

Roma, 23 marzo 2023

**Oggetto: audizione informale concernente iniziative per aggiornare gli standard per la distribuzione dei punti nascita (discussione delle risoluzioni nn. 7-00007 Vietri, 7-00053 Zanella, 7-00057 Malavasi, 7-00066 Sportiello e 7-00068 Bonetti)**

*Al Presidente e ai Componenti della XII Commissione,*

La Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI), società scientifica accreditata dal Ministero della Salute<sup>1</sup> e nel Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG), ha una struttura e una organizzazione che garantisce sul piano educativo/formativo, su quello della ricerca e sulla produzione di Linee Guida e Buona Pratica Clinica la qualità di una Società Scientifica certificata.

SIAARTI già con il documento societario "[Indicazioni per le unità di anestesia ostetrica](#)" del 2015 **condivideva l'opportunità della chiusura dei punti nascita con meno di 1000 parti**, come da prima proposta dell'accordo Stato/Regioni 2010, **poi rivista a 500 parti/anno dal DM 70/2015**.

Tale determinazione in ambito Punti Nascita (PN) e in Ambito Materno Infantile nasceva dalla necessità, prevista sempre in ambito sanitario, di garantire la **Buona Pratica Clinica secondo Linee Guida e le evidenze basate su Studi clinici ed epidemiologici**, di **garantire in poche parole la sicurezza in questo caso della "duplice vita" mamma/bambino e la qualità degli esiti a garanzia della Salute**.

Le evidenze scientifiche e i dati epidemiologici di questa scelta organizzativa ne hanno confermato la validità.

## Le criticità aperte dalla bozza di riforma del DM 70/2015

Nella bozza di revisione del DM 70/2015 (che riguarda anche i PN) sono emerse alcune pesanti criticità già evidenziate da SIAARTI al Ministero della Salute nel 2022.

Nello specifico riteniamo che **per i Punti Nascita di I livello substandard già attivi** con bassi volumi di attività (<500 parti/anno), le Regioni e Province Autonome sulla base del protocollo metodologico per la valutazione

---

<sup>1</sup> LEGGE 8 marzo 2017, n. 24 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. (17G00041) (GU Serie Generale n.64 del 17-03-2017)

delle richieste di mantenere in attività punti nascita in condizioni orografiche difficili (art. 1 D.M. 11/11/2015) dovranno, anche ai fini della valutazione degli adempimenti LEA, richiedere al Comitato Percorso Nascita nazionale (CPNn) parere di deroga qualora sussista il disagio orografico, e purché vengano verificate le seguenti condizioni:

1. **presenza delle seguenti figure professionali H24:** ginecologo, ostetrica/o, pediatra e anestesista /rianimatore secondo gli standard organizzativi previsti dall'Accordo e s.m.i;
2. **presenza delle seguenti specialità in guardia attiva H24:** a) terapia intensiva (cod. 49), b) servizio di cardiologia (cod. 08), c) chirurgia generale (cod. 26), servizi di diagnostica per immagini, diagnostica di laboratorio;
3. **rispetto degli standard organizzativi e di sicurezza** allegati all'accordo Stato- Regioni del 16 dicembre 2010 e s.m.i.

Il Comitato Percorso Nascita nazionale (CPNn) valuta indicatori di struttura, attività ed esiti e li rivaluta ogni 2 anni.

Il personale dei Piccoli Punti nascita di base afferisce alla struttura complessa/semplice dipartimentale posta nel Punto Nascita di I o di II livello più vicino. Questi organizzano la rotazione del proprio personale presso i vari PN assicurando che i singoli operatori maturino un adeguato volume di attività clinica personale che, unitamente all'accurata formazione interprofessionale, garantisca il mantenimento e lo sviluppo delle competenze.

### Razionale

Si ha contezza che specialmente in questo particolare periodo storico, causa pandemia da COVID-19, si è visto quanto i nostri ospedali siano carenti di Risorse Umane soprattutto nell'ambito anestesiologicalo. Sempre più colleghi prediligono la sanità privata così da depauperare la Sanità Pubblica che per coprire carenze di organico, si avvale di cooperative private, anche straniere, che costituiscono il così detto "turismo anestesiologicalo".

In quest'ottica, però, di copertura "saltuaria" è diventato difficile anche creare un'equipe formata per affrontare le emergenze di sala parto che avvengono anche in gravidanze cosiddette "a basso rischio" e che ricordiamo essere l'emergenza principale in qualsiasi struttura ospedaliera. L'emergenza coinvolge madre e nascituro ed è caratterizzata da una criticità tempo-dipendente (15 minuti) per evitare sequele come: l'encefalopatia post-anossica nel neonato con esiti di paresi cerebrale permanente o, per la madre, l'emorragia che se non adeguatamente trattata porta ad exitus in 2 ore.

In questa affermazione, supportati dall'analisi dei registri di sorveglianza della mortalità materna ITOSS ISS che indicano in 8.9/100mila maternità, la mortalità complessiva e che identificano nell'emorragia, la prima causa diretta di morte, evento peraltro evitabile nel 50% dei casi ed espressione di una substandard care.

Tale situazione non può in alcun modo derogare, visto il fine indiscutibile di un SSR / SSN di tutelare la salute pubblica del Cittadino, nella applicazione appunto della Sicurezza della mamma e del bambino; in questo contesto **lo specialista in Anestesista Rianimazione Terapia Intensiva e del Dolore (ARTID)** assume un ruolo di garanzia e assistenza ineludibile e fondamentale dell'equipe di sala parto, volta a garantire la sicurezza materno-fetale durante tutto il percorso nascita intraospedaliero. In tal senso, quindi, deve essere vista e considerata la necessità della presenza di tale specialista e non solo come un "dispenser", seppure importante, di procedure di analgesie peridurali e di anestesie per tagli cesarei.

La disponibilità reale h24 in sala parto diventa di anno in anno sempre più importante anche a causa di un'aumentata età media materna, di gravidanze caratterizzate da obesità e per il ricorso alla Procreazione Medicalmente Assistita, condizioni che possono predisporre ad una gravidanza ad alto rischio.

Per tale motivo il **medico Specialista ARTID deve essere innanzitutto presente in un modello organizzativo che preveda la gestione della paziente in emergenza (UO di Anestesia e Rianimazione) e il supporto alle funzioni vitali (Terapia Intensiva)** e poi, non secondariamente, altamente qualificato e formato sulle peculiarità, fisiologiche e non, legate alla gravidanza, alla gestione del dolore in travaglio e a tutti gli eventi avversi frequenti o rari che si può trovare ad affrontare.

Un centro con un numero di parti <500 non permette il mantenimento delle competenze necessarie a svolgere questo compito altamente specialistico e non permette un'adeguata formazione per il riconoscimento degli eventi avversi rari e non garantisce se non l'anestesista di guardia a copertura di tutta la struttura e potenzialmente non disponibile, perché già impegnato in altre emergenze né per l'emergenza materno-fetale né tantomeno per la partoanalgesia. Del resto per qualunque altra scelta medica si predilige sempre l'ospedale con maggiore casistica e quindi personale più qualificato. Peraltro, l'incidenza di tagli cesarei è inversamente proporzionale al numero di nati ed è risaputo che il taglio cesareo e l'età superiore a 35 anni sono i 2 fattori di rischio principali di mortalità materna oltre che espressione di scarsa appropriatezza.

Dai dati Cedap del 2020 (su questo SIAARTI si sta spendendo con sue reti regionali presenti su intero territorio nazionale per sviluppare survey e avere dati più aggiornati) il Medico ARTID è presente solo nel 44% dei parti, contando il 32% circa dei tagli cesarei, esso è presente solo nel 12 % circa dei parti spontanei, troppo poco per parlare di sicurezza del percorso e non in grado quindi di assolvere ad un LEA quello della partoanalgesia che in Italia è un diritto negato.

A questo si aggiungono altre carenze organizzative strutturali come la mancanza di un centro trasfusionale (nei corsi di formazione che SIAARTI tiene "l'Emorragia Ostetrica" ha una dignità a sé stante per la gravità del quadro) è, l'assenza in alcuni casi del pediatra/neonatologo con necessità di seguire contemporaneamente mamma e bambino, l'organizzazione del turno mediante reperibilità e non guardia attiva.



PRESIDENZA  
PROF. ANTONINO GIARRATANO  
presidenza@siaarti.it

SEDE LEGALE e SEGRETERIA  
Viale dell'Università, 11  
00185 ROMA (Italy)

Tel. +39 06 44 52 816  
Fax +39 06 44 57 444  
segreteria@siaarti.it

[www.siaarti.it](http://www.siaarti.it)

SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA  
ANALGESIA, RIANIMAZIONE  
E TERAPIA INTENSIVA  
P. IVA 09114630016  
Cod. Fisc. 80411520580

Per tutti i motivi sopra citati la SIAARTI non è favorevole alla riapertura dei punti nascita con < 500 parti già chiusi con il precedente Accordo Stato Regioni, e chiede, soprattutto, la rivalutazione degli standard di sicurezza di quelli tra i 500 e i 1000 parti, in quanto in questo momento lo standard di sicurezza previsto dalle attuali Buone Pratiche Cliniche potrebbe non essere garantito.

Prof. Antonino Giarratano, il Presidente SIAARTI  
Dott.ssa Maria Grazia Frigo, Responsabile Area Cure Materno-Infantili  
Dott.ssa Fabrizia Calabrese, Coordinatrice Sezione culturale Ostetricia e Perinatale



PRESIDENZA  
**PROF. ANTONINO GIARRATANO**  
presidenza@siaarti.it

**SEDE LEGALE e SEGRETERIA**  
Viale dell'Università, 11  
00185 ROMA (Italy)

Tel. +39 06 44 52 816  
Fax +39 06 44 57 444  
segreteria@siaarti.it

[www.siaarti.it](http://www.siaarti.it)

**SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA  
ANALGESIA, RIANIMAZIONE  
E TERAPIA INTENSIVA**  
P. IVA 09114630016  
Cod. Fisc. 80411520580