

Quale prossimità per l'assistenza alla nascita?

Dietro il dibattito sulla chiusura dei punti nascita piccoli più periferici



Serena Donati
Direttrice Reparto salute della donna e dell'età evolutiva
Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute
Istituto superiore di sanità
Roma

In ambito sanitario il concetto di prossimità fa riferimento alla "disponibilità prossima" di professionalità e strutture a supporto dei bisogni socio-sanitari dei cittadini. La recente emergenza pandemica ha emblematicamente dimostrato come la medicina di prossimità sia una risorsa necessaria e indifferibile per le comunità e come la sua disponibilità richieda programmazione e capacità di governo delle possibili criticità che ne accompagnano la realizzazione.

Il percorso nascita è un esempio paradigmatico della complessità del governo della prossimità in ambito sanitario. La nascita è infatti un evento che risente di molteplici aspetti culturali e sociali, da conciliare costantemente con l'erogazione dell'assistenza da parte di una rete di professionisti che opera sia sul territorio che nei presidi ospedalieri.

A livello nazionale, le linee di indirizzo ministeriali del 2010 promuovono l'appropriatezza dell'assistenza al percorso nascita e la ridefinizione dei criteri per la sua razionalizzazione. Esse indicano la dotazione ottimale

di posti letto, il numero minimo di parti per punto nascita e i parametri per la classificazione delle strutture sanitarie in base al livello di complessità assistenziale¹. Benché fortemente orientato all'assistenza ospedaliera, il documento include anche proposte di sperimentazione di modelli assistenziali integrati ospedale-territorio, differenziati per gravidanza fisiologica e a rischio.

Molte Regioni, di ogni colore politico, si sono opposte alla chiusura dei punti nascita con meno di 500 parti annui e, ad oltre dieci anni dall'approvazione delle linee di indirizzo da parte della Conferenza Stato-Regioni, il dibattito sulla riorganizzazione della rete assistenziale sembra essersi cristallizzato su tale contenzioso. Difendere il diritto di partorire vicino casa continua a impegnare amministratori locali e associazioni di cittadini in battaglie che rischiano di favorire più il consenso elettorale che la medicina di prossimità.

Quali politiche per la sicurezza e qualità delle cure

Le complicazioni ostetriche sono più frequenti nei presidi a basso volume di attività, la chiusura dei piccoli punti nascita non risulta associata a un peggioramento degli esiti materni e perinatali e i professionisti che assistono un numero ridotto di parti annui registrano una maggiore frequenza di complicazioni rispetto a quelli con alti volumi di attività²⁻⁴. A queste evidenze scientifiche vanno affiancate valutazioni che riguardano la capacità di conciliare i bisogni delle donne/coppie con la denatalità, la crisi delle professioni e la sostenibilità del sistema nel Paese. Il trend delle nascite in costante diminuzione sembra ormai consolidato⁵. Ma le figure professionali disponibili sono insufficienti, specialmente nei punti nascita con bassi volumi di parti dove la difficoltà è ulteriormente aggravata dal fatto che i giovani specialisti non sono disponibili a prestare servizio in strutture caratterizzate da una modesta complessità assistenziale che ostacolerebbe la loro formazione professionale, motivo per cui i bandi di concorso vanno deserti. Gli standard operativi, tecnologici e di sicurezza previsti dall'accordo Stato-Regioni e dal decreto ministeriale 70/2015 – in particolare la guardia attiva di 24 ore di ostetrica, ginecologo, anestesista e pediatra/neonatologo – stanno mettendo a dura prova la resilienza della rete dei punti nascita italiani.

In un'ottica di miglioramento dell'offerta assistenziale, la chiusura dei piccoli punti nascita deve essere contestualmente affiancata da interventi che favoriscano la fisiologia e la demedicalizzazione dell'assistenza, specie nei presidi ad alto volume di attività che gestiscono la

Occorre rivisitare i modelli organizzativi con una prospettiva di ampio respiro, in grado di favorire lo sviluppo di comunità professionali che possano integrare competenze diverse, dal sanitario al sociale.

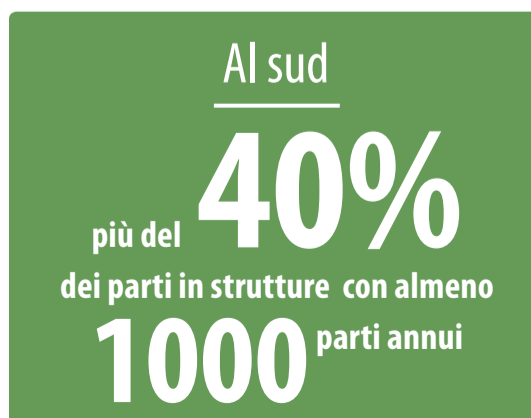
patologia ostetrica. A tal fine, il Comitato percorso nascita nazionale ha redatto linee di indirizzo di tipo organizzativo che prevedono l'offerta di modelli assistenziali per la gestione in autonomia da parte delle ostetriche delle donne con gravidanza e travaglio/parto a basso rischio⁶. Nel rispetto della fisiologia è infatti importante garantire una mamma e un bambino in perfetta salute con il livello di cure più basso possibile compatibilmente con la sicurezza, come raccomandato dall'Organizzazione mondiale della sanità. I dati forniti dalla recente indagine nazionale sui consultori familiari⁷, coordinata dall'Istituto superiore di sanità, dimostrano come questi presidi territoriali di prossimità siano una risorsa strategica per l'assistenza all'intero percorso nascita.

La sanità pubblica deve recuperare appropriatezza nell'uso delle risorse per promuovere la qualità delle cure, mantenendo l'universalità dell'accesso all'assistenza sanitaria in gravidanza. Occorre rivisitare i modelli organizzativi con una prospettiva di ampio respiro, in grado di favorire lo sviluppo di comunità professionali che possano integrare competenze diverse, dal sanitario al sociale, per rispondere in maniera sinergica ai bisogni delle donne e delle coppie durante la gravidanza, al parto e nel dopo parto. La migliore risposta alla richiesta, poco lungimirante, di mantenere aperti i piccoli punti nascita a difesa della medicina di prossimità consiste nel rilancio di politiche a sostegno dei primi 1000 giorni di vita – politiche che siano in grado di declinare il concetto di prossimità nella sua accezione più ampia e nobile.

Una rete integrata territorio-ospedale

Come alternativa alla richiesta di mantenere aperti i punti nascita con meno di 500 parti annui, la Commissione percorso nascita regionale dell'Emilia-Romagna ha elaborato un progetto pilota innovativo per i servizi in ambito materno infantile⁸. L'obiettivo è →

I parti in Italia nel 2019



→ quello di migliorare la rete assistenziale e l'assistenza ai primi 1000 giorni di vita. I servizi integrati territorio-ospedale sono il motore di questa riorganizzazione perché assicurano – per le popolazioni dei territori interessati dalla chiusura dei piccoli punti nascita – tutte le prestazioni ambulatoriali e di ricovero diurno che saranno decentrate in loco o favorite dalla mobilità del personale. Una declinazione ad ampio respiro del concetto di prossimità, alternativa a quella poco innovativa a favore della riapertura dei piccoli punti nascita.

Le azioni previste, inoltre, non si limitano al momento del parto ma prevedono il potenziamento dei servizi territoriali, con una forte integrazione della componente sanitaria sociale ed educativa, a garanzia della prossimità, del sostegno e dell'accompagnamento alla genitorialità in tutto il percorso dei primi 1000 giorni di vita.

Le proposte specifiche sono molteplici: anagrafe e geo-localizzazione delle donne in gravidanza nei distretti interessati dalla riorganizzazione per offrire attivamente un colloquio informativo entro la nona, decima settimana di gestazione, e la presa in carico per l'assistenza in gravidanza sulla base dei profili assistenziali già in uso da parte dell'équipe dei consultori familiari; contatti telefonici e/o visite domiciliari nel secondo e terzo trimestre da parte dell'ostetrica che ha eseguito il primo colloquio; consulenza ostetrica in gravidanza e nel post parto su richiesta della donna, consulenza psicologica durante tutto il percorso nascita.

Quanto previsto per il livello ospedaliero include: la disponibilità di ambulatori dedicati per la gravidanza a rischio negli ospedali distrettuali, in integrazione con gli ospedali di riferimento e i consultori; la diagnostica prenatale di secondo livello; gli ambulatori della gravidanza a termine per facilitare il primo accesso all'ospedale dove si prevede di partorire; l'accompagnamento al parto; la dimissione madre-neonato in integrazione con l'ostetrica, il ginecologo, il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta del territorio; le dimissioni protette di madre e bambino nelle gravidanze multiproblematiche. Per il dopo parto il progetto pilota prevede l'offerta attiva di assistenza al puerperio presso il consultorio e/o a domicilio da parte delle ostetriche e, qualora necessario, degli altri professionisti dell'équipe; la consulenza e il sostegno per l'allattamento al seno h24; la partecipazione attiva ai progetti di sostegno alla genitorialità, compresa quella definita "fragile", e ai progetti "Nati per leggere" e "Nati per la musica"; il potenziamento dell'offerta dei corsi di accompagnamento alla nascita e degli incontri nel post partum per promuovere il benessere di madre e bambino, oltre al potenziamento della mediazione culturale per la popolazione immigrata in difficoltà.

Finalmente una declinazione del concetto di prossimità che, oltre a garantire le prestazioni, promuove una rete integrata di professionalità e presidi sanitari a sostegno delle comunità. ▣

Difendere il diritto di partorire vicino casa continua a impegnare amministratori locali e associazioni di cittadini in battaglie che rischiano di favorire più il consenso elettorale che la medicina di prossimità.

1. Accordo Stato-Regioni, 16 dicembre 2010. Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo. Gazzetta Ufficiale, Serie generale n.13, 18 gennaio 2011.
2. Kyser KL, Lu X, Santillan DA, et al. The association between hospital obstetrical volume and maternal postpartum complications. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207:42.e1-17.
3. Janakiraman V, Lazar J, Joynt KE, et al. Hospital volume, provider volume, and complications after childbirth in Usa hospitals. *Obstet Gynecol* 2011;118:521-7.
4. Lasswell SM, Barfield WD, Rochat RW, Blackmon L. Perinatal regionalization for very low-birth-weight and very preterm infants: a metaanalysis. *Jama* 2010;304:992-1000.
5. Istat. Natalità e fecondità della popolazione residente – anno 2019. Statistiche Report, 21 dicembre 2020.
6. Comitato percorso nascita nazionale. Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico. Ministero della salute, 23 ottobre 2017.
7. Lauria L, Lega I, Pizzi E, et al. Consultori familiari: le sintesi regionali sui risultati dell'indagine nazionale del 2018-2019. Epicentro, dicembre 2019.
8. Regione Emilia-Romagna. Atti amministrativi Giunta regionale deliberato N. 1112 del 24.07.2017. Commissione tecnico consultiva sul percorso nascita. Proposta di riorganizzazione dell'assistenza alla nascita in Emilia-Romagna: ridefinizione della rete territoriale e ospedaliera perinatale (ostetrica e neonatologica).



