

Visite domiciliari ai neonati e alle mamme nell'ambito territoriale di Cesena. Analisi di 25 anni di storia

Antonella Brunelli*, Massimo Farneti**, Francesco Ciotti***

*Direttore Pediatria e Consultorio Familiare, Cesena-AUSL della Romagna; **Coordinatore ACP Emilia Romagna; ***Pediatria e Neuropsichiatria Infantile, Cesena

Premessa

L'efficacia delle visite domiciliari (VD) nella promozione della salute, nella riduzione delle disuguaglianze e la capacità di influire sui determinanti di salute, insieme alla dimostrata efficacia della precocità degli interventi (entro i primi mille giorni di vita), costituiscono raccomandazioni forti da parte delle agenzie internazionali, di esperti in salute pubblica e di associazioni pediatriche.

È tuttora aperto il dibattito sulle modalità organizzative con cui pianificare l'intervento: dal modello *universale*, con visita a tutte le mamme e i neonati, piuttosto impegnativa dal punto di vista delle risorse, al modello *selettivo*, con visita alle categorie a rischio, con la difficoltà intrinseca di definizione del rischio, e con l'evidenza che le difficoltà non si limitano alle categorie identificate a rischio; fino al modello *progressivo*, cioè a intensità variabile, con un primo contatto che può essere seguito da altre visite in base alle necessità della mamma e del neonato.

Nell'analisi che segue, sull'esperienza condotta nell'ambito cesenate, non verranno discussi l'efficacia e gli esiti delle VD già confermati dalla letteratura internazionale, ma saranno analizzate le variazioni di metodo (da universale a progressivo) e l'adesione ai diversi modelli da parte delle famiglie.

Materiali e metodi

L'osservazione è stata condotta sull'ambito territoriale di Cesena che comprende una popolazione residente nei 15 Comuni di circa 200.000 abitanti, di cui circa 30.000 ragazzi sotto i 18 anni. Si estende per un periodo di 25 anni (dal 1990 al 2015), nel corso del quale sono state monitorate le visite domiciliari delle assistenti sanitarie e infermiere (AS/CPSI) ai neonati, sia per quanto riguarda i criteri di scelta di popolazione, sia per i dati di attività, sia per gli avvenimenti più salienti relativi all'anno in oggetto.

La fonte da cui sono stati tratti i dati è costituita dalle relazioni annuali sulle atti-

vità del servizio redatte dai direttori della Pediatria di Comunità (Ciotti, Farneti) e, benché l'attività di home visiting abbia avuto inizio fin dagli anni Sessanta, è stato possibile il recupero dei dati fino al 1990.

I parametri considerati sono:

- il numero di puerpere o nati nell'anno;
- il numero di puerpere contattate (in ostetricia/nido dalla AS/CPSI);
- il numero di visite: eseguite, rifiutate da parte della puerpera contattata.

Le modalità di contatto (visita al nido, incontro nel corso di accompagnamento alla nascita, presentazione telefonica).

Risultati

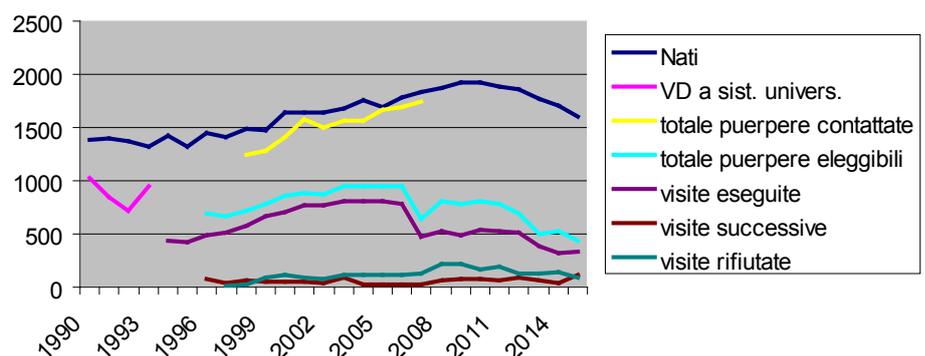
Il **Grafico** mostra come fino al 1994 la popolazione oggetto di VD sia rappresentata da tutte le puerpere, che vengono incontrate dalla AS/CPSI in Ostetricia dopo il parto. Le visite al domicilio (modello universale) sono circa il 70% di tutti i nati (in quegli anni sono circa 1400 all'anno), dato dovuto in gran parte alle carenze di dotazione organica.

La difficoltà organizzativa ad affrontare questo impegno al 100% è evidente anche nel 1992, dove è presente una profonda incisura dovuta all'entrata in vigore della obbligatorietà della vaccinazione anti-HBV che ha impegnato numerose ore di lavoro. Dal 1994, su indicazione della Regione Emilia Romagna, viene introdotto il concetto di "donne a rischio", pur con modalità piuttosto estensive comprendendo tutte le primipare, oltre il rischio sanitario e so-

ciali. Il servizio di Pediatria di Comunità programma una formazione ad hoc per gli operatori da parte degli psicologi interni al servizio stesso, e la risposta si concretizza in una continua crescita del numero di donne contattate in Ostetricia. La dimissione precoce (1995) introdotta in Ostetricia impone accessi più frequenti da parte delle AS/CPSI ma provoca anche più promiscuità nelle stanze, per cui nel giro di qualche anno (1998) si opta per un questionario autosomministrato da parte delle mamme per la raccolta delle informazioni personali. Questo, insieme alla introduzione del flusso informativo anagrafico da parte dei Comuni che all'inizio produce ritardi e alla proposta di visita poco tempestiva, aumenta il numero dei rifiuti.

Nel 2007, le ostetriche del Consultorio Familiare (CF) acquisiscono la completa gestione dei corsi di accompagnamento alla nascita e le AS/CPSI escono dagli incontri programmati con le gravide. La compilazione del CEDAP (certificato di assistenza al parto) da parte delle ostetriche della sala parto e il suo utilizzo come fonte delle notizie anamnestiche remote e recenti, insieme alla visita del pediatra di famiglia a tutti i neonati entro il settimo giorno di vita, portano alla sospensione del colloquio in Ostetricia da parte delle AS/Inf con le puerpere.

Per utilizzare al meglio le poche risorse professionali, le primipare che hanno frequentato i corsi di accompagnamento alla nascita o seguite in gravidanza dal CF,



fuorché le puerpere straniere, vengono escluse dai criteri di popolazione target. Si riduce così drasticamente la popolazione eleggibile e contattata (che su 2000 nati di quegli anni diventa di circa 800 puerpere), concentrando l'intervento sulle mamme "sconosciute" ai servizi, che vengono contattate telefonicamente dalla AS/CPSI al rientro a casa, e altrettanto drasticamente si riduce il numero di visite eseguite (intorno a 500).

Alla proposta telefonica di visita aumentano progressivamente i rifiuti, che dalle poche decine degli anni Novanta, dal 2007 superano i 200, nonostante gli sforzi e la formazione al counselling compiuti dalle AS/CPSI per migliorare il primo contatto telefonico.

Al calo delle visite effettuate fa da contrappeso il numero di accessi successivi al primo, circa un centinaio all'anno, che coinvolgono circa una mamma su 10 fra le contattate (modello progressivo). Aumentano i colloqui telefonici e gli accessi spontanei al servizio delle mamme (fino a 150 volte) per confrontarsi con le AS/CPSI su argomenti vari di puericultura.

Discussione

Nell'ambito del servizio di Pediatria di Comunità di Cesena, insieme alle attività ordinarie (screening di malattie che si giovano di una diagnosi precoce, immunoprofilassi alle malattie infettive, educazione sanitaria, tutela della salute individuale in età pediatrica, degli adolescenti e dei ragazzi con malattie croniche, e tutela della salute in collettività), la visita domiciliare (VD) da parte delle assistenti sanitarie, nel tempo sempre più sostituite da infermiere professionali, ha sempre rappresentato un compito importante. Il contatto che le assistenti sanitarie hanno avuto con le gestanti che frequentavano i corsi di accompagnamento alla nascita e con tutte le puerpere presso il reparto di Ostetricia, ha sempre rappresentato un aspetto fondamentale. In tale occasione la AS/CPSI raccoglieva i dati anamnestici più rilevanti, compresi il titolo di studio dei genitori, la presenza di malattie familiari, lo stato immunologico rispetto al virus della rosolia; forniva le informazioni amministrative principali relative alla tutela della maternità alla scelta del pediatra di famiglia, offriva la disponibilità per una visita al rientro al domicilio per supportare il puerperio, per insegnare

i principi di puericultura, e, non ultimo, per valutare lo stato di salute "mentale" della mamma e della famiglia.

Nel tempo questa organizzazione a modello "universale" si è modificata riducendo il contatto in ostetricia fino a interromperlo, e limitando le VD a categorie a rischio, pur mantenendo la disponibilità a una "presa in carico" con successivi contatti e incontri nel caso in cui fossero ravvisate necessità specifiche (modello selettivo). L'andamento temporale non rimuove i dubbi sul modello da applicare, ma mostra come siano molteplici i fattori che concorrono a creare un rapporto di fiducia fra servizi e famiglie, e come sia importante promuovere un sistema coerente nel proprio ambito territoriale che si occupi della salute di una comunità.

Il progressivo ridursi del rapporto personale delle AS/CPSI con le puerpere, relegando il primo contatto a una telefonata, e la crescente restrizione dei criteri fino a selezionare una categoria di famiglie ad alto rischio, hanno provocato la progressiva perdita del sistema di supporto alla genitorialità da parte delle AS/CPSI che era stato edificato attraverso una relazione diretta, prima con la gravida ai corsi di accompagnamento alla nascita, poi con la puerpera al nido, poi ancora con la mamma all'interno del suo ambito familiare, e costruendo un rapporto di fiducia che si esprimeva anche attraverso visite domiciliari successive sia a richiesta della mamma, sia, se ritenute opportune, da parte dell'operatore. Un rapporto che, una volta instaurato anche in una popolazione più ristretta, è ritenuto importante da parte delle mamme che con seconde visite, colloqui telefonici e accessi spontanei al servizio, dimostrano la necessità di un contatto e di un sostegno.

Tuttavia, come dimostrato dalla letteratura, la progressiva focalizzazione di interventi su ristrette categorie ad alto rischio provoca la progressiva perdita del servizio stesso.

In verità, nella nostra esperienza quello che ha ridotto in modo importante la possibilità di accedere al domicilio non è stata tanto l'introduzione di criteri di rischio (abbastanza laschi specie all'inizio, poiché la categoria primipare consente comunque di agganciare la maggior parte delle mamme, specie inesperte) quanto la sospensione di quel contatto universale che al momento del parto si verificava con l'intera

popolazione di puerpere, senza distinzione sociale, di parità o di salute.

Conclusioni

La promozione della salute di una comunità non può essere limitata a un unico servizio o a uno specifico intervento, ma si ottiene attraverso una crescita che promuova una cultura pediatrica di comunità: sociale, sanitaria, educativa, di volontariato.

Nel nostro territorio, alcuni strumenti fondamentali quali la formazione professionale trasversale, le attività relative al percorso nascita e al sostegno alla genitorialità, una forte integrazione socio-sanitaria e scolastica con percorsi condivisi e la collaborazione con il volontariato, hanno permesso negli ultimi 50 anni di costruire cultura e salute pediatrica.

La formazione e l'autonomia professionale delle ostetriche, e la presenza di AS/CPSI nell'ambito familiare, di quartiere, di comunità, in relazione col pediatra di famiglia e in stretta funzione con le istituzioni di riferimento territoriale, costituiscono il patrimonio su cui si è strutturato un servizio di supporto alla genitorialità. Su queste risorse va rinnovato un modello che recuperi il contatto universale con le mamme, che individui coloro a cui proporre una visita al domicilio; un modello nel quale questa attività sia parte integrante di un servizio che si occupa di una comunità di famiglie e bambini in tutte le sue espressioni, e della quale la AS/CPSI sia una delle figure di riferimento.

✉ antonella.brunelli@auslromagna.it

Cirillo G. Le linee guida per gli interventi di Home Visiting nella prevenzione del maltrattamento all'infanzia. *Quaderni acp* 2018;25:73-4.

Di Pilato M, Scarponi S, Ragazzoni P. Disuguaglianze nella prima infanzia. *Dors Centro di Documentazione Regionale per la Promozione della Salute, Regione Piemonte*, febbraio 2012.

NICE. Social and emotional wellbeing of vulnerable children aged under 5: home visiting, early education and childcare, 2016.

Tamburlini G. Visite domiciliari per mamme e bambini: razionale, evidenze, modelli e ipotesi di attuazione. *Medico e Bambino* 2014;33:511-8.

Valdesalici C. Agenti di salute: riferimenti ed esperienze internazionali. <http://www.saluteinternazionale.info/2015/02/chronic-care-model-in-salsa-brasiliana/>