

Spett.le

Dr. Andrea Urbani

Direttore Regionale Salute e
Integrazione sociosanitaria, Area
Rete Ospedaliera Regione Lazio

areareteospedaliera@regione.lazio.it

reteospedaliera@pec.regione.lazio.it

Dr.ssa Eleonora Lo Cascio

Dirigente Regionale Salute e
Integrazione sociosanitaria, Area
Rete Ospedaliera Regione Lazio

areareteospedaliera@regione.lazio.it

reteospedaliera@pec.regione.lazio.it

Oggetto: Segnalazione criticità percorso nascita, Determina n. G04397 del 2/4/26 “Approvazione della revisione del Piano di Rete del Percorso Nascita” e richiesta incontro di confronto

Gent.mi,

questa comunicazione vuole, da un canto, indicare alcuni importanti obiettivi clinico-scientifici raggiunti nella gestione ostetrica dei principali Ospedali e Istituzioni Sanitarie di questa Regione, e, dall'altro, presentare alcuni nodi organizzativi sui quali si era lavorato con il Dr. Ribaldi e tuttavia rimasti del tutto irrisolti.

Riguardo al primo punto siamo molto orgogliosi nel comunicare di essere riusciti a coagulare tutti i responsabili dei Centri Nascita e della rete dei Consultori del Lazio in un'associazione, il GOAL (Gruppo Ostetrici Associati Laziali). Tale gruppo, in cooperazione e accordo con le Associazioni e Società Scientifiche Nazionali AOGOI (Associazione Ginecologi ed Ostetrici Ospedalieri Italiani) e SIGO (Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia) ha prodotto documenti scientifici di rilievo: uno in particolare è stato tanto puntuale da far correggere, da parte dell'AIFA, le indicazioni terapeutiche di un farmaco di largo consumo in Ostetricia. Sono inoltre stati elaborati protocolli clinici adeguandoli alle disponibilità logistiche dei vari centri.

Tale esperienza, di concerto tra i vari ospedali, ha consentito, d'accordo con il Dr. Ribaldi e la Dr.ssa Farchi, di gestire al meglio l'emergenza COVID in una sorta di “autogestione concordata” rispetto alle diffuse criticità cliniche e organizzative che via via si presentavano.

In aggiunta, e di estrema importanza, ultimamente si sta validando, primi in Europa, una piattaforma costruita con AI per suggerire ed omologare comportamenti clinici, in ostetricia e ginecologia,

secondo le Linee Guida Nazionali ed Internazionali, e prevedendo, anche report informativi particolareggiati per ogni paziente.

Con questa sinergia acquisita e roduta tra i tanti e diversi ospedali, fino ad oggi si è lavorato abbastanza di concerto con gli Uffici Regionali tramite il dott. Ribaldi, senza ancora aver potuto concludere adeguatamente una serie di nodi organizzativi, che risultano piuttosto ingombranti. Anzi, portandoci a lamentare per il fatto che la revisione del Piano Percorso Nascita sia stata elaborata senza il contributo dei responsabili dei Centri Nascita di I° livello, rammaricandoci quindi di un metodo, forse, da rivedere in quanto non ha permesso una pluralità di visione nella sua elaborazione e non ha considerato la territorialità dei Centri Nascita. Da ciò la necessità di rappresentare una serie di problemi che non possono restare insoluti:

- 1) Un primo aspetto riguarda la definizione e l'organizzazione dell'assistenza ostetrica in Centri di I° e di II° livello, con precise e cogenti caratteristiche assistenziali basate esclusivamente sul numero dei parti. Questo ha creato delle contraddizioni vistose che, di fatto, stanno mettendo ulteriormente in crisi la operatività dei centri di I livello. Questo punto appare estremamente critico in ragione di alcune specifiche che brevemente proviamo a illustrare:
 - a. La drastica e continua riduzione della natalità rende ormai difficile pensare a un criterio di definizione e distinzione tra i livelli operativi basati sul solo numero dei parti più che su dati strutturali intrinseci, quali unità di emergenza post-chirurgiche, o ancora competenze delle UOC specialistiche correlate con le complessità delle condizioni materno-fetali
 - b. Risulta altresì difficile condividere la soglia del 15% dei tagli cesarei primari come indicatori di qualità, quando l'incidenza dei tagli cesarei per volontà materna è ormai attestata intorno al 15-20% dei cesarei primari. Con il dott. Ribaldi si era proposta una modalità di codifica nella cartella clinica di tali eventi che (entro i limiti della buona pratica clinica) li definisse e li portasse fuori da tale computo. D'altro canto, gli indici target sul tasso di tagli cesarei proposti nel 1985 sono oramai anacronistici e non rispecchiano la situazione demografica ed epidemiologica dei nostri giorni; la stessa OMS nel 2015 rifiuta un tasso obiettivo a livello di struttura e indica la classificazione di Robson come modello valutativo. In Toscana ed in Lombardia tali indici di performance sono stati rivisti sulla base di un confronto tra ginecologi e amministratori regionali.
 - c. Infine, l'evoluzione clinica porta a supportare fortemente che situazioni a rischio in gravidanza di tipo materno in assenza di implicazioni in atto sulla condizione fetale (obesità materna, età avanzata, gravidanze da PMA, prematurità lieve) possano in questo caso usufruire anche della operatività dei centri di I livello
- 2) Un secondo aspetto concerne la integrazione Territorio - Ospedale su cui con il dott. Ribaldi si erano fatti delle ipotesi operative che legassero concretamente l'assistenza consultoriale/territoriale al percorso nascita in ospedale e portassero così ad una accentuazione della territorialità del Percorso Nascita.
- 3) Un terzo aspetto concerne alcune specificità gestionali della gravidanza per la quale altre regioni hanno attuato delibere più stringenti e volte a semplificare l'iter della gestante in ambito del SSN. Ci si riferisce, a mò di esempio, al persistere, qui da noi, della mancata

titolarità di agende di gravidanza per ostetriche, che invece sono quelle che dovrebbero seguire le pazienti con basso rischio ostetrico e la loro impossibilità a prescrivere prestazioni specialistiche, nell'ambito del SSN, per il controllo della gravidanza fisiologica.

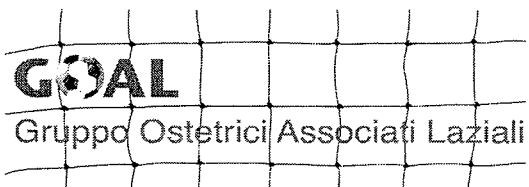
- 4) Infine rimane l'annoso problema della sottovalutazione dei DRG, talmente bassi e lontani dai costi reali, da comportare chiusura di maternità convenzionate con il SSN, e tali da comportare, all'interno delle nostre Strutture, un difficile ed a volte impossibile sviluppo e progettualità dell'area ostetrica, contraddicendo quanto viene sostenuto circa gli obiettivi primari sul contrasto alla denatalità da perseguire.

In tale direzione chiediamo pertanto che la collaborazione già avviata tra il nostro gruppo e gli Uffici Regionali possa riprendere/continuare attraverso l'istituzione di un tavolo di concertazione, mettendo a disposizione da un lato i perimetri politico-amministrativi propri dell'attività regionale, e dall'altro le problematiche clinico-scientifiche che segnaliamo, creando quel ponte tra scienza ed amministrazione proprio dell'Health Technology Assessment (HTA).

Si chiede pertanto un incontro urgente con le Autorità Regionali al fine di poter discutere dei temi presentati con una delegazione ristretta di nostri rappresentanti, urgenza motivata dalla possibilità di poter proporre alcune variazioni al percorso nascita che entrerà in vigore il 21 Ottobre p.v., e si resta in attesa di una Vostra gentilissima convocazione.

Di seguito il nome dei Direttori UOC di Ginecologia ed Ostetricia ed i Responsabili dei consultori territoriali che hanno condiviso questo documento:

- Francesco Angeletti, Ospedale Spaziani, ASL Frosinone
- Laura Anelli, Consultori ASL Roma1
- Fabio Bechini, Ospedale San Filippo Neri, ASL Roma2
- Francesco Barletta, Nuovo Ospedale dei Castelli, ASL Roma 6
- Francesco Battaglia, Ospedale S.M Goretti, ASL Latina
- Marco Bonito, Ospedale FBF San Pietro
- Michelangelo Boninfante, Ospedale M.G. Vannini
- Brigida Carducci, Ospedale Isola Tiberina, Gemelli Isola
- Mario Ciampelli, Ospedale G.B. Grassi, ASL Roma3
- Tullio Ghi, Policlinico Agostino Gemelli
- Alessandro Lena, Ospedale San Paolo, ASL Roma4
- Francesca Lipa, San Giovanni di Dio, ASL Latina
- Gabriella Lotti, Consultori, ASL Roma4
- Marco Calcagno, Ospedale Santo Spirito, ASL Roma1
- Patrizia Magliocchetti, Consultori ASL Roma2
- Loredana Masi, Consultorio ASL Roma5
- Giorgio Nicolanti, Ospedale Belcolle, ASL Viterbo
- Valerio Napolitano, Ospedale San Giovanni Evangelista Tivoli, ASL Roma5



- Cosimo Oliva, Ospedale San Camillo de Lellis, ASL Rieti
- Pierluigi Palazzetti, Ospedale Sandro Pertini, ASL Roma2
- Giuseppe Rizzo, Ospedale Umberto I°
- Fabrizio Signore, Ospedale S. Eugenio, ASL Roma2
- Giovanna Salerno, Ospedale San Camillo-Forlanini
- Daniela Sgroi, Consultori, ASL Roma3
- Vincenzo Spina, Consultori, ASL Rieti
- Herbert Valensise, Policlinico Casilino

Si resta in attesa di gradito riscontro

Cordiali saluti

Roma 14/7/26

Prof Marco Bonito
Presidente Associazione Ostetrici
Ginecologi Ospedalieri Italiani
Regione Lazio
bonitomarco@libero.it

Prof Antonio Lanzone
Coordinatore gruppo GOAL
antonio.lanzone@unicatt.it