

Rapporto Attività anno 2022

Punto Nascita

Reparto di Ostetricia

Servizio Nido

TABELLA RIASSUNTIVA AREA OSTETRICO - NEONATOLOGICA

Le attività di assistenza sanitaria non prescindono mai dalla situazione socio-territoriale e soprattutto nazionale. In questi anni caratterizzati dall'emergenza Sars CoV-2 numerosi sono stati gli sforzi introdotti dalla Casa di Cura per offrire la massima assistenza anche in condizioni di emergenza epidemiologica nazionale. Le attività implementate per il contrasto dei parti cesarei impropri, in primigravide, continuano a porre la Casa di Cura in conformità alle Linee Guida per la promozione ed il miglioramento del parto naturale. Le prestazioni erogate sono frutto di uno studio del Rischio Clinico, al fine di rendere tali prestazioni congrue per sicurezza, appropriatezza ed umanizzazione all'interno del percorso nascita. Obiettivo della Casa di Cura per il 2022 è stato la riduzione del ricorso al Taglio Cesareo, di cui al **DCA n. 16 del 16/02/2015**. Per quello che concerne l'attività del Servizio Nido l'analisi dei dati riportati in **Tabella 1/2022** conferma in maniera evidente la costanza, rispetto alla appropriatezza del servizio erogato. Nel mese di ottobre ha riavviato il *rooming-in*. Di seguito si riportano i dati comparati nel periodo 2016 – 2022:

Tabella 1/2022

Numero totale nati vivi e morti		1367	Numero totale nati vivi e morti		1256	Numero totale nati vivi e morti		1353
<i>Nati bigemini</i>	42		<i>Nati bigemini</i>	20		<i>Nati bigemini</i>	28	
<i>Nati femmine</i>	700		<i>Nati femmine</i>	602		<i>Nati femmine</i>	656	
<i>Nati maschi</i>	667		<i>Nati maschi</i>	654		<i>Nati maschi</i>	697	
<i>Nati con peso inferiore ai 2500g</i>	81		<i>Nati con peso inferiore ai 2500g</i>	45		<i>Nati con peso inferiore ai 2500g</i>	45	
<i>Trasferiti presso altra struttura</i>	24		<i>Trasferiti presso altra struttura</i>	34		<i>Trasferiti presso altra struttura</i>	32	
<i>Nati morti (MEF)</i>	2		<i>Nati morti (MEF)</i>	1		<i>Nati morti (MEF)</i>	8	
<i>Morto a distanza dal parto</i>	0		<i>Morto a distanza dal parto</i>	0		<i>Morto a distanza dal parto</i>	0	
<i>Parti Vaginali</i>	300		<i>Parti Vaginali</i>	416		<i>Parti Vaginali</i>	488	
<i>Parti Cesari</i>	1046		<i>Parti Cesari</i>	830		<i>Parti Cesari</i>	851	
<i>Di cui autodeterminazioni</i>	252		<i>Di cui autodeterminazioni</i>	97		<i>Di cui autodeterminazioni</i>	122	
<i>Totale Parti</i>	1346		<i>Totale Parti</i>	1246		<i>Totale Parti</i>	1339	
NATI: 1367			NATI: 1256			NATI: 1353		

Tabella 2020		Tabella 2021		Tabella 2022	
Numero totale nati vivi e morti	1336	Numero totale nati vivi e morti	1604	Numero totale nati vivi e morti	1689
Nati bigemini	12	Nati bigemini	28	Nati bigemini	24
Nati femmine	664	Nati femmine	793	Nati femmine	800
Nati maschi	672	Nati maschi	811	Nati maschi	889
Nati con peso inferiore ai 2500g	47	Nati con peso inferiore ai 2500g	56	Nati con peso inferiore ai 2500g	49
Trasferiti presso altra struttura	29	Trasferiti presso altra struttura	36	Trasferiti presso altra struttura	28
Nati morti (MEF)	3	Nati morti (MEF)	2	Nati morti (MEF)	5
Morto a distanza dal parto	0	Morto a distanza dal parto	0	Morto a distanza dal parto	0
Parti Vaginali	484	Parti Vaginali	608	Parti Vaginali	604
Parti Cesari	846	Parti Cesari	985	Parti Cesari	1073
Di cui autodeterminazioni	136	Di cui autodeterminazioni	185	Di cui autodeterminazioni	152
Totale Parti	1330	Totale Parti	1590	Totale Parti	1677
NATI: 1336		NATI: 1604		NATI: 1689	

Le iniziative che hanno contribuito ad invertire la tendenza del rapporto tra parto cesareo e vaginale adottate sono state:

- **Organizzative**, mirate all'incremento delle Risorse Umane disponibili ed attribuite al Gruppo Parto con la copertura con due unità ostetriche, e disponibilità di una terza, H24. Guardia Medica attiva H24 di Ginecologo, Anestesista e Pediatra/Neonatologo con risorse anche reperibili. Sistema di rilevamento SARS-Cov-2 mediante servizio H24 di elaborazione dei tamponi molecolari ed antigenici di 3° generazione, esecuzione dello screening sierologico per la ricerca nel siero di IgG e IgM virali Sars-CoV-2;
- **Procedurali**, elaborando nuovi protocolli e procedure in linea con le raccomandazioni delle società scientifiche nazionali e internazionali, rispetto alle indicazioni cliniche per le quali candidare una paziente all'intervento di parto cesareo. Inoltre, si sono condivisi percorsi tecnico-terapeutici e farmacologici, per tutti i casi clinici che afferiscono presso la Casa di Cura, attuando numerosi momenti di confronto attraverso

degli audit interni tra la Commissione Tagli Cesarei, le Ostetriche ed i Ginecologi afferenti presso la Casa di Cura. Audit di esito e processo, finalizzati a dissipare le perplessità operative con l'obiettivo di incentivare maggiormente il parto spontaneo, in termini di sicurezza, di umanizzazione, di appropriatezza, di permanenza attiva e collaborativa, in Sala Parto, dei ginecologi e delle Ostetriche, offrendo così assistenza mirata all'esigenze e soprattutto ai bisogni delle partorienti;

- **Dotazione Tecnica**, acquisendo nuove apparecchiature elettromedicali per anestesisti, con contestuale elaborazione di nuove procedure per diagnosi precoce delle pazienti gravide (ecoflussimetria ostetrica all'ingresso – cardiocografia con sonde wireless);
- **Commissione Valutazione Appropriatezza Parti Cesarei**, confermando, quale Referente *Consultant Senior* della Commissione di valutazione dell'appropriatezza clinica materno infantile, il Prof. Dott. Carmine Nappi, Professore Ordinario Emerito dell'Università di Napoli Federico II, Facoltà di Medicina e Chirurgia – Cattedra di Ostetricia e Ginecologia – al fine di esaminare i casi clinici ritenuti meritevoli di attenzione, onde orientare i Ginecologi al ricorso al parto spontaneo, offrendo supporto teorico-pratico ed indicazione scientifiche in merito.

La Casa di Cura ha elaborato un **progetto di riorganizzazione** degli ambienti del Gruppo Parto – Nido, che non modifica l'assetto già esistente della Struttura che deve considerarsi attività sanitaria già in esercizio. L'obiettivo è la riqualificazione ai sensi del DCA 16 del 16.02.2015 “Accordo Conferenza unificata (n.rep.atti 137/CU) sul documento concernente “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e della appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”. Con il DCA 103/2018 la Casa di Cura veniva inquadrata come Punto nascita di 2^a livello atteso il numero di parti annui > 1.000/anno. Orbene, con l'attuazione della riqualificazione la Casa di Cura, attesa l'applicabilità del DCA 16/2015, non si modifica la natura della Struttura che verrebbe a trovarsi nell'ambito di Unità di Ostetricia di 1^a livello in cui il numero di parti > 1.000/anno non determina il cambiamento di livello ma ne arricchisce la qualità prestazionale in riferimento alle linee tracciate dalla Conferenza Stato-Regioni per il Percorso Nascita (di cui al paragrafo A, dell'allegato 1b “Unità che assistono gravidanze e parti, in età gestazionale \geq 34 settimane, in situazioni che non richiedono presuntivamente

interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato tipiche del II livello per la madre e per il feto”, e per il quale il numero di parti > 1.000/anno non cambia la classificazione, ferme le attribuzioni cliniche dell’Utenza).

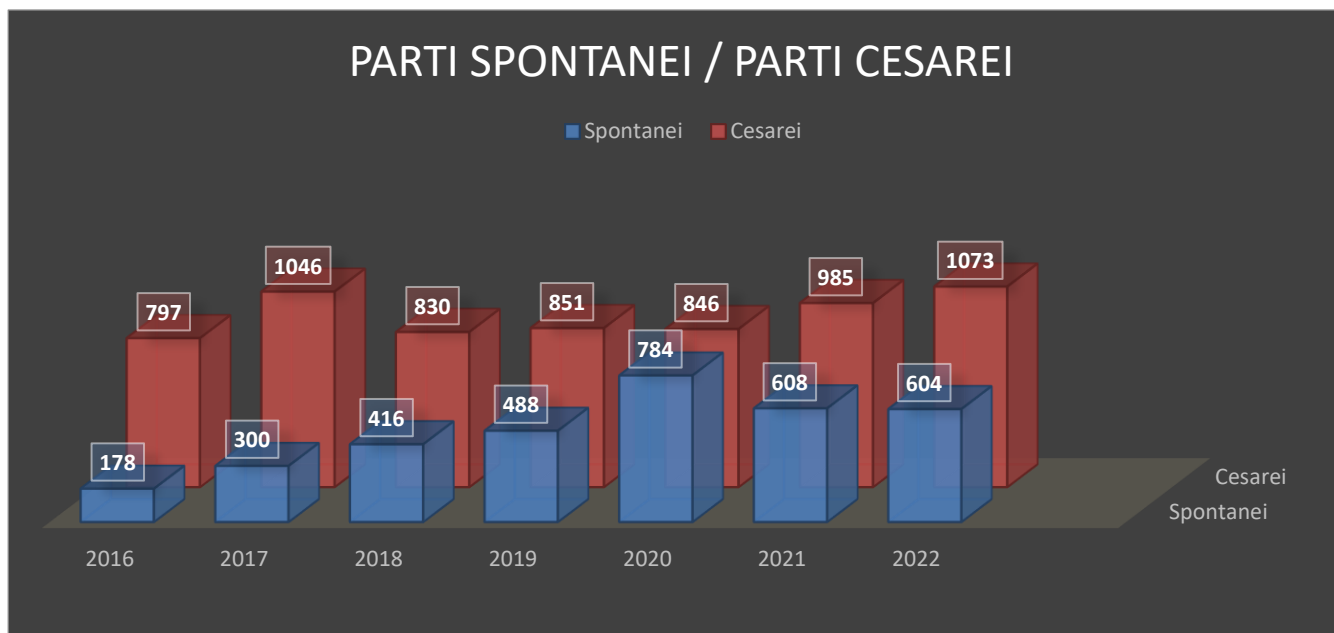
- La Casa di Cura garantisce da sempre accoglienza a tutte le donne che hanno esercitato la libera scelta del Medico e del luogo di cura, per affrontare le tematiche legate alla riproduttività, alla gravidanza ed al parto. A tutte, viene garantita un’assistenza altamente specialistica e qualificata, anche in regime di Accredimento con il Servizio Sanitario Nazionale, accessibile su proposta del Medico Curante - con impegnativa di ricovero - ovvero, in caso di urgenze-emergenze, con il ricovero urgente predisposto dal Medico Guardia, specialista in Ginecologia ed Ostetricia, sempre presente in Casa di Cura H24.
- L’Unità Funzionale di Ostetricia e Ginecologia ha sviluppato tutte le pratiche diagnostiche cliniche e strumentali, terapeutiche ed assistenziali, atte ad assicurare il coordinamento delle attività relative al percorso nascita, in tutte le sue fasi (pre-concezionale, gravidanza, parto e puerperio) in linea con le indicazioni del Piano Socio-Sanitario Regionale, in un “modello assistenziale partecipato” nella triade madre-bambino-padre.
- Un’équipe di Medici specialisti in Ostetricia e Ginecologia e di Ostetriche, è sempre a disposizione di tutte le pazienti, sia di coloro che si affidano alla nostra Struttura fin dalla prima visita in gravidanza, sia di coloro che, monitorate presso altre sedi, vi accedono in una fase intermedia, garantendo un’equità di accesso univoca e partecipata, indispensabile per il raggiungimento dei parametri qualitativi assistenziali attesi.
- Tra l’altro, l’accesso presso la Casa di Cura permette alle gravide di entrare in confidenza con la Struttura, conoscendone gli ambienti, il personale e l’organizzazione con la quale dovranno poi interagire nel momento delicato del parto e, quindi, del percorso di assistenza materno-infantile. Inoltre, sono organizzati, a titolo gratuito, corsi di psico-profilassi al parto.
- I corsi pre-parto sono stati sospesi per evitare assembramenti e possibili fonti di contagio di pazienti delicate e meritevoli di attenzione come appunto le pazienti gravide, così come disposto dal DPCM 8 Marzo 2020 e successive modifiche. Gli stessi, però sono stati ripresi dopo il

termine dello stato di emergenza e sono in corso attività per una somministrazione in modalità multimediale con accesso tramite link dedicato attivabile sul portale web www.hcitalia.it (previsione di implementazione 31 marzo 2023).

- La Casa di Cura, nell'ambito della pluralità dell'offerta assistenziale, con la finalità di promuovere il parto naturale e di sostenere le future mamme in questa scelta, ha dato ampia attuazione alla DCA 109/2016 della Struttura Commissariale Regionale della Campania, avente per oggetto, “La promozione ed il potenziamento della lotta al dolore durante il travaglio di parto per via naturale”, predisponendo una procedura di gestione dedicata a tale attività, che è parte integrante del percorso nascita. La parto-analgesia è a disposizione, gratuitamente, di tutte le gestanti, prossime al parto, che ne dovessero fare richiesta. Per tale ragione, in relazione alle ultime linee-guida, si è pensato di adottare il modello della sala unica T.P.P. (Travaglio/Parto/Post-parto). Nella procedura di gestione, sono descritte le indicazioni, le modalità, le eventuali complicanze e tutte le tappe di gestione del processo (può chiedere copia della procedura all'ufficio ricoveri o consultare il portale web www.hcitalia.it). L'introduzione di tale procedura ha per obiettivo non solo di migliorare la qualità delle cure offerte, ma anche di contrastare, con appropriatezza ed efficacia, il ricorso al parto cesareo auto-determinato e/o ritenuto improprio.
- Per meglio ottimizzare tutta l'attività sanitaria è stato approntato un progetto di riorganizzazione strutturale, fermo restando i posti letto accreditati, che consente una riqualificazione per l'umanizzazione delle cure allo scopo preciso intento di ridurre il ricorso al parto cesareo improprio nella salvaguardia della salute materno-fetale anche alla luce delle direttive emanate per la Gestione del Rischio Clinico di cui alla Legge 24/2017. D'altro canto, con l'emanazione del DCA 62/2018 che regola, sulla base delle linee tracciate dalla su ricordata Conferenza Stato-Regioni, le attività STEN/STAM in ambito regionale, la riqualificazione del Punto Nascita della Casa di Cura in 1° livello nella implementazione sia degli standard operativi, collegati ai livelli di assistenza garantiti e da garantire, che di quelli tecnologici già presenti e confermati nel nuovo assetto. Giova rammentare che gli standard di sicurezza sono soddisfatti, per l'assistenza ostetrica e perinatale, e che le attività di cui al presente documento sono da classificarsi, come specificato, di riqualificazione, e non di nuova progettazione, provvedendo alla riorganizzazione di spazi interni senza che ciò costituisca modifica né della tipologia della Struttura né dell'attuale Accreditamento.

ANALISI DELLE PRESTAZIONI

Gli sforzi messi in atto dalla Casa di Cura, sia in termini di investimenti che in termini di qualità assistenziale, hanno portato ad un consolidamento della forbice tra parto spontaneo e parto cesareo con indicazione medica effettivamente appropriata. Si riporta, a titolo esemplificativo, il **grafico 1** per comprendere anche l'andamento nel periodo di riferimento:



(Grafico 1)

Osservando il **grafico 1**, si può notare lo sforzo profuso per il costante mantenimento del rapporto assoluto tra parto cesareo e parto vaginale (primipare e pluripare) registrando il **36,05 %** di pazienti che hanno espletato un **parto naturale**. Tale valore risente, ovviamente, di condizioni cliniche per le quali l'intervento della Casa di Cura risulta influente. Tali condizioni possono essere, ad esempio, il parto cesareo pregresso (singolo e/o multiplo), fatti anamnestici patologici, patologie documentate da evidenze specialistiche, condizioni patologiche che sconsigliano fortemente il parto vaginale o

l'autodeterminazione della donna al parto cesareo elettivo. Dall'analisi dei dati riportati, si registrano significativi miglioramenti nelle pazienti nullipara, basti pensare che su una popolazione di primigravide, **di 904 (53,91%) pazienti su 1677 parti**, soltanto **152 (16,81%)** hanno fatto ricorso **all'autodeterminazione**. Mentre, il rapporto Parto Spontaneo/Parto Cesareo in primigravide risulta che **554 (61,28%)** pazienti sottoposte a **parto cesareo** per una indicazione medica - di cui **56 (6,19%)** per indicazione assoluta/certa (43 presentazione podalica, 9 gravidanza multipla, 4 presentazione anomala trasversa) -, contro le **350 (38,72%)** pazienti che hanno espletato un **parto naturale**. Dall'esame della casistica clinica esposta, che si registra per **l'intero anno 2022, il tasso di Parti (tagli) Cesarei in primigravide**, al netto dei casi con diagnosi clinica "certa" e della autodeterminazione, non supera, per media ponderata, il **38,27 % del totale di tutte le primigravide**. Per questa classe di pazienti la percentuale risulta essere poco al di sopra delle medie della Regione Campania e non in linea con quanto previsto dalle linee ministeriali (25%).

Il Punto Nascita al tempo dell'Infezione SARS-CoV-2 – Emergenza Coronavirus – alla luce della Classificazione Robson

Ci corre l'obbligo di dare notizia che le attività sanitarie della Casa di Cura "Ospedale Internazionale" di Napoli sono proseguite regolarmente nel corso dell'emergenza Covid. In particolare, esse sono state poste in sicurezza per la prevenzione della diffusione dal contagio SARS-CoV-2 e limitate alle prestazioni ritenute dalle linee guida ministeriali non differibili (a tal proposito interessante la lettura della Circolare Ministeriale n. 8076 del 30.03.2020 all'oggetto "Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19"). Difatti, seppure l'apparato sanitario nazionale abbia concentrato l'attenzione verso l'emergenza, lo stesso ha il dovere di garantire le prestazioni da rendere ai cittadini affetti da patologie o da stati di salute Non-Covid la cui domanda di salute non è procrastinabile. Tra di esse quelle afferenti alla disciplina dell'Ostetricia e Ginecologia, branca principale dell'organizzazione dei servizi di diagnosi e cura della Casa di Cura "Ospedale Internazionale" di Napoli. Il Punto Nascita della Casa di Cura ha operato, ed opera, ininterrottamente assicurando alla donne l'assistenza necessaria, in via ordinaria che d'emergenza, mantenendo l'implementazione del reparto di degenza e del Servizio Nido con un sistema di sicurezza di protezione e prevenzione che

ha interessato tutti gli operatori sanitari ma anche l'utenza che, prima di accedere ai reparti di degenza, è stata opportunamente contingentata, registrata e controllata nel triage del rischio da infezione.

^_^=^_^=^_^=^_^=^_^=^_^=^

Ai fini dell'erogazione delle prestazioni in emergenza, in via prudenziale, ci si è attenuti alle disposizioni ministeriali di cui alla Circolare Ministeriale n. 11257 del 31.03.2020 all'oggetto "Indicazioni per gravida, partoriente, puerpera, neonato e allattamento".

A far data dal 1° settembre 2020 si è implementato il Piano Operativo Regionale del luglio 2020, finalizzato al controllo dei richiedenti ricovero. Per tale ragione la Casa di Cura ha stipulato una Convenzione con il Laboratorio CEINGE Biotecnologie Avanzate Scarl della 2° Facoltà di Medicina e Chirurgia, Federico II, di Napoli – appartenente alla rete Coronet-Lab – per l'esecuzione di tamponi rino-oro-faringei con metodica PCR real-time nelle 48 ore antecedenti l'accesso ai reparti di degenza. Inoltre, per le emergenze H24, si è provveduto a stipulare convenzione con la consociata Casa di Cura "Villa dei Fiori" S.r.l. di Mugnano di Napoli – stabilimento sanitario del Gruppo Health Care Italia S.p.A. autorizzata per Laboratorio Analisi settore A2 – per l'esecuzione di tamponi rino-oro-faringei molecolari interni, sempre con metodica PCR real-time a mezzo di amplificazione delle catene genetiche. Al fine di documentare l'attività erogata nel nostro Punto Nascita abbiamo il piacere di pubblicare, a seguire, la Classificazione di Robson relativa al all'annualità 2022, Classificazione che riguarda "tutte le donne" che partoriscono nella nostra Struttura e non solo per le donne che partoriscono con parto cesareo. È una classificazione perinatale completa di cui diamo anche notizia nella "Relazione Annuale – anno 2021– consuntiva sugli Accadimenti verificatisi all'interno della Casa di Cura "Ospedale Internazionale" S.r.l. di Napoli (articolo 2, comma 5 Legge 24/2017 cosiddetta legge Gelli)", consultabile cliccando sul link Gestione del Rischio Clinico – "Modello Organizzativo di gestione e controllo" presente sul portale www.hcitalia.it.

CLASSIFICAZIONE DI ROBSON						
NOME DELLA STRUTTURA: Ospedale Internazionale 150075					PERIODO: Anno 2022	
Colonna 1	Colonna 2	Colonna 3	Colonna 4	Colonna 5	Colonna 6	Colonna 7
Gruppo	Numero di TC nel gruppo	Numero di donne nel gruppo	Dimensioni ¹ nel gruppo (%)	Tasso ² di TC nel gruppo (%)	Contributo assoluto del gruppo al tasso complessivo di TC ³ (%)	Contributo relativo del gruppo al tasso complessivo di TC ⁴ (%)
1	103	384	22,91%	26,82%	6,15%	9,61%
2a	74	127	7,58%	58,27%	4,42%	6,90%
2b	312	312	18,62%	100,00%	18,62%	29,10%
3	5	232	13,84%	2,16%	0,30%	0,47%
4a	5	30	1,79%	16,67%	0,30%	0,47%
4b	25	25	1,49%	100,00%	1,49%	2,33%
5	460	460	27,45%	100,00%	27,45%	42,91%
6	42	42	2,51%	100,00%	2,51%	3,92%
7	12	12	0,72%	100,00%	0,72%	1,12%
8	11	13	0,78%	84,62%	0,66%	1,03%
9	7	7	0,42%	100,00%	0,42%	0,65%
10	16	32	1,91%	50,00%	0,95%	1,49%
Totale	1072	1677	100%		63,96%	

LEGENDA	1	n° di donne nel gruppo / n° totale di donne partorienti nell'ospedale x 100
	2	n° di T.C. nel gruppo / n° totale di donne nel gruppo x 100
	3	n° T.C. nel gruppo / n° totale di donne partorienti nell'ospedale x 100
	4	n° T.C. nel gruppo / n° totale di T.C. nell'ospedale x 100

Un risultato da non sottovalutare nel tempo dell'emergenza, che dimostra l'impegno strutturale ed operativo di tutte le Maestranze nel garantire in continuità dei processi assistenziali nell'osservanza dei dettami deontologici e di programmazione sanitari impartiti dal DCA n. 16 del 16.02.2015

all'oggetto: <Accordo Conferenza unificata (n. rep. atti 137/CU) sul documento concernente “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e della appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”>.

Per approfondire l'argomento si rende noto che il Ministero della Salute ha pubblicato il rapporto annuale 2021 sull'evento nascita. Otto mamme su dieci partoriscono in Istituti di cura pubblici ed equiparati, il 62,8% dei parti si svolge in strutture con almeno mille parti annui, il 7,1% in strutture con meno di 500 parti annui. Il tasso di natimortalità è pari a 2,68 nati morti ogni mille nati. Per approfondimenti si invita a navigare sul portale web www.hcitalia.it.

Con il 1° aprile 2022 l'Emergenza Sanitaria Nazionale è venuta a cessare ma l'implementazione dei sistemi di sicurezza, prevenzione e protezione sono rimasti validi ed operativi per tutte le Strutture Ospedaliere. In tal senso, la Casa di Cura “Ospedale Internazionale” S.r.l. di Napoli, ha confermato l'organizzazione dei servizi di diagnosi e cura nonché quelli di astanteria/accettazione e pronto soccorso ostetrico. Unica variazione, indotta da disposizione della Direzione Generale Tutela Salute Regione Campania, che i tamponi molecolari, su menzionati, sono stati sostituiti, attesa la loro equiparazione, da tamponi antigenici a totale carico della Casa di Cura e non più del Coronet-Lab convenzionato.

Risultati “report” clinico interno Classificazione di Robson anno 2022 a cura del Dottore Riccardo Morgera

La Casa di Cura “Ospedale Internazionale”, recependo le indicazioni del D.C.A. n° 155 del 16 Novembre 2016 ha iniziato l'accurato monitoraggio per l'appropriatezza delle gravide sottoposte a parto cesareo, sia attraverso la corretta e puntuale valutazione trimestrale delle classificazioni di Robson, allegare alle cartelle cliniche, sia attraverso “audit” clinici mensili, presieduti in concerto dalla Direzione Sanitaria e dal “Consultant Senior” Prof. Dott. Carmine Nappi – già Ordinario di Ostetricia e Ginecologia presso la Università “Federico II” di Napoli. Gli “audit” clinici sono stati effettuati

in conseguenza dei risultati delle classificazioni di Robson, allegate alle cartelle cliniche delle gravide sottoposte a parto cesareo, con i risultati che, per specifiche classi, andiamo qui ad analizzare.

Anche in questo ultimo anno vi è stata una complessa organizzazione, mantenendo i percorsi alternativi e sale parto/operatorie dedicate, nel caso di pazienti Covid-positivi che, giunte di Pronto Soccorso, non potevano essere trasferite, per condizioni cliniche, in strutture Covid per la dovuta assistenza ostetrica.

A riguardo della Classe “Robson” di **rischio clinico 1** (Nullipara – gravidanza singola – presentazione cefalica – età gestazionale > di 37 settimane – travaglio spontaneo), nel primo semestre 2022 si sono ritrovate 174 gestanti e 48 di queste sono andate incontro a taglio cesareo, con una percentuale del 72,42% di parti spontanei e del 27,58% (rispetto al 28,46% del primo semestre 2021) di tagli cesarei. Nel secondo semestre del 2022 abbiamo avuto 210 gestanti e 55 sono andate incontro a taglio cesareo, con una percentuale di parti spontanei del 73,81% e del 26,19% di tagli cesarei (rispetto al 29,75% del secondo trimestre 2021). In merito al monitoraggio di questa specifica classe clinica di Robson gli audit clinici eseguiti hanno attentamente valutato il Partogramma ed il “Report” delle indicazioni per i cesarei primari, dove oltre alla firma del medico che ha posto l’indicazione per il taglio cesareo, è necessaria la firma di approvazione della Direzione Sanitaria. Rileviamo che in quest’anno si è avuta una lieve riduzione della percentuale di tagli cesarei, per questa classe di Robson, rispetto all’anno 2021 ed è ripreso il corso pre-parto, che rappresenta un ottimo strumento empatico per le pazienti gravide, nel loro percorso verso il travaglio/parto spontaneo.

A riguardo della classe di “Robson” di **rischio clinico 2a** (nullipara – gravidanza singola – presentazione cefalica – età gestazionale > di 37 settimane – travaglio indotto) abbiamo avuto, nell’anno 2022, 127 pazienti (rispetto alle 92 del 2021). Di queste pazienti 74 sono state sottoposte a taglio cesareo e 53 hanno partorito spontaneamente, con una percentuale di parti spontanei del 41,73% (rispetto al 43,47% dell’anno 2021). A tale classe afferiscono le pazienti che, dopo avere firmato uno specifico consenso informato per l’induzione medica al travaglio di parto (AOGO), sono gravide post-termine (> 41.0) e/o presentano specifiche condizioni cliniche materno-fetali che impongono un’anticipazione del travaglio di parto. È da osservare, la

persistenza di un'alta incidenza di tagli cesarei, nei casi in cui la metodica è stata eseguita. Già dagli ultimi mesi del 2021 veniva introdotta una nuova metodica di induzione al travaglio di parto, mediante l'utilizzo di Prostaglandine per via orale, secondo uno specifico protocollo, nell'intento di migliorare la "compliance" delle pazienti e di ridurre il ricorso al taglio cesareo ma per problematiche di distribuzione del farmaco, da parte della casa produttrice, per alcuni mesi del 2022 si è dovuto ritornare al metodo di induzione farmacologica per via vaginale.

Nell'ambito della classe di "Robson" di **rischio clinico 2b** (nullipara – gravidanza singola – presentazione cefalica – età gestazionale > di 37 settimane – taglio cesareo elettivo), classe di rischio clinico che comprende anche le autodeterminazioni al taglio cesareo, nel primo semestre del 2022 abbiamo avuto 136 casi (70 autodeterminate), mentre nel secondo semestre 2022, 176 pazienti (82 autodeterminate), con una percentuale di autodeterminazioni del 48.71% (rispetto al 77,38% del 2021). Per effetto della ridotta emergenza Covid si è avuta una riduzione delle autodeterminazioni che permangono, però, su percentuale elevata. La Casa di Cura, oltre a sensibilizzare i Medici operatori a ridurre il numero delle autodeterminazioni, ad istituire uno specifico consenso informato che deve essere inviato dalla paziente tramite raccomandata con data certa e/o a mezzo Pec, correlato di un certificato psicologico che attesta la ferma volontà della paziente a partorire tramite taglio cesareo, ha istituito una ulteriore verifica e conferma videoregistrata della volontà delle pazienti a volere partorire tramite taglio cesareo per loro specifica scelta. Dall'ultimo trimestre 2022, per questa specifica Classe di rischio, il Comitato Interno per l'appropriatezza dei Tagli Cesarei ha iniziato ad analizzare i casi, in rapporto con le prestazioni dei singoli Medici, onde verificare le criticità per ogni singolo operatore afferente alla struttura.

Nell'ambito della classe di "Robson" di **rischio clinico 3** (multipara – gravidanza singola – presentazione cefalica – età gestazionale > di 37 settimane – non pregresso taglio cesareo – travaglio spontaneo), si sono avute, per l'anno 2022, 232 gestanti con una percentuale di parti spontanei del 97,85%. Per la classe di Robson di **rischio clinico 4a** (multipara con travaglio indotto) abbiamo avuto 30 gravide; 25 hanno partorito spontaneamente e 5 sono state sottoposte a taglio cesareo in urgenza, con una percentuale di parti spontanei del 83.33% (rispetto all' 88.89% del 2021).

Per la classe di Robson di **rischio clinico 4b** (multipare senza travaglio) vi sono state 25 gravide, tutte sottoposte a taglio cesareo (21 autodeterminazioni – 4 tagli cesarei in urgenza). Anche in questo caso è da segnalare l’alta incidenza di autodeterminazioni. Anche per questa Classe di Robson è stata analizzata l’attività dei singoli operatori afferenti alla struttura.

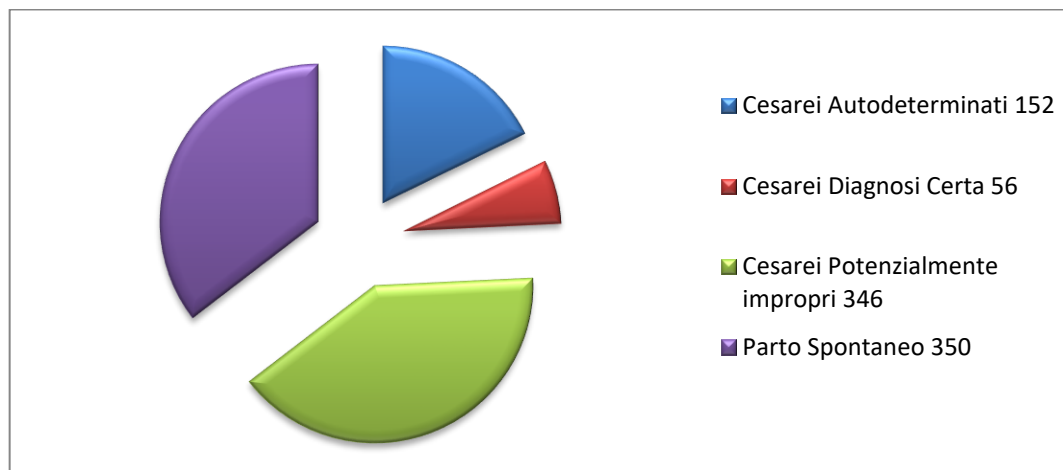
Per la classe di Robson di **rischio clinico 5** (multipara – gravidanza singola – presentazione cefalica – età gestazionale > di 37 settimane – pregresso taglio cesareo) vede complessivamente 460, tutti partoriti tramite taglio cesareo. Per tale classe di “Robson” questi numeri alti sono legati ad un retaggio storico indiscriminato dei tagli cesarei effettuati in Regione Campania, nei precedenti anni. Anche sotto questo aspetto la Direzione Sanitaria si è adoperata a redigere 2 specifici consensi informati di diniego/accettazione ad un travaglio di parto in progressa cesarizzata, adoperandosi, laddove richiesto, ad inviare la paziente che accettava un eventuale travaglio di parto (VBAC), verso Strutture Ospedaliere idonee dotate sia di Terapia Intensiva Materna sia di Terapia Intensiva Neonatale. In tale ottica, laddove la Regione Campania autorizzi l’apertura per una Terapia Intensiva nella nostra struttura tale procedura potrebbe essere con tutta tranquillità effettuata senza trasferimento delle pazienti.

Le classi di Robson di **rischio clinico 6-7-9** raccolgono le gravide con malposizione fetale ed il gruppo 8 le gravidanze multiple. Si sono avute 74 pazienti che hanno partorito tutte tramite taglio cesareo, tranne 2 della classe 8 (Gravidanza Multipla) che hanno partorito per via vaginale.

La classe di Robson di **rischio clinico 10** (gravidanza cefalica singola < 37 settimane di gestazione incluse quelle con precedenti tagli cesarei) si sono avuti 32 casi, con 16 tagli cesarei (50%). Questo gruppo si distingue solo ed esclusivamente per l’età gestazionale e raccoglie ogni qualsiasi patologia della gravidanza.

^_^=^_^=^_^=^_^=^_^=^_^=^_^

Si riporta, a titolo esemplificativo, il diagramma del dato analizzato attraverso un grafico a torta, comparando così i dati relativi alle primigravide rispetto alla tipologia di parto. (*grafico 2*):



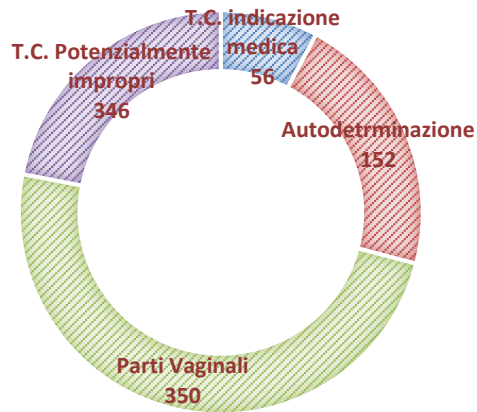
(Grafico 2)

Analizzando il successivo **grafico 3**, si evidenzia che l'incidenza dell'autodeterminazione, nella popolazione di primi gravide, è sostanzialmente stabile rispetto agli anni precedenti, ma comunque contenuta, aspetto che risiede nel fatto che si registra una maggiore *compliance* della partoriente sia nei confronti dell'evento maternità, sia verso la Struttura del Punto Nascita, con l'acquisizione di una maggiore fiducia condivisa nella scelta del Percorso Nascita promulgato e sostenuto dalla Casa di Cura.

È comunque necessario evidenziare che l'autodeterminazione rappresenta altra indicazione inesorabile al parto cesareo e sulla quale nulla può la Struttura essendo la scelta racchiusa nell'ambito del rapporto medico/paziente. Al fine di prevenire il fenomeno la Casa di Cura ha adottato uno specifico percorso dissuasivo di cui l'allegato A - DICHIARAZIONE DI CONSAPEVOLEZZA PER TAGLIO CESAREO ELETTIVO AUTODETERMINAZIONE - rappresenta l'ultimo accorgimento.

POPOLAZIONI PRIMIGRAVIDE

■ T.C. diagnosi certa ■ Autodeterminazione ■ Parti Vaginali ■ T.C. Potenzialmente impropri



Popolazione Primigravide 904

Autodeter.	Cesareo Dg "certe"	Cesareo Pot. Imp.	Parto
152	56	346	350

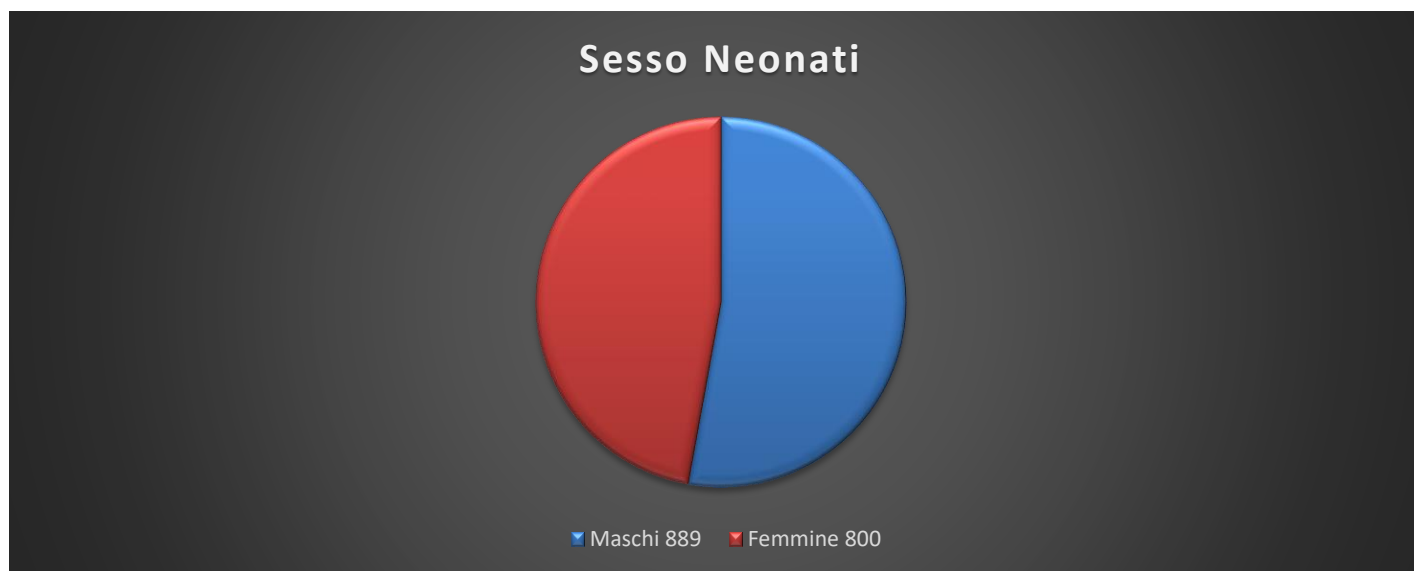
(Grafico 3)

Un importante ruolo assume il Servizio Nido, attraverso il quale è possibile arricchire l'aspetto assistenziale del Punto Nascita. In tal senso, la Casa di Cura, ha investito, anche in questo servizio, nell'avanzamento tecnologico con numerosi acquisizioni in apparecchiature elettromedicali (come ad esempio l'acquisizione di nuove incubatrici, l'acquisizione di strumenti di diagnostica analitica e screening audiologici) e nell'aumento qualitativo delle risorse umane, curando l'informazione e la formazione del personale medico ed infermieristico con corsi per la gestione delle emergenze neonatali e collaborazioni con istituti di ricerca collegati con l'Istituto Superiore di Sanità, come il CEINGE (Screening Neonatale Esteso ivi compreso gli screening per le malattie lisosomiali).

Analizzando nel dettaglio l'attività del Servizio Nido, bisogna prima definire la popolazione neonatale di riferimento, e ciò è possibile in prima battuta attraverso il *(grafico 4)*:



Un altro dato che è possibile ricavare dalla Tabella 1/2022, è quello relativo alla distribuzione del sesso dei neonati, così come riporta il *(grafico 5)*, che segue, con indicazione dei valori di poco differenti tra maschi e femmine:



(Grafico 5)

A partire dal 5 ottobre 2022 riprenderanno le attività di *Rooming-in*, sospese per la pandemia Saars-CoV-2 (Covid).

Al momento dell'ingresso le Mamme gestanti sono chiamate ad effettuare una scelta, per l'adesione o meno alla pratica del *Rooming-in*:

- NON ADESIONE: il/la neonato/a rimane custodito/a nel Nido. Nel caso di allattamento materno le poppate saranno effettuate nel locale *lactarium* del Nido.
- ADESIONE DIURNA (10:30-20:00): il/la neonato/a viene portato/a nella camera di degenza della mamma, anche nelle camere a più posti letto. Il/la neonato/a viene riportato/a al Nido nelle ore notturne, così da permettere alla mamma di poter riposare.
- ADESIONE DIURNA E NOTTURNA (10:30-9:00): ferme le regole dell'adesione diurna, il neonato verrà lasciato nella camera di degenza della mamma anche di notte (20:00-9:00).

Il *Rooming-in* è una pratica che prevede la permanenza del bambino nella stessa camera della madre, dopo il parto, e che ha una serie di scopi, tra cui soprattutto quello di favorire l'allattamento al seno. A promuovere la pratica del *Rooming-in* sono gli stessi Oms e Unicef, secondo cui "*il contatto tra madre e figlio, che si realizza sia a livello epidermico che visivo immediatamente dopo la nascita, dovrebbe continuare offrendo alla madre la possibilità di tenere sempre il bambino con sé*".

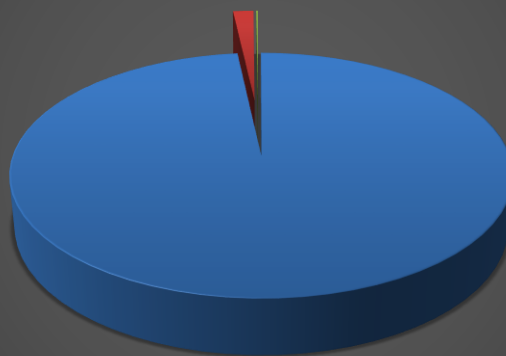
Il *Rooming-in*, presso la nostra Struttura, viene scelto liberamente dalla mamma – lo deve dichiarare prima del parto, all'atto dell'accettazione – e può optare tra solo diurno o diurno/notturno. In ogni caso può chiedere, ed ottenere, di far portare il proprio neonato al Nido in ogni momento.

Dalle ore 14:00 alle ore 16:00 anche i papà, opportunamente tamponati, possono entrare nella camera di degenza delle mamme ricoverate; l'eventuale accompagnatrice sarà invitata a lasciare la stanza di degenza ed attendere nella sala di attesa fino a quando il papà non sarà uscito (massimo un accompagnatore per ciascun degente).

Con nota del 27.01.2023 protocollo n. /PG/2023/0047636 la Direzione Generale Tutela Salute ha ribadito il sostegno all'allattamento materno con procedure – quali il *Rooming-in*, contatto *Skin to Skin*, etc. Nella nota si ribadisce di consentire che la paziente gestante/puerpera sia accompagnata da persona precedentemente identificata, all'accesso, ai fini del necessario screening per Covid-19 – da noi definita “accompagnatrice” (od anche un “accompagnatore” se degenza in camera uso esclusivo) – la quale, una volta autorizzata alla permanenza in reparto di degenza, non debba essere considerata un visitatore ma caregiver. Dalla lettura del documento si comprende che la mamma che optasse per il *Rooming-in* notturno può farlo solo se ha un caregiver.

Analizzando i dati della Tabella 1/2022, si può evincere ancora la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio Nido che qui riassumiamo nel *(grafico 6)*:

Rapporto tra il totale nati e trasferimenti e nati morti e morti post partum



■ Totale Nati 1689
 ■ Trasferiti presso altra struttura specialistica 28
 ■ Nati Morti (MEF) 5
 ■ Morti post partum 0

(Grafico 6)

Il rapporto tra la totalità dei nati ed il numero di neonati trasferiti si è mantenuto in linea con il 2021, infatti sono stati trasferiti presso altre strutture solo lo 1,65 %, (28 casi) per le seguenti motivazioni:

7 Distress Respiratorio; 6 Mancati adattamenti; 3 Apnee; 3 Ipoglicemia; 1 Dispnea di n.d.d.; 1 Anemia Trombocitopenica; 3 Sospetta sepsi da trasmissione materna; 2 Prematurità; 1 Tremori da Astinenza; 1 Idronefrosi.

I trasferimenti hanno avuto come centri accoglienti strutture di 3° livello che riportiamo di seguito:

TIN Ospedale dei Colli (Monaldi) = n. 14

TIN AORN A. Cardarelli = n. 2

TIN Fatebenefratelli – Ospedale Napoli = n. 5,

TIN Azienda Universitaria Ospedaliera Vanvitelli = n. 2,

TIN Ospedale Evangelico Villa Betania = n. 1,

TIN P.O. Castellamare di Stabia = n 1

TIN Villa dei Fiori di Acerra = n 2

TIN Fatebenefratelli – Ospedale Benevento = 1

Le Morti Endouterine Fetali, nell’anno 2022 in numero di 5, sono avvenute tutte prima del ricovero e rappresentano il 0.3% del totale nati.


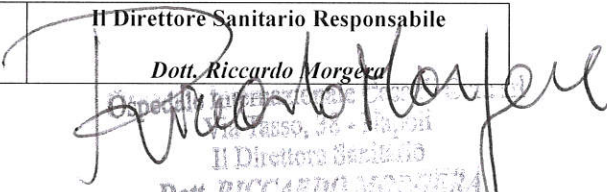
Per quanto riguarda il rapporto tra la totalità dei nati ed i nati vivi, poi morti nel *post-partum*, è pari allo 0%.

^^^=^^=^^=^^=^^=^^=^^

Con DCA 103/2018 – Piano Ospedaliero della Regione Campania – la Struttura Commissariale ha confermato la Casa di Cura “Ospedale Internazionale” S.r.l. di Napoli quale Punto Nascita, riconoscendo, ai fini applicativi del DM 70/2015, l’aggregazione, *ante legem*, della stessa nell’unico soggetto Giuridico della Health Care Italia S.p.A. di Napoli, Capo Gruppo anche della partecipata e controllata Casa di Cura “Villa dei Fiori” S.r.l. di Mugnano di Napoli. Tale riconoscimento ha consentito alla Direzione di impiegare nuove risorse per sottoscrivere un Contratto di Consulenza Professionale con il Prof. Dott. Carmine Nappi, Direttore Emerito della Cattedra di Ostetricia e Ginecologia della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università degli Studi Federico II di Napoli, a cui è stato affidato il delicato compito di *supervisore senior* delle attività dei Medici specialisti ostetrici e ginecologici accreditati, convenzionati e dipendenti operanti nella Casa di Cura.

La Casa di Cura, inoltre, ha messo in cantiere un nuovo progetto di ampliamento/adeguamento strutturale atto a riqualificare il blocco parto al fine di aumentare la dotazione in termini di cubatura fruibile, non solo per le attività di espletamento parto ma, soprattutto, per le aree di assistenza per le

cure intermedie di madre e neonato. Nel nuovo progetto rientrano anche delle are ambulatoriali atte ad offrire numerose professionalità per lo studio e la cura di patologie annesse alla sfera ginecologica/ostetrica.

<p>Il Capo Servizio Ospedaliero</p>  <p>Ivan Capozzi</p>	<p>Il Direttore Sanitario Responsabile</p>  <p>Dott. Riccardo Morgese</p> <p>Ospedale Internazionale Via Tasso, 38 - Napoli Il Direttore Sanitario Dott. RICCARDO MORGES NA 26114</p>
---	--

ALLEGATO A: DICHIARAZIONE DI CONSAPEVOLEZZA PER TAGLIO CESAREO ELETTIVO AUTO-DETERMINAZIONE

Ai fini dell'opportuna informazione, per la genesi della consapevolezza alla richiesta del parto cesareo autodeterminato, in alternativa al parto vaginale, si riporta "dichiarazione della donna autodeterminata in video audio registrazione": (*legge la paziente alla presenza del medico curante e di testimone/familiare*):

Io Sottoscritta: _____, nata a: _____ il: _____, consapevole della scelta di autodeterminarsi in merito a sottopormi a taglio cesareo elettivo autodeterminato, consapevole di ciò anche il padre del mio/a bambino/a che porto in grembo, Signor _____, dichiaro che:

1) non si discute sul fatto che il taglio cesareo è un modo di nascere indispensabile quando per vari motivi il travaglio o il parto per via vaginale non siano possibili o mettano a rischio la vita o la salute della mamma o del bimbo e quindi in alcuni casi, non nel mio caso, è un vero salvavita.

2) sono consapevole, sebbene sia un evento eccezionale, che la mortalità materna da taglio cesareo è tre volte quella da parto vaginale per un maggior rischio di complicanze chirurgiche, di emorragia, di embolia polmonare, di arresto cardiaco, di infezioni e di complicanze anestesologiche;

3) sono consapevole che il taglio cesareo:

- obbliga ad una degenza in Clinica più lunga rispetto alle donne che hanno partorito per via vaginale;
- la perdita di sangue è maggiore;
- il ritorno alle normali attività della vita di tutti i giorni è più lento per via della ferita;
- ci possono essere più difficoltà ad allattare;
- ci vorranno più antidolorifici;
- non sempre la cicatrice guarirà subito perfettamente ed in ogni caso lo stare a letto dopo l'intervento aumenterà il rischio di formazione di trombi.

4) Sono informata sul fatto che durante il taglio cesareo il chirurgo può causare involontarie lesioni alla vescica o ad altri organi vicini e la riparazione, anche se immediata e perfetta, obbliga ad una degenza più lunga ed esiti non sempre ottimali.

5) Sono consapevole che dopo un taglio cesareo si deve aspettare per avere un'altra gravidanza, almeno un anno, perché la cicatrice dell'utero deve guarire dal taglio fatto per estrarre il bimbo. La cosa più preoccupante è il rischio aumentato di avere, nelle successive gravidanze, una temibile patologia per cui la placenta invade la cicatrice del vecchio cesareo con conseguenze pericolosissime (accretismo placentare) quale la "rottura dell'utero".

6) Sono, altresì, consapevole:

- Che i bimbi che nascono con il taglio cesareo fanno più fatica nei primi minuti di vita ad abituarsi alla respirazione autonoma perché passano in pochi secondi dall'immersione nel liquido amniotico della cavità uterina all'ambiente esterno della sala operatoria, senza che il loro torace si sia adattato alla vita esterna con il più lento passaggio nel canale del parto attraverso la vagina e con lo stimolo delle contrazioni uterine.
- Che l'allattamento al seno, a volte, diventa più difficile per le condizioni di disagio in cui la mamma si trova nel post-operatorio.
- Che passando attraverso la vagina il bimbo viene a contatto con i batteri materni che costituiscono la flora vaginale. Questo contatto durante il parto naturale aiuta e favorisce lo sviluppo del sistema immunitario del bimbo, mentre, per i neonati da taglio cesareo, l'incontro avviene con i germi dell'ambiente esterno e non con quello vaginale della mamma (batteri dell'ambiente aereo della sala operatoria e del personale di assistenza) e di conseguenza le conseguenze sul sistema immunitario sono differenti con risultati meno vantaggiosi.
- Che i bimbi nati con il parto cesareo vanno incontro più facilmente ad episodi di asma e che alla nascita sono un poco più anemici di quelli nati per le vie naturali.

Dichiaro, inoltre, che:

- che la scelta di esigere il taglio cesareo autodeterminato è stata da me decisa prima della data di ricovero nella Casa di Cura "Ospedale Internazionale" di Napoli;
- che per verificare la validità psichica della mia scelta mi sono rivolta ad uno psicologo la cui valutazione psicologica è in linea con le mie esigenze;
- che mi è stato somministrato, all'ingresso in Reparto, il consenso informato all'autodeterminazione dal mio Medico ginecologo con il quale non ho concluso accordi economici oltre la normale parcella per la mia cura di gestante;
- che sono stata resa edotta che il Sistema Sanitario Nazionale corrisponderà alla Casa di Cura la tariffa del parto spontaneo e non già quella di parto cesareo e che, pertanto, sono tenuta al pagamento delle spese di anestesia, costo non previsto nel caso di parto vaginale (nel corso del quale si esegue la partoanalgesia gratuita).

In fede, ben consapevole e nelle mie piene facoltà mentali, ricevute e soddisfatta di tutte le informazioni ricevute, confermo l'autodeterminazione al Taglio Cesareo.

Cognome e nome.