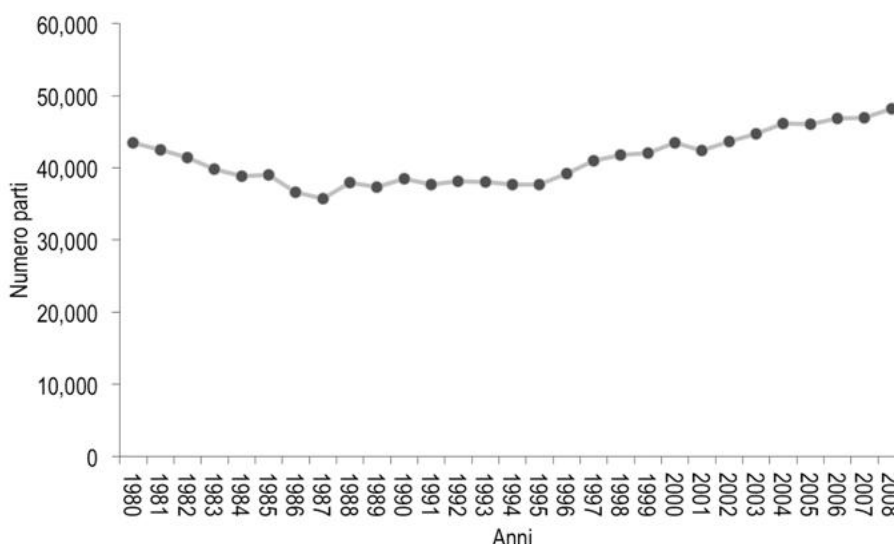
La qualità dei **risultati** si riferisce al miglioramento dello stato di salute dei pazienti, ad esempio guarigione di una malattia acuta come la trombosi venosa profonda, il controllo di una patologia cronica come il diabete o la riduzione del dolore. I risultati sono misurati anche in termini di mortalità, ad esempio mortalità materna e neonatale, e morbosità, ad esempio i ricoveri in rianimazione. I risultati comprendono infine il grado di soddisfazione dei pazienti rispetto ai servizi ricevuti. Il testo che segue esamina i tre ambiti essenziali della qualità dell'assistenza sanitaria, cioè le strutture, i processi ed i risultati, sia in termini generali, sia dalla prospettiva del SSSR del Veneto.

## 5.1 Strutture

L'analisi dei punti parto del SSSR Veneto affronta i seguenti temi:

- o il numero di parti assistiti in ogni punto parto,
- o la relazione tra volumi, competenza del personale, processi e risultati,
- o i bacini di utenza dei punti parto che servono le comunità montane,
- o servizi ed attività di neonatologia.

**Graf. 1, Serie storica del numero di parti, Veneto, 1980 - 2008**



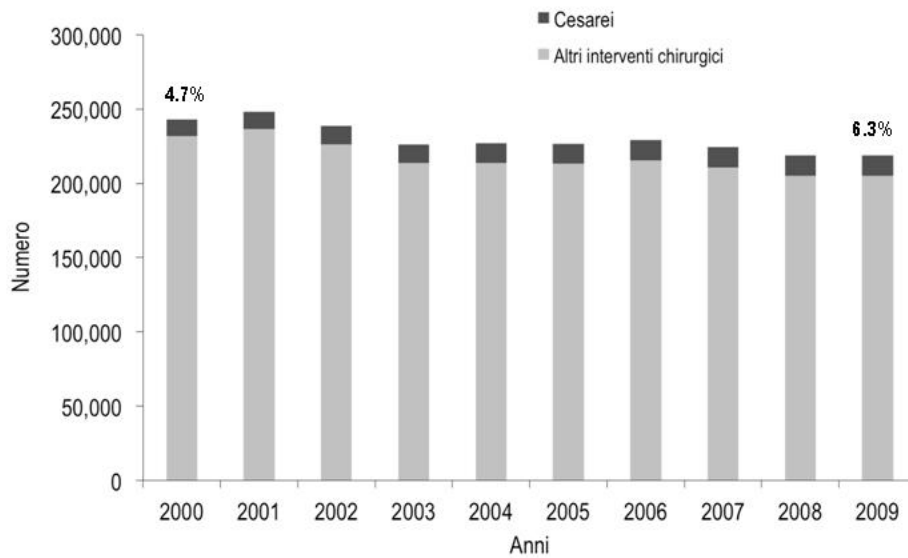
Fondata: Health for all - Istat

### 5.1.1. Il numero di parti assistiti in ogni punto parto

In Veneto durante il 2009 sono state ricoverate 47.061 partorienti (Graf. 1) e realizzati 13.752 cesarei. Perciò il parto è la prima causa di ricovero nel Veneto ed il cesareo è la più frequente procedura chirurgica tra quelle eseguite con ricovero ordinario<sup>7</sup>, cioè con almeno una notte trascorsa in ospedale (Graf. 2). Questi numeri basterebbero a giustificare un'analisi sistematica dell'assistenza materna ospedaliera.

<sup>7</sup> I cesarei rappresentano il 6,2% del totale di procedure chirurgiche (218.902) eseguite nel 2009.

**Graf. 2, Cesarei sul totale degli interventi chirurgici, Veneto, 2000 - 2009**

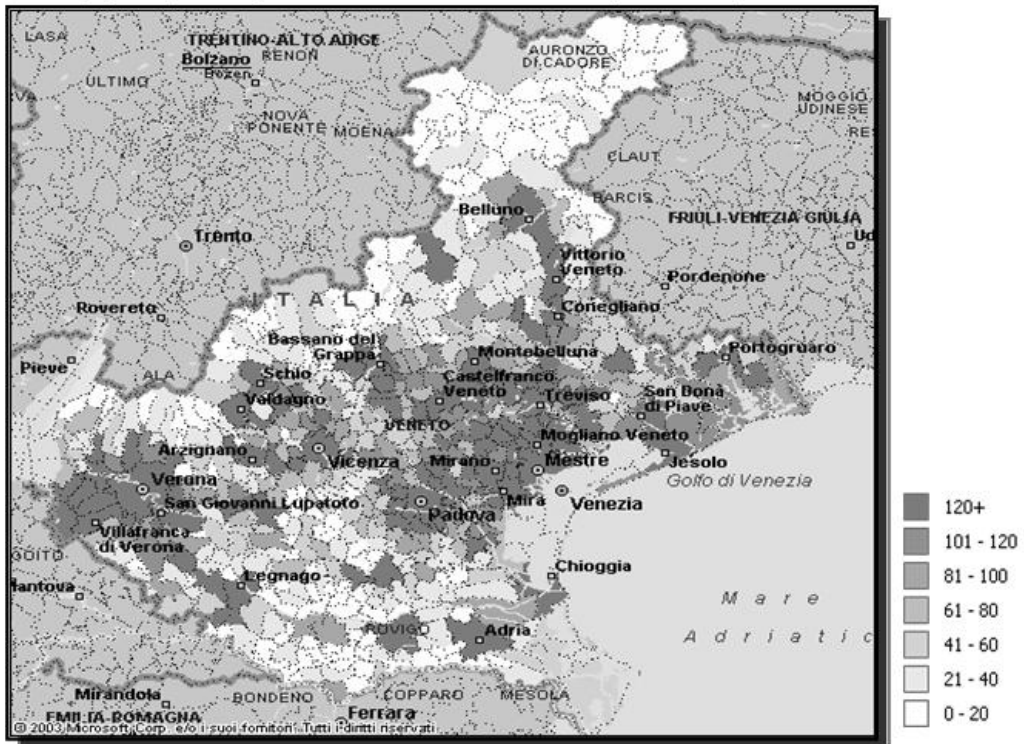


Fonte: Scheda Dimissioni Ospedaliera - Flusso Regionale

Gli oltre 47.000 parti assistiti nel 2009 non sono omogeneamente distribuiti nelle diverse Province e Comuni, riflettendo la densità e la fertilità della popolazione. La Mappa 1 mostra dove si distribuiscono i parti secondo i comuni di residenza: una maggiore intensità di grigio corrisponde ad un numero più elevato di parti. Analogamente i volumi di parti assistiti nelle varie unità operative variano ampiamente. La Mappa 2 evidenzia tutti i punti parto classificati secondo i volumi assistenziali: meno di 500 parti per anno, tra 500 e 1.000, tra 1.000 e 1.500 e oltre 1.500. Il Graf. 3 mostra dettagliatamente il numero di parti in ogni struttura. Solo 4 assistono meno di 500 partorienti, 17 tra 500 e 1.000, 8 tra 1.000 e 1.500 e 8 oltre 1.500. I tre punti parto con il più ampio numero di pazienti sono l'Ospedale Civile di Vicenza, quello di Treviso e quindi di Schio/Thiene, rispettivamente, tutti con oltre 2.000 parti<sup>8</sup>. Il Graf. 4 si riferisce alla distribuzione dei volumi nel 2002. Il progresso da allora ad oggi, in termini di chiusura di piccoli punti parto, è evidente in quanto i punti parto che assistono meno di 500 nascite sono stati ridotti da 9 a 4. Il Graf. 5 evidenzia come, in generale, i volumi assistiti dalle piccole strutture sono diminuiti; le due eccezioni a questo trend sono i punti parto di Trecenta e Chioggia. Il Graf. 6 evidenzia come la frequenza di cesarei sia massima nei punti parto con volumi al di sotto dei 500 parti all'anno.

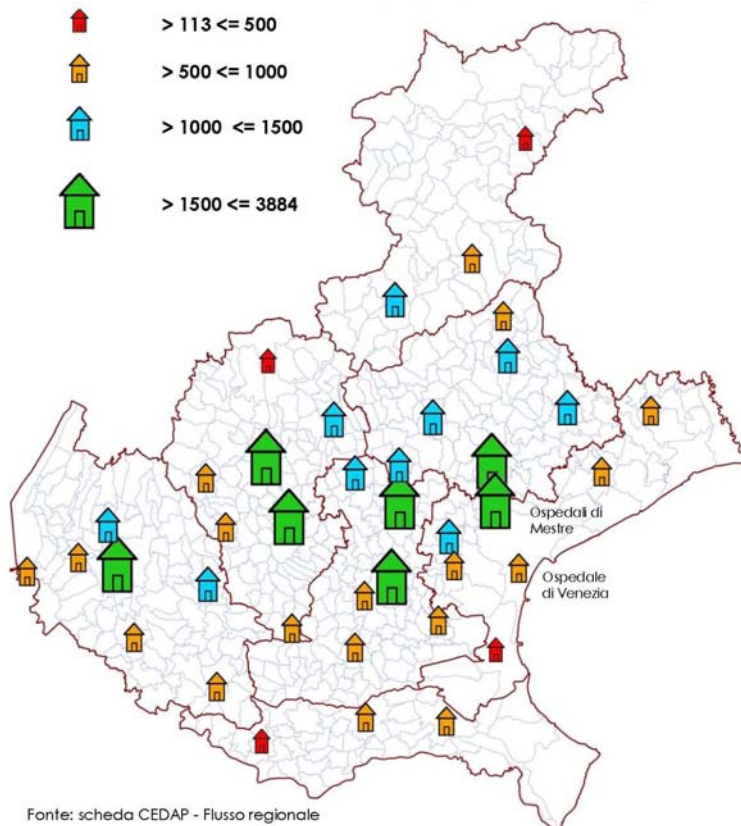
<sup>8</sup> Le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona assistono complessivamente un numero maggiore di parti, ma ognuna dispone di due punti parto.

**Mappa 1, Parti per comune di residenza, Veneto, 2004 - 2009**



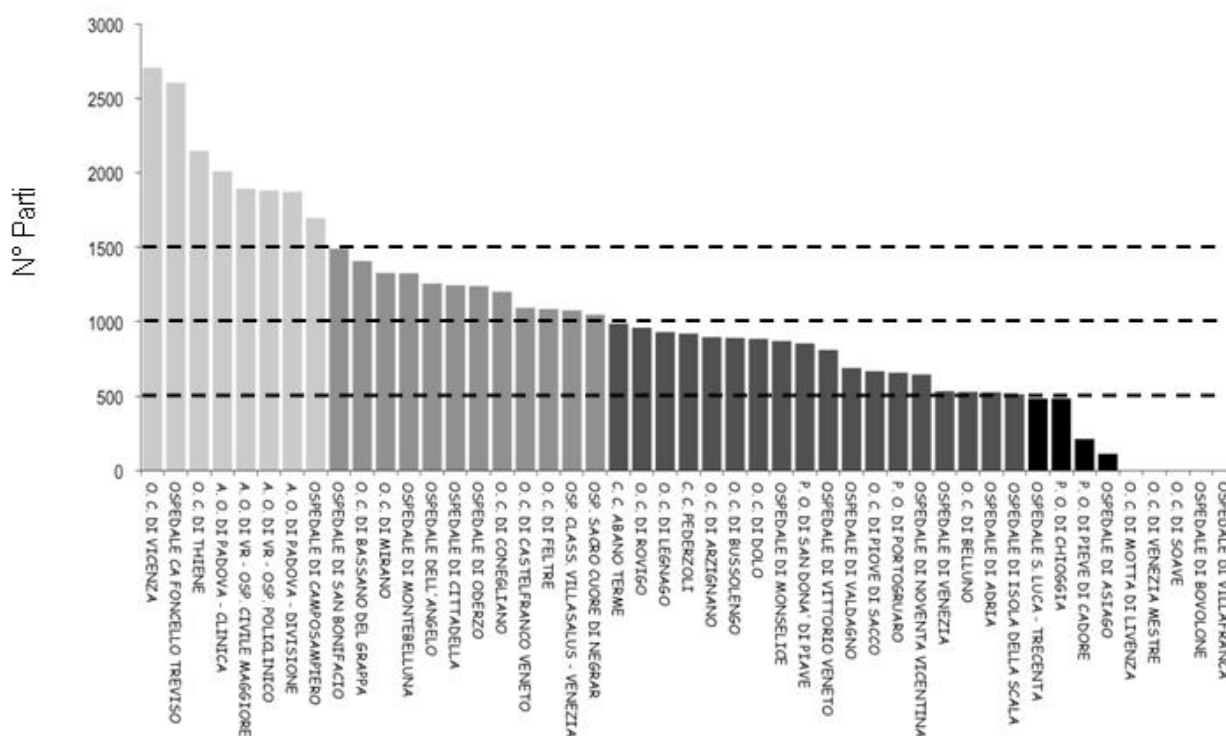
Fonte: Scheda Dimissione Ospedaliera - Flusso Regionale

**Mappa 2, Numero parti assistiti per punto parto; Veneto, 2009**



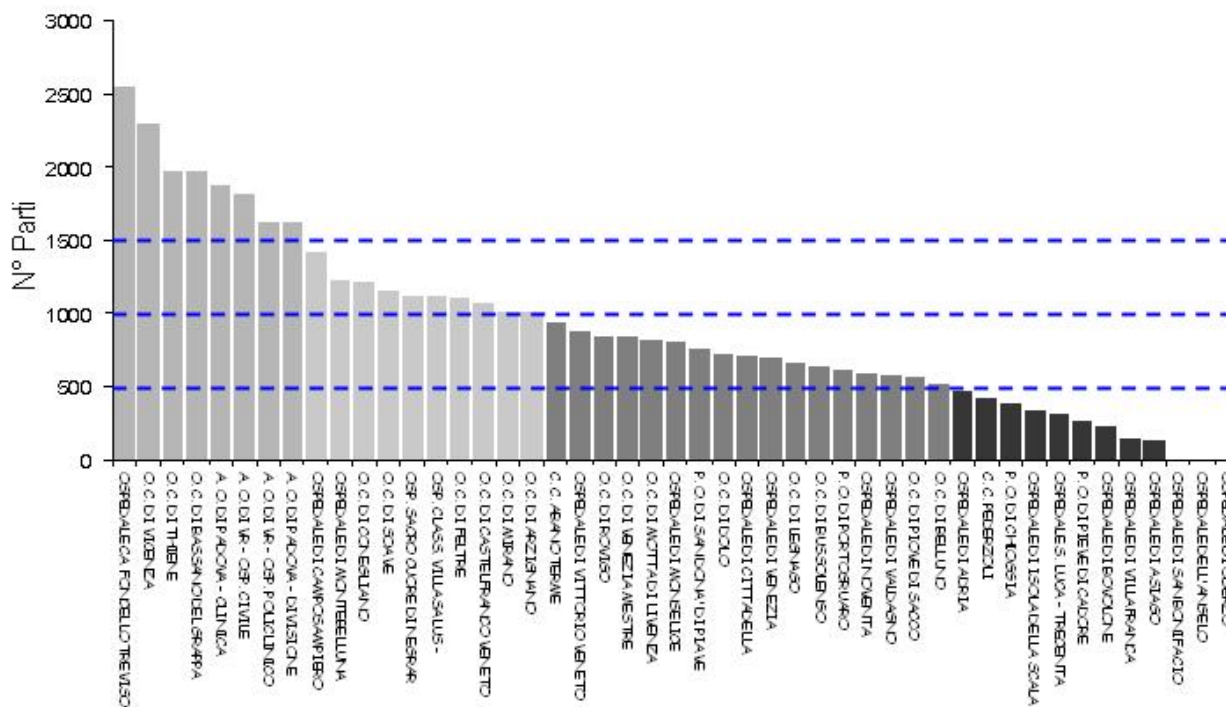
Fonte: scheda CEDAP - Flusso regionale

**Graf. 3, Parti assistiti in ogni punto parto, Veneto, 2009**



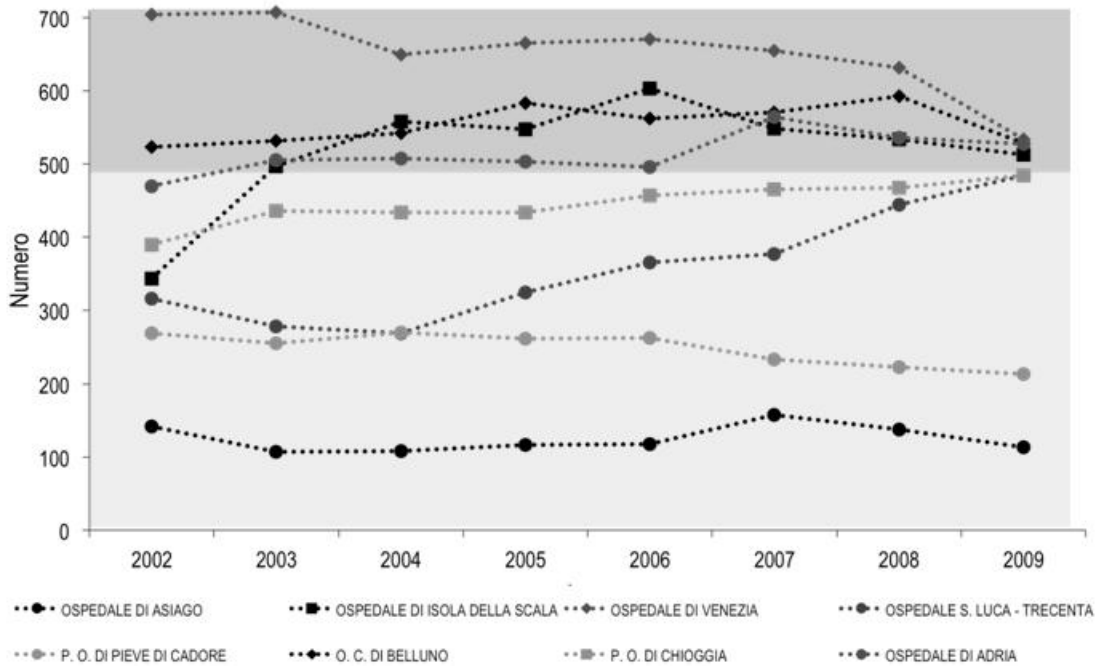
Fonte: Scheda CEDAP – Flusso Regionale

**Graf. 4, Parti assistiti in ogni punto parto, Veneto, 2002**



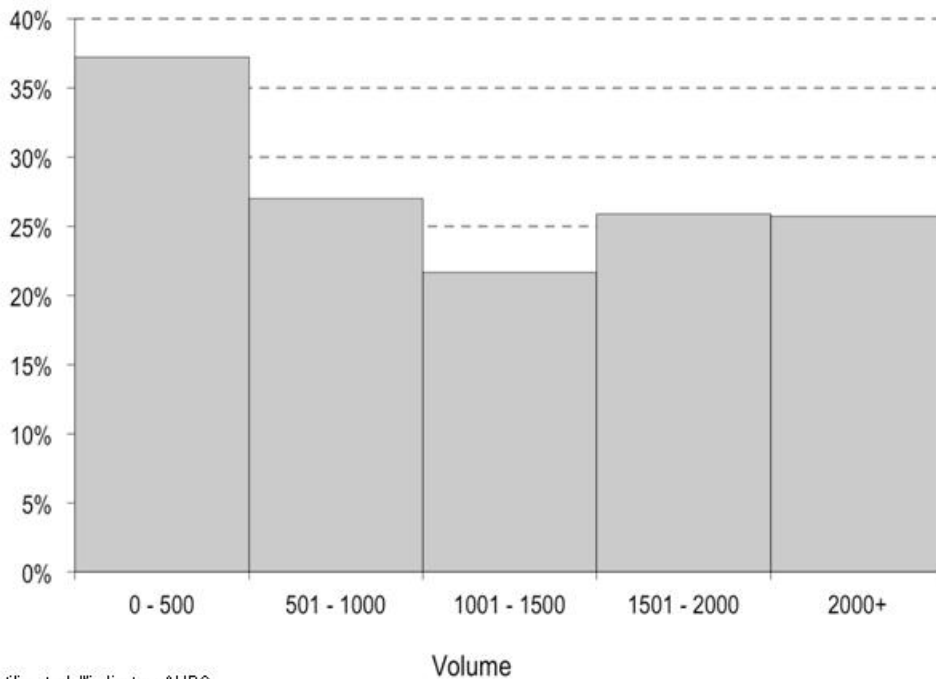
Fonte: Scheda CEDAP – Flusso Regionale

**Graf. 5, Parti negli ospedali a basso volume: serie storica, Veneto, 2002-2009**



Fonte: Schede Dimissione Ospedaliera - Flusso Regionale

**Graf. 6, Parti cesarei nei punti parto distinti per volume, Veneto, 2009**



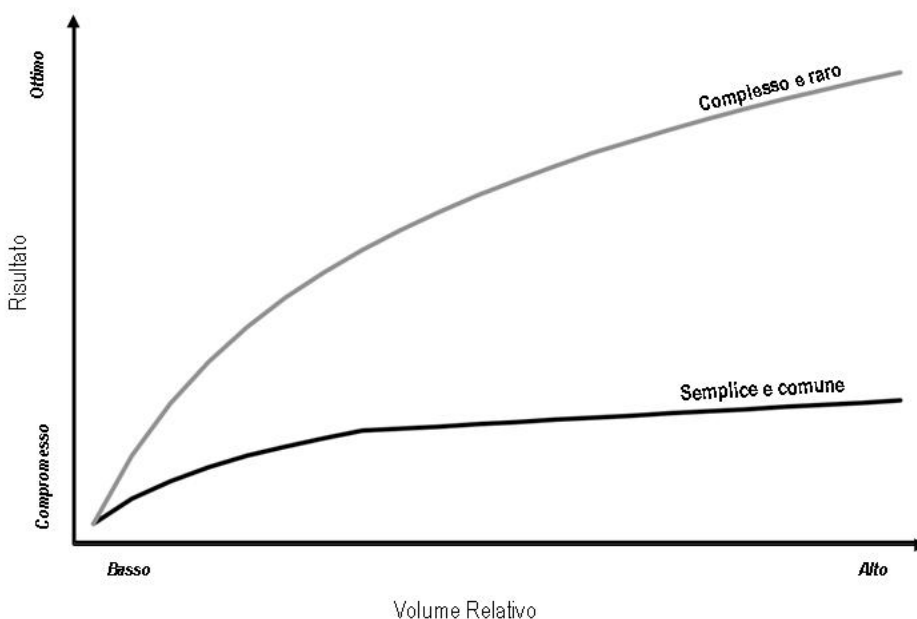
\* Definizione utilizzata dall'indicatore AHRQ che esclude i parti con maggiori indicazioni al cesareo (Es. gemellare e podalico)

Fonte: Schede Dimissione Ospedaliera - Flusso Regionale

### 5.1.2. La relazione tra volumi, competenza del personale, processi e risultati

Questa sezione approfondisce i vantaggi e gli svantaggi dei punti parto con bassi volumi, iniziando la discussione dal rapporto inverso tra i volumi di casi presi in carico e gli esiti delle cure. In altre parole molti studi condotti nell'ambito di diverse specialità sia mediche sia chirurgiche hanno identificato una relazione tra il numero di pazienti trattati da una parte e la competenza dei professionisti, l'appropriatezza dei processi ed il successo dei risultati dall'altra. In sintesi, unità operative che trattano più casi ottengono esiti migliori. Ippocrate lo intuiva quando scriveva *Ars longa, vita brevis*. Tale nesso vale soprattutto per le patologie e le procedure complesse, ad esempio la terapia medica dell'AIDS e le terapie mediche e/o chirurgiche per le neoplasie di mammella, colon, prostata, pancreas ed esofago. Anche nel Veneto, la relazione tra volumi ed esiti è stata identificata e quantificata per grandi interventi chirurgici, quali la resezione pancreatica ed esofagea e la riparazione di aneurisma dell'aorta. I pazienti con patologie rare e/o complesse trattati in unità che osservano pochi malati pagano un prezzo elevato in termini di minore probabilità di sopravvivenza e più alta probabilità di interventi demolitivi per neoplasie, ad esempio, di mammella, colon e prostata. In sintesi, *team* multi-disciplinari con solida esperienza specialistica e sostegno di laboratori e radiologie sofisticati sono meglio attrezzati per fare diagnosi precise e tempestive e scegliere le terapie più efficaci e con meno effetti collaterali.

**Graf. 7, Relazione tra volume di attività e risultato per procedure semplici e complesse**



Il Graf. 7 illustra la relazione generale tra numero di pazienti assistiti da un'unità operativa ed i risultati, che possono essere definiti in diversi modi, ad esempio sopravvivenza durante il ricovero o a cinque anni di distanza o miglioramento della funzionalità. La curva più in basso si riferisce, ad esempio, a procedure relativamente semplici come il taglio cesareo o la rianimazione di un neonato non patologico e mostra che per raggiungere buoni risultati è sufficiente un volume limitato di pazienti assistiti. La curva collocata più in alto, invece, è relativa a procedure complesse, come l'isterectomia<sup>9</sup> di urgenza, e condizioni gravi, come la rianimazione di un neonato grave ed indica che i risultati migliorano progressivamente all'aumentare del volume di pazienti assistiti.

<sup>9</sup> L'isterectomia è una procedura chirurgica di asportazione, parziale o totale, dell'utero.

Lo svantaggio che deriva dal concentrare i servizi in centri specialistici consiste prima di tutto nel rendere più difficile l'accesso da parte dei pazienti. Nel caso dell'oncologia tale svantaggio può essere sostanziale soprattutto quando malati in condizioni precarie di salute devono recarsi regolarmente per terapie in regime di *day hospital*, non essendo in grado di guidare e non avendo il sostegno di familiari o amici. Una soluzione adottata è concentrare in pochi centri i servizi specialistici, dove viene fatta la diagnosi e selezionato il piano terapeutico, decentrando invece la somministrazione ed il monitoraggio della terapia in strutture più accessibili.

In ambito ostetrico, la relazione tra volume di parti assistiti e risultati positivi sussiste per i casi più difficili e rari sia in ambito materno sia neonatale. Lo svantaggio di un accesso geografico meno agevole assume un peso minore in ostetricia rispetto ad altre specialità, soprattutto l'oncologia, in quanto l'intervento terapeutico per assistere un parto dura nella quasi totalità dei casi da due a quattro giorni.

La professione medica, per ginecologi, anestesisti o neonatologi, ed anche delle ostetriche, implica un percorso molto lungo, che, per i medici ad esempio, non si completa certamente con la conquista del diploma di specialità. Un presupposto essenziale alla maturazione professionale in medicina è, oltre che non smettere mai di studiare, avere l'opportunità di osservare, affiancati da maestri, un elevato numero di pazienti e quindi, progressivamente, assumerne responsabilità diretta. Ciò significa che le nuove leve devono avere accanto professionisti compiuti, che li accompagnino nell'apprendimento e nell'acquisizione progressiva non solo di tecniche come l'esecuzione di un cesareo, ma anche nel difficile percorso che porta verso elevati gradi di raziocinio e fiducia nelle proprie competenze ed abilità nello stabilire diagnosi ed eseguire le indicazioni terapeutiche, insieme alla ponderatezza e, si auspica, persino saggezza nel gestire le situazioni più drammatiche ed urgenti.

Un'analisi che rende evidente quanto la rarità dell'insorgenza di malattie e di eventi avversi gravi renda difficile, nell'ambito dell'ostetricia, l'accumulo di esperienza e quindi l'apprendimento da casi concreti e non solo dalla teoria, consiste nella stima degli anni che devono passare prima che un professionista incontri un problema clinico molto serio. La Tab. 1 mostra la relazione tra parti ipoteticamente assistiti ogni anno da un ostetrico (40, 100 e 160) ed il numero di anni che devono trascorrere prima che un clinico incontri uno dei casi descritti. Ad esempio, un ginecologo che assiste 40 parti all'anno dovrà attendere 46 anni prima di vedere una paziente affetta da eclampsia conclamata, che si riducono ad un tempo comunque lungo, cioè 11 anni, per un ginecologo che si prende in carico 160 parti ogni anno. Per eventi avversi molto gravi come l'asfissia del neonato con paralisi cerebrale, l'attesa di un ginecologo che assiste 40 parti ammonta ad un incredibile periodo pari a 167 anni, cioè quattro volte la durata media di una vita professionale. Alcuni punti parto nel Veneto, come in altre Regioni Italiane, assistono 100 o 200 parti all'anno con 3 o 5 ginecologi, il che significa volumi annuali per professionista inferiori al livello minimo, pari a 40, ipotizzato dalla tabella.

**Tab. 1: Numero di parti assistiti annualmente da un ginecologo prima che incontri patologie od eventi avversi selezionati molto gravi**

Patologie o eventi avversi molto gravi <i>per numero parti per ginecologo/anno</i>	Incidenza dell' evento in anni di vita professionale		
	40	100	160
<b>Eclampsia</b> <i>(un caso ogni 1.861 gravidanze)<sup>10</sup></i>	46.5	18.6	11.6
<b>Asfissia perinatale e rottura dell'utero dopo parto vaginale in precedente Cesareo</b> <i>(un caso ogni 2.800 gravidanze)<sup>11</sup></i>	70.0	28.0	17.5
<b>Danno permanente del plesso brachiale</b> <i>(un caso ogni 4.553 gravidanze)<sup>11</sup></i>	113.8	45.5	28.5
<b>Asfissia perinatale con paralisi celebrale</b> <i>(un caso ogni 6.667 gravidanze)<sup>11</sup></i>	166.7	66.7	41.7

Questa analisi palesa una ragione importante del perché i punti parto con bassi volumi assistenziali non permettono ai professionisti più giovani, medici ed ostetriche, di accumulare sufficiente esperienza in tempi ragionevoli. La posizione espressa da alcuni professionisti che "qui non è successo mai niente di grave" da una parte rivela incomprensione di concetti di probabilità e, dall'altra è un presupposto a possibili incidenti seri in quanto evidenzia che, plausibilmente, l'attenzione all'interno del punto parto non è sufficientemente alta, che c'è la tendenza a semplificare eventi che sono complessi e comunque a rischio e che, forse, di fronte ad una reale emergenza, l'unità non sarebbe pronta a rispondere con l'immediatezza necessaria.

Tuttavia l'evidenza scientifica riguardo il mantenimento della professionalità in un ginecologo maturo, in particolare la destrezza nell'eseguire un cesareo, rivela che, una volta acquisite le abilità necessarie, anche pochi interventi all'anno, cioè una decina, sono sufficienti a mantenerle. Perciò il periodo di formazione è cruciale, per quanto concerne un intervento relativamente semplice come il taglio cesareo ed, allo stesso tempo, ciò che è stato appreso difficilmente viene disimparato.

Come vedremo nel particolare più avanti, gli ospedali che assistono un numero limitato di partorienti tendono a fare più cesarei. In realtà non dovrebbe essere così, in quanto i punti parto più piccoli dovrebbero assistere donne selezionate in base all'assenza di fattori di rischio, cioè con una gravidanza normale che permetta, presumibilmente, un parto senza ostacoli per via naturale. La percentuale elevata di cesarei nelle piccole unità si spiega col fatto che queste strutture non dispongono di personale medico, ginecologi ed anestesisti, oltre ad ostetriche, sufficiente a coprire i fabbisogni assistenziali nelle ore notturne e durante i fine settimana. Ad esempio, le Linee Guida pubblicate dall'Istituto Superiore di Sanità indicano l'analgia epidurale come la tecnica più appropriata, efficace e sicura per mamma e bambino ed il Ministero della Salute l'ha inserita nei Livelli Essenziali di Assistenza, ma questa procedura può essere offerta solo se è presente un anestesista dedicato. Al proposito, il Collegio dei primari di anestesia e rianimazione del Triveneto ha espresso la seguente posizione<sup>12</sup>: "...Per essere ottimizzata dal punto di vista organizzativo e per poter essere garantita senza limitazioni temporali, la Parto-Analgia

<sup>10</sup> Dato riferito alla realtà veneta.

<sup>11</sup> Dati tratti da: Application of learning theory to obstetric maloccurrence. S.P. Chauhan, E.F. Magann, C.B. McAninch, R.B. Gherman and J.C. Morrison. The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine 2003; 13: 203-207 .

<sup>12</sup> "Requisiti per l'espletamento della Parto-Analgia negli Ospedali del Triveneto"  
[http://www.siaarti.it/scientifica/doc\\_gruppi/file\\_44.pdf](http://www.siaarti.it/scientifica/doc_gruppi/file_44.pdf), senza data.

*dovrebbe essere effettuata con medici in orario dedicato: in tal caso però, per tener conto della sostenibilità economica, sarebbe necessaria una programmazione della rete ospedaliera triveneta diversa dalla attuale ed in cui fossero previsti un minor numero di punti nascita con ciascuno un elevato numero di parti (almeno 1800-2000/anno). Appare non praticabile e non coerente con gli obiettivi del Risk Management l'effettuazione di routine della P.A. nelle ore notturne (soprattutto in caso di elevato numero di richieste) affidandola ad un Medico in regime di Pronto Disponibilità non dedicata che venga previsto in servizio la mattina successiva. Il caricarlo di questa ulteriore incombenza notturna (della durata media di 4 ore), soprattutto se frequente, può comportare infatti un carico di lavoro potenzialmente pericoloso...".*

Oltre agli svantaggi citati più sopra, un punto parto con pochi assistiti riduce l'interazione regolare tra professionisti, in quanto il *team* ostetrico ha limitate opportunità di lavorare insieme. Inoltre l'operare sotto organico ed in condizioni di un certo isolamento professionale contribuisce a creare difficoltà e *stress*. Ciò non significa che nei punti parto con volumi limitati operino professionisti meno preparati, ma che le condizioni strutturali delle unità operative e del contesto organizzativo all'interno del quale sono collocate, le rendono meno efficaci e più rischiose. Ciò in conseguenza del fatto che la funzionalità di un punto parto dipende, oltre che dai professionisti che operano all'interno della sala parto, anche dai servizi di supporto, in particolare la diagnostica per immagini, il laboratorio d'urgenza e trasfusionale ed il trasporto immediato e sicuro, quando necessario, delle mamme e dei neonati in centri di più alta specialità.

Dalla prospettiva della salute neonatale, l'aspetto fondamentale è che spesso i piccoli punti parto hanno carenze strutturali nei servizi di neonatologia, particolarmente intensiva. Inoltre diversi studi hanno concluso come i risultati nelle unità di cure intensive neonatali migliorino progressivamente con il volume dei casi trattati. Dall'ottica più generale del SSSR, sostenere finanziariamente vari punti parto con bassa produttività ed efficienza implicano una minore sostenibilità economica dell'intero sistema.

Quando i cittadini pensano ad una struttura ospedaliera tendono a privilegiare l'accesso geografico, cioè quanto tempo impiegano a raggiungere l'ospedale in situazioni di urgenza o allo scopo di visitare familiari ricoverati. All'interno delle strutture, i cittadini ed anche i pazienti osservano ed apprezzano o, al contrario, disapprovano la relazione umana che il personale offre e gli aspetti strutturali del reparto, ad esempio se il pranzo è servito caldo e se i bagni sono puliti, ma, inevitabilmente, non sono quasi mai consapevoli dei processi clinici, cioè di ciò che conta davvero ed è decisivo nel determinare il decorso della loro condizione. Né comprendono che, al di là delle competenze dei singoli professionisti che li prendono in carico, esistono requisiti che vanno oltre, come la capacità di comunicare, collaborare e sostenersi vicendevolmente all'interno di un team, la preparazione al fine di essere pronti ad ogni evenienza ed il supporto di servizi di laboratorio, radiologia e rianimazione.

Il dibattito nella politica e sui mezzi di comunicazione di massa comprensibilmente e legittimamente riflette le preoccupazioni dei cittadini, concentrandosi sull'accesso ai servizi sanitari, cioè sull'aspetto concreto, visibile, misurabile ed anche legato a legittimi interessi economici del territorio circostante. Le dimensioni più importanti dal punto di vista professionale e quindi anche della tutela della salute dei cittadini, cioè la qualità e la sicurezza, sono in sostanza ignorate, rimanendo sullo sfondo della discussione, vaghe ed incerte, spesso invisibili e comunque difficili da comprendere e da misurare, oltre che orfane di interessi organizzati. In realtà sono aspetti di suprema importanza prima di tutto per gli utenti ed in secondo luogo per l'intera comunità.

Il Ministro della Salute Ferruccio Fazio ha recentemente affermato che "*Le strutture ospedaliere con un numero minimo di parti all'anno, che si aggira intorno ai 200 - 300, non*

*hanno motivo di esistere. ... ciò è contro l'interesse della popolazione perché in queste strutture non può essere garantita ai pazienti la stessa assistenza dei grandi ospedali". Ed anche che: "In Italia il 66% dei punti nascita non raggiunge i 1.000 parti annui e scendere sotto i 500, numero che l'OMS indica come numero minimo dei parti, può diventare molto pericoloso", ...i piccoli centri ... "seppur contro la loro volontà, devono confluire in strutture più grandi"<sup>13</sup>.*

I ginecologi della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo), dell'Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani (Aogoi) e della Federazione sindacale medici dirigenti (Fesmed) si sono recentemente pronunciati a favore di una riduzione dei punti parto al fine di assicurare la presenza costante della guardia ostetrica, del neonatologo e con la disponibilità a tempo pieno dell'anestesista, unica soluzione che permette di offrire ad ogni partoriente l'analgesia epidurale. In definitiva, il Ministero, tramite il suo massimo rappresentante, e le associazioni scientifiche delle specialità che hanno responsabilità diretta nell'assistenza al parto hanno preso posizione per la concentrazione dei punti parto.

In conclusione, per i cittadini i vantaggi di molti punti parto facilmente accessibili e con poche donne assistite, consistono nell'accesso più facile, a fronte di svantaggi più importanti, dovuti a limiti strutturali insormontabili, in particolare risorse professionali non disponibili sulle 24 ore (ad esempio, ginecologo esperto e anestesista <sup>14</sup>), tecnologie meno avanzate o assenti (ad esempio, rianimazione neonatale), problematica appropriatezza delle procedure (ad esempio, cesareo non necessario), lenta ed insufficiente maturazione professionale delle nuove leve, tendenza a sottovalutare i rischi e risultati meno buoni relativamente alle condizioni patologiche ed alle procedure complesse. In definitiva, le considerazioni qui esposte mostrano che dal punto di vista professionale e della qualità dell'assistenza, gli svantaggi superano di gran lunga i vantaggi e perciò giustificano la strategia di concentrare progressivamente i servizi ospedalieri di ostetricia e ginecologia in strutture che assistono almeno 900/1000 parti all'anno. L'erogazione di servizi al di sotto di standard oggi accettabili in termini di qualità, sicurezza ed efficienza, è difficile da difendere da qualsiasi prospettiva la si consideri, non solo da quella professionale.

### **5.1.3. I bacini di utenza dei punti parto che servono le comunità montane del Veneto**

Come ogni struttura che eroga servizi (o vende prodotti come un supermercato), anche i punti parto servono popolazioni diverse, sia in termini di dimensioni sia di distribuzione geografica. Il bacino d'utenza illustra in termini quantitativi da dove provengono gli utenti di una struttura. In altre parole, questo metodo permette un'esatta definizione delle popolazioni che le unità operative "drenano". I bacini di utenza variano non solo in base alla struttura ma anche alla singola procedura ed alla modalità con la quale la procedura è stata eseguita. Ad esempio, il bacino di utenza di tutte le attività di un punto parto è diverso da quello che eroga servizi di diagnosi di malattie congenite fetali tramite l'amniocentesi e questo ultimo si differenzia da quello per la procreazione medico-assistita. Ancora, il bacino di utenza del cesareo urgente è dissimile da quello per la modalità elettiva.

I bacini di utenza nella realtà sono molto diversi da quelli che si ottengono tracciando semplicisticamente su di una mappa dei cerchi con il centro collocato in corrispondenza di ogni struttura. I fattori che determinano l'ampiezza e la ramificazione geografica del

---

<sup>13</sup> AgiNewsOn, Roma 11 dicembre 2010.

<sup>14</sup> La mancanza di un team disponibile 24 ore su 24 limita le opzioni terapeutiche. Ad esempio, il travaglio di prova per un parto vaginale dopo un cesareo dovrebbe essere preso in considerazione solo in unità operative dove sia possibile effettuare un cesareo urgente.

bacino d'utenza di una struttura sanitaria sono molteplici e derivano da complesse combinazioni di caratteristiche proprie delle popolazioni e dei servizi. Per quanto concerne le comunità, elementi importanti sono i bisogni di salute e il loro grado di espressione, la percezione della qualità offerta da diverse strutture e l'accesso geografico. Per quanto riguarda i servizi, fattori rilevanti sono l'ampiezza dell'offerta (numero di sale parto e personale), la rete di relazioni tra professionisti e la credibilità dell'ospedale nel quale l'unità è collocata.

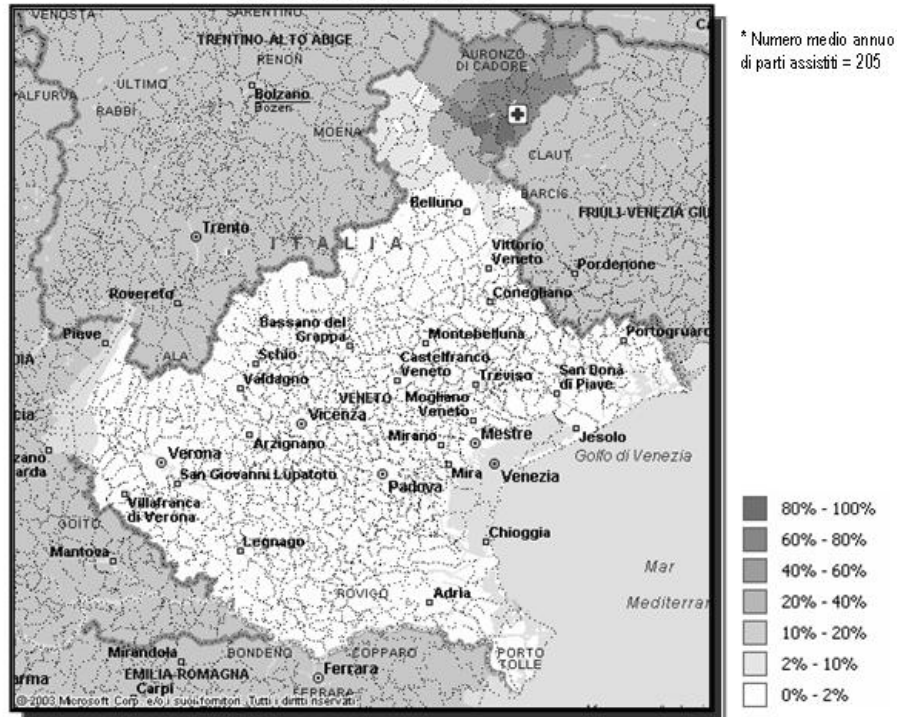
**Tab. 2, Bacini di utenza dei punti parto, comunità montane del Veneto, 2000-2009**

Territorio	N° Parti annui	Parti erogati					
		Fuori regione	Belluno	Pieve di Cadore	Feltre	Bassano	Asiago
Comelico Sappada	63	54%	4%	39%	2%	0%	0%
Valle del Boite	76	42%	5%	47%	1%	0%	0%
Agordina	156	6%	54%	3%	36%	0%	0%
Centro Cadore	142	11%	10%	72%	3%	0%	0%
Alpago	80	1%	65%	2%	10%	0%	0%
Longaronese Zoldano	63	3%	54%	28%	10%	0%	0%
Val Belluna	273	1%	32%	0%	65%	0%	0%
Belluno	353	3%	72%	2%	18%	0%	0%
Feltrina	430	1%	1%	0%	95%	0%	0%
Prealpi Trevigiane	950	2%	0%	0%	12%	0%	0%
Grappa	323	1%	0%	0%	15%	26%	0%
Sette comuni di Asiago	174	1%	0%	0%	3%	11%	64%
Brenta	649	3%	0%	0%	1%	76%	0%
Astico al Brenta	430	1%	0%	0%	0%	38%	1%
Astico e Posina	119	1%	0%	0%	0%	0%	1%
Leogra-Timonchio	624	1%	0%	0%	0%	0%	0%
Agno Chiampo	758	1%	0%	0%	0%	0%	0%
Baldo	234	18%	0%	0%	0%	0%	0%
Lessinia	624	1%	0%	0%	0%	0%	0%
Altri non montani	39,246	3%	0%	0%	0%	2%	0%

La Tab. 2 illustra i bacini di utenza dei punti parto ai quali afferiscono donne che abitano in Comunità Montane. La prima colonna elenca tali Comunità, iniziando da nord est e terminando ad ovest, e la seconda indica il numero di parti che ogni area genera annualmente. La terza colonna enumera la percentuale di parti che vengono assistiti fuori Regione, la quarta la percentuale di parti coperta dal punto parto di Belluno e le successive la percentuale di parti assistita da Pieve di Cadore, Feltre, Bassano e Asiago. Ad esempio, la Comunità Agordina origina 156 parti all'anno, dei quali il 6% è assistito fuori Regione, il 54% a Belluno, il 3% a Pieve di Cadore, il 36% a Feltre e nessuno a Bassano od Asiago. Le caselle evidenziate identificano situazioni singolari, come quella di Comelico Sappada, dove oltre la metà delle partorienti riceve assistenza fuori Regione, del Centro Cadore dove tre quarti dei 142 parti sono assistiti a Pieve e quella delle Prealpi Trevigiane, dove il 12% delle donne partorisce a Feltre (114 su 950).

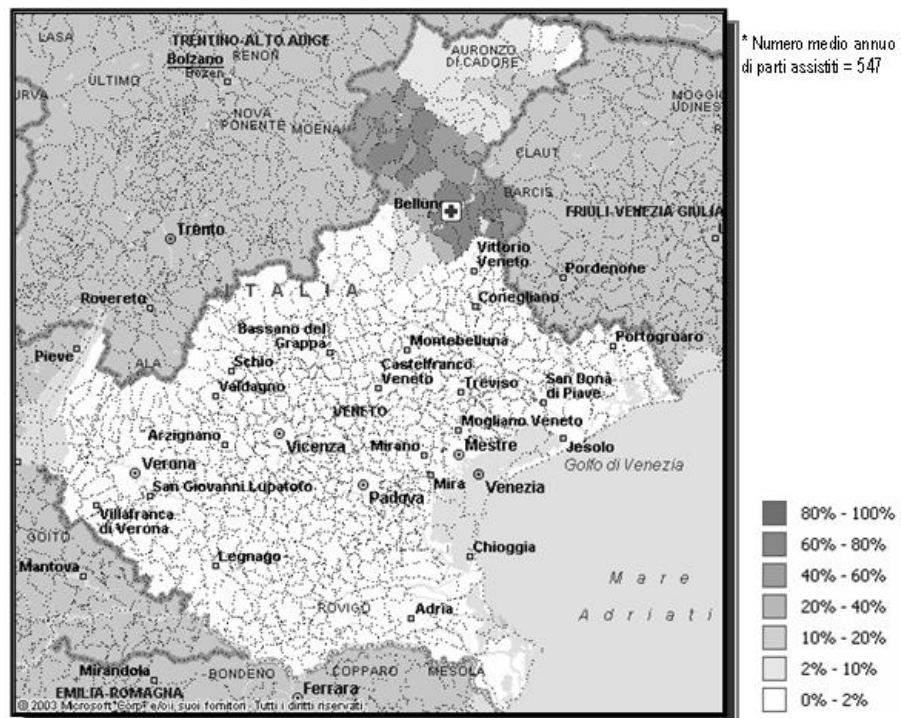
Le Mappe da 3 a 7 evidenziano le percentuali delle partorienti assistite da diversi punti parto (Pieve di Cadore, Belluno, Feltre, Bassano ed Asiago) collocati all'interno o vicino alle Comunità Montane del Veneto. Come nella Mappa 1, una maggiore intensità di grigio rappresenta una percentuale più elevata di partorienti assistite.

**Mappa 3, Parti assistiti: % dei parti per comune coperta dal punto parto di Pieve di Cadore, 2004 – 2009\***



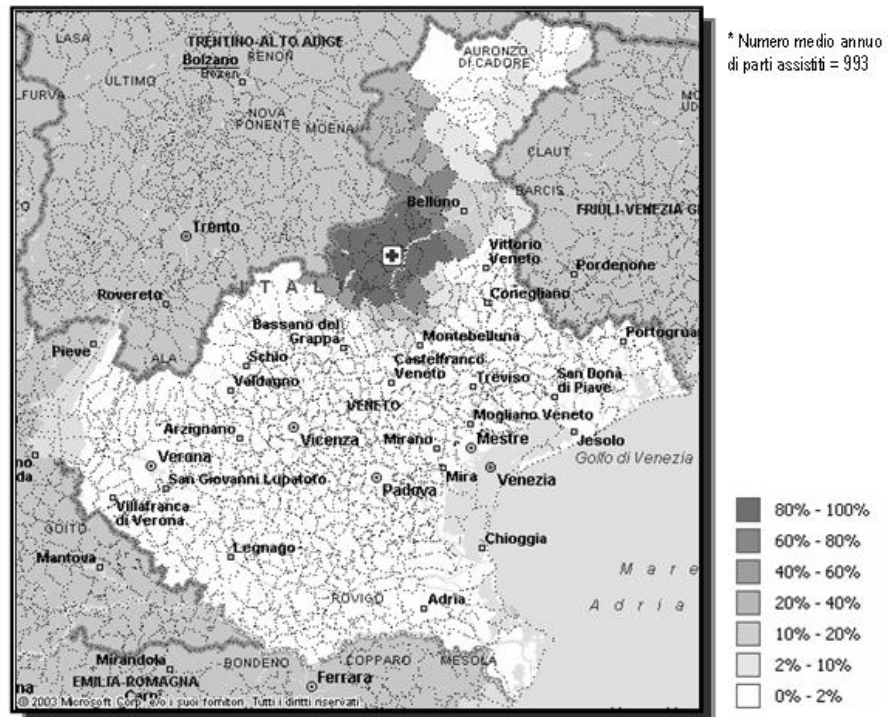
Fonte: Schede Dimissioni Ospedaliere – Flusso Regionale

**Mappa 4, Parti assistiti: % dei parti per comune coperta dal punto parto di Belluno, 2004 – 2009\***



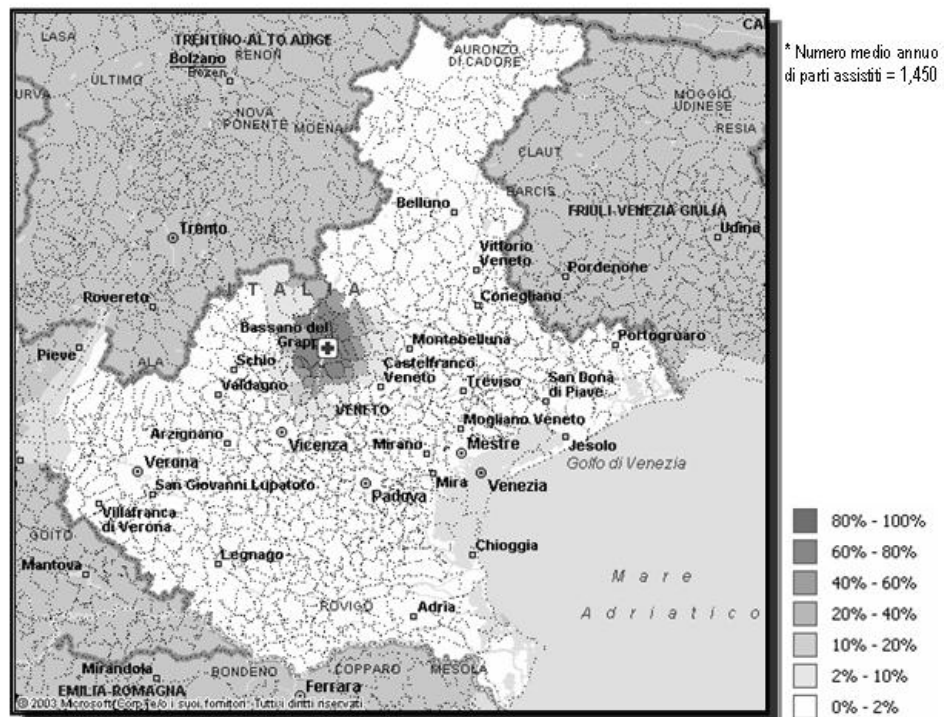
Fonte: Schede Dimissioni Ospedaliere – Flusso Regionale

Mappa 5, Parti assistiti: % dei parti per comune coperta dal punto parto di Feltre, 2004 – 2009\*



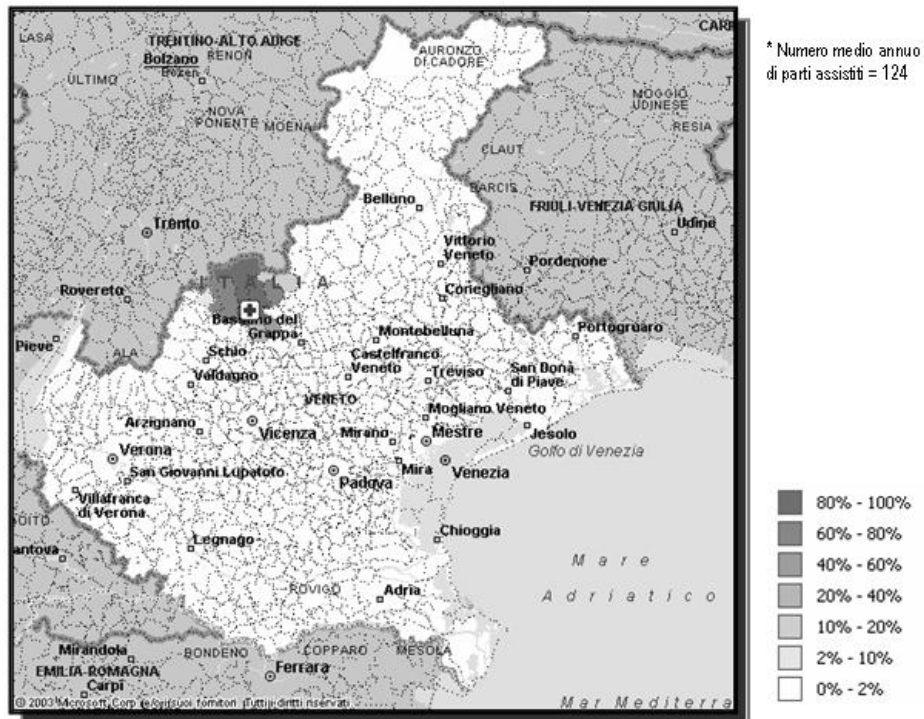
Fonte: Schede Diminuzione Ospedaliera – Flusso Regionale

Mappa 6, Parti assistiti: % dei parti per comune coperta dal punto parto di Bassano, 2004 – 2009\*



Fonte: Schede Diminuzione Ospedaliera – Flusso Regionale

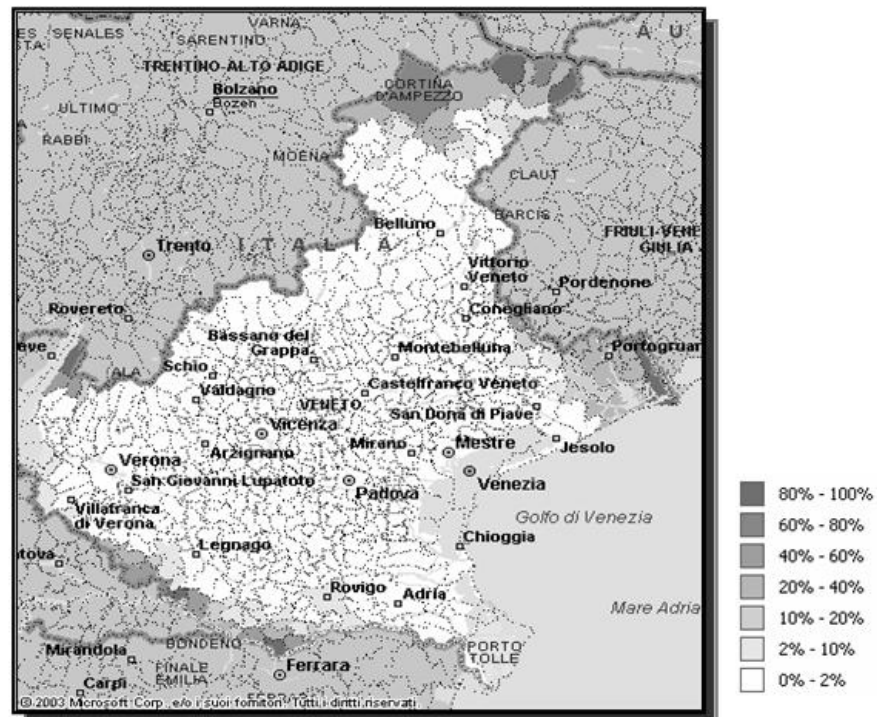
Mappa 7, Parti assistiti: % dei parti per comune coperta dal punto parto di Asiago, 2004 – 2009\*



Fonte: Schede Dimissione Ospedaliera – Flusso Regionale

La Mappa 8 illustra la percentuale di parti assistiti fuori Regione; come atteso, questo fenomeno riguarda le comunità che vivono vicino ai confini regionali e soprattutto le zone montane all'estremo nord della Provincia di Belluno.

Mappa 8, Parti assistiti fuori Regione: percentuale per Comune, Veneto, 2004 - 2009



Fonte: Schede Dimissione Ospedaliera – Flusso Regionale

#### 5.1.4. Servizi ed attività di neonatologia

La Tab. 3 mostra, per il 2009, gli accessi e le giornate di degenze complessive e la durata media dei ricoveri all'interno delle strutture dedicate ai neonati, cioè il nido, dove vengono accolti i neonati sani, la neonatologia, cioè il reparto dove sono ricoverati i piccoli ammalati e la terapia intensiva neonatale che segue i neonati critici, cioè in condizioni molto gravi. I ricoveri in pediatria sono aggiunti allo scopo di permettere un confronto con le attività di cura del neonato.

La terapia intensiva neonatale assiste circa tremila neonati critici, per quasi quarantamila giornate di degenza complessive e una durata media del ricovero pari a 3,4 giornate<sup>15</sup>. I reparti di neonatologia assistono un numero di piccoli pazienti analogo a quello delle terapie intensive neonatali, ma la durata media dei ricoveri è cinque giorni più lunga.

**Tab. 3: Accessi, giornate di degenze complessive e durata media dei ricoveri all'interno delle strutture di neonatologia e pediatria, Veneto, 2009**

Reparto	Accessi	Giornate di degenza	Durata media
Nido	45.533	147.241	3,23
Pediatria	21.809	96.156	4,41
Neonatologia	2.912	24.939	8,56
Terapia Intensiva Neonatale	2.954	39.687	3,44

La Tab. 4 evidenzia il numero di accessi ai reparti di neonatologia. Vicenza, cioè l'ospedale che assiste il maggior numero di parti nel Veneto, ha anche il numero più elevato di assistiti tra i piccolissimi pazienti. Il database non segnala alcun ricovero a Verona, Treviso, Mestre, Conegliano e Bussolengo, il che costituisce errore<sup>16</sup>. Alcuni punti parto non sono integrati da reparti di neonatologia, ad esempio Asiago.

**Tab. 4: Accessi alla neonatologia, Veneto, 2009**

Ospedale	Accessi ai reparti di Neonatologia
Villa Salus (Mestre)	83
Bassano del Grappa	157
Asiago	0
Vicenza	729
Noventa Vicentina	2
Asolo	185
Montebelluna	131
S. Donà	103
Venezia	101
Mestre	0
Dolo	128

<sup>15</sup> Il *range* della durata della degenza è compreso tra 0 e 192 giornate; il *range* compreso tra il 10° ed il 90° percentile è 1 e 36 giorni.

<sup>16</sup> E' possibile che i ricoveri in neonatologia siano compresi in quelli della terapia intensiva neonatale.

Mirano	180
Piove di Sacco	71
Camposampiero	0
Cittadella	169
Monselice	66
Rovigo	179
San Bonifacio	284
Padova	340
<b>TOTALE</b>	<b>2.908</b>

Per quanto riguarda la terapia intensiva neonatale il maggior volume di ricoveri, escludendo Verona, Treviso, Mestre, Conegliano e Bussolengo, dove la Tab. 5 mette insieme neonatologia e terapia intensiva, sono a Padova, Vicenza e Thiene. Le terapie intensive di Padova, Verona, Vicenza, Treviso, Thiene e Camposampiero sono attrezzate per assistere neonati sotto il chilo di peso.

**Tab. 5: Ricoveri in terapia intensiva neonatale, Veneto, 2009**

<b>Ospedale</b>	<b>Accessi</b>
Belluno	72
Pieve di Cadore	0
Thiene	201
Vicenza	176
Conegliano	172
Treviso	365
Oderzo	20
Venezia	0
Mestre	181
Camposampiero	179
Cittadella	45
Rovigo	46
Bussolengo	182
Isola della Scala	0
Padova	291
Verona Borgo Trento	594
Verona Borgo Roma	417
<b>TOTALE</b>	<b>2.941</b>

Le 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 contenute nell'accordo Stato-Regioni prevedono "due livelli assistenziali dove unità operative ostetrico-ginecologiche siano affiancate da unità neonatologiche/pediatrie in grado di affrontare casi di pari complessità". Questo

obiettivo di razionalizzazione ed integrazione dei servizi deve essere raggiunto anche nel nostro contesto.

## 5.2. Pratiche cliniche

Le questioni affrontate nell'ambito delle pratiche cliniche comprendono:

- il parto in casa ed in ospedale,
- il taglio cesareo:
  - indicazioni,
  - complicanze,
  - aumento,
  - motivi dell'incremento,
  - variabilità nell'uso,
- il parto vaginale dopo cesareo,
- l'impiego di forcipe e ventosa.

### 5.2.1. Parto a domicilio ed in ospedale

Le modalità di assistenza al parto variano in modo importante tra nazioni soprattutto per quanto riguarda il parto a domicilio. Questa è una questione avvolta dall'ideologia, soprattutto nei Paesi anglo-sassoni<sup>17</sup>, e dalla contrapposizione tra chi ne propone l'adozione alla maggioranza delle partorienti e chi non lo raccomanda mai. Nel Veneto tale modalità assistenziale riguarda una minoranza molto esigua, poco superiore ad un parto su mille. Come medici la nostra preferenza va all'assistenza ospedaliera del parto per due fatti scientificamente inconfutabili: il primo è che gravi complicanze ostetriche, pur rare, insorgono improvvisamente e solo l'intervento immediato di un team preparato in un contesto organizzativo provvisto di risorse tecnologicamente avanzate può fare la differenza tra una tragedia o un esito favorevole, ed il secondo è che non è sempre possibile prevedere quale donna avrà la sventura di andare incontro a complicanze durante il parto. E' sicuramente possibile identificare gravide nelle quali la probabilità di complicanze è maggiore rispetto a quella della popolazione generale, ma ciò non è sufficiente per identificare le donne che andranno soggette a quali complicanze e di quale gravità.

Il tema del parto in casa è approfondito nell'elaborato del Registro Nascite - Osservatorio Regionale della Patologia in Età Pediatrica dell'Università di Padova al quale si rimanda (pag. 123).

La quasi totalità delle partorienti in Veneto è assistita in ambiente ospedaliero e la nostra analisi riguarderà sia i volumi dei parti sia le frequenze con le quali le principali procedure (cesareo, forcipe e ventosa) sono utilizzate all'interno dei punti parto del Veneto.

### 5.2.2. Il taglio cesareo

#### 5.2.2.1. Indicazioni del cesareo

L'ostetricia è la specialità medica che ha salvato più vite di donne in età fertile e neonati. Il cesareo è una procedura che ha sottratto alla morte innumerevoli pazienti. In circostanze sufficientemente definite, il taglio cesareo<sup>18</sup> è una tecnica salva-vita sia per la madre sia per il feto. Nei Paesi industrializzati le principali indicazioni al parto cesareo sono un precedente cesareo (un terzo), la distocia, cioè la troppo lenta progressione del parto

---

<sup>17</sup> La nazione avanzata che ha la percentuale più elevata di parti a domicilio è l'Olanda con circa il 30%; non sorprendentemente questo Paese ha anche la più bassa frequenza di parti cesarei in Europa (circa 10%)

<sup>18</sup> In questo documento il termine "cesareo" sta per taglio cesareo.

dovuta a proporzione cefalo-pelvica o contrazioni uterine troppo deboli (un terzo)<sup>19</sup>, la presentazione podalica (12%) e segni di stress fetale e rischio di complicanze asfittiche, rilevati tramite il monitoraggio del ritmo cardiaco fetale (9%).

Il cesareo elettivo è eseguito, di solito prima del travaglio di parto ed a una data e ora prestabilita, in base ad un'indicazione ostetrica o medica, ad esempio una placenta previa, una presentazione anomala del feto o malattie materne che sconsigliano di sottoporre la paziente allo sforzo del parto naturale. Il cesareo elettivo può anche essere effettuato in seguito alla richiesta della madre, come vedremo meglio più avanti. Un cesareo realizzato per indicazioni durante il travaglio è invece una procedura di urgenza.

Quando esiste un significativo rischio clinico per la madre od il feto di continuare la gravidanza, in particolare quando questa si prolunga oltre le 42 settimane, il parto viene indotto, cioè provocato artificialmente di solito con farmaci o tramite cesareo. L'induzione o il cesareo in feti prematuri senza che vi sia l'urgenza a terminare la gravidanza rappresentano procedure inappropriate, cioè non solo non necessarie, ma anche rischiose soprattutto per il neonato.

### 5.2.2.2. Complicanze

Il cesareo, come ogni procedura medica, anche la più semplice come un'iniezione intramuscolare, non è privo di rischi. Una procedura chirurgica pelvica o addominale rappresenta sempre un intervento maggiore con rischi inevitabili a breve e lungo termine.

L'endometrite, cioè l'infezione della mucosa uterina, talvolta complicata da sepsi puerperale, è quattro volte più frequente in seguito a cesareo rispetto al parto naturale (8% invece di 2%, rispettivamente). Il cesareo, come tutte le procedure chirurgiche, aumenta anche il rischio di polmonite, trombosi venosa profonda e trasfusione, oltre che di lesioni alla vescica. Il cesareo prolunga l'ospedalizzazione (in Veneto due giornate di degenza in più, da 4,69 a 6,68) ed incrementa di 10 volte il ricovero in rianimazione (da 1,2/100 a 1/1.000, rispettivamente). Partorienti sottoposte a cesareo hanno un rischio cinque volte superiore di essere sottoposte nuovamente entro breve tempo a procedure chirurgiche rispetto a donne che hanno partorito per via vaginale.

Una parte sostanziale di queste complicanze successive al cesareo è indubbiamente attribuibile alle stesse patologie che hanno indotto il ginecologo ad eseguire la procedura, e rappresenta perciò un costo ben inferiore rispetto alle conseguenze che insorgerebbero in assenza dell'intervento. L'evoluzione di un parto distocico o di un parto in una paziente gravemente ipertesa o cardiopatica può portare ad esiti fatali sia per la madre come per il feto od entrambi. In assenza di cesareo, un feto troppo grande per il bacino della mamma può morire, soffrire di sequele neurologiche gravissime e persino causare la rottura dell'utero con emorragia e peritonite potenzialmente letali per la madre.

Un confronto razionale tra vantaggi e svantaggi di parto vaginale e cesareo può essere condotto solo comparando le due modalità in gravidanze a termine con feto singolo a presentazione occipitale senza indicazioni all'intervento. Ad esempio affermare che il cesareo più che raddoppia il rischio di trombo-embolia *post-partum* e, nel caso di cesareo di emergenza tale rischio quadruplica, senza tener conto dei rischi conseguenti al non eseguire un cesareo quando esiste l'indicazione, è scientificamente e professionalmente irrilevante. Questo aspetto sarà trattato più avanti nell'ambito della sezione dedicata al cesareo conseguente a richiesta materna.

---

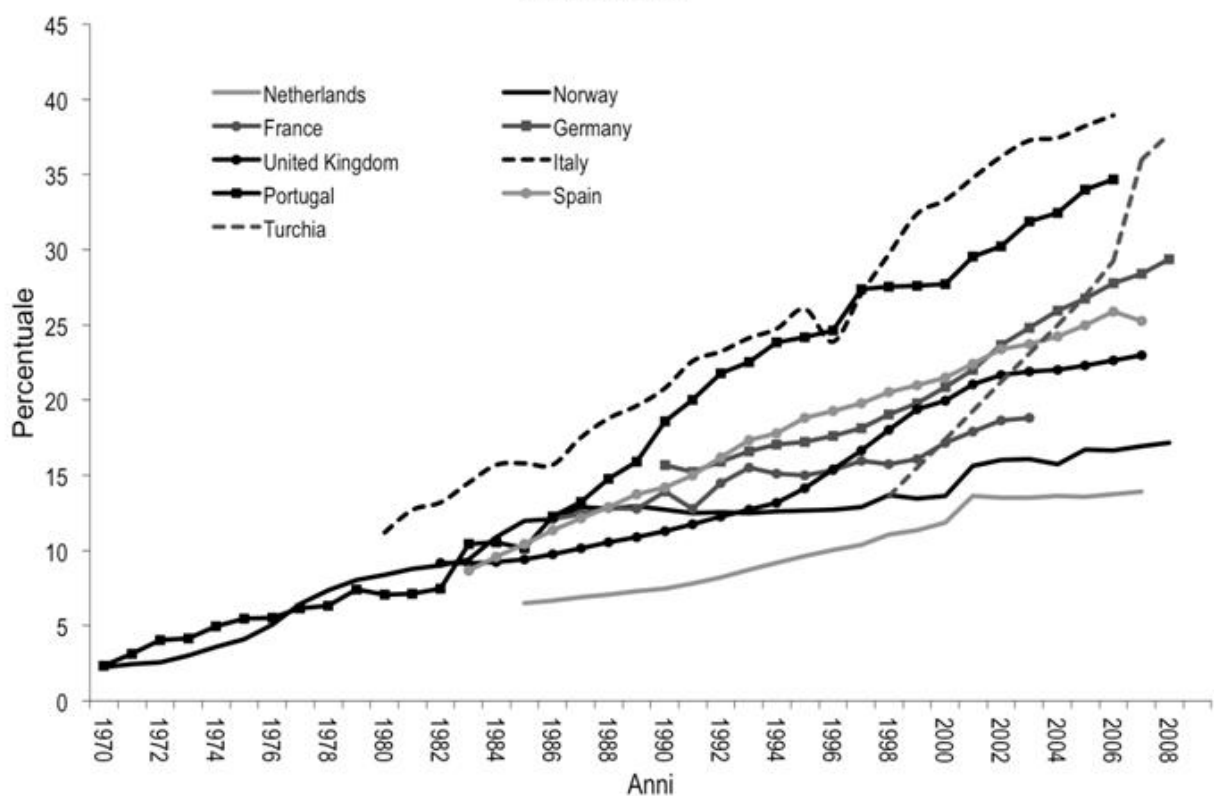
<sup>19</sup> La distocia costituisce la più importante indicazione (60%) di cesareo nelle nullipare.

Il parto naturale comporta invece maggiore frequenza di dolori perineali, incontinenza urinaria (7% invece di 4%) e prollasso vaginale.

### 5.2.2.3. Aumento del cesareo

Le pratiche di assistenza al parto sono cambiate sostanzialmente durante gli ultimi tre decenni e le ragioni di questo fenomeno non derivano solo dai progressi della ricerca clinica e dalla disponibilità di nuove tecnologie, ma anche da mutamenti interni alla professione medica, come pure a cambiamenti sociali e culturali. Ad esempio, un ampio studio condotto in un ospedale universitario inglese tra il 1976 ed il 1996 evidenzia come la percentuale di cesarei sia aumentata dal 6,7 al 14,2% e l'indicazione più frequente, in circa la metà dei casi, sia stata un pregresso cesareo nel '76 e nel '86, mentre già nel '96 fosse la richiesta materna. Nei vent'anni considerati dallo studio, la proporzione di cesarei programmati è rimasta costante al 54%, è invece raddoppiata la frequenza di cesarei per *distress* fetale durante il parto, con scarsa evidenza di miglioramenti negli esiti neonatali a breve e lungo termine ed è triplicata la frequenza di cesarei in parti assistiti con forcipe o ventosa. Il cesareo è aumentato in gravidanze singole con presentazione normale dal 30 all'88% e per gravidanze gemellari dal 13 al 47%.

**Graf. 8, Parti cesarei: serie storica, Paesi Europei selezionati e Turchia, 1970-2008**



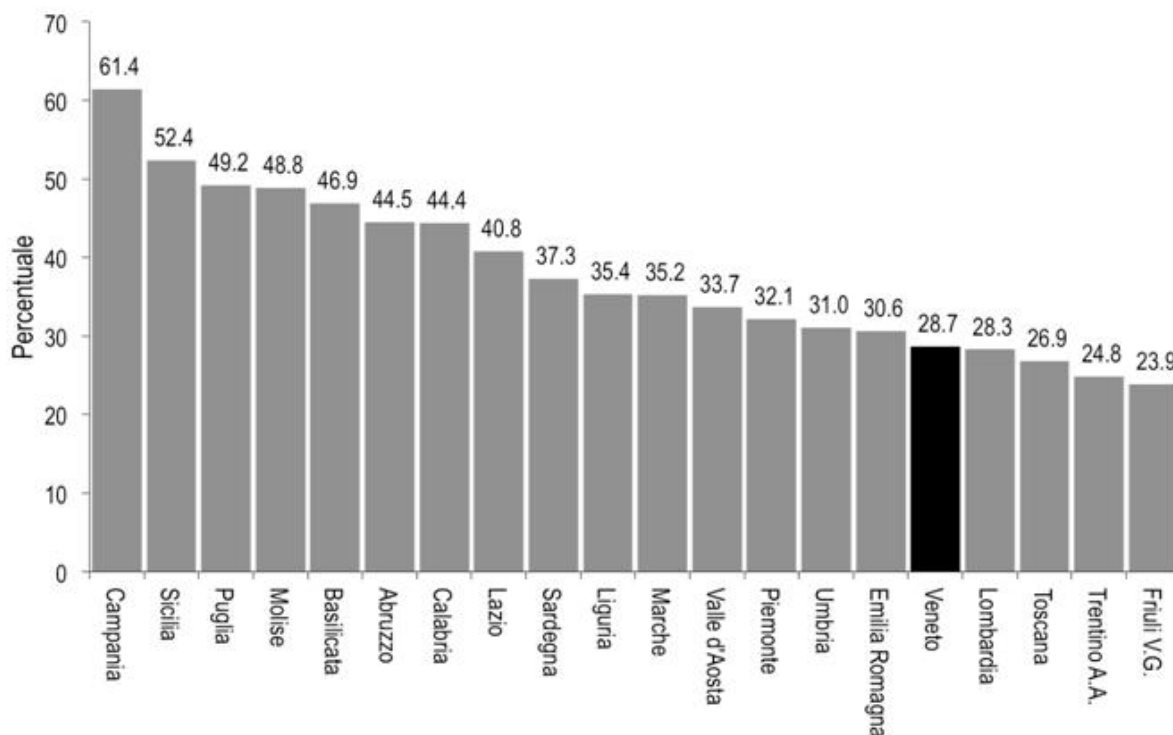
Fonte: Health for all - WHO/EUROPE

Dagli anni '80 del secolo scorso, in molte nazioni avanzate la frequenza di cesareo è aumentata esponenzialmente. Dal 1980 al 2000 la percentuale di cesarei nel nostro Paese è quasi triplicata dall'11,2% al 33,2%. L'Italia è la nazione industrializzata<sup>20</sup> con la percentuale più elevata di utilizzo di questa procedura (Graf. 8). La Turchia si sta

<sup>20</sup> Sono definite Nazioni avanzate i membri dell'OCSE, cioè i Paesi parte dell'Organizzazione per lo Sviluppo e la Cooperazione Economica.

rapidamente avvicinando alla nostre frequenze ed anche il Portogallo e la Grecia (quest'ultima non mostrata nel grafico) non sono lontani. L'Italia, insieme alla Grecia, sono citate dalla letteratura medica e dai mezzi di comunicazione di massa come casi speciali che è impossibile spiegare in base a bisogni clinici. Alcuni medici hanno definito l'aumento dei parti cesarei, un'epidemia chirurgica simile alla tonsillectomia fino agli anni '70 del secolo scorso. Attualmente (2009) la percentuale di cesarei è pari a 25% nel Regno Unito, 28% in Canada e 37% negli USA. Appena 20 anni fa il Regno Unito aveva una percentuale del 5%.

**Graf. 9, Parti cesarei, Regioni Italiane, 2007**

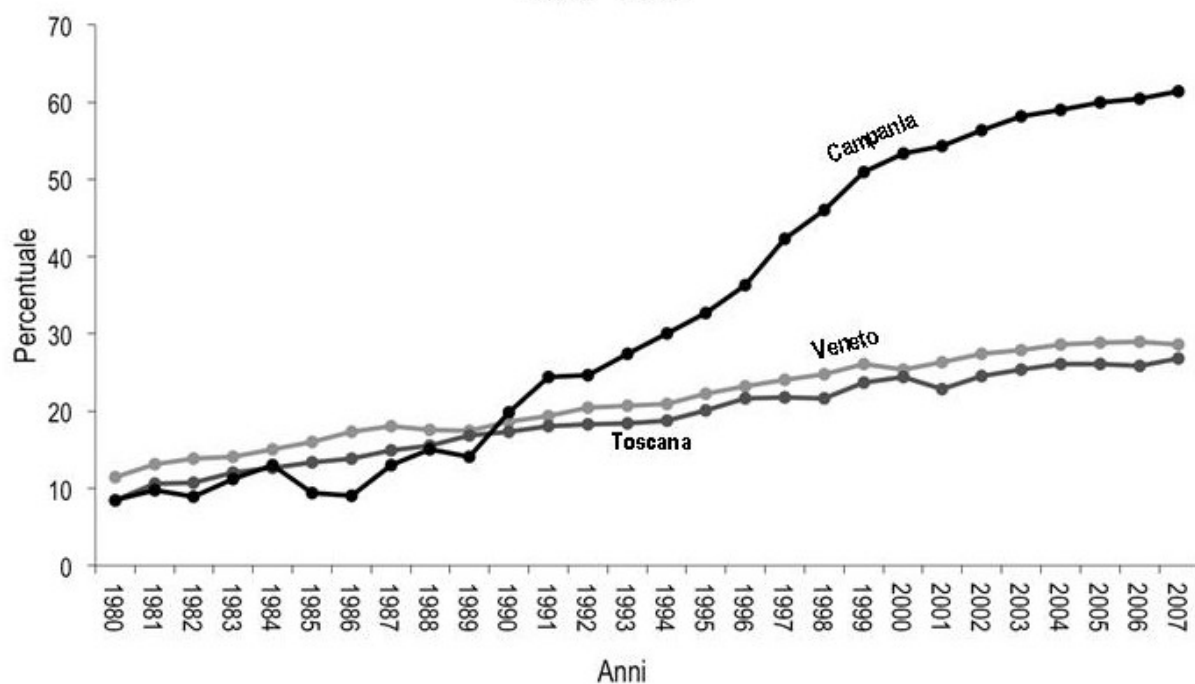


Fonte: Health for all - Istat

Tuttavia, all'interno del nostro Paese, il fenomeno non è omogeneamente distribuito sul territorio nazionale, al contrario la situazione è tale che le regioni al di sotto della Toscana presentano in generale percentuali molto elevate, mentre quelle sopra la Toscana mostrano valori simili a quelli di altre nazioni industrializzate (Graf. 9). Più in dettaglio, nel 2007 la Campania ha percentuali superiori al 60%, mentre le Province di Trento e Bolzano, insieme al Friuli, hanno frequenze inferiori al 25%. Il Veneto, vicino al 29%, ha frequenze molto simili alla Lombardia. Il Graf. 10 rivela come la percentuale di cesarei sia aumentata progressivamente in Veneto e Toscana negli ultimi tre decenni, mentre abbia subito una notevolissima accelerazione dall'inizio degli anni '90 nella Campania. Per quanto riguarda il Veneto, il grafico rivela un aumento costante della proporzione di cesarei sul totale dei parti. Tale valore, pari a circa il 20,5% nel 2000, è cresciuto fino al 28,7 nel 2009.

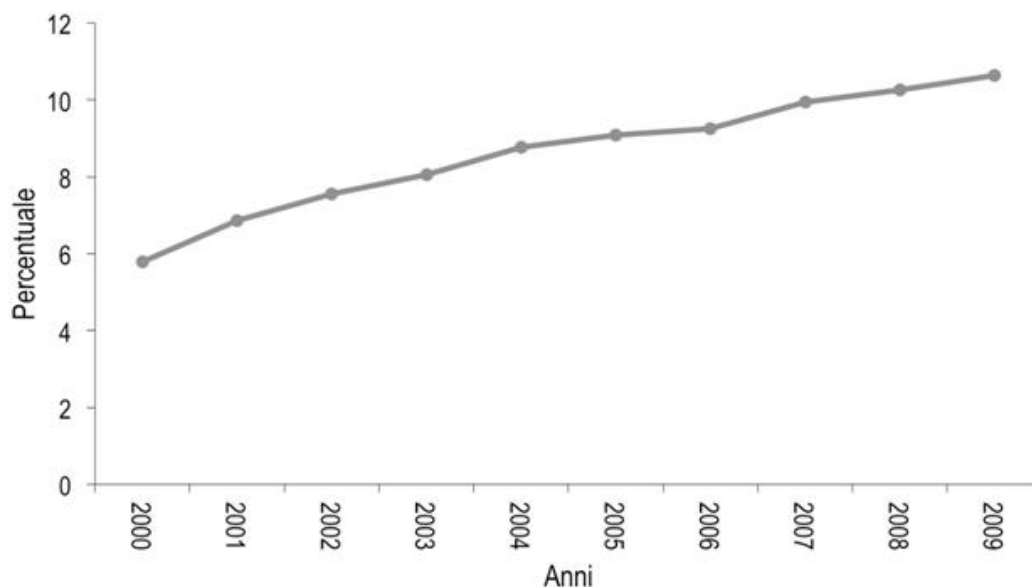
Dato che un precedente cesareo comporta molto spesso altri cesarei successivi, la riduzione della procedura comporta la diminuzione dei cesarei primari, cioè delle procedure in donne mai sottoposte precedentemente all'intervento. Anche nel Veneto, la percentuale di partorienti con precedente cesareo è aumentata durante il decennio scorso da meno di 6 a più del 10% (Graf. 11).

**Graf. 10, Parti cesarei: serie storica, Veneto, Toscana e Campania, 1980 - 2007**



Fonte: Health for all - Istat

**Graf. 11, Parti con cesarei precedenti, Veneto, 2000 - 2009**



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
N° parti	43171	42362	43662	44616	46180	46275	46747	47101	48041	47061
N° parti con cesareo precedente	2497	2901	3298	3590	4047	4206	4320	4682	4927	5008

Fonte: Schede Dimissione Ospedaliera - Flusso Regionale

La controversia riguardo la percentuale appropriata di cesarei nei Paesi avanzati data quarant'anni, quando intorno al 5% delle partorienti era sottoposta a questa procedura. La percentuale del 15% suggerita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come frequenza massima è criticata, da opposte posizioni, come uno standard arbitrario e superato. Spesso la letteratura scientifica ed anche i mezzi di comunicazione di massa citano la frequenza di cesarei considerata appropriata dall'OMS, ma in realtà nessuno può stabilire con precisione l'opportuna percentuale di questa procedura. Sarebbe più utile, soprattutto nei Paesi avanzati, da una parte cercare di ottenere i migliori esiti possibili per madri e neonati, considerate le risorse disponibili ed anche le aspettative delle madri e, dall'altra, stabilire con maggiore precisione quanti cesarei siano appropriati nell'ambito di un determinato sistema, area e singolo punto parto in base a linee-guida condivise. Tale approccio permetterebbe di uscire da un dibattito troppo ideologizzato ed affrontare le specificità in termini di bisogni di salute e di organizzazione dei servizi proprie di una certa area.

#### **5.2.2.4. Motivi dell'incremento del cesareo**

La controversia riguardo l'aumento eccessivo del parto cesareo non può essere compresa senza discutere i vantaggi e gli svantaggi di questa procedura oltre alle ragioni che hanno condotto alla situazione attuale. I fattori che spiegano l'aumento nell'uso della procedura sono svariati e la loro importanza relativa cambia in differenti aree geografiche e servizi. Tra questi i più importanti, classificati per categorie, sono i seguenti:

- i ginecologi, che hanno una minore tolleranza al rischio clinico, anche per timore di denunce, possibili convenienze in termini finanziari e di tempo libero e, per le nuove generazioni, perdita di sapere nell'assistenza al parto;
- l'organizzazione dei punti parto, in particolare la dispersione di molte unità con bassi volumi;
- le tecnologie moderne dell'anestesia epidurale e del monitoraggio elettronico del battito cardiaco fetale;
- le politiche di rimborso delle procedure, che possono introdurre incentivi finanziari per le strutture;
- le madri, che richiedono la procedura, soffrono più spesso di obesità in gravidanza rispetto al passato ed hanno adottato pattern riproduttivi che posticipano limitando al tempo stesso le gravidanze;
- i feti, il cui peso alla nascita è aumentato;
- il modellamento dei comportamenti da parte dei mezzi di comunicazione di massa.

Ognuno di questi temi è trattato più estesamente nelle pagine successive.

#### **5.2.2.5. Minore tolleranza al rischio da parte dei ginecologi**

Fino agli anni '50 del secolo passato, l'attenzione del ginecologo era essenzialmente orientata alla madre ed il neonato veniva essenzialmente lasciato al suo destino se non dava segni di vita. Un passo sostanziale verso il cambiamento di questo stato di cose è stato un punteggio chiamato APGAR dalla dottoressa di New York che lo ha ideato. Tale punteggio si basa su semplici misure, ad esempio della frequenza cardiaca e respiratoria del neonato dopo uno e cinque minuti dalla nascita, e permette di stabilire con precisione le condizioni di salute del neonato e la necessità o meno di intervenire per rianimarlo.

La professione medica, e del ginecologo, sono evolute negli ultimi decenni non solo da una prospettiva clinica, ma anche dal punto di vista della capacità di misurare i risultati del proprio lavoro e dal confronto con gli esiti raggiunti da altri operatori sia tramite la letteratura scientifica sia il dibattito attraverso incontri diretti.

Basi scientifiche più solide, tecnologie più avanzate, adozione di *benchmark*, cioè metri di misura per confrontare i propri risultati con quelli delle migliori strutture, aspettative sociali sempre più alte hanno contribuito, insieme alla pressione medico-legale, a ridurre la tolleranza verso il rischio clinico e legale da parte dei ginecologi.

#### 5.2.2.6. Timore di denunce

L'ostetricia è la specialità clinica che più frequentemente si trova coinvolta in denunce per *malpractice*<sup>21</sup>. Negli USA, la percentuale dei compensi assicurativi pagati ammontava al 35% del totale erogato in sanità. Una recente inchiesta dell'associazione degli assicuratori americani dei medici Physician Insurers Association of American (PIAA) riporta che la causa più comune di compenso da parte delle assicurazioni è il neonato disabile neurologico per il quale, nel 2007, il premio assicurativo medio era pari a quasi 700.000 dollari. L'addebito più frequente è il ritardo nella diagnosi di *distress* fetale<sup>22</sup>, che è monitorato attraverso il cardiocitografo come vedremo immediatamente più avanti. L'89% dei ginecologi intervistati aveva almeno una denuncia con una media di 2,6 a testa. Non si sa quale percentuale delle denunce sporte in Veneto per supposti eventi avversi abbia riguardato questa specialità negli ultimi anni, né quale percentuale delle somme pagate come compenso riguardino l'ostetricia. Si suppone che la situazione nella nostra Regione non si discosti troppo da quella descritta più sopra.

Gli effetti delle frequenti denunce e dei costi elevati dei premi assicurativi negli USA sono estremamente allarmanti. L'età media alla quale i ginecologi smettono di praticare la professione è 48 anni, il 70% ha cambiato alcune pratiche cliniche, in particolare il 37% ha aumentato la frequenza del cesareo, il 33% ha diminuito l'assistenza a parti a rischio, ha smesso di offrire il parto vaginale dopo cesareo ed infine l'8% ha abbandonato la professione. La preoccupazione è talmente alta che una delle riviste mediche più prestigiose, il JAMA (Journal of American Medical Association) nel 2005 ha pubblicato un articolo dal titolo senza sottintesi "Chi farà partorire i nostri nipoti? Implicazioni delle denunce per paralisi cerebrale neonatale".

A questo proposito, è istruttiva la posizione espressa da uno dei ginecologi che lavorano alla clinica privata a Roma dove la percentuale di cesarei è intorno al 90%, il quale afferma: «*Non c'è ragione di essere criminalizzati. E' un atteggiamento comprensibile. Noi medici veniamo denunciati per eventi e complicanze non classificabili come sbagli, che non creano danni. Appliciamo la medicina difensiva. E finché non depenalizzeranno l'errore medico, così sarà. Non siamo martiri. E se una donna è minimamente a rischio la spingiamo verso la chirurgia, se non è lei stessa a chiederlo come il più delle volte accade, specie quando si tratta di donne informate. E' una sua libera scelta che rispettiamo. L'incisione è minima, 3 giorni di ricovero, dolore contenuto, anestesia leggera*»<sup>23</sup>. Questa casa di cura privata al quartiere Parioli è frequentata da clientela di classe sociale medio-alta ed è tipica delle strutture "dove il cesareo gode di grande popolarità".

---

<sup>21</sup> *Malpractice* è il termine inglese utilizzato per indicare negligenze da parte del personale sanitario che, non rispettando standard professionali accettati, provocano danni ad un paziente.

<sup>22</sup> Il *distress* fetale è un termine generico che indica sofferenza fetale prima o durante il parto.

<sup>23</sup> De Bac M., "La clinica dei record: 9 neonati su 10 nati con il parto Cesareo". Corriere della Sera. 14 gennaio, 2009.

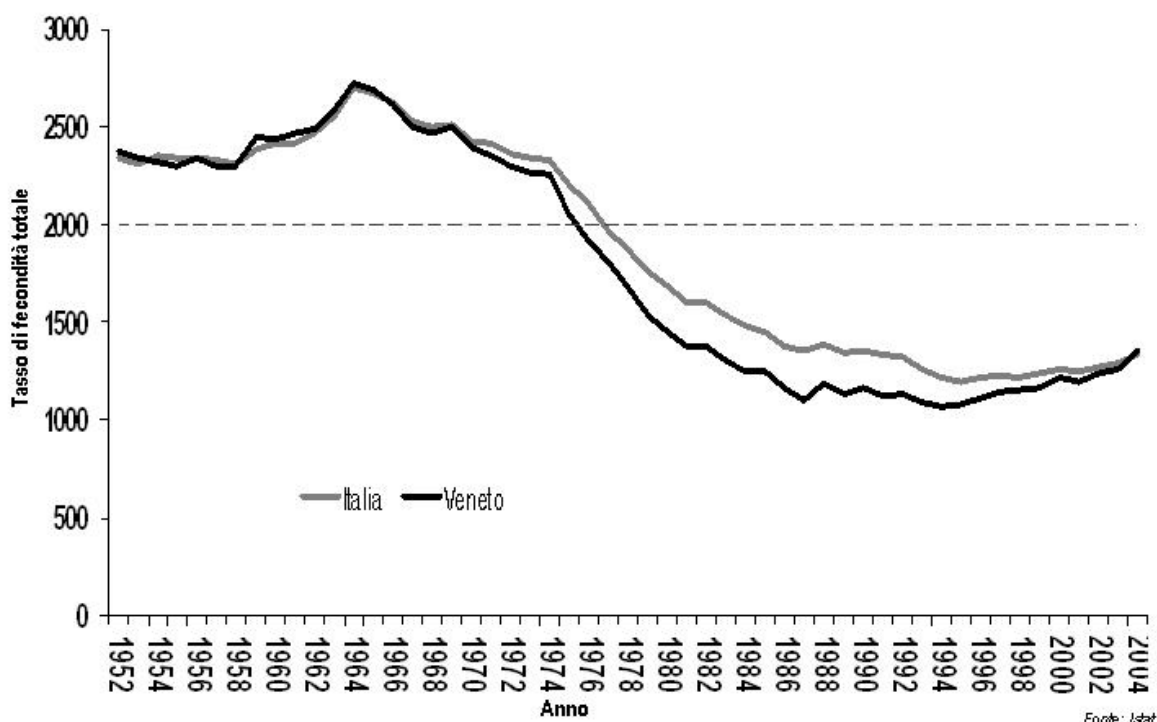
Nonostante la situazione nel Veneto non sia arrivata a questi estremi degli USA o della clinica romana, come spesso accade nel bene e nel male, gli Stati Uniti anticipano ciò che accadrà qui da noi e quindi questa questione va affrontata con razionalità e determinazione. Possibilmente come l'influenza dell'approccio medico-legale ha contribuito ad aumentare la frequenza di cesarei negli ultimi due decenni, nel futuro prossimo, come già succede negli USA, le cause medico-legali contro i ginecologi in conseguenza di complicanze da cesarei non necessari concorreranno a contenerne la diffusione. Come vedremo più avanti una risposta ineludibile al problema della medicina difensiva e degli errori in ostetricia è quella della promozione della sicurezza.

### 5.2.2.7. Perdita di sapere nell'assistenza al parto

Uno dei motivi che spiegano l'incremento dei cesarei è la diminuzione dell'uso di forcipe e ventosa nel corso degli ultimi trent'anni. Dietro a ciò è anche il fatto che più è rara una pratica, meno è possibile insegnarla alle nuove leve. Si è creato quindi un circolo vizioso per il quale l'aumento dei cesarei porta ad una riduzione dell'uso di strumenti con ristretta possibilità di insegnarne l'uso ed acquisirne pratica, il che risulta in un ulteriore aumento del cesareo.

Più in generale, l'elevata frequenza di cesareo comporta una progressiva contrazione del sapere, che l'ostetricia ha saputo costruire, accumulare e trasmettere tra generazioni nel corso dei secoli. In particolare le nuove leve di professionisti difficilmente hanno l'opportunità di comprendere in modi approfonditi, la fisiologia e la fisiopatologia del parto ed esattamente quando sia appropriato intervenire con determinate tecniche. Questo anche in conseguenza del fatto che una fertilità in diminuzione ha ridotto il numero di gravidanze mentre il numero di punti parto è stato ampliato rispetto all'epoca del baby boom tra gli anni '50 e '60. Il Graf. 12 mostra il picco della fertilità intorno a metà anni '60 seguito da una sua drastica riduzione.

**Graf. 12, Tasso di fecondità, Veneto e Italia, 1952 - 2004**



### 5.2.2.8. Anestesia epidurale

L'anestesia epidurale ha rappresentato un progresso sostanziale nelle tecniche di anestesia in quanto ne riduce la durata ed i dosaggi di farmaci, gli effetti collaterali, come la nausea ed il vomito ma anche eventi fatali, e accelera il pieno recupero funzionale. Il miglioramento della maneggevolezza e sicurezza dell'anestesia ha ridotto gli ostacoli all'esecuzione di un cesareo.

### 5.2.2.9. Monitoraggio elettronico del battito cardiaco fetale

Le contrazioni uterine causate dal travaglio di parto riducono il flusso di sangue e di ossigeno alla placenta ed al feto, il quale comunemente non patisce alcuna conseguenza. Contrazioni uterine troppo lunghe o troppo frequenti possono però compromettere l'ossigenazione del feto che necessita di intervalli di durata di 60-90 secondi tra una contrazione e l'altra. Tale iperstimolazione uterina può essere causata dall'uso di farmaci, come l'ossitocina, che aumentano forza, durata e frequenza delle contrazioni uterine.

La misurazione del pH<sup>24</sup> del sangue fetale su campioni prelevati dal cuoio capelluto del nascituro contribuisce a ridurre la frequenza di cesareo, ma richiede apparecchiature sofisticate ed un'incisione delle membrane amniotiche che avvolgono il nascituro. I valori del pH possono risultare rassicuranti o indicare la necessità di un ripetere l'esame dopo somministrazione di ossigeno e liquidi in vena oppure segnalare la necessità di un parto urgente.

### 5.2.2.10. Incentivi dei ginecologi in termini finanziari e di tempo libero

Un ulteriore aspetto rilevante è che i professionisti tendono a salvaguardare il fine settimana e la notte da impegni lavorativi. Ciò è umanamente comprensibile, ma gli incentivi finanziari o la convenienza relativamente al tempo libero dei professionisti non dovrebbero influenzare la decisione di eseguire un cesareo.

### 5.2.2.11. Organizzazione dei punti parto

La natura non ha preferenze riguardo i tempi del parto e le nascite naturali sono omogeneamente distribuite tra i giorni della settimana, feriali o festivi, inclusi Natale e Ferragosto, e tra il giorno e la notte. D'altra parte le organizzazioni sono disegnate tenendo conto anche del vitale ritmo sonno-veglia degli umani.

Gli interventi chirurgici condotti di notte hanno, in generale, esiti meno soddisfacenti e non solo perché molti sono di urgenza, e quindi su pazienti in condizioni serie, ma anche perché l'organizzazione è meno funzionale e la lucidità degli operatori, non solo i chirurghi ma anche gli anestesisti, i ferristi, i neonatologi, e le ostetriche, è ridotta.

Quindi è prudente condurre procedure elettive durante le ore diurne dei giorni feriali. D'altra parte è difficile giustificare, clinicamente ed eticamente, un cesareo senza indicazioni mediche allo scopo di evitare di assistere un travaglio che si può prolungare ben oltre le 12 ore.

---

<sup>24</sup> Il pH è una misura della concentrazione di ioni di idrogeno nel sangue. Il pH è estremamente importante perché determina tutte le reazioni biochimiche ed elettriche del nostro organismo. Il *range* compatibile con la vita è molto ristretto e l'organismo cerca di riportare immediatamente questo parametro verso i valori ideali di 7,39. Quando ciò non è possibile compaiono segni e sintomi di compromissione fisica e mentale fino al decesso.

Le strutture piccole non possono assistere parti vaginali in donne con precedente cesareo per il rischio di rottura uterina e, nella maggior parte delle circostanze, la mancanza di un team prontamente attivabile. Questo rappresenta perciò uno dei meccanismi attraverso i quali i punti parto con bassi volumi contribuiscono ad una elevata frequenza di cesarei. Talvolta i professionisti che operano in unità provviste di risorse limitate sono indotti ad eseguire procedure come il cesareo che non sceglierebbero se fossero in strutture più attrezzate.

A questo proposito, è utile rammentare che l'obbligo del consenso informato riguarda anche la dotazione delle attrezzature, potenzialmente carente o malfunzionante, come ha stabilito una sentenza della Cassazione civile<sup>25</sup> *"L'omessa informazione sul punto può configurare una negligenza grave, della quale il medico risponderà in concorso con l'ospedale sul piano della responsabilità civile, quindi del risarcimento del danno, ed eventualmente anche sul piano professionale, deontologico e disciplinare"*.

#### **5.2.2.12. Incentivi finanziari per le strutture**

Alcune politiche di finanziamento dei servizi si basano sul numero e complessità delle prestazioni, offrendo rimborsi superiori ai costi sostenuti per alcune procedure, incluso il cesareo. Questo approccio introduce un incentivo finanziario all'esecuzione di cesarei.

#### **5.2.2.13. Motivazioni biologiche**

Ragioni biologiche dell'incremento del cesareo comprendono l'aumento dell'obesità in gravidanza e l'adozione di *pattern* riproduttivi che posticipano e limitano il numero di gravidanze, spesso ad una sola, che necessariamente deve essere "perfetta". Un altro motivo biologico è l'aumento del peso medio fetale nel corso dell'ultimo secolo che incontra quindi maggiori difficoltà a viaggiare all'interno di pelvi relativamente strette <sup>26</sup>.

#### **5.2.2.14. Richiesta da parte della madre**

Negli ultimi vent'anni è aumentato sostanzialmente il cesareo senza indicazioni mediche, denominato anche cesareo a richiesta materna. Questi sono cesarei in donne con una gravidanza a termine, cioè che hanno completato almeno 37 settimane di gestazione, con un singolo feto che si presenta normalmente, cioè di vertice, in assenza di indicazioni mediche (patologia materna, sofferenza fetale o progresso problematico del parto) che giustificano la procedura.

Molte indagini dimostrano che relativamente poche donne desiderano il cesareo quando vengono interpellate precocemente durante la gravidanza. Numerose donne che preferirebbero il parto naturale sono sottoposte a cesareo in conseguenza di considerazioni medico-legali e di insufficiente sostegno. Il cesareo tende ad essere la scelta preferita di un limitato gruppo di donne depresse e preoccupate sia riguardo la nascita sia per questioni più generali e che hanno vissuto esperienze negative nel corso di precedenti gravidanze. Perciò è difficile distinguere tra cesarei richiesti dalle madri e consigliati dai ginecologi. I dati amministrativi, cioè le schede di dimissione ospedaliera,

---

<sup>25</sup> Cassazione civile sez. III, 16 maggio 2000, n. 6318 - Danno e responsabilità. 2001, 154.

<sup>26</sup> Un fenomeno simile è stato descritto in ambito veterinario dove il parto di mucche primipare è diventato più difficile negli ultimi decenni perché le dimensioni dei vitelli sono progressivamente aumentate. Diete più ricche, condizioni di salute migliori e servizi efficaci ed accessibili comportano crescite più forti dei prodotti del concepimento.

non permettono di identificare questo tipo di parti; quindi non si sa quanto sia frequente nel Veneto.

Le aspettative sociali delle donne gravide, delle loro famiglie e comunità, sono che una mamma partorisca senza problemi ed un neonato nasca in perfetta salute, mentre per le altre specialità i pazienti che si rivolgono ai servizi sanitari sono malati e ciò provoca ansia ed attese meno ottimiste riguardo l'evoluzione della malattia. Motivi che spingono le gravide a richiedere un cesareo includono la domanda di ridurre al massimo i rischi percepiti per il neonato oltre a precedenti esperienze di parti difficili.

Le donne hanno, in una certa misura, perso la fiducia nelle loro capacità di partorire per via naturale, sicurezza che presumibilmente in epoche precedenti veniva trasmessa tra generazioni che vivevano l'esperienza del parto frequentemente ravvicinata nel tempo. Nelle società moderne, la forte perdita di sopportazione della sofferenza fisica e della malattia insieme all'erronea convinzione che il dolore conseguente ad un cesareo sia inferiore a quello sperimentato in un parto vaginale contribuiscono alla domanda di parti chirurgici. Ciò nonostante, a distanza di 72 ore dal parto vaginale i dolori sono molto meno intensi rispetto a quelli sperimentati successivamente ad un cesareo.

Con il prolungarsi della vita e radicali cambiamenti sociali ed economici, la preservazione della qualità della vita, inclusa la funzione sessuale, ha assunto importanza maggiore. Perciò il prolasso degli organi pelvici e l'incontinenza, conseguenze più frequenti in seguito a parto vaginale piuttosto che cesareo, costituiscono sequele alle quali viene assegnato un peso importante.

#### **5.2.2.15. Influenza dei mezzi di comunicazione di massa**

Inchieste condotte tra ginecologi inglesi riguardo i motivi dell'aumento dei cesarei, rivelano che questi professionisti attribuiscono la responsabilità ai modi con i quali i mezzi di comunicazione di massa presentano la questione e la domanda da parte delle partorienti stesse. Tuttavia la maggior parte degli stessi ginecologi preferivano realizzare un cesareo anche in assenza di indicazioni mediche. Indagini condotte sul ruolo del giornalismo dimostrano le tendenze a modellare il parto cesareo come la pratica di donne moderne e di successo<sup>27</sup>.

Tali risultati mostrano che questo tema può essere compreso e affrontato solo se si considerano diverse prospettive, cioè quella dei clinici, delle donne e dei mezzi di comunicazione, e l'interazione tra varie influenze, comprese quelle medico-legali e degli incentivi finanziari sia per i professionisti sia per le strutture.

Il cesareo senza indicazioni mediche pone questioni non solo tecniche, cioè vantaggi e svantaggi per la salute della partoriente, del nascituro e dei successivi neonati, ma anche di ordine etico (è eticamente difendibile realizzare una procedura solo perché richiesta senza che sussistano necessità cliniche?), giuridico (è congruente con la legislazione in vigore?), finanziario ed economico (quanto costa?, quali sono i costi di opportunità, cioè quali altri servizi si potrebbero erogare se le risorse non fossero consumate in procedure non necessarie?), e politico (chi paga i costi diretti ed indiretti?). Le pagine seguenti trattano questi aspetti.

Dal **punto di vista clinico** il cesareo rappresenta una procedura di chirurgia maggiore e quindi comporta rischi anche di morte per madre e neonato superiori a quelli del parto vaginale. Come già affermato più sopra, i confronti devono essere fatti tra madri e neonati con parto vaginale rispetto al cesareo senza indicazioni mediche alla procedura

---

<sup>27</sup> Un articolo su questo argomento pubblicato recentemente sul Corriere della Sera è: Serra E., *Da Angelina a Rachida: Evitare il travaglio è una scelta di libertà*, 14 gennaio 2009 - Corriere della Sera.

in quanto le stesse patologie che hanno indotto a fare un cesareo rappresentano un pericolo per la salute della mamma e del feto. Purtroppo non esistono studi clinici scientificamente solidi<sup>28</sup> disegnati per dirimere questo dilemma, perciò l'evidenza non può considerarsi definitiva.

Vantaggi e svantaggi del parto vaginale del cesareo riguardano sia la mamma sia il feto, a breve come a lungo termine. Per quanto concerne la madre, i rischi a breve termine sono quelli propri di una procedura chirurgica maggiore, cioè quelli già elencati nella sezione dove sono stati discusse le complicanze del cesareo: polmonite, trombosi venosa profonda, emorragia e lacerazioni alla vescica ed altri organi addominali.

Il cesareo impone rischi soprattutto nel corso delle gravidanze successive aumentando la probabilità di rottura dell'utero, anomalie placentari (placenta previa ed accreta<sup>29</sup>) che possono rendere necessaria l'isterectomia<sup>30</sup>, dolori pelvici, gravidanze ectopiche, infertilità ed aderenze addominali con possibili ostruzioni intestinali. Il primo cesareo ripetuto in generale non presenta problemi di tipo chirurgico, ma progressivamente e soprattutto dopo il quarto cesareo le complicanze sono frequenti, in particolare emorragie, incisione difficoltosa e lesioni di vescica o intestino. Oggi ci sono poche famiglie che desiderano gravidanze numerose e quindi questo problema coinvolge una minoranza di cittadini, tuttavia le donne dovrebbero essere informate del fatto che, una volta sottoposte al cesareo, i successivi parti saranno probabilmente completati tramite altri cesarei e ciò comporta un aumento del rischio di complicanze anche serie fino all'impossibilità ad avere altre gravidanze nel caso di isterectomia.

Per quanto riguarda il feto, come si è accennato, il percorso pur breve dall'utero alla luce è difficile ma comporta anche vantaggi in quanto la compressione sul torace contribuisce all'espulsione del liquido amniotico dai polmoni ed il travaglio di parto contribuisce inoltre alla maturazione polmonare del feto, inducendo la produzione di *surfactant*, cioè di una sostanza necessaria a mantenere distesi gli alveoli polmonari e permettere lo scambio di ossigeno ed anidride carbonica. In definitiva, il parto naturale contribuisce a ridurre il rischio della complicanza più frequente e temibile in un neonato, cioè la sindrome da stress respiratorio. Il cesareo, al contrario, può causare l'aspirazione di liquido amniotico e sangue durante la procedura e non stimola la maturazione polmonare<sup>31</sup>. La lacerazione accidentale del feto insorge nello 0,4% dei cesarei. Il rischio di morte per un feto nato da cesareo è superiore rispetto a quello sofferto in seguito ad un parto naturale. Precisamente, il rischio di morte fetale che consegue al cesareo è pari ad un decesso ogni 1.000 nati. In altre parole, in una popolazione di cinque milioni di abitanti con mezzo milione di parti all'anno ipotizzando il 15% di cesarei senza indicazione clinica, ci sarebbero 75 morti neonatali in più rispetto ad una realtà dove il cesareo viene eseguito solo per ragioni mediche<sup>32</sup>. Infine il parto vaginale contribuisce allo stabilirsi di un immediato legame tra madre e neonato e favorisce l'allattamento al seno, che è invece ostacolato dal monitoraggio post-operatorio, dagli effetti dell'anestesia e dalle limitazioni al movimento delle mamme sottoposte a cesareo.

---

<sup>28</sup> Cioè trial clinici randomizzati.

<sup>29</sup> Uno studio evidenzia che il rischio di placenta accreta aumenta progressivamente all'aumentare dei parti cesarei: 0,24, 0,31, 0,57, 2,13, 2,33 e 6,74% in donne sottoposte al primo, secondo, terzo, quarto, quinto e sesto cesareo, rispettivamente. Silver, RM et al, Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. Obstet Gynecol 2006; 107:1226.

<sup>30</sup> Lo stesso studio rivela che l'isterectomia è stata condotta nello 0,65, 0,42, 0,90, 2,41, 3,49 e 8,99% in donne trattate con il primo fino al sesto cesareo, rispettivamente.

<sup>31</sup> I neonati sottoposti a cesareo dopo l'inizio del travaglio di parto soffrono meno frequentemente di stress respiratorio rispetto ai nati da cesareo eseguito in assenza di travaglio.

<sup>32</sup> 500.000 parti x 15% di cesarei senza indicazioni cliniche = 75.000 nati da questo tipo di cesareo, di cui 1 su 1.000 muore = 75 decessi neonatali.

Alcune organizzazioni professionali hanno suggerito che dati i rischi del cesareo comparati con quelli attribuibili al parto vaginale non complicato, le donne dovrebbero essere dissuase o addirittura inibite dal scegliere.

Da una **prospettiva etica**, esiste una differenza sostanziale tra il diritto a non essere sottoposti ad alcun trattamento medico contro la propria volontà ed il diritto ad ottenere una procedura come il cesareo. Il primo rappresenta un diritto negativo e trova origine negli atti di inaudita crudeltà e sadismo compiuti dai medici nazisti e giapponesi nel corso della sperimentazione sui prigionieri nei campi di concentramento e nelle conseguenti enunciazioni che hanno posto le basi legali per la componente del processo di Norimberga che si è occupata dei crimini perpetrati da personale medico. Le uniche eccezioni accettabili al diritto negativo sono circostanze di emergenza dove la sopravvivenza di un paziente può essere a rischio in mancanza di un intervento immediato o nel caso di un incapace privo di tutori che possano prendersi la responsabilità di decidere.

Il secondo tipo di diritto è positivo ed in questo caso la prospettiva di cui è necessario tener conto è quella dell'appropriatezza e dell'autonomia individuale. L'appropriatezza consiste nell'indicazione all'intervento. L'autonomia si riferisce al diritto all'auto-determinazione di ogni cittadino, anche quando chiede aiuto a professionisti della sanità, e deriva dal rispetto per ogni individuo e la sua capacità di prendere decisioni riguardo alla propria salute e al proprio futuro. La premessa del rispetto per l'autonomia è l'informazione che deve porre il paziente di fronte ad un'alternativa di sottoporsi o meno all'intervento e poter chiedere il trasferimento in un'altra struttura. Il codice deontologico (Art. 33, 2006) afferma che *"Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione su diagnosi, prognosi, alternative diagnostico-terapeutiche e conseguenze prevedibili, tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima partecipazione alle scelte decisionali e l'adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche"*.

Il cesareo rappresenta un approccio terapeutico che ha salvato la vita di innumerevoli madri e neonati preservandoli anche da disabilità gravi. Tuttavia, come qualsiasi altra procedura chirurgica, non è privo di rischi sia nelle fasi di esecuzione e immediatamente successive sia in occasione di successive gravidanze. Il cesareo non è, e non deve essere, considerato un genere di consumo come un ritocco estetico agli occhi<sup>33</sup>.

I clinici non possono quindi accettare passivamente la richiesta di un paziente per una procedura che non abbia indicazioni mediche in quanto al centro della relazione medico-paziente c'è il rapporto fiduciario tra un individuo, il quale, al fine di risolvere problemi di salute chiede aiuto affidandosi ad un esperto, il professionista. Quest'ultimo, al quale la società attribuisce il ruolo di salvaguardare e migliorare la salute, deve agire solo se i benefici di un intervento diagnostico e terapeutico superano i rischi. La relazione tra medico e paziente non è paragonabile a quella tra acquirente e commerciante in un libero mercato, perché è fortemente squilibrata in termini di conoscenze e una responsabilità centrale del medico è di informare il paziente dei vantaggi e svantaggi di diverse opzioni. Il Comitato Etico della Federazione Internazionale di Ostetrici e Ginecologi (FIGO) ha preso formalmente posizione dichiarando che considerare le richieste delle donne non motivate da criteri clinici e le preoccupazioni medico legali dei ginecologi quali indicazioni valide al taglio cesareo è indifendibile non solo scientificamente, ma anche eticamente.

Un altro aspetto fondamentale è se il cesareo in seguito a richiesta materna sia veramente tale oppure sia un termine impreciso che comprende le situazioni nelle quali il

---

<sup>33</sup> La chirurgia estetica è l'esempio più evidente di servizi sanitari erogati in seguito a domanda priva di indicazioni mediche.

cesareo è stato suggerito dal clinico in assenza di indicazioni mediche. A questo proposito, il punto essenziale consiste nel grado di conoscenza degli utenti e nel diritto all'informazione che è anche riconosciuto esplicitamente nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani. Una premessa fondamentale all'autonomia del paziente è l'essere informati e poter comunicare con esperti per poter arrivare ad una convinzione pensata che preceda abbondantemente il momento del parto conducendo ad un consenso informato sostanziale e non di facciata.

Dal **punto di vista economico**, i costi diretti, cioè a carico dei servizi sanitari, ed indiretti, cioè a carico dei pazienti, familiari e delle comunità, attribuibili alle complicanze a breve come a lungo termine del cesareo (anomalie placentari, trasfusioni, isterectomia, terapia intensiva, prolungamento della degenza, assistenza neonatale intensiva) sono sostanziali. Il cesareo aumenta il consumo di risorse sanitarie, dalla durata della degenza, all'uso di trasfusioni, al ricovero in rianimazione. Il Graf. 13 rivela come per un parto non-patologico, cioè in assenza di diagnosi di malattie o insufficienza d'organo, la durata della degenza nelle donne sottoposte a cesareo è due giorni più lunga rispetto alle donne con parto vaginale (6,68 giorni invece di 4,69). Inoltre, in caso di parto in presenza di patologia, il cesareo aumenta la durata della degenza da 6,71 a 9,13 giorni ed in caso di ricovero in rianimazione da 9,96 a 12,45 giorni. In essenza, come direbbe un economista, si potrebbe fare meglio, cioè utilizzare risorse, sempre limitate, per altri obiettivi invece che erogare servizi non necessari, come il cesareo a richiesta materna, tanto più che parte sostanziale dei costi viene sostenuta dalla comunità invece che dalle singole pazienti.

**Graf. 13, Durata della degenza media per tipo di parto e decorso, Veneto, 2000-2009**

	Tipo di parto	
	Vaginale	Cesareo
<b>Normale</b>	4,69 N = 317.209	6,68 N = 117.530
<b>Patologico</b>	6,71 N = 8.225	9,13 N = 10.580
<b>ICU</b>	9,96 N = 300	12,45 N = 1.372

*Fonte: Schede Dimissione Ospedaliera – Flusso Regionale*

Dall'**ottica giuridica**, è utile ricordare che l'articolo 32 della Costituzione della Repubblica Italiana, approvata subito dopo la fine della seconda guerra mondiale, stabilisce che

*"Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario, se non per disposizione di legge", la quale "non può, in ogni caso, violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana". I clinici devono perciò ricercare un processo equilibrato di decisione condivisa con il paziente, guidandolo per mezzo delle proprie conoscenze ed al tempo stesso riconoscendo e rispettando l'autonomia del paziente ed il diritto legale a rifiutare persino assistenza medica prudente. Una sentenza della Corte di Cassazione<sup>34</sup> afferma che il paziente ha il diritto, attraverso l'informazione, di poter decidere "con l'ausilio tecnico-scientifico del sanitario, verso l'una o l'altra delle scelte possibili, attraverso una cosciente valutazione dei rischi relativi e dei corrispondenti vantaggi".*

Dalla **prospettiva politica ed ideologica**, il dibattito è tra coloro che sostengono l'assoluta autonomia decisionale individuale, cioè la libertà di scelta senza interferenze più o meno paternalistiche da parte dei clinici, anche di fronte ad una procedura chirurgica non necessaria e coloro che invece sottolineano l'ingiustizia di imporre costi a chi paga per sostenere l'erogazione di servizi inappropriati. Chi difende l'autonomia materna parla di "libera scelta", ma ciò ricorda le fragili argomentazioni dei produttori di sigarette che sostengono che i fumatori abbiano consapevolmente e indipendentemente preferito fumare e non siano stati invece indotti da pressioni sociali e di marketing.

#### **5.2.2.16. Variabilità nell'uso del cesareo**

La comprensione di un fenomeno è facilitata da misure di sintesi come i valori medi, ad esempio la media di parti cesarei. Tuttavia esiste spesso una forte eterogeneità o variabilità attorno ai valori medi. Perciò se è utile calcolare la media dei cesarei in Europa, è ancora più illuminante quantificare tali percentuali all'interno di ogni nazione e via via più nel dettaglio la media Regionale fino ad arrivare ad ogni singolo punto parto, cioè ogni unità che assiste partorienti. Di fatto talvolta diversi ginecologi che operano all'interno della stessa unità utilizzano criteri molto diversi per decidere quando eseguire una procedura incluso il cesareo e quindi sarebbe utile possedere dati anche su questo aspetto.

Come si è detto anche all'interno delle Regioni Italiane esistono differenze sostanziali. Inoltre, la percentuale più elevata di cesareo si riscontra nelle cliniche private convenzionate (61%) ed ancora di più in quelle non convenzionate (76%). Un fattore che in parte spiega le discrepanze è perciò la presenza di un forte settore privato nella sanità dal Lazio alla Sicilia. Tuttavia le cliniche private convenzionate che assistono parti nel Veneto presentano percentuali di cesareo simili a quelle delle strutture pubbliche della nostra Regione<sup>35</sup>. Perciò la proprietà delle unità operative non spiega da sola la variabilità. Sarebbe utile conoscere se le strutture private del Veneto confrontano incentivi finanziari al cesareo meno attrattivi delle cliniche del sud e/o se l'organizzazione delle strutture o l'identità professionale sono diverse.

Nella stessa Campania, probabilmente la Regione del mondo industrializzato con la più alta percentuale di cesarei, pari al 61,4% nel 2007, l'Unità di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale "San Leonardo" di Castellammare di Stabia in Provincia di Napoli ha ridotto la percentuale di cesarei dal 53 al 17% nel periodo dal 2003 al 2009. Ciò è stato possibile tramite una strategia complessiva che ha compreso la *leadership* del primario, la definizione, adozione e costante aggiustamento di linee-guida cliniche, il coinvolgimento di tutti i professionisti ed il sostegno del *management* dell'ospedale e dell'ULSS. Da questa esperienza possiamo concludere che il contenimento e la riduzione del parto cesareo

<sup>34</sup> Corte di Cassazione, 3° sezione civile, n° 364 del 1997.

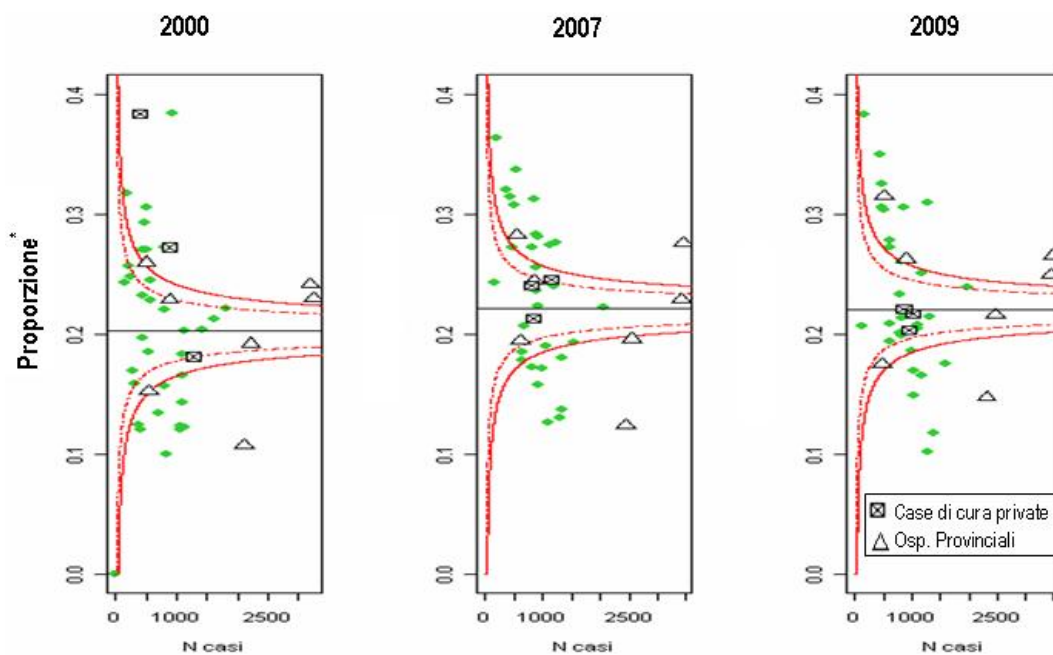
<sup>35</sup> E' plausibile che anche nel Veneto le donne assistite in case di cura private presentino condizioni di salute e socio-economiche migliori rispetto alle donne che accedono agli ospedali pubblici. E' altrettanto plausibile che le partorienti assistite in strutture private abbiano età più avanzate.

sono obiettivi possibili anche in Italia, comprese le aree dove il cesareo è estremamente frequente.

Ogni fenomeno presenta variabilità. Anche i processi che riguardano la medicina presentano variabilità, ad esempio la temperatura corporea e la durata di un intervento chirurgico. Parte di tale variabilità è immotivata e questa va riconosciuta e corretta. Un principio essenziale riguardo alla qualità è che un processo con alta variabilità è problematico, in quanto qualcuno potrebbe fare meglio. Allo stesso tempo, un processo con bassa variabilità, cioè stabile, è segno di qualità. La variabilità dei processi è analizzata tramite tecniche statistiche.

I grafici che seguono analizzano le frequenze d'uso di comuni procedure di assistenza al parto, come il cesareo, il forcipe e la ventosa in ogni punto parto del Veneto adottando alcune tecniche di analisi statistica dei processi. Tali tecniche permettono di identificare frequenze non compatibili con la media regionale, distinguendo chiaramente tra variabilità accettabile, cioè naturale, e variabilità inaccettabile, cioè speciale. Il vantaggio che queste tecniche offrono rispetto alle classifiche che ordinano semplicisticamente le strutture in base alla frequenza, da quella più elevata a quella più contenuta, deriva dalla capacità di orientare l'attenzione dove è più probabile sussistano problematiche reali.

**Graf. 14, Parto cesareo: diagrammi ad imbuto della proporzione di utilizzo, Veneto, 2000, 2007 e 2009**



\*Aggiustata per età

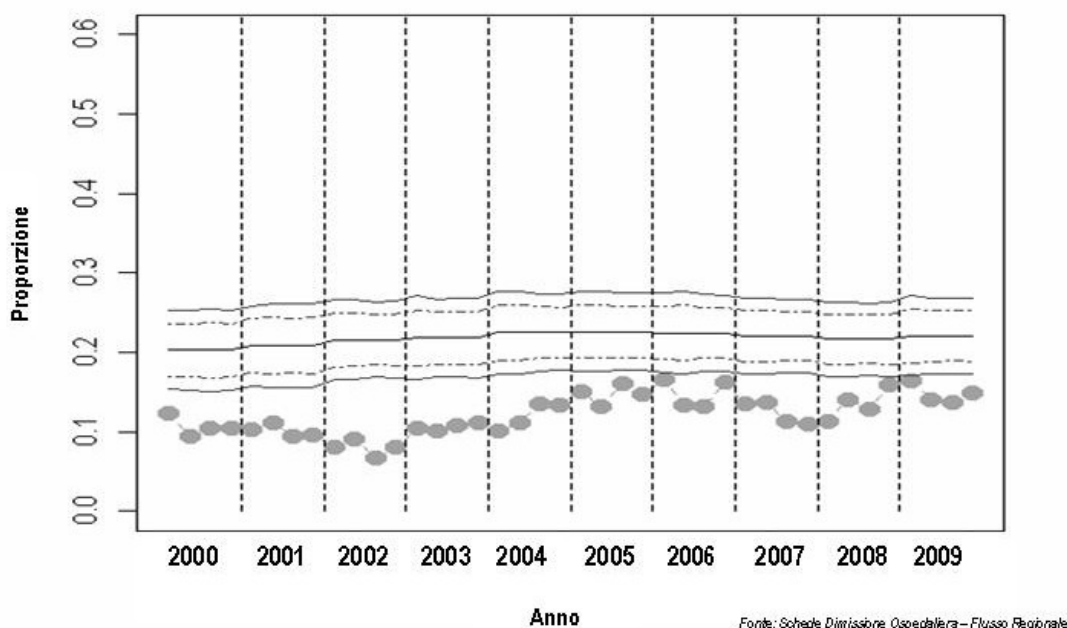
Fonte: Schede Dimissione Ospedaliera - Flusso Regionale

I grafici che risultano dall'analisi statistica dei processi sono il diagramma ad imbuto e la carta di controllo. Il primo permette di analizzare una situazione in un certo momento, ad esempio la proporzione di cesareo nel 2009 in tutti i punti parto del Veneto. Questo grafico mostra la media del processo Regionale, la linea orizzontale, ed i confini dello stesso processo corrispondenti a tre deviazioni standard, rappresentate dalle linee che delimitano l'imbuto. La variabilità è elevata se diversi punti parto, ad esempio per l'indicatore proporzione di cesarei, si collocano al di fuori dei confini esterni del processo, nelle zone superiore ed inferiore del grafico.

La carta di controllo è utilizzata quando l'analisi riguarda un periodo di tempo, invece di un momento. Ad esempio quella relativa alla percentuale di cesarei nel punto parto di Treviso (Graf. 15) permette di distinguere tra la variabilità dovuta al caso, cioè a fattori intrinseci ad un processo, e quella dovuta a cause esterne nel corso di un determinato periodo. Quando tutte le osservazioni relative al fenomeno studiato si trovano all'interno dei confini durante tutto l'arco di tempo considerato significa che le percentuali di cesareo in quell'unità sono compatibili con il processo Regionale. Quando invece molte osservazioni si collocano al di sopra della media od ogni volta che un solo valore si trova al di fuori dei confini significa che il processo esaminato è diverso da quello Regionale. L'utilizzo di tecniche di controllo statistico dei processi come queste permette di identificare i punti parto che apparentemente si scostano dal processo Regionale. Tali strutture potranno essere successivamente oggetto di approfondimenti al fine di confermare o smentire la reale diversità. Le carte di controllo ed i grafici ad imbuto permettono di distinguere facilmente tra "segnale" e "rumore", inducono all'azione e non suscitano reazioni di difesa a differenza delle classifiche che collocano le unità operative in ordine, spesso arbitrario, "dalla migliore alla peggiore".

Il diagramma ad imbuto relativo al Veneto rivela una forte variabilità nella proporzione dei cesarei totali. Il Graf. 14 distingue gli ospedali collocati nei capoluoghi di Provincia, quelli pubblici e quelli privati. Tra gli ospedali in sede Provinciale solo due si collocano all'interno dei confini corrispondenti a tre deviazioni standard dalla media Regionale mentre cinque si trovano fuori controllo statistico, dei quali quattro verso l'alto ed uno verso il basso. Tutti i tre ospedali privati che eseguono cesarei si collocano vicini alla media del Veneto e quindi all'interno dei confini del processo. Questa variabilità può essere parzialmente spiegata dal fatto che questo indicatore è aggiustato solo per l'età delle partorienti<sup>36</sup> ed altri fattori clinici, oltre che organizzativi, possono determinare la frequenza di questa procedura. Il grafico mostra anche come la situazione sia evoluta dal 2000 al 2007 fino al 2009.

**Graf. 15, Parto Cesareo: Carta di controllo trimestrale dell'ospedale di Treviso, Veneto, 2000-2009**

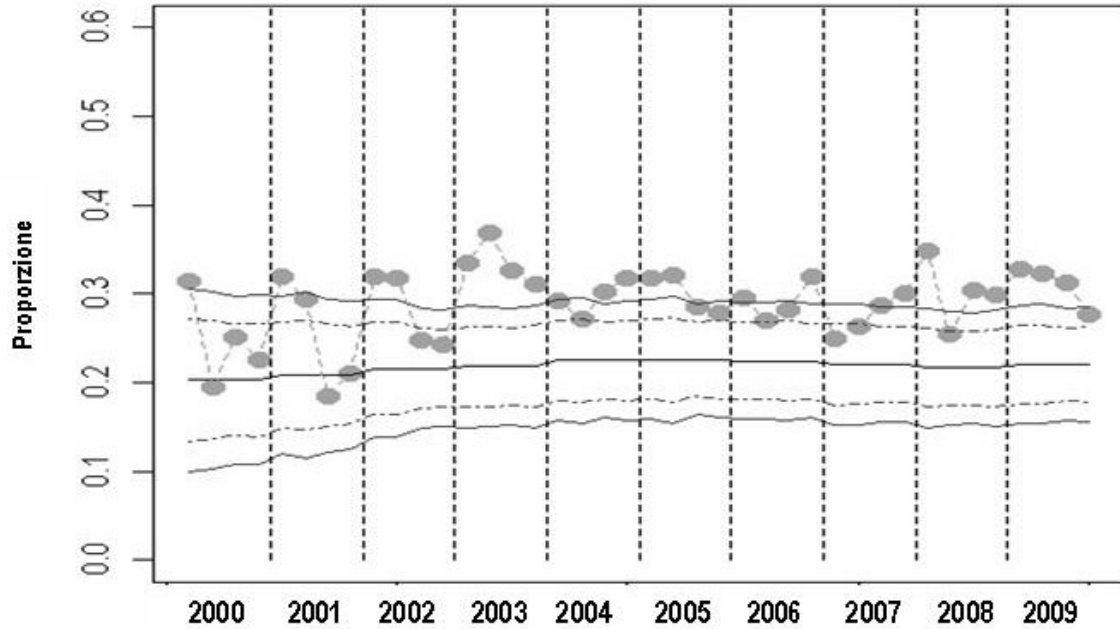


La carta di controllo (Graf. 15) dell'ospedale di Treviso mostra che l'utilizzo ridotto del cesareo nel 2009 trova corrispondenza durante tutto il periodo considerato. D'altra parte,

<sup>36</sup> Ciò significa che, per quanto concerne l'età, tutte le strutture sono rese comparabili.

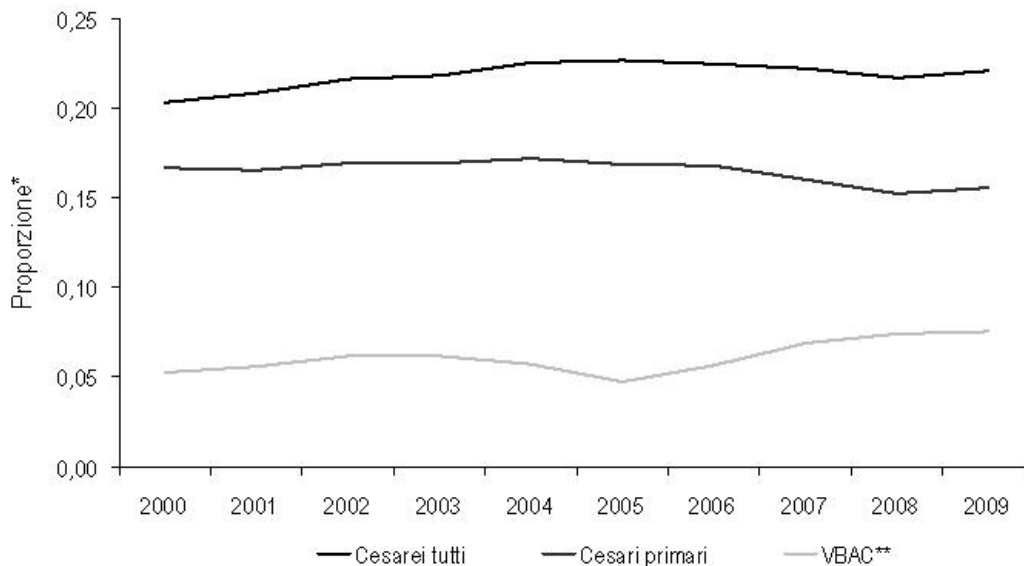
la carta di controllo (Graf. 16) dell'ospedale di Mirano rivela una frequenza stabilmente superiore a quella media Regionale durante tutto il decennio.

**Graf. 16, Parto Cesareo: Carta di controllo trimestrale dell'ospedale di Mirano, Veneto, 2000-2009**



Fonte: Schede Dimissione Ospedaliera - Flusso Regionale

**Graf. 17, Parto Cesareo e vaginale dopo Cesareo: serie storica annuale, Veneto, 2000 - 2009**



\*Aggiustata per età

\*\* VBAC = Vaginal Birth After Cesarean, uncomplicated

Fonte: Schede Dimissione Ospedaliera - Flusso Regionale

Il Graf. 17 indica che la proporzione di cesarei è lievemente aumentata, insieme ai parti vaginali dopo cesareo.

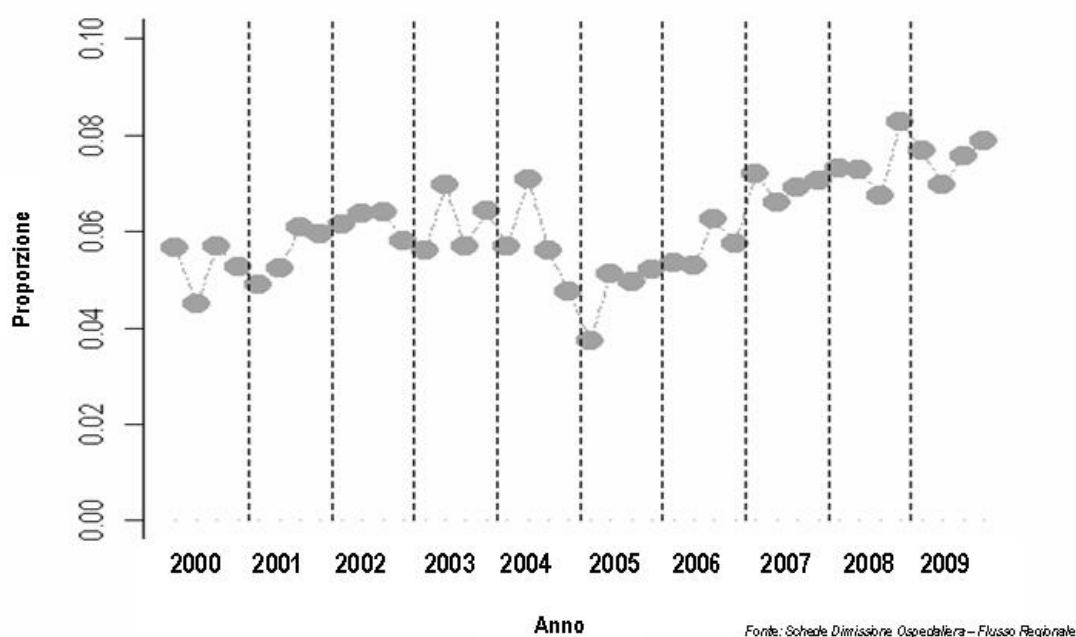
### 5.2.3. Parto vaginale dopo cesareo

Il travaglio di prova nelle donne con un precedente cesareo può evitare molti cesarei e diverse Società scientifiche dei ginecologi ed ostetrici<sup>37</sup> hanno raccomandato questa tecnica<sup>38</sup>. Mentre oltre il 90% delle donne con pregresso parto vaginale partorisce naturalmente, tra il 50 e l'85% delle donne con pregresso cesareo e selezionate come appropriate per un parto naturale partoriscono per via vaginale quando sottoposte a travaglio di prova.

Il parto di prova è associato a una minore morbosità rispetto al cesareo ripetuto, ma il rischio più grave è la rottura uterina (0,2-1,5%)<sup>39</sup>, soprattutto nei parti indotti con prostaglandine. Questa rappresenta una complicanza molto seria, cioè una minaccia per la vita della madre in conseguenza di una possibile emorragia e del feto per insufficiente ossigenazione. Perciò il parto vaginale in donna con precedente cesareo può essere condotto solo in strutture che dispongono di un team di sala operatoria pronto ad intervenire.

Nel Veneto, il parto vaginale dopo cesareo è praticato nel 7,2% % dei casi nel 2009 (Graf. 18). Positivo è il fatto che la percentuale d'uso aumenta progressivamente da 5,1% nel 2000 a 7,2% nel 2009 nei dieci anni analizzati.

**Graf. 18, Parto vaginale dopo cesareo: Serie storica trimestrale della proporzione sul totale parti, Veneto, 2000-2009**



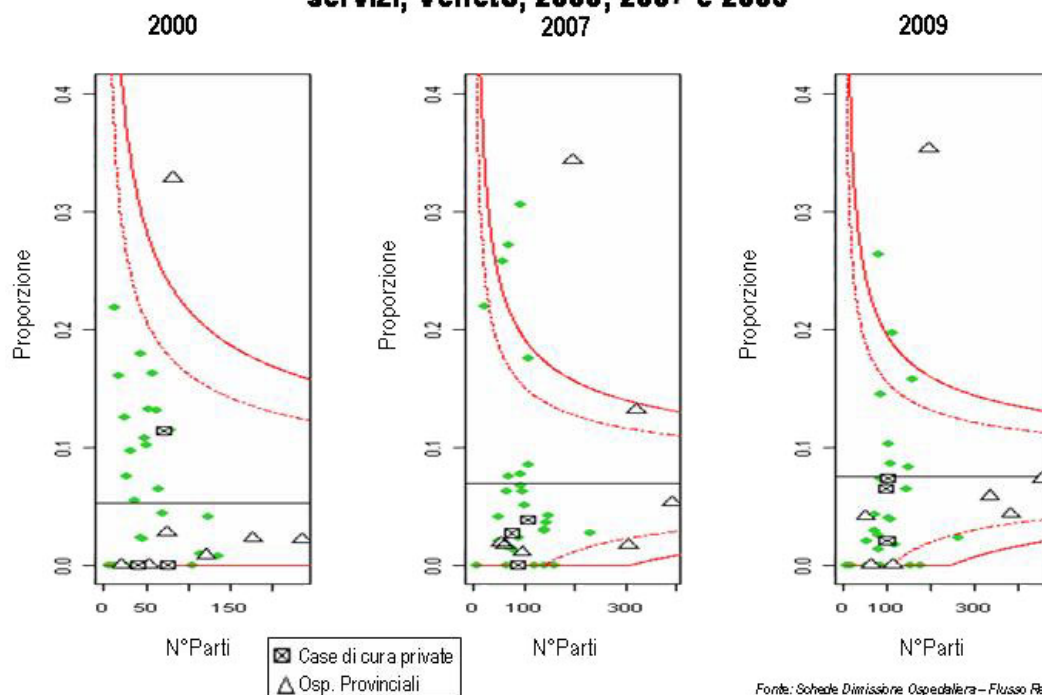
La dispersione della proporzione di parto vaginale dopo cesareo è piuttosto contenuta, con tre strutture che si collocano oltre il confine superiore del diagramma ad imbuto presentando valori tra il 20 ed il 37% (Graf. 19). Il grafico mostra anche l'evoluzione di questa pratica dal 2000 fino al 2009.

<sup>37</sup>Ad esempio, la SOGC, The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada nel 2005 e l'ACOG, The American College of Obstetricians and Gynecologists nel 2004.

<sup>38</sup> Grado A di raccomandazione, cioè il più alto.

<sup>39</sup> Il rischio di rottura d'utero in donne con una singola incisione traversa del segmento uterino inferiore è analogo a quella delle donne con utero mai sottoposto a cesareo.

**Graf. 19, Parto vaginale dopo cesareo: Diagramma ad imbuto della proporzione sul totale parti, per collocazione territoriale e tipologia dei servizi, Veneto, 2000, 2007 e 2009**

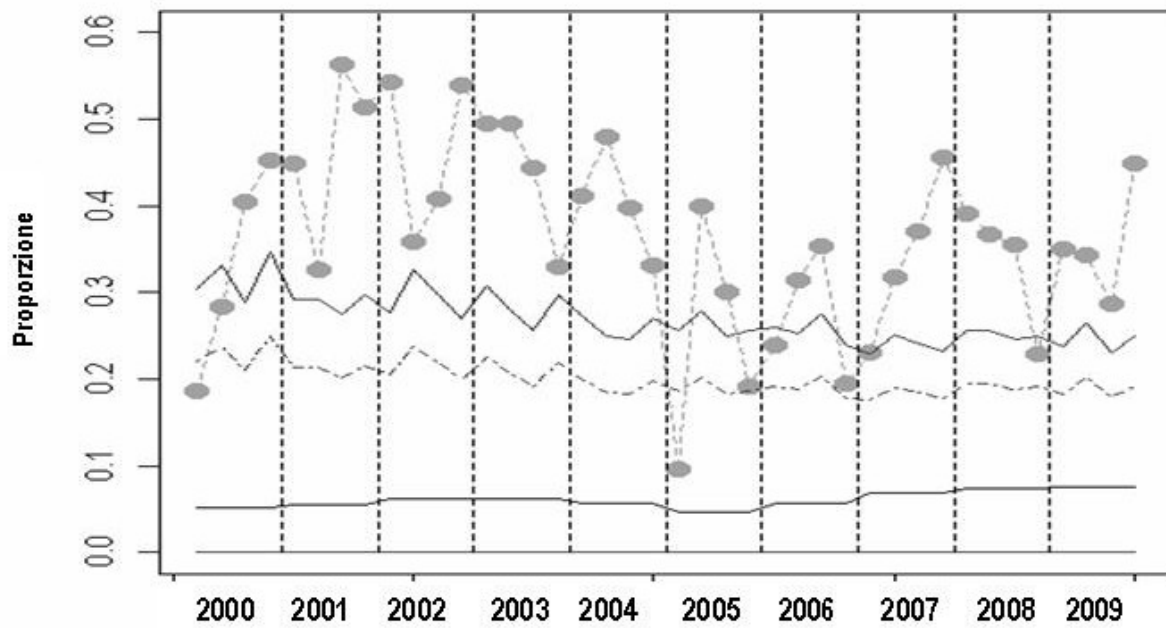


Fonte: Schede Dimissione Ospedaliera - Flusso Regionale

Il punto parto dell'Ospedale di Montebelluna presenta la più alta percentuale di parto vaginale dopo cesareo (56%) del Veneto. Questa unità ha condotto uno studio-intervento sul travaglio di prova nel 2007-08 tra pazienti con pregresso cesareo singolo, travaglio insorto spontaneamente o dopo amniorexi<sup>40</sup> e feto in presentazione cefalica. Due terzi delle pazienti sono state sottoposte a travaglio di prova e il 62% hanno partorito con successo per via vaginale. Un caso di rottura franca d'utero è stato riconosciuto e prontamente trattato senza serie conseguenze materno-neonatali. Questa iniziativa ha prodotto una riduzione importante dei cesarei dal 19.6% nel triennio precedente, al 17.5% nel 2007 e all'11.4% nel periodo gennaio-maggio 2008, con un risparmio stimato pari a 193.000 Euro nel 2008, il che rappresenta oltre il 6% del valore dell'attività dei ricoveri ordinari nel reparto di Ostetricia e Ginecologia. Gli autori di questo studio concludono che *"l'introduzione del travaglio di parto di prova in pazienti precesarizzate selezionate ha portato ad una riduzione significativa del numero di parti cesarei e dei costi sanitari complessivi, senza la comparsa di importanti complicanze materno-neonatali"*. La proporzione di parto vaginale dopo cesareo nell'ospedale di Treviso (Graf. 20) si colloca costantemente al di sopra della media del processo Regionale durante il periodo considerato; al contrario nell'ospedale di Belluno (Graf. 21) si trova quasi sempre sul valore zero.

<sup>40</sup> Rottura provocata, nel corso del travaglio, delle membrane che compongono il sacco amniotico.

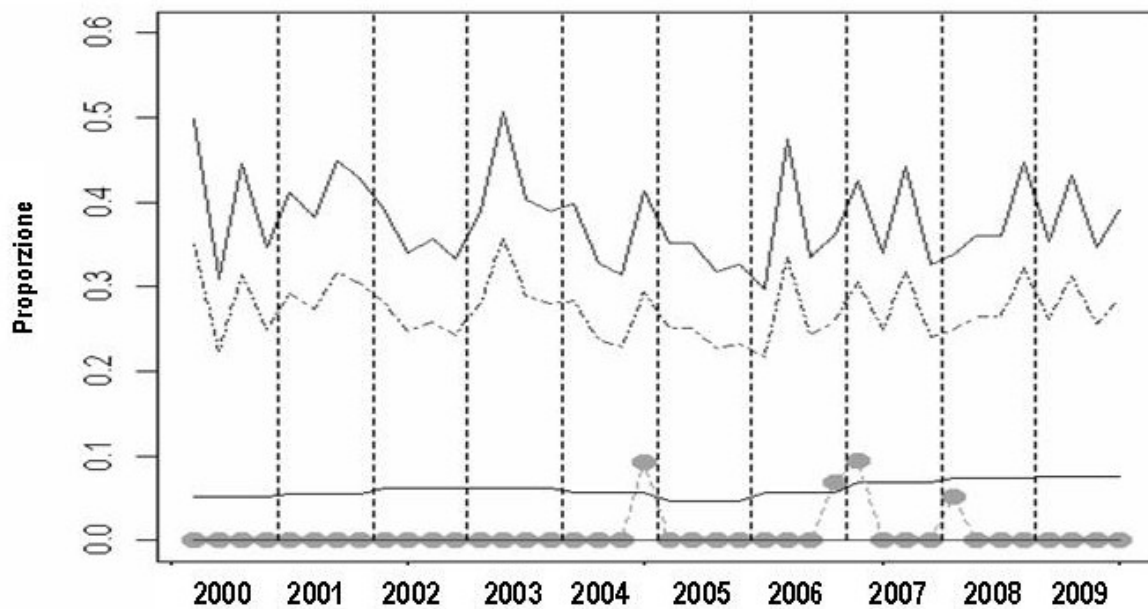
**Graf. 20, Parto vaginale dopo cesareo: Carta di controllo trimestrale dell'ospedale di Treviso, Veneto, 2000-2009**



Anno

Fonte: Schede Dimissione Ospedaliera - Flusso Regionale

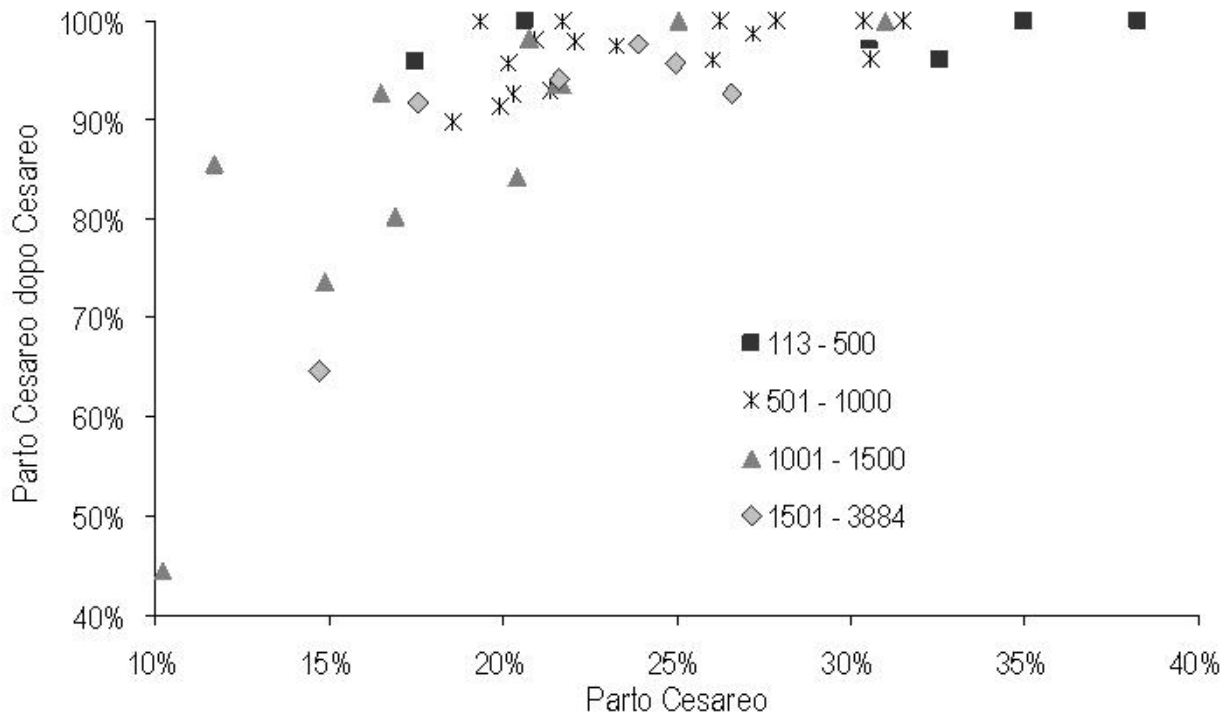
**Graf. 21, Parto vaginale dopo cesareo: Carta di controllo trimestrale dell'ospedale di Belluno, Veneto, 2000-2009**



Anno

Fonte: Schede Dimissione Ospedaliera - Flusso Regionale

**Graf. 22, Parto Cesareo dopo Cesareo e parto Cesareo: grafico a dispersione delle percentuali negli ospedali per volume, Veneto, 2009**



Fonte: Schede Dimissione Ospedaliera – Flusso Regionale

Il Graf. 22 a dispersione correla la proporzione di cesarei sul totale dei parti con il cesareo in partoriente già sottoposta a questa procedura<sup>41</sup>. Come ci si aspetta la probabilità di essere sottoposte a questa procedura varia in modo direttamente proporzionale. Questo grafico classifica i punti parto secondo il volume utilizzando diversi simboli ed è facile osservare come le unità con meno di 500 parti assistiti all'anno tendano a realizzare molti cesarei dopo cesareo. Gli specialisti potranno dibattere quale sia la proporzione appropriata di parti vaginali dopo cesareo nel contesto del Veneto e per diversi mix di partorienti.

#### 5.2.4. Parto vaginale strumentale

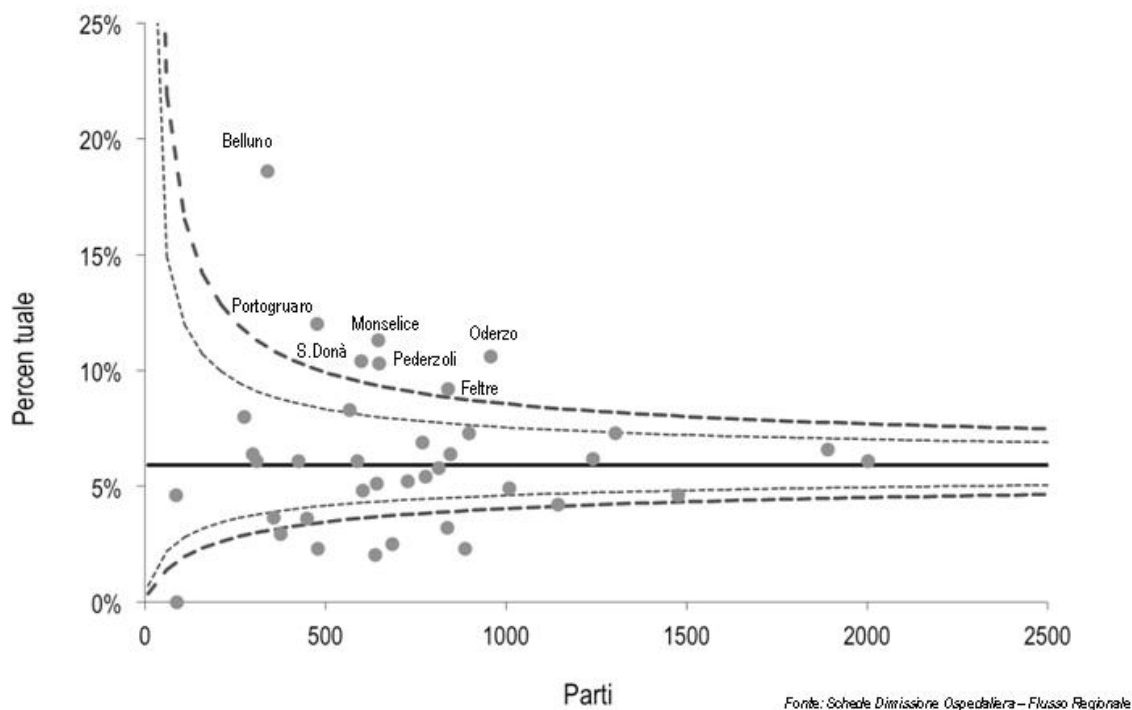
La maggior parte delle distocie, cioè delle difficoltà nel progresso del parto, è dovuta ad una combinazione di contrazioni uterine deboli o scoordinate con lievi malpresentazioni fetali piuttosto che a vere sproporzioni feto-pelviche e quindi può essere risolta dall'uso di strumenti, in particolare il forcipe e la ventosa. Quest'ultimi sono strumenti preziosi per accelerare il parto in presenza di condizioni fetali non rassicuranti o di patologie materne che costituiscono controindicazioni a sforzi espulsivi volontari e talvolta di spossatezza materna dopo un travaglio prolungato. In mani esperte la frequenza di lesioni serie è molto bassa e non superiore a quella derivante da approcci alternativi. Tuttavia questi possono causare complicazioni anche gravi sia alla madre, ad esempio lesioni del perineo, sia al feto, ad esempio paresi facciali. Uno studio<sup>42</sup>, che ha analizzato i risultati di

<sup>41</sup> Il parto cesareo dopo cesareo è algebricamente uguale a 1-VBAC. Questo permette di rappresentare una correlazione positiva tra le variabili.

<sup>42</sup> Demissie K et al, Operative vaginal delivery and neonatal and infant adverse outcomes: population based retrospective analysis, BMJ 2004, 329:24.

undici milioni di parti, ha stabilito che i parti assistiti con la ventosa sono altrettanto sicuri di quelli assistiti con il forcipe in termini di complicanze fatali nel feto.

**Graf. 23, Parti vaginali con utilizzo di strumenti (forcipe o ventosa):  
diagramma ad imbuto della percentuale, Veneto, 2009**

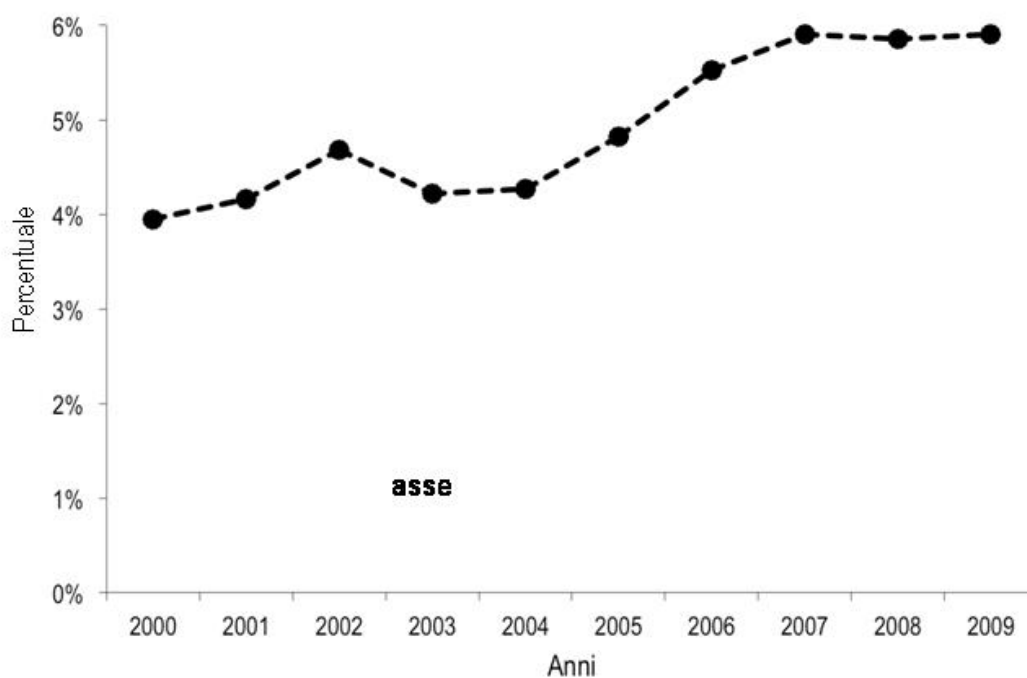


Il presupposto ad un uso appropriato e sicuro del forcipe come della ventosa è la professionalità di chi applica queste tecnologie. Ciò significa avere esatta cognizione della posizione e della condizione fetale, del rapporto tra feto e pelvi, del probabile grado di cooperazione da parte della madre, dell'anestesia disponibile e delle proprie abilità. Inoltre, attitudine essenziale è sapere quando fermarsi senza insistere inutilmente, ad esempio non oltre le 4 o 5 trazioni con la ventosa e non oltre due distacchi della coppa e comunque per non più di mezz'ora.

Il Graf. 23 evidenzia la proporzione, non aggiustata per l'età, di parti vaginali strumentali, cioè con uso di forcipe o ventosa<sup>43</sup>, negli ospedali del Veneto nel 2009. La media Regionale è intorno al 6% e la variabilità è relativamente ridotta. L'Ospedale di Belluno col 18%, insieme ad altri sei punto parto, si trova al di fuori del confine superiore del grafico ed utilizza queste tecniche circa tre volte più frequentemente della media Regionale, mentre Pieve di Cadore non le utilizza mai. Il mancato aggiustamento per l'età della partoriente ed altre caratteristiche della stessa e del nascituro possono, almeno in parte, spiegare la variabilità. La tendenza nell'uso di questi strumenti è, nell'ultimo decennio, aumentata dal 4 al 6% (Graf. 24), aspetto che si considera positivo.

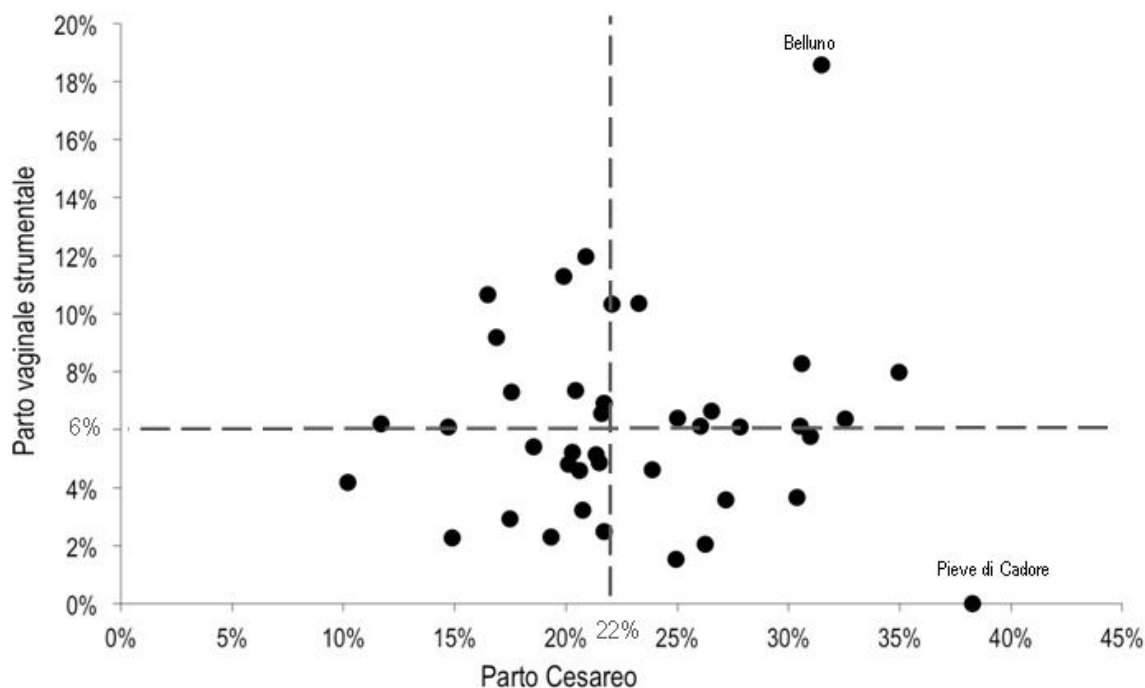
<sup>43</sup> Le schede di dimissione ospedaliera non permettono di distinguere tra l'uso di forcipe o di ventosa.

**Graf. 24, Parti vaginali con utilizzo di strumenti (forcipe o ventosa): serie storica, Veneto, 2000 - 2009**



Fonte: Schede Dimissione Ospedaliera - Flusso Regionale

**Graf. 25, Parto vaginale strumentale e parti cesarei: grafico a dispersione delle percentuali negli ospedali, Veneto, 2009**



Fonte: Schede Dimissione Ospedaliera - Flusso Regionale

Nel Veneto, le procedure di assistenza ostetrica col parto strumentale sommate al cesareo ammontano, in media, a quasi il 35% dei parti (6% + 28,7 %). Il Graf. 25 a dispersione mette in correlazione la frequenza di parti vaginali strumentali, cioè la stessa variabile presentata nel diagramma precedente, con la percentuale di parti cesarei<sup>44</sup>. L'associazione tra queste dimensioni è molto debole, cioè nel complesso del SSSR non sembra esserci evidenza che le strutture che intervengono più spesso col parto strumentale tendono ad utilizzare meno il cesareo o viceversa. Belluno richiama l'attenzione perché interviene con cesareo o forcipe o ventosa nella metà dei parti, precisamente 32% di cesarei e 18% di strumentali. Il consenso tra professionisti è che ancora oggi questi strumenti costituiscono una risorsa importante in circostanze caratterizzate dalla necessità di accelerare il parto rapidamente ed in sicurezza evitando i rischi ed i costi finanziari del cesareo.

Al termine di questa breve discussione sull'uso delle principali procedure di assistenza al parto nel Veneto, vengono proposti alcuni quesiti ai quali non si è in grado di rispondere ma che meriterebbero un parere informato:

- o considerato che esiste una, seppur parziale, sovrapposizione nelle indicazioni al cesareo ed all'uso di strumenti, perché non esiste una relazione inversa tra l'uso di forcipe/ventosa e cesareo ?
- o la percentuale di cesarei è troppo alta, ad esempio, a Pieve di Cadore o troppo bassa a Montebelluna ?
- o la percentuale di utilizzo di forcipe/ventosa è troppo elevata a Belluno oppure è troppo bassa negli altri punti parto ?
- o la percentuale di parto vaginale dopo cesareo è troppo alta a Montebelluna (56%) o troppo bassa a Rovigo (0) ?
- o è professionalmente difendibile non praticare mai il parto vaginale dopo cesareo o non applicare mai forcipe/ventosa ?
- o le pratiche più comuni sono monitorate in termini di appropriatezza, frequenza relativa ed eventi avversi a livello delle unità operative ?
- o esistono linee-guida Regionali e/o locali riguardo l'indicazione e l'uso di forcipe/ventosa ? sono aggiornate, tenute in considerazione come standard ed utilizzate ?
- o qual è la competenza delle nuove generazioni di ginecologi nell'uso di questi strumenti ?

Risposte a queste domande possono emergere solamente da specialisti ginecologi che confrontino le pratiche e l'evidenza scientifica che le sostiene. Studiare le pratiche significa analizzare nel dettaglio le cartelle cliniche completate nel passato o, meglio, le attività durante un periodo di tempo, al fine di stabilire quali indicazioni cliniche hanno indotto ad adottare una tecnica piuttosto di un'altra. Tale investigazione potrebbe essere condotta in un campione di punti parto e/o all'interno di singole unità operative. Il sistema e le sue componenti che erogano servizi dovrebbe di tanto in tanto fermarsi e pensare sistematicamente alle risorse, ai processi ed ai risultati basandosi su dati oggettivi. Un'occasione per far ciò è la formulazione del Piano Socio Sanitario Regionale e dei Piani settoriali, incluso quello dedicato all'assistenza materna.

---

<sup>44</sup> Solo la proporzione dei cesarei è aggiustata per l'età della partorientente.

### 5.3. Risultati

Le questioni che sono affrontate nell'ambito di questo capitolo comprendono la mortalità materna, della quale vengono dapprima esposte la definizione e la classificazione ufficiale e quindi viene discussa la dimensione del fenomeno, in particolare l'evoluzione nell'ultimo secolo, la situazione attuale nelle nazioni avanzate, nel Veneto ed in Italia. Oltre ai decessi è trattata la questione della morbosità grave, in particolare i ricoveri per parto con diagnosi patologiche ed in rianimazione e le malattie psichiatriche durante la gravidanza ed il *post-partum*. Infine sono identificate alcune importanti cause delle malattie che determinano morte e morbosità materna, cioè l'età delle partorienti, le patologie croniche e le condizioni socio-economiche.

#### 5.3.1. Mortalità materna

##### 5.3.1.1. Definizione e classificazione delle morti materne

La definizione di qualsiasi fenomeno costituisce la premessa alla sua misurazione in maniera affidabile, permettendo il confronto tra diverse popolazioni e tra diversi periodi all'interno della stessa area. La morte materna è pertanto il decesso di una donna durante la gravidanza, il travaglio di parto od il periodo successivo ed imputabile alla maternità stessa. La Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10)<sup>45</sup> definisce la morte materna come il decesso di una donna entro un anno dal termine della gravidanza, indipendentemente dalla durata e dal sito di gravidanza, per qualsiasi causa legata o aggravata dalla gravidanza o dalla sua gestione, escludendo le cause accidentali come i traumi stradali. La classificazione di morte materna distingue il periodo e la causa dei decessi materni.

Il primo criterio divide la mortalità materna in:

- o **precoce**, dal concepimento fino a 42 giorni dopo il termine della gravidanza,
- o **tardiva**, dopo il 42<sup>mo</sup> giorno successivo alla conclusione della gravidanza ed entro un anno dal suo termine.

Il secondo criterio caratterizza inoltre la morte materna come:

- o **diretta**: causata da complicazioni ostetriche della gravidanza, parto e puerperio, da interventi, omissioni o terapie erranee, ad esempio un'emorragia *post-partum* non riconosciuta prontamente;
- o **indiretta**, cioè conseguenza di malattie preesistenti o insorte durante la gravidanza, non dovute a cause ostetriche dirette ma aggravate dagli effetti fisiologici della gravidanza, ad esempio il diabete, l'AIDS ed il suicidio dovuto a depressione *post-partum*.

Alcune morti materne coincidono temporalmente, cioè accadono nel corso della gravidanza o nell'anno successivo al suo completamento, ma non sono una conseguenza della maternità, ad esempio gli incidenti domestici ed i traumi stradali.

##### 5.3.1.2. Dimensioni del fenomeno

Una prospettiva storica di lungo termine ed un confronto tra la realtà del Veneto ed il contesto nazionale ed internazionale permettono di comprendere il cammino che è stato percorso ed anche i motivi che lo hanno determinato; l'analisi del passato contribuisce anche ad illuminare la strada che è auspicabile e possibile percorrere al fine di

---

<sup>45</sup> Decima Revisione (ICD-10) messa a punto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, cioè l'Agenzia delle Nazioni Unite per la sanità.

raggiungere risultati sempre migliori. Le pagine che seguono presentano dapprima l'evoluzione della mortalità materna durante il '900, mettendo a confronto il nostro Paese e, quando fattibile, il Veneto con altre nazioni, e quindi sintetizzano i progressi tecnologici e sociali che hanno reso possibili progressi senza precedenti. Fino a tempi recenti, i dati sulla mortalità materna riguardavano solo i decessi precoci e diretti, cioè quelli che insorgono dal concepimento al 42<sup>mo</sup> giorno dopo il parto o l'aborto e derivano da complicanze ostetriche. La discussione sul progresso nel corso del novecento considera unicamente questa componente della mortalità materna.

### 5.3.1.2.1. Evoluzione nell'ultimo secolo

Nel corso dei millenni la morte di una donna per cause legate alla gravidanza, al parto ed al puerperio ha rappresentato una circostanza ineluttabile e tragicamente frequente, pari a oltre l'1 per cento dei parti. La dimensione drammatica del problema si riflette nei riti, comuni a varie tradizioni culturali e religiose millenarie, del ringraziamento a Dio da parte delle donne che hanno dato alla luce. Nei paesi attualmente avanzati<sup>46</sup>, questo dramma è perdurato fino a tempi molto recenti, distanti da noi poco più di tre generazioni, cioè verso la fine degli anni '30 del secolo scorso. Ancora oggi in nazioni poco sviluppate, soprattutto quelle coinvolte in guerre, la mortalità materna è estremamente frequente, simile a quella di un secolo fa in Italia e nel Veneto<sup>47</sup>.

Fin dalla seconda metà dell'800, i progressi socio-economici, in particolare i miglioramenti nella disponibilità alimentare, la salubrità delle abitazioni, la fornitura d'acqua e l'eliminazione dei rifiuti, insieme all'educazione ed a redditi più stabili e con maggiore potere d'acquisto, spiegano la riduzione della mortalità infantile, della tubercolosi e delle malattie infettive in generale. Tale sviluppo non è però riuscito a ridurre le dimensioni funeste della mortalità materna. Solamente i progressi scientifici e tecnologici della medicina e la loro progressiva diffusione, attraverso servizi ostetrici a domicilio ed ospedalieri, hanno repentinamente e drasticamente diminuito, dalla fine degli anni '30, i decessi di gravide, partorienti e puerpere.

Il Graf. 26 mostra come la frequenza delle morti materne all'interno dei Paesi considerati sia rimasta costante tra l'inizio del '900 fino verso la fine degli anni '30 <sup>48</sup> per poi precipitare nei due decenni successivi. Le difformità nella frequenza dei decessi materni tra nazioni industrializzate scompaiono entro l'inizio degli anni '50 convergendo verso dimensioni molto simili tra loro.

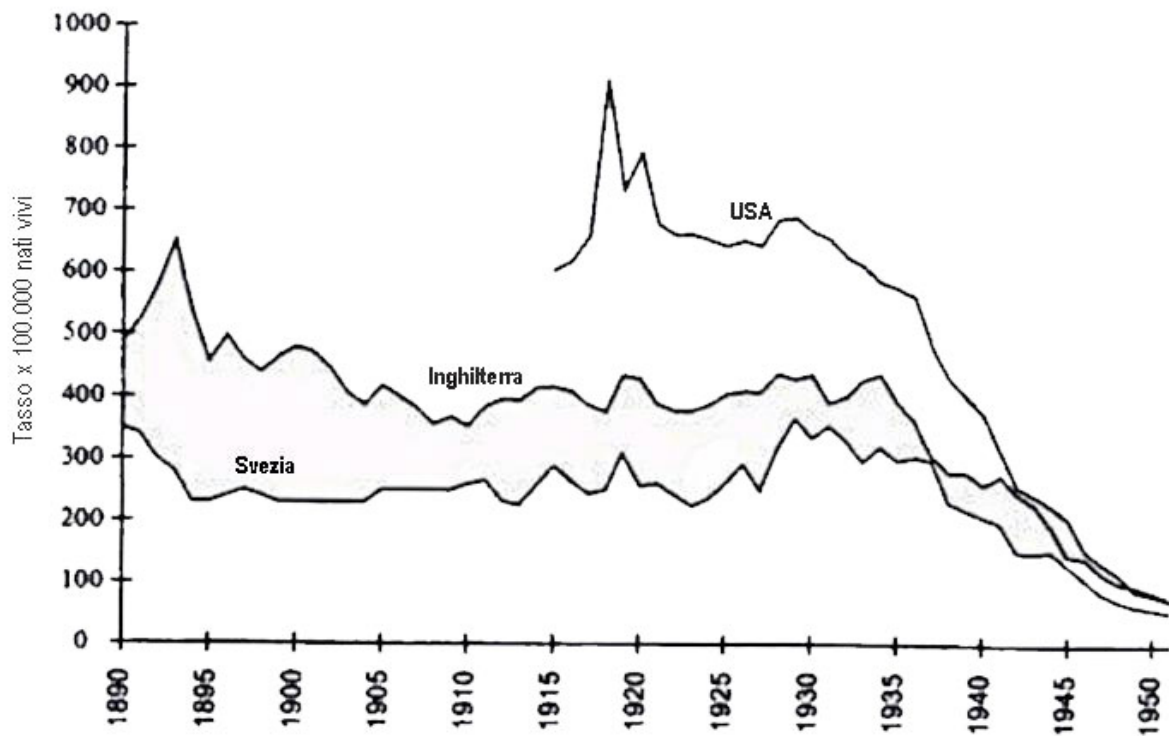
---

<sup>46</sup> In questo testo i Paesi avanzati o industrializzati sono identificati nelle 33 nazioni caratterizzate da regimi democratici, economie di mercato ed elevato reddito pro capite appartenenti all'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE).

<sup>47</sup> Tuttora 14 nazioni hanno mortalità materne pari o superiori all'uno per cento. Tutte queste si trovano nell'Africa sub-Sahariana ad eccezione dell'Afghanistan.

<sup>48</sup> Il picco di morti materne negli USA alla fine degli anni '10 corrisponde all'epidemia di influenza spagnola. Questa malattia colpì con particolare virulenza le donne gravide uccidendo tra un quinto e la metà delle malate. L'influenza spagnola ha afflitto duramente anche il Veneto e l'Italia nell'inverno 1918 -19. Il primo allarme nel nostro Paese venne lanciato a Sossano, in provincia di Vicenza, nel settembre del 1918 da un capitano medico che sospettava un'epidemia di tifo petecchiale.

**Graf. 26, Mortalità materna, Inghilterra, Svezia e USA, 1890 - 1950**



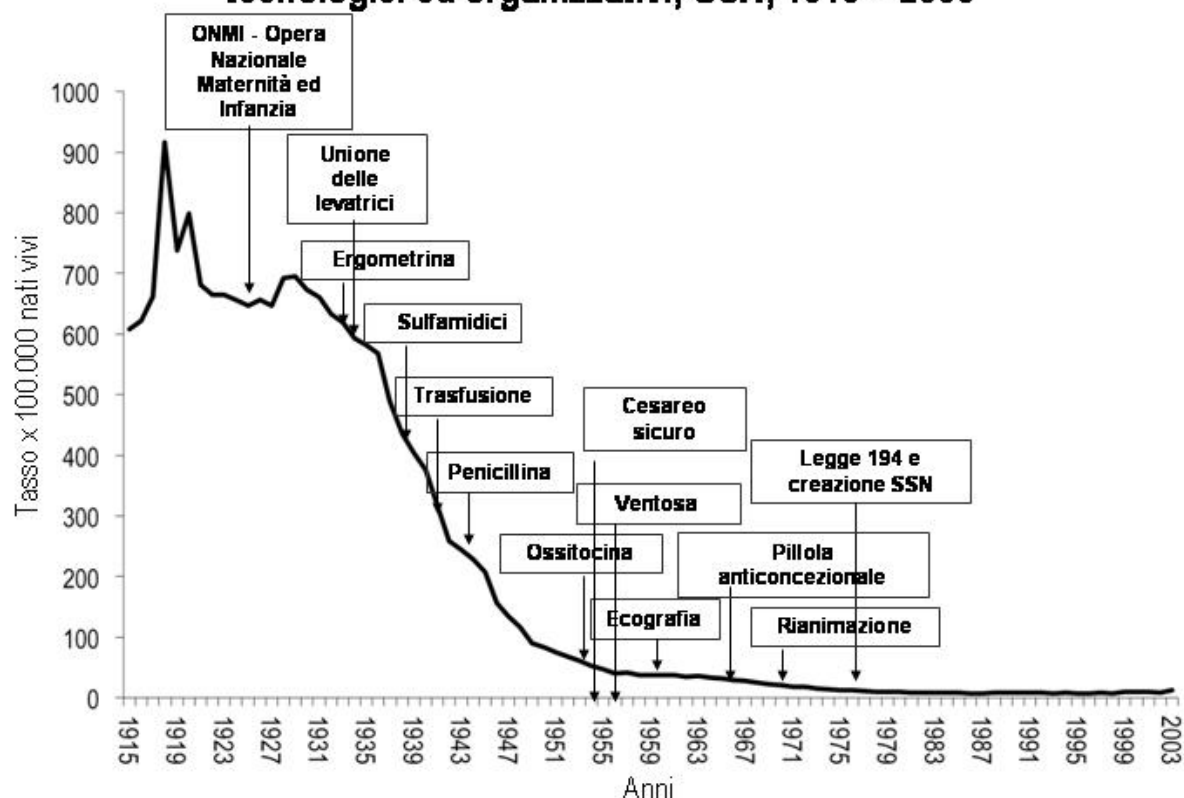
Fonte: General Register Office, OPCS and ONS mortality statistics Birth counts. Graph by Alison Macfarlane

Il Graf. 27 mostra l'evoluzione della mortalità materna negli USA durante gli ultimi cento anni ed evidenzia quando sono stati adottati alcuni progressi tecnologici e organizzativi messi a punto in Italia od in altre nazioni e che hanno contribuito sostanzialmente agli ottimi risultati raggiunti.

L'Italia durante il periodo compreso tra gli anni venti e la seconda guerra mondiale ha raggiunto buoni risultati nell'assistenza al parto, prima di tutto attraverso la professionalizzazione delle ostetriche con la costituzione dell'Unione delle levatrici che prevedeva un albo e concorsi pubblici. Ancora a metà degli anni '30 le ostetriche assistevano quasi la totalità dei parti a domicilio, che rappresentavano oltre il 90% del totale. Contemporaneamente l'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia (ONMI) istituiva asili nido e camere per l'allattamento nelle fabbriche. Tuttavia, l'isolamento dell'Italia determinato dal regime fascista e dalla guerra insieme alle conseguenti difficoltà economiche hanno ritardato l'adozione della trasfusione e degli antibiotici da parte dei servizi sanitari del nostro Paese fino agli anni '50<sup>49</sup>.

<sup>49</sup> La mortalità materna di metà anni '50 in Italia corrispondeva a quella raggiunta dagli USA dieci anni prima.

**Graf. 27, Tasso di mortalità materna (x 100.000 nati vivi), progressi tecnologici ed organizzativi, USA, 1915 – 2003**



Fonte: CDC, Maternal Mortality and Related Concepts

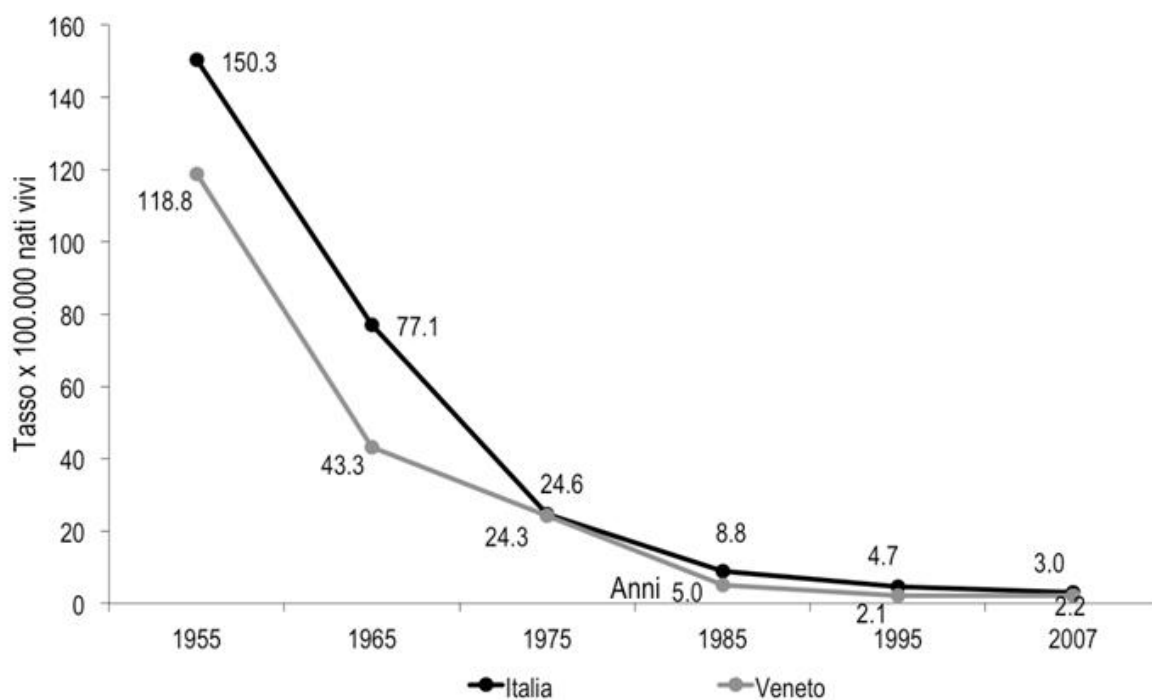
Dagli anni '50 del secolo scorso ad oggi, il progresso nella riduzione della mortalità materna è stato straordinario sia per l'Italia nel suo complesso e particolarmente per il Veneto. Il Graf. 28 mostra l'evoluzione della mortalità materna da metà anni '50 fino ad oggi mettendo a confronto la nostra Regione con l'intero Paese. Nel Veneto, il fenomeno è stato ridotto del 98%, da 118,8 a 2,2/100.000 nati vivi. Nell'intero Paese il progresso è stato quasi altrettanto rapido <sup>50</sup>.

Il Graf. 29 evidenzia il numero di decessi materni nel Veneto durante il 2007 confrontati con le morti che ci sarebbero oggi se il rischio di morte fosse pari a quello sperimentato dalle nostre madri a metà anni '50 e dalle nostre bisnonne all'inizio del '900. In dettaglio nel 2007, invece delle quattro morti materne verificatesi, ci sarebbero stati 191 decessi se il rischio di morte materna fosse ancora uguale a quello del 1955 e ce ne sarebbero state 1.445, cioè 361 volte più numerose, se il rischio fosse oggi quello del 1900 <sup>51</sup>.

<sup>50</sup> La mortalità materna in Italia è ancora superiore rispetto al Veneto (1,36 volte). Nel 1955 era 1,27 volte più elevata.

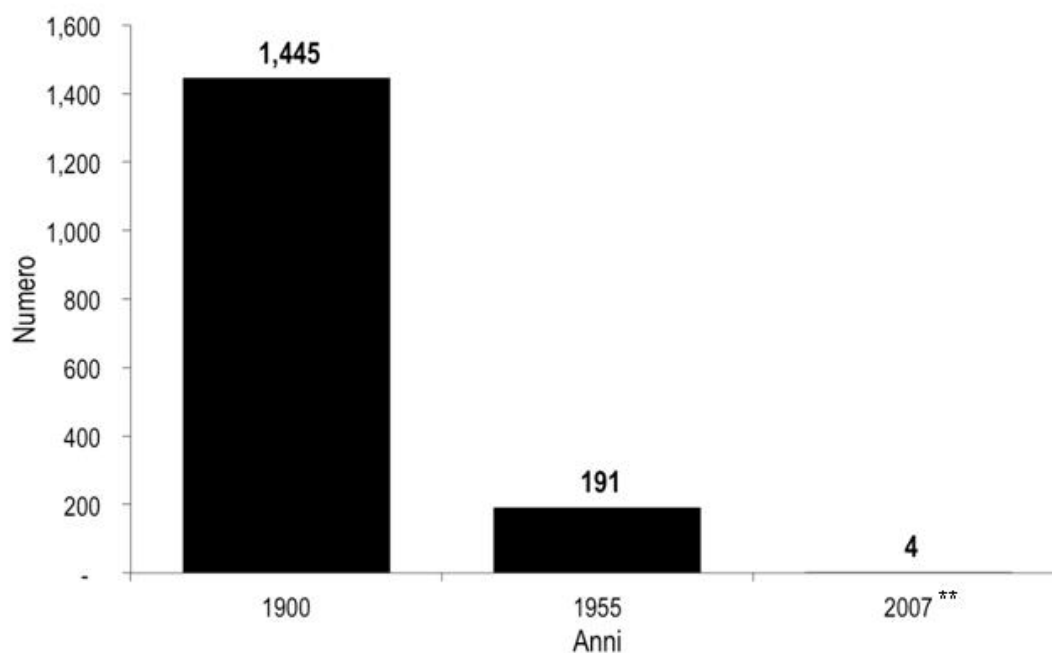
<sup>51</sup> Queste stime si basano su mortalità materna precoce pari ad 1.000/100.000 nel 1900 e pari a 119/100.000 nel 1955.

**Graf. 28, Mortalità materna, Italia e Veneto, 1955 - 2007**



Fonte: ISTAT

**Graf. 29, Decessi materni: stimati\* e attuali, Veneto, 1900-2008**



\* Ipotesi in cui la mortalità è rimasta uguale a quella del secolo scorso con i nati vivi odierni (48.166)

\*\* Il dato del 2007 comprende la media di 2008, 2007 e 2006

### 5.3.1.2.2. Situazione attuale nelle nazioni avanzate

Dagli anni '80 del secolo scorso, l'attenzione dei decisori in ambito materno-infantile è stata rivolta soprattutto ai bambini ed in particolare ai neonati in quanto i decessi materni sono stati drasticamente ridotti nel corso dei decenni precedenti. Tuttavia negli ultimi 30 anni, la mortalità materna in molti Paesi avanzati, ad esempio in Francia, nel Regno Unito e negli Stati Uniti, è rimasta stabile o è aumentata. Negli USA, la percezione della gravità della situazione ha indotto Amnesty International a pubblicare, nel marzo 2010, il rapporto "*Parti mortali: la crisi dell'assistenza sanitaria materna negli USA*" che richiede al Presidente Obama di istituire un ufficio per la salute materna al fine di affrontare la crescita delle complicità durante la gravidanza e le morti materne.

Il rapporto approfondisce temi come l'aumento dei "*near misses*", cioè degli incidenti evitati per poco, l'insufficiente accesso a servizi soprattutto nelle zone rurali e periferie urbane povere, la mancanza di protocolli per la gestione di condizioni comuni e importanti come la prevenzione della tromboosi venosa, la carenza di stretta supervisione e di inchieste confidenziali sulle morti materne in 29 stati su 52, l'aumento dei cesarei fino al 37% nel 2009 e la sottostima delle morti materne attraverso i sistemi informativi attuali.

Alcuni dei temi e priorità identificati da Amnesty International emergono anche da questo documento, anche se la situazione del Veneto appare migliore sia in termini di risultati sia per il fatto che la presenza del Servizio Socio Sanitario Regionale garantisce accesso alle cure a tutti i cittadini. Inoltre la compattezza dello stesso SSSR rende più facile l'adozione di alcune misure come i protocolli e le linee-guida cliniche, la supervisione, le inchieste confidenziali ed il rafforzamento del sistema informativo.

L'aumento recente della mortalità materna in USA<sup>52</sup>, come in altre nazioni, è spiegato da diversi fattori, tra i quali i principali sono i seguenti:

- o innalzamento dell'età delle gravide, in particolare delle primipare, cioè le donne tendono ad avere il primo figlio in età più avanzata,
- o crescita delle gravidanze tra immigrate da nazioni povere<sup>53</sup>,
- o incremento dell'obesità che rappresenta un rischio per la salute in generale ed in particolare per le donne gravide, e
- o aumento del parto cesareo.

L'aumento della mortalità è in parte anche un artefatto, cioè un fenomeno non reale in conseguenza di miglioramenti nei sistemi informativi e di cambiamenti della definizione di morte materna.

### 5.3.1.2.3. Situazione attuale nel Veneto ed in Italia

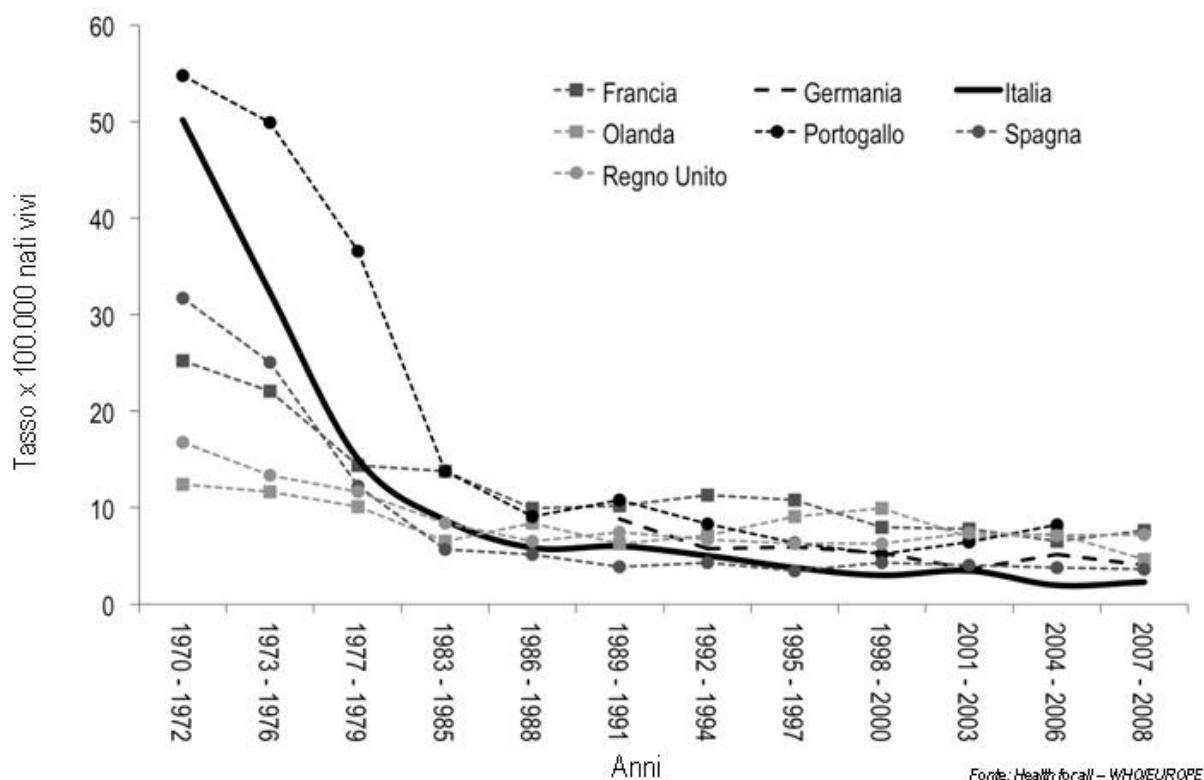
L'Italia appare, nelle statistiche internazionali delle Nazioni Unite, come il Paese con la mortalità materna più bassa (Graf. 30); ciò rappresenta indubbiamente il segno di uno straordinario successo, ma, allo stesso tempo, i confronti internazionali sono problematici perché, a differenza dell'Italia, alcuni Paesi includono i decessi indiretti e tardivi nelle statistiche ufficiali.

---

<sup>52</sup> La mortalità materna americana è aumentata da 9,9 nel 1999 al 13,3 nel 2007.

<sup>53</sup> Ad esempio, nel Regno Unito le donne che vivono in circostanze più povere (la maggior parte di queste appartiene a comunità immigrate) hanno una probabilità di morire per cause materne sette volte superiore al resto della popolazione

**Graf. 30, Tasso di mortalità materna (x 100.000 nati vivi), Paesi Europei, 1970 – 2008**



#### 5.3.1.2.4. Sottostima della mortalità materna

Ogni sistema informativo presenta vantaggi e svantaggi. Uno dei più importanti limiti dei sistemi informativi di routine<sup>54</sup> è costituito dall'incapacità di riflettere le dimensioni di un problema nella sua interezza. Tutte le analisi condotte in nazioni industrializzate riguardo la mortalità materna stimata utilizzando le schede di morte<sup>55</sup>, hanno rivelato una forte sottostima, che varia tra il 40 ed il 70%. Ciò dipende dal fatto che le schede di morte non sono in grado di riconoscere tutte le morti materne come tali, perché i decessi che accadono in un periodo successivo al ricovero per il parto vengono classificati secondo categorie diverse. Ad esempio, una morte per embolia polmonare occorsa un mese dopo il parto, sarà identificata come embolia senza segnalare la precedente gravidanza.

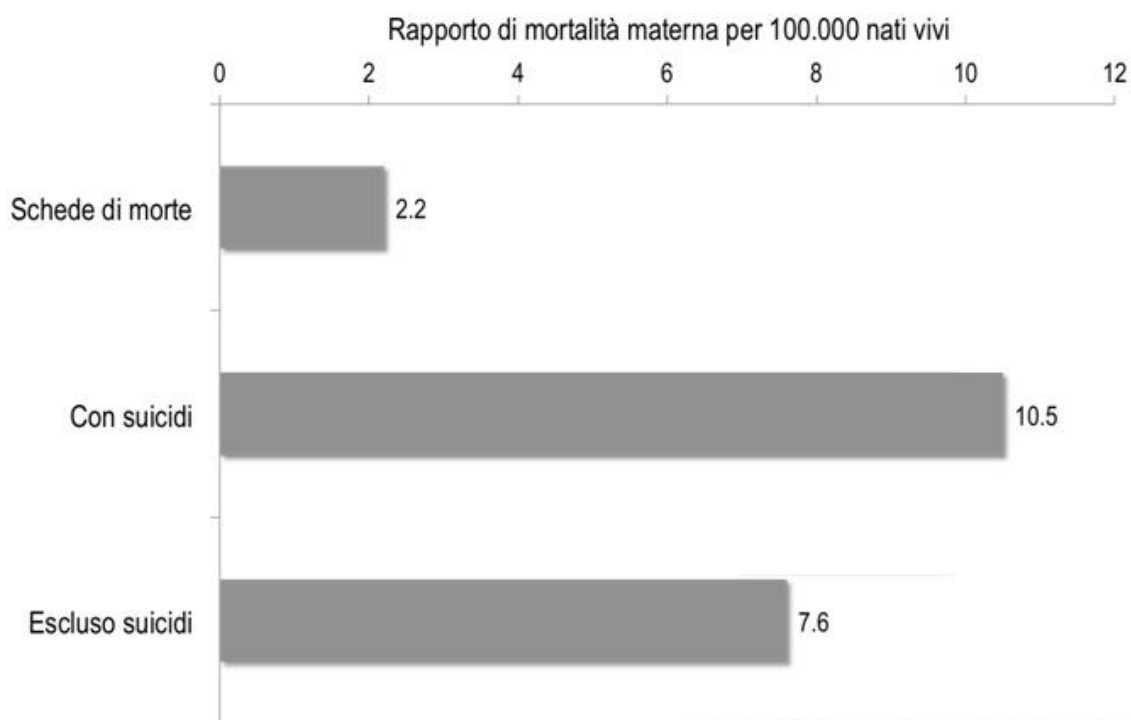
Anche un recente studio Italiano coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in sei regioni, che non includeva il Veneto, rivela una sottostima del 75%. L'ISTAT, basandosi sulle schede di morte, riferisce per l'Italia una frequenza pari a circa 3 decessi materni per 100.000 nati vivi, mentre lo studio ISS rivela un valore medio di 11,9, cioè quattro volte superiore. Le sei Regioni coinvolte presentano inoltre forte variabilità, dagli 8 decessi per 100.000 nati vivi in Piemonte, Emilia Romagna e Toscana, ai 13 nel Lazio e 22 nella Sicilia. Un metodo utile ad ovviare al problema della sottostima è collegare elettronicamente le schede di morte con quelle di dimissione ospedaliera<sup>56</sup>. Questo approccio, adottato dall'ISS ed anche dall'ARSS come parte del presente studio, ha permesso di identificare numerosi decessi materni che non erano registrati come tali nelle schede di morte.

<sup>54</sup> Un sistema informativo di routine o amministrativo raccoglie dati continuamente tramite un flusso formalizzato.

<sup>55</sup> Una scheda di morte viene compilata per ogni decesso che avviene nel territorio nazionale.

<sup>56</sup> Una scheda di dimissione ospedaliera viene redatta per ogni ricovero al momento delle dimissioni.

**Graf. 31, Stime della mortalità materna usando diversi metodi e criteri, Veneto, 2006-2008**



Fonte: Schede di Morte e Schede di dimissione ospedaliera – Flussi Regionali

Nel Veneto, durante il triennio 2006-08, la mortalità materna che deriva dalle schede di morte è pari al 2,2 per 100.000 nati vivi, mentre quella stimata in base alle schede di dimissione legate a quelle di morte è pari a 10,5 per 100.000 nati vivi (Graf. 31). Ciò significa che la sottostima della mortalità materna calcolata utilizzando solo le schede di morte è pari al 79% rispetto a quella misurata tramite il legame tra schede di morte e dimissione. La mortalità materna così calcolata nella nostra Regione è molto simile a quella del Regno Unito, nazione che include i suicidi materni nel computo della frequenza.

Il rapporto di mortalità del Veneto pari a 10,5 per 100.000 non è confrontabile con quelli stimati dal ISS per le altre Regioni Italiane, in quanto il nostro studio include il suicidio che l'ISS non considera. Escludendo il suicidio dai dati del Veneto, il rapporto di mortalità materna risulta pari a 7,6 per 100.000, quindi molto vicino a quello del Piemonte, Emilia-Romagna e Toscana.

### 5.3.1.3. Cause di morte materna

Le cause di morte materna, in Italia come negli altri Paesi industrializzati, sono cambiate nel corso degli ultimi decenni, in conseguenza dell'evoluzione delle tecnologie e delle conoscenze a disposizione dei professionisti. Fino agli anni '50 le patologie dominanti erano la sepsi, l'emorragia e l'ipertensione in gravidanza insieme a malattie cardiache in particolare la malattia reumatica<sup>57</sup>. Come si è visto tra la metà degli anni '30 e '40, lo sviluppo e l'uso sempre più diffuso degli antibiotici, della trasfusione di sangue e di farmaci

<sup>57</sup> La malattia reumatica è una patologia infiammatoria acuta che talvolta complica le faringiti da streptococco colpendo, oltre ad altri organi, le valvole cardiache, che possono risultare permanentemente alterate e quindi malfunzionanti.

che promuovono la contrazione dell'utero dopo il parto hanno permesso di ridurre sostanzialmente due tra le principali cause di morte materna, cioè l'emorragia e la sepsi puerperale. Inoltre i miglioramenti delle condizioni nutrizionali ed abitative, insieme all'uso degli antibiotici, hanno progressivamente ridotto l'incidenza della malattia reumatica.

Attualmente le sei cause più importanti di mortalità materna diretta nei Paesi avanzati sono la tromboembolia<sup>58</sup>, la malattia ipertensiva in gravidanza<sup>59</sup>, la gravidanza ectopica<sup>60</sup>, la sepsi puerperale<sup>61</sup>, l'emorragia<sup>62</sup> e l'embolia da fluido amniotico<sup>63</sup>. Le patologie più importanti nel determinare la morte materna indiretta sono le malattie cardiache, il suicidio e le malattie neurologiche.

Nel corso del triennio preso in esame, ci sono stati 15 decessi materni, dei quali 8 diretti e precoci e 7 indiretti e tardivi (Tab. 6). Tutte le donne avevano età superiore ai 32 anni, con un'età mediana di 36,5 anni. Prevedibilmente le morti materne che è stato possibile identificare attraverso la connessione tra schede di morte e di ricovero sono tardive ed indirette, cioè sono avvenute tra il 43° ed il 365° giorno dopo il termine della gravidanza e non sono dovute a cause ostetriche. Ciò deriva dal fatto che la grande maggioranza dei decessi precoci avviene durante lo stesso ricovero nel quale la gravidanza è terminata e che le cause di morte tardive sono spesso psichiatriche, cardiache od infettive.

Il fatto che attualmente la causa più importante di morte materna nella nostra Regione sia il suicidio riflette da una parte la riduzione progressiva e drastica dei decessi per cause ostetriche e dall'altra la vulnerabilità delle donne alla depressione soprattutto nell'anno successivo al parto. Complessivamente, il suicidio è la causa più importante con quattro decessi materni, dei quali tre nel *post-partum* ed uno in seguito ad aborto. Il suicidio<sup>64</sup> spiega il 27% delle morti materne nel Veneto, e non riguarda solo le donne di gruppi socio-economici meno privilegiati, come immigrate e neo-mamme con bassa istruzione.

---

<sup>58</sup> La tromboembolia è la principale causa di mortalità materna precoce e di morbosità grave. La gravidanza aumenta il rischio di tromboembolia di cinque volte rispetto a donne non gravide della stessa età.

<sup>59</sup> La malattia ipertensiva in gravidanza (pre-eclampsia) è caratterizzata da elevata pressione arteriosa e significativa presenza di proteine nell'urina. È la complicanza più comune tra quelle pericolose della gravidanza colpendo il 5-10% delle gravide. Può complicarsi con il distacco intempestivo della placenta, edema polmonare ed emorragia cerebrale. È la prima causa di parto prematuro. Il rischio aumenta alle età estreme e con la nulliparità, obesità, ipertensione pregressa e diabete. La pre-eclampsia può evolvere in eclampsia, una patologia catastrofica caratterizzata da convulsioni e coma (1 su 2.000 gravidanze) che porta a morte quasi il 2% dei casi. La sindrome HELLP, più frequente (1 su 500 gravidanze), insorge anche in donne non a rischio, possibilmente senza segni premonitori ed ha spesso un decorso tumultuoso (l'acronimo HELLP si riferisce ad emolisi, aumento della concentrazione di enzimi epatici nel sangue e piastrinopenia).

Nel Veneto, il tasso di incidenza dell'eclampsia è pari a circa 5,3/10.000 gravidanze (77 ricoveri per eclampsia nel triennio 2006-08 su 143.303 parti). Ciò corrisponde esattamente alla frequenza descritta in letteratura, cioè 1 su 2.000 gravidanze. Definiamo questa misura incidenza perché il ricovero di una paziente con eclampsia è inevitabile e quindi tutti i casi sono riconosciuti. Il tasso di ricovero per pre-eclampsia è intorno a 159/10.000 gravidanze, cioè 30 volte più frequente delle ospedalizzazioni per eclampsia.

<sup>60</sup> La gravidanza ectopica consiste nello sviluppo fetale fuori dell'utero, il che rende il completamento della gravidanza impossibile.

<sup>61</sup> La sepsi puerperale è un'infezione dal bacillo Streptococco di solito fatale in assenza di terapia antibiotica

<sup>62</sup> L'emorragia *post-partum* si manifesta di solito durante le prime 24 ore successive al parto ma può insorgere anche giorni o settimane dopo.

<sup>63</sup> L'embolia da liquido amniotico compare di solito durante il parto, improvvisamente, senza segni premonitori ed evolve rapidamente con respirazione e frequenza cardiaca elevate, cianosi, emorragia, shock e coma profondo. È rara (3 casi ogni 100.000 nati vivi), ma spesso letale (37%) perciò è una causa importante di morte materna (5-10%). Il rischio aumenta con l'età, la multiparità ed in seguito all'uso di farmaci che inducono il parto. Rianimazione, Cesareo d'urgenza e cure intensive sono indispensabili. Terapie d'urgenza e cure intensive negli ultimi decenni hanno ridotto sostanzialmente la letalità che era oltre l'80% alla fine degli anni '70. La gravità della patologia ha indotto il Regno Unito ad adottare il Registro dell'embolia da liquido amniotico.

<sup>64</sup> Le cause di suicidio materno sono discusse più avanti nel capitolo dedicato alla morbosità materna grave.

**Tab. 6: Morti materne identificate tramite legame tra SDO e schede di morte, cause e frequenze, Veneto, 2006-2008**

Cause di morti materne	Frequenza
<b>Morti dirette e precoci</b>	
Iperensione gestazionale complicata da emorragia intracerebrale	3
Morte intrauterina complicata da coagulazione intravascolare disseminata	2
Embolia Polmonare	2
Rottura dell'utero durante il travaglio di parto	1
<i>Sub-totale</i>	<b>8</b>
<b>Morti indirette e tardive</b>	
Suicidio	4
Aritmia cardiaca	1
Diabete Mellito	1
AIDS	1
<i>Sub-totale</i>	<b>7</b>
<b>TOTALE</b>	<b>15</b>

(Fonte: Schede di Morte e Schede di dimissione ospedaliera – Flussi Regionali)

Oltre ai quattro decessi descritti e classificati come suicidi nelle schede di morte, altre due presentano indizi di possibile suicidio<sup>65</sup>. In particolare una morte per trauma stradale con uscita di strada senza impatto con un altro veicolo e un'altra per ustioni in seguito ad incendio all'interno dell'abitazione<sup>66</sup>. Inoltre non sappiamo se il decesso materno dovuto a trauma stradale sia dovuto al mancato utilizzo delle cinture di sicurezza. Da inchieste realizzate in altre nazioni come Regno Unito e Canada, risulta che solo la metà delle donne gravide utilizza correttamente le cinture e da aneddoti che si riferiscono alla nostra Regione e Paese sappiamo che in alcuni casi donne gravide ottengono certificati medici che le esentano dall'obbligatorietà delle cinture. In alcuni Paesi, ad esempio il Canada, i traumi stradali sono la principale causa di morte materna coincidente. Tutte le donne gravide dovrebbero essere educate all'uso corretto delle cinture di sicurezza subito dopo che la gravidanza viene confermata, collocando le cinture al di sopra ed al di sotto dell'ingrossamento causato dall'utero, mai attorno a quest'ultimo in corrispondenza dello stomaco.

In Veneto il tasso di suicidio nell'anno successivo al parto è pari a 2,09 per 100.000 donne<sup>67</sup>, corrispondente a quello Inglese. Tra le donne in età fertile (15-45 anni), il tasso di suicidio è pari a 2,3 per 100.000. Anche nella nostra Regione è manifesta la protezione

<sup>65</sup> I suicidi sono sottostimati nelle statistiche ufficiali sia perché alcuni casi sono dissimulati, sia perché, di proposito, non vengono classificati come tali da medici che intendono proteggere la famiglia dall'imbarazzo sociale.

<sup>66</sup> Incidenti stradali senza impatto con altro veicolo e con un solo guidatore sono talvolta provocati di proposito analogamente ad esplosioni ed incendi domestici in seguito a fuga di gas.

<sup>67</sup> Nel Veneto nel triennio ci sono stati 3 suicidi nell'anno successivo alla gravidanza a termine e 143.303 donne partorienti. Il tasso di suicidio in Inghilterra alla fine anni '90 era pari a 2 per 100.000 nelle donne che hanno partorito e 3,4 per 100.000 nelle donne in età fertile. In uno studio nella città di New York, la frequenza di suicidio tra donne nel *post-partum* era 1/3 di quello tra donne in età fertile. Negli uomini della stessa età il tasso di suicidio è pari a 8 per 100.000, cioè tre volte e mezza superiore.

della gravidanza riguardo il suicidio, nonostante la differenza, in conseguenza a numeri molto piccoli, non sia statisticamente significativa.

Il suicidio<sup>68</sup> nel periodo successivo al parto è caratterizzato da modalità violente, tipicamente l'impiccagione, gettarsi nel vuoto o sotto un treno o lanciarsi fuori strada alla guida di un autoveicolo. Anche i quattro casi identificati nella nostra Regione sono caratterizzati da sistemi raccapriccianti, cioè l'impiccagione ed il lanciarsi dall'alto o sotto un mezzo di trasporto. Queste circostanze sono molto diverse da quelle consuete per le donne, che tendono ad assumere farmaci a dosaggi spesso non letali.

Le donne gravide e nel *post-partum* soffrono più frequentemente di malattie psichiatriche rispetto alle coetanee ma si suicidano meno frequentemente. Il senso di autostima e la consapevolezza di essere necessari alla nuova creatura rappresentano elementi protettivi rispetto al suicidio anche in una fase della vita caratterizzata da rischio più elevato di malattie psichiatriche.

Mentre per tutte le altre cause di morte materna, dall'emorragia alla tromboembolia, la frequenza è sostanzialmente più elevata tra donne di ceto sociale basso, il suicidio colpisce ugualmente i gruppi sociali. Il suicidio nel *post-partum* è in parte prevenibile e, a questo proposito consola il fatto che l'ultimo rapporto confidenziale inglese sulle cause di morte materna riporta una riduzione sostanziale delle morti per suicidio attribuito all'adozione di un programma nazionale di prevenzione del suicidio nel periodo della maternità.

Dopo il suicidio, la seconda causa di morte materna nel triennio considerato è stata l'ipertensione in gravidanza complicata da emorragia intracerebrale con tre decessi. Anche in altre nazioni avanzate questa condizione ha rappresentato una delle più importanti cause di morte materna e l'ipertensione in gravidanza costituisce una patologia estremamente seria che richiede un approccio terapeutico tempestivo ed aggressivo.

Con due decessi ognuna, l'embolia polmonare e la morte fetale intra-uterina complicata da coagulazione intra-vascolare disseminata rappresentano la terza causa di morte materna. Una delle donne deceduta per embolia aveva avuto un recente cesareo. Si sono verificate altre quattro morti materne nel triennio considerato, una precoce e diretta per rottura d'utero durante il travaglio e tre tardive ed indirette: una per aritmia, una per diabete mellito e una per AIDS.

Un fatto estremamente positivo che emerge dall'analisi è che durante il periodo analizzato non vi sia stato alcun decesso né per emorragia *post-partum*, né per sepsi. Simili successi sono stati raggiunti da altre nazioni avanzate. Dall'analisi non risultano inoltre decessi per embolia da liquido amniotico, che, come si è accennato, è una patologia molto rara. Un altro aspetto certamente positivo che risulta da questa analisi è che nel Veneto, nel triennio considerato, non risultano, nel *post-partum*, decessi materni dovuti ad overdose da sostanze stupefacenti, né ad omicidio.

Il collegamento tra database delle schede di dimissione e di morte prima del 2006 è problematico quindi non viene utilizzato per il calcolo della frequenza di mortalità materna. Tuttavia l'analisi delle schede di morte e delle schede di dimissione ed il *link* tra loro ha permesso di identificare sette morti materne dirette e precoci tra il 2002 ed il 2006,

---

<sup>68</sup> In tutte le società, ad eccezione della Cina, gli uomini si suicidano più frequentemente rispetto alle donne. Nel Veneto i maschi oltre i 65 anni si uccidono oltre quattro volte più frequentemente. Il gruppo demografico che, tra gli adulti, commette suicidio meno frequentemente sono le giovani donne. Nel Veneto questo gruppo durante gli ultimi 40 anni non ha sperimentato un aumento del suicidio a differenze dei coetanei maschi.

di cui quattro per gravidanza ectopica, due per placenta accreta e uno per utero incarcerato.

La gravidanza ectopica è una patologia caratterizzata dall'impianto dell'embrione in sedi diverse dalla cavità uterina, nel 98% dei casi nelle tube di Falloppio. Un'emorragia interna può causare un'anemia acuta e grave fino ad uno shock anche fatale. La sua frequenza è pari circa all'1 % delle gravidanze ed è la principale causa di morte materna nel primo trimestre. Anche nel Veneto nel 2008 la frequenza è stata pari a 1/100 gravidanze. Nella decade passata le ospedalizzazioni per gravidanza ectopica nel Veneto sono rimaste costanti intorno a 650 per anno, delle quali un terzo tra straniere. In altre parole ogni giorno nel Veneto vengono ricoverate quasi due donne per gravidanza ectopica e ciò significa che tutti gli operatori sanitari, in primis i medici di medicina generale dovrebbero sospettare questa patologia in qualsiasi donna di età fertile con dolori addominali anche in assenza di emorragia vaginale.

La placenta accreta è una condizione patologica che consiste nella penetrazione troppo profonda di questo organo nella parete dell'utero il che aumenta il rischio di emorragia al momento del distacco dopo il parto. Inoltre la sua completa asportazione e/o il controllo dell'emorragia può comportare un intervento chirurgico, fino anche all'asportazione dell'utero. La frequenza di placenta accreta è in aumento negli ultimi decenni in conseguenza dell'incremento dei cesarei.

L'utero incarcerato è una patologia che mantiene intrappolato il fondo di un utero all'interno della cavità pelvica nonostante l'espandersi del suo volume in seguito a gravidanza. Può essere causato da aderenze seguite a malattia infiammatoria pelvica o precedenti interventi chirurgici.

Le malattie cardiovascolari rappresentano una delle cause più importanti di morte materna indiretta in molte nazioni industrializzate, in particolare la malattia coronarica in pazienti diabetiche.

Le patologie che hanno causato morti materne identificate nel periodo 2002-2009 tramite l'analisi isolata delle schede di morte e di dimissione ospedaliera ed il legame tra i due database sono presentate nella Tab. 7. La sua rilevanza è essenzialmente clinica, nel senso che dovrebbe indurre i medici a porsi domande come, ad esempio, "Esistono linee-guida per la gestione della gravidanza ectopica?"; "Come abbiamo operato quando abbiamo confrontato casi simili?"; "Potevamo fare meglio relativamente alla rapidità della diagnosi, alla prontezza della risposta, al coordinamento tra servizi e professionisti coinvolti?" e ancora "Saremmo in grado di affrontare ognuna delle patologie che hanno causato morte materna nel Veneto durante il decennio passato?". Dalla prospettiva epidemiologica, invece, cioè del descrivere le dimensioni complessive del problema e l'importanza relativa delle condizioni morbose, non ha alcun significato. Ciò perché alcuni decessi tra il 2002 ed il 2006 sono quasi certamente omessi e le cause di morte identificate non riflettono quindi il fenomeno.

I decessi materni costituiscono l'esito più tragico della gravidanza, l'estremo irreparabile di un *continuum* che comprende anche malattie di diversa severità. Le morti sono soltanto la punta visibile di un *iceberg*, la parte più evidente del carico di malattie in questo gruppo di donne. Altrettanto importanti sono le patologie gravi sia perché le cause di morte sono analoghe a quelle delle malattie severe, sia perché quest'ultime sono molto più frequenti dei decessi.

Tab. 7: Morti materne identificate tramite SDO e schede di morte e legame tra i due database, cause e frequenze, Veneto, 2002-2008

Cause di morti materne	Frequenza
<b>Morti dirette e precoci</b>	
Gravidanza ectopica	4
Ipertensione gestazionale complicata da emorragia intracerebrale	3
Placenta accreta	2
Morte intrauterina complicata da coagulazione intravascolare disseminata	2
Embolia Polmonare	2
Utero incarcerato	1
Rottura dell' utero durante il travaglio di parto	1
<i>Sub-totale</i>	<b>15</b>
<b>Morti indirette e tardive</b>	
Suicidio	4
Aritmia cardiaca	1
Diabete Mellito	1
AIDS	1
<i>Sub-totale</i>	<b>7</b>
<b>TOTALE</b>	<b>22</b>

(Fonte: Schede di Morte e Schede di dimissione ospedaliere - Flussi Regionali)

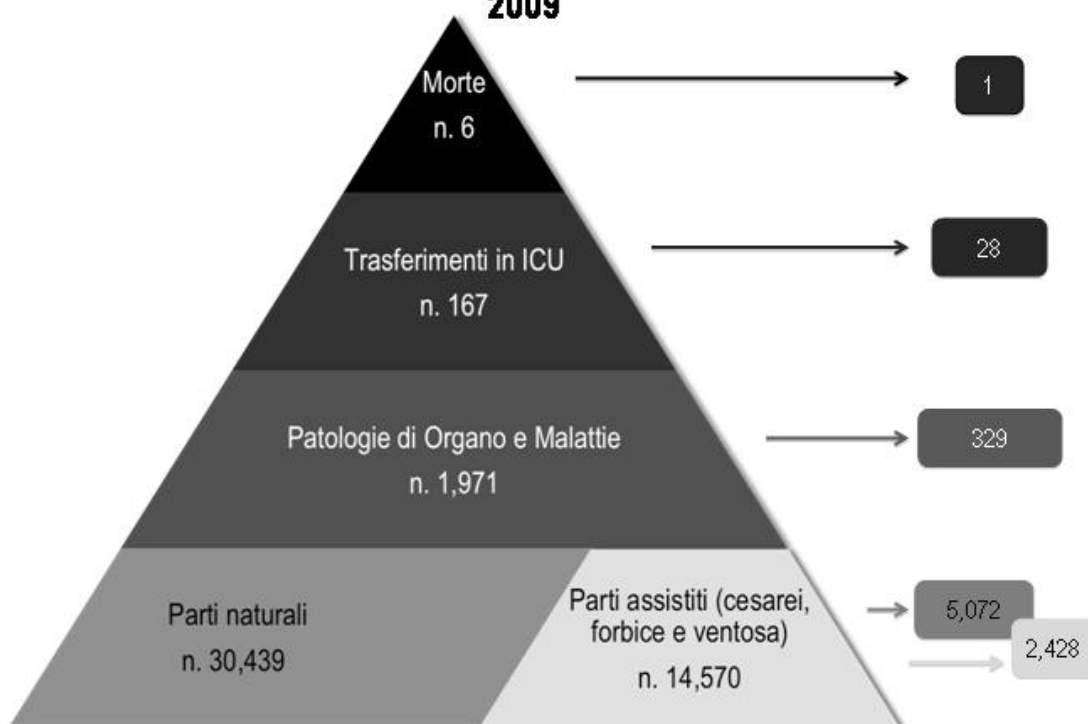
### 5.3.2. Morbosità grave

Le conseguenze negative del parto sulla salute della donna possono anche consistere in condizioni meno tragiche della morte, ma sempre importanti, particolarmente i "near miss"<sup>69</sup>. In ostetricia un "near miss" materno rappresenta una situazione nella quale le condizioni cliniche di una donna sono molto gravi e ne minacciano la sopravvivenza, ma non causano la morte. Talvolta tuttavia provocano sequele debilitanti. Esempi di "near miss" materni includono l'arresto cardiaco, l'insufficienza renale, il coma, l'isterectomia di urgenza ed il ricovero in rianimazione.

#### 5.3.2.1. Ricoveri per parto con diagnosi patologiche ed in rianimazione

La morbosità materna può essere classificata come un *continuum* che include sia malattie, come l'ipertensione in gravidanza o l'insufficienza d'organo<sup>70</sup>, sia procedure che riflettono severità grave come la trasfusione, l'isterectomia d'urgenza ed il ricovero in rianimazione.

**Graf. 32, Decessi, trasferimenti in rianimazione, ricoveri con patologie, parti con procedure e parti totali assistiti, Veneto, media annua 2007 - 2009**



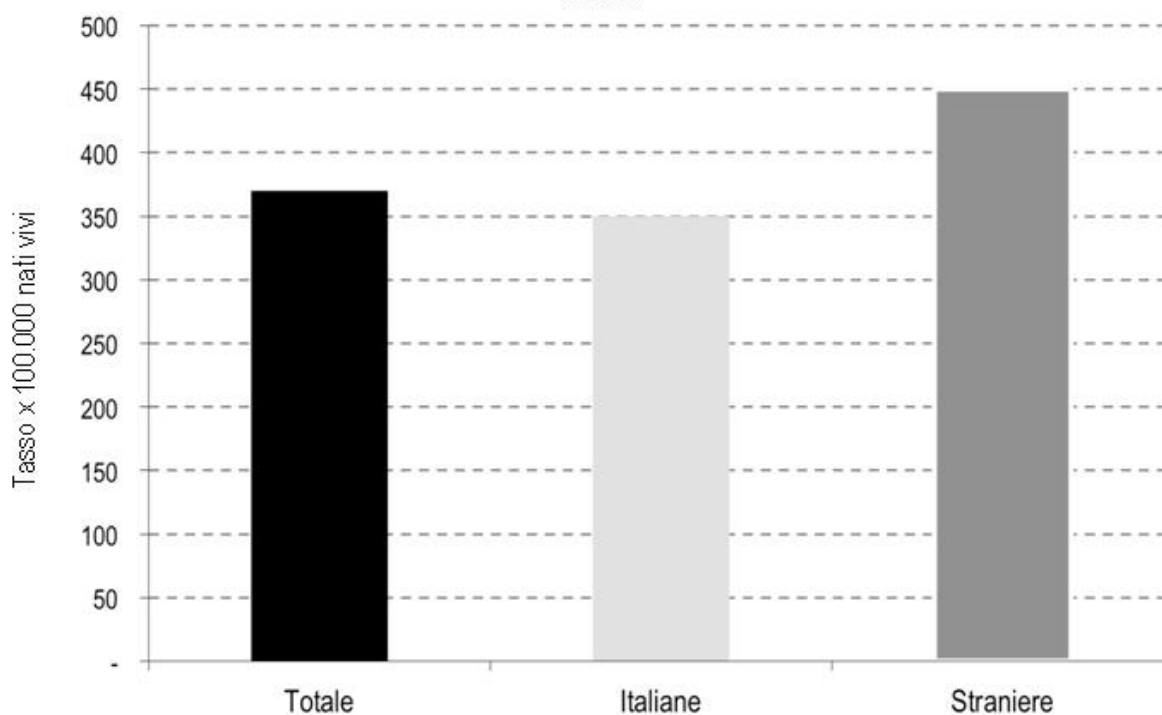
Fonte: Schede Dimissione Ospedaliera - Flusso Regionale

<sup>69</sup> Il termine "near miss" letteralmente significa "mancato appena" ed, in generale, indica un evento non programmato che, pur non avendo causato un danno, aveva il potenziale per causarlo. Etichetta un grave pericolo scampato per circostanze fortunate o decisioni ponderate. Il concetto è nato nell'aeronautica commerciale che definisce un "near miss" come un episodio caratterizzato da due aerei che volano a meno di un quarto di miglio di distanza l'uno dall'altro, quindi estremamente vicini ad una collisione catastrofica. La differenza sostanziale tra l'uso del concetto in medicina ed altri campi è che il "near miss" nei pazienti può provocare danni, addirittura permanenti, anche a distanza di tempo e impone costi talvolta sostanziali, mentre in aeronautica rappresenta un episodio di estremo pericolo ma senza conseguenze rovinose nemmeno dal punto di vista economico.

<sup>70</sup> L'insufficienza acuta d'organo insorge quando un organo, ad esempio il cuore, il fegato od i reni, non riesce a svolgere la rispettiva funzione. Perciò questa costituisce una condizione critica che frequentemente porta al ricovero in rianimazione.

Il Graf. 32 presenta, in modo sintetico e schematico, la dimensione dell'assistenza al parto fisiologico e patologico mostrando la frequenza assoluta di ed il rapporto tra morti materne, ricoveri in rianimazione e ospedalizzazioni con diagnosi di patologie nel 2008. In quell'anno nel Veneto sono state assistite in ospedale 45.000 partorienti; 14.570 hanno avuto un parto cesareo o con forcipe/ventosa, in 1.971 è diagnosticata almeno una malattia, incluse le insufficienze d'organo, 167 sono state ammesse in rianimazione e 6 sono decedute. Ciò significa che il 4,4% delle partorienti ospedalizzate presentano patologie e 3,7 ogni 1.000 vengono ammesse in rianimazione. Questi valori sono molto vicini a quelli riscontrati in altre popolazioni di Paesi industrializzati<sup>71</sup>. Il rapporto tra ricoveri in rianimazione e decessi è pari a 28, mentre quello tra malattie e morti è uguale a 329. Come evidenzia il Graf. 33, le partorienti straniere hanno maggiore probabilità di essere ammesse in una rianimazione rispetto alle donne nate in Italia (450 per 100.000 rispetto a 350 per 100.000). Un aspetto decisamente positivo che emerge dallo studio è che la trasfusione (1.891) e l'isterectomia di urgenza (162) sono procedure utilizzate molto raramente, cioè rispettivamente in 42/10.000 ricoveri e 4/10.000.

**Graf. 33, Tasso di ricovero in rianimazione per nazionalità, Veneto, 2002 – 2008**



Fonte: Scheda Dimissione Ospedaliera – Flusso Regionale

### 5.3.2.2. Morbosità grave da malattie psichiatriche

Aver dato alla luce una nuova creatura rappresenta la gioia più grande per una donna, ma anche un periodo difficile sia fisicamente sia psicologicamente e una fase di adattamento nell'identità e nella relazione coniugale è inevitabile come pure nella costruzione di una relazione con una nuova presenza completamente dipendente e fortemente esigente. La patologie psichiatriche gravi che insorgono durante e

<sup>71</sup> Ad esempio, in Canada la percentuale di ricoveri materni patologici era pari a 4,6%.

successivamente alla gravidanza derivano da una interdipendenza di fattori ormonali, genetici, psicologici, socio-culturali ed ambientali.

Il termine depressione *post-partum* è spesso utilizzato genericamente e non distingue tra patologie con caratteristiche e prognosi molto diverse. La condizione più diffusa nelle puerpere sono i **baby-blues**<sup>72</sup>, ovvero sintomi depressivi, che colpiscono oltre metà delle donne e possono, seppur meno frequentemente, colpire anche i padri. I segni e sintomi comprendono cambiamenti repentini d'umore dalla contentezza allo sconforto, sentimenti di vulnerabilità, piagnucolii, irritabilità, ipocondria ed insonnia. Queste difficoltà scompaiono nella grande maggioranza dei casi entro le prime due settimane, tuttavia rappresentano possibili anticipazioni di malattie psichiatriche e per questo non sono da sottovalutare. Le principali malattie psichiatriche gravi che possono insorgere dopo il parto sono la depressione e la psicosi. Tra queste, la depressione è di gran lunga la più frequente ed entrambe le condizioni possono indurre al suicidio.

Circa metà delle donne che hanno sperimentato depressione nel corso di precedenti gravidanze ha una ricaduta. Madri affette da depressione *post-partum* esprimono emozioni meno positive nei confronti del piccolo, rispondono meno prontamente e meno adeguatamente alle sue sollecitazioni, ad esempio ignorandone il pianto e, nei casi più severi, possono immaginare di fargli del male. Gli infanti di madri depresse, comprensibilmente, mostrano un attaccamento meno sicuro e interagiscono poveramente con la madre e gli altri adulti<sup>73</sup>. I segni e sintomi nelle madri depresse sono più severi e durano più a lungo rispetto ai baby-blues.

Nei Paesi occidentali la frequenza di depressione tra le donne non gravide è pari a circa l'8%, doppia rispetto a quella degli uomini, e raggiunge la massima frequenza tra i 18 e 44 anni, quindi coincidendo con il periodo fertile. La prevalenza è ancora più elevata durante gli ultimi sei mesi della gravidanza (12%) e l'anno che segue il termine della gravidanza (13%)<sup>74</sup>. La depressione colpisce particolarmente le donne non sposate, in età più matura o molto giovane, socialmente isolate e con educazione limitata, posizione sociale marginale e basso reddito<sup>75</sup>.

L'importanza di una pronta diagnosi deriva anche dal fatto che le terapie sono maggiormente efficaci se adottate nelle fasi precoci della malattia. Inoltre la risposta terapeutica è migliore rispetto a patologie psichiatriche simili in donne che non hanno dato alla luce, perciò una diagnosi sbagliata od una terapia omessa rappresentano errori seri<sup>76</sup>. Oltre al mancato riconoscimento della patologie psichiatriche nel corso della gravidanza e del puerperio, un rischio opposto è l'etichettatura e la stigmatizzazione, che ulteriormente escludono la donna dalle relazioni sociali; la minaccia della sottrazione del neonato può rappresentare la goccia che definitivamente squilibra e conduce al suicidio.

La **psicosi post-partum** è una malattia molto meno frequente (2 su 1.000) della depressione, ma allo stesso tempo molto più severa. La maggior parte delle psicosi puerperali si presenta entro le prime due settimane dopo il parto e più in generale le forme più severe di patologie psichiatriche si manifestano entro il primo trimestre. La

---

<sup>72</sup> Letteralmente significa "malinconie da neonato".

<sup>73</sup> "Mal cunà" è l'espressione, sintetica ed efficace, usata nel Veneto per identificare queste tristi circostanze.

<sup>74</sup> Questa stima deriva dalla sintesi di 58 studi in diversi Paesi che hanno coinvolto oltre 12 mila neo-mamme. Questo valore, come per gli altri originati da studi non condotti in Veneto, può rappresentare una sotto- o una sovra-stima della vera frequenza nella nostra Regione. I valori presentati intendono fornire misure plausibili anche se non esatte.

<sup>75</sup> Negli USA, ad esempio, la prevalenza di sintomi depressivi sono presenti in un quarto delle donne in comunità urbane povere ed oltre un terzo delle Afro-Americane.

<sup>76</sup> In assenza di terapia, circa un terzo delle pazienti con depressione grave presentavano segni e sintomi seri dopo un anno dalla diagnosi.

psicosi può essere paranoide, eccitata, o depressiva. I sintomi comprendono estrema confusione fino al delirio, linguaggio e comportamento disorganizzati, gravi distorsioni della realtà, agitazione, alterazione dell'umore, senso di disperazione e svuotamento, accessi di rabbia, allucinazioni e soppressione dei contatti sociali. La maggior parte di queste psicosi insorgono con agitazione, umore esuberante o irritabile e presentano manifestazioni maniacali come allucinazioni che possono riguardare il neonato. Tale patologia rappresenta un'emergenza psichiatrica perché mette a repentaglio l'incolumità della mamma come del neonato. Queste pazienti rappresentano tra i casi più difficili per i servizi psichiatrici e la presenza di un neonato accresce la preoccupazione e l'urgenza di agire.

La psicosi *post-partum* è associata sia al suicidio sia all'infanticidio-suicidio; quest'ultima tragedia si manifesta nel 5% dei casi. Entrambe le manifestazioni tendono ad insorgere precocemente, cioè nel primo mese *post-partum*, ed improvvisamente. La maggior parte delle madri che si disinteressano al proprio nato o, peggio, lo feriscono o uccidono soffrono di psicosi o grave depressione. Nel Veneto durante il decennio tra il 2000 ed il 2009 ci sono stati cinque infanticidi, quattro dei quali tramite avvelenamento e uno in seguito a violenza. Il tasso di infanticidio nella nostra Regione è pari a 1,2/100.000 nati vivi per anno, che è sostanzialmente inferiore a quello registrato negli USA (8,0/100.000, dei quali 6/100.000 tra afro-americani), come pure rispetto ad Inghilterra e Galles (4,5/100.000), frequenza rimasta costante negli ultimi 50 anni. L'infanticidio è un fenomeno sottostimato sia perché alcuni corpi non sono mai rinvenuti sia perché le norme usate per la classificazione variano.

Non sappiamo se l'omicidio dei cinque piccoli nel Veneto sia stato commesso dalla madre o dal padre o da altri. Tra le vittime dei cinque infanticidi nella nostra Regione, due avevano meno di un mese di età<sup>77</sup>, due tra i 4 o 5 mesi ed uno 10 mesi. In generale, il rischio di infanticidio è molto più alto nel primo mese di vita e soprattutto nel primo giorno. Quest'ultimo evento, chiamato neonaticidio, è quasi esclusivamente procurato dalla madre; anche l'infanticidio è consumato molto più frequentemente dalle madri. Ciò rappresenta un'eccezione al fatto che gli uomini uccidono molto più frequentemente delle donne, a qualsiasi età ed in qualsiasi comunità, incluso il Veneto<sup>78</sup>. Già oltre l'anno di età, l'omicidio di bambini viene commesso più frequentemente da uomini. Le ragioni che spingono madri a commettere infanticidio sono, oltre alle malattie psichiatriche, sovrapponibili a quelle che vengono riportate in seguito ad aborto, in particolare non sentirsi pronte ad accudire un figlio. Oggi come secoli e persino millenni indietro, gli infanticidi hanno spesso origine in situazioni socialmente disperate. Non infrequentemente l'infanticidio ha perciò un significato "altruistico", cioè l'intento è quello di non esporre il piccolo ad esperienze brutali simili a quelle sperimentate dalla madre.

In generale, il *post-partum* costituisce il periodo più a rischio per disordini mentali nella vita delle donne. La gravidanza ed il periodo successivo pongono spesso problemi psichiatrici particolarmente seri a donne con pregresse malattie mentali. La sequenza di eventi è prevedibile, la conferma della gravidanza deve essere considerata un preavviso che anticipa di nove mesi la fase più rischiosa e dovrebbe richiamare l'attenzione dei professionisti che seguono queste pazienti fino alla presa in carico da parte di psichiatri. Perciò il precedente di una depressione *post-partum* o di una psicosi puerperale deve mettere in allarme i servizi ostetrici e psichiatrici in modo da predisporre piani di contingenza nel caso che i problemi si ripresentino, il che succede in un caso su due o tre. Disgraziatamente troppo spesso gli eventi colgono tutti di sorpresa, familiari e operatori.

---

<sup>77</sup> Per rispetto della legislazione sulla privacy, non sappiamo le età in giorni alle quali sono stati commessi gli infanticidi.

<sup>78</sup>Anche nelle comunità dei primati i maschi uccidono molto più frequentemente delle femmine, il che mette in luce le basi biologiche della violenza.

Nel corso dell'anamnesi di donne gravide, la domanda relativa a precedenti malattie e ricoveri psichiatrici è altrettanto importante dell'investigare la presenza di diabete, HIV o epilessia.

Supponendo che la frequenza della depressione tra le donne che partoriscono nel Veneto sia pari a quella descritta in letteratura, l'8% ne soffre durante il primo trimestre, il 12% durante il secondo e terzo trimestre, il 13% nell'anno che segue il parto ed il 30% in quelle nelle quali la gravidanza è terminata in aborto o nato morto<sup>79</sup>. Comprensibilmente le donne la cui gravidanza è terminata in aborto o nato morto soffrono di depressione più frequentemente di quelle che hanno portato a termine una gravidanza. La stima del numero di casi affetto ogni anno da depressione ammonta a diverse migliaia di donne. Il carico di lavoro che questi numeri impongono ai servizi sanitari del Veneto è considerevole.

In sintesi, le malattie psichiatriche durante la gravidanza ed il *post-partum* determinano un pesante carico di patologia, sia in termini di disabilità sia di mortalità, le cui gravi conseguenze hanno un impatto molto pesante oltre che sulla madre anche su molti altri individui a cominciare dal neonato ed il suo futuro e finanche sulle generazioni successive e sulla famiglia in generale. La diagnosi e la terapia, efficace se prescritta precocemente, sono troppo spesso tardive, le conoscenze su tali malattie non sono sufficientemente diffuse tra i professionisti, l'informazione è scarsa e confusa tra i cittadini, i bisogni di queste pazienti sono peculiari e richiedono servizi specialistici appropriati che prendano in carico la madre insieme al neonato e coinvolgano l'intera famiglia.

### **5.3.3. Cause delle malattie che determinano morte e morbosità materna**

Le cause delle malattie che determinano morte materna elencate più sopra comprendono le caratteristiche demografiche, in particolare età, malattie croniche e condizioni socio-economiche.

#### **5.3.3.1. Età delle partorienti**

L'età ideale per una gravidanza, cioè con la più bassa frequenza di complicanze e di morte, è tra i 20 ed i 24 anni, aumentando per le età più giovani e, soprattutto, per quelle più avanzate. Il rischio di esiti infausti infatti cresce esponenzialmente con l'età. In uno studio Europeo il rischio di morte tra le donne oltre i 40 anni è risultato 120 volte superiore a quello rilevato in donne di età compresa tra 20 e 24 anni (Graf. 34).

Nel Veneto l'età mediana al parto tra le italiane è aumentata di due anni durante l'ultimo decennio, passando da 30,5 a 32, 5 anni (Graf. 35). L'età mediana al parto tra le straniere è cinque anni inferiore a quella delle italiane, cioè 27,5 invece di 32,5 (Graf. 36).

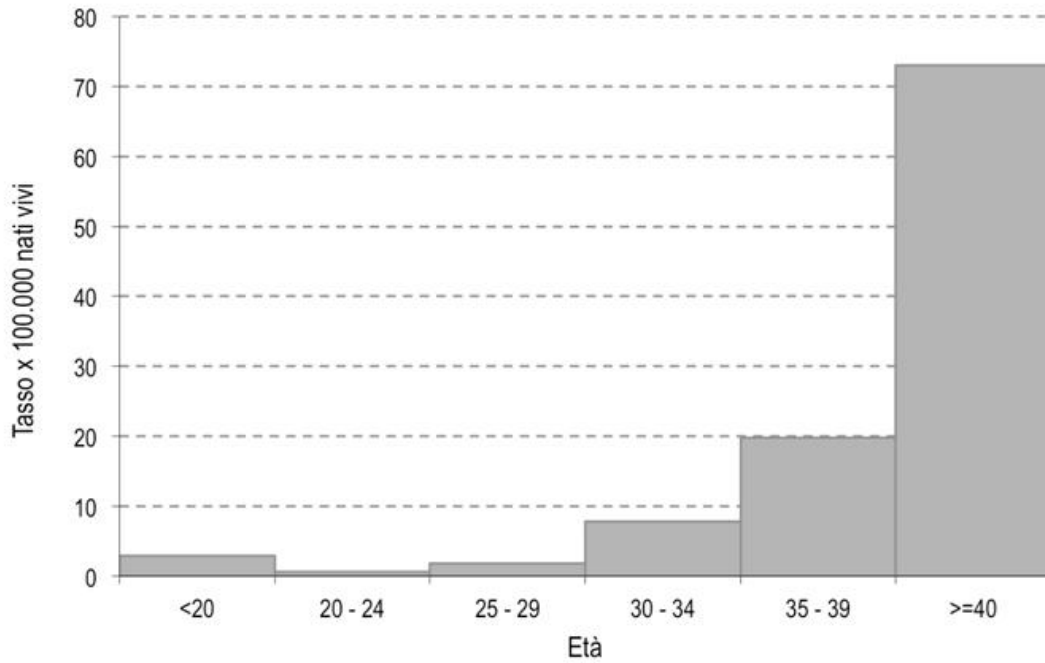
La differenza nel rischio di patologia grave e quindi decesso in varie classi d'età nelle partorienti emerge con chiarezza anche dalla frequenza con la quale le pazienti sono ammesse in rianimazione. Il Graf. 37 prende la forma della lettera J, con una frequenza minima tra i 20 e 24 anni (270/100.000 ospedalizzazioni) e massima oltre i 40 anni (650/100.000).

Inoltre, la mortalità materna si alza all'aumentare del numero di parti precedenti e con la riduzione dell'intervallo tra una gravidanza e la successiva. Questi problemi sono particolarmente seri in comunità con elevata fertilità. Nel contesto del Veneto è rilevante soprattutto il fatto che donne sottoposte a cesarei ripetuti vanno incontro a complicanze sempre più frequenti.

---

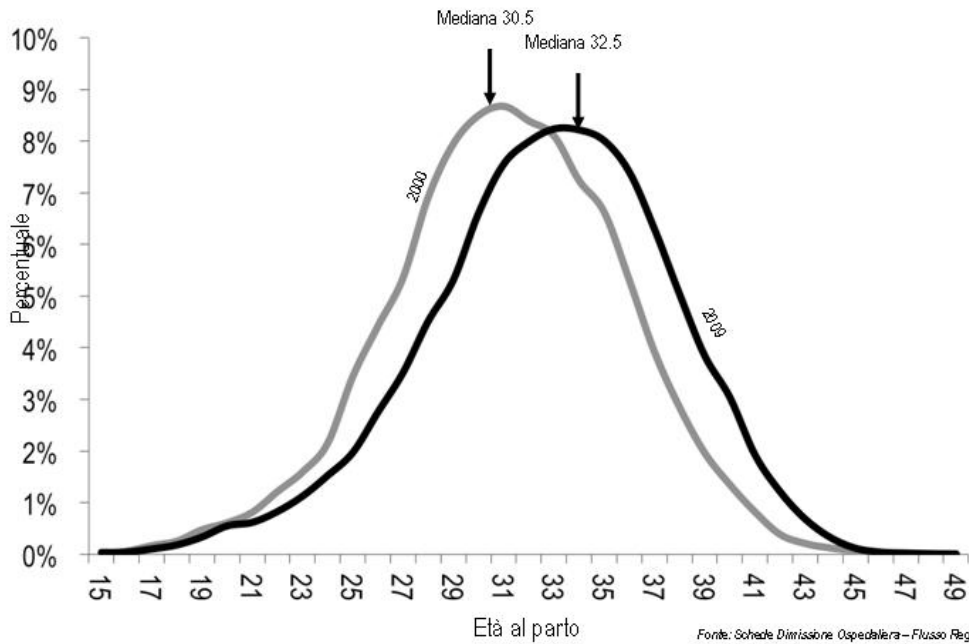
<sup>79</sup> Diverse indagini hanno studiato la percentuale di donne depresse in seguito ad aborto spontaneo, ad esempio Neugebauer et al., 1992, stimano una prevalenza dal 24 al 32% sei mesi dopo.

**Graf. 34, Mortalità materna, per età, Europa, 2000**



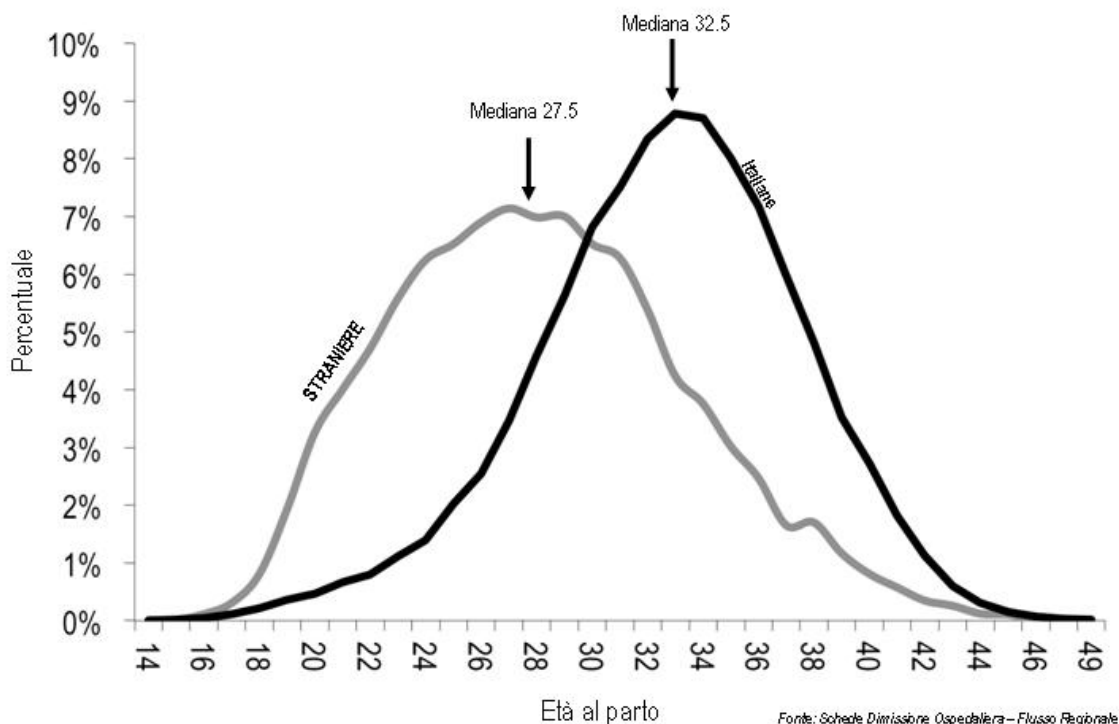
Fonte: European Journal of Obstetric & Gynecology and Reproductive Biology

**Graf. 35, Distribuzione dell'età della partoriente ospedalizzata Italiana, SDO, Veneto, 2000 e 2009**



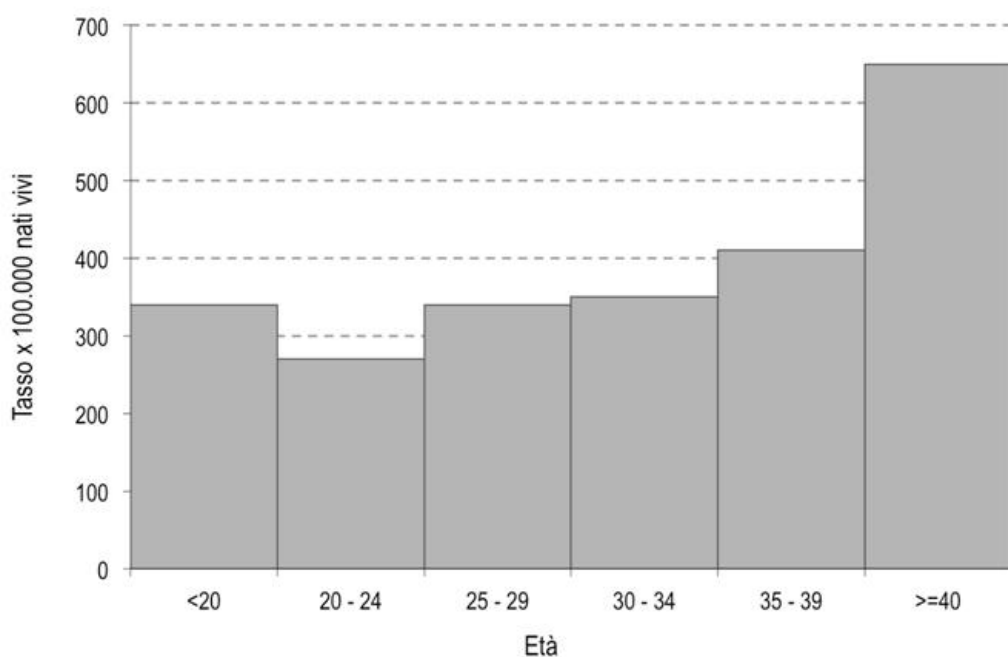
Fonte: Scheda Dimissione Ospedaliera - Flusso Regionale

**Graf. 36, Distribuzione dell'età della partoriente ospedalizzata Italiana e straniera, SDO, Veneto, 2008**



I parti in minori non rappresentano un problema serio per il Veneto in quanto ammontano a circa 130 all'anno, delle quali il 45% sono straniere, e sono rimasti costanti nel decennio passato. Solo l'8% dei parti tra minori avvengono in giovani di 15 anni (106 nel decennio) e due terzi tra 17enni. Tra le giovanissime neo-mamme delle quali abbiamo informazioni, due terzi sono nubili.

**Graf. 37, Ricoveri in rianimazione di donne partorienti, per età, Veneto, 2000 - 2008**



### 5.3.3.2. Patologie croniche

L'obesità in gravidanza rappresenta un importante svantaggio in quanto nella madre aumenta il rischio di ipertensione, diabete, complicanze respiratorie, infezioni, trombosi e quindi embolia. Il diabete gestazionale provoca iperglicemia ed una percentuale tra il 15 ed il 25 % di queste pazienti svilupperà diabete nel corso della decennio successivo alla gravidanza. In seguito all'aumento dell'obesità, del diabete e del fumo tra le donne, l'importanza dell'infarto acuto del miocardio e delle altre malattie acute e croniche delle arterie coronarie è destinata ad aumentare nel corso della gravidanza.

L'obesità materna incrementa anche la probabilità di parto cesareo. L'obesità femminile adulta nel Veneto non rappresenta un problema allarmante anche se è in aumento<sup>80</sup>; la sua prevalenza in Italia diminuisce da nord a sud e raggiunge la massima frequenza nel gruppo d'età compreso tra 55 e 64 anni, soprattutto nei ceti sociali con basse istruzione e condizioni economiche.

L'obesità della madre ha effetti negativi anche sulla salute del neonato, quali macrosomia<sup>81</sup>, prematurità, mortalità perinatale e difetti del tubo neurale, cioè malformazioni gravi come la spina bifida. Anche il futuro stato di salute del bambino e del futuro adulto è più facilmente compromesso dal diabete e dall'obesità materne.

### 5.3.3.3. Condizioni socio-economiche

Le donne cresciute in zone più povere del mondo sono soggette a condizioni sociali e di salute meno favorevoli, tra queste ultime la malattia infiammatoria pelvica e l'AIDS. In particolare, l'AIDS costituisce la prima causa di morte tra le donne in età riproduttiva nei paesi a basso e medio reddito e circa un quinto delle morti materne nel mondo sono correlate al virus dell'AIDS<sup>82</sup>. Le donne immigrate, particolarmente dall'Africa sub-Sahariana, presentano condizioni di salute preesistenti quali malattie cardiache, anemia e parti multipli, talvolta dovute a pratiche culturali come la mutilazione genitale, che frequentemente pregiudicano l'esito della gravidanza, del parto e del puerperio.

Anche nel Veneto appare evidente (Graf. 38) il maggiore rischio di morte materna delle donne straniere rispetto a quelle nate in Italia nonostante il rapporto (1,6) appaia sostanzialmente più limitato di quello evidenziato nel Regno Unito tra donne povere e appartenenti ad altri gruppi socio-economici. Nella nostra Regione, tra il 2006 ed il 2008, il rapporto di mortalità materna è pari a 9,5/100.000 nati vivi nelle italiane e 14,8/100.000 nati vivi nelle straniere.

Le donne che appartengono a gruppi socio-economici svantaggiati, cioè con basso reddito e livello educativo, immigrate, tossicodipendenti e con problemi mentali non solo soffrono di rischi più elevati di morte materna<sup>83</sup>, ma anche più frequenti morbosità, ritardo nella crescita fetale, parto pre-termine, decessi e complicanze neonatali e più bassa frequenza di allattamento al seno. Oltre che soffrire di frequenze più elevate di malattie, è

---

<sup>80</sup> Nel Veneto, tra le donne da 18 a 49 anni, la prevalenza di obesità è 3,9% e di sovrappeso è 21,8% (dati del Sistema di sorveglianza dei determinanti comportamentali e sociali di salute, Regione del Veneto, 2005). Nel mondo il gruppo sociale più colpito da questo problema è quello delle donne afro-americane tra le quali la frequenza è intorno al 50%, il che spiega in parte l'aumento della mortalità materna negli stati USA con forti presenze di questa etnia.

<sup>81</sup> Peso del neonato superiore a 4000-4500 g.

<sup>82</sup> Le donne infettate dal virus HIV hanno maggiori probabilità di morire sia per cause ostetriche (sepsi puerperale, emorragia uterina, malattia pelvica infiammatoria) sia per malattie infettive (tubercolosi, polmonite, meningite).

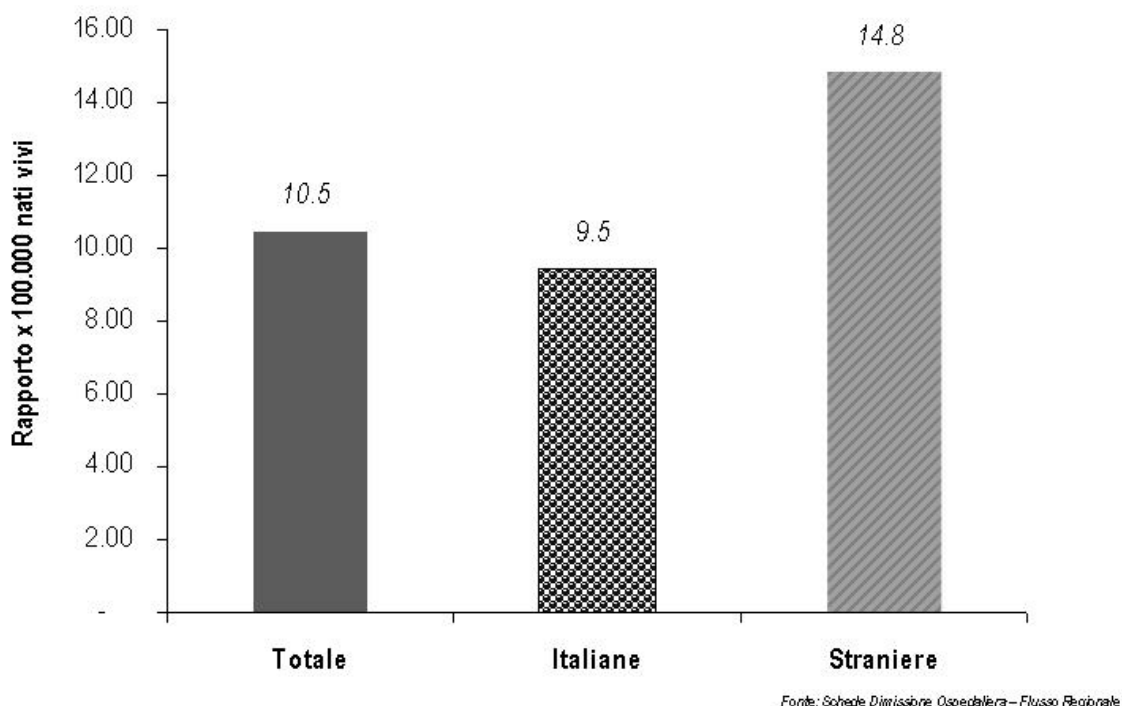
<sup>83</sup> Nel Regno Unito il rischio di morte materna tra le donne che appartengono ai gruppi più marginali è sette volte più alto rispetto agli altri gruppi.

altresi plausibile che l'utilizzo dei servizi e la *compliance* dei trattamenti prescritti e dei piani terapeutici tra donne immigrate siano limitati.

A questo proposito, un concetto cruciale è l'alfabetizzazione sanitaria, cioè la capacità di ottenere, processare e comprendere basilari informazioni riguardo la propria salute ed i servizi sanitari, indispensabile per prendere decisioni appropriate sulla propria salute ed aderire alle prescrizioni mediche. L'alfabetizzazione sanitaria permette di destreggiarsi nell'ambito dei servizi sanitari, ad esempio individuando i professionisti e le strutture appropriate, comunicare con gli operatori, adottare comportamenti salutari e gestire condizioni patologiche croniche.

Queste nozioni sono fondamentali anche nell'ambito dell'assistenza materna, ad esempio riconoscendo precocemente gonfiori agli arti che possono costituire il primo segno di ipertensione gravidica, controllando regolarmente la pressione arteriosa e rivolgendosi ad un medico con specifiche richieste d'aiuto nel caso di segni e sintomi di depressione. Pazienti con carente alfabetizzazione sanitaria soffrono più frequentemente di esiti sfavorevoli, impongono costi diretti più elevati e tendono a ricevere qualità dei servizi al di sotto di standard accettabili rispetto alle donne con buona alfabetizzazione sanitaria. L'alfabetizzazione sanitaria non è un fenomeno che appartiene ad un singolo individuo e deriva invece dall'interazione tra un paziente e operatori sanitari.

**Graf. 38, Rapporto di mortalità materna per nazionalità italiana e non, Veneto, 2002 – 2008**



#### 5.3.4. Indagini sulle cause di morte e morbosità grave

La comprensione di un problema è la premessa indispensabile alla sua soluzione. La valutazione dei servizi alla maternità deve comprendere lo studio dettagliato degli eventi tragici, al fine di comprendere con esattezza il corso degli eventi, incluse le decisioni da parte dei professionisti che hanno gestito i casi. Quest'ultimo passo rappresenta una premessa indispensabile al miglioramento, cioè ad evitare che, nel caso in cui l'assistenza

sia stata inferiore a standard accettabili, episodi simili si ripetano. Tale valutazione può solo essere fatta da specialisti in ginecologia che dispongano di informazioni il più possibile accurate e complete.

L'assenza di informazioni più dettagliate riguardo la storia pregressa delle ventidue donne decedute e relativamente all'appropriatezza<sup>84</sup>, tempestività<sup>85</sup> e conformità<sup>86</sup> dei processi diagnostici e terapeutici erogati non permette di esprimere alcuna valutazione rispetto alla qualità dell'assistenza prestata in quelle tragiche circostanze. Neppure si sa alcunché riguardo la sicurezza dei servizi erogati, cioè se i processi diagnostici e terapeutici abbiano involontariamente provocato danni. E nemmeno si conosce il grado di continuità assistenziale che è stata garantita alle pazienti, ad esempio se pazienti ricoverate per depressione *post-partum* sono state assiduamente assistite a domicilio da un *team* multidisciplinare di professionisti fino alla guarigione. Tutti questi rappresentano aspetti essenziali della qualità dei servizi sanitari, che è indispensabile investigare al fine di porre basi razionali al loro miglioramento.

Nello specifico contesto della nostra Regione, sarebbe fondamentale sapere se le tre madri morte per ipertensione in gravidanza e le sue complicanze, erano state riconosciute precocemente e trattate adeguatamente. In studi clinici dettagliati, i decessi per ipertensione gravidica sono in parte attribuiti ad errori diagnostici, cioè il mancato riconoscimento di segni e sintomi di edema polmonare, e terapeutici, cioè l'inefficace controllo della pressione arteriosa. Altrettanto importante sarebbe conoscere se la diagnosi di gravidanza ectopica tra le quattro gravide decedute nel decennio passato sia stata posta correttamente conducendo ad un ricovero ed un intervento chirurgico d'urgenza. Similmente sarebbe di cruciale importanza esaminare se le due madri decedute per embolia polmonare presentassero rischi per trombosi venosa profonda ed fossero state sottoposte a profilassi<sup>87</sup>. Ancora bisognerebbe investigare se e perché gli aborti mancati<sup>88</sup> non siano stati accertati precocemente, oppure, una volta diagnosticati, se e perché non siano stati seguiti con l'attenzione che questa condizione clinica merita decidendo di indurre l'espulsione del feto. Inoltre sarebbe cruciale sapere se la rottura d'utero durante il parto sia stata diagnosticata e gestita prontamente e se poteva essere prevenuta. La rottura d'utero nei Paesi avanzati è spesso collegata all'induzione del parto, utilizzata sempre più frequentemente, ed il parto vaginale in donne già sottoposte a cesareo. Ugualmente essenziale sarebbe conoscere se le donne suicide fossero depresse e se tale patologia psichiatrica sia stata individuata senza indugio e trattata con sufficiente aggressività clinica.

E' possibile che, date le circostanze, tutto sia stato fatto al meglio, applicando in modi appropriati le conoscenze e le tecnologie più moderne disponibili. Purtroppo le informazioni note, tratte dalle schede di dimissione ospedaliera e dalle schede di morte, sono molto limitate e non permettono di esprimere valutazioni sulla qualità dei servizi erogati alle pazienti decedute. Nel Veneto, come nel resto dell'Italia, non esistono sistemi di indagine sistematica riguardo ai decessi materni. L'approccio scientifico, alla cui base

---

<sup>84</sup> Appropriatezza consiste nell'erogare servizi, nell'ambito di una struttura adeguata, ad ogni individuo che ne può beneficiare, evitando di prestare servizi a coloro che probabilmente non ne trarranno beneficio.

<sup>85</sup> Tempestività si riferisce sia al tempo trascorso tra l'insorgenza di una patologia e l'accesso ad una struttura sanitaria (ad esempio, il tempo trascorso tra l'insorgere di un'emorragia a casa e l'accesso ad un pronto soccorso), sia alla rapidità di erogazione dei servizi una volta il paziente sia entrato all'interno di strutture sanitarie (ad esempio, il tempo trascorso tra l'accesso ad un pronto soccorso per emorragia e l'accesso in sala operatoria).

<sup>86</sup> Conformità si riferisce al rispetto di linee-guida o protocolli clinici che definiscono come condurre processi diagnostici e terapeutici.

<sup>87</sup> Ad un aumento della frequenza di cesarei, del soprappeso e del diabete corrisponde un incremento delle indicazioni alla profilassi farmacologica della trombosi venosa profonda.

<sup>88</sup> Aborto mancato è una morte fetale che perdura almeno otto settimane senza essere riconosciuta.

ci sono obiettività e metodo, costituisce un elemento centrale della medicina, e dovrebbe essere utilizzato anche nell'analisi degli eventi nefasti, particolarmente quelli che riguardano l'ostetricia. Tutto ciò non per identificare eventuali responsabilità, ma allo scopo di apprendere lezioni utili al miglioramento dei servizi, sia all'interno delle strutture dove questi eventi sono occorsi, sia nell'ambito di tutto il sistema di erogazione di servizi materni.

L'analisi dovrebbe considerare non solo i singoli eventi, ma altresì cogliere i nessi comuni tra eventi luttuosi e proporre una logica complessiva di analisi e strategie, come da oltre mezzo secolo fa il Regno Unito tramite le inchieste confidenziali sulle morti materne. Queste ultime, condotte ogni triennio dall'Inghilterra fin dagli anni '50, rappresentano un approccio sistematico allo studio della frequenza e delle cause del fenomeno al fine di ridurlo il più possibile. Un principio cardine di queste inchieste è la confidenzialità riguardo alle donne, al personale ed alle strutture coinvolte, che sono sempre tenuti anonimi. Questa strategia, adottata anche da alcuni stati Europei, dall'Australia e dagli Stati Uniti, è preziosa perché analizza in dettaglio e sistematicamente le cause di ogni morte materna e raccomanda misure cliniche ed organizzative capaci di ridurre i problemi identificati. Le inchieste confidenziali rappresentano anche uno strumento importante per individuare morti materne che altrimenti rimarrebbero sconosciute in quanto non classificate come tali. I documenti prodotti da tali inchieste sono un punto di riferimento essenziale per i professionisti dell'ostetricia inglese e oltre; il consenso è che tali indagini abbiano contribuito ad evitare numerosissime morti e disabilità.

L'analisi della morbosità materna severa rappresenta un'importante integrazione alle indagini sui decessi materni. I "*near miss*", cioè le tragedie sfiorate, sono molto più frequenti dei decessi ed il loro studio aiuta a comprenderne le cause ed adottare coerenti cambiamenti nell'organizzazione dei servizi, col fine di evitare che eventi simili si ripetano. Spesso le cause di "*near miss*" sono le stesse delle morti materne e quindi il loro approfondimento permette anche di conoscere meglio i motivi dei decessi. Come prevedibile, i numerosi studi condotti internazionalmente su pazienti affette da condizioni classificabili come "*near miss*" presentavano una più alta probabilità di errore medico nella gestione delle loro patologie, in particolare identificazione tardiva di rischio elevato o gestione inappropriata della condizione patologica.

Le tragedie che conducono ad una morte o grave patologia materna derivano da un complesso concatenarsi di cause vicine e lontane nel tempo, e che riguardano la storia naturale della patologia, le strategie sanitarie e la risposta dei servizi allo specifico caso, le conoscenze e le decisioni delle pazienti e dei loro familiari ed anche la cultura della società all'interno della quale gli eventi accadono. Perciò sarebbe estremamente utile studiare nel dettaglio non solo le condizioni cliniche, ma anche il contesto organizzativo e le circostanze familiari e sociali all'interno dei quali tali tragedie sono insorte. La scarsità delle informazioni di cui disponiamo riguardo le morti materne nel Veneto durante il triennio considerato, ci impediscono di valutare gli aspetti citati, ad esempio il ruolo dell'alfabetizzazione delle donne gravide e dei familiari, in altre parole la loro consapevolezza, attitudini e scelte, rispetto all'evoluzione delle patologie. Ad esempio, i primi segni e sintomi di gravidanza ectopica e di psicosi *post-partum* sono stati interpretati come qualcosa che meritava attenzione immediata dei servizi sanitari o sono stati trascurati troppo a lungo generando condizioni cliniche irreparabilmente compromesse?

La valutazione dei servizi alla maternità deve concentrare l'attenzione sia su questioni specifiche, come le particolarità di ogni decesso materno, sia generali, strategiche, quali l'organizzazione dei servizi. Ad esempio, sarebbe opportuno investigare se esistano linee-guida Regionali e di ULSS riguardo la profilassi della trombosi venosa profonda e se siano state adottate dai vari ospedali e servizi. La prevenzione della trombosi venosa profonda e dell'embolia polmonare in gravidanza è stata oggetto di analisi e strategie nazionali,

per esempio nel Regno Unito e nel Canada; in seguito alla pubblicazione di linee-guida nel 1995 e 2000, rispettivamente, entrambi i paesi hanno ottenuto successi sostanziali nella riduzione della patologia particolarmente in donne sottoposte a cesareo.

I risultati dell'assistenza al parto nel Veneto, come l'evidenza dei fatti presentata più sopra dimostra, sono molto buoni. Tuttavia, nella nostra Regione, come più in generale in Italia, non esistono analisi sistematiche di ogni caso di morte materna. Perciò, non sappiamo se ed in quali ospedali e/o ambulatori esista un problema di assistenza alla gravidanza, al parto e durante il periodo successivo, con standard inferiori a quelli accettabili.

Visti i successi straordinari nella riduzione della mortalità materna degli ultimi 70 anni, la domanda cruciale che ogni Paese avanzato, inclusa la nostra Regione, deve porsi è la seguente: " *Il nostro sistema sanitario ha raggiunto il punto nel quale ulteriori progressi non sono possibili o sarebbero realizzabili solo a costi esorbitanti che sottrarrebbero risorse limitate ad altri servizi più necessari, utili e costo-efficaci* <sup>89</sup> ? "

La risposta sintetica basata sugli studi degli ultimi due decenni condotti in Paesi avanzati è che la metà delle morti materne è prevenibile e perciò esistono ancora sostanziali margini di miglioramento. La percentuale di decessi materni considerati prevenibili, cioè nei quali l'assistenza è reputata inferiore a standard accettabili, è rimasta costante negli ultimi decenni. Ciò può sembrare paradossale e preoccupante, in realtà si spiega col fatto che, in seguito all'accumularsi di evidenza scientifica, gli standard di assistenza clinica vengono innalzati progressivamente. Ad esempio, solo nell'ultimo decennio sono state elaborate ed adottate linee-guida riguardo la profilassi della trombosi venosa profonda in donne sottoposte a cesareo e quindi esistono criteri obiettivi per valutare se pazienti colpite da questa patologia siano state trattate secondo standard condivisi.

I principi proposti più avanti per una strategia Regionale di assistenza materna e le raccomandazioni sintetizzano alcuni passi che è possibile adottare nel Veneto al fine di raggiungere risultati sempre migliori.

### **5.3.5. Interruzione volontaria della gravidanza, fertilità, mortalità infantile, neonatale e perinatale**

Il Graf. 39 mostra come l'interruzione volontaria della gravidanza sia diminuita progressivamente dall'inizio degli anni '80 fino a metà '90; da questo momento è aumentata un po' plausibilmente in conseguenza dell'immigrazione.

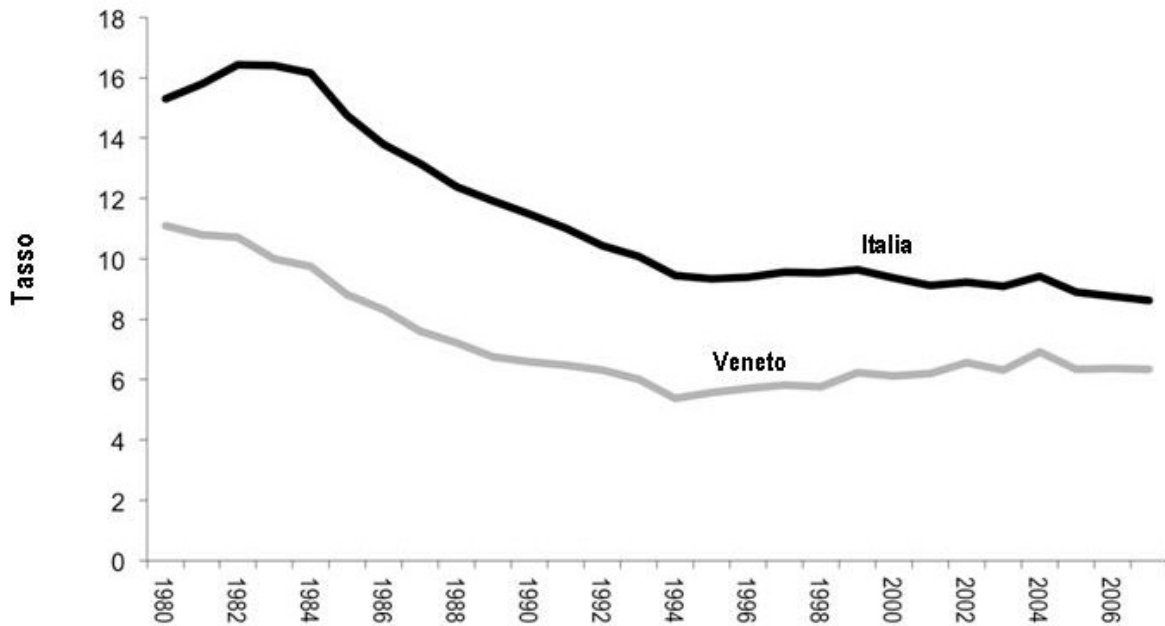
Il Graf. 40 rivela come, nell'arco di sette anni, la percentuale di donne fertili immigrate sia aumentata del 10% e la percentuale di neonati figli di italiane sia passata dall'88 al 73%. Ciò in conseguenza della più elevata fertilità delle donne immigrate.

Il Graf. 41 mostra i decessi in bambini sotto l'anno in differenti periodi nel Veneto. Nel 2007 sono stati 135, essenzialmente nei primi giorni dopo il parto soprattutto a causa di malformazioni congenite. Se il rischio di morte infantile oggi fosse rimasto uguale al 1955 ci sarebbero state 1.830 piccole vittime; se la mortalità infantile fosse ancora equivalente a quella del 1900, i decessi sarebbero stati 7.225, cioè una frequenza 54 volte maggiore. Il progresso è stato veramente straordinario.

---

<sup>89</sup> Il concetto rilevante su questo punto è economico, cioè quale è il costo marginale di evitare un ulteriore caso di morte materna e qual è il costo di opportunità, cioè quali altri servizi si sarebbe potuto erogare e quali risultati di salute si sarebbero potuti ottenere con una diversa allocazione delle risorse .

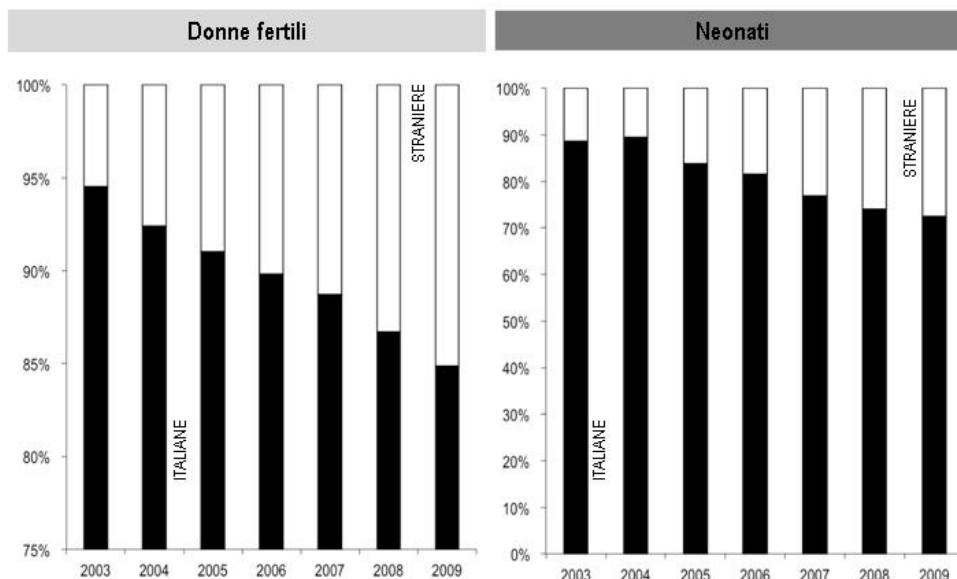
**Graf. 39, Interruzione volontaria di gravidanza, Veneto e Italia, 1980 - 2007**



Fonte: Health for all - Istat

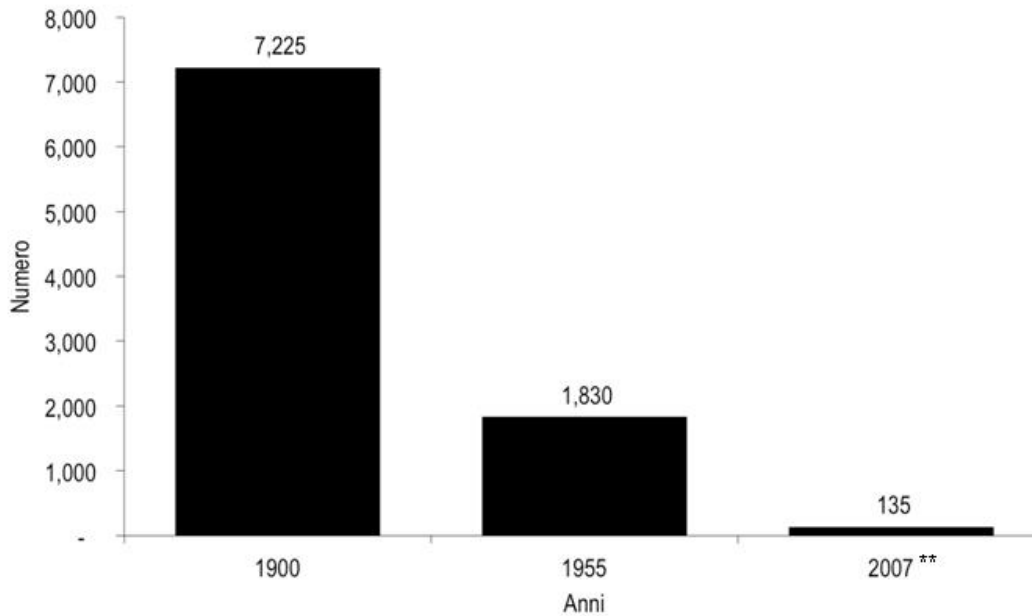
I Grafici 42 e 43 illustrano l'evoluzione della mortalità infantile in alcune nazioni Europee e nel Veneto rispetto all'Italia. Il nostro Paese presenta frequenza simili a quelle di altre nazioni avanzate ed il Veneto ha raggiunto risultati ancora migliori. Il Graf. 44 chiarisce come i maggiori progressi nella riduzione della mortalità infantile durante gli ultimi 20 anni siano stati ottenuti tra i neonati entro una settimana di vita, periodo nel quale la neonatologia è decisiva. Dall'inizio del decennio, i tassi di mortalità per i tre gruppi d'età presi in considerazione sono stabili, segno che si è arrivati vicino al limite del miglioramento possibile.

**Graf. 40, Fertilità e immigrazione: donne fertili e neonati per nazionalità, Veneto, 2003-2009**



Fonte: Istat

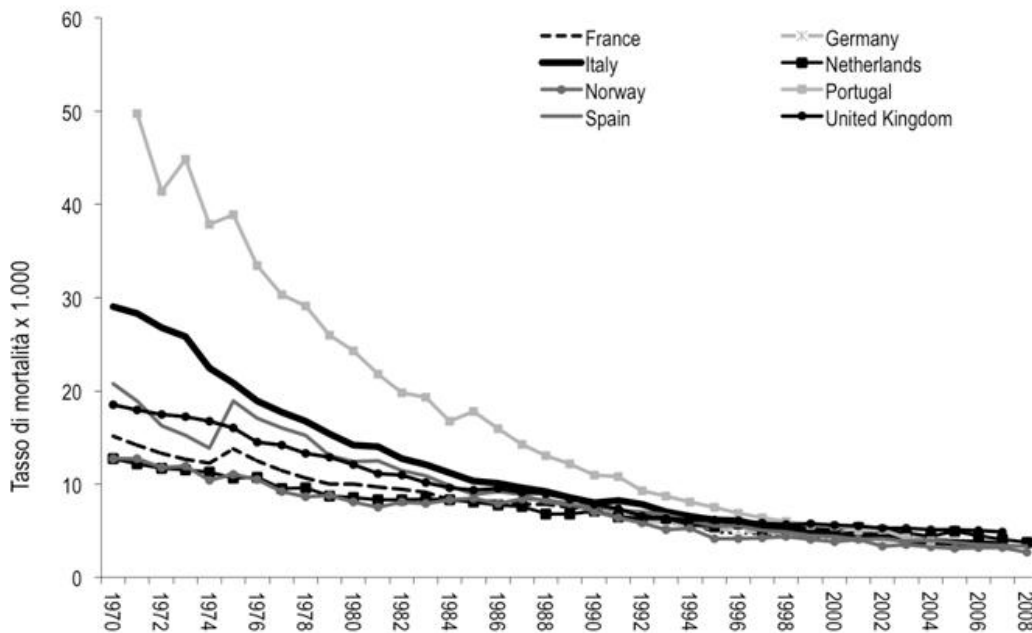
**Graf. 41, Decessi infantili: stimati\* e attuali, Veneto, 1900-2008**



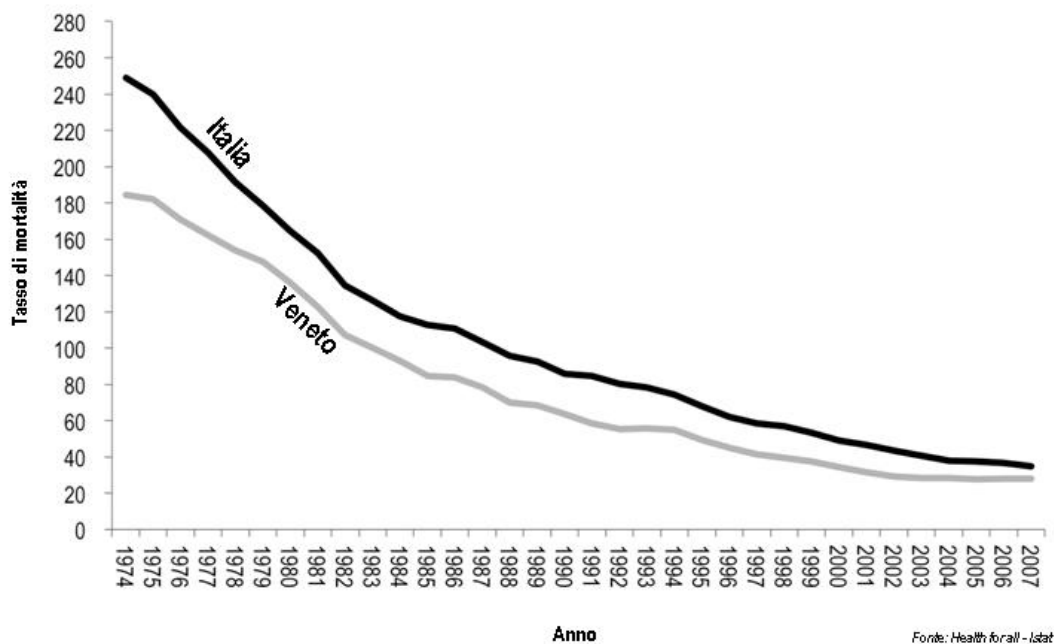
\* Ipotesi in cui la mortalità è rimasta uguale a quella del secolo scorso con i nati vivi odierni (48.166)

\*\* Il dato del 2007 comprende la media di 2008, 2007 e 2006

**Graf. 42, Mortalità infantile x 1.000 nati vivi in 1 anno: Serie storica, Europa, 1970 - 2008**

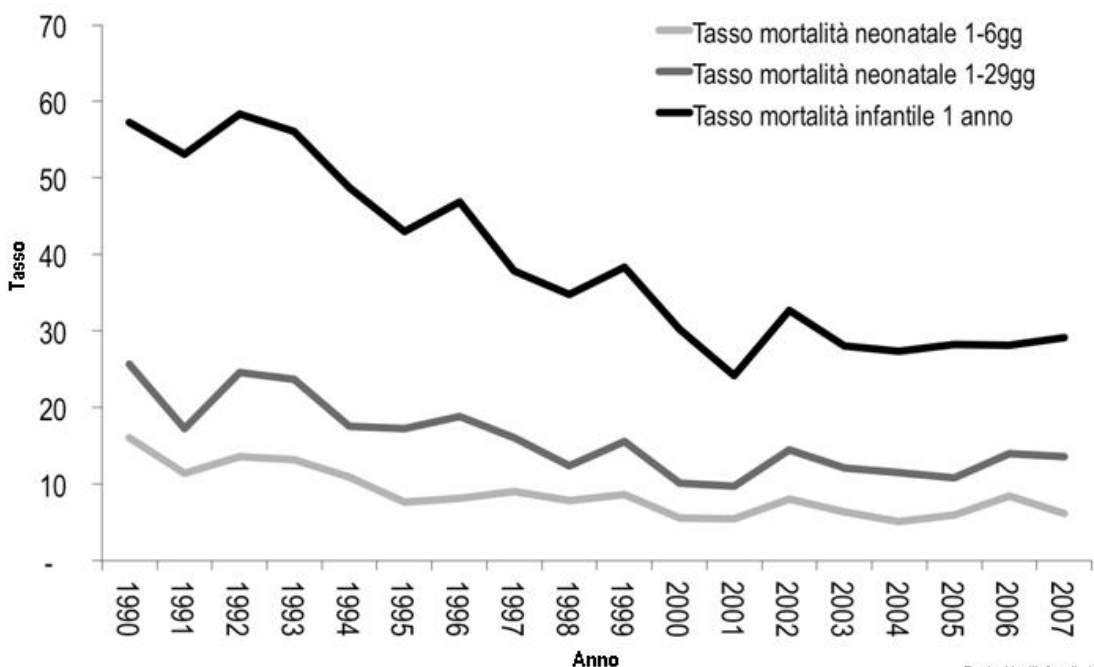


**Graf. 43, Mortalità infantile x 10.000 nati vivi in 1 anno: Serie storica, Italia e Veneto, 1974 - 2007**



Fonte: Health for all - Istat

**Graf. 44, Mortalità infantile x 10.000 nati vivi in 1 anno: Serie storica, Veneto, 1990 - 2007**



Fonte: Health for all - Istat

## 6. Sicurezza dell'assistenza

Settori complessi dell'attività umana, soprattutto quelli caratterizzati da rischi elevati e potenziali conseguenze disastrose, ad esempio l'aviazione civile, l'industria nucleare ed i militari, soprattutto portaerei e sottomarini nucleari, hanno studiato l'interazione tra tecnologie ed esseri umani cercando di ridurre le possibilità di errore. Il primo studio sulla dimensione umana dell'errore è dell'Agenzia Spaziale degli USA, la NASA che, alla fine degli anni '70, ha concluso che la comunicazione e l'interazione tra piloti era la causa più importante (oltre il 70%) di incidenti aerei. Altri fattori, come malfunzionamenti degli apparecchi (8%), scadente manutenzione (7%) e tempo cattivo (5%), apparivano molto meno rilevanti. L'aviazione civile, inclusi i piloti, ha ben accettato questi risultati ed ha condotto un'ulteriore ricerca sul ruolo di *leadership*, comunicazione e lavoro in *team* all'interno delle cabine di pilotaggio. Oggi i piloti possono non ottenere il brevetto in base a considerazioni puramente "non tecniche", cioè legate al fattore umano. Il successo in questi settori è stato fenomenale, ad esempio nell'aviazione civile non c'è stato alcun decesso al mondo per incidenti nel 2002 e nel 2004 e gli errori di volo nelle portaerei statunitensi è diminuito del 400% tra il 1980 ed il 2000. Il successo non è stato raggiunto tramite esortazioni nei confronti dei piloti di non commettere errori o l'espulsione in massa di quelli che ne hanno commessi. Quindi è improbabile che queste strategie funzionino in medicina. E' vero anche che la disciplina all'interno dell'aeronautica civile è simile a quella militare e la violazioni di alcune regole, come quella di essere sempre sobri sul lavoro, porta senza appelli all'estromissione. Ma questo problema, in aeronautica come in medicina, riguarda una minoranza molto ristretta che comunque deve essere gestita.

Alcune lezioni sviluppate in altri ambiti sono estremamente rilevanti anche nella sanità. Nella clinica, analogamente all'aviazione, gli sbagli di comunicazione spiegano oltre il 70% degli eventi sentinella, cioè quelli più gravi. Non sorprende che micro-unità complesse come una cabina di pilotaggio e un'unità operativa, ad esempio una sala parto o una sala operatoria, confrontino simili cause profonde degli errori più gravi dato che sono gestite da esseri umani, pur molto qualificati. Purtroppo però la sanità tende ad accogliere in ritardo, con un certo sospetto ed in modo parziale i contributi rilevanti che altre discipline hanno costruito, ad esempio il *management*, la psicologia di gruppo ed individuale.

### 6.1. Sicurezza in medicina

Già due millenni e mezzo fa, Ippocrate possedeva una lucida comprensione della imprescindibilità della sicurezza per l'esercizio della medicina e formulava il primo principio di etica professionale: "*primum non nocere*". Questo ancora rappresenta un faro per chiunque pratica la clinica o gestisce sistemi sanitari. Nonostante il medico e filosofo greco avesse collocato al centro della professione medica la questione della sicurezza, questo aspetto è entrato nel dibattito e nella programmazione e valutazione dei servizi sanitari molto recentemente. In particolare la pubblicazione di un articolo scientifico ed un libro hanno radicalmente cambiato la situazione negli anni '90. Il primo studio sistematico sugli eventi avversi<sup>90</sup> e sugli errori in medicina<sup>91</sup>, condotto dall'Università di Harvard all'inizio degli anni '90<sup>92</sup>, ha rivelato l'esistenza di un problema dalle dimensioni

---

<sup>90</sup> L'Istituto di Medicina USA definisce l'evento avverso come un danno al paziente causato dalla gestione sanitaria, non dipendente dalle condizioni cliniche dell'assistito, o un incidente, incluso il mancato incidente, importante in termini di possibili conseguenze per il paziente. Un evento avverso attribuibile ad un errore è un evento prevenibile.

<sup>91</sup> L'errore in medicina è definito come omissione di procedura o una procedura inappropriata dalla quale risulta un evento avverso clinicamente significativo.

<sup>92</sup> Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1991 Feb 7;324(6):370-6.

considerevoli e quindi inaspettate: nel 3,7% dei ricoveri si era verificato un evento avverso, cioè un danno alla salute del paziente in conseguenza dell'assistenza ricevuta, e nei due terzi era dovuto ad un errore dei professionisti. L'aspetto più drammatico era che il 15% degli eventi avversi terminava con il decesso dei pazienti.

All'epoca della pubblicazione, lo studio venne ignorato oppure accolto con sorpresa ed incredulità. Tuttavia tutte le indagini successive che hanno replicato l'analisi originale, negli USA come in altre nazioni avanzate, dal Regno Unito alla Francia, dall'Australia al Canada, hanno rivelato situazioni analoghe o ben più gravi. Ad esempio in Australia il 16,6% dei ricoveri erano associati ad un evento avverso, il 51% era considerato prevenibile, il 13,7% aveva causato disabilità permanente ed il 4,9% aveva avuto esito mortale. Una critica allo studio originale sugli eventi avversi si basava sul fatto che l'analisi prendeva in considerazione cartelle cliniche già compilate nel passato. Altre indagini hanno perciò utilizzato metodi differenti, scientificamente più solidi, ad esempio un approccio prospettico che misura gli errori e le loro conseguenze simultaneamente all'erogazione dei servizi. Tali studi hanno evidenziato risultati equivalenti, ad esempio decisioni inappropriate nel 45,8 % dei pazienti ed eventi avversi seri nel 17,7%.

Nella maggior parte dei casi gli errori medici non provocano danni ai pazienti. Al tempo stesso, quando almeno un evento avverso si manifesta, i pazienti che ne soffrono hanno un rischio di morte e vengono nuovamente ospedalizzati nel mese successivo con frequenze sostanzialmente maggiori rispetto ai ricoverati che non sperimentano alcun evento avverso. Ad esempio, uno studio USA ha concluso che il rischio di decesso intraospedaliero era pari al 9,2% tra coloro ai quali veniva diagnosticato un evento avverso e del 1,3% negli altri pazienti. Una misura esatta del problema è impossibile da ottenere in quanto diversi approcci forniscono risposte diverse.

Circa dieci anni dopo il primo studio, la pubblicazione di un libro "Sbagliare è umano"<sup>93</sup> da parte dell'Istituto di Medicina (IOM) statunitense ha segnato la svolta decisiva. Questo rapporto definisce la sicurezza in sanità come "assenza di danni accidentali causati da assistenza medica". La credibilità di istituzioni come Harvard ed il IOM e la capacità della cultura americana di confrontare apertamente i problemi senza tentativi di nascondere, sfuggire e forse travisare la realtà, ha portato ad un movimento culturale e strategico, cioè fattivo, che oggi è non solo impossibile ignorare, ma semplicemente inarrestabile. Di fatto, le strutture sanitarie che non hanno adottato misure essenziali per salvaguardare la sicurezza dei pazienti sono escluse dai finanziamenti pubblici e delle assicurazioni.

I costi diretti attribuibili a problemi di sicurezza all'interno degli ospedali sono consistenti; negli USA, ad esempio, sono stati stimati ammontare al 4-10% della spesa. I costi non riguardano solo la compromissione dello stato di salute di molti pazienti e delle finanze del settore, ma danneggiano anche la reputazione dei servizi e l'imprescindibile relazione di fiducia tra medici e pazienti. Quando gli eventi avversi diventano di dominio pubblico, il che succede in una minuscola percentuale di casi, in genere attribuiti dalla stampa ad errori medici, occupano posizioni di rilievo sulle pagine dei giornali e riverberano in profondità nella società e quindi nella politica, minacciando la base del rapporto fiduciario tra professionisti e cittadini. Ciò costituisce un problema reale e molto serio e chiunque pratica la medicina lo vive. In ambito ostetrico, questo problema si manifesta, ad esempio, in sala parto quando alcuni padri che assistono la moglie interferiscono nei processi assistenziali, cercando di "consigliare" e "dirigere" i clinici, creando quindi tensione, distrazione e quindi un clima all'interno del quale è più facile si manifestino

---

<sup>93</sup> "To Err is Human: Building a Safer Health System" pubblicato nel 1999, è stato seguito da altri due libri altrettanto importanti ed influenti "Crossing the quality chasm" (Attraversando l'abisso della qualità) nel 2001 e "Patient safety" (Sicurezza del paziente) nel 2004, tutti elaborati dall'IOM .

errori<sup>94</sup>. Questo episodio non è frutto della fantasia, ma un aneddoto raccontato da ginecologi che operano in Veneto, tratto quindi dalla realtà di una sala parto.

In Italia, il Consorzio universitario per l'ingegneria nelle assicurazioni (CINEAS) del Politecnico di Milano stima che ogni anno 320.000 pazienti soffrono effetti avversi legati a errori nel corso dell'assistenza, pari al 4% dei circa 8 milioni di ricoveri. Lo stesso gruppo stima in 14.000 il numero di morti attribuibile a tali errori<sup>95</sup>. Se il servizio sanitario del Veneto soffrisse la stessa realtà rilevata negli USA dallo studio originale, ci sarebbero circa 29.600 eventi avversi e 4.400 decessi all'anno tra le ospedalizzazioni<sup>96</sup>. La tentazione è negare che tutto ciò riguardi il servizio sanitario del Veneto, semplicemente dichiarando che questo tipo di problemi non esistono in uno dei migliori servizi sanitari, che è stato anche elogiato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Ciò è umanamente comprensibile, ma rappresenta anche una posizione debole che non risolve le questioni che presumibilmente appartengono pure al nostro sistema sanitario e non si assume la responsabilità di confrontare ed affrontare con coraggio e determinazione la realtà. E' analogo a dire che altri problemi, ancora più gravi e tristi, che affliggono l'umanità come la pedofilia, l'infanticidio, il suicidio di una neo-mamma esistono in altre società, in altri Paesi o Regioni, ma non qui, in mezzo a noi, oggi. Vorremmo che la società di cui facciamo parte non vivesse questi problemi, ma purtroppo nessuna comunità ne è immune ed un atteggiamento coscienzioso e moderno richiede che sia fatta luce e siano affrontati insieme con coraggio e prudenza, determinazione e sistematicità, tatto ed obiettività.

In definitiva, nonostante il problema esista e la sua dimensione sia importante, la questione tende ad essere negata o, almeno, viene considerata come qualcosa di marginale, un po' come andare a cercare il pelo nell'uovo. La negazione di un problema è la risposta che gli esseri umani istintivamente danno alle difficoltà, sofferenze o ostacoli inaspettati, siano essi un lutto od un insuccesso. Inoltre, in ambito medico, è sicuramente difficile accettare che professionisti dedicati ed intelligenti che hanno investito decenni nella costruzione del proprio sapere e desiderano offrire il meglio della propria professionalità ai pazienti possano errare così frequentemente. La difficoltà nell'accettare i limiti del proprio operare e dei sistemi all'interno dei quali si è inseriti deriva anche dalla cultura medica che tende a sopravvalutare le capacità umane arrivando alla posizione insostenibile di considerarsi infallibile. Ciò è comprensibile, data la difficoltà di rispondere ogni giorno per un'intera vita professionale a problemi medici complessi e sofferenze inaudite, che talvolta hanno esiti tragici.

La cruciale questione di una qualità inaccettabile dei processi clinici e degli errori in medicina, è stata comunemente considerata come una conseguenza dell'inadeguatezza di singoli professionisti rispetto a conoscenze o capacità. L'approccio moderno alla sicurezza del paziente poggia invece sul principio essenziale che la grande maggioranza degli errori sono commessi da operatori competenti, impegnati e ai quali

---

<sup>94</sup> I padri sono certamente benvenuti ad assistere al parto, se così desiderano anche le partorienti. La vicinanza dei genitori in una circostanza così intensa rafforza la relazione e, almeno simbolicamente, segnala fin da subito che la coppia è impegnata insieme nella crescita del piccolo. Il punto che si vuole sottolineare qui è che la basilare comprensione della realtà, il rispetto per il lavoro e la conoscenza ed il saper stare al proprio posto non sono purtroppo bagaglio di tutti. A questo proposito, l'analogia che ci viene in mente è un individuo che, invitato in una cabina di pilotaggio, invece di godersi la magia del volo, o lo spettacolo incantevole della Natura, le stelle e l'alba, i ghiacciai ed i fiumi, o provare ammirazione per una tecnologia impressionante, o per l'abilità di chi conduce l'apparecchio, cerca di convincere i piloti a cambiare rotta o, magari, diminuire la potenza dei motori durante il decollo perché il rumore dei motori infastidisce ...

<sup>95</sup> Questa stima corrisponde circa al numero di vittime di 50 jumbo jet disintegrati. Cosa accadrebbe se cadesse un jumbo alla settimana in Italia? La differenza principale tra questi scenari è che morti disperse nel tempo e nello spazio e che sono attribuite al destino non provocano forti reazioni emotive e politiche, al contrario di morti concentrate la cui causa prima è facilmente identificabile, come in un incidente aereo.

<sup>96</sup> 800.000 dimissioni x 3,7% = 29.600 eventi avversi; 29.600 x 15% = 4.440 decessi.

sta a cuore il benessere dei pazienti. L'orientamento moderno alla sicurezza identifica principalmente due ragioni che spiegano gli errori in medicina: in primo luogo i professionisti sono innanzitutto essere umani e come tali soffrono di limiti cognitivi, in secondo luogo operano all'interno di sistemi disegnati in modo lacunoso e quindi incapaci di sostenerli al meglio.

I limiti cognitivi di particolare rilevanza alla pratica clinica sono tre: la fallibilità della memoria, la vulnerabilità allo stress ed alla fatica e la facilità a distrarsi. L'imperfezione della memoria è familiare ad ognuno di noi quando ci sorprendiamo per aver dimenticato il numero del nostro bancomat. Anche la fatica, in particolare il sonno, è un fattore molto importante e chiunque abbia guidato dopo aver sofferto d'insonnia sa come sia difficile attuare semplici manovre con lucidità e prontezza, svolgere quindi compiti ben meno complessi di quelli necessari in ambito medico. Anche i professionisti possono sbandare paurosamente durante l'esecuzione di una procedura sotto l'effetto della sonnolenza e, analogamente ad un automobilista, uscire di strada ed urtare un platano con effetti devastanti per i passeggeri della cui incolumità sono responsabili. Infine le sviste e le distrazioni sono spesso conseguenza di deconcentrazione e l'attività clinica è contrassegnata da continue pressioni alle quali è necessario prestare attenzione contemporaneamente. Rimanendo nell'ambito delle capacità umane applicate alla conduzione di veicoli, condurre un'auto e parlare al cellulare sono spesso causa di incidenti, nonostante entrambi i compiti richiedano bassa concentrazione. In estrema sintesi, gli essere umani sono fallibili, perché la memoria è ingannevole, la concentrazione scarsa e l'affaticamento prende facilmente il sopravvento, e ciò riguarda anche i professionisti, dal fisico nucleare ai magistrati, dai poliziotti agli astronauti, e non risparmia i clinici, compresi i ginecologi e le ostetriche.

La posizione che sostiene l'infalibilità dei clinici è irrealistica anche perché ignora che la medicina è uno dei settori più complessi dell'attività umana, alcuni studiosi lo hanno definito come il più complesso, essendo gremito di sorprese, incertezza, informazioni incomplete, interruzioni e compiti diversi realizzati contemporaneamente. La pratica clinica ha di fatto oltrepassato i limiti propri della performance umana. L'applicazione di semplicissimi modelli che calcolano la probabilità di errore in attività più o meno articolate permette di comprendere in modi meno superficiali il nesso tra complessità, capacità umane e sbagli. Un singolo episodio di assistenza al parto assomma a diverse migliaia di decisioni e di azioni che possono essere scomposte in processi, cioè in sequenze di attività con uno scopo definito. Ad esempio, il semplice processo dalla prescrizione alla somministrazione di un farmaco comprende circa 40 passi.

A livello di unità operativa, il fattore umano, la leadership, il lavoro in team ed una cultura propria delle organizzazioni ad elevata affidabilità, sono tutti elementi essenziali per la sicurezza. Il **fattore umano** consiste nello studio dell'interfaccia tra esseri umani, il loro ambiente e la tecnologia e nella gestione di queste interazioni tramite la standardizzazione, la semplificazione, le funzioni obbligate e l'affidarsi il minimo possibile alla memoria. Costituisce quindi una risposta razionale, moderna e necessaria, anche se non sufficiente, alla complessità della pratica clinica ed alla fallibilità umana. I **leader** dei *team*, come di intere organizzazioni, hanno forte influenza sull'atmosfera predominante, il grado di collaborazione e quindi il successo nel raggiungere obiettivi di salute, incluso quello della sicurezza. I leader promuovono team funzionali mostrando senza eccezioni un rispetto reciproco non negoziabile; il rispetto è la base di qualsiasi relazione costruttiva e c'è un solo e semplice sistema per acquisirlo: praticarlo nelle relazioni. Oltre al fattore umano ed alla leadership, il **lavoro in team** costituisce un presupposto della qualità e della sicurezza. In ogni ambiente complesso studiato, inclusa la pratica medica, i team mostrano una performance migliore di quella dei singoli individui. Un team è un piccolo numero di persone con competenze complementari che sono impegnate a realizzare un

fine comune, un insieme di obiettivi e rispondono dei risultati l'uno all'altro individualmente e nel complesso. Come si è già sottolineato, la prima causa di errori nelle organizzazioni complesse è il pregiudizio della comunicazione. Un decisivo fattore di successo è la fiducia tra i membri, insieme all'abilità di lavorare efficacemente insieme e portare a termine i compiti, senza smarrirsi di fronte alle difficoltà.

La **cultura organizzativa**, cioè i valori, le attitudini, le pratiche ed i comportamenti dominanti di un'intera organizzazione e di sue componenti, è un ulteriore fattore cruciale della performance. Un concetto emerso recentemente dalla letteratura sulla sicurezza è quello di organizzazioni altamente affidabili. Queste sono caratterizzate dal tenere sempre alta l'attenzione riguardo alla possibilità di errore, dal rispetto per la conoscenza e l'esperienza prescindendo dalla posizione formale che un individuo occupa nella scala gerarchica, dal non semplificare l'interpretazione dei fatti, giudicando privo di significato un segnale che dovrebbe invece indurre allarme. Altre dimensioni proprie delle organizzazioni altamente affidabili sono la concentrazione sui dettagli, la capacità di affrontare con successo le crisi e sapere esattamente cosa fare nel caso la situazione diventi grave evitando che si comprometta oltre il limite di non ritorno insieme all'abilità di recuperare la coesione del team nel caso di gravi difficoltà, come errori medici.

La performance delle unità operative, come dei singoli professionisti, è fortemente influenzata dall'ambiente nel quale sono inserite che inizia dall'ospedale e dall'ULSS e, espandendo progressivamente l'orizzonte, prosegue con le istituzioni sanitarie Regionali e Nazionali, che, a loro volta, agiscono in un ambiente culturale, sociale ed economico specifico. Il sostegno del **management** per la sicurezza è imprescindibile, tramite l'investimento di risorse, piani strategici, incentivi, riconoscimenti, la costante esortazione a collocare la sicurezza al centro delle attività e, più concretamente, parlare tramite i fatti, cioè assicurando che le risorse siano congruenti con le funzioni svolte, cioè con i processi clinici non solo per quanto riguarda complesse e costosissime tecnologie, ad esempio la risonanza magnetica che possono costare uno o due milioni di Euro, ma anche materiali essenziali di uso quotidiano, come guanti e cateteri. Ad esempio, l'acquisto di uno stock di guanti che si rompono o di cateteri venosi centrali difficili da collocare possono provocare danni irreparabili alla salute di pazienti e perdite immense per le finanze dell'ospedale e dell'ULSS. Un singolo guanto strappato mentre si assiste un neonato, magari prematuro, può costare tanto quanto l'acquisto di un numero di guanti sufficiente a coprire il fabbisogno dell'intero ospedale per decenni. Decessi, ricoveri in rianimazione ed ospedalizzazioni prolungate difficilmente saranno attribuiti all'acquisto errato nelle statistiche ufficiali. Tuttavia i professionisti all'interno delle unità operative saranno consapevoli che materiale inadeguato causa danni anche irreparabili ai pazienti. Perciò un ulteriore, altrettanto importante, pregiudizio, che consegue all'acquisto di materiale inadeguato, è la frustrazione dei professionisti che percepiscono il management lontano dalla realtà dell'erogazione dei servizi. Tale insoddisfazione aumenta se le preoccupazioni documentate e ripetutamente espresse dai professionisti non trovano risposta dal management.

Gli ospedali sono sistemi e caratteristica dei sistemi è che la modifica di una parte determina cambiamenti nell'intero sistema, un output di una unità (l'acquisto di guanti dell'unità deputata) rappresenta un input per un'altra unità (la sala parto). La sala parto può funzionare secondo criteri di qualità e sicurezza solo se, tra altre condizioni, gli input che riceve sono adeguati, ad esempio cioè i guanti non si rompono. Se il centro di costo degli acquisti viene valutato solo sulla base del confronto tra budget disponibile e spesa, senza tener conto della qualità degli acquisti e delle conseguenze letali oltre che finanziarie ed economiche per l'intera organizzazione, significa che le varie unità che costituiscono l'organizzazione non sono allineate, cioè non lavorano per le stesse grandi finalità, tra le quali la sicurezza deve essere collocata all'apice. Perciò la sicurezza nelle

sale parto, e più in generale negli ospedali, può essere raggiunta solo se ognuno fa la sua parte mantenendo la sicurezza sempre presente e comprendendo il proprio ruolo e gli effetti potenziali sia positivi, sia dannosi.

Funzione primaria del management è quindi allineare le diverse parti assicurando che ognuna contribuisca alle finalità strategiche. Le unità vengono allineate in due modi: da una parte i piani, i programmi e le procedure e, dall'altra, la cultura organizzativa. I fattori più importanti nel determinare il successo di varie organizzazioni, non solo sanitarie, nell'ambito della sicurezza sono la qualità del leader e la cultura organizzativa, oltre che la capacità di gestire le operazioni, cioè l'erogazione dei servizi.

Lo studio della sicurezza in ambito sanitario ha identificato quattro tipi di organizzazioni: quelle che sono indifferenti al tema, quelle che sono ignare del problema, quelle che, pur impegnandosi, falliscono ed infine quelle che dimostrano successi ripetuti ed in aumento. I manager dovrebbero chiedersi e discutere apertamente anche con il loro staff a quale organizzazione assomigliano e dove vogliono arrivare.

Modi opposti di leggere il problema della sicurezza conducono a risposte profondamente diverse. Se l'approccio principale, e spesso unico, di fronte agli eventi avversi in medicina è quello medico-legale, i clinici rispondono con la medicina difensiva. Se l'idea dominante è che gli errori accadono perché i professionisti sono inadeguati, la soluzione adottata consiste nella riprovazione e/o formazione continua per rettificare carenze professionali: plasmare quindi operatori che non sbagliano, il che rappresenta un obiettivo impossibile da raggiungere.

L'approccio di sistema, invece, guarda agli errori come un problema che dipende in gran parte da carenze umane che insorgono nell'ambito di sistemi inadeguatamente disegnati. Come ha efficacemente affermato James Reason, uno psicologo inglese che conduce ricerca sugli errori umani: *"Invece di istigare gli incidenti, i professionisti tendono ad ereditare i difetti di sistema ...Il loro ruolo è quello di aggiungere il tocco finale ad un infuso letale che è stato preparato per lungo tempo."* Ad esempio, disattenzioni in professionisti sottoposti ad orari di servizio troppo prolungati od errori prevedibili commessi da personale relativamente privo di esperienza, soprattutto quando si trova di fronte a condizioni cliniche complesse, come un infarto acuto del miocardio od un distacco intempestivo di placenta. L'approccio di sistema cerca di prevenire gli errori prima che accadano o di ridurre l'impatto sui pazienti quando insorgono, utilizzando strumenti quali il disegno di protocolli, la standardizzazione delle procedure e altri metodi adottati da decenni in settori come l'aviazione civile, le centrali nucleari e le portaerei.

Riassumendo, i fattori che promuovono la sicurezza del paziente all'interno di un ospedale e di una unità operativa sono una cultura che collochi questo tema al primo posto tra le priorità, adotti valori e comportamenti conformi con quelli delle organizzazioni altamente affidabili, standardizzi i più comuni e rischiosi processi clinici, tramite linee-guida e protocolli, usi la teoria dei sistemi, l'apprendimento ed il miglioramento continuo con la convinzione che è sempre possibile fare meglio, promuova il lavoro in team e collochi in posizioni di autorità formale professionisti capaci di ottenere il meglio da ogni operatore. Tutti questi elementi implicano, per i professionisti della scienza medica ed i manager della sanità, modi spesso nuovi di pensare ed agire che a qualcuno possono sembrare astrusi ed irrilevanti. Tuttavia il progresso della medicina si sta compiendo non solo sulla ricerca di base, farmacologia e clinica, ma anche sulla capacità di comprendere la disciplina attraverso ottiche diverse, cioè quelle della leadership e dei team, dell'analisi dei processi e dei sistemi. Tutte queste non sono ovvietà fatte di qualche parola chiave ripetuta, aspettandosi un incantesimo come nelle arti occulte, ma sostanziali contributi al miglioramento delle attività umane all'interno di organizzazioni complesse.

Nel campo medico, la specialità che per prima ha affrontato il problema è stata l'anestesia, già dagli anni '70. La pressione ad affrontare la questione derivava principalmente dalle denunce da parte di pazienti e familiari. I risultati raggiunti sono stati straordinari, riducendo di 25 volte la frequenza di decessi conseguenti all'anestesia da 1 su 10.000 a 1 su 250.000, tanto che oggi questa specialità costituisce una delle discipline mediche più affidabili ed un modello più in generale per la pratica clinica.

L'ostetricia, analogamente ad altre specialità, pur raggiungendo consapevolezza della propria non infallibilità in tempi più recenti rispetto all'anestesia, ha affrontato la sicurezza con sistematicità ottenendo nell'ambito di alcune unità operative successi analoghi a quelli dell'anestesia.

## 6.2. Sicurezza in ostetricia

Recentemente, in varie nazioni sono state condotte indagini sugli eventi avversi in ostetricia. La situazione appare paragonabile a quella rilevata in altri ambiti specialistici, cioè che gli eventi avversi insorgono in simile misura ed una percentuale significativa è dovuta ad errori, anche se spesso non provocano danni seri in quanto mamme, feti e neonati sono, per la maggior parte, sani e resistenti agli insulti.

Le indagini scientifiche sulla sicurezza del paziente in ambito ostetrico hanno identificato problemi di coordinamento e comunicazione tra diversi professionisti sia appartenenti al team che gestisce le emergenze ostetriche (ginecologi, ostetriche e anestesisti), sia tra medici di medicina generale e ginecologi. Ad esempio medici di base che non informano dettagliatamente i colleghi riguardo malattie preesistenti, e tra servizi sociali e clinici, ad esempio nella gestione di circostanze sociali rischiose. Altre difficoltà identificate comprendono la delega di compiti clinici relativamente complessi a personale, anche medico, privo di esperienza e senza sufficiente supervisione, ad esempio intubazione di vie aeree difficili. Inoltre problemi di sicurezza derivano dalla mancata o tardiva identificazione di condizioni gravi e da tecniche di rianimazione della mamma e del neonato al di sotto degli standard accettabili, anche in conseguenza di scarsa preparazione del lavoro in team o carente integrazione di nuovi operatori. Infine insufficienti capacità di interazione umana, ad esempio mancanza di rispetto nei confronti di colleghi in posizioni gerarchiche inferiori inibiscono la possibilità che ogni operatore possa rilevare e far notare l'insorgere di possibili problemi prima che si complichino od arrivino ad un punto di non ritorno.

La complessità comporta, per l'ostetricia più che per altre specialità, il poter contare su personale di alta professionalità, esperienza solida, lucido nelle decisioni e sollecito nel rispondere a qualsiasi evenienza tramite team affiatati di operatori pronti ad intervenire in pochi minuti in un ambiente tecnologicamente sofisticato. La molteplicità dei problemi che possono insorgere durante la gravidanza, il parto ed il puerperio e la potenziale pericolosità di alcune complicanze rende cruciale una prolungata integrazione delle nuove leve di professionisti<sup>97</sup>. Oltre che sulla conoscenza delle malattie e delle risposte terapeutiche appropriate, la programmazione di servizi assistenziali per la maternità necessariamente deve basarsi su razionali principi organizzativi che assicurino continuità assistenziale di elevata qualità durante la gravidanza, il parto ed il periodo che segue. La sicurezza in ostetricia ha ovvie implicazioni anche per la salute dei neonati ed i servizi di neonatologia. Questi ultimi sono tra i più costosi del settore sanitario, ammontando ad

---

<sup>97</sup> Ad esempio, uno studio sulla frequenza di fratture della clavicola in neonati, i cui parti erano assistiti da specializzandi in ginecologia, mostra che la frequenza diminuisce ad ogni ulteriore anno di esperienza acquisita dal giovane medico.

alcune migliaia di Euro al giorno fino a oltre un milione di Euro complessivi per ricoveri prolungati.

Tutti i sistemi complessi soffrono di problemi di sicurezza e quelli sanitari non fanno certo eccezione. La singolarità della sanità deriva piuttosto dall'aver iniziato ad affrontare la questione solo di recente, mentre altri settori hanno studiato e prodotto soluzioni efficaci da tempo. La sicurezza dei processi diagnostico-terapeutici è diventata una priorità per il Servizio Socio Sanitario Regionale, come per quello Nazionale, anche in seguito all'attenzione che i mezzi di comunicazione di massa dedicano a questo tema ed ai costi dei premi assicurativi e dei compensi in seguito a denunce e processi.

Esperienze concrete e di successo nell'ambito del miglioramento della sicurezza in ostetricia sono ormai numerose e non solo a livello di singola unità operativa ma anche di interi sistemi sanitari. Esaminare e trovare soluzioni efficaci alla questione della sicurezza nell'ambito del SSSR, ed in particolare dell'ostetricia, sia da una prospettiva strategica di Regione e di ULSS, sia di unità operative, costituisce un dovere professionale, etico, economico e politico ineludibile. Il Veneto, analogamente al Ministero della Salute e ad altre istituzioni Regionali, ha formulato una strategia per il controllo del rischio clinico<sup>98</sup> e questa dovrebbe costituire la base per un'iniziativa dedicata specificatamente alla disciplina dell'ostetricia. La delibera approvata dal Veneto definisce finalità e compiti, assegnandoli a strutture sia Regionali sia di ULSS, identifica strategie e prodotti, sottolineando inoltre l'opportunità di applicare principi e metodi nell'ambito di discipline cliniche tra le quali, al primo posto, cita l'ostetricia. La strategia Regionale dovrebbe basarsi sulle finalità e gli strumenti identificati dalla delibera ed anche dalle evidenze emerse e dalle lezioni apprese sulle origini degli errori e sulle soluzioni più efficaci da adottare.

### 6.3. Indicatori di sicurezza ostetrica nel Veneto

I dati amministrativi sono una delle fonti utilizzate per definire le dimensioni del problema e quindi anche una premessa al disegno ed implementazione di strategie efficaci di prevenzione e controllo degli eventi avversi. L'ARSS ha perciò analizzato gli indicatori di sicurezza di interesse ostetrico messi a punto dall'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) del governo federale degli USA utilizzando le schede di dimissione ospedaliera compilate nel Veneto dal 2001 al 2009. I numeratori di tali indicatori sono calcolati sulle schede di dimissione ospedaliera che segnalano complicanze. I denominatori sono diversi per ogni indicatore e comprendono i ricoveri a rischio per un determinato evento. Ad esempio, il denominatore per il danno al neonato sono i nati vivi. L'incidenza degli eventi avversi viene calcolata in differenti presidi ospedalieri od unità operative.

Gli indicatori di sicurezza basati sulle SDO riportano complicanze chirurgiche o altre iatrogene e costituiscono uno strumento di *screening* di "potenziali problemi che i pazienti sperimentano in conseguenza dell'esposizione al sistema sanitario e che sono probabilmente prevenibili attraverso cambiamenti a livello di sistema".

Gli indicatori di sicurezza che si riferiscono a dimissioni ostetriche e sono calcolabili in base alle schede di dimissione ospedaliera sono i seguenti quattro: danno al neonato e danno ostetrico in pazienti con parto naturale, sottoposte a cesareo o sottoposte a parto con forcipe/ventosa e le quattro righe della Tab. 8 si riferiscono a questi indicatori. Questa tabella mette a confronto la frequenza degli eventi avversi di ambito ostetrico registrati attraverso le schede di dimissione ospedaliera in Veneto nel 2000 e nel 2009 ed anche negli USA (nel 2003) evidenziando il numero di dimissioni per ogni caso complicato. Nel

---

<sup>98</sup> Delibera della Giunta Regionale del Veneto n. 1831 del 01 luglio 2008.

2009 in Veneto, per quanto riguarda i traumi ostetrici, la frequenza è maggiore nei parti assistiti con forcipe o ventosa (un trauma ostetrico ogni 25 parti di questo tipo) rispetto al parto naturale (un trauma ostetrico ogni 60 parti di questo tipo). Comprensibilmente, la frequenza è minima nel parto cesareo, cioè una ogni 745 cesarei.

Per quanto riguarda il trauma alla nascita nel 2009 la frequenza è risultata pari a 2.233 dimissioni di nati vivi per ogni caso di danno al neonato, mentre nel 2000 ci sono state 5.658 dimissioni per ogni caso. A prima vista la frequenza di questo evento è perciò più che raddoppiata nell'ultimo decennio. Diciamo apparentemente in quanto nel passato decennio l'affidabilità con la quale venivano compilate le schede di dimissione ospedaliera è migliorata e quindi anche la segnalazione dei danni ostetrici.

La Tab. 8 mette inoltre a confronto la frequenza di eventi avversi nell'ambito del SSSR e del sistema sanitario USA mostrando il numero di dimissioni per ogni caso complicato ed il rapporto tra la nostra Regione e gli Stati Uniti. L'accostamento tra i due sistemi sanitari sembra mettere in evidenza, per la maggior parte degli eventi avversi, frequenze molto più alte negli USA. Alcune differenze sono amplissime, in particolare quelle relative ai traumi alla nascita: la frequenza dell'indicatore negli USA, pari ad un danno neonatale ogni 150 nati vivi ed il rapporto per il danno ostetrico al neonato tra la nostra Regione e gli Stati Uniti, pari a 14,8. Ciò significa che, sempre in apparenza, il danno al neonato è quasi 15 volte superiore in USA rispetto al Veneto.

**Tab. 8: Dimissioni per ogni caso avverso in neonato e partoriente, Veneto e USA, 2000 e 2009.**

	Dimissioni per ogni caso			Rapporto Veneto (2009)/USA
	Veneto 2000	Veneto 2009	USA 2003	
<b>Trauma alla nascita - Danno al neonato</b>	5658	2233	150	14,8
<b>Trauma ostetrico</b>				
Parto vaginale senza strumento	56	60	12	5
Parto vaginale con strumento	18	25	4	6,2
Parto cesareo	1064	745	169	4,4

(Fonte: Schede Dimissione Ospedaliera – Flusso Regionale)

Tali discrepanze tra il SSSR del Veneto e gli USA sono evidenti anche per altri indicatori di sicurezza rilevabili tramite le schede di dimissione ospedaliera e non riguardanti solo l'ostetricia, ad esempio la puntura e lacerazione accidentale ed la sepsi post-operatoria. Tali discrepanze nell'incidenza di gran parte degli eventi avversi, non solo quelli ostetrici, tra quelli studiati attraverso le SDO del SSSR e degli USA sono probabilmente determinate in parte considerevole da diversità nei sistemi informativi e nell'organizzazione dei servizi sanitari.

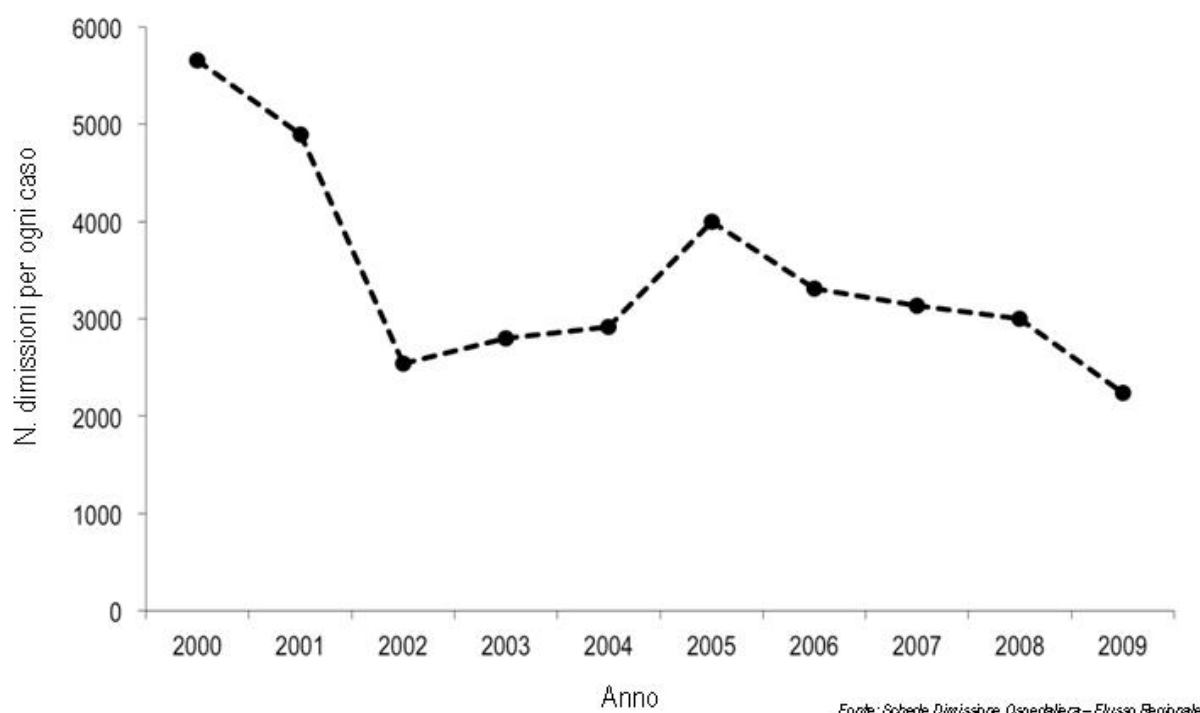
Osservando queste informazioni potrebbe venire la tentazione di concludere che l'assistenza al parto in Veneto è molto più sicura di quella negli Stati Uniti. L'affidabilità delle schede di dimissione USA è molto probabilmente maggiore di quella delle schede

del Veneto. Le discrepanze più evidenti negli indicatori di sicurezza del Veneto e degli USA sono quindi poco credibili.

Paradossalmente è possibile che la segnalazione di complicanze che insorgono come conseguenza di attività clinica risulti più elevata negli ospedali e nei reparti dove maggiore è stata l'attenzione a questa tematica, quindi dove sono state adottati programmi di monitoraggio, prevenzione e controllo di eventi avversi. Viceversa è plausibile che gli ospedali non sistematicamente impegnati nella gestione di sistemi di sorveglianza di eventi avversi e nella formulazione di programmi di prevenzione risultino, in base alle SDO, avere incidenza più bassa. Perciò la prevalenza dei traumi ostetrici tra i pazienti di un ospedale che ha adottato un programma di prevenzione potrebbe risultare maggiore rispetto a quella di un presidio ospedaliero che non si è impegnato a rilevare e prevenire questo specifico problema.

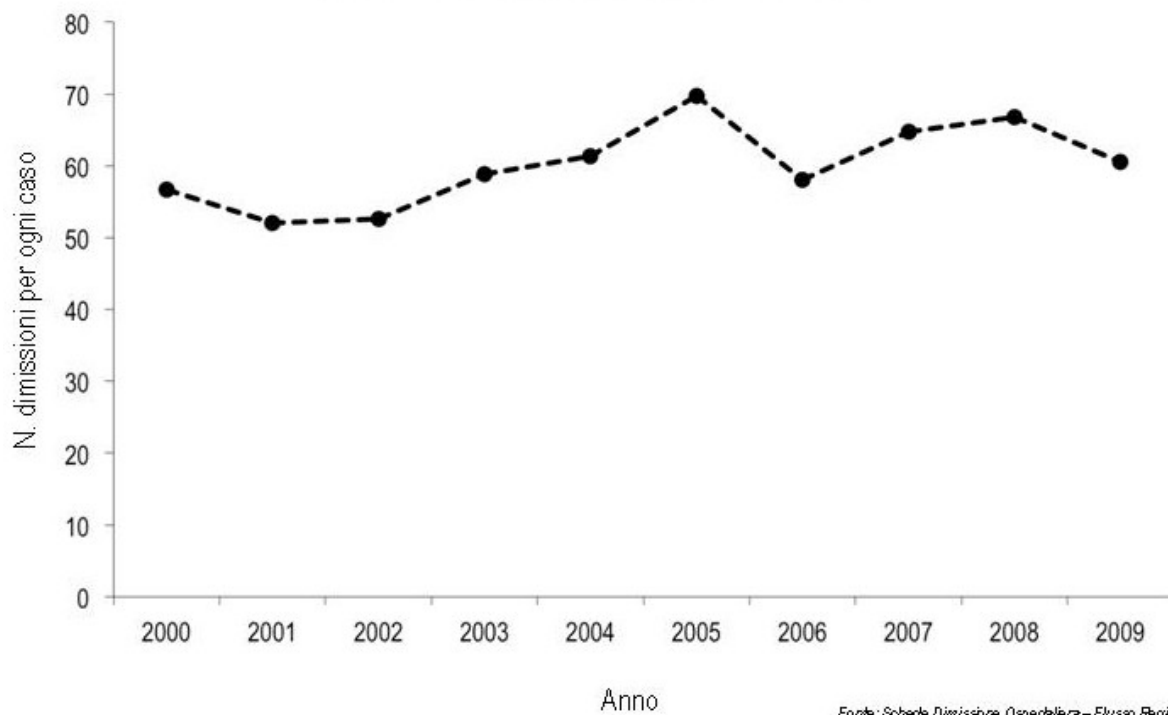
I grafici relativi alla frequenza di eventi avversi ostetrici basati sulle SDO, elaborano serie storiche di frequenze regionali per il periodo 2000-2009 (Grafici 45-48 ). Similmente alle considerazioni esposte più sopra a proposito del confronto tra Veneto e USA, è difficile e rischioso trarre conclusioni particolarmente quando si raffrontano diversi punti parto.

**Grafico 45. Numero di dimissioni per trauma alla nascita - danno al neonato, Veneto, 2000 - 2009**



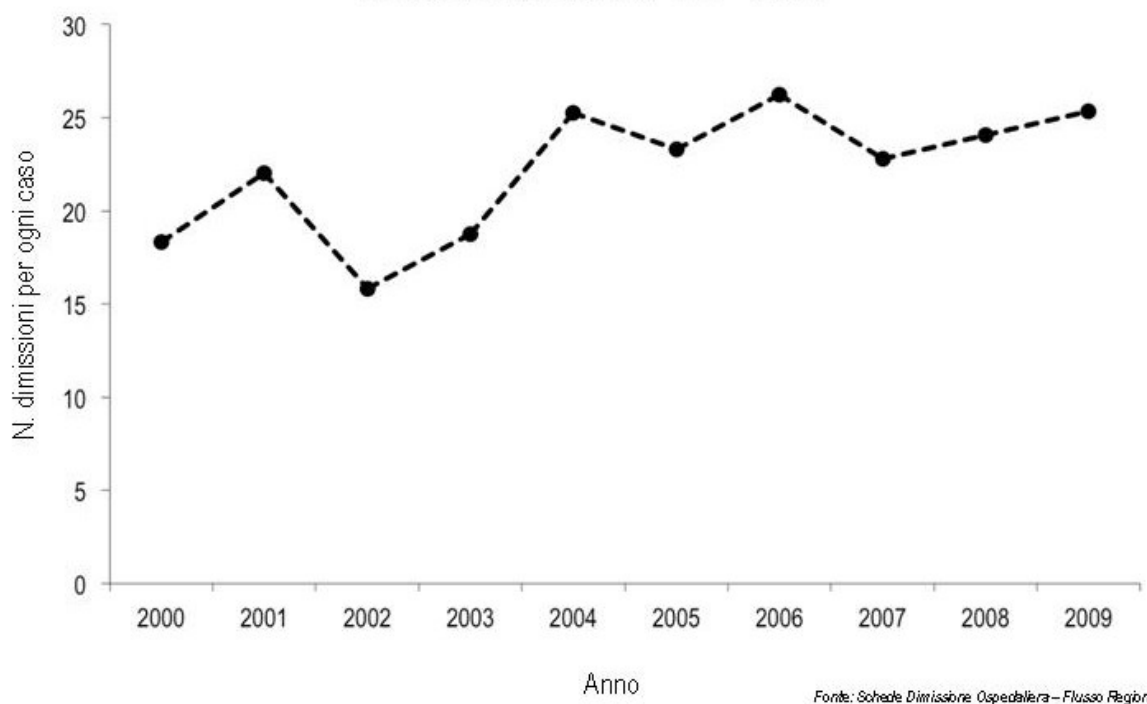
In definitiva, al presente le SDO nel Veneto non costituiscono uno strumento di sorveglianza sufficientemente affidabile degli eventi avversi in ostetricia. Oggi la misurazione della dimensione della sicurezza delle cure deve perciò basarsi in primo luogo su altri sistemi informativi, ad esempio la revisione delle cartelle cliniche, *l'incident reporting*, la raccolta dati trasversale in un giorno specifico e quella prospettica durante gli episodi di degenza.

**Grafico 46. Numero di dimissioni per trauma ostetrico - parto vaginale senza strumento, Veneto, 2000 - 2009**

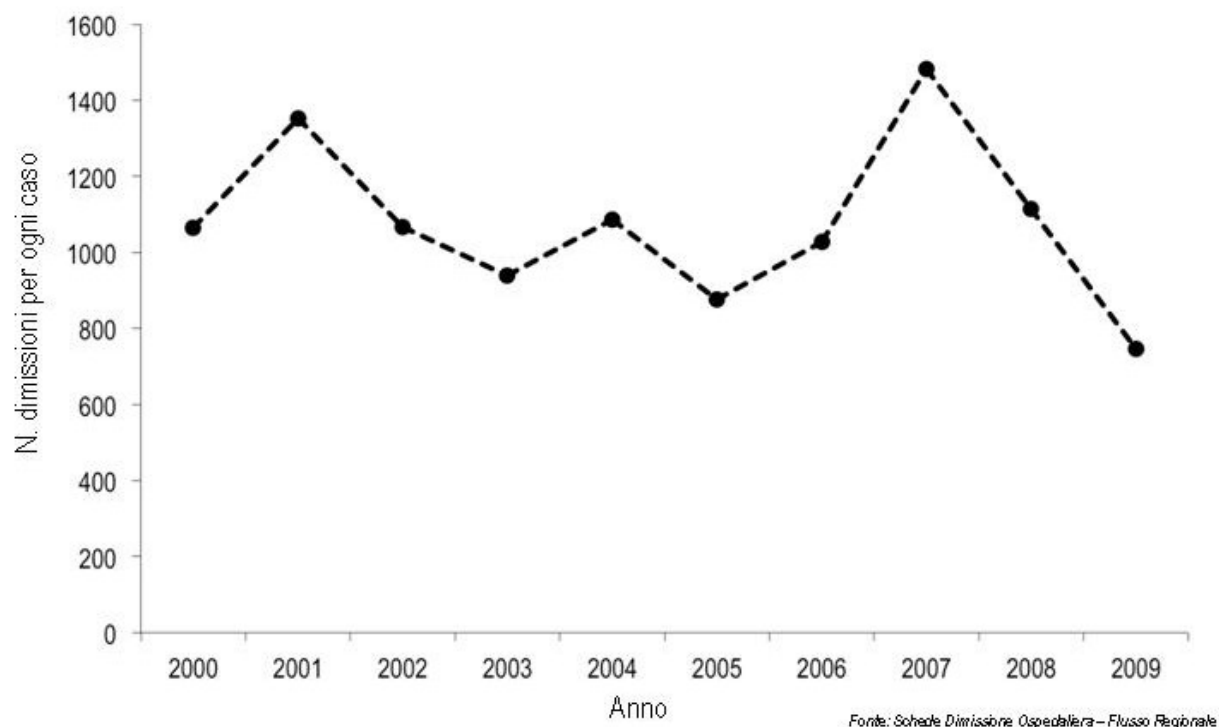


Riconoscere i limiti che uno strumento informativo ha relativamente alla capacità di riflettere la realtà che intende descrivere, costituisce il primo, imprescindibile passo verso il suo miglioramento. Al fine di affrontare le cause delle carenze nella sicurezza del paziente, è necessario rafforzare i sistemi di sorveglianza dei quali le SDO rappresentano un elemento essenziale.

**Grafico 47. Numero di dimissioni per trauma ostetrico - parto vaginale con strumento, Veneto, 2000 - 2009**



**Grafico 48. Numero di dimissioni per trauma Ostetrico – parto Cesareo, Veneto, 2000 - 2009**



## 7. Principi e priorità per una Strategia Regionale di assistenza materna

Il Veneto risulta una delle Regioni Italiane con i migliori risultati nell'assistenza materno-infantile in particolare nella mortalità materna, perinatale ed infantile, ed ha percentuali di cesareo ben inferiori alla media nazionale. Perché dunque porsi l'obiettivo di migliorare ancora tramite la formulazione e realizzazione di un strategia Regionale, invece di lasciare che il sistema si adatti lentamente tramite piccoli cambiamenti locali cercando di mantenere i successi già ottenuti? Le ragioni che giustificano un approccio strategico, quindi Regionale, sono molteplici e derivano da prospettive professionali, etiche, economiche, sociali, giuridiche e di politiche sanitarie.

**Dal punto di vista professionale**, la letteratura scientifica prodotta nell'ambito di altri sistemi sanitari accanto all'indagine presentata in questo documento, evidenziano che probabilmente è possibile migliorare ulteriormente i seguenti aspetti:

- o l'efficacia dell'assistenza materna, ad esempio riducendo la mortalità materna per suicidio e la sofferenza per depressione *post-partum*;
- o l'appropriatezza, ad esempio riducendo la percentuale di cesarei in primipare a termine senza indicazioni mediche all'intervento;
- o la sicurezza, ad esempio garantendo ad ogni partoriente e neonato un'assistenza ospedaliera tramite *team* attivabili in pochi minuti di professionisti dotati di esperienza ed in condizioni di lucidità e sostenuti da risorse tecnologicamente avanzate.

In sintesi, l'obbligo professionale è di fornire sempre i migliori servizi possibili alla comunità della cui salute si ha la responsabilità, tenendo conto delle risorse disponibili. In Veneto, numerose unità operative di ostetricia hanno lavorato intensamente e ad altissimi livelli scientifici verso l'uso sistematico dell'evidenza scientifica e la standardizzazione delle pratiche cliniche, ad esempio formulando ed adottando linee-guida, protocolli e procedure sulla gestione della placenta previa o della paziente diabetica in travaglio di parto<sup>99</sup>. Ciò che manca ed è auspicabile succeda, è una sintesi condivisa tramite una strategia Regionale, che metta insieme il meglio della professionalità e degli strumenti già elaborati, e che potenzialmente possono essere disegnati, allo scopo di migliorare qualità e sicurezza dei servizi erogati da ogni punto parto del Veneto.

L'erogazione dei servizi sanitari a favore della maternità deve rispettare **principi etici**, oltre che tecnici. Dalla prospettiva etica, è imprescindibile considerare quattro aspetti: l'autonomia, la beneficenza, la non-maleficenza e la giustizia. L'autonomia si riferisce al diritto all'auto-determinazione di ogni cittadino anche quando chiede aiuto a professionisti della sanità e deriva dal rispetto per ogni individuo e per la sua capacità di prendere decisioni riguardo alla propria salute ed al proprio futuro. Questo principio rafforza il dovere di obiettività da parte dei professionisti, richiede ascolto del paziente e confidenzialità e costituisce la premessa al consenso informato. L'autonomia è il presupposto del rispetto per la dignità di ogni donna.

Il principio della beneficenza consiste nel portare aiuto al paziente ed agli altri, ad esempio i familiari, i vicini e più in generale i membri della comunità, nel senso di prevenire, risolvere o almeno alleviare i problemi di salute. La beneficenza implica la comprensione della prospettiva del paziente riguardo agli svantaggi ed ai benefici delle alternative terapeutiche e senza autonomia può diventare paternalismo. Al centro dell'organizzazione dei servizi a favore della maternità dovrebbe esserci un terzo principio, cioè quello della non-maleficenza. "Prima di tutto non creare danno" è stata la prima formulazione di un principio di etica professionale e rimane essenziale alla pratica clinica e tradotto in termini moderni e strategici è la sicurezza del paziente. Il quarto principio

---

<sup>99</sup> U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia dell'Azienda Ospedaliera - Università di Padova.

etico che dovrebbe rappresentare un cardine della Strategia è la giustizia distributiva, che implica equa allocazione di risorse limitate e rispetto per i diritti individuali e le leggi morali.

**Da un'ottica economica**, la giustificazione di una Strategia Regionale è la necessità di migliorare l'efficienza e la produttività dei servizi socio-sanitari, ad esempio evitando che un medico specialista assista solo una partoriente alla settimana. La congiuntura demografica e del sistema produttivo del nostro Paese non sono favorevoli e le risorse dovranno sempre più essere utilizzate con parsimonia assicurandone la massima redditività.

**Dal punto di vista sociale**, l'opinione pubblica tende a focalizzare l'attenzione sull'accesso geografico, cioè sulla vicinanza di un ospedale alla propria residenza. Gli stessi cittadini non sono però consapevoli della complessità della medicina moderna e del fatto che la mera presenza di una struttura non sempre può garantire loro servizi di qualità, ad esempio perché la ferrista di sala operatoria si ammala ed è sostituita da un'assistente socio-sanitaria o perché non c'è la rianimazione neonatale. Gli ospedali sono strutture necessarie ma insufficienti a garantire un'elevata qualità di cure. Ciò che viene fatto dai professionisti e con quali modalità è cruciale, molto più delle pareti all'interno delle quali operano. La soluzione a questo come ad altri dilemmi sociali si può solo trovare attraverso un ampio ed aperto dibattito sociale, che coinvolga le parti interessate il che significa cittadini, i loro rappresentanti ed i professionisti che erogano servizi insieme ai manager.

**Da una prospettiva giuridica**, l'accordo del 16 dicembre 2010 tra Governo e Regioni riguardo le *"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"* impone anche alla nostra Regione la progressiva adozione delle misure approvate dal documento.

**Dal punto di vista delle politiche sanitarie** si tratta di decidere, cioè di prendersi la responsabilità di adottare una prospettiva strategica che definisca priorità, formuli programmi a medio-lungo termine e modifichi organizzazione ed attività al fine di rispondere a circostanze, bisogni e aspettative che inevitabilmente evolvono continuamente. Un sistema lasciato a se stesso comporta differenze troppo ampie e non giustificabili in termini di risorse disponibili, pratiche cliniche e risultati tra unità erogatrici. Di conseguenza un sistema lasciato a sé stesso implica anche inefficienze ed ingiustizie. Le inefficienze corrispondono a sprechi, cioè ad un uso dissipatore di risorse limitate che potrebbero essere messe al servizio di obiettivi più importanti di quelli attuali. Le ingiustizie si riferiscono a disuguaglianze, moralmente non giustificabili, in termini di risorse, accesso, qualità dei servizi e risultati tra comunità e gruppi di individui. Tali affermazioni sono rilevanti non solo per il SSSR in generale, ma anche per sub-settori come quello dell'assistenza alla maternità.

**Dall'ottica manageriale**, la pianificazione strategica, il miglioramento della qualità e la valutazione dei servizi sanitari, inclusi quelli dedicati alla maternità, costituiscono funzioni essenziali per le organizzazioni che gestiscono o sostengono l'intero SSSR del Veneto, come la Segreteria e l'ARSS, ma anche a livello di ULSS e di singolo punto parto. La valutazione rappresenta l'unico approccio scientificamente valido in grado di chiarire quali risorse sono usate in quali maniere e con quali risultati. La qualità di un sistema sanitario non può essere migliore di quella espressa dalle unità che erogano servizi, cioè le micro-strutture, che nel caso dell'ostetricia sono i punti parto. L'appropriatezza dei servizi, la congruenza delle attività diagnostiche e terapeutiche con l'evidenza scientifica, i miglioramenti dello stato di salute e la soddisfazione dei pazienti, tutti dipendono dal buon funzionamento di queste micro-strutture. La loro performance è anche influenzata dal

grado e qualità del sostegno offerto dal management di cui fanno parte e dalla formulazione ed implementazione di politiche sanitarie. L'attenzione dei decisori a livello politico e manageriale dovrebbe dedicare speciale attenzione a questo livello. Ciò talvolta non succede in conseguenza di una limitata comprensione della complessità propria dei micro-sistemi clinici e della convinzione che, data l'autonomia necessaria a svolgere la professione medica, la scelta migliore sia quella di non interferire.

Le priorità di una Strategia Regionale dovrebbero essere congruenti con le motivazioni professionali, etiche, sociali, giuridiche e manageriali sopra accennate. Alcune possibili priorità sono elencate di seguito. Una priorità che si propone è l'approfondimento delle cause dei decessi e malattie gravi materni tramite le inchieste confidenziali, analogamente a quelle condotte ogni triennio dall'Inghilterra fin dagli anni '50. Questo consiste in un approccio sistematico allo studio della frequenza e delle cause del fenomeno al fine di ridurlo il più possibile.

Un principio cardine di queste inchieste è la confidenzialità riguardo le donne, il personale e le strutture coinvolte che sono sempre tenuti anonimi. I documenti prodotti da tali inchieste sono un punto di riferimento essenziale per i professionisti dell'ostetricia inglese e oltre; il consenso è che tali indagini abbiano contribuito ad evitare numerosissime morti e disabilità. Questa strategia è preziosa perché analizza in dettaglio e sistematicamente le cause di ogni morte materna e raccomanda misure cliniche ed organizzative capaci di ridurre i problemi identificati.

Una questione che emerge da questo rapporto è una certa difformità nelle procedure di gestione del parto, *in primis* nell'uso del cesareo e degli strumenti forcipe e ventosa, tra punti parto con simili ruoli, ad esempio gli Ospedali Provinciali. Una terza priorità è perciò la standardizzazione di alcune procedure chiave al fine di migliorare l'affidabilità e ridurre gli errori.

Anche se ogni situazione clinica è unica, alcuni principi e tecniche devono essere applicati uniformemente e quindi essere esplicitati in linee-guida e standard. La standardizzazione riguarda in primis procedure frequenti che spesso sono causa di eventi avversi, errori, contestazioni e denunce, cioè l'induzione elettiva del parto, l'impulso delle contrazioni uterine durante il travaglio, l'uso di forcipe e ventosa, l'utilizzo di ossitocina e prostaglandine per indurre o stimolare il travaglio di parto, la gestione dell'iperstimolazione uterina, cioè di contrazioni uterine troppo ravvicinate o prolungate (ad esempio, separate da non più di un minuto o di durata superiore a due minuti) che può compromettere l'ossigenazione fetale e conseguire dall'uso di ossitocina, il parto vaginale dopo cesareo, il linguaggio riguardo il monitoraggio elettronico del battito fetale<sup>100</sup> e la distocia da spalla. Oltre a ridurre la variabilità, una priorità è ridurre la percentuale di cesarei, che dovrebbe essere raggiunta sia diminuendo la loro frequenza nei punti parto con le più alte percentuali, sia spostando l'intero sistema verso frequenze più contenute.

---

<sup>100</sup> La standardizzazione delle classificazioni dei tracciati, delle interpretazioni e dei protocolli che stabiliscono quando e come rispondere è indispensabile per rendere questa tecnologia una risorsa clinica invece di uno strumento per proteggersi contro azioni medico-legali.

Una quarta priorità dovrebbe riguardare la programmazione dei servizi psichiatrici all'interno delle ULSS, delle Province e dell'intera Regione. Tali servizi dovrebbero essere disegnati tenendo conto delle stime dei bisogni e della domanda. Inoltre all'interno dei servizi psichiatrici dovrebbero essere istituite a livello di area Provinciale unità specializzate nell'assistenza psichiatrica a madri depresse capaci di gestire anche in regime di ricovero mamme e neonati<sup>101</sup>. I servizi psichiatrici svolgono un ruolo essenziale nel fornire un ambiente protetto dove le madri possano sviluppare una relazione affettiva col neonato imparando a giorno oltre ad acquisire abilità essenziali assistite da personale competente e motivato. I servizi ostetrici come anche i medici di medicina generale ed i pediatri di base dovrebbero poter accedere prontamente a competenze psichiatriche specialistiche per valutare clinicamente pazienti possibilmente affette da patologie mentali. Le unità psichiatriche specialistiche dovrebbero costituire una rete che funziona in base a strategie condivise, comunica, collabora e valuta la qualità e l'efficacia delle prestazioni erogate. Inoltre dovrebbe assicurare che tutti i servizi non psichiatrici che assistono donne gravide e neo-mamme abbiano consapevolezza del problema, lo sappiano sospettare e indirizzino le pazienti a servizi psichiatrici con i quali siano stati stabiliti protocolli terapeutici integrati che assicurino la continuità assistenziale dal domicilio all'unità specialistica.

I bisogni fisici ed emotivi di mamma e neonato dovrebbero essere gestiti da *team* multidisciplinari: psichiatri ed infermieri specializzati che interagiscono frequentemente con ginecologi, ostetriche, medici di medicina generale, neuro-psichiatri infantili ed assistenti sociali capaci di prendersi in carico situazioni estremamente serie, assicurare una transizione dall'ospedale alla casa e un'assistenza senza interruzioni in *day hospital* come a domicilio. Come per una sala parto od una sala operatoria od un reparto di maternità è indispensabile definire standard per il personale dedicati all'assistenza psichiatrica materna nell'ambito di reparti così come della comunità.

Un'ulteriore priorità è formulare una specifica strategia per la sicurezza in ambito ostetrico, concentrando l'attenzione sulle cause principali di evento avverso e denunce identificate tramite sia la letteratura sia l'evidenza emersa dal nostro SSSR. Un'ulteriore priorità della Strategia dovrebbe assicurare il reclutamento di solide leadership professionali in ogni punto parto e un'attenzione ai fattori umani. I leader delle unità operative sono essenziali nel produrre miglioramenti continui della qualità e della sicurezza e coloro i quali hanno l'autorità e la responsabilità di selezionare i professionisti per le posizioni apicali dovrebbero avere piena consapevolezza che tale scelta determinerà il destino di numerose donne e neonati.

Prioritario è anche promuovere *team* multidisciplinari funzionali, cioè capaci di interagire in modi collaborativi e comunicare apertamente e prontamente problemi e soluzioni, sostenuti da un *management* che sappia organizzare le risorse e definire in modi condivisi obiettivi e strategie.

La strategia Regionale dovrebbe promuovere servizi accessibili, integrati, di elevata qualità e capaci di tutelare le pazienti da eventi avversi ed errori. Questi obiettivi si trovano talvolta in tensione tra loro, in particolare l'accesso geografico, cioè il tempo che i cittadini impiegano per raggiungere i servizi dalle loro residenze, e la qualità e la sicurezza delle prestazioni erogate. Esistono solide evidenze scientifiche che gli esiti dell'assistenza ostetrica e neonatale sono migliori nelle strutture che seguono un numero di casi elevato.

---

<sup>101</sup> Un'indagine Inglese recente rivela che i suicidi tra neo-mamme ricoverate per problemi psichiatrici sono avvenuti solo nel caso di separazione dal bambino all'interno di servizi non dedicati alla cura specialistica di queste pazienti. Tuttavia non è chiaro se la separazione è stata conseguenza di condizioni particolarmente gravi.

Il problema dell'accesso ai servizi di ostetricia per le comunità montane potrebbe essere affrontato attraverso l'ospitalità delle donne nel periodo immediatamente precedente alla data prevista del parto (ad esempio una settimana) in strutture non sanitarie convenzionate vicine all'ospedale nel quale queste gravide possono essere monitorate da professionisti con esperienza che le trasferiscono al punto parto più vicino ai primi segni di inizio del travaglio. Ciò permetterebbe la permanenza della partoriente il più vicino possibile alla propria comunità di origine, e quindi l'accesso facile da parte dei familiari, ed un'assistenza al parto in ambienti attrezzati ad affrontare qualsiasi evenienza in qualsiasi ora di qualsiasi giorno dell'anno. La strategia del Ministero della Salute che pone l'obiettivo di chiudere progressivamente i punti parto con meno di cinquecento assistite all'anno e accorpate quelli con meno di mille è una decisione razionale per le varie e valide ragioni descritte sopra.

L'assistenza materna richiede il contributo anche di professionisti non ginecologi od ostetriche, in particolare il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta. Il ruolo di questi medici nell'assistenza alle donne in gravidanza e puerperio è cruciale, non soltanto nel diagnosticare patologie psichiatriche, ma anche condizioni come la gravidanza ectopica, soprattutto in donne che non sono a conoscenza del proprio stato di gravide, dei disturbi ipertensivi e della trombosi venosa profonda. Il medico di medicina generale gioca anche un ruolo imprescindibile nel riconoscere e gestire condizioni mediche preesistenti alla gravidanza che talvolta cadono in un terreno di nessuno.

Per il servizio sanitario della nostra Regione, si tratta di aver la volontà di trasferire principi, strategie e tecniche sviluppati in altri sistemi sanitari adattandoli alle peculiarità locali. Per fare ciò è necessaria una solida *leadership* professionale e morale, nel senso che in un campo così delicato, qualsiasi pur minimo di sospetto di inadeguatezza culturale o, peggio ancora, di manipolazione di dati, è disastroso rafforzando resistenze già notevoli. La *leadership* può solo venire dall'ambito della clinica, perché altre professioni non conoscono né i processi diagnostici e terapeutici, né la cultura medica.

Qualità e sicurezza costituiscono tematiche ineludibili per qualsiasi sistema sanitario moderno, incluso quello Veneto, che trova radici in gloriose tradizioni secolari ed in servizi sanitari che hanno contribuito in modo decisivo a produrre condizioni di salute che mai prima erano state nemmeno lontanamente sperimentate. Motivazioni etiche, economiche e politiche, oltre che professionali, impongono di dedicare attenzione alla sicurezza ed alla qualità in medicina e quindi anche in ostetricia. Un impegno così complesso ed importante può avere successo solo se sono dedicate rilevanti risorse professionali a tempo pieno ed esiste un sostegno costante da parte della politica. La qualità e la sicurezza non sono un lusso e tanto meno un mezzo per rimanere allineati con la moda, cioè con quello che tutti fanno o sembrano fare.

## 8. Conclusioni

Per una famiglia, il decesso di una donna durante la gravidanza, il travaglio, il parto ed il puerperio o nei mesi successivi rappresenta una delle più strazianti tragedie in quanto tale evento, oltre a rappresentare la scomparsa di una donna nel pieno del vigore, separa definitivamente i figli precedentemente nati dall'affetto e dalle cure materne lasciando l'intero nucleo familiare privo del punto di riferimento spesso più importante. Allo stesso tempo, dalla prospettiva di un'intera società, frequenze elevate di morti materne, relativamente ai valori raggiunti da altre nazioni con simile livello di sviluppo, rappresenta uno degli insuccessi più allarmanti.

Non si può gestire ciò che non viene misurato, non si può misurare ciò che non viene definito e non si può definire ciò che non si capisce. Questo documento presenta misure empiriche riguardo l'assistenza materna e pone alcune premesse al cambiamento dei servizi. Come ha affermato Berwick, uno dei leader nella promozione della qualità e della sicurezza all'interno dei servizi sanitari, *"Misurare senza cambiare è una perdita di tempo, ma cambiare senza misurare è stolto"*. Una convinzione che sottende questo documento è che l'evidenza dei fatti e la loro interpretazione ragionevole e basata su principi e metodi scientifici, contribuisce a costruire responsabilità in tutti i protagonisti, in quanto è molto più difficile sottrarsi alle decisioni di fronte ad una descrizione, pur parziale, della realtà, rispetto ad analisi assenti o vaghe.

Dall'inizio del '900 ad oggi il successo nella riduzione della mortalità materna è stato straordinario, pari ad oltre il 99 %. Il Veneto, come molte altre società moderne inclusa l'Italia nel suo complesso, è riuscito a ridurre in modo sostanziale questa sciagura ed è oggi una delle aree del mondo dove partorire è più sicuro. Tali fondamentali successi sono stati raggiunti soprattutto nel corso degli ultimi 60 anni. Tutto ciò ci rallegra come esseri umani, ci fa sentire membri di una società capace di affrontare problemi fondamentali e, per chi di noi opera nella sanità, ci rende orgogliosi come professionisti. Gli ottimi risultati conseguiti ad oggi devono rafforzare la consapevolezza riguardo le straordinarie capacità del SSSR e dare la fiducia necessaria per fare ancora meglio.

Anche se la morte materna è attualmente un fenomeno molto raro e radicalmente ridotto rispetto a 50 o 100 anni fa, merita ancora grande attenzione al fine di quantificarne le dimensioni ed identificarne le cause con sufficiente precisione e, soprattutto, ridurre la frequenza fino ad un livello che le conoscenze e le tecnologie di cui oggi disponiamo rendono possibile. Perciò i fondati motivi di soddisfazione per gli eccellenti risultati conseguiti finora non ci esimano dalla responsabilità di operare, ognuno nell'ambito del proprio ruolo politico, gestionale e professionale, affinché la mortalità e la morbosità grave materna nel Veneto rappresentino eventi sempre più sporadici e la qualità dei servizi dedicati alla maternità migliorino costantemente.

Purtroppo la fragilità della condizione umana ed alcuni limiti della scienza e della tecnologia impediscono di evitare tutte le morti materne. Tuttavia diversi studi approfonditi sulle cause di morte materna nei Paesi industrializzati rivelano che circa la metà di questi decessi sono ancora prevenibili. Da ciò deriva l'importanza di esaminare nel dettaglio le risorse, i processi ed i risultati delle unità che assistono le donne gravide, in travaglio, durante e dopo il parto e formulare strategie e programmi che contribuiscano a costruire servizi di alta qualità. Tutto ciò in uno spirito di miglioramento continuo della qualità senza in alcun modo cercare colpe o assegnare biasimo, condotte, queste ultime, che impediscono l'apprendimento a livello individuale, di un team di professionisti, di organizzazioni (un ospedale) come di interi sistemi (il servizio sanitario del Veneto). Di fatto Lucian Leape, leader nel campo della sicurezza in sanità, sostiene che *"il singolo, più importante ostacolo alla prevenzione dell'errore in medicina è il fatto che puniamo le persone per aver commesso errori"*.

Il rispetto della legge è obbligatorio; la medicina legale è lo strumento che permette di stabilire se la legge è stata trasgredita o meno in specifiche circostanze e quindi rimane un approccio imprescindibile nella gestione del rischio clinico. Nella quasi totalità dei casi, gli errori medici sono colposi, cioè contro l'intenzione, quando l'evento, anche se prevedibile, non è voluto dall'agente. Gli errori medici possono essere conseguenza di negligenza, quando un professionista, pur conoscendo una determinata procedura, non l'ha rispettata; di imprudenza, quando, dovendo dubitare di un risultato, non ha controllato; di imperizia, quando non ha le capacità di realizzarla; e di inosservanza di leggi, regolamenti od ordini. Solo in una minuscola minoranza di casi, gli errori medici conseguono a dolo, cioè volontà di creare danno. La causa centrale di errori medici è la disattenzione da parte di professionisti inseriti in sistemi disegnati inadeguatamente. La prospettiva medico-legale, pur irrinunciabile, non aiuta a riconoscere sistematicamente gli eventi avversi, gli errori e le loro cause e, soprattutto, non facilita l'adozione di strategie e processi capaci di ridurre eventi avversi ed errori. Occorre pertanto, come hanno fatto l'aviazione e le altre industrie, inclusi settori militari, che hanno raggiunto risultati straordinari nella riduzione degli errori, intraprendere la strada del miglioramento continuo della qualità e della gestione del rischio.

La pratica medica è estremamente difficile e l'assistenza alla maternità è tra le aree più complesse ed insieme delicate per il SSSR, perché si rivolge alla vita che nasce da donne generalmente sane e giovani ed anche perché deve rispondere a nuovi bisogni, come la gravidanza in età più avanzata e nelle donne immigrate, e nuove aspettative, come l'assenza di dolore durante il travaglio ed il parto. Infine le forti pressioni ad adottare la medicina difensiva tendono a compromettere l'appropriatezza dei servizi, nel senso che inducono i professionisti ad erogare servizi e realizzare procedure in assenza di indicazioni cliniche.

La complessità clinica deriva dal fatto che le complicanze gravi della gravidanza, parto e puerperio, pur infrequenti, possono insorgere repentinamente, senza segni di preallarme, ed evolvere altrettanto rapidamente mettendo a repentaglio la vita della madre e del nascituro, ad esempio un'embolia od una crisi psicotica. Le decisioni di intervenire o meno e con quali mezzi e strategie sono complesse ed implicano operatori vigili e capaci di riconoscere precocemente segni e sintomi di condizioni potenzialmente gravi e di rispondere in modo rapido ed efficace.

Attualmente la medicina è molto efficace, basata su solide prove scientifiche, potenzialmente rischiosa sia per le omissioni sia per gli errori, erogata da *team* multidisciplinari di specialisti in ambienti tecnologicamente sofisticati e molto costosa. Tale evoluzione ha forti implicazioni sui modelli di assistenza anche nell'ambito materno.

La qualità e la sicurezza costituiscono l'essenza della pratica medica. Al centro di queste dimensioni ci sono i dettagli. Il dettaglio, ad esempio, di decidere se applicare una ventosa ad un feto tenendo conto delle condotte alternative, in quale momento attaccarla considerando la posizione del nascituro, in quale posizione sulla testa fetale, quale forza impiegare, in quali direzioni per favorire la discesa nel canale del parto e quando abbandonare la manovra. Un altro esempio è il dettaglio di decidere l'uso dell'ossitocina per accelerare il parto, il dosaggio del farmaco, il calcolo, in gocce al minuto, della somministrazione tramite flebo, il controllo della velocità delle gocce, il monitoraggio delle contrazioni uterine e la pronta individuazione e gestione dell'iperstimolazione uterina.

L'ostetricia rappresenta una delle branche della medicina che più ha contribuito alla battaglia contro la morte ed il dolore. Tuttavia l'ostetricia, come qualsiasi altra specialità clinica, ancora oggi non è immune da errori, in primo luogo perché i servizi sono erogati

attraverso sistemi non infallibili, in secondo luogo perché è gestita da esseri umani, i quali pur preparati ed appassionati del proprio lavoro, hanno i limiti propri del genere umano. La sicurezza in medicina è un tema che è progredito intensamente nel corso degli ultimi dieci anni da diverse prospettive: teorica, di ricerca, strategie e risultati. In estrema sintesi, attualmente si ha cognizione sufficientemente precisa delle dimensioni importanti degli eventi avversi e degli errori in medicina e si conoscono le cause del problema, cioè le inadeguatezze sia a livello di sistemi, sia di operatori, in gruppo come nei singoli. Si conoscono anche le soluzioni, cioè le strategie tramite le quali sistemi, organizzazioni, unità operative, team e professionisti possono migliorare la sicurezza. Si conoscono infine i risultati di grande valore raggiunti in seguito all'adozione di tali mezzi.

La qualità è una caratteristica di interi sistemi, direzioni strategiche, unità operative e singoli professionisti che operano secondo principi etici e scientifici. L'etica impone valori non negoziabili come il fare il bene del paziente ed evitare di danneggiarlo. La scienza offre teorie, principi e metodi che provengono da varie discipline, in primis la medicina clinica, e quindi la statistica, la psicologia individuale e dei gruppi ed il management. La professionalità costituisce la sintesi tra coscienza, sapere e passione nell'agire. Senza etica, senza tecniche e senza persistenza verso il miglioramento di qualità e sicurezza, non c'è alcuna possibilità di successo.

Qualità e sicurezza non sono neppure concetti vuoti da discutere in modo distratto ed annoiato in qualche convegno al quale è necessario partecipare per esaltare i propri successi in modo autoreferenziale. Qualità e sicurezza di un servizio si riflettono in modi estremamente reali sui pazienti, fanno la differenza tra vivere in piena salute o in un istituto per disabili gravi per il resto dei giorni, tra una pronta dimissione in condizioni ristabilite ed un ricovero in rianimazione stressante e doloroso, oltre che dispendioso.

Nella migliore delle ipotesi, pazienti e cittadini hanno una conoscenza molto vaga di ciò che viene loro fatto e tanto meno sono in grado di riconoscere errori o distinguere tra un evento avverso conseguente a fatalità da uno attribuibile ad errori. In altre parole, i pazienti possiedono capacità molto limitate di comprensione riguardo patologie, appropriatezza, diagnosi, pratiche cliniche e risultati accettabili, eccellenti o inammissibili. Cittadini e pazienti non hanno idee precise nemmeno su questioni relativamente semplici quali: il travaglio di parto è durato troppo a lungo? E' stato troppo doloroso? Tanto meno sanno valutare se gli eventuali danni alla mamma, dalle lacerazioni del perineo alla rottura d'utero, od al feto, da una frattura della clavicola a lesioni permanenti del plesso brachiale derivano da errori o da eventi incontrollabili. Questi concetti riguardano ogni professione, il pilota o l'avvocato, il meccanico o l'ingegnere. La maggior parte dei passeggeri che salgono su di un aeroplano, ad esempio, non hanno la più pallida idea sulle procedure che i piloti adottano per librarlo in volo. Più semplicemente si fidano delle capacità di chi è ai comandi ed affidano loro con calma la propria incolumità. I cittadini, come essere umani, colgono immediatamente l'aria che si respira in un'unità operativa, di cortesia, attenzione e possibilmente di pietà umana oppure di scortesia, trascuratezza ed indifferenza.

Se una persona è disposta a camminare qualche centinaio di metri in più per comprare un formaggio più saporito o scambiare due chiacchiere con un giornalaio più simpatico, tanto più dovrebbe essere disposta a percorrere 15 o 30 chilometri in più per accedere a servizi sanitari di qualità. La pianura padana è una delle aree del mondo più popolate ed anche nella nostra Regione le distanze tra una cittadina da un'altra sono piuttosto brevi, talvolta inesistenti. Evidentemente la questione diventa relativamente spinosa nelle zone di montagna dove l'accesso ai servizi sanitari è, in rapporto alla pianura, più limitato<sup>102</sup>. Se

---

<sup>102</sup> Varie popolazioni di nazioni industrializzate confrontano problemi di accesso molto più seri dei nostri, a cominciare dalla vicina Austria. Per alcune comunità del Canada, Australia e, in minor misura degli Stati Uniti, i punti parto distano anche centinaia e persino un migliaio di chilometri

i cittadini fossero consapevoli delle differenze di risultati che distinguono ospedali ed unità operative, non esiterebbero a viaggiare per centinaia di chilometri di fronte a problemi di salute importanti. Di fatto spostamenti anche di diverse centinaia di chilometri già avvengono, da oltre mezzo secolo, dal sud verso alcuni ospedali del Veneto e, più in generale, del nord. In termini il più possibile espliciti, a prescindere dalle capacità professionali sicuramente più che solide dei professionisti che operano in punti parto con bassi volumi di parti assistiti, come medici non faremmo nascere un figlio in queste strutture per le ragioni già più volte esposte e cioè che un'urgenza ostetrica può insorgere inaspettatamente e la sua gestione e quindi l'esito, dipende dalla disponibilità di risorse umane e tecnologiche complesse che un piccolo centro non può offrire.

Per queste ragioni, ci si è convinti che l'Accordo Stato Regioni sul Parto sicuro costituisca un punto fermo nell'identificazione di standard e criteri, tra i quali imprescindibile, è la numerosità di parti assistiti da una determinata unità operativa, che non deve essere inferiore ai 900/1000 all'anno.

La qualità di un servizio è qualcosa di estremamente concreto anche per i professionisti che sanno benissimo quale è il clima organizzativo dove operano e come vengono prevenuti e gestiti gli eventi avversi e gli errori. Per gli operatori, qualità e sicurezza fanno la differenza tra il lavorare imparando costantemente, offrendo spontaneamente aiuto ai colleghi in situazioni di difficoltà e tutelando in modi collaborativi la salute dei pazienti ed il benessere del gruppo od, al contrario, esercitare in climi di paura, sospetto e conflitto, nei quali la vittoria di qualcuno è la sconfitta di qualcun altro e gli eventi avversi e gli errori sono occultati o, peggio, usati strumentalmente contro avversari.

Le conseguenze di gravi eventi non lasciano alcun individuo indenne. Soprattutto i familiari, ma anche i professionisti, coinvolti in tragedie come una morte materna sono disperati e sbigottiti. La vita di intere famiglie è per sempre sconvolta. In molti casi anche per gli operatori, la vita, non solo quella professionale, non è più la stessa. Nella comunità, la consapevolezza di disporre di servizi forse non all'altezza, produce apprensione.

In definitiva, l'obiettivo di migliorare costantemente i servizi alla maternità non può essere raggiunto senza investigare sistematicamente strutture, processi e risultati a livello strategico, cioè Regionale e di ULSS, come a livello di singola unità. Decisioni razionali riguardo l'offerta di servizi alla maternità non possono essere prese in assenza di tre elementi fondamentali: in primo luogo un'analisi della realtà attuale, in secondo luogo la scienza medica ed in terzo luogo i criteri organizzativi per programmare i servizi. Oltre a ciò, aspetto questo più importante di tutto perché premessa, chi ha l'autorità e la responsabilità per farlo, in particolare la politica dovrebbe enunciare i valori ed i principi che il sistema sanitario dovrebbe riflettere.

Il senso di questo testo è contribuire a far sì che, quando la sofferenza materna ricerca l'aiuto strutturato dei servizi sanitari, incontri risorse umane professionali, cioè non solo qualificate, ma anche concentrate, motivate e capaci di lavorare in team. Il documento utilizza metodi moderni di analisi, cercando di non cadere nell'insidia di arrivare a conclusioni senza evidenza. A questo scopo si avvale sia di fonti scientificamente credibili, sia di elaborazioni originali ed empiriche, basate cioè su dati della realtà veneta.

Dalla prospettiva professionale, che ci appartiene, le analisi e le considerazioni sopra esposte ci inducono a suggerire alcune misure che, se adottate, permetterebbero di conoscere meglio il fenomeno delle morti e morbosità gravi materne nel Veneto e, più importante ancora, ridurne ulteriormente le dimensioni. Tali raccomandazioni sono esplicitate di seguito.

## 9. Raccomandazioni

Le raccomandazioni intendono rappresentare un primo contributo dell'ARSS verso il miglioramento continuo dei servizi sanitari dedicati alla maternità nel Veneto. Le raccomandazioni non hanno né l'obiettivo né la pretesa di costituire una strategia; più semplicemente intendono essere dei suggerimenti espliciti ed utili alla formulazione di un disegno complessivo. Rappresentano perciò spunti che non esauriscono le possibili misure adottabili. Inoltre devono essere discusse, prima della loro adozione ed a seconda delle tematiche, con i rappresentanti politici Regionali e locali, particolarmente i sindaci, i cittadini e le società scientifiche di ginecologia, anesthesiologia, neonatologia e delle ostetriche. In altre parole deve essere costruito un percorso che coinvolga i protagonisti dello sforzo di miglioramento e li conduca verso un ampio consenso. Per ultimo, le raccomandazioni devono essere trasformate in un Piano Strategico, necessariamente allineato con il Piano Sanitario Nazionale e Regionale. Il punto di riferimento essenziale è il documento approvato nel dicembre 2010 nell'ambito della Conferenza Stato e Regioni "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".

Come esposto nella parte introduttiva di questo documento, le Linee Ministeriali di indirizzo definiscono criteri di accreditamento per le strutture, promuovono la carta dei servizi per il percorso nascita e l'integrazione territorio-ospedale, enfatizzano il ruolo delle ostetriche, in collaborazione con il medico di medicina generale, i consultori e le altre strutture territoriali nell'assistenza alla gravidanza fisiologica, chiariscono il ruolo del ginecologo nella gestione delle gestazioni complicate, forniscono strumenti per la sicurezza e procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto, stabiliscono un piano di formazione degli operatori, di monitoraggio e verifica dei programmi ed infine istituiscono un coordinamento nazionale permanente per il percorso nascita. Tutte queste misure devono essere progressivamente adottate nella nostra Regione. Alcuni dei cambiamenti di seguito proposti si sovrappongono a quelli del Ministero; certi suggerimenti riguardano il livello Regionale, altri le ULSS ed altri ancora i punti parto.

Un utile approccio al cambiamento è testare alcune iniziative proposte in pochi punti parto selezionati secondo il modello degli studi pilota, prima di promuoverne l'adozione in tutto il sistema. Gli studi pilota sono iniziative limitate nel tempo che intendono sperimentare l'introduzione di cambiamenti all'interno di una porzione di un sistema, dedicando attenzione e risorse specifiche, col fine ultimo di migliorare l'intero sistema. Ciò produce due vantaggi sostanziali: permette di apprendere come introdurre nuovi processi e tecniche nell'ambito dell'assistenza materna del SSSR e forma professionisti nei nuovi approcci rendendoli preziose risorse al fine di estendere l'implementazione a tutto il sistema. La scelta di quattro o cinque punti parto per realizzare i progetti pilota dovrebbe basarsi prima di tutto sull'interesse ed entusiasmo dei rispettivi leader e dei loro team nei confronti del possibile cambiamento concordato. Il ruolo della Regione dovrebbe essere di sostegno tecnico e coordinamento nelle fasi di formulazione, implementazione e valutazione della strategia, dapprima nei punti parto pilota e quindi nell'intero sistema di assistenza materna.

Tutte le raccomandazioni qui esposte riguardano l'ambito materno, soprattutto ostetrico, tuttavia alcune sono rilevanti anche per altre specialità, chirurgiche e mediche, e per l'intero SSSR. I suggerimenti sono raggruppati attorno ai seguenti temi: sistemi informativi, analisi della qualità e sicurezza, programmazione dei servizi, miglioramento della qualità e sicurezza.

### 9.1. Sistemi informativi

- Analizzare il grado di affidabilità degli eventi avversi segnalati nelle schede di dimissione ospedaliera.
- Promuovere la compilazione ed analisi di descrizioni anonime di eventi avversi (*incident report*).
- Adottare misure standard riguardo gli esiti avversi, assegnando un peso ad ognuno, in particolare l'indice di esito avverso (Adverse Outcome Index - AOI).
- Rafforzare i flussi informativi di routine riguardanti il personale e le tecnologie disponibili, al fine di sostenere la valutazione e la programmazione dei servizi, quindi andando oltre l'ottica contabile e di gestione amministrativa del personale.
- Includere nella scheda di dimissione ospedaliera una casella per i parti cesarei senza indicazione medica in modo da rendere possibile la misurazione del fenomeno.

### 9.2. Analisi della qualità e sicurezza

- Calcolare altri indicatori di qualità e sicurezza (ad esempio proporzione di episiotomie su tutti i parti vaginali, proporzione di cesarei in primipare a basso rischio e l'indice di esito avverso) oltre a quelli tradizionalmente usati anche in questo rapporto (ad esempio proporzione di cesarei in primipare e di parti vaginali dopo cesareo).
- Realizzare inchieste su un campione rappresentativo di punti parto riguardo processi e procedure fondamentali, ad esempio induzione del parto ed uso di forcipe/ventosa.
- Disegnare ed adottare un sistema di inchiesta confidenziale sulle morti materne e neonatali e casi di morbosità severa, simile a quello del Regno Unito, al fine di analizzare sistematicamente ogni decesso e caso di grave morbosità materna o neonatale.
- Fornire, da parte Regionale, feed-back regolare sulle denunce anonime di eventi avversi raccolte tramite l'*incident reporting*.
- Analizzare le denunce per danno in ambito ostetrico da una prospettiva di sicurezza del paziente.
- Investigare, tramite *Focus Group*, tematiche primarie per le comunità, ad esempio il gradimento dei cittadini riguardo a diverse opzioni sull'organizzazione dei servizi di assistenza materna e la richiesta materna di cesareo.

### 9.3 Programmazione dei servizi

- Ri-formulare modelli assistenziali alla gravidanza, parto e *post-partum*, esplicitando il ruolo di punti parto con diversi livelli di risorse e competenze in un'ottica di rete integrata con la finalità di offrire servizi di buona qualità e sicurezza e continuità assistenziale casa-centro materno-infantile-ospedale di riferimento.
- Definire standard minimi per le infrastrutture ed il loro funzionamento, ad esempio, disponibilità di un team di chirurghi, anestesisti, ferristi e neonatologi in grado di eseguire un cesareo entro 30' dal momento nel quale la decisione viene presa e criteri quali minimi volumi assistenziali, nello specifico un numero di parti assistiti non inferiore ai 900/1000 per anno.
- Assicurare che il materiale consumabile, come guanti e cateteri venosi centrali, essenziale all'erogazione dei servizi sia standard e congruo con criteri di qualità stabiliti da professionisti.
- Elaborare un piano di investimenti in tecnologie essenziali per l'assistenza al parto basato su principi di Health Technology Assessment, cioè standardizzazione e

programmazione a lungo termine degli investimenti tecnologici necessari ai punti parto con diverse funzioni nell'ambito del SSSR.

#### 9.4. Miglioramento della qualità e della sicurezza

- o Disegnare ed implementare un programma di screening e gestione della depressione pre- e *post-partum* che coinvolga medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, ginecologi, ostetriche e psichiatri.
- o Adottare linee-guida cliniche riguardo:
  - patologie comuni ed importanti, in particolare, diabete, ipertensione ed epilessia;
  - indicazioni alle procedure di assistenza al parto (cesareo, forcipe, ventosa, induzione);
  - utilizzo di forcipe, ventosa ed induzione;
  - gestione delle emergenze ostetriche;
  - prevenzione della trombosi venosa profonda;
  - monitoraggio elettronico del ritmo cardiaco fetale mediante cardiotocografia (compiti, tempi, interpretazione e criteri decisionali);
  - trasferimento delle pazienti.
- o Formulare ed adottare strategie per la sicurezza, in particolare:
  - Creare team per la gestione del rischio in ostetricia con mandato, strumenti e processi definiti a livello di Regione, ULSS e punti parto;
  - produrre check-list per le procedure più comuni e più a rischio di eventi avversi (ad esempio, misurazione del pH nel cordone ombelicale, somministrazione di ossitocina) e promuoverne l'adozione;
  - assicurare che i materiali consumabili che non rispettano gli standard stabiliti siano prontamente eliminati e sostituiti;
  - assicurare la raccolta accurata e standard di documentazione riguardo a procedure che spesso sono oggetto di procedimenti legali, in particolare l'uso di ossitocina, i parti con forcipe e ventosa e la gestione della distocia di spalla;
  - favorire un ambiente nel quale ogni professionista, indipendentemente dalla sua posizione gerarchica ed esperienza, consideri costantemente la sicurezza come una priorità assoluta;
  - promuovere la consapevolezza che la sicurezza e la qualità dell'assistenza dipendono dal lavoro in team, dalla comunicazione e da un ambiente di lavoro collaborativi;
  - formare il personale a funzionare come un team:
    - sostenere un clima organizzativo nel quale ogni professionista si senta a proprio agio nel richiamare l'attenzione di altri membri del team nel caso in cui identifichi un possibile problema che possa compromettere la sicurezza di un paziente;
    - standardizzare la comunicazione adottando tecniche di comunicazione come SBAR (Situazione, Background, Valutazione e Raccomandazione);
    - promuovere la sicurezza psicologica, cioè un ambiente di mutuo rispetto nel quale i professionisti sanno che non saranno puniti od umiliati per aver espresso in modo rispettoso idee o preoccupazioni relative alla qualità e sicurezza, posto domande o rilevato errori;
    - incoraggiare modelli di leadership efficace, provvisti di conoscenze solide sul miglioramento clinico e determinazione nel raggiungere obiettivi di miglioramento, promotori di aspettative di eccellenza nel

team, convinti e manifesti assertori dei principi che tutti possiamo sbagliare e che tutte le preoccupazioni relative alla sicurezza sono importanti;

- adottare *briefing* e *debriefing* quotidiani sulla sicurezza, cioè incontri di 2-5 minuti durante i quali i membri del team discutono apertamente ciò che deve essere o è stato fatto nel corso di procedure, identificando rischi, aspetti di eccellenza da istituzionalizzare ed aree di possibile miglioramento,
  - Condurre simulazioni ed esercitazioni di emergenze ostetriche con periodicità almeno annuali.
- Formare le nuove generazioni di ginecologi all'indicazioni ed all'uso di forcipe e ventosa.

### 9.5. Coinvolgimento ed *empowerment* dei cittadini

- Adottare sempre il consenso informato nel caso di procedure che lo richiedano, assicurando che ciò consista in un processo di comunicazione tra professionista e paziente e sia attuato, quando possibile, con ampio anticipo rispetto alla procedura.
- Informare ed educare le donne in età fertile e gravide riguardo i rischi di un cesareo senza indicazioni mediche.
- Elaborare un protocollo per la gestione di eventi avversi ed errori, anche catastrofici, in particolare la comunicazione con ed il sostegno di pazienti e familiari, ed anche dei professionisti coinvolti. Stabilire inoltre modalità riguardo la comunicazione all'interno dell'ospedale stesso e con la stampa e la comunità.
- Educare tutte le donne gravide all'uso corretto delle cinture di sicurezza subito dopo la conferma della gravidanza. Tale compito deve essere svolto da ostetriche, medici di medicina generale e ginecologi.

Le questioni relative alla qualità e alla sicurezza devono necessariamente essere studiate, programmate e messe in atto in primis da personale sanitario; nel caso dell'assistenza materna dai professionisti di quest'area, cioè ginecologi-ostetrici, ostetriche, anestesisti, neonatologi in collaborazione con medici preparati nei temi della qualità e della sicurezza.

Queste e altre raccomandazioni dovrebbero essere considerate, esplicitate attraverso un documento e attuate tramite un insieme coerente di componenti che si rafforzano mutuamente, cioè per mezzo di una Strategia Regionale. Solo così si può evitare il rischio di adottare interventi frammentari, la cui logica complessiva sfugge e la cui implementazione negli ospedali, unità operative e ULSS risulterebbe troppo eterogenea.

Tutte le misure delineate più sopra, non possono realizzarsi senza il sostegno della politica. Idealmente decisori politici e manager dovrebbero assicurare che al centro della loro attenzione e strategie non ci siano solo le grandi e imprescindibili questioni del finanziamento dei servizi o dell'accesso, ma anche la qualità e la sicurezza nell'ambito delle micro-strutture, precisamente là dove i servizi vengono erogati e possono cambiare la vita in una direzione favorevole o avversa.

## 10. Materiali e metodi

### 10.1 Materiali

Le analisi quantitative presentate in questo studio si basano sui seguenti sistemi informativi: schede di morte della Regione del Veneto e dell'ISTAT (2000-2008), schede di dimissione ospedaliera del Veneto (SDO) e Certificato di assistenza al parto (CEDAP). Per quanto riguarda i confronti regionali sono stati utilizzati i dati derivanti da Health for all dell'ISTAT mentre per le comparazioni internazionali sono stati usati i sistemi informativi dell'EuroStat e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). I dati non riguardanti il Veneto e le affermazioni trovano basi nella letteratura scientifica consultata citata nelle ultime pagine.

### 10.2. Metodi

Le morti materne sono state identificate secondo due diversi approcci:

1. schede di morte,
2. collegamento (*linkage*) tra schede di dimissione ospedaliera e schede di morte.

Nel primo approccio sono state identificate tutte le donne decedute con causa di morte ostetrica (ICD10 O01 - O99) registrate nelle schede di morte regionali.

Nella seconda metodica sono state identificate le donne residenti nel Regione del Veneto di età compresa tra i 15 e 49 anni decedute per qualunque causa che avessero almeno un ricovero per gravidanza o esito di gravidanza (aborto, interruzione volontaria di gravidanza, gravidanza ectopica, parto) nei 365 giorni precedenti la data del decesso.

Per la costruzione del denominatore del rapporto di mortalità materna è stata utilizzata la fonte ISTAT, bilancio demografico per i nati vivi, mentre per i MMR specifici è stata fatta una stima dei nati vivi attraverso le SDO di parto.

Materiali e metodi sono discussi in modo più approfondito nella versione completa di questo rapporto.

## 11. Bibliografia

- ACOG Dystocia and augmentation of labor. ACOG Practice Bulletin 49 Obstet Gynecol 2003
- Adnkronos Salute, Sanità: 66% punti nascita italiani con -1000 parti l'anno, Oms disattesa, Roma, 22 set. 2010, [http://www.adnkronos.com/IGN/Daily\\_Life/Benessere/Sanita-66-punti-nascita-italiani-con--1000-parti-lanno-Oms-disattesa\\_311001035268.html](http://www.adnkronos.com/IGN/Daily_Life/Benessere/Sanita-66-punti-nascita-italiani-con--1000-parti-lanno-Oms-disattesa_311001035268.html)
- Adnkronos, Cinque casi shock in un mese, malasanità entra in sala parto, Roma, 20 settembre 2010, [http://www.adnkronos.com/IGN/News/Cronaca/Cinque-casi-shock-in-un-mese-malasanita-entra-in-sala-parto\\_989398237.html](http://www.adnkronos.com/IGN/News/Cronaca/Cinque-casi-shock-in-un-mese-malasanita-entra-in-sala-parto_989398237.html)
- AHRQ Quality Indicators, Patient Safety Indicators Overview. February 2006. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, [http://www.qualityindicators.ahrq.gov/psi\\_overview.htm](http://www.qualityindicators.ahrq.gov/psi_overview.htm)
- Andrews L.B. et al., An alternative strategy for studying adverse events in medical care The Lancet, Volume 349, Issue 9048, Pages 309 - 313, 1 February 1997
- Appleby L., Suicidal behaviour in childbearing women., International Review of Psychiatry, Mar 96, 8, 1
- Associated Press, C-section rates around globe at 'epidemic' levels: WHO: Half moms in China have the surgery; rates high in other countries, msnbc.com, 1/12/2010
- Barclay L., Prevalence of Self-Reported Postpartum Depressive Symptoms Ranges From 11.7% to 20.4%, MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2008;57(14):361-366
- Baskett, T.F. et Sternadel, J. « Maternal intensive care and near-miss mortality », Br J Obstet Gynaecol, vol. 105, n° 9 (1998), p. 981-984
- Baskett T.F., Epidemiology of obstetric critical care, Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, Volume 22, Issue 5, October 2008, Pages 763-774
- Berg C.J. et al., Preventability of pregnancy-related deaths: results of a state-wide review. Obstet Gynecol. 2005 Dec;106(6):1228-34
- Berwick D.M. Continuous improvement as an ideal in health care. N Engl J Med, 320: 53, 1989
- Bewley S., Cockburn J. (Jun 2002). "The unfacts of 'request' caesarean section". BCOG 109 (6): 597-605
- Bland, P.B., Influenza in its relation to pregnancy and labor. American Journal of Obstetrics 79:184-197, 1919
- Braveman P. et al., Early discharge of newborns and mothers: A critical review of the literature. Pediatrics 1995; 96: 716-726
- Burrows L.J. et al. Maternal morbidity associated with vaginal vs cesarean delivery. Obstet Gynecol 2004
- Campbell D. " 'Fear of Pain' causes a big rise in Caesareans." 26 October 2008. The Guardian
- Carolan M., Pregnancy health status of sub-Saharan refugee women who have resettled in developed countries: a review of the literature. Midwifery. 2010 Aug;26(4):407-14
- Chang, J., Berg, C.J., Saltzman, L.E., & Herndon, J. (2005). Homicide: A leading cause of injury deaths among pregnant and postpartum women in the United States: 1991-1999. American Journal of Public Health, 95(3), 471-477
- Chaillet N., Evidence-Based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: A Meta-Analysis, Birth, Volume 34, Issue 1, pages 53-64, March 2007
- Chu S.Y. et al., Maternal obesity and risk of gestational diabetes mellitus. Diabetes Care. 2007 Aug;30(8):2070-2076
- Clark S.L. et al., Variation in the rates of operative delivery in the United States. Am J Obstet Gynecol. 2007 Jun;196(6):526

- o Clark S.L. et al., Maternal death in the 21st century: causes, prevention, and relationship to cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 Jul;199(1):36
- o Clark S. et al., Maternal Death in the 21st Century: Causes, Prevention and Relationship to Cesarean Delivery, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Volume 199, Issue 1 (July 2008)
- o Cohen, A. W. & Otto, S. R. (1980). Obstetric clavicular fractures: A three year analysis. *Journal of Reproductive Medicine*, 25, 119-126
- o Conferenza Stato-Regioni. 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. G.U. n. 13 del 18/1/2011
- o Dani C. et al., Risk factors for the development of respiratory distress syndrome and transient tachypnoea in newborn infants. *European Respiratory Journal* 1999; 14: 155-9
- o Demissie K. et al., Operative vaginal delivery and neonatal and infant adverse outcomes: population based retrospective analysis, *BMJ* 2004, 329:24
- o Deneux-Tharaux C. et al., Underreporting of pregnancy-related mortality in the United States and Europe. *Obstet Gynecol.* 2005 Oct;106(4):684-92
- o De Bac M., "La clinica dei record: 9 neonati su 10 nati con il parto Cesareo". *Corriere della Sera*. 14 gennaio, 2009
- o Donati S. et al., "Studio delle cause di mortalità e morbilità materna e messa a punto di modelli di sorveglianza della mortalità materna", Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità, <http://www.ccm-network.it/node/995>
- o Donohue J., Levitt S., The Impact of Legalized Abortion on Crime, *Quarterly Journal of Economics*, May 2001
- o Drife J., Maternal mortality in well-resourced countries: is there still a need for confidential enquiries? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2008 Jun;22(3):501-15
- o Druzin M.L., Cesarean delivery on maternal request: wise use of finite resources? A view from the trenches. *Semin Perinatol.* 2006 Oct
- o Edmondson A. Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 44, No. 2 (Jun., 1999), pp. 350-383
- o Epperson CN, Postpartum Major Depression: Detection and Treatment, *The American Family Physician* April, 15, 1999, 2247-2259
- o FIGO Recommendation on ethical issues in obstetrics and gynaecology. London: FIGO 2002
- o Fylstra, D.L. Tubal pregnancy: a review of current diagnosis and treatment. *Obstet Gynecol Surv* 1998; 53:320.
- o Flamm B.L., Reducing Cesarean Section Rates Safely: Lessons from a "Breakthrough Series" Collaborative, *Birth*, Volume 25, Issue 2, pages 117-124, June 1998
- o Friedman B. et al., Do patient safety events increase readmissions? *Med Care.* 2009;47:583-590
- o Friedman S.H., Resnick P., Child murder by mothers: patterns and prevention, *World Psychiatry.* 2007 October; 6(3): 137-141
- o Fuloria M. et al., The Newborn Examination: Part I. Emergencies and Common Abnormalities Involving the Skin, Head, Neck, Chest, and Respiratory and Cardiovascular Systems, *Am Fam Physician.* 2002 Jan1;65(1):61-69.
- o Geller S.E. et al., Morbidity and mortality in pregnancy: laying the groundwork for safe motherhood. *Womens Health Issues.* 2006 Jul-Aug;16(4):176-88
- o Gerten K. et al., Cesarean delivery and respiratory distress syndrome: Does labour make a difference? *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2005 (9); 193: 1061- 4
- o Gnesotto R., Forni S., La mortalità e le sue cause nel Veneto. Principali malattie e traumatismi, frequenze, tendenze, fattori di rischio, confronti nazionali ed internazionali

e implicazioni per la sanità pubblica. Direzione della Prevenzione, Regione del Veneto, 2000

- o Gnesotto R, Gennaro N, Turra R, Bellocco R, et al Rapporto su misure di efficacia, accesso, sicurezza ed equità del Servizio Sanitario Regionale del Veneto, Agenzia Socio-sanitaria del Veneto, Venezia, 2007
- o Gold LH, Postpartum Disorders in Primary Care: Diagnosis and Treatment, Primary Care: Clinics in Office Practice, Volume 29, Issue 1, March 2002, Pages 27-41
- o Gonen R, Obstetricians' Opinions Regarding Patient Choice in Cesarean Delivery *Obstetrics & Gynecology*: April 2002 - Volume 99 - Issue 4 - p 577-580
- o Goodwin TM et al editors, Management of Common Problems in Obstetrics and Gynecology, 5th Edition, Wiley-Blackwell, 2010
- o Governo Italiano, FAZIO: "CONTRO GLI ERRORI CONTROLLI INFORMATIZZATI" Rassegna stampa da "IL MESSAGGERO" di giovedì 23 settembre 2010
- o Gawande A, The Score, *The New Yorker* Oct 9, 2006
- o Graham EM et al, Intrapartum electronic fetal heart rate monitoring and the prevention of perinatal brain injury. *Obstet Gynecol*, 108: 656-66, 2006
- o Hankins G, Rowe T, Operative vaginal delivery - Year 2000 *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Volume 175, Issue 2 , 275-282, August 1996
- o Harris, JW. (1919): Influenza occurring in pregnant women: a statistical study of 1350 cases. *JAMA* 72:978-980
- o Hildingsson I et al, Few women wish to be delivered by caesarean section, *BJOG* (June 2002),109 (6): 618-23
- o Hogan MC et al, Maternal mortality for 181 countries, 1980—2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5, *The Lancet*, 375, 9726, 1609 - 1623, 8 May 2010
- o Horon IL, Underreporting of Maternal Deaths on Death Certificates and the Magnitude of the Problem of Maternal Mortality *Am J Public Health*. 2005 March; 95(3): 478-482
- o ISTAT, Natalità e fecondità della popolazione residente: caratteristiche e tendenze recenti, Indicatori demografici, 2010
- o Johanson RB, Menon V. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999, Issue 2. Art. No.: CD000224
- o Jukelevics N, Putting Mothers and Babies at Risk: Promoting the Elusive "Cesarean Delivery on Maternal Request", *Birth*, Volume 36, Issue 3, pages 254-257, September 2009
- o Khan KS et al., WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*. 2006 Apr 1;367(9516):1066-74
- o Koblinsky MA et al, Organizing delivery care: what works for safe motherhood. *Bull World Health Organ*. 1999; 77(5): 399-406
- o Lapislazzuli Giornale d'informazione dell'ULS Napoli 5, Meno tagli cesarei, l'esperienza del S. Leonardo al congresso Aogoi Giovedì 12 Ottobre 2006
- o Lencioni, P. (2002). The five dysfunctions of a team: A leadership fable. San Francisco: Jossey-Bass.
- o Lombardo, M. M., & Eichinger, R. W. (1995). The Team Architect® user's manual. Minneapolis, MN: Lominger Limited.
- o Liu et al. Maternal mortality and severe morbidity associated planned caesarean delivery vs planned vaginal delivery. *CMAJ* 2007 feb
- o Lydon Rochelle M, Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery, *N Engl J Med*, Vol. 345, No. 1 July 5, 2001
- o Lowe NK. A review of factors associated with dystocia and cesarean section in nulliparous women. *J Midwifery Womens Health*. 2007 May-Jun
- o Lewis, G (ed). The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Saving Mothers' Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer - 2003-

2005. The Seventh Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: CEMACH, 2007.
- o Lewis, G. (ed). Why Mothers Die 2000-2002. Sixth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: RCOG Press, 2004
  - o Lindahl V. et al., Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. Arch Womens Ment Health. 2005 Jun;8(2):77-87
  - o Loudon, Irvine. 1992. Death in Childbirth, An International Study of Maternal Care and Maternal Mortality 1800–1950. Oxford, Eng.: Clarendon Press
  - o Lydon-Rochelle M et al, Association between method of delivery and maternal rehospitalization. JAMA 2000; 283:2411- 6
  - o MacDorman M.F. et al., Infant and Neonatal Mortality for Primary Cesarean and Vaginal Births to Women with “No Indicated Risk,” United States, 1998–2001 Birth Cohorts, Birth, Volume 33, Issue 3, pages 175–182, September 2006
  - o MacDorman M.F. et al., Neonatal Mortality for Primary Cesarean and Vaginal Births to Low-Risk Women: Application of an “Intention-to-Treat” Model, Birth, 2008, 35, 1
  - o MacDorman M.F., Cesarean Birth in the United States: Epidemiology, Trends, and Outcomes, Clin Perinatol 35 (2008) 293–307
  - o MacKenzie I.Z., Indications for caesarean section in a consultant obstetric unit over three decades. J Obstetr and Gynecol, 2003, Vol. 23, No. 3 , Pages 233-238
  - o MacLennan A. et al., Who Will Deliver Our Grandchildren? Implications of Cerebral Palsy Litigation, JAMA. 2005;294(13):1688-1690
  - o Malcoe L.H., National Policy, Social Conditions, and the Etiology of Maternal Mortality Epidemiology Vol. 5, No. 5 (Sep., 1994), pp. 481-483
  - o Marks M.N. et al., Infanticide in England and Wales. Med Sci Law. 1993 Oct ;33 (4):329-39
  - o Mazzocco K. et al., Surgical team behaviors and patient outcomes. Am J Surg. 2009 May;197(5):678-85. Epub 2008 Sep 11
  - o Miesnik S.R. et al., A Review of Issues Surrounding Medically Elective Cesarean Delivery, Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, Volume 36, Issue 6, pages 605–615, November/December 2007
  - o Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto, Raccomandazione n. 6, 2007
  - o Ministero della Salute, Bozza del Piano Nazionale Sanitario 2010-2012, Roma, 28 Settembre 2010
  - o Ministero della Salute, Uno studio per valutare la qualità dell'assistenza al percorso nascita in Italia, <http://www.salute.gov.it/dettaglio/pdPrimoPiano.jsp?sub=0&id=193&area=ministero%09&colore=2&lang=it>
  - o Monari F., Obstetricians’ and Midwives’ Attitudes toward Cesarean Section, Birth, Volume 35, Issue 2, pages 129–135, June 2008
  - o Murphy A.A. et al., Training and competency assessment in electronic fetal monitoring: a national survey. Obstet Gynecol, 101: 1243–8, 2003
  - o Murray C.J.L., Lopez A.D. Alternative projections of mortality and disability by cause. 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet. 1997;349:1498-1504
  - o Murray D.G. The Relationship between Volume and Health Outcomes - A Review, SCOTTISH MEDICAL JOURNAL, Volume 50 Issue 1 March 2006
  - o Neill Epperson C., Postpartum Major Depression: Detection and Treatment, American Family Physician April 15 1999
  - o Neugebauer R. et al. Determinants of depressive symptoms in the early weeks after miscarriage. American Journal of Public Health, 1992; 82 (10): 1332-38.

- Nygaard I Should all women be offered elective cesarean delivery? *Obstet Gynecol.* 2003 Aug
- Nolan TW., System changes to improve patient safety *BMJ.* 2000 March 18; 320(7237): 771–773
- Oates M., Psychiatric services for women following childbirth, *International Review of Psychiatry*, Mar96, Vol. 8, Issue 1
- Oates M., Suicide: the leading cause of maternal death, *The British Journal of Psychiatry* (2003) 183: 279-281
- O'Hara M.W. et al., Rates and risk of postpartum depression--a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, Mar96, Vol. 8, Issue 1
- O'Keane V., Marsh MS., Depression during pregnancy, *BMJ*, May 12, 2007; 334(7601): 1003 - 1005
- Park K., Maternal Mortality Rate. *Preventive Medicine in Obstetrics, Paediatrics and Geriatrics.* Park's Textbook of Preventive and Social Medicine Chapter 9, Pages 387 to 389, 17th Edition. 2007
- Pennell K., Graffeo C., Managing Peripartum Emergencies, *Emerg Med* 41(7):8, 2009
- Pepe F., Sale parto, 16 ospedali veneti a rischio stop o accorpamento, *Giornale di Vicenza*, 26/11/2010
- Poole JH., Long J. Maternal mortality--a review of current trends. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2004 Jun;16(2):227-30
- Pronovost P. Defining and measuring patient safety, *Critical Care Clinics*, Volume 21, Issue 1, Pages 1-19
- Reid DE., Weiner A.B., Roby C.C., et al: Maternal afibrinogenemia associated with long-standing intrauterine fetal death. *Am J Obstet Gynecol* 1953; 66:500
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Thromboembolic Disease in Pregnancy and the Puerperium: Acute Management (Green-top 28), 01/02/2007, London
- Romano P.S., Geppert J.J., Davies S., Miller M.R., Elixhauser A., McDonald K.M., A national profile of patient safety in U.S. hospitals. *Health Aff (Millwood)*. 2003 Mar-Apr;22(2):154-66
- Sachs B. P. et al., Hemorrhage, infection, toxemia, and cardiac disease, 1954-85: causes for their declining role in maternal mortality. *Am J Public Health.* 1988 June; 78(6): 671–675
- Sedgh G., Induced abortion: estimated rates and trends worldwide *The Lancet*, 370, 9595, 1338 - 1345, 13 October 2007
- Segre LS. et al., The prevalence of postpartum depression: the relative significance of three social status indices. *Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007 Apr;42(4):316-21
- Serra E., *Da Angelina a Rachida: Evitare il travaglio è una scelta di libertà*, 14 gennaio 2009 *Corriere della Sera*
- Shields Dystocia in nulliparous women. *Am Fam Physician.* 2007 Jun
- Shiliang L. et al., for the Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System, Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term, *Can. Med. Assoc. J.*, Feb 2007; 176: 455 – 460
- Silver R.M. et al., Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol.* 2006 Jun;107(6):1226-32
- TgCOM Mediaset [www.tgcom.mediaset.it](http://www.tgcom.mediaset.it) "Cesarei, alla Mater Dei il record" 14 gennaio 2009
- Thacker SB. et al., Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jul 18;(3)
- The Joint Commission Sentinel Event Alert, Behaviors that undermine a culture of safety, Issue 40, July 9, 2008

- o The Joint Commission. PC-01 Elective Delivery: Specifications Manual for Joint Commission National Quality Core Measures. 2009
- o Thomasson E., WITNESS: No pain, no gain? Giving birth Dutch-style Thu Mar 27, 2008, <http://www.reuters.com/article/idUSL2691216820080327>
- o Tovino S., Scientific Understandings of Postpartum Illness; improving health policy and law ? *Harvard Journal of Law & Gender* , 100-173, Vol. 33, 2010
- o Tracy S.K. et al., (2006) – Does size matter? A population-based study of birth in lower volume maternity hospitals for low risk women. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 113:86-96
- o Tuffnell D.J. Amniotic fluid embolism. *Curr Opin ObstetGynecol* 2003; 15:119-22
- o Tuffnell D.J. United Kingdom Amniotic Fluid Embolism Register, *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* Volume 112, Issue 12
- o Turner, L.A., Cyr, M., Kinch, R.A.H., Liston, R., Kramer, M.S., Fair, M. et Heaman, M.« Under-reporting of maternal mortality in Canada: a question of definition », *Chronic Dis Can*, vol. 23, n° 1 (2002), p. 22-30
- o Usha Kiran T.S. and Jayawickrama N.S., Who is responsible for the rising caesarean section rate? *J Obstet Gynecol.* 2002, Vol. 22, No. 4 , Pages 363-365
- o Vercoustre L. et al. , Trial of labor after previous cesarean delivery: review of the literature. *J Obstet Biol Reprod* 2006, feb
- o Walker R., Strategies to Address Global Cesarean Section Rates: A Review of the Evidence, *Birth*, Volume 29, Issue 1, March 2002, Pages: 28–39
- o West A.N., Weeks WB, Bagian JP. Rare adverse medical events in VA inpatient care: reliability limits to using patient safety indicators as performance measures. *Health Serv Res.* 2008;43:249-266
- o Wilson R.M. et al, The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1995; 163: 458-471
- o Wisner K.L., Postpartum Depression A Major Public Health Problem, *JAMA.* 2006; 296(21): 2616-2618
- o World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (Version for 2007): <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>
- o World Health Organization, UNICEF, UNFPA and The World Bank, Trends in maternal mortality: 1990 to 2008, Geneva, 2010

## 12. Riferimenti

L'Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto istituita con Legge Regionale 29 novembre 2001, n.32, è un ente strumentale della Regione con compiti di supporto tecnico in materia di sanità e servizi sociali.

Dell'Agenzia possono avvalersi le Commissioni consiliari in relazione alla loro competenza con le modalità previste dallo Statuto dell'Ente.

L'Unità Ricerca e Innovazione (URI) si occupa prevalentemente dello sviluppo e del coordinamento di progettualità di carattere sanitario a livello regionale, nazionale ed internazionale, anche in collaborazione con soggetti istituzionali quali il Ministero della Salute, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) ed l'Executive Agency for Health and Consumers (EAHCS) (EU).

L'URI è diretta dal dott. Costantino Gallo, dirigente medico, ed è costituita dal dott. Nicola Gennaro, (statistica), dott.ssa Roberta Bartoloni, (economia) e dal dott. Piero Pontello, (giurisprudenza). Si avvale inoltre della collaborazione tecnica del dott. Roberto Gnesotto, medico e della dott.ssa Marta Disegna, economia e statistica.

Sito web : [www.arssveneto.it](http://www.arssveneto.it)

Ca' Zen ai Frari – S.Polo 2580 – 30125 Venezia

Tel. 0412793561 Fax 0412793566

### 13. Normativa (Allegato A)

La normativa vigente in materia di maternità ed assistenza alla maternità comprende le seguenti prescrizioni:

- Codice Civile (art. 1)
- Costituzione della Repubblica (art. 117, co. 2, lett. M)
- L. 29 luglio 1975, n. 405 Istituzione dei consultori familiari
- L. 4 maggio 1983, n. 184. Diritto del minore ad una famiglia
- D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421. (art. 1, co. 11)
- D.L. 18 gennaio 1993, n. 9. Disposizioni urgenti in materia sanitaria e socio-assistenziale;
- D. Lgs. 11 agosto 1993, n. 374. Attuazione dell'art. 3, comma 1, lettera f), della legge 23 ottobre 1992, n. 421, recante benefici per le attività usuranti;
- D.M. 15 aprile 1994. Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera;
- D.M. 14 dicembre 1994. Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera;
- L. 23 dicembre 1994, n. 724. Misure di razionalizzazione della finanza pubblica. (Art. 12)
- L. 23 dicembre 1996, n. 662. Misure di razionalizzazione della finanza pubblica. (Art. 1, co. 34)
- D.M. 24 aprile 2000. Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al "Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000".
- L. 8 novembre 2000 n. 328 Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. (art. 8, co. 5)
- D.M. 17 aprile 2001. Attuazione dell'art. 78, della L. 23 dicembre 2000, n. 388 (Finanziaria 2001). Benefici in favore dei lavoratori che risultino aver svolto prevalentemente mansioni particolarmente usuranti per le caratteristiche di maggior gravità dell'usura;
- L. 27 dicembre 2002 n. 289. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003). (art. 54)
- L. 5 giugno 2003, n. 131. Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla L. Cost. 18 ottobre 2001, n. 3. (art. 8)
- Intesa 23 marzo 2005. Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della L. 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della L. 30 dicembre 2004, n. 311. (art. 9)
- Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lett. a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, alla realizzazione degli obiettivi di Piano sanitario nazionale per l'anno 2009;
- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali di linee guida per l'utilizzo da parte delle Regioni e Province autonome delle risorse

vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009.

Il documento più importante, recentissimo, è l'accordo del 16 dicembre 2010, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, 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 ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo**" pubblicato nella G.U. n. 13 del 18/1/2011.

La **Regione del Veneto** ha emanato la Legge regionale 16 agosto 2007, n. 25 (BUR n. 73/2007) "*Disposizioni regionali in materia di parto fisiologico indolore*".

Inoltre con DGRV n. 248 del 4 febbraio 2005 ha adottato le "*Linee di indirizzo regionali in materia di allattamento al seno*" ed ha autorizzato la promozione dell'iniziativa "*Ospedali amici dei bambini OMS/UNICEF*" presso tutte le ASL del Veneto interessate ad intraprendere il percorso necessario per ottenere tale qualifica.

Alla **Camera** sono presenti alcuni progetti di legge, successivamente abbinati, e precisamente:

Proposta di legge **C. 918** "*Norme per l'assistenza alla nascita e la tutela della salute del neonato*" Presentata l'8 maggio 2008 - abbinata con **C. 1266**, **C. 1353**, **C. 1513**, **C. 3303**.

Le proposte di legge in esame disciplinano l'assistenza alla nascita e la tutela della salute materna e del neonato. Esse dettano disposizioni sugli *standard* assistenziali, sui requisiti minimi dei punti nascita, sulla formazione specifica del personale e sulla donazione e raccolta del sangue del cordone ombelicale.

Qui di seguito si fornirà una sintetica illustrazione del contenuto dei provvedimenti.

La proposta di legge **A.C. 918**, si compone di 13 articoli. Gli articoli 1 e 2 dopo aver qualificato la notifica del ricovero e la compilazione della cartella clinica quali principi di tutela del neonato, definiscono i livelli in cui si articola l'assistenza ospedaliera al neonato e i requisiti minimi delle competenze specifiche in tale ambito. L'articolo 3 individua nell'assistenza in sala parto e nella rianimazione primaria neonatale i requisiti essenziali di ogni punto nascita delegando alle regioni e alle province autonome l'attuazione della formazione specifica in tale ambito. L'articolo 4 prescrive per tutti i nati apparentemente sani i comuni controlli dei parametri vitali, l'articolo 5 dispone la compilazione della cartella clinica personale per ogni nato vivo. L'articolo 6 dispone sull'umanizzazione della nascita e sulle dimissioni precoci della madre e del figlio. L'articolo 7 è diretto a favorire l'allattamento al seno del neonato e la vicinanza del neonato alla madre nelle strutture ospedaliere. Gli articoli 8 e 9 disciplinano rispettivamente i casi di ospedalizzazione del neonato e la riorganizzazione dei reparti ostetrici, pediatrici e neonato logici. L'articolo 10 detta specifiche disposizioni d'intervento per le gravidanze a rischio. L'articolo 11 assicura la continuità nella prestazione delle cure, presso le medesime unità neonatali, ai bambini affetti, dopo l'età neonatale, dalle medesime patologie connesse alla nascita. L'articolo 12 dispone sui compiti delle regioni e delle province autonome, l'articolo 13 prevede l'applicazione della normativa sui lavori usuranti al personale impegnato nelle unità di terapia intensiva neonatale.

La proposta di legge **A.C. 1353** si compone di 21 articoli. L'articolo 1 definisce le finalità del provvedimento. L'articolo 2 prevede, per la realizzazione delle indicate finalità, una rimodulazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEA) in favore della gestante, della partoriente e del neonato. L'articolo 3 contempla una specifica intesa in sede di Conferenza Stato regioni per favorire la promozione delle attività previste dal progetto di legge. L'articolo 4 promuove campagne informative nazionali, da parte del Ministero, di intesa con la Conferenza stato-regioni. L'articolo 5 attribuisce alle aziende ospedaliere ed alle ASL il coordinamento di incontri informativi di accompagnamento alla maternità ed alla nascita. L'articolo 6 definisce alcuni principi in tema di assistenza alla nascita prevedendo il coordinamento funzionale tra le diverse strutture impegnate in tale ambito. In tema di livelli di cura l'articolo 7 garantisce ad ogni madre e ad ogni nato, nell'ambito delle strutture ospedaliere, l'assistenza di personale qualificato e la conformità ai requisiti definiti dai progetti obbiettivo in materia materno-infantile. L'articolo 8 dispone in tema di requisiti organizzativi e di personale. L'articolo 9 demanda ad un decreto ministeriale la definizione di un unico raggruppamento omogeneo di diagnosi e cura (DRG) per stabilire il rimborso alle strutture sanitarie per i parti vaginali e con parto Cesareo. L'articolo 10 rimette ad un decreto ministeriale, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, la definizione della formazione del personale sanitario del SSN addetto all'assistenza neonatale, prevedendo anche compiti delle regioni. L'articolo 11, in tema di parto fisiologico, disciplina l'accesso nei reparti ospedalieri in cui si svolge l'evento travaglio-parto-nascita e vieta, compatibilmente con le indicazioni mediche, le procedure e le tecniche mediche contrarie alla volontà della partoriente. L'articolo 12 definisce i luoghi in cui può svolgersi il parto fisiologico. L'articolo 13 detta specifiche norme sul parto a domicilio. L'articolo 14 definisce i casi che giustificano il servizio di trasporto materno e neonatale. L'articolo 15 dispone in tema di donazione e raccolta del sangue del cordone ombelicale. L'articolo 16 contempla la compilazione della cartella clinica per ogni nato vivo prevedendo che le relative linee guida siano definite con decreto ministeriale. L'articolo 17, dispone che tutti i neonati devono essere sottoposti ai controlli dei parametri vitali durante l'osservazione transizionale. L'articolo 18 attribuisce alle regioni e alle province autonome il compito di garantire i necessari interventi socio-assistenziali nei confronti delle gestanti e dei loro nati bisognosi di specifici sostegni. Ai sensi dell'articolo 19 il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali presenta una relazione annuale al Parlamento sull'attuazione della legge. Con l'articolo 20 si estendono al personale impiegato nelle unità di terapia intensiva neonatale e nel pronto soccorso ostetrico le agevolazioni previste per coloro che sono impiegati in lavori particolarmente usuranti. L'articolo 21 dispone sulla copertura degli oneri recati dal provvedimento.

Infine, la proposta di legge **A.C. 1513**, si compone di 17 articoli. L'articolo 1 enuncia le finalità della legge. L'articolo 2 prevede la presentazione annuale da parte del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali di una relazione al Parlamento sull'attuazione della legge. L'articolo 3 individua i compiti delle regioni e delle province autonome. L'articolo 4 individua le ulteriori finalità delle nove disposizioni mentre l'articolo 5 individua i compiti delle ASL e delle strutture specialistiche pubbliche e private in tema di assistenza alla nascita. L'articolo 6 definisce il parto fisiologico e ne disciplina le modalità assistenziali. Gli articoli 7 e 8 individuano, rispettivamente, i luoghi e le strutture ospedaliere per il parto fisiologico. L'articolo 9 richiama i criteri dell'OMS per il riconoscimento delle gravidanze e dei parti a rischio e riserva il trasporto d'emergenza ai casi di particolare gravità. L'articolo 10 dispone sulla donazione e raccolta del sangue del cordone ombelicale. L'articolo 11 prevede l'equiparazione, in tema di rimborso alle strutture sanitarie tra i parti vaginali e quelli cesarei. L'articolo 12 prevede i compiti delle regioni e province autonome le quali, ai sensi dell'articolo 13, predispongono anche relazioni annuali su alcuni aspetti specificamente definiti. L'articolo 14 prevede la compilazione,

per ogni nato vivo, di una cartella clinica personale, l'articolo 15 dispone sui controlli post-natali. L'articolo 16 rimette alle regioni e alle province autonome la garanzia degli interventi socio-assistenziali nei confronti delle gestanti che necessitano di specifici sostegni in ordine al riconoscimento o meno dei loro nati e al segreto del parto. Infine, l'articolo 17 estende al personale impiegato nelle unità di terapia intensiva neonatale e nel pronto soccorso ostetrico le agevolazioni previste per coloro che sono impiegati in lavori particolarmente usuranti.

Infine, presentano un contenuto simile le proposte di legge **A.C. 3303** e **A.C. 1266** che stabiliscono norme ed interventi in favore delle gestanti e delle madri per garantire il segreto del parto alle donne che non intendono riconoscere i loro nati. Esse rimettono alle regioni e alle province autonome il compito di garantire gli interventi socio-assistenziali - nonché quelli per la continuità assistenziale e per il reinserimento sociale - alle gestanti presenti sul proprio territorio. Tali interventi vengono qualificati come livelli essenziali di assistenza ai sensi dell'articolo 117, comma 2, lettera m).

Sempre alla **Camera** è presente il progetto di legge **C1035** "*Disposizioni per la modifica dell'ordinamento dello stato civile in materia di indicazione del luogo di nascita in caso di parto avvenuto in ospedale o in caso di cura*" del 14.5.2008 assegnato alla II Commissione Giustizia il 7 maggio 2009. La presente proposta di legge, tenendo conto del radicamento dei singoli individui, mira a ripristinare il forte collegamento naturale tra territorio di appartenenza e singola nascita, solo occasionalmente interrotto, al fine di conseguire condizioni di salute più sicure, prevedendo la possibilità che sui registri dello stato civile e sulle conseguenti certificazioni sia correttamente indicato come luogo di nascita il luogo della comunità in cui ogni nuovo individuo è effettivamente «incardinato».

Al **Senato** si evidenzia di analogo tenore al succitato C1035, la presenza del DDL n. **S2361** presentato il 6.10.2010 "Istituzione del luogo elettivo di nascita".

Sintesi: "Qualora la nascita avvenga in una struttura sanitaria situata in un comune diverso da quello di residenza dei genitori, gli stessi o la madre del bambino in mancanza del padre o nel caso in cui il padre non abbia riconosciuto la paternità del bambino, possono indicare nella dichiarazione di nascita il luogo elettivo di nascita del bambino, in alternativa al luogo effettivo dove la nascita è avvenuta o al luogo di nascita convenzionalmente stabilito. Il luogo elettivo di nascita può essere individuato esclusivamente nel comune di residenza dei genitori, sito comunque nell'ambito della stessa provincia di residenza. Qualora i genitori risiedano in comuni diversi, il luogo elettivo di nascita viene stabilito di comune accordo. In mancanza di accordo, il comune di nascita da dichiarare è quello della madre".

## 14. Il parto in casa (Allegato B)

### 14.1 Parto in casa nella Regione Veneto

(di Anna Ferrante, Laura Salmaso, Paola Facchin)

(Registro Nascita -Osservatorio Regionale della Patologia in Età Pediatrica)

Il flusso sui Certificati di Assistenza al Parto (CEDAP) registra tutti i parti che avvengono sul territorio, compresi quelli a domicilio (DM 16 luglio 2001, n. 349). In particolare, per quest'ultimi, il CEDAP rappresenta attualmente l'unica fonte disponibile.

In Veneto dal 2002, anno di avvio del nuovo flusso sui CEDAP, al 2009 hanno partorito 365.291 donne. Di queste 611 hanno partorito al di fuori del punto nascita pubblico o privato accreditato, ed in particolare, 419 donne hanno scelto di partorire a domicilio (Tab. 9).

Nel corso degli anni in analisi il numero assoluto dei parti a domicilio ha subito delle oscillazioni, con una media di circa 50 parti all'anno.

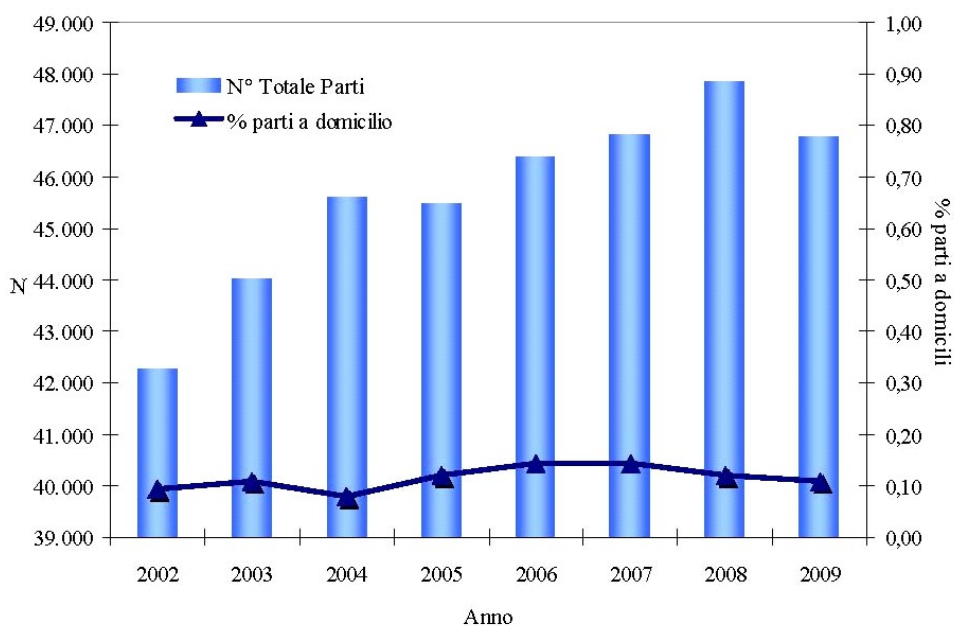
**Tab. 9: Distribuzione parti avvenuti al di fuori di un Punto Nascita per anno di evento e luogo del parto. Anni 2002-2009, Regione Veneto**

Anno	Luogo del parto			Totale
	abitazione privata	altra struttura di assistenza	altrove (strada, mezzi di trasporto, ecc.)	
2002	39	8	13	60
2003	48	4	14	66
2004	36	4	13	53
2005	55	3	26	84
2006	66	2	15	83
2007	67	4	17	88
2008	57	5	33	95
2009	51	3	28	82
Totale	419	33	159	611

(Fonte: Osservatorio Regionale della Patologia in Età Pediatrica - Flusso CEDAP)

Rispetto al totale dei parti avvenuti in Regione, la percentuale di parti a domicilio rimane costante e pari allo 0,1% (Graf. 49), in linea con i valori registrati nelle Regioni dell'Italia centrale e meridionale (Tabella 10) e al di sotto delle percentuali rilevate per l'Italia settentrionale.

**Graf. 49: Distribuzione dei parti per anno e percentuale dei parti a domicilio. Anni 2002-2009, Regione Veneto**



(Fonte: Osservatorio Regionale della Patologia in Età Pediatrica - Flusso CEDAP)

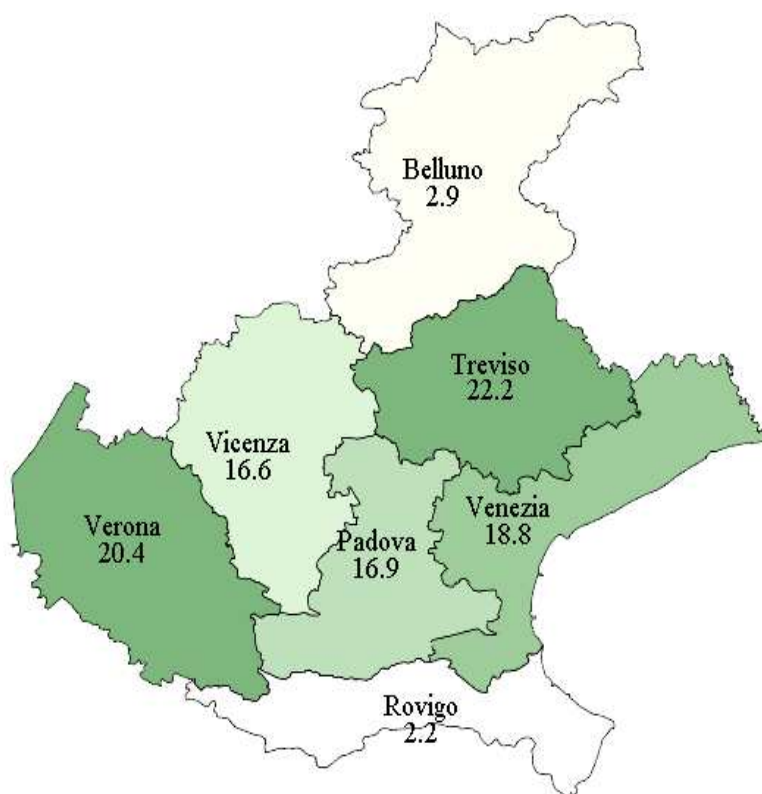
**Tab. 10: Distribuzione regionale del numero assoluto di parti e percentuale dei parti a domicilio. Anno 2007**

Regione	Parti totali	% Parti a domicilio
Piemonte	36022	0,1
Valle d'Aosta	1223	0,2
Lombardia	96046	0,2
Prov. Aut. Bolzano	5563	0,3
Prov. Aut. Trento	4904	0,4
Veneto	46850	0,1
Friuli Venezia Giulia	10502	0,2
Liguria	11108	0,2
Emilia-Romagna	39792	0,2
Toscana	32359	0,0
Umbria	8037	0,1
Marche	13568	0,1
Lazio	54971	---
Abruzzo	10410	0,1
Molise	893	0,1
Campania	60388	0,1
Puglia	34519	0,1
Basilicata	4273	0,0
Sicilia	37935	4,1
Sardegna	11026	0,1
<b>Italia</b>	<b>520369</b>	<b>0,4</b>

(Fonte: Ministero della salute. Dipartimento della qualità. Direzione generale sistema informativo. Certificato di assistenza al parto (Cedap). Analisi dell'evento nascita - anno 2007. Roma, Ministero della salute, 2010)

Il 60% dei parti a domicilio (Mappa 9) è avvenuto tra le province di Treviso (22,2%), Verona (20,4%) e Venezia (18,8%). Rapportando, per ciascuna provincia, il numero dei parti a domicilio sul totale dei parti da residenti nella stessa provincia, si osserva che le donne più propense a partorire a casa sono le residenti a Venezia, seguite da Treviso e Verona (Mappa 10) .

**Mappa 9: Distribuzione percentuale dei parti avvenuti a domicilio per provincia. Anni 2002-2009, Regione Veneto.**

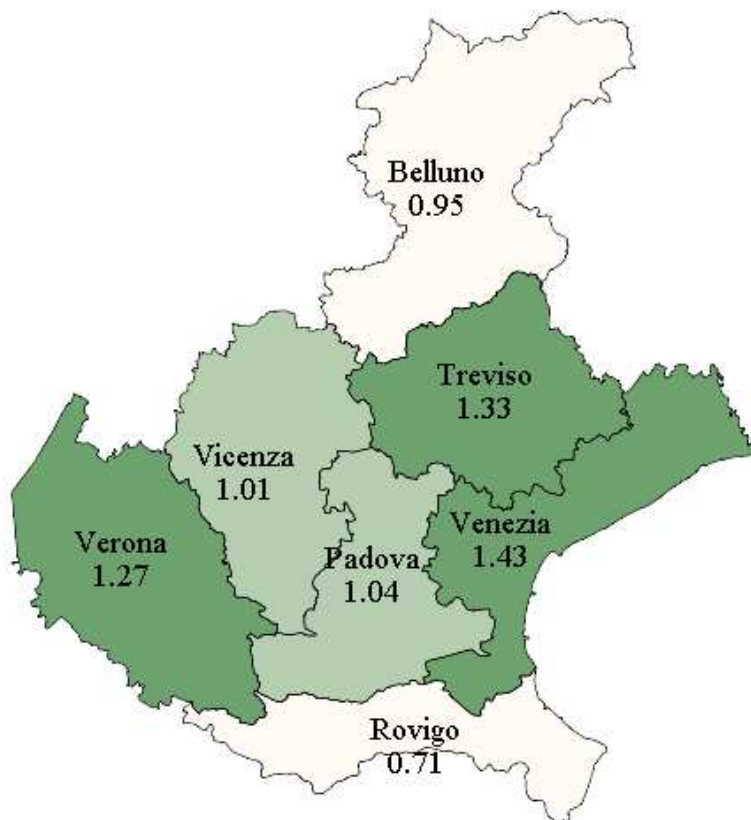


*(Fonte: Osservatorio Regionale della Patologia in Età Pediatrica - Flusso CEDAP)*

L'80% delle donne che ha partorito a domicilio è coniugata e il 35% ha meno di 30 anni, in linea con i valori regionali riferiti a tutte le puerpere (rispettivamente 81,3% e 34%). Poco più di un quinto (22%) possiede una laurea o titoli superiori contro il 18% di tutte le madri. Il 60% delle donne che hanno scelto di partorire a casa risulta occupata mentre il 30% è casalinga. Questi valori si discostano da quelli medi regionali dai quali risulta che poco meno del 70% delle puerpere svolge attività lavorativa e il 24% è casalinga.

Tre quarti delle donne che ha scelto il parto a domicilio ha già avuto un figlio in precedenti gravidanze contro il 48% medio regionale.

**Mappa 10: Distribuzione per provincia del numero di parti a domicilio per 1.000 parti di donne residenti nella stessa provincia. Anni 2002-2009, Regione Veneto**



(Fonte: Osservatorio Regionale della Patologia in Età Pediatrica - Flusso CEDAP)

## 14.2 Conclusioni

L'analisi condotta sui parti a domicilio fa emergere una forte disomogeneità tra le province. E' possibile che la variabilità territoriale sia da ascrivere ad una sottostima del fenomeno.

Il profilo delle donne che scelgono di partorire a casa non si discosta sostanzialmente dal profilo delle altre donne, se non per aver avuto già altri figli. Probabilmente una precedente esperienza positiva di parto rappresenta un elemento di rassicurazione per la donna a cui si associa il desiderio di vivere questo nuovo evento nel contesto familiare, condividendolo con il resto della famiglia. Di questo fenomeno, così contenuto, va colta l'esigenza di una maggiore umanizzazione del parto. A tale richiesta è possibile rispondere anche mediante interventi in ambito ospedaliero, per esempio, attraverso una maggior apertura alla presenza di familiari sia durante il parto che nell'immediato *post-partum*, sia attraverso dimissioni precoci purché accompagnate da un adeguato supporto a domicilio. In questo modo sarebbe possibile coniugare l'esigenza della donna di una maggiore demedicalizzazione del parto con condizioni di assoluta sicurezza sia per la madre che per il nato. Infatti se da un lato la nascita è un processo del tutto naturale e fisiologico che avviene, nella maggior parte dei casi, senza complicazioni, è anche vero che complicazioni anche gravi possono verificarsi in gravidanze del tutto fisiologiche a cui è possibile rispondere tempestivamente e in modo adeguato solo in un contesto ospedaliero.