



14

CONTRIBUTI

Organizzare il percorso nascita

Quando, perché e come esce da quello della gravidanza fisiologica. L'esperienza toscana



VALERIA DUBINI
Direttore Area Assistenza Sanitaria Territoriale e Continuità
Responsabile Aziendale della Rete Codice Rosa Azienda Sanitaria Usl Centro Presidio P. Palagi

NON C'È DUBBIO che la gravidanza rappresenta un evento "normale" della vita e come tale anche le associazioni scientifiche si sono sempre occupate di promuoverla.

Negli ultimi anni in realtà, abbiamo assistito ad una serie di modifiche rispetto a questo percorso perché si fanno sempre meno figli, si fanno sempre in età più avanzata e le donne stesse vivono la loro gravidanza con una preoccupazione e un'ansia che di normale ha molto poco.

In effetti si pensi come in una Regione come la nostra Regione Toscana si è assistito ad una riduzione del 27,7% dei nuovi nati dal 2010 al 2019, con una riduzione che coinvolge anche le donne straniere (-20,5 vs 2010), come continui ad innalzarsi l'età media al parto (32,4 vs 31,5 del 2010), con un 10% di over 40 e si può comprendere come la percezione sia dei sanitari che delle nostre assistite sia lontana dalla normalità e sempre più si avvicini invece a quell'idea di "bambino prezioso" che non ha niente di scientifico ma che ben rappresenta un aspetto sociale che caratterizza la nostra epoca.

Del resto questi fattori condizionano anche la gravidanza stessa. Il ricorso alle tecniche di fecondazione assistita è raddoppiato rispetto a 10 anni fa e rappresenta il 4,1% e certamente l'età sempre più avanzata porta con sé possibili problematiche di salute e complicanze della gravidanza che compaiono con maggiore frequenza, con il passare degli anni. Si può comprendere dunque quel senso di incertezza che accompagna molte delle nostre assistite che vanno cercando punti di riferimento e rassicurazioni, non sempre corrette come le informazioni che si trovano su internet.

Il nostro ruolo di professionisti, allora, deve essere quello di promuovere il più possibile una assistenza appropriata nei confronti delle nostre assistite, restituendo loro un senso di sicurezza e contemporaneamente di "competenza". Il Who già dal 1975 parlava di promozione della normalità proponendo una griglia per la valutazione delle gravidanze a basso rischio: e dava già allora indicazione che per queste la professionista più adeguata fosse l'ostetrica. Sono passati molti anni e la griglia Oms risulta ancora un valido strumento anche se in qualche punto necessario di adeguamento ai tempi attuali: nel frattempo il recepimento delle normative europee ha portato anche nel nostro Paese la concreta possibilità per le ostetriche di seguire le gravidanze a basso rischio assumendone a tutti gli effetti la responsabilità.

Perché questo si realizzi e possa diventare un valore condiviso per tutti i professionisti e per le nostre assistite, si rende necessaria un'organizzazione ben strutturata che preveda una rete ben definita dedicata al percorso nascita nella quale le donne possano trovare risposte a tutti i livelli e sia ben predisposta la possibilità di passare da un nodo all'altro della rete in modo fluido e senza ricadute negative per le nostre assistite. Il percorso nascita ha l'indubbia caratteristica di potere trovare il territorio come luogo più appropriato: il prima e il dopo l'espletamento del parto dovrebbe infatti essere seguito a questo livello, tranne per situazione di particolare complessità che richiedano interventi complessi che possano essere svolti solo a livello ospedaliero.

Non si può tra l'altro trascurare il fatto che il terri-

torio possa offrire una équipe multidisciplinare per una presa in carico di tutti gli aspetti che interessano la gravidanza compreso quello sociale e psicologico, che anche le indagini dell'Iss hanno individuato essenziale per la prevenzione di una serie di patologie che arrivano fino alla morte materna (il suicidio rappresenta la prima causa di morte materna anche nel nostro Paese).

Il percorso nascita ben si presta ad immaginare modelli innovativi che alleggeriscano gli Ospedali lasciando loro le prestazioni più complesse e dunque più adeguate al loro ruolo.

Anche nel periodo della pandemia ci siamo dovuti rendere conto di quanto il territorio, se adeguatamente attrezzato e rafforzato, possa essere una risorsa strategica per il proseguo delle attività necessarie e indifferibili del percorso nascita.

Nella nostra organizzazione abbiamo individuato percorsi ben precisi: il percorso per la fisiologia viene seguito dall'ostetrica consultoriale, il percorso per il rischio cosiddetto "intermedio" viene seguito dai ginecologi consultoriali con possibilità di centralizzazione presso una struttura intermedia qualora insorgano problematiche per le quali sono necessari approfondimenti.

La struttura intermedia è rappresentata da un ospedale "territoriale" dove si trova anche la diagnosi prenatale e dove vengono effettuate anche tutte le ecografie di protocollo: qui è inoltre possibile eseguire anche la diagnosi invasiva e piccoli interventi, se necessari. L'ostetrica consegna nel consultorio il "libretto di gravidanza" che prevede già un'assistenza standardizzata per le gravidanze fisiologiche, concordata a livello regionale da un gruppo di lavoro nel quale erano presenti medici-ostetrici e ostetriche. Alla consegna del libretto viene proposta la griglia Who e se la gravidanza risulta a basso rischio le viene proposta un'assistenza ostetrica. Chiaramente questo presuppone una rete di professionisti medici-ostetrici di riferimento, i quali supportano e talvolta intervengono qualora si renda necessario. Contemporaneamente alla consegna del libretto vengono offerte e prenotate le ecografie di protocollo (che nella nostra regione sono 3) che vengono effettuate nella struttura cosiddetta "intermedia". Qualora si verificassero problematiche che determinino la fuoriuscita dal percorso fisiologico le donne vengono prese in carico dai professionisti territoriali di riferimento.

In caso di problematiche transitorie o che, ad un approfondimento, non risultino sussistenti è possibile tornare al percorso della fisiologia.

Se dalla griglia Who risulta invece la presenza di qualche fattore di rischio allora la donna viene indirizzata direttamente al percorso medico e, qualora questo si complichino, al percorso gravidanze a rischio della struttura intermedia.

Il passaggio all'ospedale avviene, previa una accurata relazione che testimonia il percorso, effettuato presso il termine o con presa in carico anticipata nel caso di complicanze importanti che rendano necessario un ricovero o l'anticipazione del parto. Questo modello "a rete" è stato preceduto da un periodo di confronto e formazione sia per i medici che per le ostetriche ed è in grado di garantire passaggi fluidi e continuità.

Si sta lavorando su protocolli e percorsi specifici per le situazioni che deviano dalla fisiologia.

Si tratta di un modello semplice e integrato in grado di garantire equità e sostenibilità delle cure a tutti i livelli con una buona adeguatezza dei percorsi offerti. Insomma "individuare il professionista giusto" per il percorso più adeguato rappresenta una garanzia di efficienza ed efficacia e la riduzione di eccesso di interventi inadeguati se non inu-

basso rischio modalità organizzative e percorsi

uscita dalle stesse per insorgenza di eventi complicanti il percorso travaglio parto. Questo fatto, che sembra scontato, è il punto cruciale di tutto il percorso in quanto determina che è l'ostetrica di riferimento ad essere, in prima battuta, la responsabile del monitoraggio e della valutazione dell'iter fisiologico del percorso stesso introducendo il concetto di responsabilità.

Percorso. Al momento dell'insorgenza del travaglio deve essere effettuata una rivalutazione del rischio materno e feto neonatale, da parte di entrambi gli operatori, medico e ostetrica ai fini dell'ammissione nell'area funzionale scelta, mediante check list condivise. Si ritiene indispensabile che l'ostetrica inerita nel team che opera in queste aree a gestione autonoma abbia completato un volume di attività non inferiore a 50 parti *one to one*, con l'impegno da parte delle strutture sanitarie, direttamente coinvolte o di riferimento a strutture esterne, di promuovere l'affiancamento da parte del personale già formato nei casi necessari al fine di implementare l'autonomia gestionale. Medici ginecologi, pediatri/neonatologi e ostetriche devono condividere periodici percorsi di aggiornamento interdisciplinare includenti la gestione di condizione di urgenza/emergenza. Tutte queste aree funzionali, tutte le procedure e tutti i protocolli devono

inoltre essere oggetto di Audit clinici con scadenza definita. Audit che comprendano i professionisti direttamente coinvolti e i professionisti di riferimento non coinvolti direttamente, al fine di monitorare i motivi e le modalità di uscita dal percorso per sopravvenute problematiche durante il percorso iniziale. Per uniformare strutture, percorsi e linguaggi è poi indispensabile: la presa in carico della donna e una valutazione iniziale; una raccolta dell'anamnesi personale o una valutazione di quella raccolta; la rilevazione dei parametri vitali e delle condizioni materne e fetali (attività cardiaca e movimenti attivi fetali, contrazioni, modificazioni cervicali, Perdite vaginali, accrescimento, situazione, presentazione, impegno); e, ultimo ma non ultimo, instaurare un rapporto empatico con la donna finalizzato alla comprensione delle aspettative sull'evento travaglio/parto se non ancora sondat. Pur rendendomi conto che queste mie poche raccomandazioni possono sembrare banali, ritengo che vadano sempre ricordate e applicate in quanto l'obiettivo che tutti noi ci prefiggiamo è sì quello di offrire la più ampia scelta alle nostre pazienti, ma sempre con il massimo delle garanzie possibili per il binomio madre-feto.