RETI TEMPO DIPENDENTI – Filiera Neonatologica e Punti Nascita

Sommario

Normativa di riferimento 3
Normativa nazionale 3
Normativa regionale 5
Introduzione 7
Percorso nascita a basso rischio ostetrico 8
Percorso nascita ad alto rischio ostetrico 9
Epidemiologia 11
Analisi di contesto 11
Il parto 11
Condizioni materne 17
Fonte dati 20
Finalità e obiettivi della Filiera Neonatologica e Punti nascita 21
Organizzazione della Filiera Neonatologica e Punti nascita 23
Punti nascita 23
Punti nascita di I livello 23
Punti nascita di II livello 24
Consultori dei distretti 25
Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta 25
Sistema di Emergenza urgenza territoriale 26
Servizio di trasporto perinatale: STEN e STAM 27
Integrazione tra i Nodi della filiera 28
Funzionamento della Filiera Neonatologica e Punti nascita 29
Coordinamento regionale 30
Coordinamento aziendale 30
Monitoraggio e verifica 31
Formazione e informazione 33

Normativa di riferimento

La normativa che disciplina le attività di area materno-infantile è composta da norme di riferimento nazionale e regionale.

Normativa nazionale

- Decreto Ministeriale 24 aprile 2000 recante *"Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000"*;
- Decreto Legislativo 9 novembre 2007, n. 206, recante *"Attuazione della direttiva 2005/36/CE, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, nonché della direttiva 2006/100/CE che adegua determinate direttive sulla libera circolazione delle persone a seguito dell'adesione di Bulgaria e Romania"* che specifica, all'articolo 48, comma 2 – come modificato dall'articolo 37, del Decreto legislativo 28 gennaio 2016, n. 15 - le attività che le ostetriche sono autorizzate a svolgere;
- Decreto Ministeriale 11 novembre 2015 che all'art. 1 precisa i compiti consultivi del Comitato Percorso Nascita nazionale relativamente ai Punti nascita operanti in deroga;
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, i Comuni e le Comunità montane - *Accordo Rep Atti n. 137/CU del 16 dicembre 2010 sul documento "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";*
- Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 – "*Regolamento recante definizioni degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"*;
- Decreto Presidente Consiglio Ministri 12 gennaio 2017 - *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"*;
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - *Accordo Rep. Atti n. 14 / CSR del 24 gennaio 2018 sul documento "Linee guida per la revisione delle reti Cliniche DM 70/2015 - Le reti tempo dipendenti"*;
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano – *Accordo Rep. Atti 15/CSR del 20 febbraio 2020 sul documento di indirizzo "Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita"*;

Sono di seguito richiamate le linee guida nazionali redatte dal Sistema nazionale per le linee guida (SNLG) dell'Istituto Superiore di Sanità, le raccomandazioni ministeriali sul tema specifico, le linee di indirizzo dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali e i documenti di indirizzo redatti del Comitato percorso nascita nazionale:

- Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. SNLG-ISS Linee Guida n. 19, 2010;
- Gravidanza fisiologica. SNLG-ISS Linea Guida n. 20, 2011;
- Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Seconda parte. SNLG-ISS Linea Guida n. 22, 2012;
- Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla. SNLG-ISS Linea Guida n. 26, 2016;
- Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto. Raccomandazione ministeriale n. 6, marzo 2008;
- Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita. Raccomandazione ministeriale n. 16, aprile 2014;
- Carta dei Servizi del Percorso Nascita. Ministero della Salute - Comitato percorso nascita nazionale;
- Protocollo metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui e in condizioni oro-geografiche difficili. Ministero della Salute - Comitato percorso nascita nazionale;
- Linee di indirizzo sull'organizzazione del sistema di trasporto materno assistito (STAM) e del sistema in emergenza del neonato (STEN). Ministero della Salute - Comitato percorso nascita nazionale;
- Linee di indirizzo clinico-organizzative per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza. AGENAS, luglio 2017;
- Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio. Comitato percorso nascita nazionale - Ministero della Salute, ottobre 2017.

Normativa regionale

- Delibera giuntale 29 novembre 2004, n. 3235 - *Approvazione del progetto obiettivo materno-infantile e dell'età evolutiva. Approvazione definitiva*;
- Delibera giuntale 15 giugno 2012, n.1083 - *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. Indicazioni per l'attuazione in Friuli Venezia Giulia*;
- Delibera giuntale 26 giugno 2014, n. 1200 - *Sospensione dell'attività presso il Punto nascita del presidio ospedaliero di Gorizia*;
- Delibera giuntale 28 agosto 2015, n. 1676 - *Recepimento piano nazionale sulla malattia diabetica ed approvazione atti di indirizzo regionali sull'assistenza alle persone con diabete, allegato 3 "Il diabete gestazionale: documento di indirizzo per la gestione del diabete gestazionale"*;
- Delibera giuntale 16 ottobre 2015, n. 2039/2015 - *"LR 17/2014, art. 37 – Piano dell'emergenza urgenza della regione Friuli Venezia Giulia: approvazione definitiva*;
- Decreto 19 dicembre 2016, n. 1733/SPS - *Organizzazione del trasporto in emergenza perinatale: Servizio di Trasporto in Emergenza Neonatale (STEN) e Servizio Assistito Materno (STAM) – Procedura*;
- Delibera giuntale 17 novembre 2017, n. 2200 - *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. - indicazioni per l'attuazione in Friuli Venezia Giulia: modifiche all'allegato a,* che ridefinisce la composizione del Comitato percorso nascita regionale;
- Delibera giuntale 21 marzo 2018, n. 723 - *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: Percorso nascita per la gravidanza a basso rischio in Friuli Venezia Giulia*;
- Legge regionale 17 dicembre 2018, n. 27 - *Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale*;
- Legge regionale 8 luglio 2019, n. 9 - *Disposizioni multisettoriali per esigenze urgenti del territorio regionale*, che all'art. 75 prevede che "il presidio ospedaliero di base "spoke" Latisana e

Palmanova, di cui all'articolo 28, assicura le degenze della funzione di ginecologia e ostetricia con punto nascita, ivi compresa la pediatria, presso la sede operativa di Latisana";

- Legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 - *Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006*;
- Delibera giuntale n. 1446 del 24 settembre 2021 – LR 22/2019: definizione delle attività e delle funzioni dei livelli assistenziali del Servizio sanitario regionale;
- Delibera giuntale n. 1486 del 30 settembre 2021 – Accordo Stato Regioni del 16.12.2010, rep atti n. 137/CU recante *"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: Percorso per il Parto a Basso Rischio Ostetrico (BRO) a gestione autonoma ostetrica. Aree funzionali BRO alongside e Gestione autonoma in UO di Ostetricia e Ginecologia"*.

Introduzione

Il presente documento disciplina l'organizzazione con la quale la regione Friuli Venezia Giulia garantisce, in maniera omogenea su tutto il territorio regionale, la presa in carico clinico-assistenziale della donna in gravidanza, della coppia e del neonato.

Il documento, nel definire il modello organizzativo di riferimento, integra e completa le strategie già in essere, definite in atti precedenti, tese al miglioramento della qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali in tutte le fasi del percorso nascita.

L'accesso al percorso avviene, di preferenza, nella fase pre-concezionale, intesa come il periodo che intercorre tra il momento in cui la donna/coppia è aperta alla procreazione, ossia desidera la gravidanza o comunque non la esclude, e il concepimento.

Si tratta di una finestra temporale nella quale interventi di promozione della salute, di prevenzione e cura possono incidere favorevolmente sull'esito della gravidanza e sul benessere della donna e del bambino. È noto che lo stato di salute pre-concezionale della donna è un fattore determinante il decorso della gravidanza e lo sviluppo fetale. Inoltre, considerato che l'organogenesi avviene nelle prime settimane di gestazione, interventi preventivi o terapeutici effettuati a gravidanza già iniziata, potrebbero risultare tardivi e non efficaci sulla salute del nascituro.

L'avvio, prima della programmazione di una gravidanza, di strategie per la presa in carico della donna che prevedano l'offerta proattiva della visita pre-concezionale e l'inserimento strutturato, nel piano assistenziale, di un bilancio di salute pre-concezionale, permette di minimizzare i rischi e avviare un percorso nascita nelle migliori condizioni di salute possibili. Tale progettualità si inserisce nel programma "*Investire in salute nei primi 1000 giorni di vita*" del Piano regionale della prevenzione 2020-2025, di prossima formalizzazione.

Nei Paesi più industrializzati si è assistito, negli anni, ad un progressivo aumento del numero di controlli in gravidanza, ad un sempre maggior utilizzo di tecnologie diagnostico-terapeutiche, anche invasive, e ad un ricorso elevato al parto con taglio cesareo. Tale approccio "biomedico", se da un lato ha contribuito alla riduzione di morbidità e mortalità materna e neonatale, dall'altro ha portato, in una buona parte dei casi, ad un'eccessiva "medicalizzazione" con interventi spesso inappropriati.

Con l'obiettivo di offrire *"un'assistenza al percorso nascita che garantisca una mamma e un bambino in perfetta salute con il livello di cure più basso, compatibilmente con la sicurezza* "(WHO 1996), la regione Friuli Venezia Giulia, ha adottato strategie di presa in carico della donna in gravidanza commisurate al livello di rischio individuale.

La definizione del profilo di rischio ostetrico, secondo criteri codificati e omogenei, in occasione della prima visita congiunta ostetrica-ginecologo/a, da effettuarsi preferibilmente entro la decima settimana di gestazione, permette di garantire alla donna l'accesso ad un percorso mirato ai suoi bisogni, rispettoso della naturalità dell'evento e, nel contempo, appropriato in termini professionali e organizzativi.

Percorso nascita a basso rischio ostetrico

La gravidanza a basso rischio ostetrico (BRO) si connota come una gravidanza che non presenta fattori di rischio anamnestici, clinici e laboratoristici né per la madre, né per il feto, ossia una gravidanza singola senza complicazioni, in una donna in buona salute, intesa nell'accezione più ampia del termine. Viene preferita la denominazione *a basso rischio ostetrico* rispetto a quella di *gravidanza fisiologica* per sottolineare come nessun percorso della vita sia completamente esente da rischi e come l'incomprimibilità del rischio sia dovuta ad una quota non prevedibile né prevenibile, anche legata alla variabilità biologica.
Nelle gravidanze BRO, le evidenze scientifiche sottolineano il ruolo centrale dell'ostetrica nel promuovere la cultura della fisiologia, nel ridurre la probabilità di interventi invasivi non appropriati e nel migliorare la soddisfazione della donna *(Linee guida gravidanza fisiologica, ISS 2011, Foster 2016, NICE 2014, Sandall J 2016, Macfarlane 2014).*

La DGR 723/2018 "*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: Percorso nascita per la gravidanza a basso rischio in Friuli Venezia Giulia"* delinea il modello assistenziale, promosso sul territorio regionale, rivolto alle donne che rispettano i criteri di accesso al percorso BRO. Tale modello, nell'ottica dell'umanizzazione delle cure e di un appropriato utilizzo delle risorse, privilegia la gestione in autonomia da parte delle ostetriche presso gli ambulatori per la gravidanza dei Consultori familiari.

La gravidanza è uno stato dinamico e, come tale, richiede una rivalutazione del rischio ad ogni successivo bilancio di salute al fine di individuare precocemente l'eventuale insorgenza di segnali di rischio e di garantire un accesso tempestivo a percorsi specialistici dedicati, qualora si ravvisi la necessità di un'assistenza aggiuntiva.

Come per la gravidanza, anche per il peri-partum (travaglio/parto/puerperio) presupposto fondamentale di qualità delle cure è una corretta individuazione del profilo di rischio da parte dei professionisti per orientare la donna verso percorsi assistenziali appropriati.

La DGR n. 1486 del 30 settembre 2021 – Accordo Stato Regioni del 16.12.2010, rep atti n. 137/CU recante *"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: Percorso per il Parto a Basso Rischio Ostetrico (BRO) a gestione autonoma ostetrica. Aree funzionali BRO alongside e Gestione autonoma in UO di Ostetricia e Ginecologia",* delinea un percorso, omogeneo a livello regionale, riservato alle donne con basso rischio ostetrico per il travaglio e il parto.

Il modello di assistenza al peri-partum per le donne che soddisfano i criteri di accesso al percorso si basa sull'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche in un contesto strutturale, tecnologico e

organizzativo "demedicalizzato", orientato a favorire la naturalità dell'evento e nel contempo a offrire le massime garanzie possibili di sicurezza.

I criteri di accesso al percorso "Parto BRO", i fattori di rischio in travaglio, durante il parto e in puerperio, le modalità di rivalutazione e sorveglianza continuativa, i criteri per il trasferimento a livelli assistenziali a maggior complessità di cura sia per la donna che per il neonato, nonché i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle aree dedicate, sono dettagliati nella suddetta deliberazione.

Percorso nascita ad alto rischio ostetrico

Si definisce "ad alto rischio" quella gravidanza che, per condizioni di patologia materna e/o fetale, presenta per la donna e/o il neonato, una maggior probabilità di outcome patologico rispetto all'incidenza stimata nella popolazione generale delle gestanti. La condizione patologica può essere preesistente al concepimento o insorgere nel corso della gestazione e riguardare la donna e/o il feto.

Queste gravidanze, che richiedono un'assistenza specialistica addizionale, vanno tempestivamente individuate e indirizzate, in modo elettivo, verso strutture con elevati livelli assistenziali, in grado di monitorare adeguatamente il periodo della gestazione e di intervenire in situazioni di emergenza-urgenza materne e/o neonatali con competenze specifiche.

La centralizzazione delle gravidanze a rischio in strutture che garantiscano risorse professionali, tecnologiche e organizzative adeguate è la strategia da perseguire, anche ricorrendo al modello del cosiddetto "trasporto in utero" con attivazione del Sistema di Trasporto Assistito Materno (STAM), universalmente riconosciuto come più efficace rispetto al trasporto post-natale.

Le evidenze scientifiche dimostrano infatti che i neonati pretermine nati in strutture dotate di Terapia Intensiva Neonatale (T.I.N.) hanno una maggior sopravvivenza e un outcome più favorevole rispetto ai nati in strutture sprovviste di T.I.N. per i quali è stato necessario il trasferimento dopo la nascita.

Qualora il "trasporto in utero" non sia attuabile per situazioni insorte durante il travaglio/parto non prevedibili a priori, il trasporto del neonato ad una struttura dotata di T.I.N. avviene tramite la tempestiva attivazione del Sistema di Trasporto in Emergenza Neonatale (STEN).

La regione Friuli Venezia Giulia ha disciplinato lo STAM e lo STEN con Decreto 1733/2016 *"Organizzazione del trasporto in emergenza perinatale: Servizio di Trasporto in Emergenza Neonatale (STEN) e Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM)".*

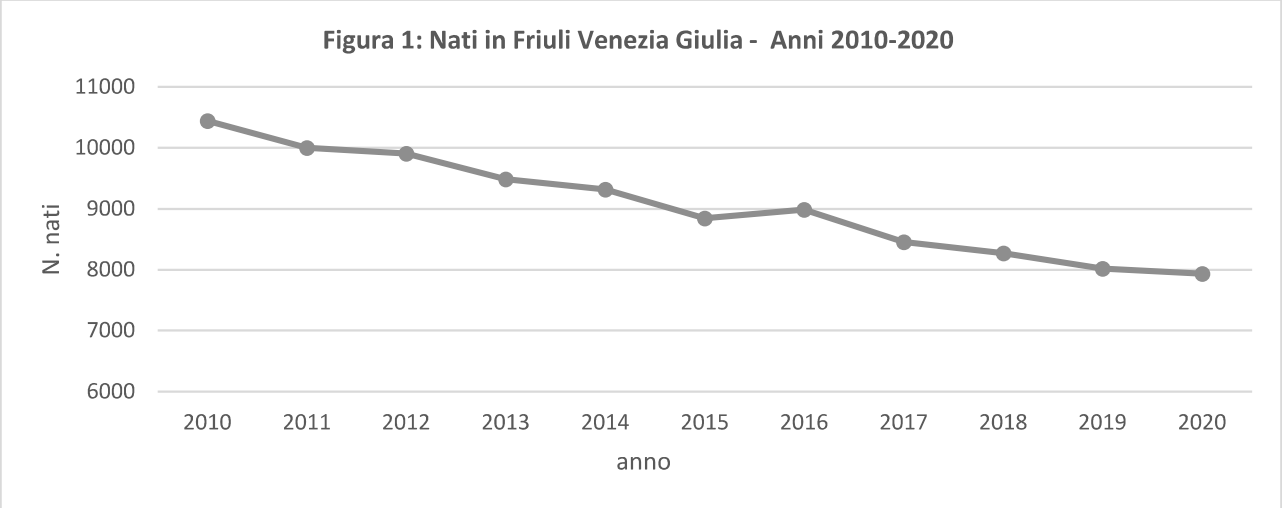
Il presente documento, alla luce nel nuovo assetto istituzionale del Sistema Sanitario regionale e di quanto stabilito al comma c) dell'articolo 4 della legge regionale n. 27/2018, che al punto 1) stabilisce che ARCS "*cura il coordinamento e il controllo delle reti cliniche delle quali ne cura altresì l'attivazione*" attiva la Filiera Neonatologica e Punti Nascita delle Reti Tempo Dipendenti, facendo propri tutti i documenti già

adottati dalla regione, aggiornando le strutture coinvolte nei percorsi di cura della filiera, definendone il ruolo nel rispetto di quanto contenuto negli atti di programmazione regionale, e fornendo le indicazioni generali sul modello di governance adottato.

Epidemiologia

Analisi di contesto

La natalità in Friuli Venezia Giulia ha fatto registrare, nel corso dell'ultimo decennio, un costante calo, in linea con il trend che caratterizza il panorama nazionale. Nel periodo considerato, le nascite sono diminuite di 2.506 unità (-23,9%), scendendo, nel 2020, sotto le 8.000 (Fig. 1).



Il parto

La quasi totalità dei parti (99,3%) avviene nei 9 Punti nascita operanti in regione (8 pubblici e uno privato accreditato). Nel corso del 2020, 43 parti, pari allo 0,5% del totale, si sono svolti a domicilio.

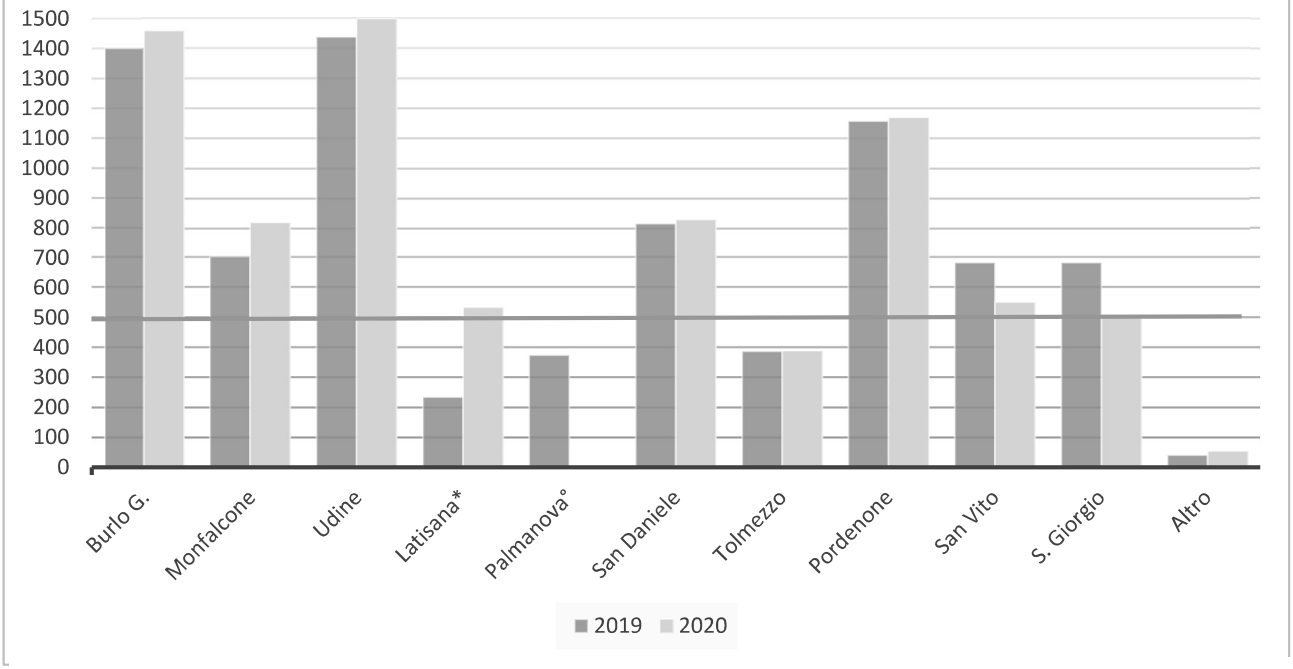
A partire dal 29 luglio 2019, a seguito delle disposizioni della LR 9/2019, le funzioni di degenza di ginecologia e ostetricia con punto nascita del presidio ospedaliero di base "spoke" Latisana e Palmanova sono assicurate esclusivamente nella sede di Latisana. Nel corso dell'anno successivo, si assiste ad un assestamento dei volumi di attività in alcuni Punti nascita, come ad esempio Monfalcone e San Vito al Tagliamento, legati alla redistribuzione regionale dell'utenza che afferiva a Palmanova con la nuova offerta a Latisana (Fig. 2).

Nel 2020, tutti i Punti nascita registrano un numero di parti superiore alla soglia di 500/anno, ad eccezione del Punto nascita di Tolmezzo che opera in deroga alle previsioni dell'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010, in quanto ubicato in un territorio con caratteristiche orografiche particolarmente svantaggiose. Il volume di attività di Tolmezzo, nel biennio 2019-2020, si assesta attorno ai 380 parti/anno.

Tre Punti nascita (IRCCS Burlo Garofolo, Udine e Pordenone) hanno un volume di attività superiore ai 1.000 parti/anno; i Punti nascita di San Vito al Tagliamento, Latisana e Casa di cura Policlinico San Giorgio

di Pordenone hanno un numero di parti di poco superiori alla soglia minima (rispettivamente 550, 533 e 508 parti/anno).

Figura 2: Parti per Punto nascita



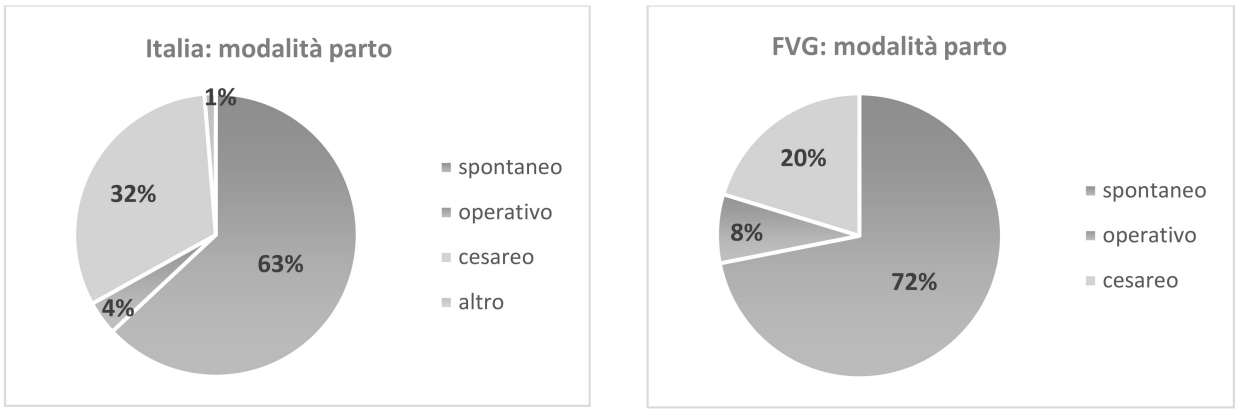
*la sede di Latisana del presidio ospedaliero di Latisana e Palmanova ha avviato l'attività di Punto nascita in data 29 luglio 2019

° la sede di Palmanova ha contestualmente cessato di essere operativa come Punto nascita

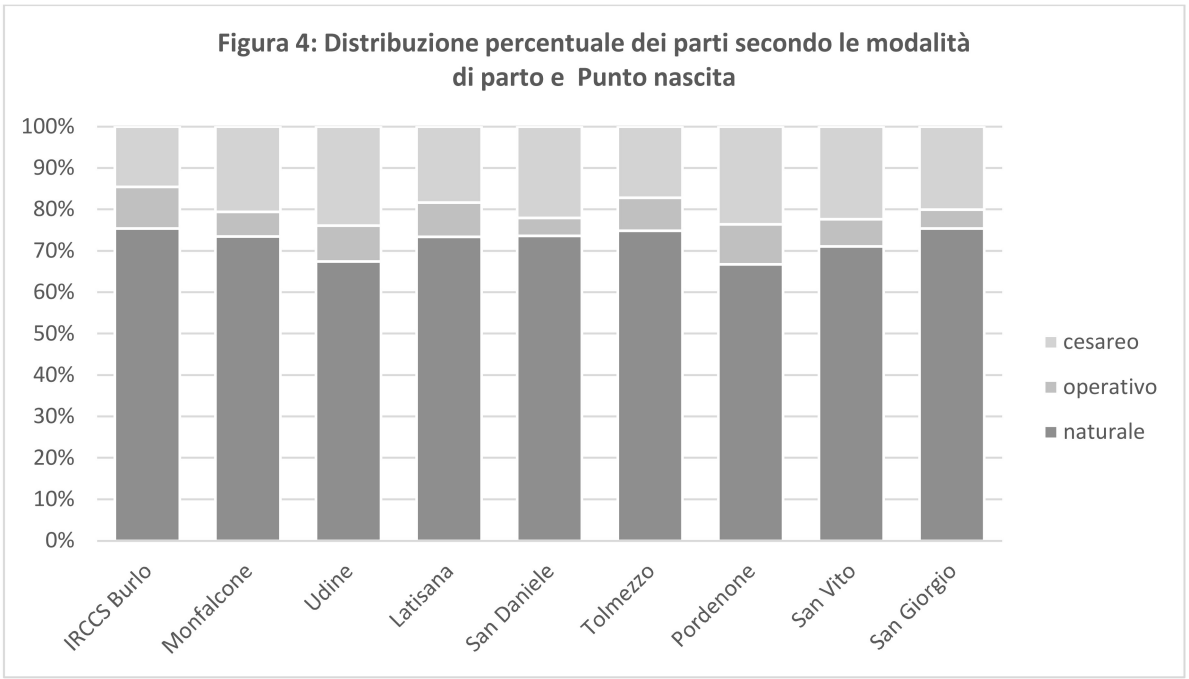
I dati riportati tengono conto del confronto tra i dati SDO, i certificati CeDAP e il report presente sul portale direzionale

Modalità di parto: in riferimento alla modalità di parto (spontaneo, operativo con forcipe o ventosa, cesareo), nel grafico sottostante sono messi a confronto i dati regionali 2020 con gli ultimi dati nazionali disponibili, riferiti al 2019 *(Fonte dati: rapporto ministeriale CeDAP, marzo 2021).* Come evidenziato, a livello regionale il ricorso al parto per via chirurgica è nettamente inferiore (20,3 vs 31,8%), mentre si registra una maggior percentuale di parti operativi (7,8% vs 3,9%).

Figura 3: Modalità di parto - confronto Italia vs FVG

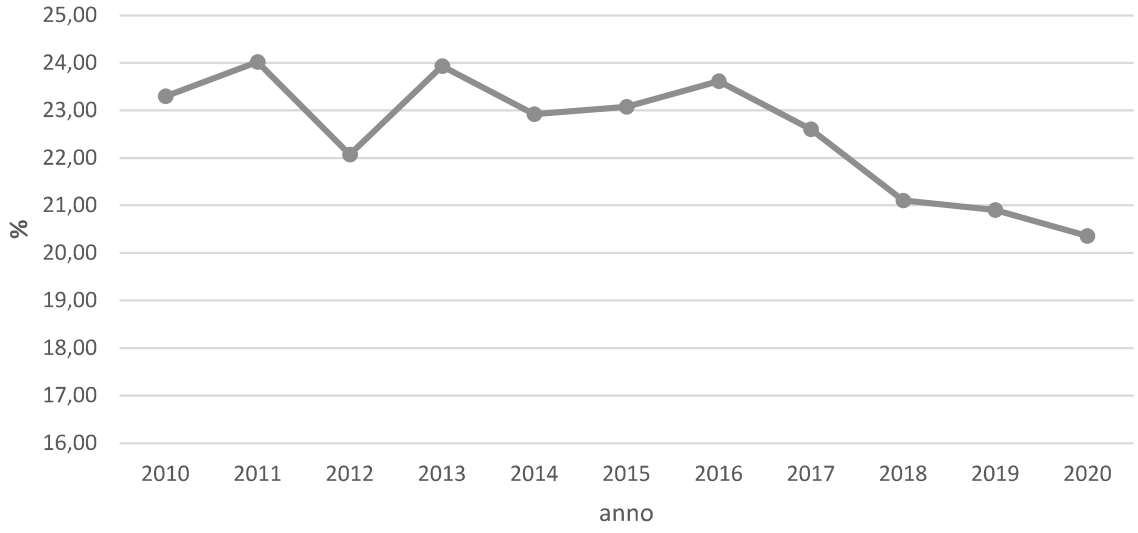


La distribuzione percentuale dei parti nei diversi Punti nascita del FVG, a seconda della modalità del parto, è rappresentata nella figura 4.



Tagli cesarei totali: l'analisi dell'andamento, nell'ultimo decennio, del ricorso al taglio cesareo, evidenzia un trend in discesa negli ultimi anni (Fig. 5), con un valore che oscilla nel 2020 tra il 14,61% e il 23,97%, rispettivamente presso gli Hub Burlo Garofolo e Udine.

Figura 5: Tagli cesarei totali Friuli Venezia Giulia. Andamento percentuale - Anni 2010-2020

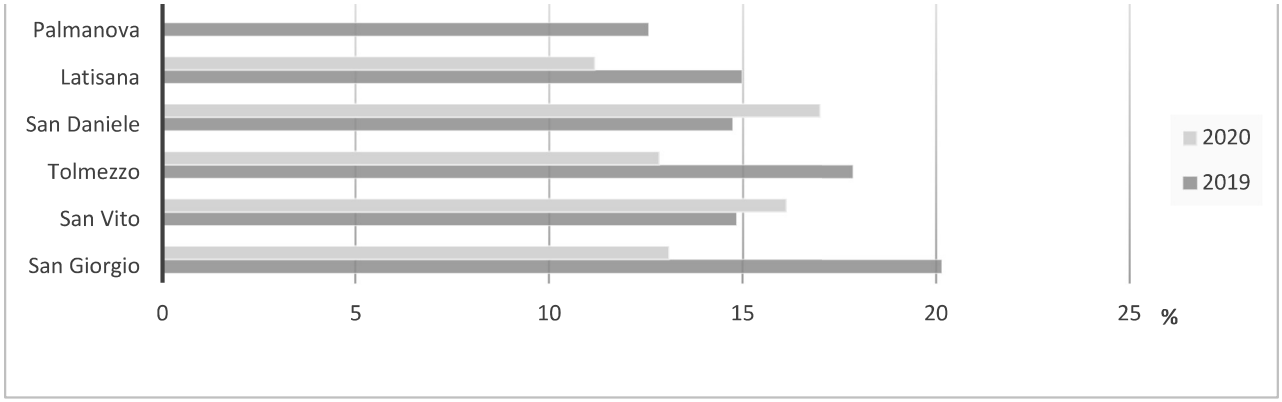


Tagli cesarei primari: nei due grafici sottostanti è rappresentata la percentuale dei tagli cesarei primari, ossia dei parti chirurgici in donne senza pregresso taglio cesareo, per volume di attività dei Punti nascita. La soglia di rischio di esito è fissata nel Programma Nazionale Esiti (PNE) al 15% per i Punti nascita con attività tra i 500 e i 1.000 parti/anno e al 25% per quelli con volumi superiori a 1.000 parti/anno.

Nella figura 6 sono rappresentati i tagli cesarei primari nei Punti nascita con attività tra i 500 e i 1.000 parti/anno. Nel biennio 2019-2020, il dato mostra, in alcune strutture, un'ampia oscillazione; nel 2 2020aTolmezzo e al Policlinico San Giorgio di Pordenone il valore, sopra-soglia nell'anno precedente, rientra nei limiti, mentre si assiste ad un lieve sforamento a San Daniele del Friuli e San Vito al Tagliamento

Figura 6: Tagli cesarei primari - Punti nascita 500-1000 parti/anno

In sei gravidanze gemellari si registra associazione di parto spontaneo e cesareo per i singoli gemelli

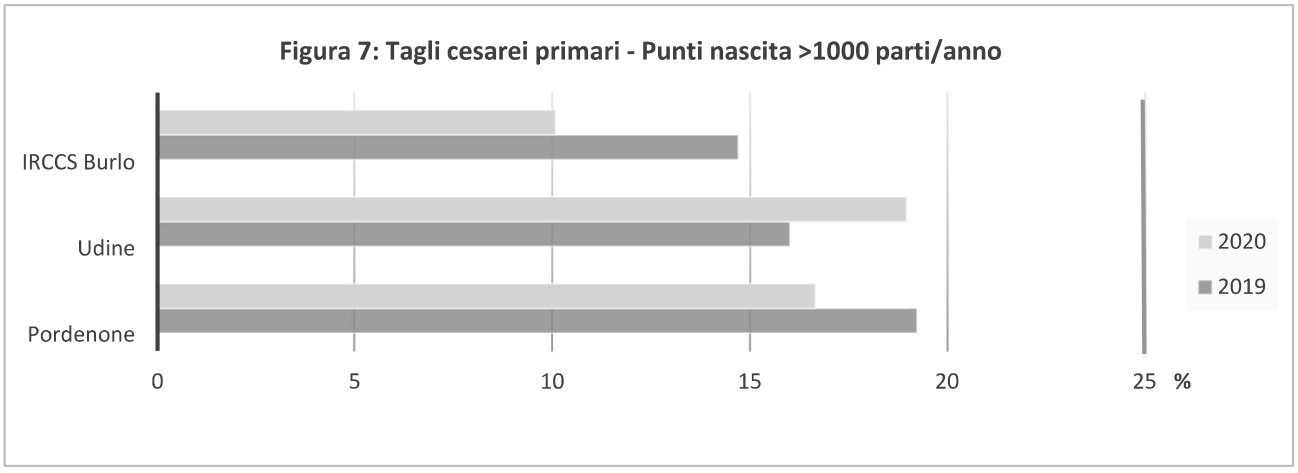


Parto naturale dopo pregresso cesareo: la probabilità che una donna con precedente cesareo possa espletare il parto per via naturale varia nei diversi Punti nascita e, come atteso, è più alta nei centri di II livello. Presso il Punto nascita dell'IRCCS Burlo Garofolo, nel 2020, più di una donna su due con pregresso cesareo ha partorito spontaneamente. Negli altri Punti nascita il valore varia da 11,8% di Tolmezzo a 37,7% di Udine (Tab. 1). La media regionale (34,60%) è sensibilmente più alta rispetto all'ultimo dato nazionale disponibile riferito al 2019, pari all'11,2% *(Fonte dati: rapporto ministeriale CeDAP, marzo 2021).*

Tutti i Punti nascita con più di 1.000 parti/anno risultano, nell'ultimo biennio, sotto la soglia fissata nel PNE (Fig. 7).

Tabella 1: Parto vaginale dopo pregresso cesareo per Punto nascita

Azienda	Punto nascita	parto vaginale dopo cesareo (%)	
		2019	2020
IRCCS Burlo Garofolo	Burlo Garofolo	50,00	55,41
ASUGI	Monfalcone	38,24	27,27
ASUFC	Udine	52,94	37,74
	Latisana	16,67	30,00
	Palmanova	30,77	-
	Tolmezzo	26,92	11,76
	San Daniele	17,65	29,41
ASFO	Pordenone	31,67	28,77
	San Vito	16,00	20,00
Casa di Cura	Pol. San Giorgio	17,86	32,00
FVG		*36,75*	*34,60*



Parto operativo: in circa il 9% dei parti si è fatto ricorso ad un parto operativo con applicazione di ventosa o forcipe. Il valore va da un minimo del 5,7% al Policlinico San Giorgio di Pordenone a un massimo del 12,6% a Pordenone (Tab. 2).

Tabella 2: Parti operativi per Punto nascita

Azienda	Punto nascita	parti operativi/parti vaginali (%)	
		2019	2020
IRCCS Burlo Garofolo	IRCCS Burlo Garofolo	8,38	11,72
ASUGI	Monfalcone	10,38	7,50
ASUFC	Udine	10,85	11,38
	Latisana	7,61	10,11
	Palmanova	12,54	-
	Tolmezzo	10,92	9,63
	San Daniele	5,05	5,56
ASFO	Pordenone	10,71	12,64
	San Vito	6,59	8,43
Casa Di Cura	Pol. S. Giorgio	4,49	5,67
FVG		*8,78*	*9,76*

Analgesia epidurale: la percentuale di donne che partoriscono in analgesia epidurale mostra un'ampia variabilità tra le strutture regionali, andando da un valore superiore al 40% nei Punti nascita di II livello a circa il 10% nei Punti nascita spoke di San Vito al Tagliamento e Monfalcone. Il dato regionale appare stabile nel biennio assestandosi attorno al 28%.

Nella tabella sottostante sono rappresentati i parti con analgesia epidurale sul totale dei parti vaginali per Punto nascita.

Tabella 3: Analgesia epidurale per Punto nascita

Azienda	Punto nascita	analgesia/parti vaginali (%)	
		2019	2020
IRCCS Burlo Garofolo	IRCCS Burlo Garofolo	42,41	46,23
ASUGI	Monfalcone	11,45	10,26
ASUFC	Udine	42,43	43,26
	Latisana	20,11	17,70
	Tolmezzo	18,43	21,43
	San Daniele	21,10	23,96

ASFO	Pordenone	25,58	22,71
	San Vito	10,26	9,84
Casa Di Cura	Pol. S. Giorgio	17,58	20,44
FVG		*27,50*	*28,36*

Condizioni materne

Episiotomia: in circa il 19% dei parti vaginali, viene eseguita un'episiotomia. Il ricorso a questa procedura mostra una variabilità che va dal 12,11% a Tolmezzo al 26,53% di Udine. Si registra una procedura tra i 43 parti eseguiti a domicilio. Il dato regionale si mantiene costante nel biennio considerato.

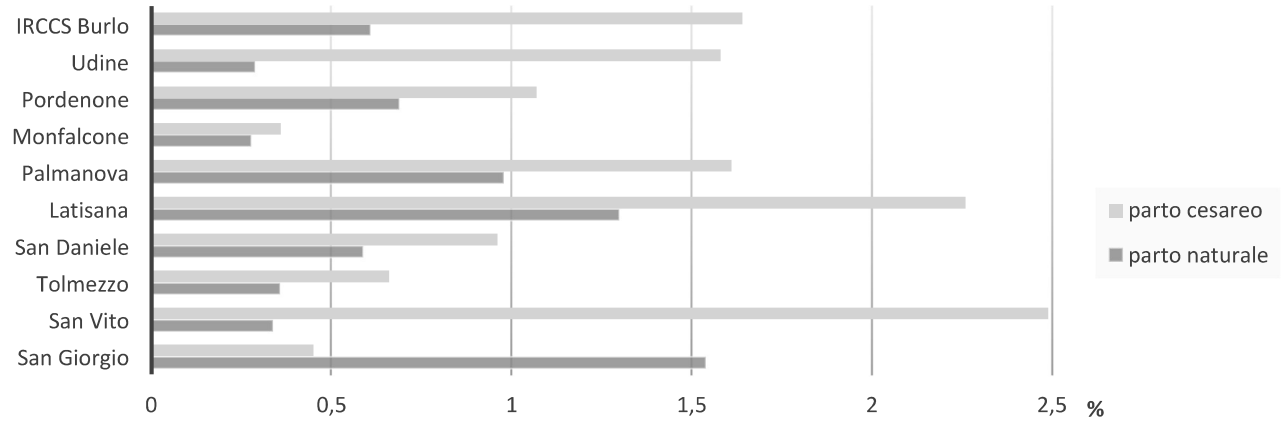
Tabella 4: Episiotomie per Punto nascita

Azienda	Punto nascita	episiotomie/parti vaginali (%)	
		2019	2020
IRCCS Burlo Garofolo	IRCCS Burlo Garofolo	13,61	17,58
ASUGI	Monfalcone	18,07	14,40
ASUFC	Udine	24,15	26,53
	Latisana	14,13	17,93
	Tolmezzo	9,22	12,11
	San Daniele	20,18	22,57
ASFO	Pordenone	18,32	18,01
	San Vito	12,64	14,99
Casa Di Cura	Pol. S. Giorgio	15,82	17,49
FVG		*17,36*	*18,89*

Complicanze materne gravi: tra le donne che hanno partorito nel periodo dal 1 gennaio 2019 al 31 ottobre 2020, 103 hanno avuto complicanze gravi entro 42 giorni successivi al parto *(indicatore PNE)*; in particolare 65 donne dopo un parto naturale e 38 donne dopo un parto cesareo.

Nella figura 8 sono rappresentate le percentuali di complicanze materne gravi a seconda delle modalità di parto (cesareo vs naturale) per Punto nascita.

Figura 8: Complicanze materne gravi per modalità di parto e Punto nascita



La proporzione di complicanze gravi dopo un parto naturale (0.60%) è in linea con l'ultimo dato nazionale disponibile, pari a 0,62% *(PNE periodo: 2018-2019).*

Si riscontra un'ampia variabilità tra i diversi Punti nascita (range: 0,28-1,54%) con due Punti nascita che superano il valore dell'1% (Policlinico San Giorgio di Pordenone e Latisana).

La proporzione di complicanze gravi dopo un parto cesareo è pari all'1,33% *(dato nazionale PNE 0,89% periodo: 2018-2019)*; il valore supera il 2% nei Punti nascita di San Vito al Tagliamento e Latisana.

Nelle 48 ore successive al parto sono state trasferite in terapia intensiva un totale di 39 donne *(periodo di riferimento anno 2020).* Il maggior numero di trasferimenti si registra, come atteso, nei due centri Hub di II livello: 8 nell'IRCCS Burlo Garofolo e 9 a Udine. Si riscontrano a seguire 6 donne a Pordenone, 5 a San Daniele del Friuli, 4 a Tolmezzo, 3 a Latisana, 2 a San Vito al Tagliamento e 1 a Monfalcone e al Policlinico San Giorgio di Pordenone.

La percentuale di donne che hanno subito una lacerazione perineale di 3° o 4° grado al primo parto vaginale, di donne sottoposte ad isterectomia entro 7 giorni dal parto e la percentuale di donne con un'emorragia post-partum (EPP) di entità tale da richiedere una trasfusione, sono riportate in tabella 5 *(periodo di riferimento anno 2020).*

Per le lacerazioni perineali di 3° o 4° grado, la media regionale è pari all'1,6% con un range ampio (0,6-3,2%). Si registrano due interventi di isterectomia post-partum. Le EPP che hanno richiesto una trasfusione di sangue sono mediamente 0,4% (range 0-0,8%).

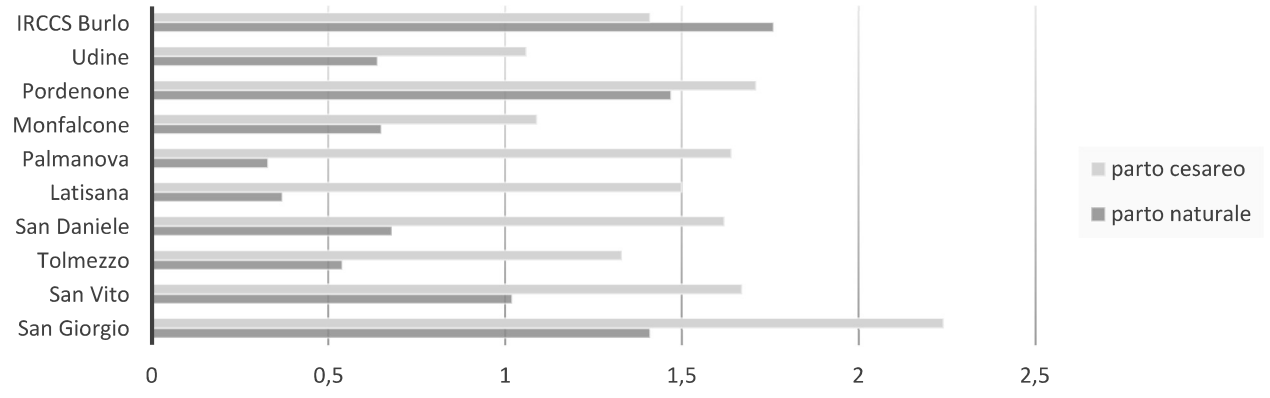
Tabella 5: Complicanze materne: lacerazioni 3-4 grado, isterectomia, emorragia post-partum

Azienda	Punto nascita	Complicanze materne		
		Lacerazioni 3-4° (%)	Isterectomie N.	EPP con trasfusione (%)
IRCCS burlo g.	Burlo Garofolo	3,2	-	0.8
ASUGI	Monfalcone	0,9	-	0,2
ASUFC	Udine	1,6	1	0,1
	Latisana	2,0	-	0,8
	Tolmezzo	0,6	-	0,3
	San Daniele	1,7	-	0,2
ASFO	Pordenone	0,4	1	0,3
	San Vito	1,0	-	0,0
Casa di cura	Pol. S. Giorgio	0,9	-	0,6
FVG		*1,6*	-	*0,4*

Le donne che hanno partorito nel periodo dal 1 gennaio 2019 al 31 ottobre 2020 e che sono state ricoverate con una degenza superiore o uguale a 2 giorni nei 42 giorni successivi al parto naturale o cesareo *(indicatori PNE)* sono in totale 154, di cui 111 (1,03%) dopo parto naturale e 43 (1,51%) dopo parto cesareo. I valori risultano superiori rispetto agli ultimi dati nazionali disponibili che sono pari rispettivamente a 0,65 e 1,02% *(PNE aa 2018-2019)*.

Si rileva un'ampia variabilità tra Punti nascita, anche all'interno dello stesso livello assistenziale, come riportato nel grafico sottostante (fig. 9).

Figura 9: Ricoveri entro 42 gg dal parto per modalità di parto e Punto nascita



Condizioni neonatali

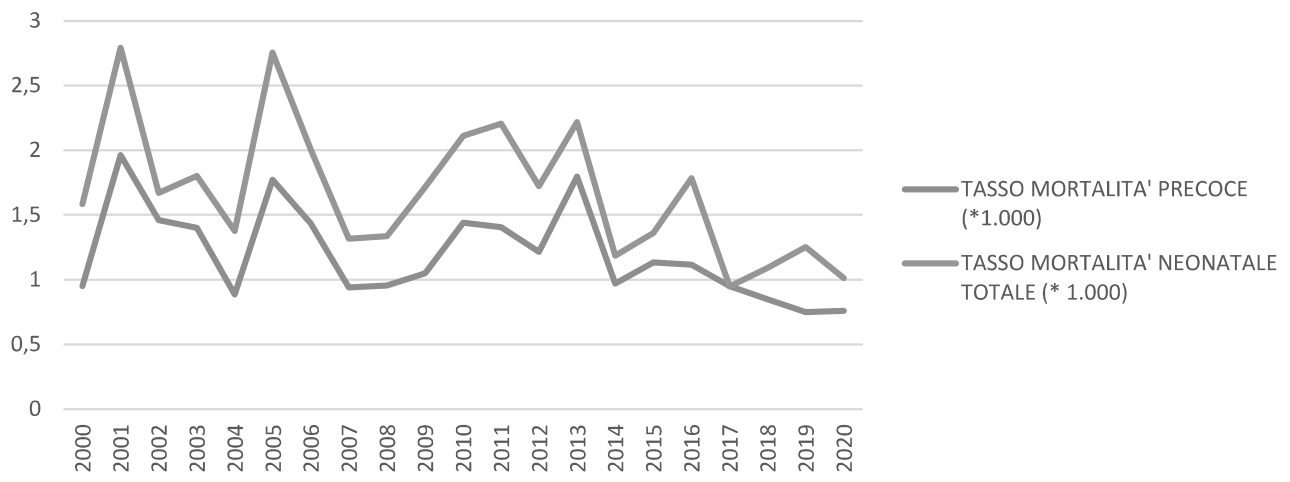
Nel 2020, 388 neonati, pari al 4,9% dei nati, sono stati ricoverati in Terapia Intensiva Neonatale (TIN) entro le prime 72 ore di vita. Di questi, 64 sono nati in centri di I livello e trasferiti successivamente in TIN. Un neonato (1/43) è stato trasferito dal domicilio.

Per due neonati con età gestazionale inferiore alle 34 settimane, nati in Punti nascita sprovvisti di TIN presso i quali la madre era ricoverata per più di 24 ore, è stato attivato il trasferimento in emergenza.

Il punteggio di Apgar è risultato inferiore a 5 al 5° minuto dalla nascita complessivamente in 46 neonati (media regionale 0,6%), di cui 23 nati in centri di I livello.

In figura 10 è rappresentato il tasso di mortalità neonatale precoce e totale nel periodo 2000-2020.

Figura 10: Tasso di mortalità neonatale (*1000)



Fonte dati

Le informazioni utilizzate per l'analisi sono state ricavate dal Datawarehouse Regionale, più specificatamente dal Repository Epidemiologico Regionale (RER), che è un archivio di database clinici e amministrativi collegabili tra di loro mediante un codice numerico stocastico univoco assegnato a ciascun individuo, soggetto a variazione ogni sei mesi.

La fonte principale dei dati è rappresentata dai certificati di assistenza al Parto (schede CeDAP) ai quali sono state agganciate le informazioni provenienti dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) per quanto attiene in particolare alle complicanze materne.

Finalità e obiettivi della Filiera Neonatologica e Punti nascita

I percorsi per la gravidanza e il travaglio/parto, considerata la loro natura dinamica, si inseriscono all'interno di una rete regionale integrata che vede l'operatività, secondo un modello sinergico, di servizi dedicati alla gestione di livelli di rischio ostetrico differenziati (Consultori familiari, Ambulatori per la gravidanza BRO, Ambulatori per la gravidanza ad alto rischio, Punti nascita di I e II livello).

La Rete Punti nascita, inserita tra le reti cliniche tempo dipendenti, mette in relazione con modalità formalizzate e coordinate i professionisti, le strutture e i servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologie e livelli differenti, nel rispetto dell'appropriatezza clinica e organizzativa e della continuità delle cure.

L'assetto organizzativo deve offrire il massimo delle opportunità clinico-assistenziali alle donne e al neonato in termini di:

- migliore assistenza possibile, indipendentemente dall'area territoriale di residenza e dalla situazione sociale, economica e culturale della donna/coppia;
- possibilità di accesso alle migliori cure, secondo quanto stabilito dalle linee guida nazionali e internazionali accreditate e condivise dalle società scientifiche.

La finalità della rete è quella di garantire:

- una risposta assistenziale alla gravidanza commisurata al profilo di rischio attraverso l'integrazione dei Punti nascita hub e spoke e dei Servizi territoriali, in particolare valorizzando i Servizi territoriali e la professionalità delle ostetriche nel basso rischio ostetrico e indirizzando le gravidanze a rischio verso strutture sanitarie con risorse professionali, tecnologiche e organizzative più adeguate alla presa in carico, nel rispetto dell'appropriatezza e della sostenibilità clinica e organizzativa;
- la continuità di assistenza e cura tra servizi territoriali e strutture ospedaliere, integrando operativamente il percorso gravidanza con il percorso travaglio/parto/puerperio;
- livelli di sicurezza adeguati, centralizzando nei Punti nascita di II livello le situazioni più complesse per donna e/o neonato;
- la pronta e appropriata attivazione del Servizio di trasporto in emergenza neonatale (STEN) e del Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM);
- l'efficienza nell'utilizzo delle risorse e nella qualità delle prestazioni erogate in base al principio del rispetto dei volumi minimi di casistica da trattare.

L'obiettivo principale della Filiera Neonatologica e Punti nascita, appartenente alle Reti Tempo dipendenti, è quello di migliorare gli esiti di salute di donna e neonato, offrendo un'assistenza al percorso nascita di qualità, appropriata e sicura, orientata a minimizzare il rischio e ad aumentare il benessere.

La Filiera persegue i seguenti obiettivi specifici:

- offrire una risposta sanitaria qualificata, omogenea per tutto il territorio regionale, assicurando l'assistenza in un *setting* assistenziale che assicuri competenze professionali e organizzative appropriate al livello di rischio ostetrico o feto-neonatale;
- assicurare un percorso dinamico che, attraverso uno stretto monitoraggio e una stretta integrazione tra i servizi, garantisca il passaggio assistito tra i diversi *setting* di cura, verso una maggior intensità di cure o un ritorno al livello a minor complessità;
- garantire il trasporto rapido della donna e/o del neonato all'hub di riferimento, in modo da assicurare un trattamento tempestivo ed efficace dal punto di vista clinico-assistenziale;
- favorire la continuità assistenziale, l'integrazione operativa fra le diverse fasi (pre-concezionale, gravidanza, parto e puerperio) e la presa in carico secondo percorsi di diagnosi, cura e assistenza comuni, condivisi e omogenei su tutto il territorio regionale;
- implementare strumenti informativi comuni per favorire il lavoro in rete e il collegamento informativo tra le strutture regionali, nonché la disponibilità di dati omogenei per poter effettuare le valutazioni di performance dei servizi offerti e assicurare i flussi informativi regionali e nazionali;
- promuovere l'acquisizione e il mantenimento di competenze professionali specifiche tra gli operatori coinvolti ai vari livelli, attraverso l'attuazione di iniziative formative comuni su tutto il territorio regionale, al fine di creare sinergie e favorire l'integrazione fra operatori dell'intera rete, nonché diffondere le buone pratiche cliniche;
- valutare, anche attraverso azioni di benchmark nazionali e sovra-nazionali, gli esiti delle cure erogate, l'appropriatezza dei trattamenti e dei livelli di qualità raggiunti dalle strutture costituenti la rete.

Organizzazione della Filiera Neonatologica e Punti nascita

L'organizzazione della rete assistenziale del percorso nascita è coerente con quanto previsto dall'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010, richiamato dal DM 70/2015, così come recepito con DGR 1083/2010.

Con il presente modello organizzativo, si intende garantire l'assistenza, l'accompagnamento e il sostegno della donna/coppia e del neonato nella struttura più idonea alla situazione, superando le rigidità organizzative, favorendo la continuità delle cure e un passaggio assistito tra i diversi setting, attraverso connessioni codificate tra i nodi della rete.

In particolare:

- le situazioni a maggior complessità di cure per donna e/o neonato sono centralizzate nei Punti nascita con competenze professionali, tecnologiche e logistiche in grado di dare risposte adeguate alla specifica condizione materna e/o feto-neonatale e migliorare gli esiti perinatali;
- per le gravidanze a basso rischio ostetrico si fa riferimento al modello assistenziale a conduzione autonoma ostetrica, preferibilmente nelle sedi distrettuali, secondo il percorso definito con DGR 723/2018;
- le attività di STEN e STAM si sviluppano, secondo procedure codificate, in stretta sinergia e integrazione tra le articolazioni dei Punti nascita spoke e hub (Ostetricia, Neonatologia e TIN) e tra i Punti nascita e la SORES.

I nodi della rete di assistenza alla gravida, al neonato e alla puerpera sono individuati nei Punti nascita, nei consultori dei distretti, nei medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS) e nel sistema di emergenza urgenza territoriale.

Punti nascita

Sono definiti Punti nascita le strutture ospedaliere di Ostetricia, Pediatria/Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale che concorrono con le loro equipe all'assistenza al parto e al neonato (DGR 1083/2012). Gli ambulatori delle strutture di Ostetricia e Ginecologia seguono la donna durante la gravidanza.

Per i Punti nascita sono individuati due livelli erogativi, di I e II livello

Punti nascita di I livello

I Punti nascita di I livello hanno un volume di attività superiore a 500 parti/anno, standard operativo minimo a garanzia dello sviluppo delle competenze dei professionisti e della sicurezza. Solo per i Punti nascita che operano in sedi orograficamente disagiate, con volumi di attività inferiori alla suddetta soglia minima, è prevista la possibilità di presentare al Ministero istanza di deroga per il mantenimento in attività. Il D.M. 11/11/2015 prevede che il Comitato Percorso nascita nazionale esprima motivato parere, a seguito delle risultanze del protocollo metodologico debitamente compilato, in merito alle richieste di deroga avanzate.

I Punti nascita di I livello assicurano l'assistenza alle gravidanze e ai parti con epoca gestazionale superiore o uguale alle 34 settimane, in situazioni che non richiedono presumibilmente interventi di livello tecnologico e assistenziale elevato per la madre e il neonato. Eventuali eccezioni a questa raccomandazione devono essere preventivamente concordate con la TIN del centro di riferimento di II livello.

Si configurano come centri spoke ospedalieri.

Punti nascita di II livello

I Punti nascita di II livello garantiscono l'assistenza, oltre che alle situazioni già descritte per il I livello, anche a gravidanze, parti e neonati con condizioni di alto rischio. Hanno un volume di attività superiore a 1.000 parti/anno e sono provvisti di Terapia Intensiva Neonatale.

Si configurano come centri Hub e, oltre alle strutture di Ostetricia e ginecologia e Pediatria, sono dotati di Neonatologia con Terapia intensiva neonatale.

Sia i Punti nascita di I livello (spoke) che i Centri di II livello (Hub) rispettano i requisiti strutturali, tecnologici e organizzazione di autorizzazione e accreditamento previsti dalla normativa nazionale e regionale (DGR 1083/2012). La Regione prevede verifiche periodiche sul mantenimento dei requisiti, anche avvalendosi di check list di autovalutazione.

Come indicato nell'allegato 3 della DGR n. 1.446 del 24 settembre 2021, alla data di attivazione della Filiera Neonatologica e Punti nascita operano sul territorio regionale i Punti nascita indicati nella tabella sottostante.

Area territoriale	Punto nascita	Livello assistenziale	Hub o spoke	Pubblico o privato
Giuliano isontina	Trieste – Burlo Garofolo	II libello	hub	pubblico
	Monfalcone – Burlo Garofolo	I livello	spoke	pubblico
Friuli centrale	Udine	II libello	hub	pubblico
	Latisana	I livello	spoke	pubblico
	San Daniele	I livello	spoke	pubblico
	Tolmezzo	I livello	spoke	pubblico
Friuli occidentale	Pordenone	I livello	spoke	pubblico
	San Vito al Tagliamento	I livello	spoke	pubblico
	Pordenone - Casa di Cura San Giorgio	I livello	spoke	privato

Il Punto nascita di Tolmezzo, sito in area orograficamente disagiata con un volume di attività inferiore ai 500 parti/annui, opera in deroga a seguito dell'esito favorevole dell'iter procedurale ministeriale.

Consultori dei distretti

Nel rispetto dei requisiti definiti dalla DGR 1083/2012, i consultori operano in rete secondo modalità organizzative integrate, omogenee e condivise, atte a soddisfare le necessità assistenziali della triade futuri genitori-neonato e si configurano come centri spoke territoriali.

Nell'ambito delle attività della filiera concorrono a:

- promuovere la salute della donna in età fertile e in fase pre-concezionale e offrire in modo proattivo il controllo prima del concepimento;
- definire e adottare criteri condivisi con i Punti nascita per l'individuazione del livello di rischio della gravidanza, secondo quanto definito dalla DGR 723/2018;
- seguire le gravidanze identificate come a basso rischio ostetrico;
- promuovere il modello organizzativo di gestione autonoma ostetrica per le gravidanze BRO, secondo il percorso di diagnostico cura e assistenza delineato con la DGR 723/2018;
- adottare, per l'assistenza alla gravidanza BRO, la cartella informatizzata integrata ospedale-territorio;
- assicurare la continuità assistenziale e favorire le dimissioni protette di puerpere e neonati;
- implementare iniziative a sostegno delle competenze genitoriali e dello sviluppo del bambino.

Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta

I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, in relazione alle loro specifiche competenze, operano in rete e concorrono, con gli altri professionisti del percorso nascita, a promuovere la salute della donna e del bambino.

Il medico di medicina generale che conosce la donna da prima della gravidanza, la sua storia clinica, il contesto familiare e sociale e il pediatra, per le coppie che desiderano altri figli dopo il primo, rivestono un ruolo fondamentale nel veicolare, con una strategia comunicativa personalizzata, la cultura dell'importanza della salute riproduttiva e, nello specifico pre-concezionale, quale fattore determinante nel condizionare il decorso e l'esito della gravidanza.

Rafforzare i fattori protettivi, promuovere stili di vita sani, intercettare eventuali fattori di rischio modificabili e favorire il controllo di preesistenti patologie croniche prima di pianificare la gravidanza, permettono alla donna di intraprendere il percorso nelle condizioni migliori possibili a tutela del suo benessere e di quello del bambino. Le iniziative di promozione della salute intraprese nel periodo pre-

concezionale trovano una finestra temporale facilitante la disponibilità, l'attenzione e la motivazione da parte dei futuri genitori, costituendo quindi un'opportunità per modificare stili di vita scorretti, per stimolare il cambiamento, per favorire l'aderenza alle cure, ecc.

Il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta rappresentano per le donne/coppie un interlocutore di fiducia che garantisce un rapporto di continuità e i contatti sono momenti privilegiati per un'offerta proattiva di interventi di promozione della salute e di prevenzione, oltre che di assistenza e cura.

Dopo il parto è consigliata una tempestiva iscrizione del neonato al Servizio sanitario con la scelta del pediatra di famiglia, pediatra che costituirà per anni il punto di riferimento dei neo-genitori per lo sviluppo e cura del bambino.

Il coinvolgimento integrato di Consultori, Strutture ospedaliere, Medicina Generale e Pediatria di famiglia in azioni coordinate e sinergiche, permette di attuare le strategie finalizzate a migliorare la salute nei primi mille giorni, periodo che si è dimostrato fondamentale nel condizionare la salute della donna/coppia, del bambino e dell'adulto che sarà.

Sistema di Emergenza urgenza territoriale

Il sistema emergenza urgenza territoriale contribuisce all'operatività della Filiera Neonatologica e Punti nascita tramite la Struttura Operativa Regionale Emergenza Sanitaria (SORES), il Trasporto di Emergenza Neonatale (STEN), il Trasporto Assistito Materno (STAM), l'Elisoccorso neonatologico e gli Equipaggi di soccorso su terra.

La *SORES* è il nodo di ricezione della domanda e attivazione del sistema di trasporto STAM e STEN, come definito con Decreto della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità n. 1733/2016. Inoltre, contribuisce ad assicurare assistenza a distanza nelle situazioni di parto improvviso per le quali non è stato possibile raggiungere un punto nascita da parte della donna.

Lo *STEN* rappresenta l'anello di congiunzione tra i diversi punti nascita spoke ed i centri di Patologia neonatale con Terapia Intensiva Neonatale (TIN) rappresentanti gli Hub di II livello. È finalizzato ad assicurare la migliore assistenza ad ogni neonato nella struttura più idonea alle sue necessità. I trasporti STEN sono assicurati da medici Neonatologi e infermieri della TIN. Il personale dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste assicura i trasporti per l'area Giuliano-Isontina, quello dell'ASUFC per i trasporti delle aree Friuli Centrale e Occidentale.

Lo *STAM* consiste nel trasporto in utero. Deve essere privilegiato rispetto allo STEN, in quanto la sopravvivenza e l'outcome sono più favorevoli quando il neonato critico può contare sulla migliore assistenza post-natale assicurata nei centri di II livello con TIN. Lo STAM si caratterizza per la presenza dell'ostetrica a bordo dell'equipaggio; può essere elettivo o urgente, nel caso si sia instaurata una condizione acuta materna e/o fetale.

L'*Elisoccorso neonatologico* può essere utilizzato per il trasporto in urgenza presso centri di alta specializzazione per i neonati che necessitano di interventi o procedure salva vita. In rare occasioni può essere utilizzato per il soccorso neonatale in aree impervie.

Gli *Equipaggi di soccorso* su terra sono rappresentati dalle Ambulanze ALS e dalle Automediche. Concorrono all'assistenza al parto in rare occasioni quando, nel corso del trasporto al punto nascita, il parto precipita obbligando a far nascere il bambino al domicilio o sulla strada.

Servizio di trasporto perinatale: STEN e STAM

Ferma restando l'opportunità di centralizzare le gravidanze in cui si rilevi un alto rischio per la donna e/o il neonato, l'individuazione precoce dei segnali di scostamento dalla fisiologia del travaglio/parto o dell'adattamento neonatale portano allo snodo decisionale dell'attivazione dello STAM e/o dello STEN per il trasporto assistito verso setting più appropriati.

Il timing del cambio setting per una gravida che presenta condizioni che ne modificano il livello di rischio da basso ad alto o per un neonato con importanti problemi di adattamento post-natale è un fattore che richiede competenze nell'ambito del triage materno-fetale e neonatale ed è un fattore determinante la salute di donna e neonato. Gli elementi clinico-assistenziali, rilevati anche con il supporto di check list, che raccomandano il cambio setting sono dettagliati nel percorso parto BRO, di cui alla DGR 1486/2021.

L'organizzazione dei Servizi di trasporto assistito materno e in emergenza neonatale, che ha recepito quanto indicato nelle *"Linee di indirizzo sull'organizzazione del Sistema di trasporto materno assistito e del Sistema in emergenza del neonato",* redatte a cura del Comitato percorso nascita nazionale del Ministero della salute, è dettagliata nel Decreto 1733/2016.

In particolare, il documento regionale individua e approfondisce sia per lo STAM che per lo STEN, le seguenti tematiche:

- strutture che afferiscono al servizio
- indicazioni e modalità di attivazione
- equipe di trasporto, mezzi e attrezzature
- ruoli e responsabilità degli operatori coinvolti

- procedure da attivare in caso di indisponibilità di posti letto
- back transport
- comunicazione
- formazione degli operatori coinvolti
- monitoraggio e audit

Per la registrazione dei dati di trasporto, sia lo STAM che lo STEN utilizzano schede dedicate e omogenee a livello regionale, una predisposta per la struttura inviante e un'altra per la struttura ricevente (Decreto 1733/2016). Al fine di migliorare l'interazione tra i Nodi e poter disporre di dati omogenei per le valutazioni di performance del sistema di trasporto materno e neonatale, il Coordinamento della Rete e SORES individuano le modalità più idonee per l'informatizzazione dei dati.

L'interazione tra i centri di I e II livello e tra i centri di II livello fra loro, siglata da specifici accordi, riveste la massima importanza ai fini dell'ottimizzazione dei tempi di trasferimento per la donna e il neonato, ivi compresa l'individuazione di un centro di riferimento alternativo in caso di indisponibilità accertata di posti letto. Relativamente agli aspetti organizzativi, logistici e di trasporto è necessaria l'interazione con la SORES.

Compito del coordinamento della Rete, affiancato dai Centri di II livello e dalla SORES, è la verifica periodica dei PDTA e delle procedure operative per il passaggio delle donne e/o dei neonati tra i vari setting assistenziali, sia per quanto attiene all'aggiornamento dei contenuti che alla loro costante applicazione.

La SORES adotta protocolli e procedure per l'identificazione del parto imminente, l'insorgenza di complicanze, il trasporto della gravida e l'assistenza al parto, condivisi con il coordinamento della Rete.

Gli specialisti che seguono le gravidanze a rischio forniscono adeguate informazioni alle assistite circa la necessità di rivolgersi al 112, comprese le relative informazioni da fornire all'operatore.

Integrazione tra i Nodi della filiera

La continuità assistenziale tra territorio, riferimento preferenziale per le donne con gravidanze a basso rischio ostetrico, e ospedale, riferimento per il travaglio/parto, è facilitata dalla predisposizione di una cartella informatizzata, attualmente in fase di sperimentazione. Lo strumento, a disposizione degli operatori che seguono le gravidanze BRO, sia nei Consultori familiari che negli ambulatori dei Punti nascita, è accessibile da G2 clinico.

La condivisione delle informazioni nei casi suddetti, ma anche in presenza di un cambio setting per insorgenza di complicanze, facilita l'interazione tra i servizi e permette agli operatori una pronta evidenza della storia clinica della donna.

Un'infrastruttura informatica trans-aziendale, attraverso il supporto della software-house INSIEL permette di rendere visibili le informazioni cliniche a tutti gli attori del "percorso di cura" nell'ambito delle sue finalità e per il tempo necessario al suo espletamento, nel rispetto della normativa sulla privacy.

Interazioni strutturate sono previste tra la Rete Punti nascita e la Rete dell'Emergenza –urgenza, con particolare riferimento all'organizzazione dei trasporti (Decreto 1733/2016), alla stesura/revisione di procedure operative comuni, alla verifica/monitoraggio della rete e alla formazione del personale.

Funzionamento della Filiera Neonatologica e Punti nascita

Il coordinamento delle reti Cliniche è attribuito ad ARCS.
La Rete dei Punti nascita fa parte delle Reti Tempo dipendenti e per il suo funzionamento si avvale di un'attività di coordinamento a livello regionale (Comitato Percorso Nascita Regionale già previsto dalla DGR 1083/2012) che si interfaccia con le attività organizzativo-gestionali a livello aziendale.
Il coordinamento della Filiera si concretizza principalmente in:

- redazione di un piano di rete comprensivo di piano strategico, piano annuale di attività, PDTA e indicatori di monitoraggio;
- interazione con i comitati aziendali per il coordinamento dell'implementazione delle attività a garanzia dell'omogeneità dell'assistenza a livello regionale;
- individuazione e coordinamento dei gruppi di lavoro multiprofessionali e multidisciplinari finalizzati ad affrontare problematiche organizzative e a predisporre documenti tecnici (protocolli diagnostico terapeutici, linee guida, ecc.) necessari a dare omogeneità all'intera filiera;
- individuazione e monitoraggio degli indicatori di performance della rete, tramite il supporto dei referenti dei comitati aziendali, e diffusione periodica delle risultanze del monitoraggio;
- analisi delle criticità emerse e definizione di un piano di miglioramento e delle priorità d'intervento;
- formalizzazione e attuazione di protocolli d'integrazione operativa a livello regionale e locale tra attività ospedaliere e attività territoriali sanitarie e sociosanitarie;
- valutazione periodica dell'integrazione dei servizi, dei PDTA e della qualità dell'assistenza fornita dal punto di vista degli operatori e dei professionisti, con monitoraggio anche del loro benessere lavorativo;
- predisposizione di un piano annuale regionale della formazione su tematiche inerenti il percorso nascita, sulla base dei bisogni formativi degli operatori;
- collaborazione a iniziative di comunicazione alla cittadinanza tramite i mezzi d'informazione e i siti internet istituzionali, diffondendo i dati e le informazioni relativi alla rete dei Punti nascita, anche al fine di promuovere l'Health literacy e favorire l'empowerment della donna/coppia;
- collaborazione per un'informazione all'utenza sui temi inerenti al percorso nascita chiara, coerente e omogenea sul territorio regionale (siti aziendali, carte dei servizi ecc.);
- promozione di iniziative tese a valutare la qualità percepita dall'utente;

- individuazione di modalità per la raccolta informatizzata di indicatori non calcolabili a partire dai flussi informativi correnti;
- valutazione periodica dell'integrazione dei servizi, dei PDTA e della qualità dell'assistenza fornita dal punto di vista degli operatori e dei professionisti;
- studio dei modelli organizzativi più avanzati per la gestione delle attività, valutazione di technology assessment e proposta di iniziative di miglioramento.

Coordinamento regionale

A seguito alle revisioni dell'assetto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale che si sono succedute negli anni (LR 17/2014, LR 27/2018 e LR 22/2019), che hanno ridotto il numero e modificato le afferenze territoriali degli Enti del SSR, la composizione del Comitato Percorso Nascita Regionale, definito con provvedimento in capo alla Direzione Centrale Salute, è certamente da rinnovare.

Coordinamento aziendale

È inoltre funzionale alla governance della rete, l'attivazione di articolazioni operative aziendali, i Comitati percorso nascita aziendali, già previsti dall'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010, a supporto delle attività dell'organismo regionale. I comitati aziendali possono coincidere con i comitati dei dipartimenti materno-infantili delle tre aziende/enti (ASFO, ASUFC e Burlo), integrati eventualmente con altre figure professionali, I comitati aziendali hanno il compito di:

- supportare il coordinamento regionale nell'attuazione, miglioramento, monitoraggio delle dieci linee di azione previste dall'Accordo 16 dicembre 2010;
- monitorare lo stato della rete a livello aziendale e avanzare proposte di miglioramento in relazione alla propria realtà territoriale;
- implementare a livello locale i percorsi assistenziali regionali e il monitoraggio degli stessi, a garanzia dell'omogeneità dell'intera Filiera Neonatologica e Punti nascita;
- collaborare alla definizione di offerte assistenziali omogenee sul territorio regionale.

Le tre aziende/enti comunicano ad ARCS l'avvenuta formalizzazione del proprio Comitato percorso nascita, con la relativa composizione, nonché le eventuali successive modifiche.

I documenti prodotti dalla Filiera Neonatologica e Punti Nascita (Reti Tempo Dipendenti) vengono approvati formalmente da ARCS, tramite decreti o determinazioni in relazione alla loro valenza, e trasmessi alle direzioni delle aziende per la loro contestualizzazione. In base all'articolo 4, comma c), punto 1) della legge regionale n. 27/2018, i documenti di ARCS sono da ritenersi cogenti per gli Enti del Servizio Sanitario Regionale. Fra le azioni di monitoraggio ci sarà il livello di implementazione delle azioni all'interno delle organizzazioni aziendali.

Monitoraggio e verifica

Il modello organizzativo della Filiera Neonatologica e Punti nascita è oggetto di monitoraggio e verifica della qualità, dell'appropriatezza e della sicurezza delle attività svolte, nonché del benessere dei professionisti.
Sono previsti audit clinico-organizzativi intra-aziendali, inter-aziendali interni, e/o interregionali o con il coinvolgimento di enti terzi. Attraverso il confronto sistematico con standard conosciuti o best practice, potranno essere evidenziati eventuali scostamenti e individuati gli opportuni correttivi.

Sono predisposte check list per la valutazione dei PDTA, secondo le indicazioni dell'Accordo Stato Regioni 14/2018. Gli indicatori di cui alla successiva tabella potranno essere integrati secondo le valutazioni e proposte del coordinamento della filiera.

I dati di processo ed esito rilevati dai sistemi di monitoraggio sono valutati dai componenti del coordinamento della filiera per la parte di competenza, con cadenza almeno annuale per evidenziare eventuali aree di criticità e individuare le azioni di miglioramento.

Le risultanze delle attività di monitoraggio e verifica dovranno essere disponibili attraverso la redazione di un report annuale ad ARCS.

La tabella riporta gli indicatori ai quali fare riferimento per la valutazione delle performance della filiera Neonatologica e Punti nascita (modificato da Accordo Stato Regioni 14/2018).

livello	indicatore	formula	Standard	fonte
I	N. Parti/anno *(spoke)*		500 parti/anno	PNE
I	N. Parti/anno *(hub)*		>1000 parti/anno	PNE
I	Tagli cesarei primari *(spoke)*		Massimo 15%	PNE
I	Tagli cesari primari *(hub)*		Massimo 25%	PNE
	Parto naturale			PNE
I	Complicanze durante parto o puerperio	Azienda di residenza	da PNE	PNE
I	Complicanze durante il parto o puerperio	Struttura di ricovero	da PNE	PNE
I	Ricoveri successivi durante il puerperio		da PNE	PNE
	parto cesareo		da PNE	PNE
I	Complicanze durante il parto e il puerperio	Azienda di residenza	da PNE	PNE
I	Complicanze durante il parto e il puerperio	Struttura di ricovero	da PNE	PNE
I	Ricoveri successivi durante il puerperio		da PNE	PNE

I	Parto-analgesia			CeDAP
I	Lacerazioni III e IV grado	Lacerazioni III e IV grado al primo parto vaginale/N. donne al primo parto vaginale		SDO
I	Isterectomia post-partum	N. isterectomie entro 7 giorni dal parto/N. ricoveri parto per Azienda		SDO
I	Donne con emorragia post-partum che hanno richiesto trasfusione			SDO
I	N. neonati ricoverati in TIN	N. neonati trasferiti in TIN/neonati inborn		SDO
I	N. donne trasferite	N. donne trasferite II liv/N. donne ricoverate in Ostetricia		SDO
I	N. neonati trasferiti	N. neonati trasferiti/nati		SDO
I	N. neonati trasferiti perché nati in luogo non appropriato	N. nati in I liv EG < 34 sett. la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore	0%	SDO CeDAP
I	Neonati trasferiti al II livello entro le prime 72 ore	N. neonati trasferiti entro 72 h/N. nati		SDO CeDAP
II	Back transport donne	N. donne con back transport/N donne trasferiti da spoke		
II	Back transport neonati	N. neonati con back transport/N neonati trasferiti da spoke		
II	Supporto one to one in sala parto	N. donne con presenza continua operatore sanitario in sala parto/N. parti		
II	Pelle a pelle	N. nati Apgar $\geq$9 al 5' con pelle a pelle/N. parti con stesse caratteristiche		

Indicatori di I livello: si intendono gli indicatori direttamente calcolabili a partire dai flussi informativi correnti anche con l'uso integrato degli stessi (in particolare CeDAP e SDO). La maggior parte di questi indicatori vengono routinariamente calcolati dai flussi correnti e dal PNE.

Indicatori di II livello: si intendono gli indicatori non direttamente calcolabili a partire dai flussi informativi che possono essere implementati attraverso l'uso integrato di più sistemi informativi esistenti o essere integrati con rilevazioni ad hoc.

Formazione e informazione

I piani di formazione del personale operante nella Filiera Neonatologica e Punti nascita si basano sulla rilevazione dei bisogni formativi coerenti con il funzionamento della rete stessa.

Sono da prevedere percorsi di aggiornamento interdisciplinare e intersettoriale, aggiornamento sul campo in strutture di II livello e aggiornamento attraverso scenari di simulazione presso i centri formativi dedicati, nell'ottica del miglioramento continuo e del mantenimento dell'expertise. In tale ottica si incentiva la formazione continua in medicina, tutti gli strumenti di certificazione delle competenze, come gli audit clinici e organizzativi, e l'attribuzione dei privilegi.

Sono da implementare programmi di formazione continua congiunta degli operatori coinvolti nel percorso nascita (ospedalieri e territoriali), comprensivi di simulazioni pratiche, al fine di rafforzare le competenze tecnico-scientifiche e relazionali e ottimizzare la risposta integrata di équipe, ivi compresi gli operatori dell'emergenza-urgenza.

Il piano di formazione regionale rivolto al personale coinvolto è proposto dal coordinamento della filiera, sulla base dei bisogni formativi individuati. Si rimanda a quanto previsto da precedenti atti programmatori in ambito materno-infantile (DGR 1.083/2012, Decreto 1.733/2016, DGR 723/2018, DGR 1.486/2021) per la predisposizione dei programmi formativi rivolti all'acquisizione e al mantenimento delle competenze e abilità degli operatori coinvolti in percorsi specifici.

Particolare attenzione va riservata alla comunicazione interna tra i nodi della rete, nonché alle modalità con cui l'offerta assistenziale in ambito materno-infantile viene resa nota all'utenza.

A tale riguardo ogni Azienda rende disponibile, sul sito aziendale, la carta dei Servizi del Percorso nascita, al fine di rendere accessibile e trasparente al cittadino la propria offerta di servizi, con riferimento ai singoli Punti nascita di pertinenza. La carta dei Servizi del Percorso nascita contiene tutte le informazioni previste dalla DGR 1083/2012, in coerenza a quanto previsto dal Comitato percorso nascita nazionale nel documento "*Carta dei Servizi del Percorso Nascita*".

Un report periodico sulla performance della rete, a cura del coordinamento, sarà reso disponibile sui siti istituzionali.

Sono promosse indagini sulla qualità percepita.