



# **RASSEGNA STAMPA**

**26/11/10**

**SANITÀ VENETO.** Gli anestesisti: «Arriva la direttiva Fazio: alt con meno di mille nascite l'anno»

# Sale parto, per 16 ospedali rischio stop o accorpamento

«Ma non si punti solo al risparmio. Servono più servizi specialistici»

**Franco Pepe**

Il ministero della salute annuncia la riforma dei "punti nascita". In Italia termina un'epoca. Le strutture sotto i 500 parti l'anno saranno chiuse, mentre quelle con meno di 1000 nascite verranno accorpate. Se la riforma-Fazio andrà in porto il 30 per cento dei reparti di maternità, 158 su 559, scompariranno, mentre 190 dovranno essere riconvertiti. Si fissa a 1000 parti la soglia minima per poter garantire una nascita sicura per madre e bambino con assistenza 24 ore su 24, e con tutte le figure professionali dedicate. Verrà incentivato, anche economicamente, il parto naturale, e si garantirà l'anestesia epidurale a tutte le donne. Il sistema attuale è stato disegnato negli anni '60, quando i parti superavano il milione l'anno. Oggi sono meno della metà, ma è aumentata la complessità, perché le gravidanze si verificano in età più avanzata e perché sono cambiate le donne.

**VENETO: RISCHIANO VARI OSPEDALI.** I numeri nel Veneto boccherebbero, in quanto si fermano a meno di 500 parti Asiago (113), Pieve di Cadore (213), Trecenta (484). Rischierebbe-

ro però anche Isola della Scala (513), Adria (527), Belluno (529) e Venezia (534). In ballo per l'accorpamento Noventa (646), Valdagno (690), Piove di Sacco (668), Vittorio Veneto (811), San Donà (855), Monselice (871), Dolo (886), Bussolengo (892), Arzignano (897). Così l'**Aaroi** Veneto, l'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri, da tempo fortemente critica nei confronti di Ulss che continuano a mantenere punti nascita privi dei crismi di sicurezza, rilancia un duro *faccuse*. «Nel Veneto il vero problema non è il numero dei parti. A dare garanzie è avere attorno servizi come neonatologia, rianimazione, laboratorio, centro trasfusionale, guardia anestesiologicala e pediatrica. Nella nostra regione questi supporti non esistono in ospedali con un numero di parti anche molto superiore ai 500. La guardia pediatrica manca ad Asiago, Pieve di Cadore, Noventa, Isola della Scala, Valdagno, Vittorio Veneto, e ci sono altri ospedali nel Veneto che non hanno uno o più dei servizi di supporto che sono essenziali».

**«NO AL SOLO RISPARMIO».** «La chiusura dei punti nascita come la definisce il ministro Fazio risponde ad esigenze eco-



Oggi un parto dev'essere garantito da varie strutture specialistiche

nomiche e non di qualità dell'assistenza, se non si stabiliscono gli standard che ogni punto nascita deve avere. **L'Aaroi** è favorevole a una riorganizzazione dei punti nascita solo se finalizzata a migliorare l'assistenza e non al mero risparmio. L'accorpamento su punti nascita che fanno più di 1000 parti l'anno permetterebbe una guardia anestesiologicala dedicata, con la certezza di poter garantire la parto-anestesia 24 ore su 24 tutti i giorni, e di assicurare veramente una prestazione compresa nei livelli essenziali di assistenza. Oggi, invece, la disponibilità è dappertutto limitata nel tem-

po, dalle 8 alle 20, dal lunedì al venerdì, o è condizionata al fatto che l'anestesista di guardia non sia diversamente impegnato, e questo costituisce una inaccettabile limitazione, anzi una beffa per le donne». Altra richiesta degli anestesisti veneti: «Concentrare i parti non significa ridurre l'umanità e l'attenzione verso le partorienti. Conciliare le esigenze di sicurezza, efficienza, umanità e economia deve essere l'obiettivo di questa riforma nazionale o regionale che sia, per la quale però è essenziale che chi legifera si confronti seriamente con il mondo medico, pena il fallimento». †



### **Cure palliative a domicilio. Il 41% delle Asl non le garantisce**

È un sistema con più ombre che luci quello delle cure palliative domiciliari. L'offerta di questi servizi è in molti casi lacunosa, disomogenea sul territorio nazionale, poco flessibile. È scarsamente organizzata e, quindi, incapace di garantire in modo adeguato accessibilità, continuità delle cure, multidisciplinarietà dei trattamenti e integrazione tra i diversi setting assistenziali. Note positive? È buono il livello di qualità delle strutture che erogano le cure, più della metà garantisce continuità assistenziale h 24, nel 90% dei Centri la presa in carico dei malati è entro le 72 ore e circa il 60% delle strutture ha la fornitura diretta di farmaci, presidi ed ausili. E nelle realtà dove il sistema funziona, soprattutto nel Nord Italia, sono due gli atout vincenti: le équipes professionali strutturate e supportate da organizzazioni del terzo settore; e i medici di medicina generale, spesso gli unici punti di riferimento in grado di garantire un percorso palliativo domiciliare. **È questo il quadro emerso dall'indagine nazionale** sul "Sistema delle cure palliative domiciliari" - realizzata dall'Agenas e dal Ministero della Salute in collaborazione con la Società italiana cure palliative (Sicp), la Società italiana di medicina generale (Simg), la Fondazione Floriani, la Federazione cure palliative (Fcp) e tutte le Regioni italiane - presentata oggi nell'ambito del congresso nazionale delle Simg in corso a Firenze.

L'indagine - condotta nel biennio 2008-2009 e pubblicata sull'ultimo numero dei **Quaderni di Monitor**, la rivista ufficiale dell'Agenas - assume un importante valore strategico soprattutto alla luce dell'approvazione, a marzo del 2010, della legge 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore". I dati, è bene quindi ricordare, fotografano la realtà prima dell'approvazione della legge. Cosa è emerso? Innanzitutto, un rilevante scollamento tra il dire e il fare. Se, infatti, le aziende sanitarie dichiarano attenzione verso quest'area, di fatto, lo sviluppo dei servizi di cure palliative domiciliari non è una priorità nella loro programmazione strategica né, tantomeno, un ambito sottoposto a un monitoraggio strutturato. Ancora, la distribuzione dei Centri sul territorio nazionale è a macchia di leopardo anche "in conseguenza del processo di regionalizzazione della programmazione sanitaria, che anziché tradursi in una differenziazione virtuosa ha in alcune realtà rallentato lo sviluppo delle reti regionali di cure palliative". Non solo, nelle stesse Regioni le reti si sono sviluppate in maniera disomogenea, soprattutto sono cresciute grazie a équipes professionali strutturate, motivate e supportate da organizzazioni del terzo settore.

**Tirando le somme, il sistema non è in grado** nella maggioranza dei casi di rispondere adeguatamente al bisogno di cure palliative domiciliari, e dal punto di vista quantitativo è significativamente al di sotto degli standard di riferimento. Al 40% dei residenti, soprattutto nelle Regioni del Nord, viene attualmente offerto un servizio di cure palliative domiciliari da équipes dedicate. Il restante 60% dei cittadini risiede in Asl dove non sono stati individuati Centri dedicati. Inoltre, dai dati emerge che in 20 Asl, che comprendono 6 milioni di residenti, non esistono Centri (dedicati e non dedicati). Qui il medico di medicina generale è "l'unico potenziale riferimento per garantire un percorso palliativo domiciliare".

Ma ci sono anche segnali positivi. Nonostante l'offerta sia insufficiente, è buono il livello di qualità delle strutture che erogano le prestazioni. Soprattutto nelle realtà con équipes dedicate, che rappresentano il 54% circa dei centri monitorati e hanno assistito il 64% del totale dei malati censiti. "Queste realtà - si legge nel Rapporto - si caratterizzano per un approccio pluridisciplinare alle cure in grado di garantire in oltre il 53% dei casi, la continuità assistenziale sulle 24 ore e, nel 45%, una pronta disponibilità medica ed infermieristica". In oltre il 90% delle strutture, la presa in carico dei pazienti avviene entro le 72 ore e nell'86% dei casi è preceduta da un colloquio strutturato con i familiari. C'è la fornitura diretta di farmaci, presidi ed ausili in circa il 60% dei Centri. I più virtuosi sono quelli con équipes dedicate che si avvicinano ai valori suggeriti dalle buone pratiche in cure palliative domiciliari. Qui c'è, nella maggior parte dei casi, integrazione con le Organizzazioni no-profit, continuità assistenziale 7 giorni su 7 e l'erogazione del servizio dalle 8 alle 20, festivi inclusi.

#### **Le cure palliative domiciliari nelle Asl ...**

Sotto la lente degli analisti sono finite 155 Asl. La maggioranza delle realtà monitorate ha indicato la presenza congiunta di tutte e tre le figure professionali coinvolte nell'erogazione delle cure palliative domiciliari, ossia Medici di medicina generale (Mmg), Pediatri di libera scelta (Pls) e Medici di continuità assistenziale (Mca). In particolare, in 146 Asl c'è il Mmg, in 145 il Pls e 140 confermano la presenza di Mca.

Nel 59% delle Asl (ma il dato, avverte il Rapporto, potrebbe essere sovrastimato) esiste una rete di cure palliative costituita con provvedimento formale, locale o regionale, con almeno i due principali setting assistenziali (Centri residenziali di cure palliative/hospice e Assistenza domiciliare).

Soprattutto il 41% delle Asl che non garantiscono una rete di cure palliative si trovano prevalentemente nel Sud Italia e nelle Isole. A livello di singola Regione le peggiori performance si registrano nelle Asl dell'Abruzzo (1 sola Asl su 5 garantisce una rete di cure palliative), della Calabria (1 su 6), della Sardegna (2 su 8). Non esiste una rete di cure palliative nelle due Asl della P.A. di Bolzano e della Valle d'Aosta. All'opposto, la maggiore prevalenza di Asl che prevedono reti di cure palliative è localizzata nelle Asl del Piemonte (11 su 12), del Friuli V.G. (5 su 6), dell'Umbria (3 su 4), dell'Emilia Romagna e della Toscana (8 su 11), oltre alle Asl uniche del Molise, delle Marche e della P.A. di Trento.

### **... e i Centri che erogano cure palliative domiciliari**

Nonostante dalle Asl siano stati segnalati 544 Centri, solo 379 hanno aderito all'indagine. Di questi 312 hanno effettivamente erogato, nel 2008, cure palliative domiciliari, 28 non le hanno mai erogate, 29 hanno iniziato ad erogarle dopo il 2008 o hanno terminato prima dello stesso anno, 10 non hanno risposto. In totale sono stati assistiti 68.628 pazienti (con una quota inferiore all'1% di under 18), il 64% in Centri con équipe dedicate. Lombardia (20%), Emilia Romagna (15%), Lazio (12%) e Sicilia (7%) sono le Regioni che hanno assistito più del 50% del totale dei pazienti. È elevata la variabilità di pazienti assistiti da Regione a Regione: in media si va da valori più elevati nei Centri di Lazio (600 pazienti) e Sicilia (417) a valori nettamente inferiori per quelli di Abruzzo, Molise, Valle d'Aosta (valori inferiori ai 100 malati assistiti nel 2008). Il 72% dei pazienti assistiti è di tipo oncologico con una maggiore prevalenza in Puglia, Valle d'Aosta, Sicilia e Molise (tassi uguali o prossimi al 100% dei malati assistiti) e valori inferiori nel Lazio (35%), Sardegna (37%), Calabria (55%) e Lombardia (53%).

**L'identikit dei Centri.** Il 38,6% rientra nella categoria Centri Asl con équipe distrettuali non specificamente dedicate che erogano Cp all'interno del modello Adi; il 25,1% sono Centri erogatori accreditati/convenzionati privato profit/no-profit con équipe specificamente dedicate alle Cp domiciliari; il 19,3% sono Centri ospedalieri/Asl/hospice pubblici che erogano specificamente e direttamente cure palliative domiciliari; il 7,7% sono Centri erogatori accreditati/convenzionati privato profit/no-profit senza équipe specificamente dedicate alle Cp domiciliari; il 6,8% sono Centri Asl in cui operano équipe distrettuali specificamente dedicate alle Cp domiciliari; il 2,5% rientrano nella categoria Centro ospedaliero e/o hospice privato che eroga specificamente e direttamente Cp domiciliari.

**I Centri nelle Regioni.** Quasi il 24% dei Centri è in Lombardia, il 13% in Emilia Romagna, mentre lo 0,6% in Valle d'Aosta. Il 21,8% rappresenta Centri dedicati all'erogazione diretta di cure palliative domiciliari; il 31,9% sono Centri Asl di cure domiciliari che dispongono di équipe distrettuali, o di provider privati accreditati, specificamente dedicati; il 46,3%, invece, non dispone di équipe dedicate. In Puglia, Marche, Molise, Sicilia e Piemonte più dell'80% dei Centri erogano specificamente e direttamente cure palliative domiciliari, mentre in P.A. di Bolzano, in Emilia Romagna, Calabria e Abruzzo meno del 25% dei Centri è di questo tipo. La stragrande maggioranza appartiene al pubblico (il 64,6% pari a 201 Centri di cui il 40% dotati di équipe dedicate). I Centri "privati" sono invece il 35,4% (110 Centri), di cui più di tre quarti (78%, pari a 86 Centri) con équipe dedicata.

**I Centri e le organizzazioni no-profit.** Il 42% dei Centri è supportato dall'attività di volontariato di Organizzazioni no-profit (con punte dell'89% in Puglia e 67% in Umbria). Questa percentuale sale al 56% per i Centri con équipe dedicate e scende al 26% per Centri senza équipe dedicate.

**Modalità di remunerazione.** Nel 67,5% dei Centri, i costi sono sostenuti solo e direttamente dalla Asl attraverso allocazione di budget, nel 22% solo attraverso un sistema di valorizzazione tariffaria, nel 4,5% con entrambe le modalità e nel 6% con altra modalità. All'interno dei Centri con équipe dedicata la prima forma di finanziamento scende al 54% (la sola valorizzazione tariffaria sale al 33%), mentre per i Centri senza équipe dedicata sale all'84% (la seconda scende all'8% dei Centri con équipe non dedicata). A livello regionale, nelle due Province trentine (100%), Emilia Romagna e Friuli, per più del 90% dei Centri i costi sono sostenuti solo e direttamente dalla Asl attraverso allocazione di budget, mentre le maggiori percentuali di Centri che sostengono i costi solo con valorizzazione tariffaria si trovano in Sicilia (58%), Lazio (56%), Abruzzo (42%). Interessante notare che più del 50% dei Centri pugliesi si finanzia con altra modalità.

**Cartella clinica.** Il 95% dei Centri (su 307 Centri che hanno risposto), utilizza una cartella/scheda clinica per la gestione delle cure palliative domiciliari. Sono invece poco utilizzate nei Centri della Liguria (66%) e Friuli (77%). Il 99% dei Centri con équipe dedicate utilizza la cartella, mentre solo il 90% dei Centri senza équipe dedicata la prevede. La cartella è prevalentemente cartacea (67% dei Centri che la prevedono) o parzialmente informatizzata (28%).

**Giorni di erogazione.** Il 69% dei Centri eroga il servizio sette giorni su sette, il 20% da lunedì a sabato e l'11% fino al venerdì. La copertura maggiore è assicurata nei Centri delle due province trentine, in Basilicata e in Emilia Romagna (percentuali pari o vicine al 100% dei Centri), mentre la copertura settimanale completa, in Calabria e Campania, viene registrata rispettivamente dal 23% e 29% dei Centri. Le cure erogate tra lunedì a venerdì sono dispensate dalle ore 8 alle 20 (73%, nei Centri dedicati sale al 76% e scende al 69% nei Centri non dedicati, con punte di eccellenza per Basilicata, Sicilia, Umbria, Molise e P.A. di Bolzano). Durante il sabato e i prefestivi prevale ancora l'orario di erogazione 8-20 (68%, omogeneo tra tipologie di Centri). La domenica e i festivi, con orario 8-20 viene garantito dal 74% dei Centri (questa volta con differenze più marcate tra tipologie di Centri: 79% per Centri con équipe dedicate e 69% senza équipe dedicate). Le cure sono assicurate durante le feste in Calabria, Liguria, Trento, Sardegna, Sicilia e Umbria dalle 8 alle 20.

**I professionisti che operano nei Centri.** Il 96% dei Centri prevede la figura dell'infermiere; l'84% il medico di cure palliative (Mcp), 96% nei Centri dedicati e 70% in quelli non dedicati; il 65% prevede il Mmg, 45% nei

Centri dedicati e l'89% in quelli non dedicati; il 64% lo psicologo, 79% nei Centri dedicati e il 46% in quelli non dedicati; il 54% il fisioterapista (48% nei Centri dedicati e 61% in quelli non dedicati)

## Il Tirreno

### Potenziata la rianimazione

#### Nuovi posti letto per la sub-intensiva

**LIVORNO.** Attivati quattro nuovi posti letto di terapia sub-intensiva all'interno del reparto di rianimazione dell'ospedale. Si tratta di posti letto destinati a quei pazienti in fase post operatoria che devono essere monitorati in modo particolarmente attento. Un'esigenza, quella di potenziare la rianimazione, che anche i medici dell'ospedale avevano da tempo. «Che fosse una esigenza - spiega Paolo Roncucci, direttore dell'unità operativa di rianimazione e anestesia - lo dimostra il fatto che tre dei 4 nuovi posti letto sono già utilizzati. È un grande passo avanti».

Un'appuntamento, quello della presentazione ufficiale dei nuovi posti letto per la terapia sub-intensiva, che per l'Asl ha rappresentato anche un'occasione per sottolineare la necessità di costruire un nuovo ospedale. «Finora nel reparto di rianimazione - spiega Maurizio Viti, responsabile dell'area chirurgica - venivano gestiti complessivamente, quindi questa riorganizzazione è un importante passo avanti. Certo, anche in questo caso, restano i problemi strutturali dell'ospedale, dato che la rianimazione risulta lontana 600 metri dai reparti di degenza, il che implica una perdita di tempo per gli operatori sanitari, ma soprattutto una distanza impegnativa per i pazienti. Questo della sub-intensiva era un mio sogno, spero che nei prossimi giorni se ne avveri un altro». Anche il direttore del presidio Luca Bianciardi ha enumerato i difetti strutturali dell'ospedale di viale Alfieri («carenze impiantistiche, logistiche, è impossibile gestire la globalità dei servizi in queste condizioni») mentre Monica Calamai, direttore generale dell'Asl 6, sottolinea come eventuali migliorie nei servizi sanitari siano da correlare alla realizzazione della nuova struttura sanitaria. «Questi nuovi posti letto - dice Calamai - sono una risorsa importante, ma ogni nuovo servizio se la struttura fosse stata diversa si potrebbe organizzare in modo migliore. Tutti quei servizi nuovi che nascono in questo ospedale lo fanno con un vizio di fondo ineliminabile, l'inadeguatezza della struttura. È chiaro che un nuovo ospedale non è uno sfizio, ma una necessità per i cittadini».

## La Sicilia

### Progetto per l'ospedale Sant'Elia «sostenibile»

Parte dalla provincia di Caltanissetta il progetto "Per un ospedale sostenibile" di cui si parlerà nel corso della tavola rotonda promossa dall'Asp di Caltanissetta che si terrà lunedì prossimo alle 9,30 nei locali dell'ospedale "Sant'Elia" di Caltanissetta. L'idea che ispira il convegno è quella della sostenibilità, della promozione di una sanità che metta al centro la persona, che aiuti a combattere e prevenire il dolore, una sanità capace di promuovere buone pratiche nei confronti degli utenti, dell'ambiente, del tessuto economico. Ciò significa, tra l'altro, creare strutture ospedaliere "libere dal dolore", alimentate con energie rinnovabili, organizzate in funzione dell'umanizzazione della medicina, e che riescano a promuovere la filiera corta dell'economia legata alla terra, utilizzando per le proprie mense prodotti biologici provenienti da aziende del territorio con ricadute positive sulla salute, l'educazione alimentare, l'economia agroalimentare locale sana. Si proverà inoltre a mostrare come tutto questo non è un costo da sostenere, ma una scelta economicamente conveniente e pubblicamente responsabile.

Protagonisti della tavola rotonda saranno Barbara Cittadini (presidente regionale dell'Aiop Sicilia), Paolo Cantaro (direttore generale dell'Asp di Caltanissetta), Pietro Perconti (docente di Scienze cognitive dell'Università di Messina), Vittorio Cogliati (presidente nazionale di Legambiente), Giuseppe Misuraca (anestesista nell'ospedale "Sant'Elia" di Caltanissetta), Francesco Cerra (anestesista nella clinica "Santa Barbara" di Gela), Andrea Ferrante (presidente nazionale dell'Associazione italiana per l'agricoltura biologica). Chiuderà i lavori l'assessore alla Salute della Regione siciliana Massimo Russo. Al termine dei lavori l'Aiab offrirà ai presenti una degustazione di prodotti provenienti da aziende bio certificate siciliane.

## Il Secolo XIX

### Acqui, il parto è più dolce

*Nel reparto di ostetricia avviato anche un corso per anestesisti*

Giovanna Galliano Acqui Terme. Novità per le future mamme di Acqui e di tutte coloro che vorranno rivolgersi al reparto di ginecologia e ostetricia dell'ospedale cittadino. Dall'anno prossimo sarà possibile partorire in acqua e, per le mamme che mal sopportano il dolore fisico, far nascere il proprio bambino col parto indolore. Due novità importanti che sia il direttore sanitario Flavio Boraso sia il primario del reparto Silvio Leonardi avevano promesso lo scorso anno. «In effetti è così - spiega Boraso -, garantire alle future mamme questo tipo di servizio era un nostro obiettivo. Si parte con la vasca per il parto e poi andremo avanti col resto». La gara per acquistare la vasca (il cui costo si aggira intorno ai 20-30 mila euro) sarà aperta la prossima settimana, mentre già da qualche giorno gli anestesisti che operano nell'ospedale cittadino sono impegnati in

un corso che permetterà loro di apprendere le nuove tecniche inerenti al parto indolore. Se fino ad oggi non è stato offerto questo tipo di servizio alle partorienti è perché ci sono stati alcuni problemi tecnici da affrontare, ad esempio il numero non sufficiente di anestesisti e l'organizzazione della loro reperibilità nell'arco delle 24 ore. Problemi che sono in via di soluzione, tanto che ora è stato attivato il corso di preparazione per gli anestesisti che si occuperanno di parto indolore.

«Per ciò che concerne il corso vorrei ringraziare il dottor Francesco Ricagni, responsabile del dipartimento di anestesia, che dal primo novembre scorso è diventato unico per tutta l'Asl, per la sua fattiva collaborazione» aggiunge Boraso che tra pochi giorni, il 1 dicembre, lascerà l'incarico di direttore sanitario a Giovanna Arico per continuare a ricoprire quello di direttore sanitario degli ospedali di Novi Ligure e Tortona e coordinatore degli ospedali dell'Asl Al. «Se si riesce a raggiungere degli obiettivi importanti è perché esiste la buona volontà - prosegue - la parola d'ordine per raggiungere buoni livelli di qualità deve essere "sinergia". Non solo all'interno di un singolo reparto ma fra più strutture ospedaliere». Una sinergia che ad Acqui si è concretizzata non solo nel reparto di ginecologia-ostetricia con l'applicazione di un sistema integrato che prevede gli stessi protocolli d'azione, lo scambio di medici e, soprattutto lo stesso standard di servizi. «Si tratta di principi a cui teniamo molto - sottolinea Boraso - e che stiamo sviluppando ogni giorno di più grazie alla collaborazione del personale medico, paramedico ed infermieristico».

La ginecologia acquese è composta da otto medici, compreso il primario, sette ostetriche e sette infermiere (incluse le puericultrici, vero punto di riferimento per le puerpere), che si danno il cambio 24 ore su 24 per garantire al reparto un livello di efficienza ottimale. A dirlo sono i dati. Se nel 2008 i parti sono stati 393, oggi si è arrivati a 470. Nel 2007 sono stati eseguiti 44 interventi ginecologici, oggi sono 290. Tanto che i 14 letti a disposizione in reparto non sono quasi più sufficienti a soddisfare le esigenze delle future mamme e delle altre pazienti. E se poi si tiene in considerazione il fatto che a breve sarà possibile partorire in acqua e senza dolore ecco che le cifre sembrano destinate a lievitare ancora.

Entrambe le possibilità erano state chieste da molte donne. Mamme che per partorire si sono dovute rivolgere ad altre realtà della provincia. Dal prossimo anno non sarà più così. Da aggiungere che ad Acqui, ad assistere le mamme c'è anche un team di puericultrici e ostetriche che da circa un anno hanno attivato corsi di ginnastica preparto in acqua (presso gli stabilimenti termali Regina) e sistematicamente organizzano iniziative per educare all'allattamento al seno. Non a caso proprio nell'ospedale acquese il 90% delle mamme decide di allattare i propri bambini sapendo di avere un aiuto che prosegue oltre i quattro giorni di ricovero previsti per le partorienti ma si protrae nei mesi seguenti sia in ambulatorio sia a domicilio.