



SENATO DELLA REPUBBLICA
COMMISSIONE IGIENE E SANITÀ
UFFICIO DI SEGRETERIA
COMM12A@SENATO.IT

Oggetto: Affare assegnato in materia di potenziamento e riqualificazione della medicina territoriale nell'epoca post Covid (Atto [n. 569](#)) - documento FNOPO

Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), in seno alla 72^a Assemblea Mondiale della Sanità di maggio 2019, ha designato l'anno 2020 come «**anno dell'ostetrica**». Per la prima volta nella storia, le nazioni del mondo affermano che questa professione sanitaria ha un valore inestimabile per la salute delle donne di tutto il mondo e che senza ostetriche non si raggiungerebbero gli obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG) o la copertura sanitaria universale (UHC). L'ostetrica, nel corso della pandemia da COVID-19, ha onorato pienamente il riconoscimento che l'OMS ha dedicato alla figura ostetrica che ha dimostrato un grande livello di resilienza per garantire continuità assistenziale alle donne con alto senso dello Stato.

Il Comitato Regionale Stati Europei OMS ha deliberato di protrarre all'anno 2021 tale celebrazione estendendola anche alle altre professioni sanitarie che, incuranti del rischio, hanno sostenuto il Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

La professionista ostetrica, nel proprio ambito di competenza, svolge un ruolo efficace di promozione della salute delle donne, delle famiglie e comunità gestendo l'assistenza in ambito territoriale, identificando e valutando lo stato di salute e i bisogni della popolazione femminile nel loro contesto e comunità di riferimento, operando in autonomia o in équipe, gestendo il cambiamento degli scenari epidemiologici.

Il professionista della salute di profilo ostetrica, nella fattispecie, promuove la salute della donna in tutte le fasi del suo ciclo biologico, sessuale – riproduttivo attraverso la prevenzione, la cura e la riabilitazione per gli specifici ambiti di competenza offrendo informazione e counselling personalizzati che favoriscono e migliorano l'adesione alle cure e a stili di vita che permettono di recuperare /migliorare la salute di tutta la comunità. L'approccio salutogenico proprio dell'ostetrica si è manifestato nella sua valenza strategica, proprio nella fase Covid, per la promozione della salute per la donna e il suo contesto familiare e comunitario. Lo sarà ancor di più nella fase post Covid, laddove il territorio avrà investito su questa figura assicurando un numero adeguato di ostetriche presenti nei consultori così da garantire a tutte le donne la continuità delle cure, limitare gli accessi in pronto soccorso e favorire il rientro al domicilio dopo il parto con dimissioni precoci ma in sicurezza con il monitoraggio a domicilio (*home visiting*) di tutte le situazioni di positività a Covid-19.

L'ostetrica, inoltre, attraverso l'*home visiting (HV)* garantisce il giusto sostegno e assistenza alle madri e alle coppie, attraverso ascolto, condivisione e aiuto nel periodo più delicato e difficile per i neo-genitori. L'*home visiting* dell'ostetrica è l'intervento a sostegno della genitorialità che può declinarsi a seconda dei bisogni di quel particolare nucleo familiare anche per l'individuazione di situazioni di fragilità. In molte aree del Paese, in particolare quelle metropolitane, spesso i nuclei familiari sono mononucleari e l'*home visiting* è la giusta risposta alla dimissione ospedaliera spesso



precoce ma non protetta della neo mamma che rientra in casa ed è lasciata sola.

L'home visiting dell'ostetrica, oltre a consentire un attento controllo delle condizioni materne nel periodo del puerperio con prevenzione di disturbi a volte anche gravi come le emorragie tardive, consente di sostenere la madre nell'allattamento materno e nell'alimentazione del bambino fino ad un anno di età, di rilevare e intervenire precocemente nei fenomeni di *baby blues syndrome* o *depressioni post partum*. Inoltre, consente di rilevare precocemente i segnali di violenza o abusi che spesso si presentano per la prima volta da parte del partner durante il periodo della gravidanza e nel puerperio, consentendo di intervenire anche con invio ai servizi specializzati. L'home visiting dell'ostetrica permette di promuovere il corretto ricorso alle vaccinazioni, di attuare un attento counselling ostetrico in ambito contraccettivo, di effettuare l'intervento educativo sanitario corretto per migliorare l'empowerment femminile che si riverbera sull'intero nucleo familiare, ad esempio nell'ambito della promozione dei sani stili di vita.

Il percorso nascita in epoca Covid

In molti Stati membri dell'OMS, la collaborazione tra tutti i professionisti della salute nell'ambito delle cure primarie, in particolare nella medicina generale, è esperienza ormai consolidata e valida, da anni: nel nostro Paese essa è, invece, un processo ancora da sviluppare e da implementare soprattutto nell'epoca post Covid.

L'epidemia da nuovo Coronavirus ha evidenziato che l'assenza, o carenza, di efficienti ed efficaci presidi territoriali dei servizi per la salute di genere femminile sul territorio possono impattare negativamente sulla salute delle donne in tutte le fasi della vita, dall'infanzia alla menopausa.

L'Italia è stato il primo Paese in Europa a essere violentemente colpito lo scorso inverno dalla pandemia COVID-19. Durante quel periodo, il blocco totale di 3 mesi necessario ed efficace per arginare l'infezione ha cambiato la vita di milioni di persone e contemporaneamente la cronica inadeguatezza dell'assistenza territoriale non ha consentito un'offerta sanitaria appropriata.

Lo studio retrospettivo condotto dal prof. Mario De Curtis, e altri autori, ha analizzato i dati perinatali durante il *lockdown* (marzo, aprile, maggio 2020) della regione Lazio dove ogni anno avviene circa il 10% delle nascite italiane confrontandoli con gli stessi mesi del 2019.

Lo studio ha mostrato un aumento statisticamente significativo di circa tre volte nei nati morti, una diminuzione della percentuale di nascite pretermine tardive e un aumento delle nascite a termine. C'è stato un aumento ma non significativo nelle nascite molto pretermine e una riduzione non significativa nei tagli cesarei. (**tabella n. 1**)

Table 1 Gestational categories during the lockdown (March-April-May) 2020 and the same period in 2019

Gestational age (weeks)	2019	2020	P value
	N (%)	N (%)	
Very preterm (<32 weeks)	50 (0.55)	61 (0.79)	0.06
Late preterm (32–36 weeks+6 days)	537 (5.93)	358 (4.62)	<0.001
Term (37–41 weeks+6 days)	8362 (92.37)	7221 (93.11)	0.01
Late term >42 weeks+0	104 (1.15)	115 (1.48)	0.06
Total livebirths	9053	7755	–
Caesarean section	3278 (36.2)	2758 (35.5)	–
Stillbirths (N, per mille births)	10 (1.07)	26 (3.23)	0.0017

Single (N and % live births), caesarean section and stillbirths.



Il triplice aumento dei nati morti nell'anno 2020, osservato dai ricercatori rispetto all'anno 2019, non sembra essere una conseguenza diretta dell'infezione da COVID-19. I ricercatori ritengono infatti che possa essere, invece, una conseguenza di cambiamenti di vita indotti dal blocco e in particolare causati da controlli prenatali ridotti presso i presidi ospedalieri e consultoriali per la paura delle donne di contrarre l'infezione da COVID-19. Questo comportamento ha portato al rinvio o alla sospensione di tutti i controlli medici anche nelle donne in gravidanza. (Mario De Curtis, Leonardo Villani, Arianna Polo, Maternal and Child Health Department, Università di Roma La Sapienza, Roma, Italia ed altri).

Inoltre, sia nella prima sia nell'attuale fase dell'emergenza epidemica, alcuni punti nascita (PN) sono stati temporaneamente convertiti in strutture COVID, privando di fatto la popolazione di quel territorio dei servizi alla nascita che avrebbero trovato supporto nella presenza di una specifica figura per il sostegno alla donna, qual è la ostetrica di famiglia e di comunità, nel percorso perinatale: prima, durante e dopo la gravidanza per la promozione dell'allattamento materno, nonché per le procedure di prevenzione della salute femminile.

Nei territori in cui c'era e si è mantenuto un adeguato investimento di ostetriche gli esiti materno fetal non hanno risentito in modo così drammatico della pandemia.

Ostetrica di Famiglia e di comunità

La figura dell'Ostetrica di famiglia e di comunità, quale modello proposto della Federazione Nazionale degli Ordini della professione Ostetrica (FNOPO), trova le sue radici concettuali di riferimento a livello internazionale nel Rapporto "The State of the World's Midwifery 2014" e nell'approfondimento dedicato a *The Lancet Series "MIDWIFERY"*.

L'implementazione del modello in parola per il *potenziamento e la riqualificazione della medicina territoriale nell'epoca post Covid* ha la finalità di promuovere la centralità del ruolo e della salute della donna nei sistemi familiari e sociali, con l'obiettivo di accrescerne l'empowerment, la consapevolezza e benessere di tutti gli individui, migliorando il welfare di comunità.

Il modello di Ostetrica di famiglia e di comunità è basato su indicazioni, letteratura e concetti condivisi a livello internazionale e risponde alle criticità dell'attuale fase di transizione demografica, epidemiologica, sociale ed economica.

È evidente che la figura dell'"Ostetrica di famiglia e di comunità" ha effetti benefici anche nei confronti della spesa sanitaria, migliorando la sostenibilità economica del sistema sanitario, nonché sugli *outcome* di salute, incrementando gli indicatori ed esiti previsti nei sistemi di valutazione dell'efficacia ed efficienza dei sistemi sanitari.

Spesso l'investimento economico necessario per garantire una adeguata presenza di ostetriche in relazione alla popolazione (per la realizzazione del percorso nascita, ad esempio, devono essere previste 2 ostetriche ogni 10.000 abitanti, cui aggiungere una ostetrica ogni 25.000 abitanti per le altre attività consultoriali secondo quanto previsto dal P.O.M.I.) viene utilizzato come deterrente/obiezione per la realizzazione di tali percorsi. **In realtà, laddove si è attuata tale proporzione tra presenza dell'ostetrica e popolazione si è dimostrato che nella realtà si verifica un significativo risparmio sia sul costo delle prestazioni erogate sia sugli esiti di salute, migliorando gli outcome complessivi specifici per l'area materno infantile.**



La sperimentazione attivata in provincia autonoma di Trento, e documentata dall' I.S.S. nell'ambito dell'accordo di collaborazione tra I.S.S. e APSS Trento, ha permesso di approfondire la validità del modello con tutte le implicazioni anche economiche ad esso connesse.

Lo studio si è svolto in 6 fasi:

1. Descrizione del percorso
2. Revisione della letteratura
3. Confronto EBM/percorso nascita TN
4. Verifica aderenza PDTA
5. Analisi di confronto *outcome* pre percorso nascita e dopo realizzazione percorso
6. Analisi economica

I materiali di prossima pubblicazione possono essere chiesti all'I.S.S. per ulteriori approfondimenti.

Con l'intervento proattivo delle ostetriche nell'ambito della prevenzione, dalle campagne sugli stili di vita migliori da adottare agli screening e diagnosi precoci, ad azioni di counselling individuale e familiare, nonché di miglioramento dell'*health literacy* ed *empowerment* individuale della donna, famiglia e comunità, si può contrarre e far decrescere a medio-lungo termine la stessa spesa sanitaria nazionale. Obiettivo raggiungibile grazie alla prevenzione di patologie, alla presa in carico precoce e diagnosi tempestive, al ricorso appropriato ai ricoveri ospedalieri, alla diminuzione di uso e abuso di farmaci, utilizzo appropriato di presidi e diagnostiche non necessarie, con relativa riduzione di over treatment.

La presenza dell'Ostetrica di famiglia e comunità consente, quindi, l'ampliamento dell'offerta sanitaria alla popolazione femminile e il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure attraverso l'utilizzo efficace dei servizi e la valutazione delle prestazioni/attività e relativi *outcome*. L'Ostetrica garantisce alle donne e famiglie il necessario supporto e cure perinatali, imprescindibile per cominciare a invertire l'attuale tendenza della denatalità, assicurando alle coppie di realizzare il desiderio di maternità, anche con interventi di educazione sanitaria, in particolare a giovani e adolescenti sulle MST o sui rischi che molte abitudini e stili di vita comportano sulla fertilità (Piano nazionale fertilità).

Il servizio sanitario italiano, sin dall'inizio, si è posto l'obiettivo, non ancora compiutamente raggiunto, della propria razionalizzazione mediante taglio di posti letto e conseguente potenziamento dei servizi territoriali, che in epoca di emergenza sanitaria da COVID-19 si è dimostrato l'anello debole del Servizio sanitario nazionale. Centrale e strategica, per raggiungere quest'obiettivo, è l'implementazione dell'assistenza domiciliare, consultoriale e dei presidi del territorio come le Case della salute, in particolare nelle aree a scarsità di risorse e di servizi, ad es. per la chiusura dei Punti nascita al di sotto dei 500 parti/anno e con alta densità di popolazione.

L'ostetrica di famiglia e di comunità è un sicuro presidio funzionale nei diversi servizi del territorio e nel Percorso nascita può operare una presa in carico precoce della donna/coppia, già in fase perinatale prevenendo, se del caso, ricoveri impropri che incidono negativamente sia con il processo di medicalizzazione della nascita sia sui costi dell'assistenza. Per quanto indicato dal rapporto OCSE risulta altrettanto importante la ristrutturazione della rete consultoriale, in quanto da una recente indagine ISS del 2019 emerge che molti consultori sono quantitativamente inadeguati alla popolazione e che in molti di quelli esistenti si registra una forte carenza di personale ostetrico.



Per il riordino dei servizi territoriali il modello di riferimento deve essere quello descritto dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189 “*Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*” che definisce nel dettaglio un ideale modello distrettuale.

Com'è noto, negli ultimi anni in Italia si è assistito al duplice fenomeno dell'aumento della vita media e del tasso di crescita uguale a zero, con la conseguente prevalenza numerica della popolazione anziana su quella adolescente (e non solo) e della maggiore incidenza di malattie a prognosi infausta (soprattutto oncologiche), il cui esito negativo, peraltro, oggi si sposta sempre più avanti nel tempo. Inoltre, insieme all'invecchiamento della popolazione, emerge un altro fenomeno ormai strutturale, anche di maggiore urgenza, la “Denatalità” certificata dall'ISTAT con i suoi effetti negativi sul Sistema Paese. Il triste fenomeno, infatti, ha ormai raggiunto livelli che non garantiscono più nemmeno il ricambio generazionale e la sostenibilità nel futuro dei sistemi di welfare e previdenziali. (solo 420mila nati – Istat luglio 2020). Già oggi, nell'illustrare il grave fenomeno della denatalità, l'Istat lo accompagna spesso a insufficienti politiche di welfare sanitario degli ultimi decenni, con inadeguato riconoscimento del valore sociale della Maternità e della salute della donna e famiglia. Istanze quest'ultime, reclamate oggi a gran voce da molti movimenti femminili in tutta Italia, che si ispirano a modelli di assistenza ostetrica presenti in Europa e a cui si ispira quello di “Ostetrica di famiglia e di comunità”.

[Il Piano Nazionale per la fertilità del 2015](#), diretto al coinvolgimento di cittadini, medici, farmacisti, ostetriche, operatori sanitari, università, aziende sanitarie, si prefigge di collocare la Fertilità al centro delle politiche sanitarie ed educative del Paese, con la consapevolezza che la salute riproduttiva è alla base del benessere fisico, psichico e relazionale dei cittadini.

I bisogni di salute della popolazione femminile, mutevoli e complessi, affinché siano soddisfatti richiedono diversificazione, nonché corretta e appropriata allocazione e utilizzo delle risorse. L'ostetrica di famiglia e di comunità risponde in modo adeguato ai bisogni di salute della donna e della famiglia (*midwifery care*) all'interno dei servizi del percorso nascita, nei presidi territoriali, all'interno delle farmacie, negli istituti penitenziari, nei centri oncologici, *breast unit* e di diagnostica ecografica di settore.

Per quanto riguarda la legislazione italiana, già con la legge n. 833 del 1978 era stato istituito il Distretto, destinato al coordinamento sul territorio dell'assistenza sanitaria al cittadino. Legge poi modificata dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, dove si parlava ancora di Distretto del quale la legge 198/2012 ha delineato il modello ideale di organizzazione.

Il rimodellamento delle cure primarie produce un'organizzazione dell'assistenza sempre più integrata, multidisciplinare e multiprofessionale in grado di attuare la reale presa in carico del cittadino e garantire sul territorio l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria lasciando, invece, ai presidi ed aziende ospedaliere la prevalente gestione delle acuzie.

Inoltre, alle cure primarie sul territorio spetta anche il compito di promuovere la salute della popolazione di riferimento attraverso il passaggio dalla «medicina di attesa» alla «medicina di iniziativa», mediante un sistema di controllo informatizzato che permetta di verificare l'appropriatezza, la qualità e la sostenibilità dei percorsi di cura: per questo è fondamentale l'ostetrica di famiglia e di comunità, nel suo ruolo di *midwifery care*.



Il futuro della sanità italiana si gioca quindi sul territorio: questo è l'ambito dove, nei prossimi anni, si svolgeranno gran parte delle attività assistenziali che oggi afferiscono, in maniera impropria, agli ospedali. Questa è appunto la *mission* dei distretti, come sanciscono il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e il Patto per la salute. In tale prospettiva la figura dell'ostetrica di famiglia e di comunità e la *midwifery care* assumono ancora più rilievo.

L'introduzione della figura di "ostetrica di famiglia e di comunità" nel SSR – SSN ha la finalità di realizzare un sicuro presidio di assistenza continua e una costante interfaccia con le diverse organizzazioni pubbliche e del privato sociale, Consultori famigliari pubblici e privati, Scuole e Servizi sociali, Aziende sanitarie (punti nascita) e Università, Medici di medicina generale e sviluppare un empowerment di comunità. Il tutto a partire dall'analisi degli scambi e della realizzazione del reticolo interorganizzativo per l'attivazione delle reti solidali socio-sanitarie e di comunità e per il rafforzamento della presa in carico integrata delle donne e dei minori.

Il Presidente FNOPO
Dott.ssa Maria Vicario