

Proposta di riorganizzazione dell'assistenza alla nascita in Emilia-Romagna: ridefinizione della rete territoriale e ospedaliera perinatale (ostetrica e neonatologica)

Premessa

L'assistenza alla nascita non è un insieme di interventi isolati, ma un percorso di sostegno e accompagnamento nelle diverse tappe dell'evento riproduttivo. È questo, in estrema sintesi, il *filo rosso* che guida le politiche della Regione Emilia-Romagna sul tema: in tutto il territorio - da prima del concepimento fino al termine dei primi *mille giorni* (gravidanza compresa) del nuovo nato - è prevista un'offerta assistenziale che si concretizza in interventi definiti, consulenze e controlli. Offerta garantita attraverso una *rete* fatta di **consultori, Case della salute, presidi ambulatoriali**, ospedali con **punti nascita di primo livello (Spoke)** e ospedali con **punti nascita di secondo livello (Hub)**.

All'interno di questa rete, i diversi *nodi* collaborano e le professioniste e i professionisti interagiscono offrendo – all'interno delle strutture, o presso il domicilio della donna – prestazioni specifiche. I compiti, il numero e la distribuzione delle strutture e dei professionisti vengono ciclicamente modificati, per adattarli ai bisogni della salute della popolazione – che cambiano – e al variare degli indicatori socio-sanitari. L'obiettivo è mantenere – dove già esistono – o raggiungere gli standard di efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza richiesti.

La Direttiva alle Aziende sanitarie sul percorso nascita 533/08: obiettivi

L'*Organizzazione mondiale della sanità* (WHO-OMS) ha prodotto nel 2016 delle *raccomandazioni* sull'assistenza alla gravidanza come *esperienza positiva*, raggiunta coniugando la sicurezza con la personalizzazione, l'autodeterminazione delle donne e delle coppie con la qualità dell'assistenza¹. Obiettivi che la Regione Emilia-Romagna persegue da anni e che sono definiti e descritti nella *Direttiva alle Aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita 533/08*. Tra questi, vanno sottolineati:

- la ridefinizione del ruolo dell'ostetrica e la sua integrazione con le altre figure professionali nell'assistenza al percorso nascita a protezione della fisiologia;
- l'appropriatezza del controllo del benessere fetale in fase di travaglio;
- il miglioramento dell'assistenza, per quanto riguarda possibili disturbi emotivi, della donna in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino;
- il supporto alla relazione madre-bambino, la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno;
- la valutazione della qualità percepita del percorso nascita;
- l'offerta di corsi di accompagnamento alla nascita *di base* e di corsi di accompagnamento rivolti nello specifico alla popolazione svantaggiata o fragile.

1. Il contesto normativo: la riorganizzazione di punti nascita nell'Accordo Stato-Regioni

L'Accordo della *Conferenza Unificata Stato Regioni (Accordo Stato-Regioni)* del dicembre 2010 prevede la riorganizzazione dei punti nascita e, a questo fine: «[...] raccomanda di adottare stringenti criteri per la **riorganizzazione** della rete assistenziale, **almeno 1000 nascite l'anno quale parametro standard** a cui tendere, nel triennio, **per il mantenimento/attivazione dei punti nascita**. La possibilità di punti nascita con numerosità inferiore e comunque non al di sotto di 500 parti l'anno, potrà essere prevista solo sulla base di motivate valutazioni [...]».

Queste soglie sono state tracciate per **accrescere la sicurezza della donna e dei neonati**, indicando le modalità di razionalizzazione e ottimizzazione delle risorse, con l'integrazione territorio-ospedale al primo posto e la suddivisione della rete ospedaliera in punti nascita di primo e di secondo livello.

L'Accordo Stato-Regioni è stato integrato da tre documenti pubblicati successivamente:

- il DM 70/2015, che definisce i rapporti volume/esiti dei punti nascita per il loro mantenimento in attività;
- il DM 11/11/2015, che prevede che il *Comitato Percorso Nascita nazionale* debba esprimersi **entro 90 giorni su eventuali richieste di deroghe avanzate dalle Regioni**;
- il *Protocollo Metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui e in condizioni orogeografiche difficili*². In questo documento, il *Comitato Percorso Nascita nazionale* definisce gli **standard strutturali, tecnologici e di personale** indispensabili per l'ottenimento della deroga alla chiusura da parte del Ministero.

Fig. 1. Punti nascita per volume di attività Emilia-Romagna 2017³: *Hub e Spoke*



2. I punti nascita *Spoke* in Emilia-Romagna

I **punti nascita** attualmente attivi in Emilia-Romagna (2017) **sono 26** (figura 1), di cui 17 *Spoke* e 9 *Hub*, distribuiti in modo non omogeneo sul territorio.

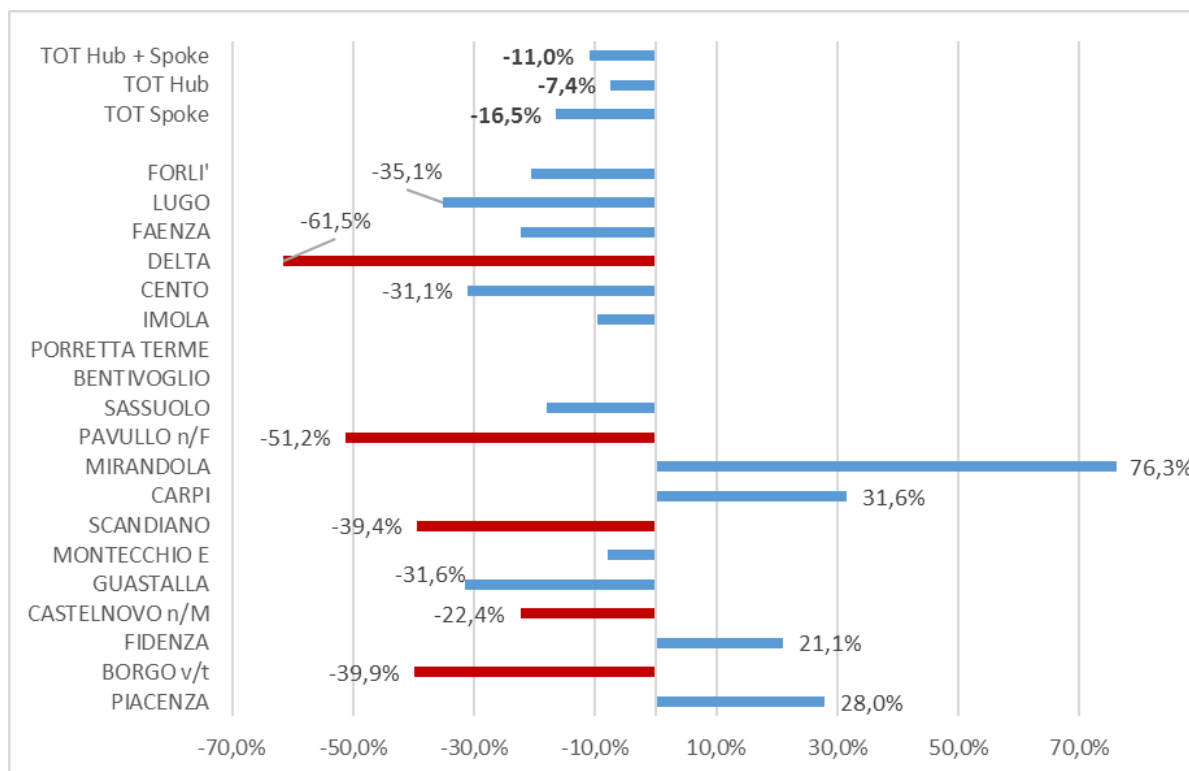
Il numero delle nascite nei singoli *Spoke* fra il 2012 e il 2016, il numero totale delle nascite e la loro distribuzione in *Spoke* e *Hub* sono descritti in tabella I. Emerge con chiarezza - nel quinquennio considerato - una **riduzione complessiva dell'11% delle nascite**, di dimensione marcatamente superiore negli *Spoke* (-16,5%) rispetto agli *Hub* (-7,4%) e quantitativamente più rilevante (oltre che nell'ospedale del Delta, che ha sospeso l'attività nel 2016) negli ospedali di Pavullo nel Frignano (Mo), Borgo Val di Taro (Pr), Scandiano (Re), Lugo (Ra), Guastalla (Re), Cento (Fe) e Castelnovo ne' Monti (Re) (figura 2). Questo trend negativo pare persistere: nei dati SDO (non ancora consolidati) dei primi cinque mesi del 2017 si è osservata un'ulteriore contrazione complessiva del 5,2% dei parti (12.617) rispetto ai primi cinque mesi del 2016 (13.313).

Alla riduzione della natalità regionale risulta associato un incremento nel 2016, in confronto al 2012, degli *Spoke* con meno di 500 parti l'anno (da 6 a 7) e una contrazione dei punti nascita con 500-999 parti l'anno (da 9 a 7) e con 1000 o più parti l'anno (da 5 a 4).

Tab. I. Numero delle nascite nei punti nascita *Spoke* dell'Emilia-Romagna, 2012-2016³

<i>Punto nascita</i>	2012	2013	2014	2015	2016	Δ% 2012-16
Fiorenzuola d'Arda	691	633	.	.	.	
Piacenza	1400	1406	1885	1789	1792	28,0%
Borgo Val di Taro	203	168	166	154	122	-39,9%
Fidenza	778	848	919	920	942	21,1%
Castelnovo ne' Monti	192	196	151	162	149	-22,4%
Guastalla	1066	881	846	835	729	-31,6%
Montecchio Emilia	693	714	702	715	638	-7,9%
Scandiano	803	661	615	554	487	-39,4%
Carpi	967	1373	1235	1235	1273	31,6%
Mirandola	240	400	445	399	423	76,3%
Pavullo nel Frignano	404	359	318	261	197	-51,2%
Sassuolo	1572	1276	1278	1348	1289	-18,0%
Bentivoglio	654	575	647	551	655	0,2%
Porretta Terme	160	112	10	.	.	
Imola	1036	1019	955	994	937	-9,6%
Cento	599	568	498	448	413	-31,1%
Delta	455	361	311	264	175	-61,5%
Faenza	819	810	774	715	636	-22,3%
Lugo	926	807	736	630	601	-35,1%
Forlì	1400	1318	1218	1138	1112	-20,6%
Totale <i>Spoke</i>	15058	14485	13709	13112	12570	-16,5%
Totale <i>Hub</i>	23196	22328	22128	21991	21481	-7,4%
Totale <i>Hub + Spoke</i>	38254	36813	35837	35103	34051	-11,0%

*Δ% = aumento o riduzione percentuale delle nascite registrati fra 2012 e 2016

Fig. 2. Differenza percentuale nel numero dei parti negli *Spoke** dell'Emilia-Romagna, 2012-2016³

* le barre in rosso identificano i punti nascita di cui si propone la chiusura

Quello appena descritto è il contesto organizzativo e demografico regionale in cui si colloca l'*Accordo Stato-Regioni*, in cui la possibilità di mantenere attivi punti nascita con volumi di attività inferiori a 1000 parti l'anno, ma comunque non al di sotto dei 500, è circoscritta a **particolari condizioni di bisogno in aree geografiche** con grosse difficoltà ad attivare il trasporto assistito per le donne in gravidanza.

Per questo la Giunta, con delibera 2040/2015, ha conferito mandato alla *Commissione nascita regionale* di contribuire alla "[...] attuazione di un piano di ridefinizione della rete dei punti nascita (PN), che miri a **garantire le soglie di volume, di esito e di rischio previste dal DM 70/2015** tenuto conto degli andamenti nel tempo e delle risultanze degli specifici approfondimenti attuati".

3. La valutazione della rete perinatale della Regione

Una revisione sistematica degli studi disponibili ha rilevato come **la centralizzazione delle nascite** (in ospedali, cioè, con volumi di attività consistenti) **migliori la salute neonatale nei nati di peso molto basso e gravemente pre-termine**⁴. Le prove che nascere in grandi ospedali abbia esiti migliori anche per le madri e i nati a termine sono più limitate, principalmente per la rarità degli eventi più gravi (come le mortalità materna e perinatale).

La *Commissione nascita regionale* ha preso in considerazione tutti gli studi disponibili. Come quello svolto negli Stati Uniti in cui le complicazioni ostetriche sono risultate più frequenti negli ospedali a basso volume di attività⁵; i professionisti che assistono un numero ridotto di parti hanno registrato una frequenza di complicazioni superiore a quella dei professionisti

con alti volumi di attività⁶. Uno studio condotto in California, classificando 736.643 nascite in 267 ospedali in base al volume di attività, ha rilevato una frequenza superiore di emorragia del post-partum negli ospedali rurali con 50-1199 parti l'anno⁷.

Sulla base di queste conoscenze, nell'esame della rete perinatale regionale, la *Commissione nascita regionale* **ha congiuntamente considerato tre elementi:**

- (a) indicatori di efficacia e appropriatezza dell'assistenza
- (b) il volume di attività soglia al di sotto del quale considerare la chiusura di un punto nascita
- (c) l'impatto che il terremoto del maggio 2012 ha avuto su parte del territorio regionale e sull'attività di alcuni punti nascita.

La *Commissione nascita* ritiene che il processo di ridefinizione della rete debba partire dalla **riaffermazione del riconoscimento e del rispetto della fisiologia nel percorso nascita;** elementi, questi, che rappresentano lo **strumento più utile per la riduzione dei tagli cesarei primari**^{8,9,10} (cioè primi tagli cesarei in assoluto nella vita riproduttiva della donna) e, di conseguenza, per **aumentare efficacia e appropriatezza** dell'assistenza perinatale.

4. La qualità delle cure nei punti nascita *Spoke* della rete: come valutare?

Non è sempre possibile valutare la qualità dell'assistenza perinatale – ovunque, e non solo in Emilia-Romagna – usando come indicatori i decessi e le gravi malattie di madri e neonati perché, fortunatamente, si tratta di casi molto rari, e ciò non rende possibile un confronto statisticamente significativo.

Bisogna, quindi, ricorrere all'analisi e alla valutazione di altri indicatori, definiti *di processo*, come la frequenza del taglio cesareo e di nati per classe di peso (per esempio, inferiore a 2500 o 1500 grammi) o per età gestazionale (prima di 37 o 34 settimane).¹¹

Qual è, a questo riguardo, la situazione negli *Spoke* dell'Emilia-Romagna?

Nel 2016, la frequenza di **nati a età gestazionali basse** in punti nascita privi di terapia intensiva neonatale (TIN) è risultata pari a 11,75% per i nati a meno di 33 settimane. La frazione di nati di **peso inferiore a 2500 grammi** registrati in punti nascita con meno di 1000 parti l'anno è stata dell'9,11%.³

Più complessa la valutazione dell'assistenza ai **nati** tra la 34esima e la fine della 36esima settimane (*late-preterm*), una categoria segnata da alti tassi di morbosità neonatale e che pone rilevanti problemi di natura assistenziale^{12,13,14,15}. Nel 2016, **oltre un quarto** (26,3%; 518 casi) di questi *late-preterm* sono nati **in centri privi di terapia intensiva neonatale; la quota più alta** (57,3%; 297 nati) **è stata registrata in punti nascita con meno di 1000 parti l'anno**, in cui la presenza di pediatri con competenza clinica adeguata non è necessariamente assicurata. Considerando che circa la metà delle nascite *late-preterm*

avviene attraverso induzione del travaglio o parto cesareo programmato¹⁶, occorre interrogarsi **quanto sia appropriato effettuare questo tipo di intervento in un punto nascita sprovvisto di terapia intensiva o semi-intensiva neonatale.**

Tab. II. Tassi di tagli cesarei nei punti nascita *Spoke* dell'Emilia-Romagna, 2016^{3,17}

<i>punto nascita</i>	<i>n° parti</i> ³	<i>tagli cesarei totale %</i> ³	<i>tagli cesarei primari %</i> ^{17,*}
Piacenza	1792	32	24,6
Borgo Val di Taro	122	35,2	28,8
Fidenza	942	24,6	16,1
Castelnovo ne' Monti	149	29,5	18,9
Guastalla	729	24,3	15,7
Montecchio Emilia	638	24,8	17
Scandiano	487	19,1	11,4
Carpi	1.273	16,4	12,2
Mirandola	423	17	10,9
Pavullo nel Frignano	197	13,7	11,2
Sassuolo	1.289	20,5	14,7
Bentivoglio	655	20,2	14,6
Imola	937	32	23,3
Cento	413	26,2	18,5
Delta (chiuso nel 2016)	175	38,3	26,2
Faenza	636	22,2	16,8
Lugo	601	21,5	17,3
Forlì	1.112	27,7	19,5

*Le celle evidenziate indicano i punti nascita in cui, nel 2016, si è osservato il superamento della *soglia di cesarei* per volume di attività

La percentuale di **tagli cesarei** presenta un'ampia variabilità nei punti nascita *Spoke* dell'Emilia-Romagna (tabella II). I sistemi di valutazione meno articolati distinguono, fra tutti i cesarei, i tagli cesarei *primari*, definiti come i “tagli cesarei eseguiti per qualsiasi indicazione, sia in caso di travaglio spontaneo che indotto, in donne primipare o pluripare e che non abbiano subito in precedenza un taglio cesareo”. Il DM 70/2015 pone al 15% il tasso massimo di tagli cesarei primari in maternità con meno di 1000 parti l'anno e il 25% come tasso massimo di tagli cesarei primari in maternità con 1000 o più parti l'anno. La tabella II mostra come **in 9 Spoke** dell'Emilia-Romagna, nel 2016, **il tasso di tagli cesarei primari abbia superato le soglie indicate dal decreto ministeriale**. In questa analisi sono stati utilizzati i criteri definiti nella griglia LEA del Ministero della salute (indicatori su cui le Regioni vengono valutate ai fini della ripartizione di una quota di fondo sanitario). Con

questa modalità il tasso viene calcolato da fonte SDO considerando a numeratore i ricoveri con DRG di parto cesareo (DRG 370-371), a denominatore tutti i ricoveri con DRG di parto (DRG 370-375); si escludono le donne con pregresso parto cesareo nei 10 anni precedenti a partire dalla data di inizio ricovero per parto e le dimissioni con diagnosi di nato morto.

Non solo tagli cesarei primari: una valutazione più approfondita

Da una prima analisi emerge dunque come **in 9 su 17 dei punti nascita Spoke la frequenza di tagli cesarei primari sia superiore a quella prevista a livello nazionale**. La valutazione della *Commissione* è riuscita ad andare oltre, perché in Emilia-Romagna sono disponibili informazioni molto dettagliate sulla frequenza di cesarei in specifici sottogruppi di popolazione. Ciò è stato possibile utilizzando la *classificazione* cosiddetta di Robson^{18,19,20}, che consente appunto di valutare i singoli punti nascita sulla loro **appropriatezza e sicurezza**. Elementi, questi, costitutivi della qualità assistenziale.

Unicamente per i punti nascita di Borgo Val di Taro e Castelnovo ne' Monti non è stato possibile, per il piccolo numero di parti, effettuare un'analoga elaborazione statistica, ma ciò non aggiungerebbe nulla di nuovo. Infatti, **nel 2016, a Borgo Val di Taro si è registrato il valore massimo regionale di tasso di tagli cesarei (35,2%) e a Castelnovo ne' Monti è terminata con taglio cesareo più di una gravidanza su quattro (29,5%)**.

Gravidanze fisiologiche: perché, in proporzione, si fanno più cesarei negli Spoke piccoli?

Le **classi I e III di Robson** includono le donne (rispettivamente al primo parto o che hanno già partorito) con gravidanza a termine, travaglio spontaneo, feto singolo in "presentazione cefalica" (a testa *in giù*). La classe I ha interessato nel 2016 il **28,4%** della popolazione, contribuendo al **10,3%** del totale dei cesarei. La classe III ha compreso il **26,6%** della popolazione, contribuendo a **1,9%** del totale dei cesarei. In questi due gruppi è inclusa la **maggior frazione di donne con gravidanza fisiologica** e, infatti, il tasso di tagli cesarei è relativamente contenuto: pari a **9,5%** per la classe I e a **1,9%** per la classe III.

Nel 2016, per quanto riguarda la frequenza delle donne appartenenti a queste classi di Robson, sul totale della popolazione, non c'è sostanziale differenza fra gli *Hub* e gli *Spoke* di minori dimensioni. **E invece, a rigore, dovrebbero esserci, in proporzione, più donne ricoverate negli Spoke piccoli anziché negli Hub.**

Nelle **classi I** (tabella III) e **III** i tassi di **tagli cesarei** risultano **superiori negli Spoke con meno di 1000 parti l'anno rispetto agli Hub**; nella classe prima, rispettivamente, negli *Spoke* è **10,6%** e nella classe III **2,9%**, mentre negli *Hub* è di **9,7%** (classe I) e **1,5%** (classe III).

Una possibile spiegazione per il tasso di cesarei superiore che si osserva nei centri *Spoke piccoli* è di natura **organizzativa e attitudinale**: le risorse strutturali e professionali degli *Spoke* con meno di 1000 parti l'anno **non consentono una sorveglianza adeguata del travaglio di parto** e motivano un **maggior ricorso difensivo al taglio cesareo**. **Questo comportamento non è coerente con il principio dell'appropriatezza.**

Tab. III. Distribuzione e tasso medio di tagli cesarei, classe I di Robson, Emilia-Romagna 2016³

<i>tipologia punto nascita</i>	<i>popolazione rispetto al totale dei parti</i>	<i>tasso medio tagli cesarei</i>
<i>Hub</i>	28,3%	9,7%
<i>Spoke</i> ≥1000 parti/anno	26,5%	7,6%
<i>Spoke</i> <1000 parti/anno	29,7%	10,6%

Le **classi IIa e IVa** di Robson comprendono – rispettivamente nelle donne al primo parto e nelle donne che hanno già partorito – i cesarei successivi a induzione del travaglio, esclusi i casi (sempre di induzione) che rientrano in altre classi: gemelli, nati pretermine, feti con presentazione podalica o anomala e, nel caso di donne che hanno già partorito, i tagli cesarei pregressi. La frequenza, sul totale della popolazione, delle donne appartenenti a queste classi di Robson non differisce molto fra le diverse tipologie di punti nascita e sembra essere indipendente dal volume di attività dei centri (tabelle IV e V). Questo dato non corrisponde a quanto ci si aspetterebbe: la frequenza complessiva dovrebbe infatti crescere al crescere del volume di attività e risultare maggiormente elevata nei centri *Hub*, dove dovrebbero concentrarsi i parti indotti, a fronte di una patologia materna e/o fetale.

Tab. IV. Distribuzione e tasso medio di tagli cesarei, classi IIa di Robson, Emilia-Romagna 2016³

<i>tipologia punto nascita</i>	<i>popolazione rispetto al totale dei parti</i>	<i>tasso medio tagli cesarei</i>
<i>Hub</i>	13,3%	18,3%
<i>Spoke</i> ≥1000 parti/anno	12,4%	16,9%
<i>Spoke</i> <1000 parti/anno	10,2%	19,3%

Anche in questo caso, **contrariamente a quanto ci si aspetterebbe**, la frequenza delle donne in **classe IVa** di Robson cresce al diminuire del volume di attività e il tasso di cesarei è superiore negli *Spoke* piccoli (meno di 1000 parti l'anno) rispetto agli *Hub*.

Tab. V. Distribuzione e tasso medio di tagli cesarei, classi IVa di Robson, Emilia-Romagna 2016³

<i>tipologia punto nascita</i>	<i>popolazione rispetto al totale dei parti</i>	<i>tasso medio tagli cesarei</i>
<i>Hub</i>	6,6%	5,1%
<i>Spoke</i> ≥1000 parti/anno	7,1%	3,6%
<i>Spoke</i> <1000 parti/anno	7,2%	5,3%

Le **classi IIb e IVb** comprendono i tagli cesarei effettuati *prima* dell'inizio del travaglio (programmati o urgenti fuori travaglio), rispettivamente nelle donne che non hanno ancora partorito e in quelle che hanno già partorito. Poiché si ricorre al taglio cesareo programmato in presenza di una condizione patologica, **appare incongruente che la frequenza delle donne appartenenti a queste classi**, sul totale della popolazione, **risulti uguale o**, per quelle che hanno già partorito, **addirittura superiore nei centri che assistono meno di 1000 parti l'anno** (tabelle VI e VII).

Tab. VI. Distribuzione e tasso medio di tagli cesarei, classi IIb di Robson, Emilia-Romagna 2016³

<i>tipologia punto nascita</i>	<i>popolazione rispetto al totale dei parti</i>	<i>contributo al totale dei tagli cesarei</i>
<i>Hub</i>	3,8%	13,8%
<i>Spoke ≥1000 parti/anno</i>	3,6%	14,4%
<i>Spoke <1000 parti/anno</i>	3,9%	15,9%

Tab. VII. Distribuzione e tasso medio di tagli cesarei, classi IVb di Robson, Emilia-Romagna 2016³

<i>tipologia punto nascita</i>	<i>popolazione rispetto al totale dei parti</i>	<i>Contributo al totale dei tagli cesarei</i>
<i>Hub</i>	1,4%	5,1%
<i>Spoke ≥1000 parti/anno</i>	1,4%	5,6%
<i>Spoke <1000 parti/anno</i>	1,6%	6,7%

La **classe V** di Robson comprende i casi di donne che hanno già avuto un cesareo, esclusi i casi che rientrano in altre classi (gemelli, nati pretermine, feti con presentazione podalica o anomala). Si parla, per il 2016, di **9,8%** della popolazione delle partorienti che ha contribuito a quasi un terzo (**29,6%**) del totale dei cesarei. In questa classe, fra 2010 e 2016, il tasso di cesarei si è ridotto di 7,4 punti percentuali, mentre è aumentato (da 9,3% a 9,8%) il suo contributo al totale dei cesarei (tabella VIII).

Per le donne appartenenti a questa classe, sarebbe appropriato il ricovero in strutture con risorse – organizzative e professionali – adeguate per l'assistenza del cosiddetto *travaglio di prova* (senza ricorrere cioè automaticamente a un altro cesareo). Nel 2016, la percentuale di donne appartenenti a questa classe, sul totale della popolazione, non è stata di molto superiore nei centri *Hub* rispetto a quella registrata nei centri *Spoke* più piccoli. Il tasso di cesarei più alto si osserva comunque in quest'ultima tipologia di punto nascita.

Tab. VIII. Distribuzione e tasso medio di tagli cesarei, classe V di Robson, Emilia-Romagna 2016³

<i>tipologia punto nascita</i>	<i>popolazione rispetto al totale dei parti</i>	<i>tasso medio tagli cesarei</i>
<i>Hub</i>	9,8%	77,5%
<i>Spoke ≥1000 parti/anno</i>	11,1%	74,9%
<i>Spoke <1000 parti/anno</i>	8,9%	87,1%

5. Serve un nuovo contesto organizzativo e assistenziale

La struttura dell'offerta ospedaliera che è stata raffigurata dev'essere rapportata ai radicali mutamenti intervenuti nell'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio negli anni più recenti. E questo sia sul versante gestionale e organizzativo che clinico.

Nuovi criteri relativi alla sicurezza delle cure impongono standard più rigorosi che in passato: il *Protocollo Metodologico*² del Comitato Percorso Nascita nazionale indica come **imprescindibile** la presenza nella struttura ospedaliera di **personale ostetrico e**

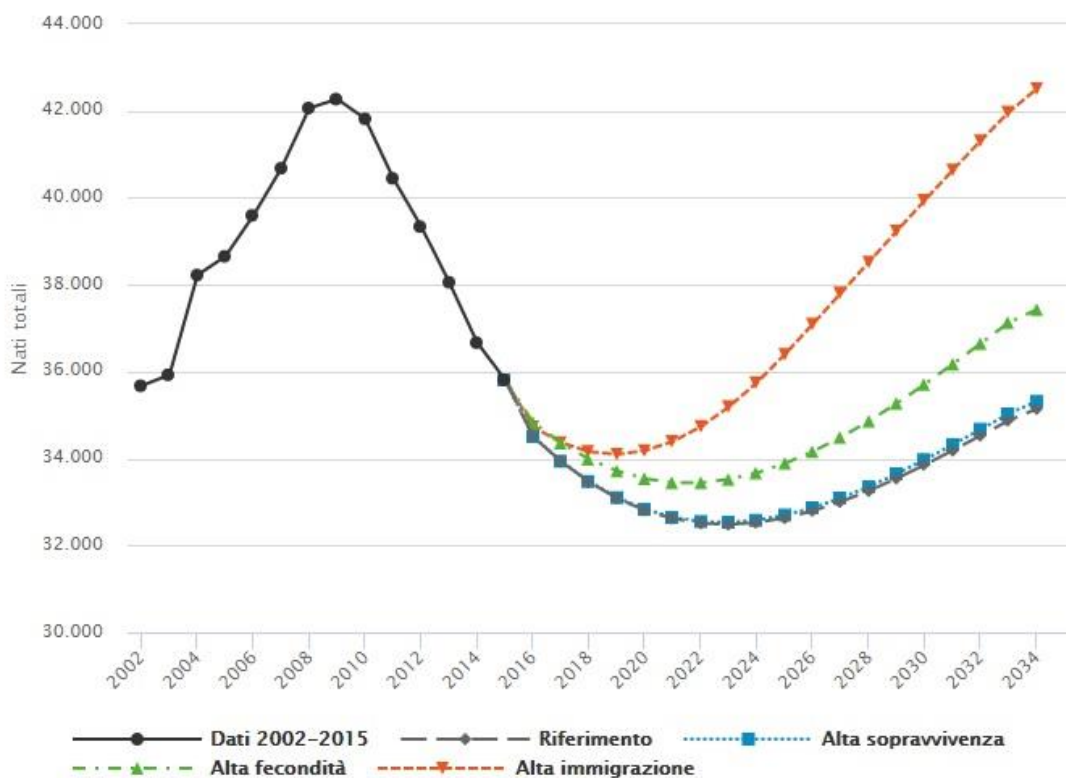
ginecologico per l'intero arco delle 24 ore, con il supporto di **pronta disponibilità integrativa notturna e festiva**; la **garanzia di almeno 2 ostetriche per turno** nei punti nascita con volume di attività fino a 1000 parti l'anno; relativamente alle altre professionalità,

«il *Comitato Percorso Nascita nazionale* ha espresso un parere tecnico sulla necessità di garantire assistenza con **guardia attiva anestesiológica e pediatrico/neonatologica H24** in base alla considerazione che il parto, anche in condizioni di fisiologia, può talvolta richiedere l'intervento urgente del pediatra e dell'anestesista dotati di idonee competenze per la gestione delle eventuali emergenze»¹.

Il modello organizzativo per l'assistenza neonatale nei punti nascita in deroga (con meno di 500 parti l'anno) prevede che

«[...] in ogni punto nascita [...] debba] **essere garantito un luogo fisico con le idonee attrezzature dove il personale competente** con le appropriate procedure **possa prontamente rianimare e stabilizzare un neonato**. Costituiscono elementi imprescindibili per l'implementazione di questo modello: la rigorosa selezione della tipologia di gravidanza ammessa al travaglio e parto che deve prevedere un valido sistema di indicatori; il collegamento effettivo, funzionale e organizzativo con una unità ospedaliera di neonatologia/terapia intensiva neonatale (formazione dell'équipe neonatale con particolare riferimento alla gestione delle emergenze, sviluppo e mantenimento delle competenze, eventuale rotazione personale). La responsabilità organizzativa e gestionale dell'area neonatale deve essere affidata a uno specialista in pediatria con adeguata e comprovata esperienza in campo di assistenza neonatale, soprattutto per la gestione delle emergenze neonatali»¹.

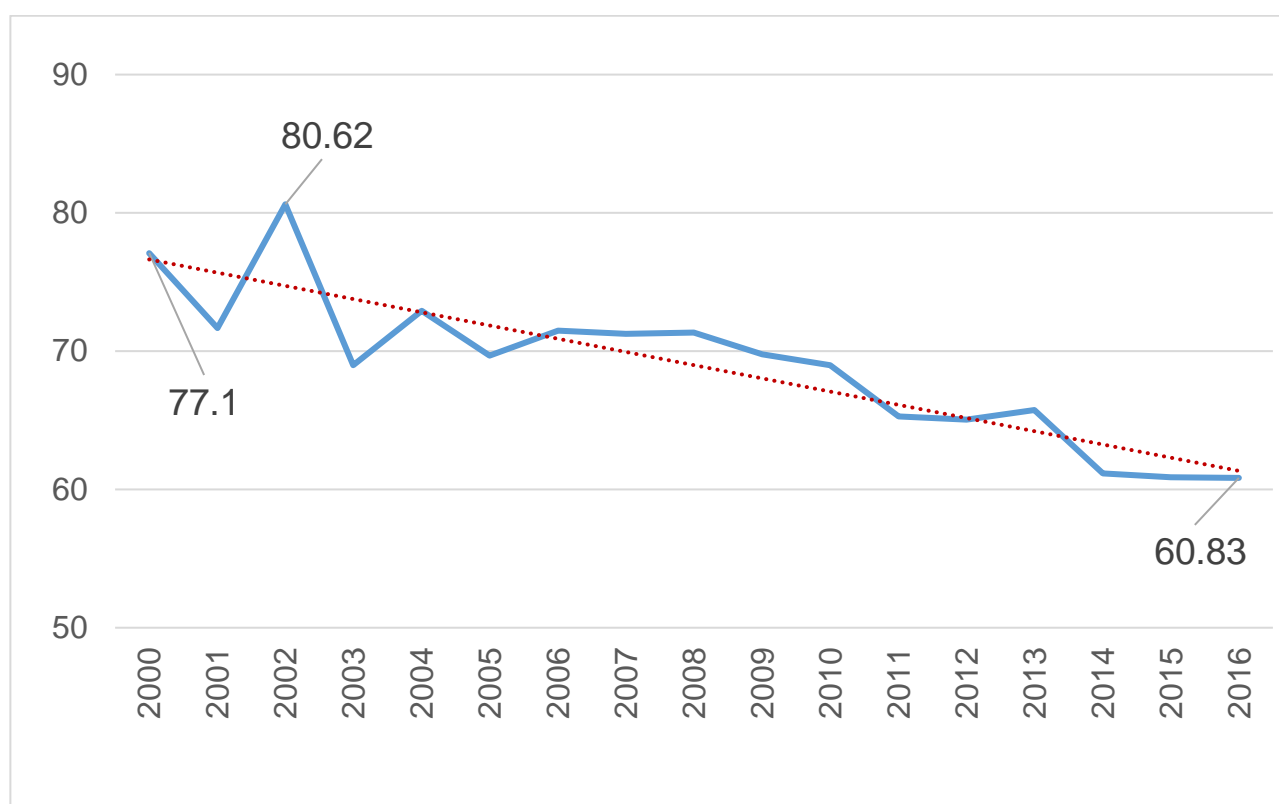
Fig. 3. Numero di tutti i nati in Emilia-Romagna, proiezioni al 2034²⁰



Un altro elemento da considerare è il **quadro demografico ed epidemiologico**, in Emilia-Romagna: si è modificato ed è attualmente caratterizzato da una costante contrazione delle nascite, come già detto nell'introduzione. Il mantenimento nel tempo di questa contrazione è confermato dalle proiezioni elaborate dal *Servizio statistica* della Regione, illustrate in figura 3²¹. Quindi, la riduzione dei parti nei singoli punti nascita è un fenomeno *non* temporaneo, che andrà progressivamente accentuandosi nonostante il contributo della popolazione di origine straniera.

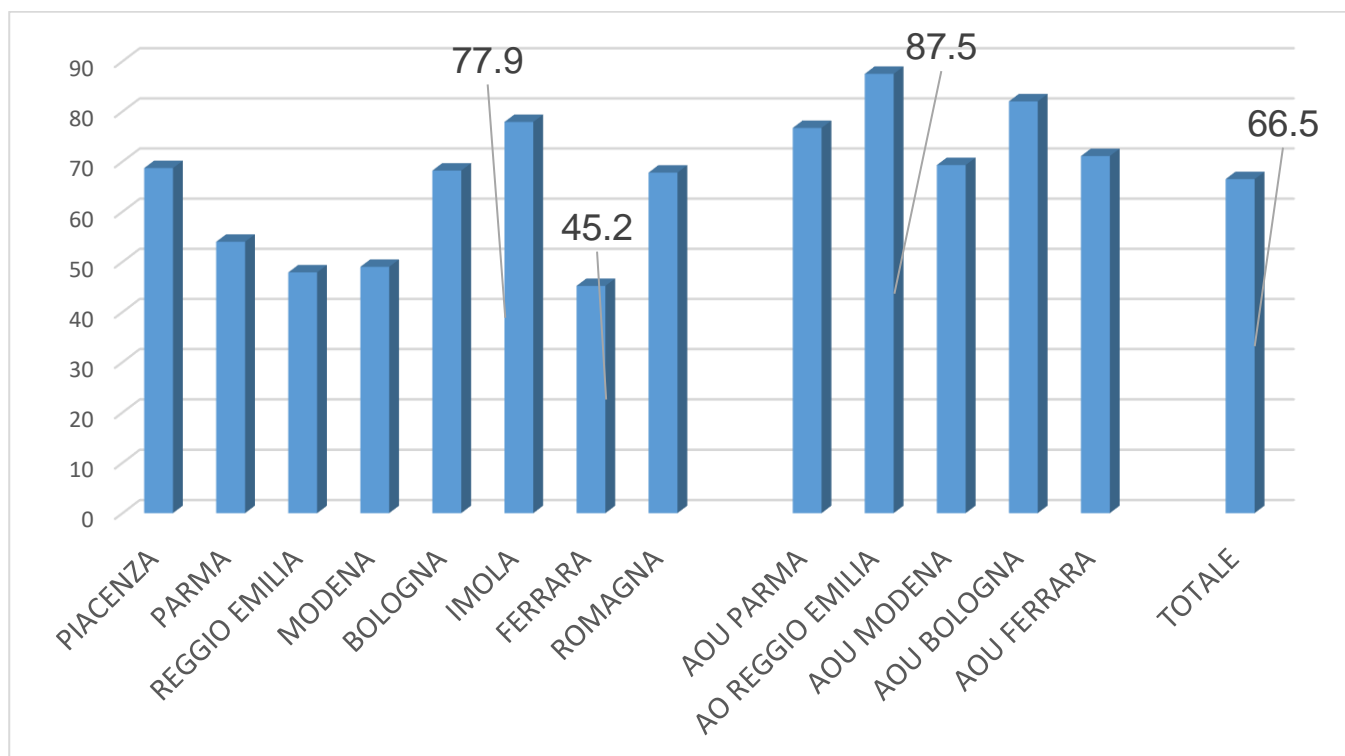
La contrazione delle nascite ha comportato una **riduzione dell'indice regionale di occupazione dei posti letto nei punti nascita *Spoke***, sceso da **80,6** nel 2002 a **60,8** nel 2016 (figura 4).

Fig. 4. Indice di occupazione dei posti letto *Spoke* per anno, Emilia-Romagna 2000-2016²²



L'indice di occupazione dei posti letto di ostetricia e ginecologia degli *Spoke*, disponibile per singolo punto nascita o (nei casi delle Aziende sanitarie di Reggio nell'Emilia, Modena e Ferrara) aggregato per presidio ospedaliero provinciale, nel 2016 (ultimo dato disponibile) è risultato compreso fra 77,9% di Imola e 45,2% del presidio ospedaliero provinciale unico dell'AUSL di Ferrara (figura 5), mediamente inferiore a quello degli *Hub*, compreso fra 87,5 dell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia e 45,2 di Cesena.

Fig. 5. Indice di occupazione dei posti letto, Emilia-Romagna 2016



Le **crescenti innovazioni** nei modelli di **assistenza** e nelle **tecnologie** presuppongono la disponibilità di ecografi e cardiocografi e richiedono un'assodata esperienza nel loro utilizzo e nell'interpretazione dei dati. Va inoltre ricordato che sviluppo e mantenimento delle competenze possono essere garantiti solo con un adeguato volume di attività. All'interno del punto nascita il *Protocollo Metodologico*² prevede la **disponibilità di radiologia, analisi chimico-cliniche e immuno-ematologiche**, anche attraverso la **pronta disponibilità** del personale addetto. Va comunque garantito un **tempo massimo** di risposta di un'ora (o meno di un'ora) per la refertazione degli esami di laboratorio, delle indagini di diagnostica per immagini o per la disponibilità della trasfusione.

Ne consegue che gli stessi criteri di **accreditamento** delle strutture ospedaliere di ostetricia, risalenti al 2004, **richiedono un radicale aggiornamento**. Aggiornamento che tenga in debito conto e comprenda le articolate e dettagliate indicazioni contenute nell'Allegato 1B dell'*Accordo Stato-Regioni* del 2010.

Le **risorse professionali** disponibili, infine, **risultano insufficienti e inadeguate**, in particolare per medici ostetrici e pediatri/neonatologi dei punti nascita *Spoke* con numero di parti inferiori a 500 e inferiori a 1000 l'anno. La carenza, già messa in evidenza dai dati dell'Audit del 2014, si è ancora più aggravata durante il 2016 e nei primi mesi del 2017 e **preclude, secondo la Commissione, la possibilità di presentare al Ministero della salute la richiesta di deroga per mantenere in attività i punti nascita con meno di 500 parti l'anno**. Questo perché, allo stato attuale, **non risultano sostenibili gli standard di sicurezza previsti**, in particolare la guardia attiva di 24 ore di ostetrica, ginecologo, anestesista e pediatra/neonatologo.

La difficoltà è ulteriormente aggravata da **ostacoli al reclutamento di nuove risorse professionali**. Ostacoli rappresentati in primo luogo dalla mancata disponibilità di giovani specialisti a prestare servizio in questi centri, considerati poco “attraattivi” per la modesta complessità assistenziale.

I rappresentanti delle sezioni regionali emiliano-romagnole di *tutte* le società scientifiche di pediatria e neonatologia hanno recentemente presentato all'assessorato *Politiche per la salute* un documento che **conferma le difficoltà in cui si trova la rete pediatrica e neonatologica**, riprendendo anche la dichiarazione della *Società italiana di neonatologia* (20 dicembre 2016), secondo la quale

«Non bastano gli investimenti in attrezzature, non basta un aumento del numero dei medici e degli operatori sanitari; è indispensabile che il punto nascita ogni giorno, ogni settimana, ogni anno affronti un numero sufficiente di parti per “accumulare” esperienza e abitudine ad affrontare tutte le situazioni, anche quelle più difficili, rare e impreviste. Dobbiamo fare tutto il possibile per garantire, in tempi brevi, a mamma e bambino non solo di nascere bene, ma anche di nascere sicuri.»

6. Ipotesi per la ridefinizione della rete. I casi specifici di Mirandola e Cento

La *Commissione nascita* ha valutato i risultati dell'Audit regionale (2014) condotto su tutta la rete perinatale regionale - analizzata secondo la classificazione dei punti nascita in *Hub* e *Spoke* - insieme ai dati CeDAP 2016 confrontati con quelli degli anni precedenti e a quelli del primo trimestre 2017.

La *Commissione* ha inoltre considerato l'impatto che il **terremoto** del maggio 2012 ha avuto - in particolare - sui territori di **Mirandola** e di **Cento** dove, per problemi strutturali e di sicurezza, le funzioni dei punti nascita sono state sospese o limitate per alcuni mesi; territori dove tutt'ora persistono effetti dell'evento sismico. In entrambi i punti nascita il volume di attività, negli anni precedenti al sisma, era superiore ai 500 parti l'anno. La DGR 2040/2015 ha affidato alla *Commissione nascita* la realizzazione di «uno specifico approfondimento sugli ultimi 5 anni di attività della rete dei punti nascita», un arco temporale che - nel caso specifico di questi due - va necessariamente riferito al quinquennio 2013-2017.

Sono stati anche valutati i documenti redatti dall'*Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano* e dal *Comune di Borgo Val di Taro* e trasmessi alla *Commissione nascita* dalla *Direzione generale cura della persona, salute e welfare*. Le proposte sono state attentamente vagliate. Le analisi condotte dalla *Commissione* avevano già preso in considerazione le ipotesi avanzate in quei due documenti, giungendo alla conclusione che le soluzioni non erano percorribili e soprattutto non rispettavano i criteri dell'appropriatezza assistenziale. È stato inoltre preso in considerazione il documento - inviato dalla *Direzione generale* dell'Ausl di Ferrara all'assessorato *Politiche per la salute* - nel quale vengono riportati i risultati del monitoraggio della situazione a tre mesi dalla chiusura del punto nascita dell'ospedale del Delta. Le informazioni rilevate dopo la sospensione dell'attività di assistenza al parto concernono: la riallocazione dei parti nelle strutture limitrofe, l'avvio delle attività ambulatoriali sul territorio e presso gli ospedali del Delta e di Argenta per l'assistenza alla gravidanza, le attività di *day surgery* e *week surgery* programmate per la riconversione dei reparti interessati. L'analisi dimostra l'assenza complessiva di criticità e la pronta risposta garantita dai servizi di trasporto materno per i casi di emergenza-urgenza.

In base a queste considerazioni, tenendo conto delle difficoltà attraversate, delle sensibilità e delle aspettative degli abitanti delle aree colpite dal sisma, **la Commissione nascita regionale propone** di chiedere al *Comitato Percorso Nascita nazionale* la concessione della **deroga alla chiusura per i soli punti nascita di Mirandola e di Cento, purché siano rispettati i criteri necessari (da realizzare prima della richiesta)**. Alla fine del 2017, termine del periodo di osservazione, la situazione sarà riesaminata alla luce dei risultati conseguiti.

La *Commissione nascita* formula una proposta di **ridefinizione della rete perinatale per Area Vasta**. Nella descrizione che segue sono riportati **in grassetto gli Spoke candidati a sospendere l'attività**.

6.1. Area Vasta Emilia Nord (AVEN)

I nati in quest'area (15.603) costituiscono il 45,7% di tutti i nati in Emilia-Romagna; i parti sono distribuiti in 3 *Hub* dotati di terapia intensiva neonatale (Parma 2621 parti; Reggio Emilia 2049 parti; Modena 2859 parti) e in 11 *Spoke*, fra i quali Piacenza (1792 parti), Sassuolo (1289 parti), Carpi (1273 parti), Fidenza (942 parti), Guastalla (729 parti), Montecchio Emilia (638 parti), **Scandiano** (487 parti), Mirandola (423 parti), **Pavullo nel Frignano** (197 parti), **Borgo Val di Taro** (122 parti), **Castelnuovo ne' Monti** (149 parti).

L'elemento critico è rappresentato dal **volume di attività** dei punti nascita di cui si propone la chiusura. La loro dimensione attuale e la tendenza a una ulteriore riduzione del numero di eventi indica (in maniera inconvertibile, con la sola eccezione di Mirandola) l'impossibilità di conseguire e mantenere la *competenza di struttura*, come definita nel *Protocollo metodologico*². La proposta di chiusura, oltre che al ridotto volume di attività, è legata anche alla **manca di un servizio di guardia medica ostetrica notturna nel punto nascita di Borgo Val di Taro**, mentre la **presenza di due medici non è assicurata fino alle ore 20** nei punti di **Borgo Val di Taro**, Montecchio Emilia, Mirandola, **Pavullo nel Frignano**.

Non è presente un **servizio di guardia pediatrica notturna** nei punti nascita di **Borgo Val di Taro**, **Castelnuovo ne' Monti**, Montecchio, **Scandiano**, Mirandola, **Pavullo**. La presenza di un **pediatra non è assicurata fino alle ore 20** nei punti di **Borgo Val di Taro** e **Scandiano (nei giorni festivi anche nei punti di Castelnuovo ne' Monti e Montecchio)**.

Questi requisiti, che non vengono soddisfatti negli Spoke elencati, costituiscono le garanzie assistenziali minime identificate dal Ministero della salute per l'attività. Va ricordato che i punti nascita con volumi di attività maggiori, ma ancora carenti a livello organizzativo, potrebbero migliorare grazie alla redistribuzione dei professionisti provenienti dai punti nascita chiusi.

In tabella IX è rappresentato – per ciascuno dei punti in AVEN dei quali si ipotizza la sospensione dell'attività – il numero delle nascite da residenti nel distretto, quante di queste nascite da residenti hanno avuto luogo nel punto nascita del distretto, il numero totale dei dimessi dal punto nascita con diagnosi di parto, il numero di casi in base ai quali è stata calcolata la potenziale redistribuzione in altri punti nascita (sulla base del tempo di percorrenza domicilio-ospedale). Non essendo l'anno 2016 ancora consolidato, è possibile un'impresione, di entità comunque irrilevante, nei numeri assoluti riportati. In tabella non è compreso lo *Spoke* di Mirandola, per il quale si intende richiedere – come già scritto – al *Comitato Percorso Nascita nazionale* la deroga alla chiusura in quanto rientra nel territorio colpito dal sisma e mostra un consistente aumento dell'attività (+76,3% nel periodo 2012-2016).

Tab. IX. AVEN. Nati 2016 residenti nell'area/distretto del punto nascita e redistribuzione degli assistiti in altri punti nascita sulla base del tempo di percorrenza

punto nascita	nati residenti nel distretto	residenti nel distretto nati nel punto nascita	totale dimesse per parto	casi re-distribuiti*	punto nascita alternativo 1	punto nascita alternativo 2	punto nascita alternativo 3
	n°	n° (%)	n°	n°	n° (%)	n° (%)	n° (%)
Borgo v/T	276	97 (35,1)	112	102	AOU Parma 98 (96,1)	Fidenza 4 (3,9)	...
Castelnuovo n/M	211	131 (62,1)	147	66	AO Reggio E. 39 (59,1)	Sassuolo 16 (24,2)	Montecchio E 7 (10,6)
Scandiano	640	301 (47,0)	478	348	AO Reggio E. 180 (51,7)	Sassuolo 117 (33,6)	AOU Modena 26 (7,5)
Pavullo n/F	273	136 (49,8)	190	162	Sassuolo 122 (75,3)	AOU Modena 26 (16)	BO Maggiore 11 (6,8)

*la redistribuzione delle dimissioni per parto in altri punti nascita sulla base del tempo di percorrenza è stata possibile unicamente per i casi geo-referenziati

6.2. Area Vasta Emilia Centro (AVEC)

In quest'area nasce il 29,5% di tutti i nati in Regione, distribuiti in 3 *Hub* dotati di TIN (Bologna S. Orsola 3321 parti; Bologna Maggiore 2931 parti; Ferrara 1589 parti) e 4 *Spoke*: Imola (937 parti), Bentivoglio (655 parti), Cento (413 parti). L'**ospedale del Delta** (175 parti) è stato chiuso (31.01.2017). La guardia ostetrica continua è garantita in tutti, ma la presenza di almeno due ginecologi fino alle ore 20 non è garantita nei punti nascita di Bentivoglio e di Cento. La guardia pediatrica notturna non è garantita a Bentivoglio e a Cento (per quest'ultimo, come già scritto, si vuole chiedere la deroga per via del sisma).

6.3. Azienda Sanitaria Romagna (già Area Vasta Romagna - AVR)

I nati in Romagna (8485) costituiscono il 24,8% di tutti i nati in Emilia-Romagna con 3 punti nascita *Hub* dotati di terapia intensiva neonatale (Rimini 2786 parti; Cesena 1940 parti; Ravenna; 1385 parti) e 3 *Spoke*: Forlì (1112 parti), Faenza (636 parti) e Lugo (601 parti).

La ristrutturazione della rete interessa tutto il territorio della provincia di Ravenna, dove ci sono due *Spoke*, Faenza e Lugo appunto, **entrambi con volume di attività nel 2016 di poco superiore ai 500 parti l'anno**.

Dal mese di agosto 2016, **per aumentare la sicurezza**, le donne ad alto e medio rischio che farebbero riferimento per partorire a Faenza e Lugo **vengono orientate verso i punti nascita che offrono un'assistenza appropriata** secondo il *Protocollo metodologico del Comitato Percorso Nascita nazionale*². Questo in attesa di procedere a una definitiva riorganizzazione della rete perinatale che prevede in quei due punti nascita l'istituzione di **una unità semplice di ostetricia e ginecologia** che farà **parte dell'Unità complessa di Ravenna**.

In tabella X sono descritte la provenienza dei nati nei punti nascita di Faenza e di Lugo nel 2016 e la stima della redistribuzione del numero totale dei nati in altri punti nascita. Anche in questo caso, non essendo i dati dell'anno 2016 ancora consolidati, è possibile una imprecisione, di entità comunque irrilevante, nei numeri assoluti riportati

Tab X. Ausl Romagna. Nati 2016 residenti nell'area/distretto dei punti nascita e redistribuzione degli assistiti in altri punti nascita sulla base del tempo di percorrenza

punto nascita	nati residenti nel distretto	residenti nel distretto nati nel punto nascita	totale dimessi per parto	casi re-distribuiti*	punto nascita alternativo 1	punto nascita alternativo 2	punto nascita alternativo 3
	n°	n° (%)	n°	n°	n° (%)	n° (%)	n° (%)
Faenza	676	469 (69,4)	605	487	Imola 342 (70,24)	Lugo 71 (14,6)	Forlì 63 (12,9)
Lugo	749	430 (57,4)	583	518	Ravenna 178 (34,4)	Faenza 168 (32,4)	Imola 149 (28,8)

*la redistribuzione delle dimissioni per parto in altri punti nascita sulla base del tempo di percorrenza è stata possibile unicamente per i casi geo-referenziati

7. Altre indicazioni per la riorganizzazione della rete

Le principali *direttrici* di cambiamento coerenti con quest'impostazione sono necessariamente indirizzate verso:

- il **potenziamento dei servizi territoriali**, con una forte integrazione della componente sanitaria, di quella sociale e di quella educativa, a garanzia della prossimità e della domiciliarità, del sostegno e dell'accompagnamento alla genitorialità in tutto il percorso;
- l'**accentuazione dell'integrazione fra strutture territoriali e ospedaliere**, ancorata ai principi della presa in carico della donna, della continuità assistenziale e dell'approccio multidisciplinare e multi-professionale;
- il **miglioramento degli indicatori di efficienza/efficacia dei servizi ospedalieri** in termini di tassi di occupazione, degenza media, tempi di attesa, appropriatezza dei regimi di erogazione e dei modelli assistenziali, indicatori di esito.

La **ridefinizione della rete ospedaliera** e la **chiusura** dei punti nascita **deve avvenire contestualmente a una ridefinizione dei contenuti e delle modalità di erogazione dell'assistenza**. I servizi integrati territorio-ospedale riorganizzeranno le attività precedentemente svolte all'interno o nel quadro dei punti nascita chiusi assicurando - per le popolazioni dei territori interessati, anche attraverso la mobilità del personale - tutte le prestazioni ambulatoriali e di ricovero diurno che potranno essere decentrate.

L'occasione della riorganizzazione dell'assistenza alla nascita nel distretto dove non sarà più possibile partorire dovrà essere considerata una straordinaria opportunità **per migliorare l'assistenza al percorso nascita**, con un'attenta personalizzazione e un accompagnamento, in particolare da parte dell'ostetrica, delle donne e delle loro famiglie.

Esempi di strategie e azioni che dovranno/potranno essere realizzate sono: l'**anagrafe di tutte le donne in gravidanza**, con *geo-localizzazione* della residenza per individuare eventuali difficoltà di accesso ai servizi sia programmati che in urgenza; il **primo colloquio informativo in gravidanza** (entro la 9^a-10^a settimana), offerto attivamente - con il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta - a tutte le donne, incluse quelle assistite da libero professionisti; la **presa in carico e l'assistenza**, delle donne che scelgono di essere seguite in **gravidanza** dall'equipe della struttura pubblica consultoriale costituita da ostetrica, ginecologo/a, psicologo/a; la **consulenza**

ostetrica in gravidanza e nel post parto su richiesta della donna; il **contatto telefonico** dell'ostetrica che ha eseguito il primo colloquio nel secondo e terzo trimestre di gravidanza, per valutare il benessere della donna e l'insorgenza di eventuali difficoltà legate alla gestazione (il colloquio telefonico potrà essere sostituito da una visita domiciliare); l'**ambulatorio della gravidanza a termine**: primo accesso all'ospedale dove si prevede di partorire (anche sulla base delle condizioni di rischio) e successivi controlli - in integrazione con l'ospedale di riferimento - negli ambulatori distrettuali; l'**ambulatorio della gravidanza a rischio** nell'ospedale distrettuale, in integrazione con l'ospedale di riferimento e il consultorio familiare; l'**accompagnamento al parto**: verificare la fattibilità di accompagnamento al momento del parto, presso il punto nascita, da parte dell'ostetrica di riferimento durante la gravidanza (sarebbe l'ottimale); la **dimissione con presenza dell'ostetrica** che assisterà la neo-mamma nella prima settimana dopo il parto con una o più visite domiciliari e/o ambulatoriali in base al bisogno; la **dimissione del neonato** con l'appuntamento con il pediatra già definito; le **dimissioni protette** di madre e bambino nelle gravidanze multiproblematiche; l'**assistenza al puerperio ambulatoriale e domiciliare** (in base al bisogno) da parte delle ostetriche a tutte le neo-mamme del distretto; la **consulenza e sostegno per l'allattamento al seno h24**; la consulenza ostetrica e promozione della **ripresa della funzionalità del piano perineale** con interventi di gruppo e singoli sulla base del bisogno per tutte le puerpere; la **partecipazione attiva** ai progetti di **sostegno alla genitorialità "fragile"** e di promozione dei progetti *Nati per leggere* e *Nati per la musica*; il **potenziamento dell'offerta dei corsi di accompagnamento alla nascita e degli incontri nel post-partum** per promuovere il benessere di madre e bambino; **potenziamento della mediazione culturale** per la popolazione immigrata in difficoltà.

Queste strategie e azioni hanno bisogno di essere condivise, fatte proprie e promosse attivamente dai professionisti territoriali e ospedalieri che lavorano nel distretto e che, insieme, dovranno progettare e ridefinire l'assistenza sulla base delle peculiarità, dei bisogni e delle risorse. I protocolli assistenziali, sia della fisiologia che della patologia, andranno concordati tra i professionisti territoriali e ospedalieri del percorso nascita e i colleghi dei punti nascita di riferimento.

Questo processo deve essere realizzato contemporaneamente al completamento delle reti di trasporto materno e neonatale (STAM e STEN), il cui progetto - presentato dallo specifico gruppo di lavoro interno alla *Commissione nascita* - è in fase di ultimazione. L'elitransporto, allargato alle fasce orarie notturne, consentirà connessioni rapide ed efficaci tra i servizi di emergenza/urgenza e i punti nascita (preferibilmente *Hub*) di riferimento.

Le modifiche apportate alla rete dovrebbero comprendere la disponibilità di strutture alberghiere per ospitare le donne incinte, residenti in zone distanti dal punto nascita chiuso, che necessitano di controlli più ravvicinati *non* in regime di ricovero, o le nutrici con i bimbi ricoverati in terapia intensiva neonatale.

Orientare le donne incinte verso un numero ridotto di strutture ospedaliere può generare un'elevata concentrazione di ricoveri nei punti nascita, sia *Hub* che *Spoke*, di maggiori dimensioni. L'afflusso e la eterogeneità tra casi a basso e alto rischio può andare a scapito del rispetto della fisiologia e dei diritti delle donne e dei neonati. Parallelamente alla riorganizzazione della rete, è quindi auspicabile progettare e sperimentare - all'interno dei punti nascita - strutture nelle quali, al pari delle *alongside* o *onsite midwifery units* presenti nel Regno Unito^{23,24,25,26} e in altri paesi europei²⁷, i travagli di parto fisiologici (cosiddetti a *basso rischio*) **siano affidati alla responsabilità delle ostetriche**, portando a compimento

il progetto di “autonomia ostetrica” indicato dalla legge regionale sul *Percorso nascita* e incrementando contestualmente i livelli di efficacia, appropriatezza ed efficienza.

8. Conclusioni

Le proposte contenute in questo documento - redatto nella sua versione definitiva dopo due riunioni della *Commissione nascita regionale* appena insediata – sono state dibattute e condivise con i rappresentanti di tutti i percorsi nascita aziendali e provinciali e con i Direttori generali e sanitari delle Aziende coinvolte. Relativamente alle strutture sanitarie delle quali viene proposta la sospensione delle attività di assistenza al parto, tutti i Direttori hanno rilevato l'impossibilità di adeguare le attuali modalità assistenziali agli standard previsti dal *Protocollo metodologico*² per le richieste di mantenimento in attività dei punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui e in condizioni oro-geografiche difficili.

La *Commissione* conclude con l'indicazione di

sospendere l'assistenza al parto nei punti nascita di Borgo Val di Taro, Castelnovo ne' Monti, Scandiano e Pavullo nel Frignano, senza procedere alla richiesta di deroga al Comitato Percorso Nascita nazionale, poiché non sussistono le condizioni per sostenere quest'istanza;

intraprendere azioni e sviluppare strategie – come quelle proposte in questo documento – finalizzate ad accrescere qualità e valore del percorso nascita, con personalizzazione dell'assistenza e accompagnamento delle donne e delle loro famiglie.

Il documento è stato approvato all'unanimità.

Bibliografia

- ¹ World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization, 2016
- ² Ministero della Salute. Direzione generale della programmazione sanitaria. Direzione generale della prevenzione sanitaria. Comitato Percorso Nascita nazionale. Protocollo Metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui e in condizioni orogeografiche difficili (art. 1 D.M. 11/11/2015). Testo integrale: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_4483_listaFile_itemName_5_file.pdf (data di consultazione: 23.05.2017)
- ³ Regione Emilia-Romagna. Reportistica Predefinita CEDAP. URL: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/cedap/analisi-statistica/reportistica-predefinita> (data di consultazione: 23.05.2017)
- ⁴ Lasswell SM et al. Perinatal regionalization for very low-birth-weight and very preterm infants: a meta-analysis. *JAMA* 2010; 304:992-1000
- ⁵ Kyser KL et al. The association between hospital obstetrical volume and maternal postpartum complications. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 207: 42. e1-17
- ⁶ Janakiraman V et al Hospital volume, provider volume, and complications after childbirth in U.S. hospitals. *Obstet Gynecol* 2011; 118:521-7
- ⁷ Jonathan M et al. The impact of hospital obstetric volume on maternal outcomes in term, non-low-birthweight pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 212: 380.e1–380.e9

- 8 American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric care consensus no. 1: safe prevention of the primary cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2014;123:693-711
- 9 Hodnett ED et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7:CD003766
- 10 Aune I et al. Promoting a normal birth and a positive birth experience - Norwegian women's perspectives. *Midwifery* 2015; 31:721-7
- 11 Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Quality and Safety and Health Policy Committees, Bailit JL, Gregory KD, Srinivas S, Westover T, Grobman WA, Saade GR. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Special Report: Current approaches to measuring quality of care in obstetrics. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 215: B8-B16
- 12 Tita AT; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. What we have learned about scheduling elective repeat cesarean delivery at term. *Semin Perinatol* 2016; 40:287-90
- 13 Chan E et al. Long-term cognitive and school outcomes of late-preterm and early-term births: a systematic review. *Child Care Health Dev* 2016; 42:297-312
- 14 Spong CY. Improving birth outcomes key to improving global health. *JAMA* 2016; 316: 395-6
- 15 Richards JL et al. Temporal trends in late preterm and early term birth rates in 6 high-income countries in North America and Europe and association with clinician-initiated obstetric interventions. *JAMA* 2016; 316:410-9
- 16 Basevi V et al. La nascita in Emilia-Romagna. 12° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) - Anno 2014. Bologna: Regione Emilia-Romagna, 2015. Testo integrale: http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/cedap/files/la-nascita-in-emilia-romagna-12deg-rapporto-sui-dati-del-certificato-di-assistenza-al-parto-dati-anno-2014/at_download/file/CEDAP_Rapporto_2014.pdf (data di consultazione: 23.05.2017)
- 17 Regione Emilia-Romagna. LEA - Area ospedaliera - Altri indicatori-Parti cesarei primari. URL: <https://applicazioni.regione.emilia-romagna.it/ReportER/public/Drill> (data di consultazione: 31.05.2017)
- 18 Betran AP et al, for the WHO Working Group on Caesarean Section. WHO Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG* 2016; 123:667-70
- 19 Vogel JP et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Glob Health* 2015; 3: e260-70
- 20 Betrán AP et al. A systematic review of the Robson classification for caesarean section: what works, doesn't work and how to improve it. *PLoS One* 2014; 9:e 97769
- 21 Scenari demografici per l'Emilia-Romagna. URL: <http://statistica.regione.emilia-romagna.it/primo-piano/scenari-demografici-per-l2019emilia-romagna> (data di consultazione: 23.05.2017)
- 22 Regione Emilia-Romagna. PL Medi - Indicatori attività Posti Letto. URL: <https://applicazioni.regione.emilia-romagna.it/ReportER/public/BackWizard> (data di consultazione: 31.05.2017)
- 23 National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum Care. Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190. London: RCOG, 2014
- 24 Hollowell J et al. The Birthplace in England national prospective cohort study: further analyses to enhance policy and service delivery decision-making for planned place of birth. Southampton: NIHR Journals Library, 2015
- 25 Long Q et al. Onsite midwife-led birth units (OMBUs) for care around the time of childbirth: a systematic review. *BMJ Global Health* 2016; 1: e000096
- 26 Woo VG et al. Hospital-affiliated outpatient birth centers a possible model for helping to achieve the triple aim in obstetrics. *JAMA* 2016; 316:1441-2
- 27 Newburn M et al. Midwifery Unit Network – Policy research briefing 1. Philosophy of care and policy on midwifery unit care (June 2015). Testo integrale: <http://static1.squarespace.com/static/553ca2bee4b00f34b152cc73/t/559ac055e4b0050728db9bd0/1436205141945/Midwifery+Unit+Network+-+policy+research+briefing+1+Philosophy+and+policy+FINAL.pdf> (data di consultazione: 23.05.2017)