

6. RETE PERINATALE

Premessa

Con il Decreto del Commissario ad Acta n. 56 del 2010 è stato avviato il percorso di riorganizzazione della rete perinatale ospedaliera. Il modello organizzativo programmato si basa su tre distinti livelli di complessità assistenziale, I, II e III livello, cui corrispondono specifici assetti strutturali, tecnologici ed organizzativi. Il Decreto 56/2010 prevede che le strutture di I livello assicurino assistenza alla gravidanza, parto e neonati fisiologici, quelle di II livello cure intermedie con un reparto di patologia neonatale e quelle di III assistenza a gravidanze e parti ad alto rischio ed a neonati che necessitano di cure intensive. Tale modello prevede che la struttura di livello maggiore garantisca anche le funzioni del livello inferiore.

Attualmente l'offerta ospedaliera vede la presenza di 40 UO perinatali: 7 di III livello sia ostetrico che neonatologico ed una di III livello solo neonatologico presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù; 14 di II livello di cui 4 che, per collocazione geografica e/o presenza di particolari competenze professionali, sono classificate con un livello intermedio fra il II ed il III (II+); e 18 di I livello.

Di supporto alla rete ci sono due *Hub* di chirurgia neonatale presso l'AO San Camillo-Forlanini e l'Ospedale Bambino Gesù, due centri di neurochirurgia pediatrica (Policlinico Gemelli e Bambino Gesù) ed un centro di cardiocirurgia presso l'Ospedale Bambino Gesù.

Il numero e la distribuzione geografica delle UUOO è in grado di rispondere alla domanda di assistenza dei circa 53.000 parti che si verificano nella regione. Si evidenzia invece una carenza di offerta di posti letto in Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN) il cui fabbisogno è stimato in circa 70 unità (1 pl ogni 750 nati).

Nel Dicembre 2010, la Conferenza Unificata Stato-Regioni ha approvato le "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo". Nel documento viene proposta una revisione del modello organizzato su tre livelli di cura, prevedendone solo due, dove il nuovo I livello contiene i primi due livelli ed il nuovo II livello corrisponde al III livello. Nelle linee di indirizzo si raccomanda una progressiva disattivazione delle UUOO con meno di 1000 parti/anno e la chiusura di quelle con meno di 500 parti l'anno.

Il contesto epidemiologico regionale

Nel 2013, i nati vivi nel Lazio registrati nel Sistema Informativo Ospedaliero attraverso la scheda RAD-Neonato sono stati 51.053, di questi il 96% era figlio di donne residenti in regione. Ogni anno circa 2.000 parti "residenti" sono assistiti in strutture di fuori regione. L'assistenza alla nascita si inserisce in un contesto demografico caratterizzato da un decremento della natalità, a parte un periodo di stabilizzazione del fenomeno negli anni '80-'90. La frequenza di nati vivi singoli con basso peso alla nascita (<2500 gr.) è rimasta costante (dal 1982 al 2013), intorno a valori del 4-5%. La percentuale di pretermine (<37 settimane gestazionali) è aumentata invece in modo (da un valore di circa il 5% nei primi anni 80 all'8% nel 2013). L'alto tasso di pretermine è principalmente attribuibile al sottogruppo con età gestazionale compresa fra 32 e 36 settimane nel quale è aumentata l'assistenza al parto con taglio cesareo. Le donne con una età al parto superiore a 34 anni rappresentavano circa il 10% negli anni 80 ed il 37,1% nel 2013. Contemporaneamente si sono ridotte le nascite da donne sotto i 20 anni (da 5% nel 1982 a 1,5% nel 2013). Aumenta la quota di nascite da donne nate all'estero, dal 6% nel 94 al 24% nel 2013; la maggioranza proviene da Paesi a maggiore pressione migratoria, con una forte prevalenza di donne dell'Europa dell'Est (principalmente Romania).

L'81% dei nati di peso <1500 grammi è stato assistito alla nascita in unità perinatali di III livello, a dimostrazione di una efficace centralizzazione delle gravidanze a rischio.

Nel Lazio, così come in molte altre regioni italiane, si conferma un elevato ricorso al taglio cesareo: fra i nati vivi singoli la proporzione è passata da 22% del 1985 a 41,3% del 2013.

Nel 2013 vi sono stati 1.109 trasferimenti neonatali di sola andata, pari ad un tasso di trasferimento del 2,2% (fonte: sistema OPTIN, Occupazione Posti letto Terapie Intensive Neonatali). Fra i trasferimenti per

motivo medico (71,7% del totale) una quota consistente (22,0%) si riferisce a neonati trasferiti da unità perinatali di III livello ad altre unità di III livello.

La mortalità nel primo anno di vita nel Lazio è simile a quella media delle regioni italiane. Si osserva un decremento costante del tasso fino a metà della prima decade del 2000. Nel 2011 il tasso di mortalità nel primo anno di vita nel Lazio era 3,4 per 1.000 lievemente più alto rispetto al valore nazionale (3,1). Circa il 55% della mortalità infantile è attribuibile a decessi da cause che originano nel periodo perinatale ed il 70% si verifica immediatamente dopo la nascita ed entro il primo mese di vita.

Principali criticità dell'assetto attuale

- Presenza di 21 Unità Operative Perinatali con un volume di attività ostetrica inferiore a 1.000 parti/anno di cui 5 con un volume inferiore a 500.
- Poca attenzione all'umanizzazione delle cure: scarso ricorso al *rooming-in* per il neonato sano (neonato insieme alla mamma).
- Eccessivo ricorso al parto assistito con taglio cesareo (la nostra regione con il 44% di tagli cesarei si colloca ai primi posti in Italia).
- Carenza di circa 20 posti letto in Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN) rispetto ai 54 effettivamente operativi. L'inadeguato numero di posti letto di UTIN determina un eccessivo ricorso al trasporto del neonato dopo la nascita, soprattutto fra strutture di III livello.
- Mancata definizione delle UUOO di patologia ostetrica con una conseguente difficoltà di accesso in caso di necessità di trasferimento da strutture di I o II livello ostetrico.
- Le Unità di II livello molto spesso assolvono solo alla domanda interna senza accettare parti e neonati dall'esterno.
- Carenze nella realizzazione di percorsi assistenziali post-parto per i gruppi di donne in condizioni di particolare fragilità.

Interventi prioritari

- Rimodulazione della rete, riconducendo a due livelli (I e II) i precedenti tre livelli assistenziali previsti dal Decreto 56/2010.
- Concentrazione dell'offerta attraverso la chiusura di Unità con un volume di attività ostetrica inferiore a 500 parti per arrivare tendenzialmente, entro il 2016, ad un assetto caratterizzato dalla presenza di Unità con un volume minimo di 1.000 parti/anno.
- Progressivo adeguamento dei posti letto di Terapia Intensiva Neonatale al fabbisogno previsto, verificando l'adeguato rapporto fra PL di terapia intensiva con quelli di sub-intensiva.
- Tempestivo riferimento delle gravidanze a rischio verso centri di livello adeguato sia in condizioni di urgenza che di non urgenza.
- Realizzazione di un intervento di "revisione fra pari" di alcune prassi assistenziali principalmente finalizzato alla riduzione del tasso di taglio cesareo, soprattutto nelle gravidanze a basso rischio, e di eventi sfavorevoli della gravidanza (ad es. morti materne e *near miss*).
- Incremento della pratica del *rooming-in* e dell'allattamento al seno.
- Qualificazione del trasporto materno assistito per donne che necessitano di partorire in un ospedale di livello superiore rispetto a quello di ricovero.
- Riduzione dei trasporti neonatali attraverso un programma formativo per la gestione delle emergenze in sala parto rivolto ai professionisti delle strutture di I livello.

Interventi specifici 2014-2015

- Entro il 31 dicembre 2015: la rete viene riorganizzata su due livelli di cura rispetto ai tre attuali, come previsto dall'Accordo Stato-regioni del 16 dicembre 2010 sul percorso nascita. Nella tabella è mostrato l'assetto programmato. Sono previste quattro reti assistenziali con uno o due centri di II livello ciascuna e relative strutture di I livello afferenti. La struttura Belcolle, rappresentando l'unico punto nascita della provincia e considerata la riorganizzazione dell'offerta ostetrica-neonatologica in quella di Tarquinia, non ha strutture afferenti. In attesa dell'adeguamento al II livello dell'Ospedale SM Goretti, l'UO ostetrica-neonatologica del Sant'Eugenio svolge per la provincia di Latina la funzione di Hub per le gravidanze ad alto rischio e neonati con patologie richiedenti terapia intensiva.
- Entro il 30 giugno 2015 accorpamento della UO ostetrica/neonatologica di Monterotondo (419 nati nel 2013 con un indice di migrazione del 70% delle gravidanze residenti nel distretto G1) con la rispettiva UO di Tivoli (ASL Roma G).
- Entro il 30 giugno 2015 accorpamento della UO ostetrica/neonatologica di Colleferro (407 nati nel 2013) con la rispettiva UO di Palestrina (ASL Roma G).
- Entro il 30 giugno 2015 chiusura della Unità ostetrica/neonatologica di Tarquinia (ASL Viterbo) e contestuale qualificazione di quella di Civitavecchia, unico punto nascita della ASL Roma F. Nel Presidio ospedaliero di Tarquinia si mantiene l'attività ostetrica come Casa di Maternità intraospedaliera (DCA n. U00029/2011).
- Entro il 30 giugno 2015 accorpamento della UO ostetrica/neonatologica di Alatri (576 nati nel 2013 con un indice di migrazione del 46% delle gravidanze residenti nel distretto FR-A ed a una distanza di 14 chilometri dall'Ospedale provinciale) con la rispettiva UO di Frosinone. Nel Presidio ospedaliero di Alatri si mantiene l'attività ostetrica come Casa di Maternità intraospedaliera (DCA n. U00029/2011).
- Entro il 31 marzo 2015 verifica del numero di nascite 2014 nelle strutture private accreditate; a partire dal II semestre 2015, non contrattualizzazione dell'attività ostetrica-neonatologica per le strutture che documentano dal Sistema Informativo Ospedaliero un volume di nati inferiore a 500.
- Entro il 31 marzo 2015 definizione dell'assetto dei posti letto di patologia ostetrica in tutte le UUOO di II livello con relativi protocolli di trasferimento da UO di I livello.
- Avvio entro il 31 marzo 2015 di una attività sistematica di audit fra pari sui cesarei in parti a basso rischio in tutte le UUOO perinatali pubbliche e private con identificazione di un referente dell'attività di audit in ciascuna UOP.
- Promozione dei 10 passi dell'iniziativa OMS/UNICEF "Ospedale Amico del Bambino" in tutte le UUOO perinatali pubbliche e private con identificazione entro il 31 marzo 2015 di un referente dei 10 passi.
- Entro il 31 dicembre 2015: adeguamento dell'offerta regionale dei PL di UTIN allo standard di 1 pl ogni 750 nati (la dotazione programmata è comprensiva dei PL di terapia sub-intensiva).
- Entro il 31 dicembre 2015 attivazione di una UO di II livello a Latina. Contestualmente al raggiungimento del II livello a Latina, la UO del Sant'Eugenio, laddove l'offerta complessiva di posti letto di TIN dell'area metropolitana di Roma risulti corrispondente al fabbisogno (1 pl di TIN ogni 750/nati), verrà adeguata al livello I (ex II livello del DCA 56/2010).

Indicatori per il monitoraggio

Indicatore	Definizione	Fonte	Standard (parametro di riferimento ottimale cui tendere)
Nascite	Numero di nati per UOP	SIO/CedAP	500 (accettabile); >1.000 (desiderabile)
Assistenza neonato altamente pretermine e/o di peso molto basso	Numero di neonati assistiti per centro UTIN con EG <=31 sett. e/o peso alla nascita <=1499 gr.	SIO/UTIN on-line	almeno 30 neonati assistiti l'anno (accettabile); almeno 50 neonati assistiti l'anno (desiderabile)
	% nati con EG <=31 sett. e/o peso alla nascita <=1499 gr. In strutture di li livello	SIO/UTIN on-line	Uguale o superiore al 90%
	% di nati trasportati dopo la nascita da un centro UTIN ad un altro per mancanza di posti letto	SIO/UTIN on-line	Uguale o inferiore al 10%
Appropriatezza assistenza al parto	Tasso di taglio cesareo per classi di Robson I e II	SIO/CedAP	28% (Vedi riferimento regionale ex DCA310/2013)
Umanizzazione dell'assistenza nelle UUOO ostetriche/neonatalogiche	% neonati "sani" alimentati esclusivamente con latte materno durante la degenza per nascita	Progetto ospedale amico del bambino	80 % (standard OMS – UNICEF)
	Numero UUOO ostetriche/neonatalogiche che hanno sottoscritto la politica aziendale sulla promozione e pratica dell'allattamento al seno	Progetto ospedale amico del bambino	Almeno 50% (accettabile); almeno l'80% (desiderabile)

Tabella - Nuovo assetto rete PERINATALE

Cod. struttura	ASL territoriale	Denominazione	Comune	DEA/PS	Nati 2013	Livello	PL ostetricia	PL patologia neonatale	PL TIN-sub TIN	Note
120906	RMA	POLICLINICO UMBERTO I	Roma	DEA II	1.602	II	31	24	20	
120072	RMA	SG CALIBITA FATEBENEFRAPELLI	Roma	DEA I	4.172	II	48	13	16	
120053	RMG	S. GIOVANNI EVANGELISTA	Tivoli	DEA I	769	I	25	11	-	
120051	RMG	CONIUGI BERNARDINI	Palestrina	PS	628	I	25	6	-	
120046	RMG	L.PARODI DELFINO	Colleferro	PS	409	-	-	-	-	chiusura UUOO ed accorpamento con Palestrina
120049	RMG	SS GONFALONE	Monterotondo	PS	419	-	-	-	-	chiusura UUOO ed accorpamento con Tivoli
120216	FR	F SPAZIANI	Frosinone	DEA I	906	I	34	8	-	
120217	FR	SAN BENEDETTO	Alatri	PS	576	-	-	-	-	chiusura UUOO ed accorpamento con Frosinone
120228	FR	OSPEDALE CIVILE	Cassino	DEA I	754	I	15	2	-	
120226	FR	SS TRINITA'	Sora	PS	818	I	15	2	-	
120902	RMC	AO S.GIOVANNI/ADDOLORATA	Roma	DEA II	1.642	II	38	16	16	
120165	RMB	POLICLINICO CASILINO	Roma	DEA I	2.258	II	31	16	16	
120267	RMB	SANDRO PERTINI	Roma	DEA I	1.237	I	27	6	-	
120157	RMC	FABIA MATER	Roma	-	1.963	I	28	2	-	
120076	RMC	MADRE GIUSEPPINA VANNINI	Roma	DEA I	744	I	22	2	-	
120044	RMH	OSP.RIUNITI	Albano/Genzano	PS	887	I	22	4	-	
120048	RMH	SAN GIUSEPPE	Marino	-	164	-	-	-	-	Chiusura dell'UO ostetrica /neonatalogica nel 2013
120054	RMH	OSP. PAOLO COLOMBO	Velletri	DEA I	563	I	19	2	-	
120901	RMD	AO SAN CAMILLO-FORLANINI	Roma	DEA II	3.151	II	52	20	16	
120066	RMC	S. EUGENIO	Roma	DEA I	998	II	12	6	4	svolge funzione di II livello per parti e neonati residenti nella ASL di Latina fino all'attivazione del II livello al SM Goretti
120061	RMD	G. B. GRASSI	Roma	DEA I	1.937	I	25	6	-	
120171	RMD	CITTA' DI ROMA	Roma	-	1.845	I	19	7	-	
120113	RMD	CASA DI CURA VILLA PIA	Roma	-	335	-	-	-	-	Se numero nati 2014 <500, non contrattualizzazione dell'attività ostetrica/neonatalogica dal 1° gennaio 2015
120043	RMH	OSP. ANZIO-NETTUNO	Anzio	DEA I	663	I	15	2	-	
120200	LT	S. MARIA GORETTI	Latina	DEA II	2.039	I	26	12	8	
120215	LT	CASA DI CURA CITTA' DI APRILIA	Aprilia	PS	579	I	13	2	-	
12020402	LT	SAN GIOVANNI DI DIO	Fondi	PS	866	I	12	2	-	
120206	LT	DONO SVIZZERO	Formia	DEA I	683	I	12	2	-	
120905	RME	POLICLINICO A. GEMELLI E C.I.C.	Roma	DEA II	3.349	II	76	14	32	
120071	RME	SAN PIETRO FATEBENEFRAPELLI	Roma	DEA I	4.466	II	79	8	12	
120903	RME	AO S.FILIPPO NERI	Roma	DEA I	1.028	I	16	8	-	
120074	RME	OSP. GEN. DI ZONA 'CRISTO RE'	Roma	PS	1.922	I	40	8	-	
120115	RME	SANTA FAMIGLIA	Roma	-	1.983	I	44	8	-	
120180	RME	AURELIA HOSPITAL	Roma	DEA I	580	I	11	2	-	
120026	RME	SANTO SPIRITO	Roma	DEA I	651	I	12	4	-	
120045	RMF	SAN PAOLO	Civitavecchia	DEA I	296	I	16	2	-	
120007	VT	OSPEDALE DI TARQUINIA	Tarquinia	PS	389	-	-	-	-	chiusura UUOO ed accorpamento con Civitavecchia
120019	RI	P.O. Unificato San Camillo De Lellis	Rieti	DEA I	596	I	17	4	-	
120271	VT	BELCOLLE	Viterbo	DEA I	1.280	II	21	8	4	svolge funzione di II livello per parti e neonati residenti nella ASL
120904	RMA	BAMBINO GESU'	Roma	DEA II	-	II	-	15	20	svolge funzione di II prevalentemente per neonati che necessitano di TIN post chirurgica e provenienti da fuori regione