

Le politiche per ridurre le nascite premature in Lazio

Flori Degrassi

Direzione Salute e Integrazione Socio Sanitaria

Sala Liri, Regione Lazio, 21 novembre 2014



**REGIONE
LAZIO**

Epidemiologia delle nascite pretermine (I)

- **prevalenza nati \leq 36 sett. EG**, dal 5% nei paesi ad alto reddito al 25% nei paesi a basso reddito
- **aumento del numero assoluto di nascite pretermine** dovuto *sia* all'aumento della sopravvivenza alla nascita per un miglioramento delle cure ostetriche e neonatali *sia* all'aumento dell'anticipazione del parto con taglio cesareo elettivo)
- **aumento delle gravidanze plurime** per un sempre maggiore ricorso alla procreazione medicalmente assistita
- **cause**: nel 45% dei casi sono associate ad un travaglio pretermine spontaneo; nel 25% ad una PPRM e nel 30% a patologie materne o fetali

Epidemiologia delle nascite pretermine (II)

- **fattori di rischio clinici:** patologie ipertensive e della placenta, diabete e infezioni, ritardo di crescita intrauterina
- **fattori di rischio *non* clinici:** aumento dei cesarei elettivi, della PMA, delle primipare con età avanzata; condizioni di svantaggio sociale, economico e culturale (scarso accesso alle cure prenatali); stress; stili di vita non salutari
- elevata **mortalità** (circa la metà delle morti infantili) ed **esiti a distanza** (respiratori, gastrointestinali, neurologici e sensoriali, sviluppo cognitivo e comportamentale)
- notevole **impatto in termini di utilizzo dei servizi ospedalieri e territoriali**

interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, *non tutti di provata efficacia*

prima del concepimento:

- promozione di stili di vita salutari
- accurata anamnesi ostetrica per stimare il rischio di nascita pretermine
- assunzione di acido folico (riduzione di alcune malformazioni congenite a loro volta associate a nascita pretermine)

durante la gravidanza:

- promozione di stili di vita salutari
- accurata anamnesi ostetrica per stimare il rischio
- rimozione delle barriere di accesso alle cure prenatali

in caso di minaccia di parto pretermine:

- farmaci tocolitici, steroidi prenatali...

dopo la nascita:

- rianimazione in sala parto ...
- cure neonatali mediche e chirurgiche
- presa in carico multidisciplinare

Preventing preterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index

Lancet, 2013

Hannah H Chang, Jim Larson, Hannah Blencowe, Catherine Y Spong, Christopher P Howson, Sarah Cairns-Smith, Eve M Lackritz, Shoo K Lee, Elizabeth Mason, Andrew C Serazin, Salimah Walani, Joe Leigh Simpson, Joy E Lawn, on behalf of the Born Too Soon preterm prevention analysis group

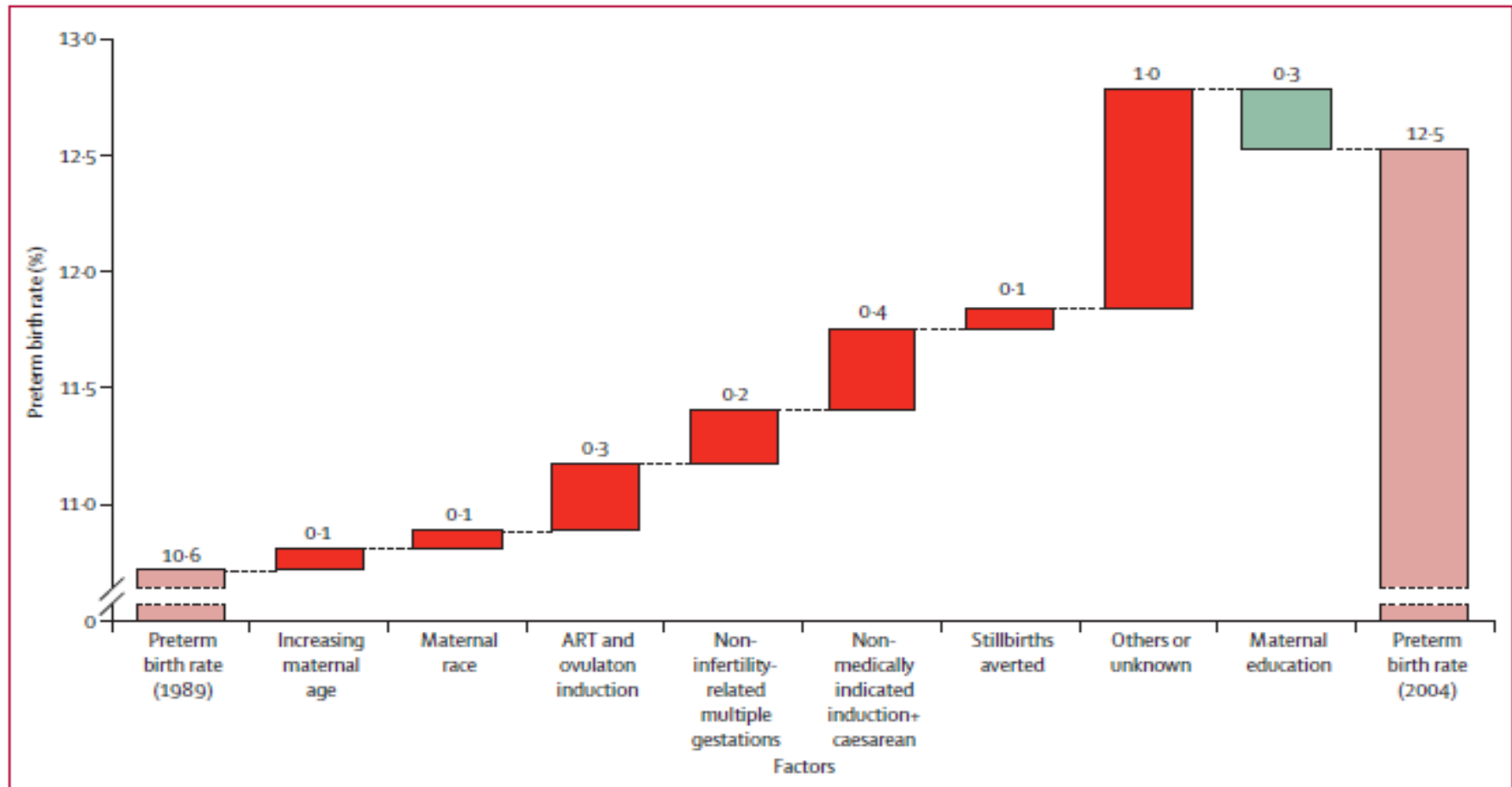


Figure 5: Analysis of factors contributing to the increasing preterm birth rate in the USA (1989-2004)

Calculation of population attributable risk aimed to take into account the existence of various risk factors in one woman, eg, increased maternal age and use of ART. ART=assisted reproductive technology. See appendix pp 8-14 for details of analyses.

Preventing preterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index

Lancet, 2013

Impatto di **cinque interventi** di prevenzione del parto in 39 paesi ad alto indice di sviluppo umano: risultati complessivi; in USA ed in Svezia

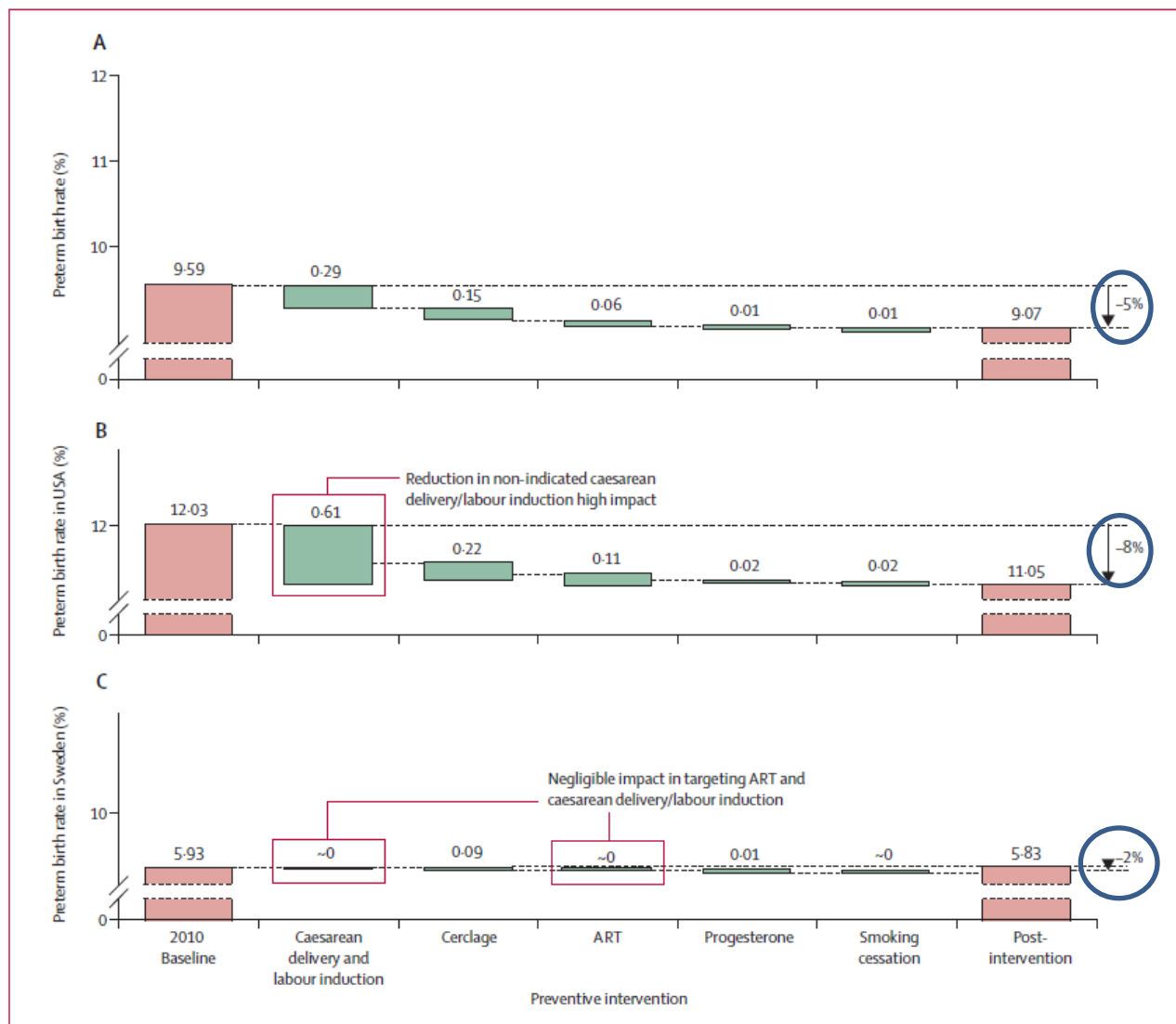
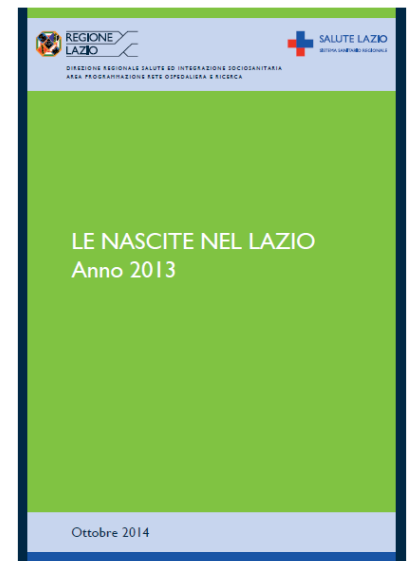


Figure 6: Projected change from 2010 baseline preterm birth rate showing modelled contribution of the five selected interventions VHDI=very high human development index. (A) For all 39 countries with VHDI, (B) for USA, and (C) Sweden. See appendix (pp 16–31) for details of analyses, including input data and methods.

Il quadro epidemiologico nel Lazio

Dal 1982 il Lazio dispone di monitoraggio delle nascite



- nel 2013, **51.053** nascite di cui il 96% da donne residenti in regione
- le nascite pretermine, sotto le 37 sett., sono state l'8% e quelle sotto le 32 sett. l'1%
- dai primi anni Ottanta si è registrato un aumento assoluto del 3% delle nascite pretermine, riferito alle EG più vicine al termine (35-36 sett.) a causa di un aumento dei cesarei programmati
- associazione fra nascite pretermine ed alcune condizioni di svantaggio socio-culturale

Nati vivi, singoli e plurimi, per classe di EG (solo residenti). Lazio, 2013

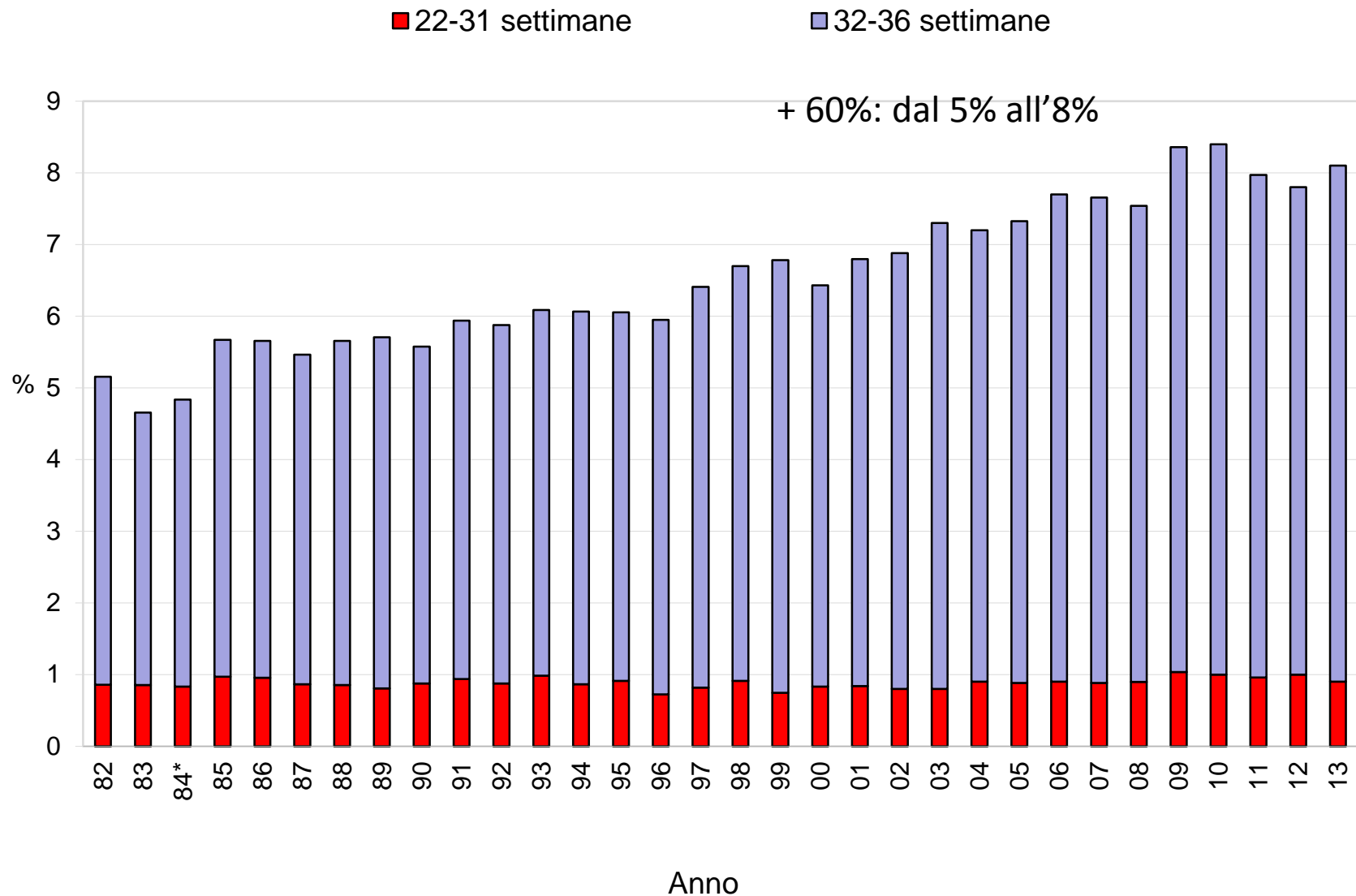
Età gestazionale (settimane)	Singoli		Plurimi		Totale	
	N.	%*	N.	%*	N.	%*
≤ 25	58	0,1	14	0,8	72	0,1
26 - 27	70	0,3	28	2,3	98	0,3
28 - 31	216	0,7	73	6,2	289	0,9
32 - 36	2.515	4,0	972	58,5	3.487	8,1
37- 41	43.543	98,4	769	99,9	44.312	98,5
> 41	721	100,0	2	100,0	723	100,0
Totale	47.123		1.858		48.981	

*Percentuale cumulativa

più frequente nelle donne più giovani, di età più avanzata e provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)

Caratteristiche della madre	Età gestazionale		
	≤31	32-36	37+
	N=515	N=3.680	N=46.847
<i>Età</i>			
<20	3%	2%	1%
20-29	28%	24%	29%
30-34	28%	29%	33%
35+	42%	46%	36%
<i>Paese di nascita</i>			
Italia	70%	74%	76%
PSA	1%	2%	2%
PFPM	29%	24%	22%

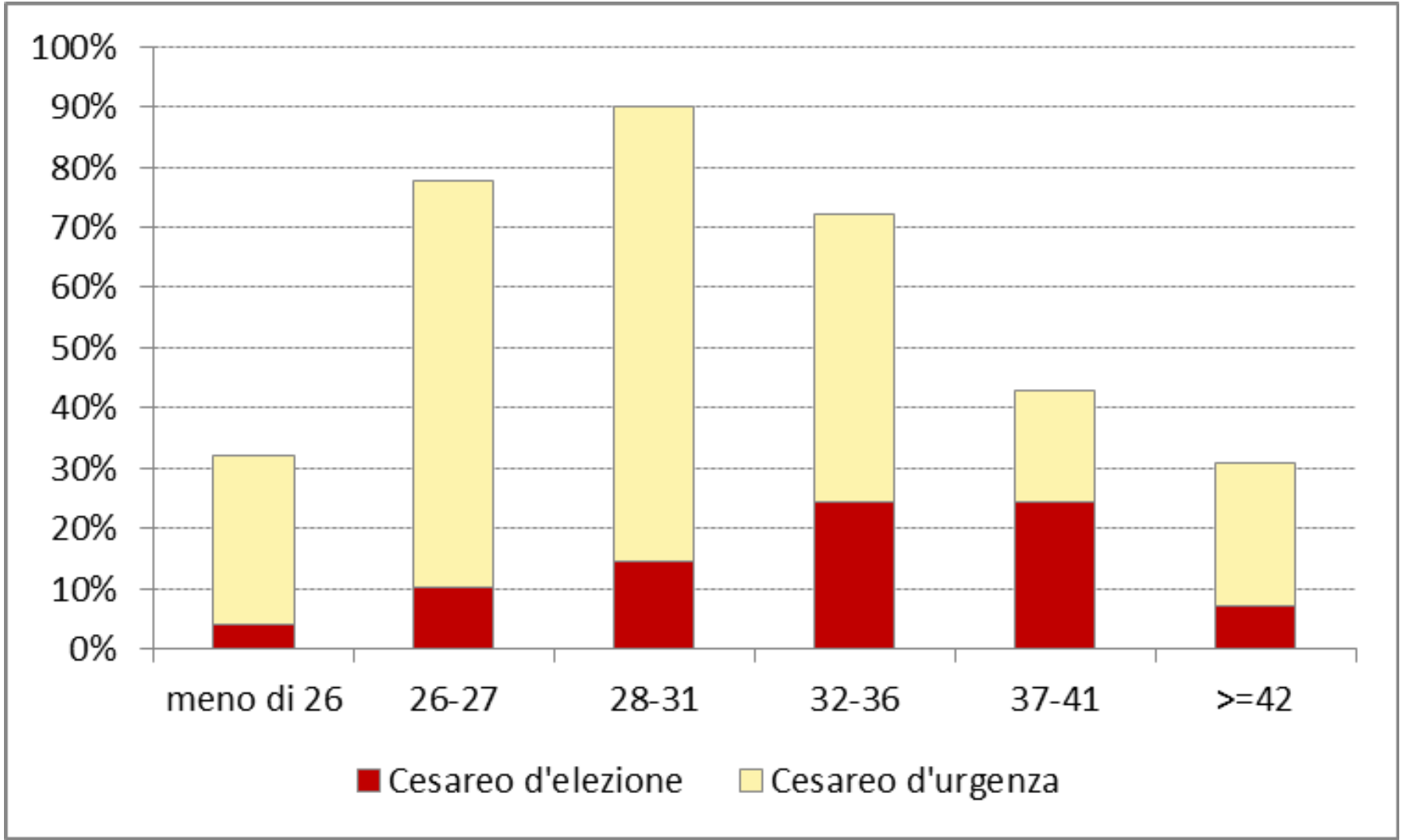
aumenta la % della classe 32-36 sett., rimane stabile quella sotto le 32 sett. di EG.



Nascite pretermine per alcune condizioni di svantaggio socioculturale. Lazio, 2013

	N.	EG \leq 36 sett.	
		N.	%
<i>Riconoscimento legale</i>			
Legittimo	36.143	2.994	8,3
Riconosciuto da entrambi i genitori	14.018	1.094	7,8
Non riconosciuto da uno o entrambi	860	102	11,9
<i>Titolo di studio della madre</i>			
Nessuno/Elementare	5.083	514	10,1
Medie	12.229	1.019	8,3
Diploma	22.520	1.785	7,9
Laurea	11.130	863	7,8
<i>Cittadinanza della madre</i>			
Italiana	40.359	3.204	7,9
Straniera	10.669	985	9,2

% di taglio cesareo per classi di EG. Lazio, 2013



politiche regionali per la prevenzione delle nascite pretermine

1 qualificazione della rete dei **consultori familiari**

2 rimodulazione delle **rete perinatale ospedaliera**

3 promozione dell'**appropriatezza dell'assistenza al parto**

1 Qualificazione della rete dei consultori

DCA 152/2014: linee di indirizzo regionali per le attività dei CF

- I consultori devono garantire *percorsi socio-assistenziali* su salute riproduttiva, nascita, IVG, screening oncologici femminili, violenza di genere, adolescenza, adozione e salute psicofisica del bambino.
- Tutti i percorsi implicano un'operatività integrata fra ospedale e territorio attraverso protocolli operativi aziendali ed inter-aziendali
- Il percorso socio-assistenziale riferito alla promozione della salute riproduttiva prevede interventi informativi ed educativi (ad es. counselling, corsi preparazione nascita...) in un contesto dove ancora oggi circa il 50% dei concepimenti non è pianificato

DCA 368/2014

- riconduzione a due livelli (I e II) dei precedenti tre livelli previsti dal Decreto 56/2010
- adeguamento dei posti letto di T.I.N. al fabbisogno previsto
- riferimento tempestivo delle gravidanze a rischio verso centri di livello adeguato
- qualificazione dello STAM per le donne che necessitano di partorire in ospedale di livello superiore rispetto a quello di ricovero
- formazione per i professionisti delle strutture di I livello sulla gestione delle emergenze in sala parto
- favorire l'avvio dell'allattamento al seno anche per il neonato pretermine e/patologico

Promozione dell'appropriatezza dell'assistenza al parto

**DCA 368/2014, obiettivi DDGG,
DCA 310/2013 (tariffe ospedaliere)**

- interventi di “revisione fra pari” (audit) della pratica del cesareo nelle singole strutture
- abbattimento tariffario laddove il tasso di cesarei a basso rischio superi il valore regionale specifico per livello di cura
- promozione di pratiche favorevoli al parto non medicalizzato (Iniziativa «Cure amiche delle madri» dell'OMS-UNICEF)

Conclusioni

Il parto pretermine, pur essendo una condizione poco frequente nei paesi a sviluppo avanzato (in Lazio circa l'8% sotto le 37 settimane di EG e circa l'1% sotto le 32 settimane), ha un elevato impatto sulla mortalità e morbilità infantile nonché sui costi legati all'assistenza, diretti ed indiretti .

E' un evento complesso, determinato da numerose cause (condizione multifattoriale) sia biologiche che genetiche che ambientali con una storia naturale non pienamente compresa.

Non esistono interventi di prevenzione primaria di provata efficacia con un impatto importante. Le strategie adottate si concentrano, quindi, sulla prevenzione secondaria degli esiti, mortalità e morbosità.

La regione con i recenti Decreti di riorganizzazione della rete dei 160 CF e delle 33 UUOO perinatali intende qualificare ulteriormente l'offerta sia delle cure primarie che ospedaliere , secondo una logica di percorso assistenziale della gravidanza, parto e del neonato da avviare già prima del concepimento. In questo contesto, prioritariamente, le risorse andranno indirizzate verso i gruppi a particolare rischio di parto pretermine o in condizioni di svantaggio sociale.