

## AGITE Sicilia

# La riorganizzazione della Rete assistenziale materno infantile: il ruolo trainante delle nostre associazioni

di **Francesca Cappello**  
Segretario regionale AGITE

L'assistenza materno infantile in Sicilia è purtroppo, com'è noto, caratterizzata da indicatori particolarmente sfavorevoli: dalla mortalità infantile (5,1 per 1000), al tasso di parti cesarei (>50%), dal tasso di donne che allattano al seno (<60% alla dimissione), al numero di gravidanze seguite presso i consultori (< 15%).

Tuttavia, negli ultimi tre anni, il mondo della ginecologia siciliana, ha avviato un profondo processo di rinnovamento culturale che, prima o poi (come in parte si sta già verificando), inciderà radicalmente sulla struttura organizzativa ed operativa dei servizi materno infantili della regione.

Il ruolo svolto in questo processo dalle segreterie regionali di Aogoi Agite e Fesmed è stato, ed è, sostanziale non solo per avere avviato una riflessione costruttiva sulle tante criticità organizzative esistenti (eccessiva parcellizzazione dei punti nascita, assenza di continuità assistenziale e di integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali, eccessiva medicalizzazione e frammentazione delle prestazioni), ma anche per avere saputo instaurare una collaborazione inedita e proficua con i vertici politico-istituzionali regionali.

Proprio grazie al ruolo svolto nei numerosi tavoli tecnici regionali materno infantili dai referenti regionali delle associazioni dei ginecologi ospedalieri, dei ginecologi territoriali, dei neonatologi e delle ostetriche, sono stati prodotti risultati importan-

■ Negli ultimi tre anni il mondo della ginecologia siciliana ha avviato un profondo processo di rinnovamento culturale che nel prossimo futuro dovrebbe incidere radicalmente sulla struttura organizzativa e operativa dei servizi materno infantili della regione.

Il cammino per giungere al traguardo ambizioso di riqualificare la rete dell'assistenza materno infantile regionale è ancora lungo e complesso, ma il ruolo fin qui svolto dalle segreterie regionali di Aogoi Agite e Fesmed ha prodotto risultati concreti e molto incoraggianti



ti in termini di decreti (vedi decreto per la rideterminazione tariffaria dei parti del luglio 2010) e di contributi al Piano sanitario regionale (Psr) 2011-2013, di recente approvazione.

Per giungere al traguardo ambizioso di riqualificare la rete dell'assistenza materno infantile regionale si stanno perseguendo tre indirizzi:

1. la razionalizzazione dei punti nascita
2. la riqualificazione dei consultori
3. il processo di integrazione tra servizi di diverso livello.

## La razionalizzazione dei punti nascita

In linea con il documento approvato nel dicembre 2010 dalla Conferenza Stato Regioni sulle "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", alla cui stesura la Regione Sicilia ha contribuito attivamente grazie all'esperienza maturata nei tavoli tecnici regionali, nel Piano Sanitario Regionale 2011-2013 vengono individuati, per i punti nascita, due livelli assistenziali, in base non solo al numero di parti/anno, ma anche di requisiti strutturali e organizzativi.

Pur essendo di almeno 1000 parti/anno, il parametro standard a cui tendere progressivamente nel triennio, il piano di dismissione graduale dei punti nascita è stato predisposto sulla base dei seguenti criteri:

- disattivazione dei punti nascita con numero di parti inferiore a 500/anno;

- mantenimento di quei punti nascita che, pur al di sotto di 500 parti/anno, rispondono alle caratteristiche di zona montana, e/o disagiata, e/o con notevole distanza dalle strutture di riferimento ostetrico/ginecologiche di livello superiore più vicine;

- mantenimento di quei punti nascita con numero di parti inferiore a 500/anno, che presentano un valore medio nei cinque anni che si approssima a 500 e con trend positivo, e/o la cui attività è valutata positivamente in termini di appropriatezza, e/o che assolvono alla funzione di riferimento provinciale;

- accorpamento dei punti nascita, anche se con numero di parti/anno di 500 o più, se vicini, da realizzarsi nella struttura che presenta le migliori condizioni di sicurezza (Utin, rianimazione, etc).

Seguendo tali criteri, i 60 punti nascita attivi nel dicembre 2009 saranno gradualmente ridotti a 44 entro il 2011.

Nei territori interessati dalla disattivazione del punto nascita è stato inoltre predisposto un modello organizzativo integrato tra servizi territoriali, ex punto nascita e rete dell'emergenza, finalizzato ad orientare con gradualità l'utenza verso percorsi assistenziali alternativi.

Tale modello organizzativo si basa sulla costituzione di una équipe integrata (costituita da operatori consultoriali ed operatori dell'ex punto nascita) che assicura i vari step del Percorso Nascita (presa in carico, gestione e monitoraggio delle gravidanze a basso rischio, corsi di accompagnamento alla nascita, sostegno all'allattamento al seno, collegamento funzionale con il punto nascita di riferimento per l'invio programmato delle gravidanze a termine), la valutazio-

ne delle problematiche ostetrico/ginecologiche afferenti al pronto soccorso del presidio ospedaliero ed il trasferimento delle urgenze ostetriche al punto nascita appropriato al livello di rischio, tramite collegamento dedicato h24 con la rete dell'emergenza/urgenza.

## La riqualificazione dei consultori

Sulla rete consultoriale siciliana, comprendente 183 consultori pubblici e 9 privati convenzionati (in media 1 consultorio/27.400 abitanti circa), gravano diverse criticità strutturali e organizzative, rese più pesanti dal disinteresse politico e dal vuoto gestionale che hanno caratterizzato il mondo consultoriale siciliano almeno negli ultimi dodici anni.

I singoli Consultori, lasciati per tanti anni nell'isolamento, con scarsa lungimiranza e poca o nulla attenzione agli sprechi, hanno dovuto "inventarsi" un modus operandi, privilegiando alcune attività piuttosto che altre, in assenza di qualsivoglia programmazione sanitaria regionale. Nonostante questa situazione abbia avuto come inevitabile conseguenza una bassa qualità media dell'offerta assistenziale consultoriale, ciò non ha impedito, in alcuni casi, di conseguire livelli di qualità molto elevati nella realizzazione di alcuni progetti specifici.

Il nuovo Psr 2011-2013 affronta in dettaglio questo punto, dando preciso mandato alle direzioni aziendali di garantire le attività consultoriali definite "di base", di inserirle all'interno di percorsi assistenziali programmati, articolandole all'interno di un Piano specifico, colmando le carenze di organico anche utilizzando operatori appartenenti ad altri servizi.

È stato inoltre messo a punto un sistema di monitoraggio delle attività e delle strutture consultoriali, attivo da gennaio 2011, attraverso una scheda digitale da compilare on line, che per la prima volta permetterà di valutare la funzionalità dei consultori attraverso indicatori specifici, piuttosto che attraverso la mera quantità di prestazioni erogate. È intenzione della Regione avviare una serie di audit nei vari territori provinciali al fine di monitorare il funzionamento dei servizi e facilitarne la riqualificazione.

## Integrazione tra i servizi materno infantili

Il processo di integrazione tra servizi materno infantili di diverso livello può aver luogo soltanto in presenza di un modello organizzativo che preveda al suo apice il Dipartimento Materno Infantile (Dmi), così come indicato dal Pomi. Malgrado il Dmi fosse presente soltanto in 4 delle 9 aziende territoriali (Asp) siciliane, con i nuovi atti aziendali in vigore dagli ultimi mesi del 2010, è ora presente in 8 Asp. Addirittura nella Asp di

► Segue a pagina 24

**Sulla rete consultoriale siciliana gravano diverse criticità strutturali e organizzative, rese più pesanti dal disinteresse politico e dal vuoto gestionale che hanno caratterizzato il mondo consultoriale siciliano almeno negli ultimi dodici anni**



**AOGOI-AGITE - Workshop integrazione Territorio-Ospedale**

# Proposte sul futuro del consultorio toscano

**■ Modelli di percorsi integrati già attivi e proposte di modelli organizzativi futuribili. Questi i temi al centro della giornata fiorentina di approfondimento e discussione da cui è emersa, improcrastinabile, l'esigenza di creare un circuito virtuoso basato su canali assistenziali preferenziali che siano espressione di un "linguaggio comune" tra ospedale e territorio**

**di Sonia Baldi**  
Direttivo S.I.Gi.T.E.

L'integrazione territorio-ospedale è stata oggetto di un incontro tenutosi a Firenze il 19 febbraio 2011 sotto il patrocinio dell'Aogoi e dell'Agite.

Ha rappresentato un momento per dare voce ad un bisogno, sorto già da tempo in modo spontaneistico tra gli specialisti ambulatoriali, di confrontarsi in maniera operativa con i colleghi ospedalieri ma anche con le amministrazioni locali e regionali. Dal convegno è emersa la necessità di creare dei canali preferenziali di invio tra territorio ed ospedale e viceversa, al fine di integrare le competenze e migliorare la fruibilità dei servizi. Un percorso attraverso canali assistenziali preferenziali, espressione di "un linguaggio comune tra ospedale e territorio", aumenta la fiducia nei confronti del sistema sanitario nazionale, riduce i pregiudizi tra gli operatori, purtroppo ancor oggi presenti, diminuisce i determinanti di rischio di salute, che viceversa possono essere aumentati da un percorso assistenziale che rende complicati gli accessi ai servizi

sanitari soprattutto per le fasce più deboli della popolazione. Un percorso condiviso, inoltre, è utile a contenere la spesa sanitaria, valore aggiunto in un momento di risorse economiche sempre più risicate, in quanto riduce il numero di accessi incongrui e doppie prestazioni, con una riqualifica degli operatori.

La presa in carico di situazioni più complesse può essere svolta anche dal territorio, ma non può prescindere da una riorganizzazione strutturale e strumentale di questo. Ciò non vuol dire comportare una perdita d'identità del consultorio nella sua funzione principale come luogo per interventi socio-culturali e di prevenzione ma al contrario si traduce in una riqualificazione dell'intervento diagnosi e cura, aspetto, fino ad oggi, spesso rimasto più penalizzato.

Tra i momenti più significativi della giornata, la presentazione di percorsi integrati già attivi nella azienda sanitaria fiorentina e limitrofe e di proposte di modelli organizzativi futuribili per i quali sono state analizzate le motivazioni e le fattibilità operative. Ed ancora la proposta dell'Agite per la riorganizzazione della ginecologia territoriale, presentata dal presidente Agite Giovanni Fattorini, cui è seguita una tavola rotonda che ha coinvolto in

un'ampia discussione i rappresentanti del territorio e i diversi primari ospedalieri dell'area fiorentina (e limitrofe) che hanno espresso univoca condivisione sulla necessità di integrazione. Sono emerse delle proposte di linee metodologiche per realizzare dei canali assistenziali e l'esigenza di far capire l'importanza di tale integrazione alle amministrazioni al fine di operare in maniera univoca sul territorio regionale, tenendo conto delle differenze locali.

La presenza di rappresentanti del mondo universitario ha fatto emergere anche la necessità di una formazione sul consultorio per gli specializzandi, che spesso non conoscono le esigenze di questa realtà con cui invece l'università viene sovente ad interagire nella presa in carico del paziente.

L'incontro può essere in parte riproponibile, adattandolo alle necessità locali, e può rappresentare uno strumento con cui Agite può farsi conoscere e arrivare a dialogare concretamente con la base della ginecologia territoriale.

La finalità è quella di cercare, tutti insieme, di conseguire determinati obiettivi; tra quelli prioritari vi è l'integrazione territorio-ospedale, una tappa ormai non più procrastinabile per l'evoluzione di una ginecologia moderna. **Y**

► Segue da pagina 23

## AGITE Sicilia

Palermo, il Dipartimento Materno Infantile, già attivato da alcuni anni come dipartimento funzionale, sta per essere trasformato in dipartimento di tipo strutturale, stante una precisa volontà della direzione strategica di attribuirgli un grande peso all'interno del sistema aziendale. Tra i compiti fondamentali dei Dmi delle aziende territoriali, quello di stipulare protocolli d'intesa con gli analoghi dipartimenti delle aziende ospedaliere.

Nell'ambito del Dmi il processo di integrazione va quindi conseguito e consolidato attraverso la costruzione di percorsi assistenziali integrati particolarmente del Percorso Nascita. Gruppi di lavoro multidisciplinari, sia all'interno delle società scientifiche, ma anche di alcune Asp, stanno lavorando in questo ambito per mettere a punto i vari step organizzativi e operativi necessari all'implementazione dei percorsi.

Il "Quaderno di Gravidanza", strumento regionale unico di gestione integrata della gravidanza e, nello stesso tempo, di informazione per la donna, è stato inserito tra gli obiettivi di piano sanitario nazionale 2010 e dovrebbe essere realizzato nei prossimi mesi.

Le azioni da avviare. Importanti azioni da avviare nei prossimi mesi comprendono:

- la costituzione di una "cabina di regia regionale" per l'area materno infantile, così come indicato nel 10° punto del "decalogo Fazio"
- l'implementazione del Percorso Nascita su base regionale
- un programma di formazione sui singoli percorsi assistenziali per gli operatori del materno infantile
- l'adeguamento degli organici.

Malgrado in alcune aziende sanitarie siano stati finalmente banditi i concorsi, quest'ultimo punto appare particolarmente critico vista l'attuale situazione economica e le esigenze del piano di rientro. .

### Punti di forza e criticità

Dall'esperienza finora condot-

ta nella nostra regione è possibile estrapolare alcuni elementi rivelatisi veri e propri punti di forza ai fini del processo di integrazione e di rinnovamento in atto:

- la possibilità di aprire e portare avanti un confronto concreto e propositivo tra operatori della sanità e vertici istituzionali regionali,
- la possibilità di agire contemporaneamente sul versante scientifico/culturale (società scientifiche), su quello politico/istituzionale (governo regionale), e su quello operativo (aziende e servizi),
- la multidisciplinarietà dei gruppi di lavoro,
- il metodo partecipativo e l'individuazione di obiettivi condivisi tra tutti gli attori coinvolti.

Al contrario, bisogna avere ben chiari alcuni fattori che tendono ad ostacolare e a rallentare il processo di rinnovamento in atto, primo fra tutti l'alto costo richiesto per il completamento delle dotazioni organiche, in alcune realtà seriamente depauperate.

Non è altresì da sottovalutare una generica quanto prevedibile resistenza al cambiamento che, pur interessando tutto il sistema nel suo complesso, è particolarmente forte in alcuni settori specifici, quali:

- piccole nicchie all'interno del gruppo dei pari, non disposte a rinunciare ai piccoli privilegi personali acquisiti negli anni,
- alcune categorie professionali, per la difficoltà di raggiungere al loro interno un'ampia coesione (es. Collegi delle Ostetriche),
- alcuni settori dell'opinione pubblica locale che, influenzati dagli interessi politici di piccole realtà territoriali, si oppongono vivacemente alla chiusura dei piccoli punti nascita.

Il cammino da fare è ancora lungo, complesso, dall'esito incerto, dipendendo inevitabilmente anche dai futuri assetti politici. Le società scientifiche, che hanno svolto finora un lavoro prezioso nell'innescare e nel diffondere il rinnovamento culturale tra gli operatori, continueranno pertanto a svolgere un indispensabile ruolo trainante. **Y**

