

Rapporto

numero	data	Dipartimento
7342 R	8 settembre 2020	SANITÀ E SOCIALITÀ
Concerne		

**della Commissione sanità e sicurezza sociale
sulla mozione 19 settembre 2016 presentata da Gina La Mantia e
cofirmatari "Per un'ostetricia sicura e di qualità"**

(v. messaggio 5 luglio 2017 n. 7342)

INDICE

1.	LA MOZIONE N. 1177 DEL 19 SETTEMBRE 2016.....	2
2.	LA RISPOSTA DEL CONSIGLIO DI STATO – M7342 DEL 5 LUGLIO 2017	2
2.1	Creazione di strutture regionali gestite da levatrici, all'interno degli ospedali EOC	2
2.2	Concentrazione della casistica complessa.....	2
2.3	Ripristino della levatrice aggiunta	3
2.4	Promozione del parto naturale e dell'allattamento	3
3.	I LAVORI COMMISSIONALI	3
4.	CONCLUSIONI	9

* * * * *

1. LA MOZIONE N. 1177 DEL 19 SETTEMBRE 2016

La mozione presentata da Gina La Mantia e cofirmatari prendeva spunto dalla votazione del 5 giugno 2016 sulla modifica della Legge sull'EOC (Ente Ospedaliero Cantonale) per chiedere un rafforzamento dell'EOC, da attuarsi attraverso:

- la creazione di strutture regionali per i parti privi di rischi e complicazioni, gestite da levatrici, conformemente al modello proposto dalla Federazione Svizzera delle levatrici;
- la concentrazione della casistica complessa in uno (o al massimo due) reparti di maternità dotati di un servizio di neonatologia altamente specializzato e di cure intense;
- il ripristino della figura della levatrice aggiunta, indipendente, il cui ruolo sarà di accompagnare le gestanti durante la loro gravidanza e di assisterle durante il parto;
- la promozione, laddove possibile, del parto naturale in un ambito intimo e familiare e dell'allattamento.

2. LA RISPOSTA DEL CONSIGLIO DI STATO – M7342 DEL 5 LUGLIO 2017

Il messaggio elaborato dal Consiglio di Stato, in risposta alla mozione, tiene conto della situazione esistente a quel momento all'interno dell'EOC. In particolare, relativamente ai singoli punti sollevati, il Consiglio di Stato così si esprimeva.

2.1 Creazione di strutture regionali gestite da levatrici, all'interno degli ospedali EOC

A quel momento la proposta era in fase di sperimentazione presso alcuni ospedali svizzeri e EOC si attendevano i risultati della stessa. Per contro, la creazione di simili strutture indipendenti dalle realtà ospedaliere, dal momento in cui si dispone di un'autorizzazione di polizia sanitaria poteva e può avvenire senza impedimenti di sorta, trattandosi di prestazioni erogate in regime ambulatoriale e di conseguenza, non assoggettate alla pianificazione sanitaria degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'Assicurazione federale contro le malattie.

2.2 Concentrazione della casistica complessa

Questo auspicio era già stato fatto proprio dal Consiglio di Stato prima e dal Gran Consiglio poi, con l'approvazione del Decreto legislativo concernente gli istituti autorizzati ad esercitare a carico della LAMal del 15 dicembre 2015, con il quale il mandato di neonatologia specialistica è stato concentrato ed attribuito all'Ospedale San Giovanni di Bellinzona.

Il Consiglio di Stato, nello stesso giorno in cui licenziava il messaggio oggetto del presente rapporto, rispondeva anche alla mozione del 21 aprile 2010 presentata da Ivan Belloni e cofirmatari (ripresa da Alex Pedrazzini e Maristella Polli) "Miglioriamo le cure neonatali per i bambini ticinesi" e all'interpellanza 27 maggio 2013 presentata da Giorgio Galusero e cofirmatari "Miglioriamo le cure ai neonati e ai bambini ticinesi", con il messaggio 7343, discusso dal Gran Consiglio in data 16 ottobre 2018.

Da notare che l'Istituto di cure intermedie pediatriche e neonatologiche è stato inaugurato ufficialmente il 15 maggio 2019 presso l'Ospedale San Giovanni di Bellinzona. Le cure intermedie hanno come scopo la presa in carico dei neonati (a termine e prematuri da 32

settimane di gestazione o da 30 se nati oltralpe) che presentano patologie necessitanti cure sub-intensive, in particolare problemi respiratori richiedenti sostegni ventilatori non invasivi, monitoraggi continui e stabilizzazione per un eventuale trasferimento in centri oltralpe, in sicurezza. Il livello di assistenza medico-infermieristico di cui dispone il Reparto è pertanto tale da garantire un pronto riconoscimento della criticità e di provvedere alla immediata messa in atto di tutte quelle manovre volte alla stabilizzazione del neonato e del bambino ed all'eventuale suo trasferimento in sicurezza presso la clinica universitaria con cui vengono condivisi protocolli di trattamento e di trasferimento. Il Servizio di Cure Intermedie Pediatriche e Neonatologiche opera all'interno dell'Istituto Pediatrico della Svizzera Italiana e collabora strettamente con il corrispettivo Servizio dell'Ospedale UKBB di Basilea. Questo auspicio era già stato fatto proprio dal Consiglio di Stato prima e dal Gran Consiglio poi, con l'approvazione del Decreto legislativo concernente gli istituti autorizzati ad esercitare a carico della LAMal del 15 dicembre 2015, con il quale il mandato di neonatologia specialistica è stato concentrato ed attribuito all'Ospedale San Giovanni di Bellinzona.

2.3 Ripristino della levatrice aggiunta

L'EOC, al riguardo, aveva dimostrato ampia apertura e disponibilità all'elaborazione di un concetto rispettoso della richiesta, dal momento che l'attuazione non avrebbe richiesto dei grandi cambiamenti organizzativi e amministrativi.

2.4 Promozione del parto naturale e dell'allattamento

Tutti i reparti di maternità dell'EOC hanno ottenuto la certificazione UNICEF "Ospedale amico dei bambini", dove viene garantita una elevata qualità di cura e di assistenza in campo ostetrico, ponendo al centro la relazione madre-bambino e promuovendo l'allattamento al seno.

3. I LAVORI COMMISSIONALI

La Commissione sanità e sicurezza sociale ha sentito:

- in data 3 maggio 2018, le rappresentanti dell'Associazione Nascere Bene Ticino, signore Delta Geiler-Caroli (Presidente onoraria); Mara Bianchini (Presidente); Anna Fossati (levatrice)
- in data 27 settembre 2018, il Primario di ginecologia e ostetricia dell'Ospedale Regionale di Lugano, dr. Thomas Gyr
- in data 5 settembre 2019, il Primario di ginecologia e ostetricia dell'Ospedale Regionale di Lugano, Prof. Dr. med e Dr. phil. Andrea Papadia
- in data 20 febbraio 2020, primario del reparto di ostetricia e medicina perinatale del Kantonspital di Aarau, dr.ssa Monya Todesco Bernasconi.

Di seguito si riassumono i contenuti delle varie audizioni.

3 maggio 2018 - Associazione Nascere Bene

L'Associazione, nella sua articolata presentazione, si sofferma su tre aspetti che si riassumono qui di seguito:

- **La riforma della pratica ostetrica è necessaria**

In Ticino un parto su tre è cesareo (26% nelle maternità EOC e 40% nelle cliniche private), il tasso di episiotomie (taglio del perineo) è del 25% e il 28% dei parti è indotto. L'OMS ritiene accettabile rispettivamente un massimo del 15% di tagli cesarei e un massimo del 10% di tagli del perineo, mentre i parti indotti sono sconsigliati.

I parti a rischio (di competenza medica) devono essere distinti dalle gravidanze fisiologiche (di competenza delle levatrici).

- **La riforma della pratica ostetrica è possibile e sicura**

I parti a rischio danno esiti migliori se sono concentrati in un'unica struttura con cure intense specializzate per madre e bambino. I parti a basso rischio seguiti a domicilio o in case della nascita dalle levatrici, non presentano maggior rischi (per le multipare) e comportano meno interventi. I parti seguiti solo da levatrici in reparti ospedalieri non medicalizzati non presentano maggiori rischi (per le primipare e le multipare) e comportano meno interventi.

Il parto non medicalizzato all'ospedale è una realtà anche in Svizzera, ad esempio all'Ospedale cantonale di Zurigo (Triemlispital), dal 2012 è possibile partorire con la propria levatrice accreditata e dal 2015 esiste un settore per i parti fisiologici accompagnati solo da levatrici.

- **La riforma della pratica ostetrica riduce i costi della sanità**

Tipo di parto	Costo minimo	Costo massimo	Degenza
cesareo	8'000	10'300	2-9 notti
vaginale	5'800	7'500	2-6 notti
casa della nascita	2'800 (2 levatrici)	+600 per l'ospitalità alberghiera max 24h dopo il parto	
a domicilio	2'800 (2 levatrici)		

La Casa della nascita *le diecilune*, che annualmente segue circa 20-25 parti in sede e altrettanti a domicilio, permette al Cantone un risparmio medio per parto valutato in fr. 2'500.

In conclusione, il parto fisiologico:

- favorisce lo sviluppo di un buon sistema immunitario,
- facilita l'allattamento completo,
- sviluppa capacità empatiche tra mamma e bambino mediante il contatto pelle a pelle,
- previene la depressione e/o lo stress post-traumatico.

Pertanto, l'Associazione:

- suggerisce il ripristino della levatrice aggiunta accreditata negli ospedali e nelle cliniche;
- l'abbinamento di una struttura per il parto fisiologico ad ogni maternità pubblica e privata;

- l'assunzione da parte del Cantone di fr. 600.- per ogni parto in una Casa della nascita;
- l'applicazione della certificazione UNICEF e delle direttive contrarie al clampaggio precoce del cordone;
- l'elaborazione di linee guida cantonali conformi alle raccomandazioni OMS e all'EBM (Evidence Based Medicine).

27 settembre 2018 - Dr. Thomas Gyr

○ **Concetti di sicurezza e qualità in relazione al parto naturale**

Per garantire la sicurezza ci sono dei criteri ben conosciuti a livello internazionale che definiscono i tassi tollerati di mortalità materna (8 per 100'000 parti) e neonatale (2-3 per 1'000 parti). Per misurare la qualità esiste una decina di indicatori che combinati danno origine a un indice di *worst outcome*. Le maternità dell'EOC hanno tutte la certificazione UNICEF, l'EOC propone corsi preparto e promuove il parto naturale. Qualità e sicurezza non dipendono dal partorire in modo naturale o meno e non possono scostarsi da una loro sostenibilità finanziaria.

Il dr. Gyr, in merito ai parti cesarei, precisa che sono aumentati anche nel settore pubblico, se fino a qualche anno fa, ad esempio, all'Ospedale Civico erano il 15%, adesso sono il 25-30%.

È cambiato l'atteggiamento nei confronti del dolore, è cambiata la formazione dei medici, così come sono cambiate le scelte delle madri.

Ci sono dati abbastanza certi che sostengono che il taglio cesareo contribuisce a ridurre la mortalità neonatale e materna.

○ **Ripristino della levatrice aggiunta**

A suo parere, la sua presenza non incide su qualità e sicurezza, ma sui costi. Il numero di parti è troppo esiguo (1/1.5 al giorno) per sostenere finanziariamente il mantenimento di due figure (la levatrice dipendente e quella che arriva dall'esterno).

○ **Gestione da parte delle levatrici dei parti privi di rischi e complicazioni**

Prima di tutto e quale premessa, precisa il dr. Gyr, è che l'assunto di partenza non esiste. Ci sono parti a basso rischio che se fatti in una casa della nascita danno luogo a un trasferimento in ospedale per il 40% di primipare (al primo parto) e per il **10% delle altre** (multipare), senza conseguenze se l'ospedale è vicino, la qualità resta garantita e la sostenibilità finanziaria pure.

○ **Concentrazione della casistica complessa**

La concentrazione richiede competenza medica e paramedica e una massa critica significativa, non al di sotto di 1500/2000 parti. Nel Canton Ticino avvengono circa 1'800 parti negli ospedali EOC, 700 alla Clinica Sant'Anna e 300 alla Clinica Santa Chiara. Si dovrebbero concentrare i parti in una al massimo due strutture, ma è una scelta che richiede coraggio e visione da parte dei politici.

Un centro di competenza per parti ad alto rischio deve occuparsi anche di parti a basso rischio per essere sostenibile finanziariamente e anche per il carico di lavoro.

5 settembre 2019 - dr. Papadia

○ Creazione di strutture regionali per parti privi di rischi e di complicanze

Il dr. Papadia, afferma che è possibile identificare gravidanze a basso rischio per le quali il parto fisiologico è ipotizzabile, ma l'assenza di rischio non esiste.

Interessante rilevare che dove il parto avviene in gran parte in strutture non medicalizzate è perché fa parte della cultura della popolazione, vi è una minore morbilità (frequenza di una malattia) materna a fronte però di una maggiore mortalità e morbilità neonatale.

Negli Stati Uniti solo il 2% dei parti avviene a domicilio o in strutture gestite da ostetriche. Non è possibile trarre delle conclusioni relativamente a una percentuale media di parti che potrebbero avvenire al di fuori delle strutture ospedaliere.

Per consigliare questo tipo di struttura, occorre valutare le condizioni della gestante nel suo complesso, il suo istoriato clinico e anche l'importanza di altri fattori importanti, ovvero:

- la distanza del domicilio della paziente;
- la raggiungibilità della casa del parto in ore di traffico di punta;
- devono inoltre esistere precisi protocolli in caso di evento avverso.

La creazione di una casa del parto necessita di un approccio progressivo, ponderato e integrato con le strutture mediche presenti sul territorio, al fine di creare dei canali d'intervento privilegiati.

○ Concentrazione dei parti complessi

La concentrazione è ragionevole dal punto clinico. Si possono ridurre le complicanze per madri e nati, sia definendo una soglia minima al di sotto della quale occorre concentrare le nascite, sia contando su un'adeguata équipe interprofessionale (personale medico e infermieristico e levatrici), sia proponendo una serie di momenti formativi ricorrenti. Nel caso di una concentrazione diventa fondamentale creare un *team work* multidisciplinare (ostetrico, neonatologo, radiologo, anestesista, ginecologo con competenze specifiche) e assicurare la presenza di consulenti internisti, cardiologi, diabetologi, ecc.

Una concentrazione di casi più o meno complessi permette di garantire maggiore sicurezza e qualità, ma anche di attirare figure competenti.

○ Case del parto inserite negli ospedali gestite da levatrici

Esistono criticità legate al fatto che una figura esterna non conosce le modalità di lavoro della struttura stazionaria e questo potrebbe ulteriormente complicare l'intervento nel caso di eventi avversi. Vi sono poi questioni finanziarie legate alle diverse modalità di remunerazione (DRG nel settore stazionario, TARMED per le consultazioni ambulatoriali), di retribuzione (l'ospedale dovrebbe pagare la levatrice?) ed entrano in linea di conto anche aspetti assicurativi e legali.

Nella realtà, già oggi le donne che presentano un parto senza complicazioni non partoriscono in sala operatoria, ma in sala parto secondo modalità e tempi discussi con le singole partorienti.

Tra l'altro, nella nuova piastra dei servizi in costruzione all'Ospedale Civico di Lugano sono previste delle "*family room*" destinate pure all'accoglienza della famiglia, in un ambiente che si avvicini il più possibile alla nozione di "casa".

Le future mamme che decidono di partorire in queste strutture devono essere ben informate, in particolare si pensa a determinati interventi che una volta iniziato il travaglio non sono più possibili, come ad esempio l'analgesia epidurale.

La Società svizzera di ginecologia e ostetricia ha preso ripetutamente posizione sulla creazione di "case del parto" all'interno di realtà ospedaliere.

Da un lato, soprattutto quando succede un evento avverso, resta difficile stabilire cause e responsabilità (della levatrice? dei primari del servizio?) e, come già osservato, si aprono quindi problematiche complesse dal punto di vista assicurativi e legale. Dall'altro lato, è necessario poter disporre di medici ginecologi e ostetrici formati, in grado di intervenire al momento in cui il parto da fisiologico diventa patologico, ciò significa che devono aver seguito almeno 400 parti, di cui 300 fisiologici.

Questi numeri sarebbero messi fortemente in discussione nella realtà ticinese, a scapito delle necessarie garanzie di sicurezza e qualità.

Inoltre, non tutte le levatrici che operano sul territorio possiedono le necessarie qualifiche per collaborare con i medici ospedalieri, un aspetto tutt'altro che trascurabile.

○ **Tasso di parti cesarei**

Il dr. Papadia mette in evidenza che la problematica legata all'elevato tasso di tagli cesarei in Ticino va oltre il luogo comune di convenienza finanziaria per i fornitori di prestazioni.

In Ticino avvengono sempre meno nascite, spesso le gravidanze sono frutto di fecondazioni assistite, le primipare sono sempre più donne che hanno superato la trentina, i parti successivi al primo con taglio cesareo (su indicazione medica) avvengono pure quasi sempre nello stesso modo.

Il tasso percentuale di tagli cesarei suggerito dall'OMS (10%) tiene conto dell'intera realtà mondiale e non è quindi paragonabile al tasso cantonale (30%) e a quello Svizzero (32%).

All'interno del Cantone ci sono sostanziali differenze tra gli ospedali pubblici (27.5%) e le cliniche private (38%). All'EOC si effettuano il 15% di cesarei primari, mentre nelle cliniche private questa percentuale è del 20%. Si rileva che nel corso degli anni i parti elettivi (programmati) sono sempre più in diminuzione, mentre aumentano quelli in urgenza (73%).

I dati menzionati, e più recenti, si riferiscono al 2017 e sono pubblicati sul sito dell'Unità statistiche sanitarie del Dipartimento della sanità e della socialità (2010-2017).

Chi scrive si è permesso di aggiornare tali dati (slide allegata).

Si può notare che in tale periodo la diminuzione dei parti è stata pari al 17% e che la tendenza al calo è costante.

Nel 2017 la totalità di parti per il Pubblico è stata di 1'800 e nel Privato di 1'200, mentre nel 2018 nel Pubblico 1'500 parti e nel Privato 1'000 parti.

20 febbraio 2020 - dr.ssa Monya Todesco Bernasconi

La relatrice ha illustrato diffusamente i risultati di uno studio inglese che ha coinvolto 64'538 partecipanti e ha messo a confronto alcuni parametri di *outcome* tra i parti in ospedale con medico e levatrice, in ospedale con levatrice che lavora in autonomia e a domicilio con levatrice. I risultati dimostrano che le ultime due modalità comportano più parti spontanei, l'uso inferiore di ventose e forcipi, di medicinali e di trasfusioni, ecc.

Lo studio ha dimostrato che per donne sane con una gravidanza a basso rischio, l'incidenza di un evento perinatale avverso non dipende dal luogo in cui avviene il parto.

In seguito, è stato spiegato il funzionamento della casa del parto Nordstern legata contrattualmente al Kantonspital di Aarau (KSA) e che esiste dal 2017.

Il contratto definisce gli aspetti economici, le competenze, le responsabilità, ecc.

Si tratta di una casa del parto situata a 200 m dall'ospedale, nella quale lavorano 11 levatrici.

Su un totale di circa 2'100 parti:

- nel 2018 il 6% (126 parti) mentre nel 2019 l'8% (168) sono iniziati nella casa del parto Nordstern;
- di questi il 25% (31) nel 2018 e il 30% (50) nel 2019 sono poi stati trasferiti in ospedale.

A seguito di questo trasferimento il 4% (5) nel 2018 e il 9% (15) nel 2019 sono stati risolti con taglio cesareo.

I percorsi sono nettamente distinti, la partoriente che decide di partorire nella casa del parto prende direttamente contatto con la levatrice di sua scelta la quale risponde personalmente fino al momento del parto (tutte le levatrici della casa del parto hanno una polizza RC di 20 milioni di franchi).

Se la paziente deve essere trasferita in ospedale, la levatrice accompagna la partoriente all'ospedale e la responsabilità è trasferita all'ospedale.

La degenza della casa del parto (che è una sede dislocata del KSA) è remunerata tramite DRG.

I costi del picchetto della levatrice alla casa del parto non sono assunti dalla cassa malati, ma verosimilmente posti a carico delle partorienti.

Le levatrici della casa del parto devono seguire le linee guida stabilite dal KSA, documentare tutto adeguatamente e aggiornarsi.

Il KSA prevede anche il modello della levatrice aggiunta che accompagna la partoriente in ospedale durante il parto sia fisiologico, sia cesareo.

In questo caso non sono autonome, sono dipendenti dell'ospedale con un contratto particolare, la responsabilità è condivisa tra levatrice e ospedale (che dispone di 35 levatrici) e riguarda circa 20 parti all'anno.

Il modello della levatrice aggiunta è sostenibile finanziariamente se all'ospedale avvengono da 500 a 600 parti, quello della casa del parto affiliata all'ospedale se i parti all'ospedale raggiungono almeno i 1'000 parti.

4. CONCLUSIONI

La Commissione, tenuto conto degli approfondimenti fatti e della delicatezza del tema affrontato dalla mozione, nonché di quanto stabilito dalle linee guida di specialità internazionali, è arrivata alle seguenti conclusioni:

- o l'organizzazione attuale dell'ostetricia in Ticino prevede per l'EOC quattro maternità (Bellinzona, Locarno, Lugano e Mendrisio), che si aggiungono a quelle della Clinica Sant'Anna di Sorengo e della Clinica Santa Chiara di Locarno;
- o i modelli della levatrice aggiunta e/o della casa del parto legata contrattualmente a un istituto ospedaliero, esistono già in Svizzera, danno buona prova di sé e potrebbero teoricamente essere implementati anche in Ticino.

Visto quanto precede, la Commissione prende posizione sui quesiti posti dalla mozione, nel seguente modo:

- o **sulla creazione di strutture regionali per i parti privi di rischi e complicazioni, gestite da levatrici, conformemente al modello proposto dalla Federazione Svizzera delle levatrici**

La Commissione ritiene che il CdS debba esprimersi sul tema nell'ambito dell'evasione della Mozione "Per un sostegno fattivo ai parti naturali e alla riduzione dei costi della sanità" presentata il 19.11.2018 da Nicola Pini, e che attualmente non ci siano le premesse per una discussione e una presa di posizione esaustiva.

- o **sulla concentrazione della casistica complessa in uno (o al massimo due) reparti di maternità dotati di un servizio di neonatologia altamente specializzato e di cure intense**

La Commissione ritiene che il tema sia superato dalla creazione del reparto neonatologico specialistico dell'Ospedale San Giovanni.

- o **sul ripristino della figura della levatrice aggiunta, indipendente, il cui ruolo sarà di accompagnare le gestanti durante la loro gravidanza e di assisterle durante il parto**

La proposta può essere accolta e si invita l'EOC a concretizzarla con un progetto da presentare in un tempo ragionevole.

- o **la promozione, laddove possibile, del parto naturale in un ambito intimo e familiare e dell'allattamento**

Questo aspetto è già consolidato.

Tutte le maternità dell'EOC hanno ottenuto la certificazione UNICEF "Ospedale amico dei bambini".



In conclusione, la Commissione ribadisce che l'approfondimento di questi temi debba passare attraverso il dialogo con i partner sul territorio (pubblico-privato), con la consapevolezza che le sensibilità soggettive della popolazione su questo tema in alcune

regioni sono da rispettare. Il grado di accettazione dei cittadini deve essere elevato per qualunque soluzione si intenda eventualmente proporre.

In sintesi, la mozione è respinta per quanto attiene ai primi due punti, accolta per il terzo punto ed evasa per il quarto punto.

Per la Commissione sanità e sicurezza sociale:

Eolo Alberti, relatore

Agustoni - Buzzini - Cedraschi (con riserva) -

Crivelli Barella - Galeazzi - Galusero - Ghisletta -

Gianella Alex - Jelmini - La Mantia (con riserva) -

Ortelli M. - Polli - Quadranti - Riget