



Manuela Straneo, Piera Fogliati e Pierlorenzo Fantozzi

Un appello pubblicato sul *Lancet* invita a una maggior attenzione alla qualità dell'assistenza al parto per le donne più vulnerabili in Tanzania: l'accesso ai servizi è fondamentale, ma si deve garantire qualità delle cure per evitare morti neonatali e materne. Quale il volume ottimale di parti all'anno in una struttura sanitaria rurale? Quale il miglior compromesso tra distanza da percorrere e qualità dei servizi, per poter offrire un'assistenza al parto adeguata alle donne più svantaggiate?

Attraverso una lettera dal titolo “*Minimum obstetric volume in low-income countries*” recentemente pubblicata sulla rivista *The Lancet*[\[1\]](#), abbiamo voluto rivolgerci a chi nella comunità internazionale è impegnato a ridurre le morti legate al parto nei paesi con risorse limitate. Solo in Africa, ogni anno muoiono circa 200 mila donne, un milione di neonati e un altro milione di bambini prima di nascere. **Nel mondo la salute materna è compresa tra due estremi: *troppo poco, troppo tardi*** da un lato, e ***troppo, troppo presto*** dall'altro. Questi i termini usati in una recente serie di Lancet sull'assistenza alle donne durante gravidanza e parto[\[2\]](#). *Troppo poco, troppo tardi*

caratterizza l'assistenza dove mortalità materna e neonatale sono molto alte. *Troppo, troppo presto*, dall'altro, si riferisce all'eccessiva medicalizzazione di gravidanza e parto. Non è difficile trovare esempi di paesi ai due estremi.

Dalle pagine di Lancet, insieme a Claudia Hanson del Karolinska Institute di Stoccolma (Svezia) e Godfrey Mbaruku, dell'Ifakara Health Institute di Dar es Salaam (Tanzania), abbiamo voluto rivolgere un appello per **chiedere maggior attenzione sull'assistenza al parto nel primo livello del sistema sanitario: le strutture di *primary health care***. Occorre definire degli standard perché il parto a questo livello sia sicuro. È essenziale per ridurre le morti, perché spesso oltre metà dei parti (in Tanzania il 52%) è assistito a questo livello. Ma soprattutto per una maggiore equità: sono le donne più povere che partoriscono in queste strutture, quindi sono loro ad essere colpite da una bassa qualità dell'assistenza.

La *primary health care*, definita nel 1978 con la Dichiarazione di Alma Ata, prevede cure di base (compresa assistenza al parto) disponibili a tutta la popolazione con metodi scientificamente validi[3]. **La Tanzania, nazione dell'Africa orientale con circa 50 milioni di abitanti, è paradigmatica perché è stato uno dei primi paesi a mettere in atto la politica di *primary health care* nei decenni dopo l'indipendenza.** Il sistema sanitario ha un'organizzazione di tipo piramidale, con dispensari e centri di salute alla base. Una rete capillare di queste unità sanitarie permette all'85% della popolazione di essere entro un'ora di cammino da una struttura. Analizzare quanto succede in Tanzania permette di trarre insegnamenti per altri contesti africani.

La rete sanitaria capillare porta indiscussi benefici alla popolazione: elevatissime coperture vaccinali, visite prenatali e servizi curativi per esempio per i bambini sotto i 5 anni. È stato dimostrato appunto in Tanzania che i bambini che vivono entro 5 chilometri da un dispensario hanno maggiori probabilità di sopravvivenza di quelli che vivono al di fuori di questo raggio. Tuttavia, l'assistenza al parto è più complessa. I parti non si possono programmare, e richiedono quindi un servizio attivo 24 ore al giorno, tutti i giorni. Le complicanze del parto non sono frequenti; quando però si verificano, possono mettere a rischio vita della madre e del piccolo nel giro di poche ore. Occorre pertanto che chi assiste il parto abbia capacità, esperienza e gli strumenti necessari per gestire le complicanze.

L'impegno di Medici con l'Africa CUAMM in Tanzania è migliorare la salute

materno-infantile. Il paese è tra le dieci nazioni al mondo con il maggior numero assoluto di decessi di mamme e bambini; solo nel 2015, sono morte 8200 donne, 38 600 neonati e 47 100 bambini prima di nascere[4]. Queste morti sono concentrate attorno al momento del parto; la qualità dell'assistenza in questa fase è essenziale per ridurle. Conoscere i servizi esistenti, la loro qualità e come le donne accedono alle strutture sanitarie è indispensabile per proporre soluzioni che conducano a un miglioramento. La mancanza di anagrafe e di dati attendibili sulle strutture sanitarie rende difficile fotografare la situazione in modo accurato. Per poter disporre di dati affidabili tra il 2009 e il 2012, siamo ricorsi a due survey. La prima ha raccolto informazioni da un campione rappresentativo di donne con un parto recente sul territorio nel distretto di Iringa, un'area rurale con circa 250 000 abitanti negli altipiani meridionali del paese. La seconda ha analizzato la qualità dei servizi per il parto nell'ospedale distrettuale di Tosamaganga, unica struttura che offre tutta la gamma di servizi per il parto (compreso taglio cesareo e trasfusioni di sangue), intervistando oltre 1400 donne dopo il parto.

Il primo dato che ci ha colpiti è stato che in quest'area i parti avvengono per lo più nelle strutture sanitarie. Nel 2009, solo una donna su dieci intervistata ha riferito di aver partorito l'ultimo nato a casa[5]. Un'ottima notizia, a prima vista difficile da conciliare con l'elevata mortalità di donne e bambini. La chiave per chiarire questi dati contrastanti è venuta dallo studio delle strutture dove partoriscono le donne, e in particolare dove avvengono i parti delle donne più povere. La mortalità di mamme e bambini è più alta tra gli stati economici più disagiati, che l'intervento di Medici con l'Africa-CUAMM vuole raggiungere. **Studiando la distribuzione dei parti nelle strutture sanitarie abbiamo trovato che solo un quarto circa dei 7700 parti annui avviene in ospedale, l'unica struttura in grado di gestire tutte le complicanze del parto, mentre tre quarti (circa 5500 parti all'anno) avviene nella rete di strutture sanitarie periferiche.** In tutto nel Distretto vi erano, al momento dello studio, 73 strutture sanitarie, di cui 66 dispensari e 6 centri di salute. Dove partoriscono le povere? Esaminando il profilo socio-economico delle donne in ospedale, abbiamo trovato che le povere partoriscono preferenzialmente nelle strutture periferiche, mentre le ricche accedono con maggior frequenza nell'ospedale. **Le donne più vulnerabili sono quelle che usano i servizi meno qualificati** [6].

Quali interventi possono migliorare i servizi? Studiare i servizi sanitari per il parto e chi

ci lavora in due distretti delle regioni di Iringa e Njombe in Tanzania ha consentito di mettere in luce le difficoltà da superare per migliorare la qualità dei servizi offerti. Sono emerse gravi carenze di personale sanitario in grado di assistere i parti, e numeri di parti per struttura molto limitati. **Oltre metà delle strutture sanitarie non aveva personale sufficiente a garantire un servizio regolare (Fig 1 e 2), e la maggior parte assiste meno di 2 parti alla settimana (Fig. 3 e 4). Questa dispersione di parti rappresenta un ostacolo per la qualità dei servizi [7].** Con volumi di parti così bassi, è possibile che le ostetriche mantengano l'abilità di gestire la rianimazione di un bambino che non respira, o di un sanguinamento durante il parto? Accorpate i punti-nascita potrebbe contribuire a superare questi ostacoli. In Italia, così come in altri paesi europei i parti sono stati progressivamente centralizzati proprio per poter garantire maggior qualità.

[Cliccare sulle immagini per sfogliare la gallery]

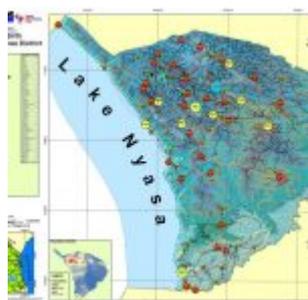


Figura 1 - Personale sanitario disponibile per struttura sanitaria/Distretto Ludewa/Regione Njombe



Figura 2 - Personale sanitario disponibile per struttura sanitaria/Distretto Iringa/Regione Iringa



Figura 3 - Numero parti per unità sanitaria/Distretto Ludewa/Regione Njombe



Figura 4 - Numero parti per unità sanitaria/Distretto Iringa/Regione Iringa

In Tanzania, come nella maggior parte dell'Africa sub-Sahariana, le donne raggiungono a piedi le strutture per il parto. Con la collaborazione dell'Università di Siena, usando un sistema geografico informatico (GIS), abbiamo esaminato come sarebbero cambiate le distanze che le donne devono percorrere a piedi per partorire con una minor concentrazione dei punti nascita. **Abbiamo potuto dimostrare che a fronte di una riduzione del 40% dei punti-nascita vi è un aumento molto modesto della popolazione (7%) che viene a trovarsi a oltre 2 ore di cammino da una struttura che offre assistenza al parto[7].** Un risultato importante, che offre un'informazione utile a chi

è responsabile di programmare i servizi per il parto. Ma occorrono altri dettagli per arrivare a un quadro completo sull'organizzazione periferica ottimale dell'assistenza al parto. **Da qui è nato l'appello sulle pagine di Lancet sulla necessità di maggiori dati, in particolare sul volume ottimale di parti all'anno**, ma anche quale sia il miglior compromesso tra distanza da percorrere e qualità dei servizi, per poter offrire un'assistenza al parto adeguata alle donne più svantaggiate.

Manuela Straneo e Piera Fogliati, Medici con l'Africa Cuamm; Pierlorenzo Fantozzi, Università di Siena

Bibliografia

Straneo M, Hanson C, Fogliati P, Mbaruku GM. Minimum obstetric volume in low-income countries. Elsevier; 2017;389(10070):698.

Campbell OMR, Calvert C, Testa A, Strehlow M, Benova L, Keyes E, et al. Series Maternal Health 3 The scale, scope, coverage, and capability of childbirth care. 2016;6736(16):1-16.

International Conference on Primary Health Care A-A, USSR, 6-12 September. Declaration of Alma-Ata; 1978

Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. Lancet. 2016;6736(15):1-17.

Straneo M, Fogliati P, Pellis I, Goodman C, Riva DD, Kisika F, et al. On the way to universal coverage of maternal services in Iringa rural District in Tanzania. Who is yet to be reached? Afr Health Sci. 2016;16(2):420-8.

Straneo M, Fogliati P, Azzimonti G, Mangi S, Kisika F. Where Do the Rural Poor Deliver When High Coverage of Health Facility Delivery Is Achieved? Findings from a Community and Hospital Survey in Tanzania. PLoS One. 2014;9:e113995.

Fogliati P, Straneo M, Brogi C, Fantozzi PL, Salim RM, Msengi HM, et al. How Can Childbirth Care for the Rural Poor Be Improved? A Contribution from Spatial Modelling in Rural Tanzania. PLoS One. 2015;10(9):e0139460.

Facebook

Twitter

LinkedIn