



EVENTO REGIONE LAZIO SULLA NASCITA PREMATURA

Definizione del percorso materno-infantile fino ai tre anni di vita del bambino

Roma, 21 Novembre 2014

Position Paper

Premesse e obiettivi

La nascita pretermine (<37 settimane) rappresenta un evento relativamente frequente che contribuisce a una quota molto rilevante della mortalità neonatale sia nei Paesi in via di sviluppo sia in quelli fortemente industrializzati.

Ad oggi, nel mondo, sono circa 13 milioni/anno i bambini che nascono prematuri: mezzo milione solo in Europa e **50.000 prematuri in Italia**, di cui più di 30.000 sono *Late Preterm* cioè nati tra la 34° e la 36° settimana gestazionale (rappresentano il 6-7% del totale nati)¹.

La sfida è rappresentata dal contenimento delle **complicanze a lungo termine**, in particolare quelle respiratorie e neurologico-sensoriali, che fanno seguito alla nascita pretermine - causa l'immaturità dei suoi apparati e le eventuali comorbidità della mamma (pre-eclampsia, eclampsia, diabete gravidico, ipertensione arteriosa, epatosi gravidica...) - e alle terapie praticate. Infatti, se da un lato il miglioramento delle cure e l'introduzione di nuove tecnologie hanno contribuito ad aumentare la sopravvivenza dei neonati di peso ed età gestazionale più bassi, dall'altro hanno determinato un aumento dell'incidenza delle patologie respiratorie, delle complicanze neurologiche e sensoriali nonché dei ritardi di crescita postnatale.

Tra le patologie respiratorie, particolare attenzione merita la displasia broncopolmonare (BPD) strettamente connessa alla successiva insorgenza di infezioni, come bronchioliti o broncopolmoniti; le patologie respiratorie che colpiscono il bambino prematuro in età neonatale rappresentano una complicanza non solo nella fase acuta, che viene gestita dalla Neonatologia, ma anche nel lungo termine: sono sempre maggiori le evidenze che associano a patologie come la bronchiolite da VRS l'insorgenza di asma, iperattività bronchiale o wheezing in età pediatrico/adolescenziale. Da qui l'importanza di prevenire – quando possibile – queste complicanze, proteggendo il neonato fin dai primissimi giorni di vita.

Da non sottovalutare anche le enterocoliti necrotizzanti (NEC), le cardiopatie congenite, le sepsi precoci (<72 ore), causate da batteri presenti nell'apparato genito-urinario della mamma e le sepsi tardive (>72 ore) causate da patogeni trasmessi dall'ambiente esterno².

Tra le malattie neurologiche, ha particolare rilevanza l'emorragia intraventricolare e periventricolare che rappresenta la principale causa di danno cerebrale nel periodo neonatale. Altre complicanze non meno importanti considerati gli effetti altamente invalidanti, sono la sordità e la retinopatia ottica; l'incidenza di quest'ultima, in particolare, è aumentata negli anni più recenti a causa dell'incremento della sopravvivenza dei bambini di età gestazionali più basse².

Le patologie sopra descritte sono generalmente associate a una condizione di prematurità grave-moderata (<32 settimane) e le conseguenze possono permanere dopo la dimissione dall'ospedale: da qui nasce la necessità di un **approccio multidisciplinare che segua lo sviluppo fisico e psicomotorio del bambino prematuro nella sua globalità** e che si focalizzi quindi non solo sulla "fase acuta" della malattia ma anche sulla "fase cronica".

Nel nostro Paese si rileva una palese **assenza di politiche nazionali finalizzate a ridurre il fenomeno della prematurità**. Si rende quindi necessario garantire al bambino nato prematuro un approccio specialistico multidisciplinare (neonatologi, infermieri, psicologi etc.) e un adeguato percorso di cura e follow up.

L'obiettivo di questo evento è di **definire insieme agli stakeholder di riferimento (clinici, istituzioni politiche e sanitarie) un percorso materno-infantile uniforme su tutto il territorio regionale, così da assicurare al bambino e alla mamma una continuità assistenziale dalla nascita fino ai tre anni successivi**.

La prematurità nel Lazio: stato dell'arte e dati epidemiologici

Allo stato attuale, come riportato dall'attività di studio dell'agenzia sanitaria regionale, il Lazio è una delle regioni in cui esiste un network dei centri di Terapia Intensiva Neonatale al quale afferiscono **dieci strutture** distribuite su tutto il territorio. Attualmente compongono la rete Neonatologie di I, II e III livello, ma la Regione sta lavorando ad un progetto volto a riorganizzarle in centri di I e II livello.

Nella Regione laziale i bambini che necessitano di cure intensive rappresentano una popolazione numericamente piccola (variabile tra il 2% e il 5% dei nati), ma ad elevato rischio di mortalità e morbilità nel breve, medio e lungo termine. Fra questi, quelli con età gestazionale molto bassa (<32 settimane) o peso alla nascita molto basso (<1500 grammi) costituiscono il gruppo a maggior impatto sulla rete assistenziale. L'incremento osservato negli ultimi decenni nella sopravvivenza di questi bambini rende sempre più necessario disporre di dati epidemiologici affidabili sia assistenziali che di esito.

In base al "Rapporto sulle nascite nella Regione Lazio" pubblicato nel febbraio 2012, **la percentuale di pretermine sulle nascite totali nella regione (N=55.182) è aumentata costantemente**, passando da un valore di circa il 5% nei primi anni Ottanta all'8% nel 2010. L'incremento del tasso di pretermine è principalmente attribuibile al sottogruppo con età gestazionale compresa fra 32 e 36 settimane e sembrerebbe dovuto all'aumento dei parti cesarei programmati.

La mortalità infantile, nel periodo 1987-2010 si è invece più che dimezzata, passando da 8,4‰ nel 1987 (N=411) a 3,1‰ nel 2010 (N=173). Le cause di mortalità maggiormente riportate sono state "prematurità e condizioni correlate" (38,7%) e "malformazioni congenite" (25,4%)³.

Le opportunità

1. Azioni da intraprendere in fase pre-natale

- Definizione di strategie per il riconoscimento precoce delle patologie materne e fetali che si associano alla prematurità (screening prenatali per il riconoscimento delle cause più frequenti di rischio di prematurità come ad es. ipertensione, infezioni, malformazioni ...).
- Individuazione di un piano assistenziale di prevenzione per contenere gli effetti indesiderati di una gravidanza a rischio.
- Ottimizzazione del trasporto neonatale in utero (mamma e bambino sono inscindibili).
- Sviluppo di una rete assistenziale di sorveglianza della gravidanza, al fine di prevenire la comparsa di rischi materno-fetali.
- Definire strategie per garantire fin dal parto, nel caso di prematurità, continuità assistenziale alla diade mamma-bambino.

2. Azioni da intraprendere in fase post-natale

- Organizzazione di una rete di Terapie Intensive Neonatali in numero adeguato sul territorio regionale, distribuite omogeneamente.
- Accessibilità delle Terapie Intensive Neonatali ai genitori 24h/24 (è fondamentale un accesso facilitato, puntuale e tempestivo da parte dei genitori del bambino pretermine, non solo alla struttura ma anche alle informazioni).
- Ottimizzazione delle cure all'interno della TIN per ridurre il rischio delle sequele neurologiche e delle complicanze post-natali (problemi cardiaci, infezioni ...).
- Contenimento dei costi di ospedalizzazione per patologie respiratorie come la bronchiolite, nei primi due anni di vita del bambino prematuro, attraverso il miglioramento dei sistemi di prevenzione delle complicanze a lungo termine e dei percorsi di follow up.
- Definizione del percorso di follow up neonatologico con elaborazione da parte del neonatologo e/o pediatra di programmi di cura e di assistenza (programmazione delle visite specialistiche che il bambino deve effettuare, calendario vaccinale ...).

Bibliografia

1. Il Sole 24 Ore sanità, 21 Ottobre 2014: Cure mirate per il neonato "late preterm".
2. Pediatria di Nelson; Elsevier; 19' edizione 2012
3. Le nascite nel Lazio 2010; ASPLAZIO; Febbraio 2012