CITTA' DI TORINO

ORDINE DEL GIORNO N° 3

Approvato dal Consiglio Comunale in data 30 gennaio 2023

OGGETTO: LA GRAVIDANZA DEVE ESSERE LA PRIORITA' DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE.

Il Consiglio Comunale di Torino,

PREMESSO CHE

L'angosciosa morte di un neonato presso l'ospedale Pertini di Roma ha posto l'attenzione sull'assistenza "post partum" negli ospedali, nei punti nascita e a domicilio, sulla mortalità neonatale e infantile, nonché sulla bassa natalità in Italia.
In generale, nella maggioranza dei casi, il periodo successivo al parto non presenta grandi problemi per la mamma ed il neonato, ma alcune circostanze possono mettere a rischio la salute e la vita di entrambi.
Contrariamente ai luoghi comuni, che considerano la gravidanza come un periodo idilliaco nella vita di una donna, piena di gioia e di impegni positivi, essa è una esperienza diversa ogni volta, che può dare grandi soddisfazioni o accentuare momenti di insicurezza e di paura, tra luci e ombre, nella ricerca di un equilibrio tra le inevitabili trasformazioni fisiche, sociali e psicologiche, che essa comporta.
Si può dire che la gravidanza abbia sempre un rischio di fondo per la salute psichica della donna, che può comparire o accentuarsi nel periodo dopo il parto, perché cambiamenti radicali nella vita, lo stress fisico e psicologico del parto, possono indurre disagi, alterazioni dell'umore e sensi di inadeguatezza, che sono solitamente temporanei, ma che possono persistere e sfociare in vere forme di depressione.
Nel 2022 l'OMS ha aggiornato e sintetizzato in 63 punti le proprie "Raccomandazioni sulle cure materne e neonatali per una positiva esperienza postnatale". Il periodo postnatale viene definito come "un momento critico per donne, neonati, partner, genitori, caregiver e famiglie". Si tratta di raccomandazioni che si rivolgono a tutti i paesi del mondo, compresi quelli a basso e bassissimo reddito dove la mortalità materna e quella neonatale sono molto alte, le risorse economiche ridotte e l'assistenza sanitaria spesso assente o minima, per cui a volte sono in conflitto con le pratiche assistenziale dei paesi ricchi.
In Italia, buona parte di queste raccomandazioni sono pratica corrente in quasi tutti i punti nascita o sono in via di applicazione, mentre altre sono oggetto di valutazione nel contesto organizzativo dei bisogni e delle richieste dell'assistenza ostetrica e neonatale nel contesto dei sistemi sanitari regionali.

Nell'edizione 2018 della "Agenda della gravidanza" della Regione Piemonte si afferma che "avere un supporto continuo e un sostegno emotivo durante il travaglio in fase attiva, favorisce un'esperienza di parto-nascita positiva, meno dolorosa e promuove la salute di madre e neonato", che "in travaglio significa poter contare sulla presenza continua e continuativa di una persona di fiducia e di professionisti, che offriranno incoraggiamento, rassicurazione, aiuto e conforto per affrontare al meglio la fatica, la gioia, le paure e il dolore" e che "la scelta di tale persona (partner, amica, madre, sorella, ecc.) va fatta accuratamente sulla base delle proprie esigenze e preferenze".
L'agenda raccomanda un'accoglienza che permetta "a mamma e bambino di stare insieme sin dalla nascita, condividendo le prime ore di vita e, successivamente, la camera di degenza (rooming-in), che consente di mantenere l'intimità che ha caratterizzato i nove mesi precedenti e facilita la familiarità". In particolare, afferma che "vivere la continuità della nascita, prendere appena possibile tra le braccia il proprio piccolo, metterlo al seno, accudirlo, permette tutti i cambiamenti ormonali che sono alla base del naturale instaurarsi del rapporto mamma-bambino e dell'avvio dell'allattamento".
Se nel mondo il tasso di mortalità neonatale, dei deceduti nei primi 28 giorni dalla nascita, è di 18 casi per mille nati vivi, con tassi molto più alti in alcune aree, nei paesi europei e del Nord America è di circa 2-3 casi per mille nati vivi; il 75% di queste morti avviene nella prima settimana, mortalità neonatale precoce.
In Europa nel 2019 la mortalità neonatale media è risultata 2,1 per mille, con valori che vanno da 1,5 a 2,4 decessi per mille nati vivi, in Italia il tasso di mortalità neonatale, che nel 2015 era di 2,2 per mille nati vivi, di cui 1,7 per mille nella prima settimana (precoce) e 0,5 per mille nelle altre 3 settimane (tardiva), nel 2019 è sceso a 1,7 per mille nati vivi.
In Italia il tasso di mortalità infantile (primo anno di vita), che nel 2015 era di 2,9 per mille nati, nel 2019 è di 2,5 per mille nati vivi, con significative differenze regionali da 1,45 a 4,42.
In Piemonte nel 2019 il tasso di mortalità infantile era 2,43 per mille nati vivi e quello della provincia di Torino di 2,73 per mille nati vivi.
In Piemonte nel 2021 ci sono stati 26.700 nati, 11.059 in meno rispetto ai 37.759 del 2011 (-29,3%); nello stesso periodo le donne in età feconda (15-49 anni) sono 150.012 in meno; erano 951.114 nel 2011 e sono 801.102 nel 2021 (-15,8%).
Nel 2011 la percentuale di donne 15-49 anni in gravidanza era il 4,0% ed è sceso al 3,3% nel 2021. Se si considerano le donne 15-45 anni, la riduzione è dal 4,7% al 4,0%.
La conseguenza è che 4.672 donne, che avrebbero fatto un figlio nelle condizioni del 2011, non lo hanno fatto nelle condizioni del 2021; nello stesso periodo le IVG sono calate del 42,8% e gli aborti spontanei del 31%.
Nel complesso, se nel 2011 in Piemonte le gravidanze diagnosticate furono 51.280 (5,4% delle donne 15-49 anni), terminate il 73,2% con un parto, l'8,7% con un aborto spontaneo e il 18,1% con una IVG, nel 2020 le gravidanze diagnosticate sono scese a 34.887 (4,3% delle donne 15-49 anni), terminate il 75,8% in un parto, l'8,8% in un aborto spontaneo, l'8,8% e il 15,3% in una IVG.
In Piemonte un quarto dei bambini nasce all'ospedale Sant'Anna, gli altri nei restanti 24 punti nascita, dei quali solo sei hanno più di mille parti e molti non arrivano a 500 parti, poco più di un nato al giorno.
I parti a domicilio, che usufruiscono del contributo regionale, sono circa 130 all'anno e una decina fuori struttura senza programmazione.
Con riferimento al 2020, l'anno di inizio dell'epidemia del Covid, si evidenzia una significativa differenza tra i vari punti nascita: i tagli cesarei sono stati il 26,6% (13,9% - 39,5%) dei parti, il 64% (49,3% - 82,2%) dei neonati è stato messo al seno nelle prime due ore dalla nascita, una persona di fiducia è stata presente al parto nel 67,6% (56% - 80,7%) dei casi e l'ecografia "morfologica" del secondo trimestre è stata effettuata nel 97,7% (95,8% - 100%) dei casi sommando il pubblico al privato.

RITIENE CHE

- L’assistenza in gravidanza, intra partum, post partum e puerperale debba essere una priorità nella spesa sanitaria della Regione Piemonte, includendo in essa anche la diagnosi prenatale e l’assistenza alle donne che hanno un aborto spontaneo o decidono per una interruzione volontaria della gravidanza;
- debba essere resa disponibile ogni informazione sui vari punti nascita mediante la pubblicazione di una relazione annuale dell’assessore regionale alla sanità sui parti, sugli aborti spontanei, sulla PMA, sulle IVG e altri dati dei vari punti nascita al fine di favorire la scelta della donna indipendentemente dal percorso assistenziale seguito;
- ogni punto nascita debba pubblicare sul proprio sito web i dati relativi ai parti, agli aborti spontanei, alla PMA e alle IVG dell’anno precedente, con riferimento specifico ai numeri e alle percentuali di induzioni, tagli cesarei, episiotomie, analgesie, peridurali, parti operativi e altri parametri individuati;
- si debba garantire la possibilità dell’analgesia in travaglio e della peridurale in tutti i punti nascita, informando su quelli che non la garantiscono;
- si debba verificare il rapporto tra personale e parti a livello di ogni singolo punto nascita al fine per riequilibrare eventuali distorsioni per migliore l’efficacia e l’efficienza dell’assistenza ostetrica;
- debba essere introdotta la diagnosi del DNA fetale su sangue materno (Non Invasive Prenatal Testing - NIPT) a carico del Servizio Sanitario Regionale in un contesto alternativo/integrato con i test statistici e diagnostici per la diagnosi prenatale;
- debba essere data a tutte le donne la possibilità di eseguire l’ecografia morfologica nelle strutture pubbliche e convenzionate, salvo per chi desidera eseguirla privatamente, dovendosi preventivare 26.000 esami a livello regionale, circa 100 esami per giorno lavorativo nell’intera regione;
- debba essere garantita a tutte le donne una ecografia del terzo trimestre, oggi non prevista dal protocollo dell’Agenda della Gravidanza, ma che viene ugualmente effettuata in quasi tutte le gravidanze, e a tal fine aumentare la disponibilità di ecografi a basso costo nei consultori e negli ambulatori per poterla effettuare nel contesto della visita ostetrica;
- debbano essere inserite nella Agenda della Gravidanza le impegnative per le consulenze dietologica, psicologica e anestesiologica da potere essere utilizzate nell’eventualità dai professionisti che assistono la gravidanza;
- si debba tornare velocemente alla situazione precedente al Covid per quanto riguarda orari di visita e possibilità di rimanere accanto alla puerpera per l’intera giornata;
- si debba potenziare l’assistenza domiciliare in puerperio per selezionare ed assistere le situazioni più a rischio e le richieste di aiuto a partire dalle equipe territoriali e dai consultori pubblici;
- si debba inverare e razionalizzare l’efficacia della rete dei 212 consultori pubblici, dichiarati nella Relazione annuale del Ministro della salute sulla Legge 194/1978, che corrisponderebbero ad 1 ogni 3.779 donne 15-49 e ad 1 ogni 20.077 abitanti, numero che sembrerebbe adeguato, ma che probabilmente deve essere valutato sulle base delle ore, del personale e delle prestazioni effettuate;
- si debba valutare l’efficacia e la potenzialità dei consultori pubblici di Torino, che sarebbero attualmente 12 con un rapporto di 1 ogni 13.800 donne 15-49 anni e 1 ogni 70.000 abitanti.