



*L'AARO I-EMAC ribadisce in una lettera aperta al Ministro Lorenzin le criticità organizzative del Percorso Nascita in Italia*



Roma, 5 gennaio 2016 – I Medici Anestesiisti Rianimatori intervengono nel dibattito apertosi dopo le tragedie avvenute in cinque punti nascita italiani, indicando alcune criticità che vanno al di là dei casi specifici. E lo fanno attraverso una lettera aperta al Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin.

“Gli Anestesiisti Rianimatori sono impegnati professionalmente in modo inconfutabilmente diretto e precipuo in tutte le fasi cliniche di assistenza sanitaria resa ai Cittadini nei momenti di particolare fragilità, tra cui senza alcun dubbio quello del parto in generale, e soprattutto nei casi in cui esso si presenti complicato o patologico. Non è la prima volta che interveniamo sulla necessità di garantire un’adeguata qualità e sicurezza delle cure nei punti nascita dove anche noi prestiamo quotidianamente la nostra opera, e probabilmente non sarà l’ultima, anche se ci piacerebbe, all’alba di una nuova era, se mai si avvererà, non dover intervenire di nuovo.

Questa “lettera aperta” riassume anche la viva voce di molti Anestesiisti Rianimatori italiani che hanno seguito il dibattito mediatico sugli eventi in questione non senza lo sconforto di aver riscontrato ancora una volta un deliberato accantonamento, o nella migliore delle ipotesi una diffusa ignoranza, su numerosi aspetti del percorso nascita, non ultimo quello relativo al ruolo professionale che essi svolgono quotidianamente “nell’ombra”.

Va subito premesso senza mezzi termini che quattro dei cinque ospedali ove si sono verificate le morti in

questione sono ubicati nel “profondo nord” del nostro Paese, e che almeno due di questi (S. Anna di Torino e Spedali Civili di Brescia) sono centri di assoluta eccellenza e con elevati volumi di attività, mentre gli altri due (Bassano del Grappa e San Bonifacio-Verona), pur di non altrettanto rilievo sotto il profilo della quantità di prestazioni erogate, sono di altrettanto riconosciuta qualità organizzativa e professionale.

A favore dell’eccellenza organizzativa e professionale dell’Ospedale di Foggia, dove peraltro il decesso della donna è avvenuto al suo domicilio, può bastare il fatto che si è riusciti a salvare la nascita con un taglio cesareo post-mortem. A tal proposito va appena ricordato che l’equipe medico-infermieristica del 118 è riuscita, per tutto il tragitto dal domicilio della donna all’Ospedale, con una prolungata rianimazione cardio-polmonare eseguita senza sosta sulla madre ormai morta, a garantire l’apporto di sangue e di ossigeno, cioè di vita, alla neonata, mentre gli Anestesisti Rianimatori, in Ospedale, nelle fasi più concitate dell’emergenza in questione, hanno svolto un ruolo altrettanto fondamentale, dato che le probabilità di sopravvivenza in utero, in casi simili, diminuiscono esponenzialmente ad ogni secondo che passa. Perciò tutta l’equipe sanitaria che è intervenuta in quel caso, sebbene nella tragedia di una morte, ha ottenuto l’eccezionale risultato di portare alla luce una neonata viva. Tutto questo è stato reso possibile anche perché l’Ospedale di Foggia può contare h24 su due Anestesisti Rianimatori di guardia, di cui uno dedicato esclusivamente al punto nascita, oltre che su un Reparto di Terapia Intensiva Neonatale con un Neonatologo (cioè un Pediatra esperto specificatamente in neonatologia).

Quello che ci sta a cuore, pertanto, è riportare il dibattito nel merito di questioni che sono state trascurate a tutti i livelli di esposizione mediatica, a prescindere dalle cinque tragedie avvenute nei giorni scorsi.

Un percorso nascita sicuro esige condizioni strutturali e organizzative minime indispensabili, solo rispettando le quali, pur senza potersi illudere di azzerare completamente i rischi legati alla gestazione e al parto, può esserci la massima garanzia possibile di una reale sicurezza della gestante/partoriente e del nascituro/neonato.

Tra tali condizioni, è di basilare importanza l’immediata disponibilità di un Anestesista Rianimatore pronto ad intervenire in tempo reale nel percorso nascita in ogni momento in cui se ne possa ravvisare la necessità. Tale immediata disponibilità è indispensabile per poter affrontare con la massima professionalità e competenza specialistica che soltanto un Anestesista Rianimatore può avere, situazioni critiche che in una gravidanza, soprattutto nelle fasi finali, sono sempre possibili in ogni istante, e garantire la sicurezza della madre a cui è dedicato.

Solo per fare un esempio, la necessità di un taglio cesareo in urgenza, e ancor di più in emergenza, richiede tempi strettissimi e non compatibili con la mancanza della guardia h24 di un Anestesista Rianimatore specificatamente dedicato alle Sale Operatorie, o, almeno negli Ospedali con punti nascita con elevati volumi di attività, con la mancanza della guardia h24 di un Anestesista Rianimatore specificatamente dedicato alla Sala Parto.

Non ci stancheremo mai, finché i decisori politici che in modo diretto o indiretto gestiscono e amministrano le Strutture Sanitarie del nostro Paese non si decideranno ad ascoltarci, di ricordare a tutti quello che invece avviene nella stragrande maggioranza dei nostri Ospedali. Anzi, abbiamo tutte le intenzioni di dirlo a voce sempre più alta.

Non ci stancheremo mai di ricordare a tutti che in moltissimi Ospedali avviene che non è garantita la guardia anestesiológica h24, nonostante sia prevista dal contratto di lavoro al quale tutti gli ospedali pubblici dovrebbero attenersi. In questi moltissimi Ospedali avviene che laddove esiste un Reparto di Rianimazione il Collega di guardia debba abbandonare i pazienti che ha in cura in questo Reparto per correre in sala parto o in sala operatoria per eseguire un Taglio Cesareo in emergenza. Avviene che laddove non esiste un Reparto di Rianimazione un Collega “reperibile” deve catapultarsi da casa, nel cuore della notte, per fare quanto sopra. Avviene, laddove non vi sia un Pediatra, e tantomeno un Neonatologo, né di guardia né reperibile, che il malcapitato Anestesista Rianimatore debba improvvisarsi anche Neonatologo (il che, laddove anche ci fosse un Pediatra, talvolta è il male minore). Avviene che comunque, per poter fare tutto quanto sopra ricorrendo suo malgrado all’arte italica dell’arrangiarsi, il malcapitato Anestesista Rianimatore non sia, come invece spesso accade, impegnato in un’altra urgenza in Ospedale, o che magari non sia addirittura fuori dall’Ospedale, in un’ambulanza, occupato in un trasferimento di un paziente critico verso un Ospedale più attrezzato, o che non debba tentare di ricorrere al dono divino dell’ubiquità, perché “reperibile” per più Ospedali distanti tra loro decine di chilometri, in tal caso spesso senza nessun altro Santo a cui votarsi se non un unico Primario che a sua volta ha la altrettanto italica responsabilità di tali ospedali. E avviene che tutto quanto sopra, e molto altro, che solo per sintesi non elenchiamo, succede sempre più spesso, per gli arcinoti e crescenti tagli del personale che nessuno dei politici al governo del nostro Paese e del nostro SSN apparso sui media ha avuto l’onestà intellettuale di accennare.

*“Bisogna partorire in strutture sicure che abbiano l’h24 della pediatria, che abbiano accesso ad una rete neonatale, che abbiano la terapia subintensiva per la partoriente”* ha dichiarato il Ministro Lorenzin. Le va riconosciuto il merito, con quest’ultima precisazione, di aver metabolizzato il necessario superamento di una visione esclusivamente “neonaticentrica” del percorso nascita in Italia, che finora ha albergato in diverse sedi istituzionali, comprese alcune commissioni parlamentari dedicate a quest’ambito del nostro SSN.

Peccato si sia dimenticata della necessità di una guardia anestesiológica, anch’essa h24. Può darsi che una comprensibile difficoltà a tenere in debito conto tutta la complessità organizzativa e professionale che occorre ad un punto nascita sicuro le abbia fatto perdere di vista questo dettaglio... se così è stato, nessun problema, siamo qui a ricordarglielo.

Il Ministro ha parlato anche di nuove linee guida sulle cosiddette “gravidezze a rischio” su cui sta lavorando Agenas insieme alle Società Scientifiche: ebbene, è il caso di ricordare che nessuna Società Scientifica di Anestesia e Rianimazione ci risulta essere stata invitata, a meno che per rappresentare gli Anestesisti Rianimatori Italiani non vi sia stato un coinvolgimento ad personam, “a chiamata diretta”, di qualche Collega “esperto”, di cui non siamo edotti. In tal caso, nulla di male, ma preferiremmo che Società Scientifiche come la SIAARTI, la SIARED, la SARNePI, la SIAATIP, ne fossero quantomeno a conoscenza come tali.

In buona sostanza, finché saremo costretti ad essere noi Anestesisti Rianimatori a reclamare come essenziale, anche in quest’ambito, la nostra professionalità, la sicurezza delle cure materno-infantili stenterà ad affermarsi. Le specializzazioni mediche di primo piano nel percorso nascita sono l’Ostetricia-Ginecologia, la Pediatria-Neonatologia, e, least but not last, l’Anestesia e Rianimazione. Senza dimenticare l’importanza del ruolo del personale ostetrico non medico. La “multidisciplinarietà” e la “multiprofessionalità” del percorso nascita non possono essere utilizzate a spezzoni, a discrezione del

decisore di turno.

Non va sottaciuta, al proposito della qualità e della sicurezza delle cure nel percorso nascita, una crescente spinta alla “demedicalizzazione” del parto, oltre che dell’intera gravidanza, talvolta presentata alle donne, financo da personale sanitario, come una sorta di ritorno al passato, quando partorire in Ospedale era quasi ritenuto un vezzo di cui oggi le cosiddette “gravidanze fisiologiche” possano tornare tranquillamente a far a meno. Non è così, e purtroppo la realtà dei fatti di cui si parla in questi giorni lo dimostra tragicamente.

Gli argomenti fin qui esposti rappresentano solo alcuni degli aspetti che riguardano i livelli strutturali e organizzativi indispensabili per assicurare un soddisfacente livello di sicurezza dei punti nascita italiani, ma che oggi mancano in un numero sempre più elevato di Ospedali. Il rispetto di tali elementi potrebbe evitare alcuni eventi avversi, fermo restando che la gravidanza, anche quelle più “fisiologica” che possa immaginarsi, e soprattutto il parto, sono situazioni che di per sé implicano la possibilità di complicazioni e di rischi, una esigua minoranza dei quali è purtroppo inevitabile, e deve essere valutata in rapporto ai dati statistici internazionali.

Il rispetto di tali livelli organizzativi andrebbe quindi accertato prima e non dopo “l’incidente”. A tal fine sarebbe realmente utile e – a questo punto decisamente auspicabile – che le ispezioni del Ministero fossero attivate non ex-post alla ricerca degli eventuali colpevoli, sia che si tratti di ipotesi di carenze strutturali e organizzative, sia che vi siano ipotesi di carenze professionali, ma in via preventiva, allo scopo di accertare le condizioni di rischio esistenti nelle diverse realtà e le soluzioni da adottare per gestirlo al meglio.

Per quanto ci riguarda, restiamo disponibili ad un confronto”.

*fonte: ufficio stampa*