

## Proposta per il piano sanitario 2015- 2025

### Area materno-infantile

#### Premessa:

Di fronte ad una situazione economica nazionale attualmente e nel prossimo futuro assai critica si sospetta sia dallo sviluppo scientifico –tecnologico in campo sanitario, che anche dal presunto sviluppo demografico nazionale un aumento della richiesta di servizi sanitari. Una politica provinciale responsabile e lungimirante deve avere il coraggio di riorganizzare i propri servizi socio-sanitari in maniera tale che garantiscono in maniera efficace ed efficiente il massimo di sicurezza e qualità dovunque sul territorio provinciale. Interventi di cosmesi organizzativa fanno soltanto ritardare delle scelte obbligate, che inevitabilmente saranno più drastiche e dolorose.

In seguito proponiamo una ridefinizione della rete dei servizi dedicati all'area materno-infantile che tiene conto di questa premessa, ma che permette anche di assicurare un alto livello di qualità, sicurezza e massima equità organizzabile rispettando le norme nazionali.

Il percorso nascita è inteso come un vero percorso di visite, esami e consulenze ambulatoriali rispetto al quale l'evento parto costituisce il momento finale..

Esso deve essere organizzato **equamente su tutto l'ambito provinciale** in un contesto di rete utilizzando protocolli e procedure provinciali uniche elaborate e condivise, con il contributo di tutti gli attori.

Il Sistema sanitario provinciale deve garantire la tempestiva presa in carico della gravida in vicinanza del domicilio. Alla 1. Visita ( congiunta ostetrica – medico) viene illustrato il percorso offrendo alla gravidanza fisiologica la presa in carico da parte dell'ostetrica ("**midwife-led model**", proposto dalla Linea guida ISS "Gravidanza fisiologica" ) e alla gravidanza con fattori di rischio invece lo specialista ginecologo con coinvolgimento - in base alle necessità - di una equipe multidisciplinare. La erogazione dei servizi ambulatoriali specialistici può e deve essere organizzata sul territorio nel principio di preferire la mobilità dei professionisti a quella della donna. La gestione amministrativa della gravidanza ( impegnative – ricette) deve essere semplificata. In particolare risulta urgente disporre un ricettario ostetrico per fare in modo che le ostetriche possano gestire in completa autonomia la gravidanza fisiologica, come previsto dalla normativa.

E' auspicabile di creare delle **equipe specialistiche trasversali che operano su tutto il territorio provinciale ( sedi ospedalieri / ambulatori ) per:**

- **l'ecografia ostetrica 1. e 2. Livello**

- **gravidanza a moderato / alto rischio**

La offerta ecografica ostetrica provinciale va allargata con una ecografia precoce per escludere gravidanze extrauterine e per una corretta datazione della gravidanza. Deve essere offerta una diagnostica prenatale non invasiva come il **test combinato** in allargamento della ecografia della 12. settimana, L'ecografia morfologica attorno la 20. Settimana deve essere eseguita da operatori specializzati con accreditamento e controllo della qualità.

Gli esami laboratoristici a spese del SSP vanno allargate con almeno una determinazione del **TSH** e del **CMV ( IgG – IgM )** all'inizio della gravidanze con eventuali ripetizioni necessarie.

La **documentazione ostetrica** mantiene il concetto del "libretto della gravidanza" ( un documento unico per la gravidanza per tutte le gravide provinciali), ma esso va modernizzato e reso gestibile **su base informatica**

con la stampa dei referti ed il loro inserimento in una cartella. La documentazione in rete va estesa alle ecografie.

Per mantenere il concetto di una unica e condivisa documentazione della gravidanza –come il libretto attuale – si deve provvedere anche ad una estensione del sistema di documentazione a chi si fa seguire al di fuori del SSP (libero professionisti medici e ostetriche).

Tutti i punti nascita devono avere inderogabilmente i requisiti minimi come previsto dal “Patto per la salute 2010-2012”, siglato il 3 dicembre 2009 tra Governo, le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano.

La sicurezza, sia sul versante clinico-assistenziale nei confronti della paziente e del nascituro che su quello degli operatori sanitari, non può quindi prescindere dal rispetto degli standard operativi previsti dal patto per la salute di cui sopra. Non sono accettabili delle strutture sub-standard o delle strutture dedicate puramente alla fisiologia tenendo conto che la gravidanza ed il parto, pur essendo eventi fisiologici, possono sempre complicarsi in modo non prevedibile.

Una eventuale riduzione dei punti nascita va corrisposta con una rete ostetrica 24 h – soprattutto nelle sedi periferiche - in grado di valutare anche a domicilio la necessità di ricovero in un punto nascita ed anche l’accompagnamento della gravida in maniera protetta. Le zone periferiche del Trentino devono essere dotate di questa guardia ostetrica in stretta collaborazione con la rete 118.

Rispetto al NOT ( se si farà e quando) va pensato un modello di presa in carico del parto innovativo. In particolare con un’area di gestione della fisiologia di parto e puerperio in autonomia della figura professionale dell’ostetrica.

Va potenziata la rete di presa in carico territoriale del puerperio. Sia potenziando l’attuale rete consultoriale, dedicata ai percorsi di fragilità, sia percorrendo modelli di presa in carico di continuità assistenziale ostetrica ( partnership caseload midwifery care), dove la donna viene seguita per la gravidanza, il parto e il puerperio dalla stessa ostetrica dedicata (o team). Questo modello, che vedrebbe nascere una ostetrica ‘ibrida’ tra territorio e ospedale, dentro una rete fortemente integrata per la donna, garantirebbe una vera continuità ed è fortemente supportato dalle evidenze.

Arco il 30/1/2015

Dr.ssa Claudia Paoli

Dr. Arne Luehwink