

PROCESSO ALLE VISITE DOMICILIARI PER MAMME E NEONATI
Chivasso, 26 maggio 2016

REQUISITORIA INIZIALE DELL'ACCUSA

Dott.ssa Maita Sartori

“Ai fini della promozione di salute in generale e di quella mentale in particolare, le visite domiciliari ai nuovi nati vanno praticate in modo universale progressivo? O solo verso soggetti a rischio?”

**Punti principali “della requisitoria dell'accusa e
presentazione dei capi d'accusa”**

Signor Giudice, Signore e Signori della Giuria,

Siamo qui per decidere se le visite domiciliari (VD) siano una pratica assistenziale/una *“tecnologia sanitaria”* da introdurre nelle case di **tutte** le Famiglie dei nuovi nati come *“potenzialmente efficace nella promozione della salute mentale”*.

Innanzitutto è opportuno ricordare che la Gravidanza è un evento naturale, nell'85% dei casi con andamento fisiologico. Le indagini dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) hanno dimostrato che la maggioranza delle donne (80%) sceglie di avere un figlio ed entro due mesi circa iniziano la gravidanza. Quindi stiamo parlando di una popolazione *“sana”*.

Il Percorso Nascita rappresenta un grande impegno, in particolare per la donna. Dobbiamo abituarci a parlare di *grande potenza* e non di *fragilità* del momento. E come tutte le grandi imprese bisogna essere ben *“allenati”* e consapevoli di cosa a cui si va incontro.

Pensate alle imprese del grande scalatore Meissner. Quest'uomo non è sicuramente Superman! Se inciampa su una pietra anche lui può cadere e farsi male. Allora come ha fatto a scalare le principali vette di 8000m senza ossigeno?

Si è preparato attentamente, ha studiato il percorso e lavorato sulle sue risorse e su quelle di cui ha capito avere bisogno per un'impresa del genere, si è alimentato adeguatamente, si allenato con un team di supporto ed ha imparato a prevenire e nel caso riconoscere ed affrontare le difficoltà.

Mandereste un vostro amico senza allenamento adeguato a scalare anche solo il Rocciamelone e, se arriva in punta, fargli notare che sta boccheggiando e si sta muovendo con grande difficoltà perché ha le gambe indurite dall'acido lattico?

Quindi dove è opportuno investire?

Sulle *buone pratiche* supportate dalla letteratura scientifica di qualità?

O sull'introduzione di un altro intervento di sanitarizzazione in un quadro generale di eccessiva medicalizzazione della nascita a cui le donne/famiglie sono sottoposte fin da subito?

L'investimento da fare è sull'intero Percorso Nascita, anzi da prima del concepimento ai primi anni di vita del bambino.

La donna è in un momento di grande recettività, in un "teachable moment" preziosissimo.

La letteratura scientifica di buona qualità, come ha già illustrato molto bene il Sindaco di Chivasso, "Città amica del Bambino", raccomanda di investire nei primi 1000 giorni, dallo sviluppo prenatale ai primi anni di vita del bambino. (Slide 1 TEAM-ECD).

Lo *sviluppo precoce* del bambino (Early Childhood Development – ECD-) è il più importante determinante sociale di salute.

Inoltre non dimentichiamo che lo *sviluppo globale* del bambino è un processo integrato ed influenzato da un'ampia varietà di determinati (ambientali, individuali e relazionali) che intervengono in tempi e contesti diversi.

Prendersi cura dell'agio è compito della comunità tutta, non solo dei servizi sanitari in modo specifico. Ricerche dimostrano che per le mamme il primo punto di riferimento a cui rivolgersi è il padre del bambino e la rete dei familiari e amici.

Ecco! Il punto è proprio questo Signor Giudice e Signori Giurati, bisogna ricordare che i **determinati di salute** sono molteplici e i servizi sanitari contribuiscono al massimo per il 20%. (Slide 2 determinanti di salute).

I neo genitori sono "affamati" di notizie. Le **nuove tecnologie** danno l'illusione di avere tutto a portata di mano. Web, facebook, gruppi wathsApp e tanto altro, rinchiusi in un dispositivo ci collegano in maniera virtuale al resto del mondo mentre siamo chiusi in casa.

Le mamme, al contrario, devono essere invogliate/esortate ad uscire di casa ed a entrare in contatto con gruppi di sostegno fra pari raccomandano le Linee Guida

di buona qualità (NICE www.nice.org.uk/guidance/cg37 2006). Infatti le recenti indagini dell'ISS dimostrano che partecipare a incontri di accompagnamento alla nascita, gruppi post partum e di sostegno all'allattamento al seno, non solo migliora gli esiti di salute di mamma e bambino, ma aiutano la donna a cercare aiuto in caso di difficoltà.

(ISTISAN12/39 www.iss.it/binary/publ/cont/12_39_web.pdf)

La Nascita non è solo un evento biologico ma un evento bio psico sociale e il parto “non è il punto 0” !

Dobbiamo preoccuparci di mantenere uno sguardo di “salute pubblica”.

Mentre la letteratura scientifica NON ha ancora dimostrato l'efficacia in termini di esiti di salute delle VD a tutti, ha chiaramente dimostrato l'efficacia della Continuità Assistenziale nel Percorso Nascita. (Hodnett Cochrane)

Il Ministero della Salute già con il PSN 1998-2000 con il Progetto Obiettivo Materno Infantile – **POMI** ha individuato il Percorso Nascita Area Strategica di intervento e ha parlato di investimento sull'**Empowerment** della donna e della famiglia.

Ha parlato di **Offerta Attiva** (adesso la chiamiamo Medicina di Iniziativa), ha parlato non di attesa nei servizi ma di ricerca delle persone.

Il POMI, legge dello Stato, raccomanda di investire sulla rete dei servizi del Percorso Nascita: consultori, punti nascita, pediatri di famiglia.

Raccomanda la multidisciplinarietà, il lavoro di équipe (ostetriche, medici, psicologi, infermieri, infermieri pediatrici, ass. sociali) in continuità assistenziale con i punti nascita. Troppo avanti!

Il POMI è una legge “troppo avanti”.

Tanto che ha superato il vaglio di ben due ricerche multicentriche condotte dall'ISS (2002 e 2009-2010) che hanno confermato i benefici dell'applicazione delle raccomandazioni in essa contenute, in termini di salute di mamma e bambino.

La nostra regione, il Piemonte, sta andando ormai da tempo in questa direzione. Ricordiamo la legge sul Percorso Nascita (2008) centrata sull'empowerment della donna/coppia in gravidanza e la continuità assistenziale territorio-ospedale-territorio, con l'introduzione del Bilancio di salute in ospedale a 36 settimane di gravidanza; l'adozione, secondo l'esempio inglese, dell'Agenda della Gravidanza, consegnata solo nei consultori familiari dalle ostetriche a più del 70% delle donne all'inizio della loro gravidanza. Dal 2000 l'Agenda della Salute del bambino è consegnata a tutti i nuovi nati al momento della dimissione dal punto nascita e dopo un parto avvenuto a domicilio.

Tutto questo in una rete di medici di medicina generale e di pediatri di famiglia che ormai copre tutto il territorio regionale.

I Pediatri di Famiglia rappresentano nella nostra realtà, a differenza di altre nazioni (es. UK), un sistema universale e progressivo.

Più del 80% dei bambini ha un pediatra ed entro i primi 12 gg di vita lo hanno già incontrato per il primo bilancio di salute. Il programma dei Bilanci di salute prosegue in maniera universale e progressiva.

Bene Signor Giudice e rispettabile Giuria, siamo qui a discutere se nella nostra Regione sia opportuno aggiungere un intervento “puntuale” ad un “percorso assistenziale” *già delineato nel dettaglio con interventi strutturati universali e progressivi* prima e dopo il parto:

1. Agenda della Gravidanza consegnata dalle Ostetriche nei Consultori Familiari (73% media regionale, con ASL che hanno il 94% !)
2. Assistenza al percorso nascita con l'introduzione del Bilancio di salute in ospedale a 36 settimane di gravidanza
3. Agenda della Salute consegnata ai neonati (99%)
4. Pediatria di famiglia con un programma universale e progressivo

Ben quattro colonne portanti che formano un “**corpus iuris**” strutturato ed integrato, per cui chiediamo:

- **Quale è il problema che si intende risolvere con le VD?** L'introduzione delle VD nelle case di tutti i nuovi nati produce salute ad oggi **misurata**?
- Quanto l'introduzione di una procedura di dimostrata efficacia nei casi a rischio può produrre salute anche nella popolazione generale, che ricordiamo è la maggioranza? E non si rischia invece di produrre **effetti iatrogeni** (diagnosi falsamente positive, farmaci, dipendenza dai servizi, ecc) con conseguenze negative su mamme, bambini, famiglie e servizi?
- E per ultimo, e non a caso per ultimo, vorrei approfondire la **sostenibilità** dell'intervento VD in termini di Formazione delle persone incaricate di entrare nelle case, Monitoraggio e Supervisione dell'organizzazione, costo del personale, auto di servizio, mediazione culturale per le donne straniere, consulenze di altri servizi, interventi di altri servizi sulla popolazione individuata bisognosa di approfondimenti di secondo livello e terapie.

Alcuni appunti di dati utili

Residenti che hanno partorito nell'anno = 4183 di cui italiane 3484 straniera 699
Seguite in servizi pubblici : 1388 = 33,2% di cui italiane 877 straniera 511
Seguite in Consultorio: 1176 = 28,1%
Il 511 straniera corrisponde ad oltre il 40 %

Dati raccolti da un questionario compilato per il coordinamento regionale:

agende della gravidanza consegnate (2° edizione) 72.9 media regionale Ci sono ASL con percentuali molto alte come la To1 94%, To2 75% To3 oltre il 100% !, dato non corretto spiegato con il fatto che essendo mancate le agende per un certo periodo, sono poi state consegnate all'inizio dell'anno successivo!
Donne che hanno portato l'agenda in ospedale dato regionale 2015 : 60.2%
agende compilate tra quelle portate dalle donne in ospedale dato regionale 2015 : 65.5%
C'è in evidenza un trend in aumento.

ALTRI DATI RIFERITI ALL'ASL TO3 PER IL 2015

Residenti che hanno partorito nell'anno = 4183 italiane 3484 straniera 699
Seguite in servizi pubblici : 1388 = 33,2% italiane 877 straniera 511
Seguite in Consultorio: 1176 = 28,1%
Donne che hanno portato l'Agenda al momento del travaglio: 2392 = 57,2% di cui italiane 1940 = 81,1% straniera 456 = 19%; sul totale delle italiane 55,7%, sul totale delle straniere 65,2%
Di queste avevano l'Agenda compilata: 1337 = 55,9% 86% delle italiane e 71,9% delle straniere
Hanno fatto BdS delle 36 settimane 2166 = 51,8%
IAN 1158 = 27,7%
Messi al seno entro 2 ore 2845 = 66,8%
Durante la degenza LM esclusivo 2454 = 57,9% la media reg. è 67,4%
LM prevalente 773 = 18,2% media reg 8,2%
LM parziale 712 = 16,8% media reg 18,3%
Blocco montata latte 223 = 5,3% 5,1%
Manca dato 78 = 1,8% 1%