

ASSESSORATO DELLA SANITÀ
AREA PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

REGIONE PIEMONTE

NASCERE IN PIEMONTE

1° Rapporto sui dati del
Certificato di assistenza al parto,
anni 2003, 2004, I semestre 2005

Il lavoro di analisi che viene riportato in questa relazione è stato condotto dalla Dr.ssa Paola Ghiotti nell'ambito del contratto di collaborazione della Regione Piemonte (Delib. 42-3785 del 11.09.2006) e da Marina Lisa nell'ambito della preparazione della tesi per la laurea specialistica in Programmazione e Politiche dei Servizi Sociali.

I dati contenuti in questo lavoro costituiscono la base per un percorso di approfondimento sui dati stessi, sulla modalità di raccolta e sulle implicazioni assistenziali, da condurre attraverso gruppi di lavoro interdisciplinari sia a livello regionale che a livello locale.

Ringraziamenti

Si ringraziano tutte le persone che hanno collaborato all'alimentazione del database regionale Cedap. Un ringraziamento particolare alle ostetriche che hanno saputo introdurre la compilazione del Certificato all'interno del loro lavoro di assistenza, che ha reso possibile la stesura del presente rapporto e permesso la lettura puntuale dell'assistenza perinatale che viene erogata nei Punti Nascita della Regione.

Si ringrazia inoltre la Regione Emilia Romagna ed il lavoro svolto dal CeVEAS che è stato di stimolo ed ha fatto da traccia per la stesura del presente lavoro.

Un ringraziamento, infine, a priori, a coloro i quali vorranno segnalare eventuali errori, interpretazioni utili al miglioramento generale dell'assistenza perinatale, e quant'altro si possa ritenere costruttivo per l'assistenza al Percorso Nascita o per il miglioramento del sistema di raccolta dati.

*L'indirizzo a cui inviare suggerimenti, consigli, segnalazioni relativi a questo rapporto è: **percorso.nascita@regione.piemonte.it**.*

Presentazione

La nascita rappresenta un evento estremamente importante sia per la singola famiglia, sia per la società, nonché un punto di partenza fondamentale per la costruzione di un'efficiente programmazione sanitaria.

Il monitoraggio degli indicatori relativi al Percorso Nascita in tutte le sue fasi, dall'inizio della gravidanza fino alla presa in carico del nuovo nato da parte della pediatria di base, fornisce alle istituzioni preposte gli elementi per un approccio globale e intersettoriale al problema della salute materno-neonatale, costituendo l'inizio, in termini di cronologia dell'esistenza, della creazione dei profili di salute della popolazione residente in un determinato territorio.

Questo aspetto rappresenta infatti uno stimolo all'azione per gli amministratori e per la popolazione: sulla base del profilo, infatti, la comunità locale può essere in grado di pervenire alla progettazione coordinata di un piano di salute che individui linee ed obiettivi concreti per lo sviluppo sanitario, includendo valutazioni etiche, ambientali, sociali ed economiche.

La reintroduzione del Certificato di assistenza al parto (Cedap), documento che fornisce alla sanità pubblica uno spaccato puntuale delle problematiche perinatali, ha permesso di leggere il "nascere in Piemonte" e di analizzarne alcune correlazioni tra variabili socio-culturali e percorsi assistenziali che devono orientare le Asr verso l'elaborazione di un Percorso Nascita che faccia dell'equità un cardine irrinunciabile.

I Cedap infatti rappresentano una fonte di informazioni cliniche e sociali sui comportamenti, la cui analisi può costituire una chiave di lettura in grado di creare una programmazione delle politiche sanitarie che risponda in modo concreto ai bisogni della collettività.

Nel processo di lettura è fondamentale che siano coinvolti tutti gli operatori professionalmente partecipi del percorso, ma anche i rappresentanti delle comunità locali cui è richiesto di organizzare una risposta appropriata alla domanda di salute materno-neonatale posta dalla collettività, oltre che dalla singola coppia.

L'Assessore
Mario Valpreda

Il Certificato di assistenza al parto, reintrodotta con decreto 349 del 2001, ha permesso di informatizzare il flusso di dati che dalle Regioni viene inviato al Ministero e successivamente all'ISTAT, di adeguare il sistema di raccolta alle nuove disposizioni sulla privacy e trattamento dei dati sensibili e di ampliare le informazioni relative alla sezione socio-anagrafica sul/sui genitori, notevolmente ridotta nel precedente modello.

L'informatizzazione a livello locale fornisce la possibilità di creare banche dati in grado di collegare più flussi di una stessa area territoriale, garantendo una visione globale del complesso sistema della salute della donna e dei bambini, e consente di disporre di dati in tempi quasi reali, utili per definire le politiche a livello locale.

Nel 2002 l'avvio del processo di informatizzazione e l'inserimento del modello Cedap nel sistema dei Punti nascita hanno comportato un significativo cambiamento nell'approccio ai servizi da parte del personale, costituito prevalentemente da ostetriche. E' stato infatti necessario richiedere non solo l'apprendimento di nuove competenze non diffuse uniformemente (l'uso del pc e del software di riferimento), ma anche il recepimento dell'importanza di un'accurata raccolta dei dati, al fine di ridurre le inefficienze.

In questo contesto, agli operatori della nascita va riconosciuto un ruolo determinante sia nell'accoglienza della nuova famiglia sia nella raccolta di una serie di informazioni fondamentali per la valutazione del Percorso Nascita e per la programmazione sanitaria degli interventi e delle strutture coinvolte.

Il Direttore generale
Vittorio Demicheli

INDICE

PREMESSA	pag. i
Il certificato di assistenza al parto – Cedap	pag. ii
1. I DATI DEI CEDAP DALL'INSERIMENTO AD OGGI	pag. 1
2. RAPPORTO SUI CEDAP ANALIZZATI	pag. 5
2.1 Caratteristiche generali del campione	pag. 5
2.2 Caratteristiche socio-demografiche del campione	pag. 5
2.2.1 L'età materna	pag. 5
2.2.2 Stato civile della madre	pag. 6
2.2.3 Scolarità dei genitori	pag. 7
2.2.4 Condizione professionale dei genitori	pag. 10
2.2.5 Cittadinanza della madre	pag. 11
2.2.6 Cittadinanza di entrambe i genitori	pag. 14
3. IL PERCORSO NASCITA	pag. 16
3.1 Parti precedenti	pag. 16
3.2 Visite in gravidanza	pag. 16
3.2.1 Numero visite	pag. 16
3.2.2 Settimana della prima visita	pag. 18
3.2.3 Tipo di servizio utilizzato	pag. 19
3.3 Numero di ecografie	pag. 22
3.4 Diagnosi prenatale non invasiva e invasiva	pag. 23
3.5 Ricoveri in gravidanza	pag. 26
4. L'EVENTO PARTO	pag. 29
4.1 Luogo del parto	pag. 29
4.2 La mobilità intra-regionale	pag. 32
4.2.1 Fattori clinici e mobilità intra-regionale: durdecorso della gravidanza	pag. 34
4.2.2 Fattori clinici e mobilità: età gestazionale e peso alla nascita del bambino	pag. 39
4.3 Durata della gravidanza	pag. 43
4.4 Modalità travaglio	pag. 46
4.5 Modalità parto	pag. 47
4.6 Il taglio cesareo secondo la classificazione di Robson	pag. 51
4.6.1 Confronto fra punti nascita	pag. 53
4.6.2 Considerazioni finali	pag. 63
4.7 Posizione al parto	pag. 64
4.8 Danni perineali	pag. 65
4.9 Analgesia in travaglio di parto	pag. 67
4.10 Presenze in sala	pag. 69
4.11 I neonati	pag. 71
5. INDICATORI DI ESITO	pag. 73
5.1 Mortalità	pag. 73
5.2 Nati a basso peso	pag. 75
5.3 Neonati trasferiti	pag. 77
CONCLUSIONI	pag. 79
ALLEGATI	
1. Elenco dei punti nascita presenti nella Regione Piemonte distinti per livello e ASL di appartenenza	pag. 83
2. Tabelle	pag. 84
3. Classificazione dei Paesi dell'Onu in base al continente di appartenenza e all'indice di mortalità	pag. 88

PREMESSA

L'osservazione epidemiologica alla nascita costituisce elemento di grande importanza rispetto alla descrizione dello stato di salute di una popolazione, e consente di descrivere e valutare sia la gravidanza (processo) che i suoi frutti (esiti) rappresentati dal parto, dallo stato di salute del neonato e della madre.

Il decreto che ha reintrodotto il Certificato di assistenza al parto (DM n.349 del 16 luglio 2001) mette in evidenza «l'importanza ai fini di sanità pubblica, del rilevamento dei dati statistici relativi agli eventi di nascita, dei nati affetti da malformazioni e dei nati morti, mediante la compilazione da parte delle ostetriche e del personale medico del certificato di assistenza al parto, quale strumento di tutela della salute dell'individuo e della collettività».

L'insieme dei dati rilevati, attraverso la costruzione di indicatori quanti/qualitativi, può portare ad una valutazione delle procedure e degli interventi messi in atto durante la gravidanza e il parto ed analizzare il loro rapporto con lo stato di salute della madre e del neonato, contribuendo in tal modo alla analisi del Percorso Nascita di ciascuna coppia mamma-neonato, ma anche del Percorso Nascita inteso come offerta di servizi e di prestazioni che ogni Dipartimento materno-infantile (DMI) mette a disposizione della sua popolazione.

Il certificato di assistenza al parto - Cedap

Il Certificato di assistenza al parto (Cedap) definito come «strumento per la rilevazione dei dati statistici di base relativi agli eventi di nascita, ai nati morti ed ai nati vivi con malformazioni, nonché alle caratteristiche socio-demografiche dei genitori», è stato reintrodotto nel gennaio 2002 a livello nazionale.

Il Decreto istitutivo del 16 luglio 2001 n.349: Regolamento recante "*Modificazioni al certificato di assistenza al parto per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi nascita, alla nati mortalità ed ai nati affetti da malformazioni*" lascia facoltà alle Regioni di introdurre, sulla matrice obbligatoria per il flusso nazionale, delle variabili ulteriori stabilite da disposizioni regionali. La Regione Piemonte ha strutturato il suo Cedap come documento che veicola informazioni:

- tra Regione e Ministero (debito informativo nazionale);
- tra Punto Nascita e Regione (debito informativo regionale);
- tra reparto di ostetricia e nido (informazioni materne essenziali per l'assistenza al neonato);
- tra reparto di ostetricia → puerpera → medico curante (lettera di dimissione della puerpera);
- tra sala parto e reparto di ricovero della donna (elenco diagnosi per Schede di dimissione ospedaliera - SDO - che si evincono da Cedap);
- tra reparto di ostetricia e ufficio stato civile (dichiarazione di nascita);
- tra reparto di ostetricia e INPS (dichiarazione per lavoratrice dipendente).

I primi due livelli sono obbligatori e su questi vengono elaborate le analisi oggetto del presente documento; i successivi devono essere considerati "in progress", dall'accettazione della gravida ai dieci giorni dalla nascita, che sono il termine di legge per la chiusura del certificato stesso.

I dati analizzati provengono dai Cedap prodotti dai punti nascita (PN) delle Aziende sanitarie regionali (ASR) della Regione Piemonte che hanno superato i controlli logico-formali previsti dalla Regione: sulle **variabili obbligatorie** vengono effettuati controlli che eliminano i Cedap non completamente compilati, mentre sui **campi facoltativi** il controllo non produce scarti.

Il Cedap viene redatto dall'operatore che ha assistito alla nascita (DM 349/2001, art.1 comma 4), per ogni parto di "nato vivo" e di "nato morto". La definizione di nato morto adottata è stata quella proposta

dall'OMS relativa ad un feto con peso alla nascita superiore o uguale ai 500 grammi¹.

Dall'analisi sono stati esclusi i Cedap del 2002, in quanto il primo anno è stato considerato "sperimentale" e necessario per mettere a regime il flusso. Rispetto ad alcune variabili sono stati eseguiti controlli anche sulle schede di dimissione ospedaliera (SDO) della madre e del neonato, in base alle regole di codifica della Regione Piemonte che ha, in proposito, definito apposite linee guida².

I flussi Cedap, SDO materna e SDO neonatale³ sono collegabili attraverso il numero di cartella clinica della madre che compare su tutti e tre i documenti⁴.

La coerenza tra le informazioni contenute nei differenti campi della stessa scheda e tra le schede della coppia mamma-neonato non sono state per ora oggetto di analisi approfondita ma sono previsti controlli nel prossimo futuro.

Soltanto una adeguata compilazione di Cedap e SDO può produrre degli indicatori validi ai fini delle analisi statistiche possibili ai vari livelli .

Il presente lavoro, pertanto, si configura come la **fotografia** che emerge dai dati pervenuti. Gli autori della foto sono dunque i compilatori di Cedap e SDO. A loro è rivolta, in prima istanza, la restituzione dei dati, al fine di condividerne la validità, l'utilità, la "potenza" ed anche le criticità, per rafforzare l'impegno verso una registrazione accurata di quanto permetterà analisi sempre più dettagliate e ricche di implicazioni operative:

- a livello di Dipartimento materno-infantile (DMI);
- " " di Punto Nascita (PN);
- " " di Azienda sanitaria;
- " " regionale;
- " " nazionale;
- " " internazionale.

Gli angoli di visuale dai quali sono lette le fotografie sono prevalentemente relativi alla Azienda sanitaria locale (ASL) di residenza, nell'ottica del DMI che deve garantire alla propria popolazione percorsi nascita adeguati alla domanda di salute materno-neonatale; il secondo angolo è relativo ai PN, servizi di "produzione" dell'assistenza all'evento parto/nascita che deve essere inserito all'interno di un percorso.

Per facilitare la lettura verranno differenziati graficamente i dati relativi a:

- ASL di residenza → grafici con colonne in indaco;
- Punto Nascita → grafici con colonne in verde chiaro;
- dati del campione Cedap relativo agli anni 2003-2004-primo semestre 2005 → sfondo bianco;
- dati da SDO relativi all'anno 2005 → sfondo grigio.

¹ L'OMS nel documento "Neonatal and Perinatal mortality" 2006 raccomanda per i confronti internazionali di porre il limite ai 1000 g e/o alle 28 settimane di e.g.; per le statistiche nazionali si raccomanda di includere i nati con peso uguale o maggiore ai 500 g.

² Linee guida per la codifica delle informazioni cliniche rilevate attraverso le Schede di dimissione ospedaliera -SDO- col sistema di classificazione internazionale delle malattie ICD-9-CM -2002 versione 19 - Revisione 2005; DGR n. 50-1062 del 10/10/2005.

³ Cedap e SDO sono parte integrante dell'episodio di assistenza all'evento parto e degenza ospedaliera per madre e neonato e hanno le medesime valenze di carattere medico-legale della cartella clinica.

⁴ Dalla revisione condotta sui tre flussi nell'anno 2005 è risultato che su 36.047 Cedap e SDO materne e 36.062 Cedap e SDO neonatali solo per 18.738 è possibile il collegamento tra i tre flussi (Cedap-SDO materna-SDO neonatale); il collegamento SDO materna-SDO neonatale invece è stato possibile nella quasi totalità dei casi pervenuti alla Regione.

1. I DATI DEI CEDAP DALL'INSERIMENTO AD OGGI

I parti di cui è pervenuto il Cedap in Regione nel corso del 2003, 2004 e 2005 sono stati in totale 106.674, dai quali sono nati 107.886 bambini (tabella 1). Le nascite sono distribuite negli anni considerati con un incremento dell'1,7% fra 2003 e 2004 e dell'1,5% fra 2004 e 2005.

Tabella 1*. Numero parti e numero neonati per anno dal 2003 al 2005

ANNO	Parti	neonati	Incremento annuo
2003	34.969	35.425	1,7%
2004	35.591	35.958	
2005	36.114	36.503	1,5%
Totale	106.674	107.886	

* La tabella si riferisce ai parti ed ai nati nei punti nascita piemontesi indipendentemente dalla Regione di residenza della madre.

Le verifiche condotte sui dati Cedap e sulle SDO relative all'evento nascita (parto e neonato) evidenziano delle discordanze, con una maggiore prevalenza di osservati nell'archivio dei Cedap rispetto alle SDO, in modo particolare per quanto riguarda il ricovero per parto. Il dato macroscopico relativo all'anno 2003 si giustifica con una frequente erronea codificazione delle SDO per quanto riguarda la quinta cifra⁵ che identifica l'evento assistenziale nel corso del quale è avvenuto il parto (tabella 2). Lo scarto tra parti e neonati è ovviamente attribuibile alla gemellarità.

Tabella 2*. Confronto fra numero parti e numero neonati da Cedap e da SDO

ANNO	Parti		neonati	
	Cedap	SDO	Cedap	SDO
2003	34.969	24.467	35.425	35.414
2004	35.591	35.763	35.958	35.873
2005	36.114	35.672	36.503	36.441
Tot.⁶	106.674	95.902	107.886	107.728

* Dai controlli presso i PN condotti nel 2004/2005 (23 PN su 33 controllati) è emersa una concordanza quasi totale tra Registro di Sala Parto e Cedap

Nell'analisi oggetto del presente lavoro, non sono stati analizzati i Cedap delle donne residenti in Piemonte che hanno partorito in altre Regioni d'Italia (mobilità inter-regionale). I dati relativi alla mobilità inter-regionale, ricavati dalle SDO, vengono riportati di seguito per fornire una fotografia di base aggiornata all'anno 2005.

Mobilità attiva e mobilità passiva inter-regionale – SDO anno 2005 -

Dai dati derivati dalle SDO del 2005 risulta che le donne residenti in Piemonte partoriscono in altre Regioni con una percentuale pari al 4,1%.

⁵ Si veda Appendice B "Linee guida per la codifica in medicina perinatale", - Revisione 2005; DGR n. 50-1062 del 10/10/2005.

⁶ Al totale di 106.674 vanno aggiunti 888 parti avvenuti presso la Clinica Pinna Pintor, distribuiti negli anni come segue: 326 nel 2003; 298 nel 2004; 264 nel 2005. Tali dati provengono da informazioni acquisite direttamente dalla struttura che utilizza né il flusso Cedap né quello SDO.

Il grafico 1 descrive (in numeri assoluti), per ASL di residenza, la mobilità delle donne piemontesi che hanno partorito fuori Regione - **mobilità passiva** -:

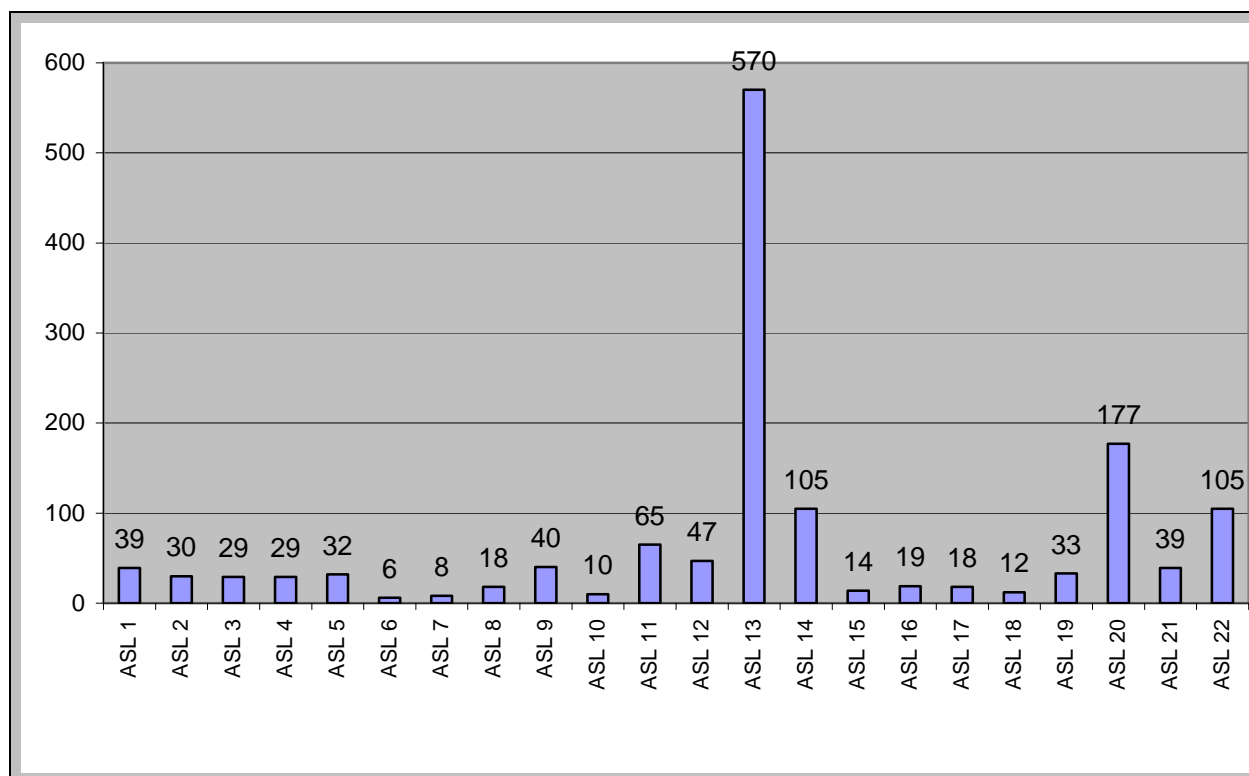


Grafico 1. Mobilità passiva: donne piemontesi che hanno partorito fuori Regione (per Asl di residenza)

Le ASL che subiscono maggiori spostamenti verso PN extraregionali sono, ovviamente, quelle di confine, in particolare lungo il confine con la Regione Lombardia.

La mobilità passiva per parto/nascita sul totale dei parti delle donne residenti nelle 22 ASL piemontesi è la seguente (tabella 3):

Tabella 3. Mobilità passiva sul totale dei parti per ASL di residenza

ASL 1	1,7%	ASL 12	3,7%
ASL 2	1,6%	ASL 13	19,5%
ASL 3	1,8%	ASL 14	8,2%
ASL 4	1,8%	ASL 15	1,1%
ASL 5	1%	ASL 16	2,6%
ASL 6	0,4%	ASL 17	1,2%
ASL 7	0,5%	ASL 18	0,8%
ASL 8	0,7%	ASL 19	2%
ASL 9	2,7%	ASL 20	12,9%
ASL 10	0,9%	ASL 21	4,8%
ASL 11	5,1%	ASL 22	12%

Per contro, i parti avvenuti nella Regione Piemonte di donne provenienti da altre Regioni d'Italia, pari al 2,2%⁷ - *mobilità attiva* – contribuiscono alla natalità dei PN piemontesi come segue (tabella 4):

Tabella 4. Mobilità attiva (si adotta il simbolo H per ospedale)

H MARTINI – TORINO	1,2%	H CASTELLI - VERBANIA	1,6%
H MARIA VITTORIA – TORINO	1,7%	H MONDOVI'	3,4%
H DEGLI INFERMI – RIVOLI	0,5%	H CEVA	44,4%
H CIVILE – SUSÀ	0,6%	H MAGGIORE SS. ANNUNZIATA - SAVIGLIANO	3,4%
H RIUNITO - CIRIÈ'	1,0%	H CIVICO DI SAN LAZZARO - ALBA	0,8%
H CIVICO – CHIVASSO	1,1%	H SANTO SPIRITO - BRA	0,9%
H MAGGIORE – CHIERI	0,6%	H CARDINAL G. MASSAIA - ASTI	0,5%
H SANTA CROCE – MONCALIERI	0,9%	H SS ANTONIO E MARGHERITA - TORTONA	5,0%
H SAN LORENZO – CARMAGNOLA	0,1%	H S. SPIRITO - CASALE MONFERRATO	5,0%
H CIVILE – IVREA	1,9%	H SAN GIACOMO - NOVI LIGURE	9,9%
H CIVILE - CUORGNE'	0,6%	H CIVILE - ACQUI TERME	3,2%
H CIVILE E.AGNELLI – PINEROLO	0,8%	H OSTETR. GINECOLOG. SANT'ANNA - TORINO	1,7%
H SANT'ANDREA – VERCELLI	4,8%	H MAGGIORE DELLA CARITA' - NOVARA	4,8%
H SS.PIETRO E PAOLO – BORGOSIESA	1,0%	H S. CROCE E CARLE - CUNEO	0,9%
H DEGLI INFERMI – BIELLA	1,1%	H CIVILE SS.ANTONIO E BIAGIO - ALESSANDRIA	3,0%
ISTITUTO S.S. TRINITÀ – BORGOMANERO	1,8%	H MAURIZIANO U. I - TORINO	0,8%
H SAN BIAGIO – DOMODOSSOLA	0,5%	Totale	2,2%

In totale i parti (comprensivi della mobilità passiva) avvenuti nel 2005 analizzati sulla base dell'ASL di residenza della madre sono distribuiti come descritto dal grafico 2:

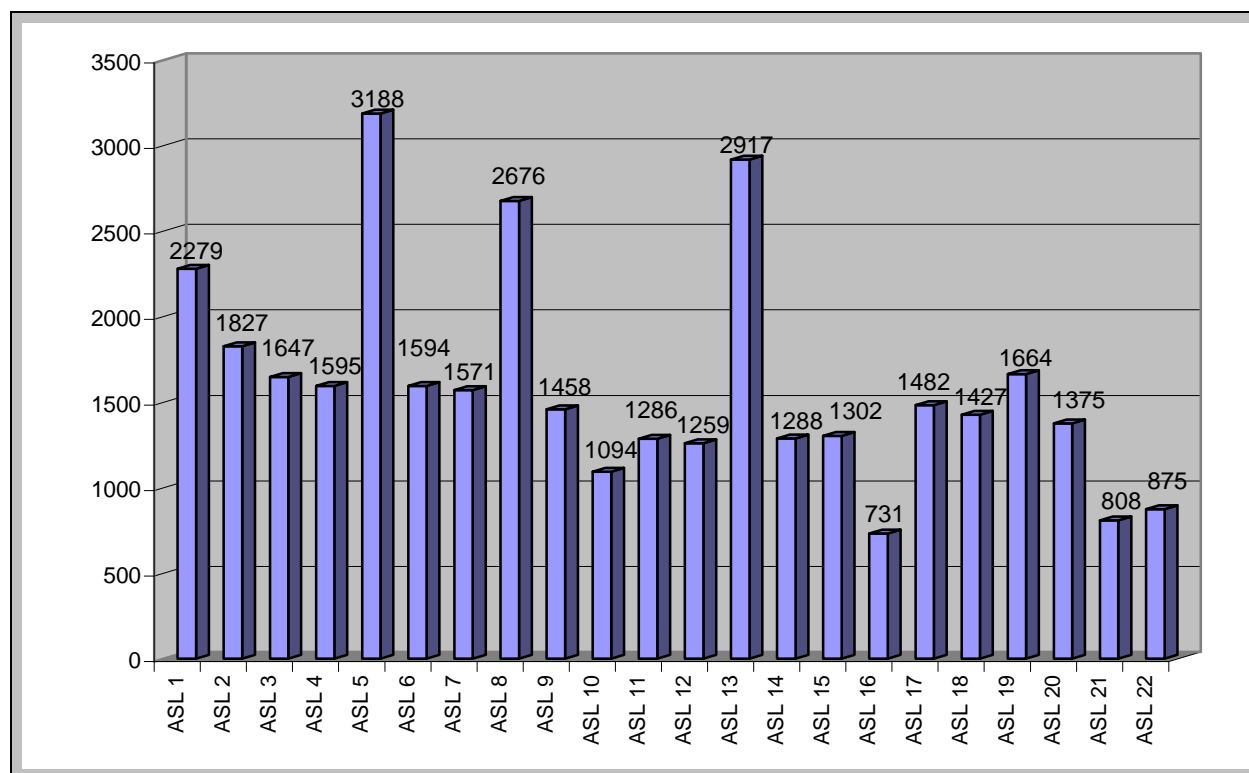


Grafico 2. Parti per Asl di residenza

⁷ Dai dati Cedap inclusi nell'analisi che segue risulta del 2,4%.

Il totale dei parti dichiarati attraverso le SDO (comprensivi della mobilità attiva), relativamente all'anno 2005, si distribuisce per PN come descritta dal grafico 3:

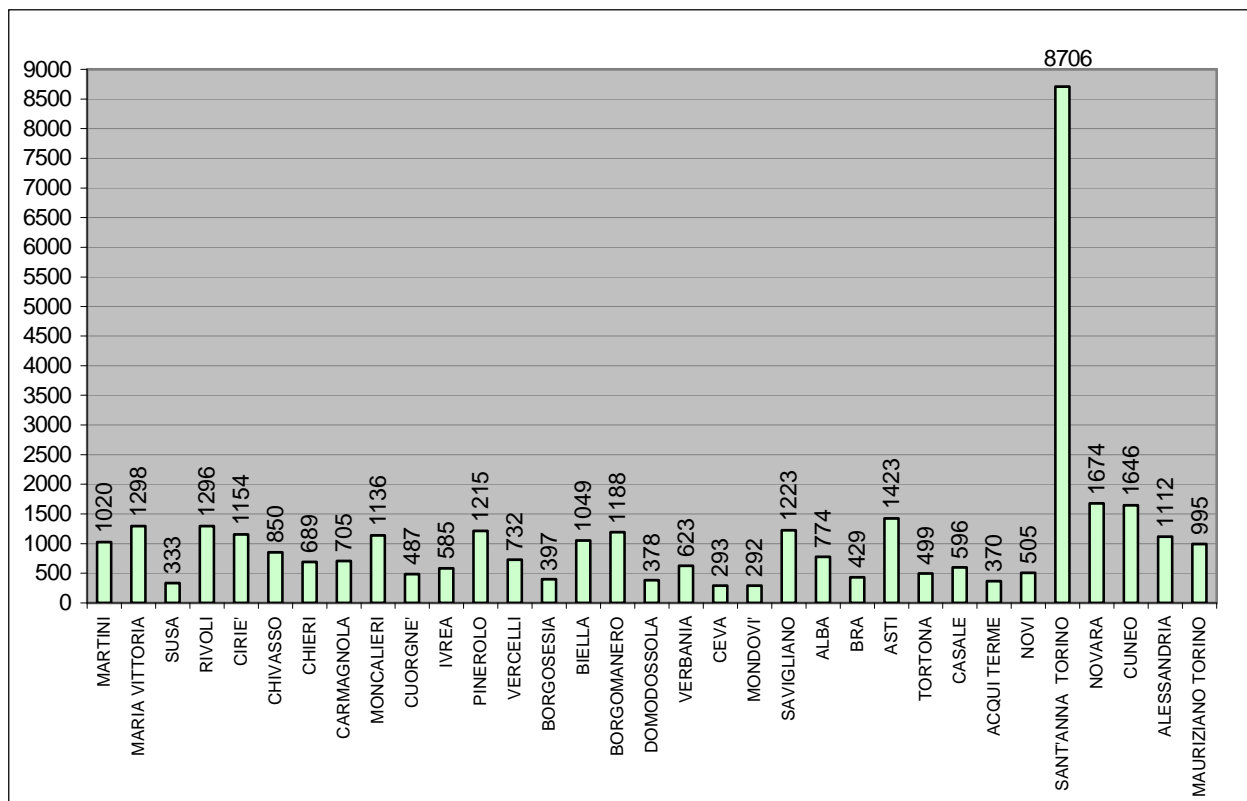


Grafico 3. Numero parti per Punto Nascita

Ripartita per Unità operativa la frequenza dei parti per l'anno 2005, è la seguente (tabella 5):

Tabella 5. Numero parti per Unità operativa

H MARTINI – TORINO	1.020	H CIVICO DI SAN LAZZARO - ALBA	774
H MARIA VITTORIA – TORINO	1.298	H SANTO SPIRITO - BRA	429
H DEGLI INFERMI – RIVOLI	1.296	H CARDINAL G. MASSAIA - ASTI	1.423
H CIVILE – SUSA	333	H SS ANTONIO E MARGHERITA - TORTONA	499
H RIUNITO – CIRIÈ'	1.154	H S. SPIRITO – CASALE MONFERRATO	596
H CIVICO - CHIVASSO	850	H CIVILE - ACQUI TERME	370
H MAGGIORE - CHIERI	689	H SAN GIACOMO – NOVI LIGURE	505
H SAN LORENZO - CARMAGNOLA	705	H SANT'ANNA DIV. A - TORINO	1.262
H SANTA CROCE - MONCALIERI	1.136	H SANT'ANNA DIV. B - TORINO	1.476
H CIVILE - CUORGNE'	487	H SANT'ANNA DIV. C - TORINO	1.347
H CIVILE – IVREA	585	H SANT'ANNA CATT. A - TORINO	1.496
H CIVILE E.AGNELLI - PINEROLO	1.215	H SANT'ANNA CATT. B - TORINO	725
H SANT'ANDREA - VERCELLI	732	H SANT'ANNA CATT. C - TORINO	1.356
H SS.PIETRO E PAOLO BORGOSIESA	397	H SANT'ANNA CATT. D - TORINO	685
H DEGLI INFERMI - BIELLA	946	H SANT'ANNA INTRAMOENIA - TORINO	359
H DEGLI INF. DI BIELLA INTRAMOENIA	103	H MAGGIORE DELLA CARITA' DIV. A - NOVARA	842
H S.S. TRINITÀ - BORGOMANERO	1.188	H MAGGIORE DELLA CARITA' CATT. B - NOVARA	805
H SAN BIAGIO - DOMODOSSOLA	378	H MAGG. D. CARITA' INTRAMOENIA - NOVARA	27
H CASTELLI - VERBANIA	623	H S. CROCE E CARLE - CUNEO	1.646
H – CEVA	293	H CIVILE SS.ANTONIO E BIAGIO - ALESSANDRIA	1.048
H - MONDOVI'	292	H CIVILE SS.A. E BIAGIO INTRAMOENIA – AL.	64
H MAGGIORE SS. ANNUNZIATA - SAVIGLIANO	1223	H MAURIZIANO UMBERTO I - TORINO	995

2. RAPPORTO SUI CEDAP ANALIZZATI

2.1 Caratteristiche generali del campione

L'elaborazione dei dati riportata nel presente lavoro è inerente alle nascite avvenute nella Regione Piemonte negli anni 2003, 2004 e I semestre 2005⁸.

Il numero dei casi inclusi nell'analisi e corrispondenti alle donne che hanno partorito fra il 2003 ed il I semestre 2005⁹ è di 88.217, il numero di bambini è di 89.152 (gemellarità pari all'1,2% sul totale dei parti).

La qualità dei dati trasmessi dai diversi PN alla Regione Piemonte, presenta su alcune variabili problemi di accuratezza. Per tale motivo è stato necessario eliminare i casi non attendibili, dunque i casi analizzati rispetto ad alcune variabili possono essere di numero inferiore a 88.217.

Rispetto alle variabili che riportavano dati incompleti o inattendibili è prevista una revisione del sistema di raccolta per ogni PN sul quale è stato riscontrato il problema, con l'obiettivo di migliorare la qualità di trasmissione del dato.

Sono stati esclusi dall'analisi, su alcune variabili, i dati provenienti dal PN nell'ospedale di Asti poiché risultavano palesemente inattendibili, sempre su alcune variabili, mancano i dati provenienti dal PN nella clinica privata Pinna Pintor, perché sono pervenuti solo in parte nel 2003.

2.2 Caratteristiche socio-demografiche del campione

2.2.1 Età materna

Sul totale del campione, l'età media delle donne al parto è di 30,8 anni (moda 32). L'età media delle donne con precedenti parti (uno o più di uno) è di 32,3 anni, mentre quella delle madri alla prima gravidanza è di 29,6 anni (grafico 4, si veda anche all. 2, tab.1 e 2).

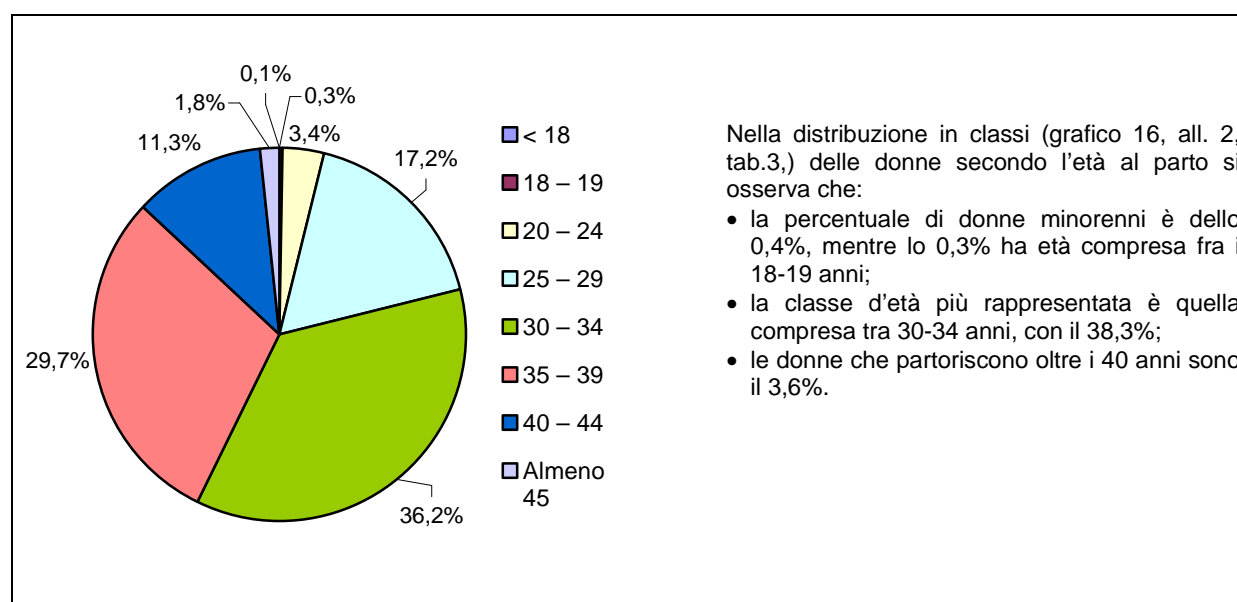


Grafico 4. Età delle donne al parto

⁸Nell'elaborazione sono stati inclusi solo i dati del I semestre 2005. Su alcune variabili verranno inclusi anche i nati del II semestre 2005. I dati riportati sul II semestre provengono da una analisi preliminare attualmente in corso.

⁹Il disallineamento della "chiusura periodica dei flussi" (SDO: 28 febbraio, Cedap 1° semestre: 30 settembre, Cedap 2° semestre: 31 marzo) condizionano il ritardo nella lettura integrata.

Se consideriamo la cittadinanza¹⁰, l'età media al parto delle donne straniere è di 27,6 anni a fronte dei 31,4 anni di età media fra le donne italiane (allegato 2, tabella 4). Inoltre, il 5,8% delle straniere e l'1% delle italiane hanno partorito con meno di 20 anni (allegato 2, tabella 5).

L'età media dei padri è di 34 anni (che coincide con la moda). Anche per i padri, se consideriamo la cittadinanza, l'età media per gli stranieri è di 32,7 anni, mentre per i padri italiani è di 34,2 (allegato 2, tabella 6).

Fra i padri, la fascia d'età più rappresentata è quella fra i 30-34 anni con il 35,4%. I padri sono minorenni nello 0,2% dei casi ed hanno età compresa fra i 18-19 anni nello 0,5% dei casi (allegato 2, tabella 7).

Il tasso di gravidanze in donne minorenni è sovrapponibile a quello registrato in Italia nel 2000 e risulta inferiore a quello registrato in altri Paesi europei (Regno Unito 2,5% nel 1999; Portogallo 2,2%, Irlanda 1,6%).

Rispetto al servizio utilizzato per il percorso gravidanza, le donne con età inferiore ai 20 anni si avvalgono, in percentuale maggiore rispetto alle donne di età superiore, dei servizi pubblici. In particolare il consultorio è utilizzato dal 22,1% delle giovani a fronte del 8,9% delle donne con età superiore ai 20 anni.

2.2.2 Stato civile della madre

Le madri coniugate al momento del parto sono il 77,8%, il 16,2% sono nubili, il 6% separate, divorziate o vedove; nel 2,6% l'informazione non risulta dichiarata.

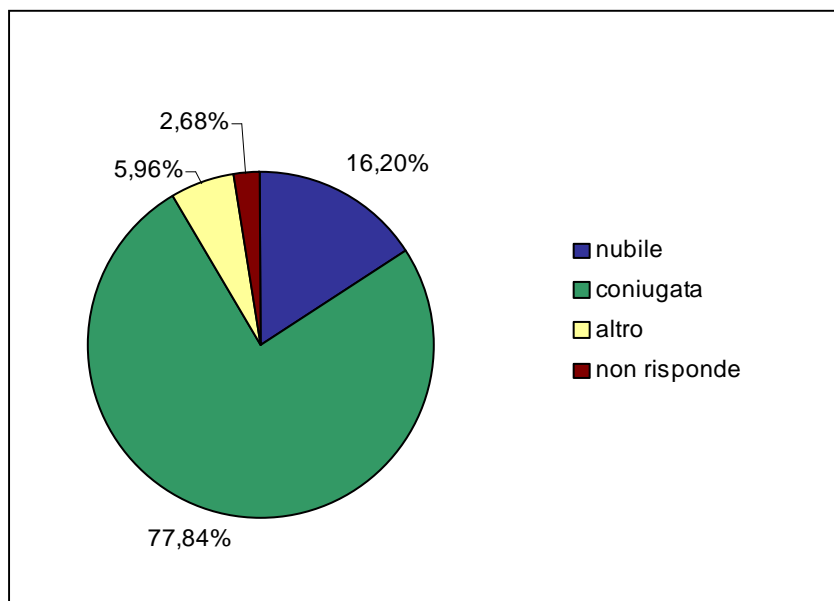


Grafico 5. Stato civile della madre

Il dato relativo allo stato civile analizzato per anno (tabella 6) evidenzia un aumento costante nel tempo della condizione di nubile, segno di un cambiamento culturale che ripercorre le orme già tracciate dai paesi del nord Europa sul "nuovo modo" di formare la famiglia e che segna anche per l'Italia il declino progressivo della famiglia coniugale¹¹.

¹⁰ In merito alla variabile cittadinanza, più volte utilizzata in rapporto ad altre variabili, si pone il problema della attendibilità delle risposte date da donne straniere cui la barriera linguistica pone una difficoltà di comunicazione con gli operatori, dal momento che non sempre è presente la figura del mediatore culturale.

¹¹ Per approfondimenti si veda (a cura di) G Barbagli e C Saraceno, "Lo stato delle famiglie in Italia". Ed Il Mulino, 1997.

Tabella 6. Stato civile madre per anno

Stato civile madre		2003	2004	2005
	Nubile	14,5%	16,3%	18,0%
	Coniugata	77,9%	75,0%	75,9%
	Altro	5,5%	6,0%	6,2%
	Non comunicato	2,1%	2,7%	3,4% ¹²
Totale		100%	100%	100%

L'analisi dello stato civile in relazione alla cittadinanza (tabella 7) evidenzia che le donne italiane sono nubili nel 15,7% dei casi a fronte del 19,1% delle donne straniere.

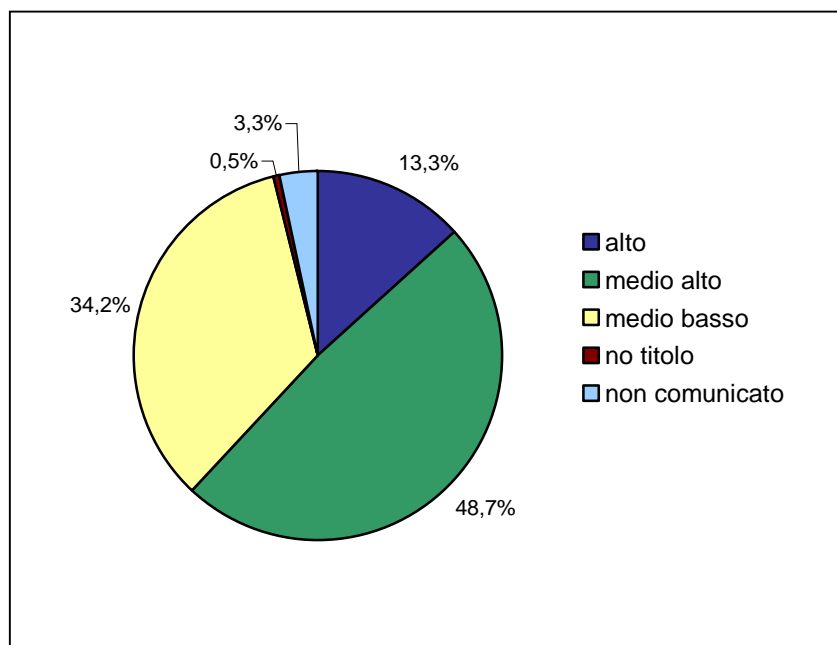
Tabella 7. Stato civile madre per cittadinanza

Cittadinanza	Stato civile madre			Totale
	Nubile	Coniugata	Altro	
Italiana	15,7%	78,3%	6,1%	100,0%
Straniera	19,1%	75,6%	5,3%	100,0%

È presente un'associazione significativa fra cittadinanza straniera e condizione di nubile (OR 1.4; IC 95%, 1,27-1,42), al contrario di altre regioni italiane

2.2.3 Scolarità dei genitori

Fra le donne che hanno partorito in Piemonte, sul totale del campione, il 13,3% ha titolo di studio alto (laurea o diploma universitario), il 48,7% ha titolo di studio medio alto (diploma media superiore o scuola professionale), il 34,2% medio basso (media inferiore o elementare), lo 0,5% nessun titolo¹³, il 3,3% non ha comunicato il dato (grafico 6).

**Grafico 6. Livello di studi della madre**

¹² L'aumento in questa categoria è invece imputabile ad una scorretta trasmissione dei dati da parte del PN di Asti.

¹³ L'attribuzione del livello d'istruzione individuale è stata ridefinita, dalla variabile originale, secondo le indicazioni di Cardano M, Marinaci C, "La rilevazione sociale". In Costa G., Spadea T., cardano M. (a cura di). Disuguaglianze di salute in Italia. Epidem. Prev. 2004; 28Suppl:124-42.

Se consideriamo la cittadinanza, il 14,3% delle donne italiane ha un titolo di studio alto a fronte del 7,9% delle straniere, mentre il rapporto si inverte per il livello medio basso, all'interno del quale le straniere sono il 46,4% a fronte del 31,9% delle italiane. Le straniere inoltre hanno nel 2,7% dei casi nessun titolo contro lo 0,1% delle donne italiane (tabella 8).

Tabella 8. Titolo di studio della madre per cittadinanza

Cittadinanza		Titolo di studio madre					Totale
		alto	medio alto	medio basso	nessun titolo	non com.	
	Italiana	14,3%	50,8%	31,9%	0,1%	2,9%	100,0%
	Straniera	7,9%	37,7%	46,4%	2,7%	5,4%	100,0%

È presente un'associazione significativa fra cittadinanza straniera e titolo di studio basso (OR 1,26, IC 95% 1,16 – 1,38).

Rispetto ai padri, il 9,6% ha titolo di studio alto, il 39,2% ha titolo di studio medio alto, il 36,8% ha titolo di studio medio basso e lo 0,3% nessun titolo (grafico 7).

Fra i padri abbiamo una percentuale maggiore che non comunica il titolo di studio (14,1%) che in parte corrisponde ai Cedap delle donne nubili.

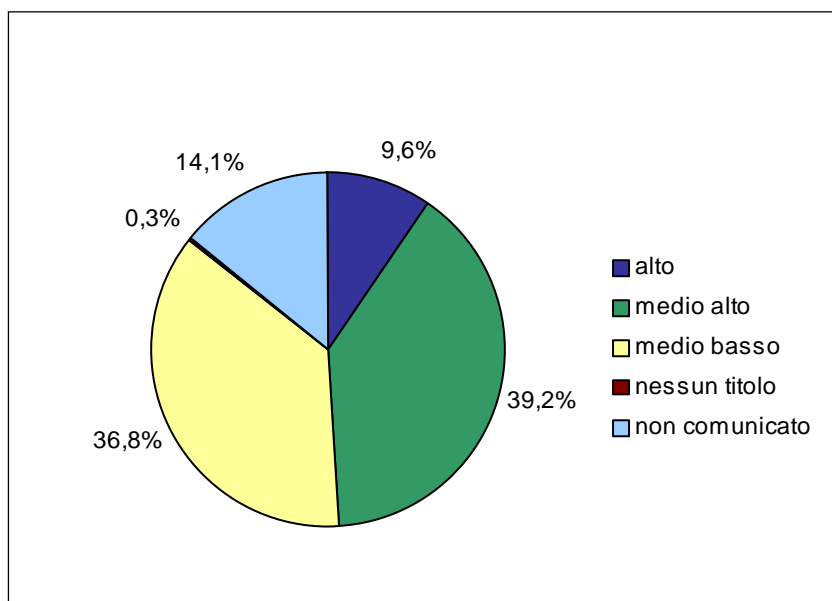


Grafico 7. Livello di studi del padre

Come nel resto d'Italia, le donne hanno titolo di studio più elevato degli uomini (laurea per il 13,3% delle donne a fronte del 9,6% per gli uomini)¹⁴, mentre il nessun titolo di studio coincide nelle due distribuzioni (0,3%).

Se consideriamo la cittadinanza fra i padri (tabella 9), gli italiani sono laureati nel 10,3% dei casi e gli stranieri solo nel 5,7% dei casi. A differenza delle madri, la classe con titolo di studio medio bassa ha percentuali simili tra i padri italiani e stranieri (36,6% e 37,8%); i padri stranieri non comunicano il titolo di studio in percentuale maggiore degli italiani e tra quelli che lo comunicano la percentuale che riferisce il nessun titolo di studio è più alta rispetto agli autoctoni.

¹⁴ L'aumento della scolarità femminile ha superato quello maschile nelle ultime coorti oggi in età adulta contribuendo ad aumentare anche in Italia la presenza femminile nel mercato del lavoro (per approfondimento si veda in Saraceno C. Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia. Ed. Il Mulino, 2003).

Tabella 9. Titolo di studio del padre per cittadinanza

Cittadinanza		Titolo di studio padre					Totale
		Alto	Medio alto	Medio basso	No titolo	Non com.	
	Italiana	10,3%	40,6%	36,6%	0,1%	12,5%	100,0%
	Straniera	5,7%	31,6%	37,8%	1,6%	23,3%	100,0%

È presente un'associazione molto significativa fra cittadinanza straniera e titolo di studio basso (OR 11,6, IC 95% 8,6 –15,7)

Se si considera la scolarità di entrambi i genitori (tabella 10) si evidenzia una concordanza positiva fra i livelli di titoli di studio: le madri con titolo di studio alto hanno partner con titolo di studio alto nel 39,2% e medio alto nel 38,2% dei casi. Soltanto l'8,8% delle donne laureate ha partner con titolo di studio medio basso e nessuna laureata ha un partner con nessun titolo. Nel livello medio basso, le madri hanno il partner laureato nell'1,7% dei casi, medio alto nel 24,9% e medio basso nel 61,6% dei casi. Le madri con nessun titolo (che sono solo lo 0,5% sul totale delle donne della popolazione) hanno un partner con titolo di studio medio basso nel 37,7% e con nessun titolo il 30,6% dei casi.

Tabella 10. Titolo di studio della madre per titolo di studio del padre

Titolo di studio		Padri					Totale fra le madri
Madri		Alto	Medio Alto	Medio basso	Nessun titolo	Non com.	
	Alto	39,2%	38,2%	8,8%	0,0%	13,8%	13,3%
	Medio Alto	7,7%	52,0%	29,1%	0,1%	11,1%	48,7%
	Medio basso	1,7%	24,9%	61,6%	0,3%	11,5%	34,2%
	No titolo	1,6%	12,3%	37,7%	30,6%	17,8%	0,5%
	Non com.	1,2%	6,6%	5,9%	0,2%	86,1%	3,3%
Totale fra i padri		9,6%	39,2%	36,8%	0,3%	14,1%	100,0%

L'accesso alle informazioni relative al Percorso Nascita ed ai relativi servizi, nonché l'uso appropriato degli stessi, è influenzato dal livello culturale della coppia, in particolare dal livello culturale materno sia per quanto attiene alle misure di prevenzione e di "cura" della gravidanza che per le competenze messe in campo nella "cura" del bambino.

La bassa scolarità della madre è un importante indicatore, internazionalmente riconosciuto, del disagio non solo economico, ma anche culturale della famiglia e risulta significativamente associata al basso peso neonatale e alla mortalità perinatale e infantile¹⁵.

¹⁵ Gnani R, Costa G. Esiti della gravidanza, mortalità infantile e titolo di studio della madre in Piemonte dal 1980 al 1995. Epidemiol. Prev. 2002; 26:225-33.

2.2.4 Condizione professionale dei genitori

Fra le madri che hanno partorito nella regione Piemonte (grafico 8):

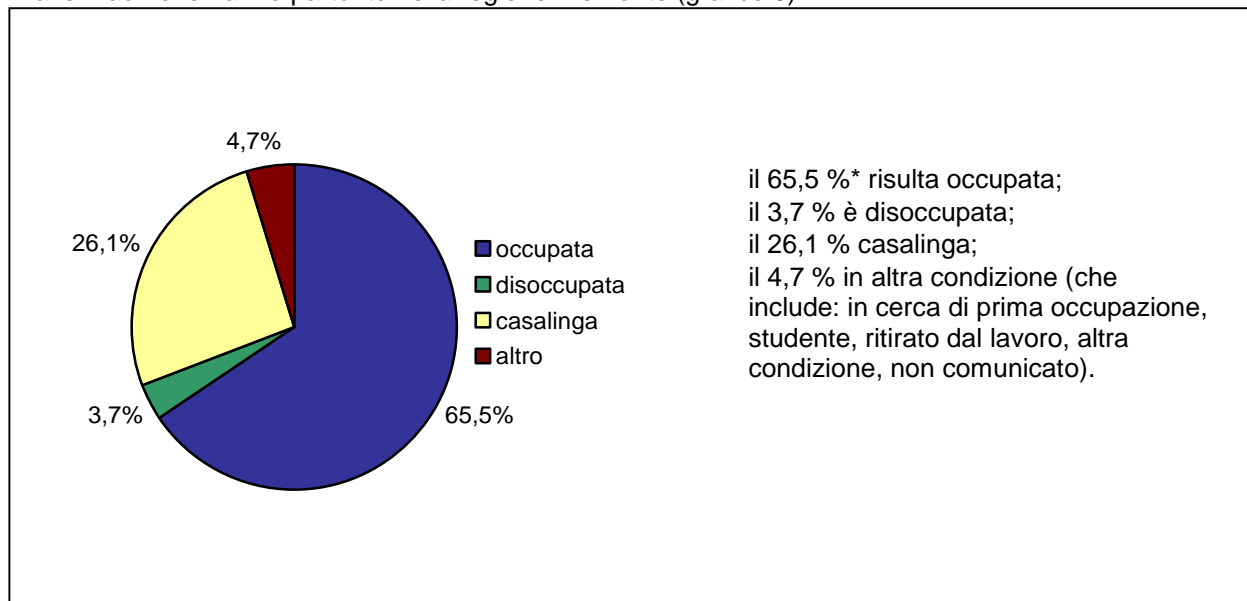


Grafico 8. Occupazione delle madri

*sulla popolazione delle gestanti, la Regione Piemonte risulta in linea con l'obiettivo dell'UE di raggiungere un tasso di occupazione femminile pari al 60% entro il 2006.

Se distinguiamo la condizione professionale fra italiane e straniere (allegato 2, tabella 9) e confrontiamo la condizione di occupata con quella di casalinga, le donne italiane sono nel 72,9% dei casi occupate e nel 19,6% dei casi casalinghe. Le donne straniere sono nel 26,2% occupate e nel 60,6% casalinghe.

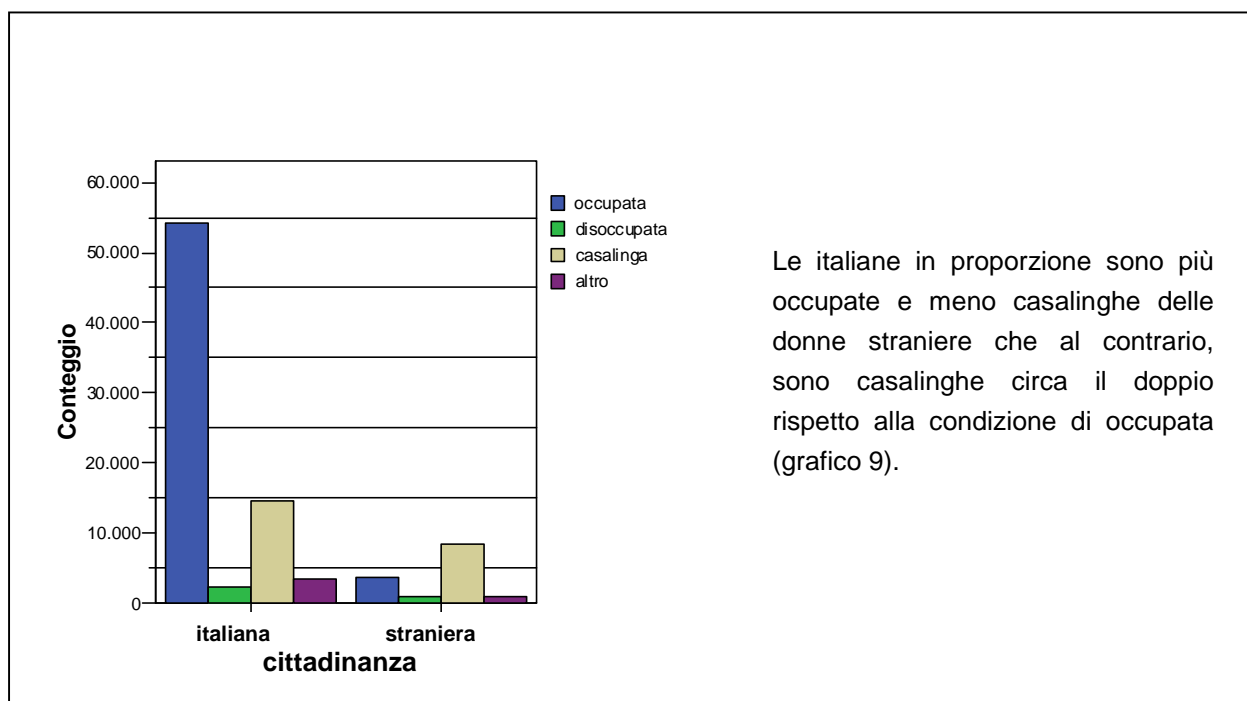


Grafico 9. Occupazione della madre

Tra le interpretazioni possibili di tale fenomeno potrebbe esserci il maggior coinvolgimento delle straniere in mercati del lavoro informali, oppure la prevalenza nel nostro campione di donne provenienti dal Marocco (23% sul totale delle donne straniere) che per cultura, legata alla religione, si dedicano alla cura della famiglia e di conseguenza sono poco presenti sul mercato del lavoro.

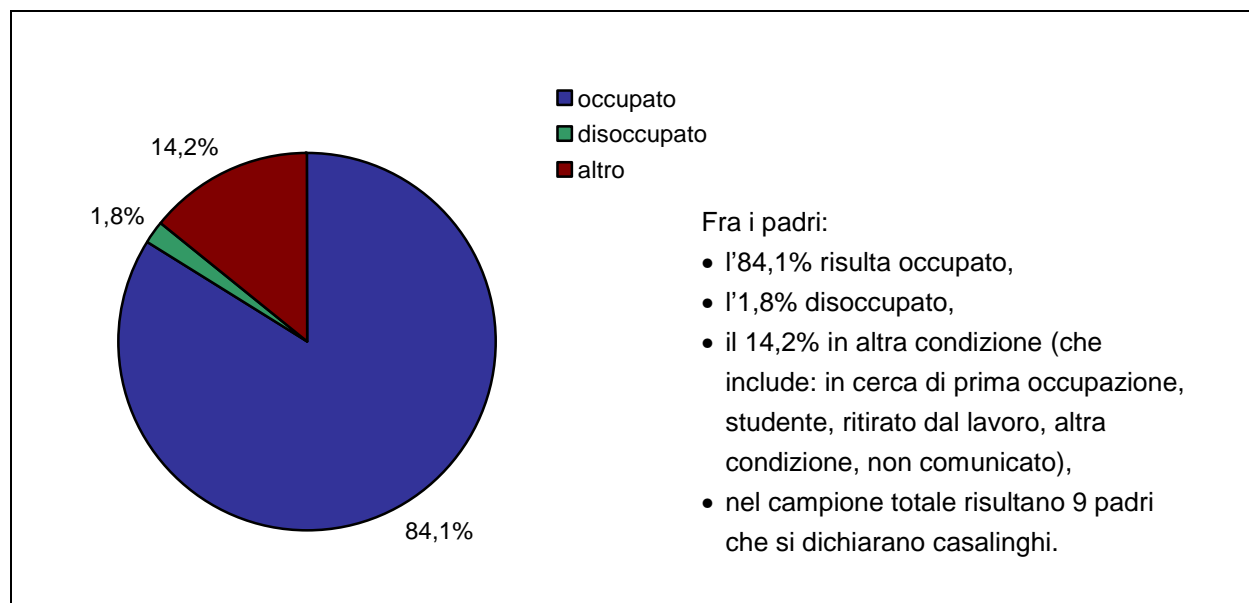


Grafico 10. Occupazione dei padri

Ponendo in relazione l'occupazione della madre con quella del padre (tabella 11), se la madre è occupata, nell'88% dei casi, sono occupati entrambi i genitori. Fra le madri disoccupate, entrambi i genitori risultano disoccupati nel 6.9% dei casi.

Tabella 11. Condizione professionale della madre per condizione professionale del padre

Condizione professionale della madre		Condizione professionale del padre				Totale
		Occupato	Disoccupato	Casalingo	Altro	
Occupata	n	50.895	621	3	6.295	57.814
	%	88,0%	1,1%	0,0%	10,9%	100%
Disoccupata	n	2.442	223	1	576	3.242
	%	75,3%	6,9%	0,0%	17,8%	100%
Casalinga	n	19.671	667	5	2.680	23.023
	%	85,4%	2,9%	0,0%	11,6%	100%
Altro	n	1.148	44	0	2.946	4.138
	%	27,7%	1,1%	1,1%	71,2%	100%
Totale	n	74.156	1.555	9	12.497	88.217
	%	84,1%	1,8%	0,0%	14,2%	100%

2.2.5 Cittadinanza della madre

Rispetto alla cittadinanza, l'84,7% delle madri è italiana ed il 15,3% è straniera. Fra le donne di provenienza straniera, i paesi più rappresentati sono: il Marocco con il 23%, la Romania con il 21,8% e l'Albania con il 13,6%. Rispetto agli altri paesi le percentuali di presenze sono sotto al 4%. Primo fra questi troviamo la Cina con il 3,8% delle presenze.

Secondo la classificazione dei paesi proposta dall'OMS in base al rischio di mortalità (allegato 3), le donne straniere che hanno partorito in regione Piemonte nel periodo considerato avevano le provenienze indicate nelle tabelle 12 (pagina seguente).

Tabella 12a. Distribuzione delle donne straniere secondo l'area geografica di origine

ZONA	N° donne	% sul totale
Africa – D	774	5,7
Africa – E	222	1,6
America - A	160	1,2
America – B	577	4,2
America – D	622	4,5
Asia Sud Est – B	78	0,6
Asia sud Est – D	91	0,7
Europa – A	510	3,7
Europa – B	5.493	40,1
Europa – C	601	4,4
Medio Or. – B ¹⁶	340	2,5
Medio Or. – D	3.481	25,4
Pacifico Occ.- A	21	0,2
Pacifico Occ – B	709	5,2
Non. Com.	3	0,0
Totale	13.682	100,0

Tabella 12b. Classi di mortalità per area geografica

Classi di mortalità	Mortalità bambini (>5 aa)	Mortalità adulti (15-60 aa)
A	Molto bassa	Molto bassa
B	Bassa	Bassa
C	Bassa	Alta
D	Alta	Alta
E	Alta	Molto alta

Tabella 12c. Distribuzione delle donne con cittadinanza straniera in base alla classe di mortalità dello stato di origine

Classe di mortalità	N° donne	% sul totale straniere
A	691	5,1%
B	7.197	52,6%
C	601	4,4%
D	4.968	36,3%
E	222	1,6%
Non Com.	3	0,0%
Totale	13.682	100%

Secondo questa classificazione il 36,3% dei bambini del campione nasce da madri provenienti da un'area geografica ad alta mortalità infantile e in età adulta.

La provenienza da questi paesi può condizionare lo stato di salute della futura madre e costituire un fattore di rischio per la gravidanza e per gli esiti neonatali. Lo svantaggio socio-economico¹⁷ è uno dei primi fattori che incide sulla morbilità e mortalità infantile ed è spesso favorito dall'associazione di altri fattori, quali minore capacità di accesso ai servizi, diversa attenzione ai temi di salute, difficoltà di comunicazione con gli operatori sanitari e sociali che si occupano dell'assistenza durante il Percorso Nascita.

Una analisi utile, al fine di definire dei percorsi nascita appropriati, accessibili e comprensibili per l'assistenza alle gestanti straniere, è quella che descrive le presenze per ASL di residenza.

Sul totale dei parti considerati, per il 13,4% delle donne straniere, pari a 1813 casi, non disponiamo del dato relativo all'ASL di residenza per la presenza di donne straniere senza permesso di soggiorno, per la presenza di donne che si sono avvalse della facoltà di non riconoscere il nascituro, e quindi esonerate dall'obbligo di fornire alcuni dati che ne permetterebbero l'identificazione, e, da ultimo, a causa di non adeguata compilazione del Cedap.

¹⁶ Nella classificazione OMS i paesi del Nord Africa sono considerati facenti parte del Medio Oriente.

¹⁷ Braveman P, Cubbin C, Marchi K, Egerter S, Chavez G. Measuring socio-economic status/position in studies of racial/ethnic disparities: maternal and infant health. Public Health Rep. 2001;116:449-63.

Tra le donne straniere che hanno comunicato la loro ASL di residenza/domicilio, la distribuzione sul territorio piemontese è la seguente:

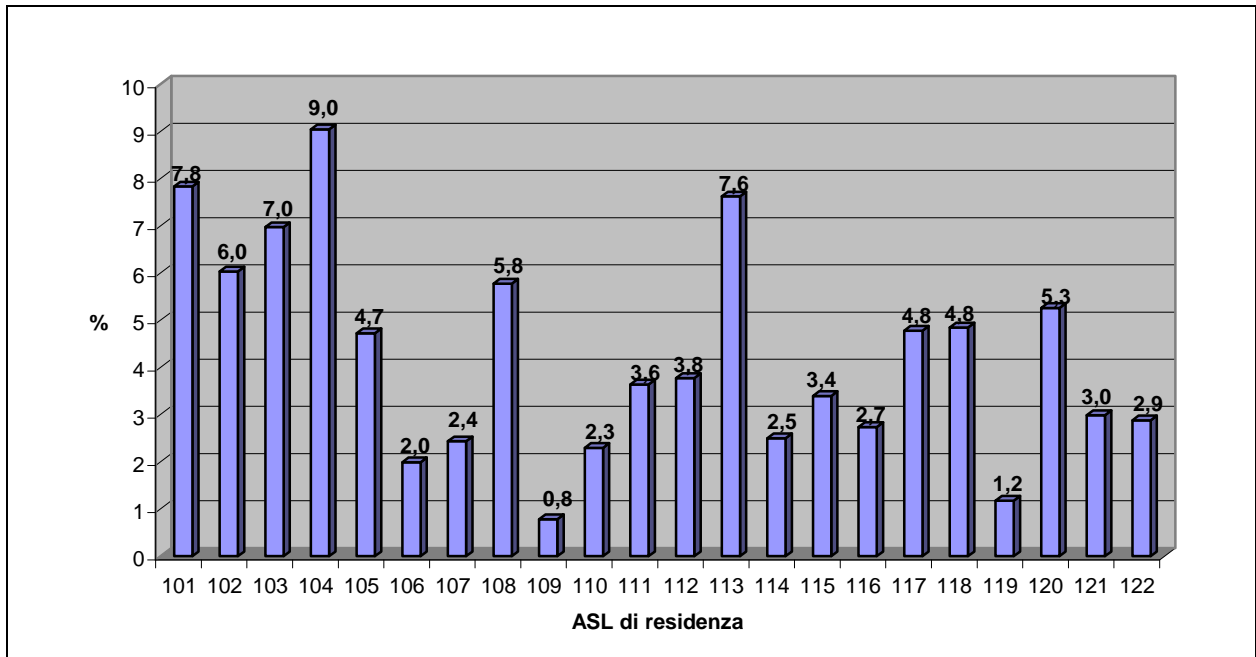


Grafico 11. Distribuzione delle donne straniere sul territorio regionale

Lo stesso, dato considerato sul totale delle gestanti residenti nelle singole ASL, evidenzia distribuzioni percentuali differenti con evidenti implicazioni sulla offerta dei servizi (grafico 12).

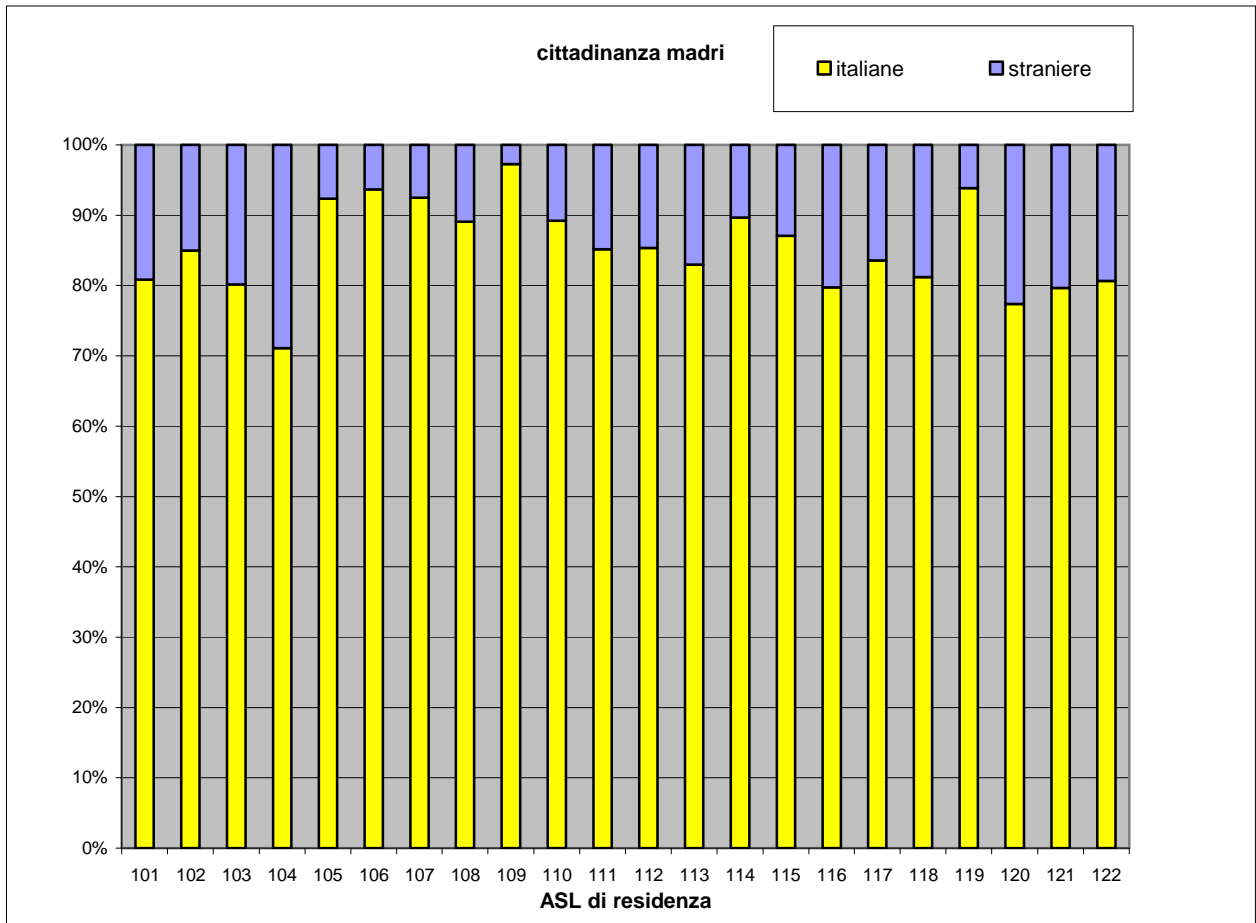


Grafico 12. Percentuale di donne straniere per Asi di residenza

2.2.6 Cittadinanza di entrambi i genitori

Rispetto ai padri, l'85,1% è di cittadinanza italiana ed il 14,9% è di cittadinanza straniera. Mettendo in relazione la cittadinanza delle madri con quella dei padri (tabella 13), risulta che fra le madri italiane il 97,8% ha un partner italiano e fra le madri straniere l'82% ha un partner straniero.

Tabella 13. Cittadinanza madre per cittadinanza padre

Cittadinanza madre		Cittadinanza padre		Totale
		Italiana	Straniera	
Italiana		97,8%	2,2%	100%
Straniera		18,0%	82,0%	100%
Totale padri stranieri		85,1%	14,9%	100%

Se la presenza di genitori stranieri si considera per anno¹⁸ si evidenzia un aumento progressivo sia per le madri che per i padri (tabella 14).

Tabella 14. Presenze di madri e padri stranieri per anno sul collettivo di madri e padri

Anno	Madri	Padri
2003	14,2%	13,3%
2004	16,6%	15,4%
2005	18,3%	17,1%

Come già citato dal secondo rapporto sui Cedap della Regione Emilia Romagna:

«La presenza di popolazione immigrata rappresenta una delle maggiori novità registrata in ambito socio-demografico negli ultimi anni. I problemi legati a questa presenza possono essere di diversa natura:

- *la popolazione immigrata, rispetto a quella autoctona, è caratterizzata da maggior disagio socio-economico e conseguentemente da più frequenti esiti negativi per la salute materna e neonatale. La cittadinanza materna costituisce verosimilmente un determinante di salute e di utilizzo dei servizi,*
- *la cittadinanza costituisce un elemento di differenza culturale rispetto all'evento nascita e alla crescita del bambino,*
- *possono essere presenti rilevanti difficoltà di comunicazione con i professionisti impiegati nell'assistenza».*

Rispetto a queste variabili socio-economiche di svantaggio, che possono essere causa di disuguaglianze di salute, gli esiti potrebbero essere migliorati attraverso percorsi di sensibilizzazione rivolti agli operatori. Un'esperienza maturata nella ASL 13, in seguito alla formazione regionale rivolta ai responsabili dei vari servizi dei DMI sulla revisione dei percorsi assistenziali, ha prodotto modifiche all'accompagnamento della gravida straniera lungo il Percorso Nascita (materiale in diverse lingue, mediazione culturale, diversificazione dell'accoglienza, ecc).

Il confronto tra alcuni dati 2003 ed il primo semestre 2006, circa l'accessibilità delle straniere al percorso consultorio, è incoraggiante (tabella 15).

¹⁸ Del 2005 è stato incluso anche il II semestre.

Tabella 15. Confronto di alcuni output prima e dopo il percorso formativo, ASL 13

	2003	2004	2005	2006
Prima visita > 28 sett. e.g.	1,9%	1,5%	1,5%	1,3%
Percorso Consultorio	12%	14,4%	17,2%	28,8%
Percorso Ambulatorio Distretto	50,5%	52,2%	44,4%	48,5%
Percorso Ambulatorio ospedale	12,2%	15,4%	16,6%	4,3%
Tri test	9,2%	12,6%	16,8%	19,3%
Translucenza nucale	16,6%	16,5%	18,4%	20,6%
Ecografia 2° trimestre	8,2%	-	-	14,2%
Ecografia 3° trimestre	38%	-	-	42,5%

3. PERCORSO NASCITA

3.1 Parti precedenti

Fra le madri che hanno partorito nella regione Piemonte, il 55,5% era al primo parto, il 44,5% aveva avuto almeno un parto precedente (all.2, tab. 10). Di queste ultime, il 35% era al secondo parto, il 7,9% al terzo parto l'1,9% oltre il terzo parto (grafico 13).

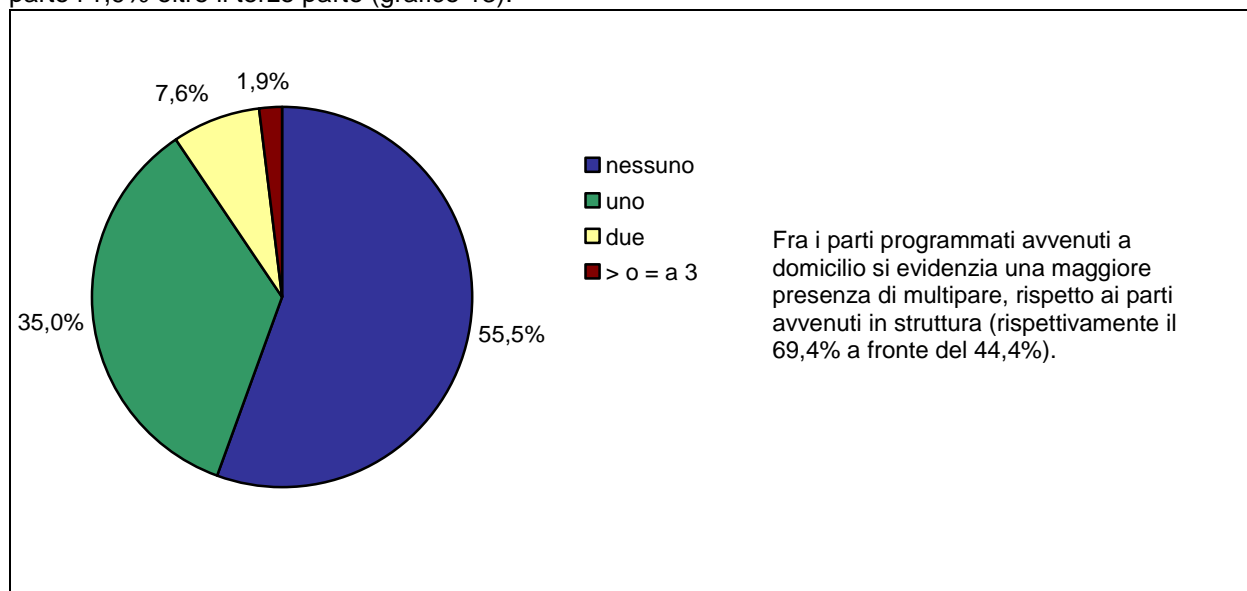


Grafico 13 Numero di parti precedenti

3.2 Visite in gravidanza

3.2.1 Numero visite

Rispetto ai controlli in gravidanza, dall'analisi dei dati riportati nei Cedap, risulta che il 2,1% delle donne non si è sottoposto a nessun controllo, il 19,3% si è sottoposto a fino a 4 controlli ed il 78,7% ad oltre i 4 controlli¹⁹. Essendo la media nazionale di nessun controllo in gravidanza pari allo 0,9% (Istat, 2001), la percentuale piemontese è sembrata un valore sospetto²⁰.

Mettendo in relazione la variabile "visite in gravidanza" con altre variabili che registrano un contatto con una struttura sanitaria durante la gravidanza, quali "ecografie in gravidanza", "aver usufruito di congedo per maternità", ecc. è risultato che tutte le donne hanno avuto, durante la gravidanza, almeno un contatto con un servizio.

Se si considera la cittadinanza, sono i Cedap che si riferiscono a donne straniere che percentualmente registrano un maggior numero di "nessun controllo". La barriera linguistica potrebbe essere uno dei motivi di tale dato, così come la minore accessibilità (informazione, orari, genere dell'operatore, ecc.) che meriterebbe una attenta valutazione.

Considerando soltanto le donne che hanno fatto visite di controllo in gravidanza, si ottiene che il 19,7% si è sottoposto ad almeno 4 controlli e l'80,3% a più di 4 controlli.

¹⁹ Non è possibile riportare il numero medio di visite in gravidanza poiché tale variabile non è stata inserita nel Cedap come numero assoluto; la variabile di cui si dispone ha solo le seguenti modalità: nessuna - fino a 4 - oltre 4.

²⁰ Il dato controllato per PN ha evidenziato valori percentuali in linea con la media nazionale per la maggior parte dei PN, mentre per il Martini, Maria Vittoria, Acqui Terme, S.Anna, Alessandria e parti a domicilio il valore "nessuna visita", è risultato non in linea con la media nazionale.

Sul numero appropriato di controlli in gravidanza, non esiste ad oggi in Italia un protocollo condiviso. Sulla base di una revisione sistematica²¹ e di un successivo studio clinico randomizzato e controllato²², l'Organizzazione mondiale della sanità ha proposto un modello assistenziale per le gravidanze a basso rischio basato su 4 controlli in gravidanza. Sull'applicabilità di questo modello nel nostro paese attualmente non sono state fatte sperimentazioni. Considerato però che la nostra cultura si è consolidata, a partire dagli anni Cinquanta, su di un modello di assistenza alla gravidanza sempre più medicalizzato (oltre che su un costante impoverimento del sostegno sociale sia durante la gravidanza, sia nel post-parto) che identifica il numero dei controlli con una migliore qualità dell'assistenza, è plausibile che tale modello si riveli inadeguato più per la scarsa gradibilità materna che non per l'efficacia clinica.

Il numero delle visite in gravidanza, messo in relazione con i parti precedenti (tabella 16) evidenzia che sono le donne con un numero di figli uguale o maggiore a tre ad effettuare meno controlli in gravidanza (34,7% a fronte del 23,7% delle donne con 2 figli, del 20,4% delle donne con un figlio e del 18,1% delle donne con nessun figlio). L'81,4% delle donne con nessun parto precedente effettua invece più di 4 controlli in gravidanza (a fronte del 79,6% delle donne con 1 figlio, del 76,3% delle donne con 2 figli e del 65,3% delle donne con 3 o più figli).

Avere avuto esperienze precedenti di gravidanze rende probabilmente meno indispensabile sottoporsi a numerose visite.

Tabella 16. Parti precedenti per numero visite di controllo in gravidanza

Numero parti precedenti	Visite di controllo		Totale
	Fino a 4	Oltre 4	
Nessuno	18,1%	81,9%	100%
Uno	20,4%	79,6%	100%
Due	23,7%	76,3%	100%
Tre o più di tre	34,7%	65,3%	100%
Totale madri	16.984	69.395	86.379 ²³
Totale %	19,7%	80,3%	100%

È presente un'associazione significativa fra numero di figli uguale o maggiore di tre e numero di controlli in gravidanza inferiore a quattro (OR 2.39, IC 95%, 2,15-2,66)

Le donne straniere nel 33,2% dei casi, a fronte del 17,2% delle donne italiane, effettuano un minor numero di controlli (da 1 a 4) (tabella 17).

Tabella 17. Numero visite di controllo per cittadinanza

Cittadinanza madre	Visite di controllo		Totale
	Fino a 4	Oltre 4	
Italiana	17,2%	82,8%	100%
Straniera	33,2%	66,8%	100%
Totale	16.990	69.405	86.395
Totale %	19,7%	80,3%	100%

È presente un'associazione significativa fra cittadinanza straniera e fino a 4 controlli in gravidanza (OR 2.39, IC 95%, 2,229-2,49)

²¹ Carroli G, Villar J, Piaggio G et al. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. Lancet 2001;357:1565-70.

²² Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G. et al. WHO Antenatal care Trial research Group. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. Lancet 2001;357:1551-64.

²³ Numero di mamme escluso il 2,1% di casi non attendibili.

In merito al titolo di studio, il 51% delle donne con titolo di studio basso effettua meno di quattro controlli. Le donne con titolo di studio alto o medio alto effettuano più di quattro controlli nell'81% dei casi circa; le donne con titolo di studio medio basso effettuano nel 78,4% più di quattro controlli (tabella 18).

Tabella 18. Titolo di studio per numero visite di controllo

Titolo di studio madre	Visite di controllo		Totale
	Fino a 4	Oltre 4	
Alto	18,5%	81,5%	100%
Medio alto	18,4%	81,6%	100%
Medio basso	21,6%	78,4%	100%
Basso	51,0%	49,0%	100%
Nessun titolo	18,7%	81,3%	86.379 ²⁴
Totale	16.990	69.405	86.395
Totale %	19,7%	80,3%	100,0%

È presente un'associazione significativa fra numero di figli uguale o maggiore di tre e numero di controlli in gravidanza inferiore a quattro (OR 2.39, IC 95%, 2,15-2,66)

3.2.2 Settimana della prima visita

Il 71,2% delle madri ha effettuato la prima visita in gravidanza prima delle 8 settimane d'età gestazionale, il 17,8% fra le 8 e 11 settimane e l'11% a 12 settimane o oltre (grafico 14).

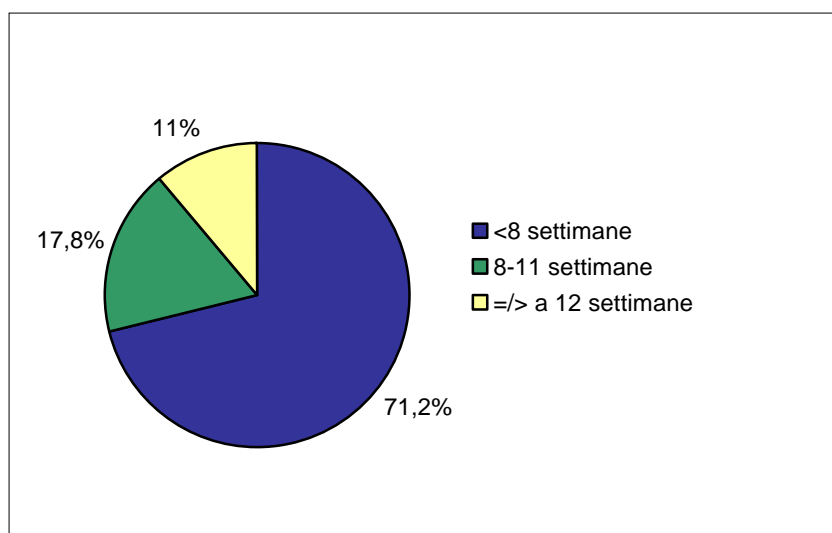


Grafico 14. Cadenza della prima visita

L'aver avuto figli precedenti fa sì che la prima visita venga effettuata ad età gestazionale più avanzata (26,9% delle donne con tre o più figli a fronte del 10% delle donne con nessun figlio effettua la prima visita a 12 settimane ed oltre) (tabella 19).

Tabella 19. Numero parti precedenti per settimana prima visita

Parti precedenti	Settimana prima visita			Totale
	< 8	8-11	>=12	
Nessuno	73,2%	16,8%	10,0%	100%
Uno	70,7%	18,8%	10,5%	100%
Due	63,5%	19,6%	16,9%	100%
Tre o più	51,2%	21,8%	26,9%	100%
Totale	61.467	15.371	9.526	86.364
Totale %	71,2%	17,8%	11,0%	100%

È presente un'associazione significativa fra la settimana della prima visita uguale o > di 12 e la multiparità (OR 3,3; IC 95%: 2,9-3,7)

²⁴ Numero di mamme escluso il 2,1% di casi non attendibili.

Anche la cittadinanza straniera (OR: 3,76; IC 95%: 3,57-3,92) ed il titolo di studio medio basso (OR: 1,21; IC: 1,07-1,36) sono significativamente associati alla prima visita in età gestazionale uguale o superiore alle dodici settimane. Inoltre le donne straniere, in percentuale maggiore rispetto alle italiane, effettuano la prima visita solo dopo le 28 settimane di età gestazionale (1,66% a fronte dello 0,2%).

La settimana della prima visita è anche condizionata dal tipo di servizio utilizzato. Confrontando il servizio pubblico del consultorio familiare con il servizio privato emerge che tra le mamme che si rivolgono al consultorio, il 23,1% effettua la prima visita dopo le 11 settimane a fronte del 6,9% delle mamme che si rivolgono in una struttura privata (all.2, tab.11 e 12). E' presente un'associazione significativa fra prima visita dopo le 11 settimane e servizio pubblico (OR: 2,76; IC 95%: 2,60-2,92).

3.2.3 Tipo di servizio utilizzato

I servizi finalizzati al controllo clinico della gravidanza nella regione Piemonte includono:

- il consultorio, gestito da ginecologi e ostetriche;
- l'ambulatorio ospedaliero, gestito da ginecologi e solo in alcuni progetti finalizzati, da ostetriche²⁵;
- l'ambulatorio di distretto, gestito da ginecologi;
- studi ginecologi o ostetrici privati.

Nell'ambito di queste opzioni, contrariamente a quanto auspicato dalla letteratura prodotta dalla Medicina Basata sulle Evidenze, finora non è stato previsto un sistema condiviso e omogeneo basato sulla selezione del rischio ostetrico utile anche in funzione della pianificazione del luogo del parto. In un contesto ideale che miri alla selezione del rischio, fatto salvo che ogni servizio deve essere organizzato per accogliere le gravidanze a basso rischio, dovrebbe essere presente una rete, che garantisca una continuità fra servizi "di base" e servizi "specializzati" per le gravidanze a rischio. Una tale organizzazione, oltre ad orientare le scelte delle donne rendendole più consapevoli del loro stato di salute sin dall'inizio della gravidanza, porrebbe un tassello importante per il miglioramento degli outcomes materno-fetali. Tale organizzazione potrebbe ridurre gli interventi "non utili" rendendo più accessibili i servizi per le donne che ne hanno un reale bisogno, dando origine ad un'allocazione razionale delle risorse sia umane, sia strumentali, sia finanziarie. In tal modo si potrebbe incidere positivamente anche sui tempi d'attesa, in particolare per gli ambulatori delle gravidanze a rischio.

Riguardo ai tipi di servizi utilizzati dalle donne in gravidanza, le scelte si sono distribuite nel modo indicato nel grafico nella pagina successiva²⁶.

²⁵ Ambulatori per la gravidanza fisiologica sono stati attivati, a partire dal 1999, al S. Anna, all'Ospedale S.Croce di Moncalieri, all'ospedale Mauriziano di Torino, all'ASO di Cuneo, e sono a tutt'oggi attivi.

²⁶ I primi 3 sono servizi pubblici che non comportano nessun onere da parte della donna, come disposto dal Decreto del 10/10/1998 (Gazzetta Ufficiale n. 245 del 20/10/1998, "Aggiornamento del decreto ministeriale del marzo 1995 concernente l'aggiornamento del decreto ministeriale del 14 aprile 1984 recante protocolli d'accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità"). I servizi privati non sono rimborsabili se non attraverso assicurazioni private.

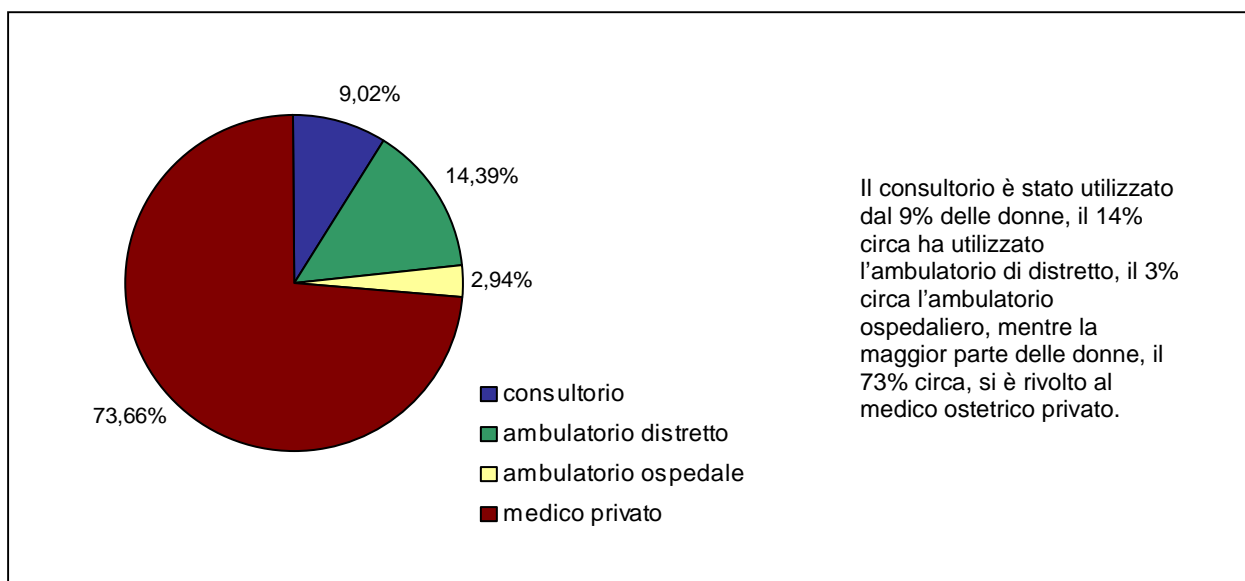


Grafico 15. Scelta dei servizi utilizzati

Nella realtà piemontese, come nel resto d'Italia (ISTAT, 2001), si evidenzia un elevato uso dei servizi privati a sfavore dei servizi pubblici per quanto riguarda il monitoraggio della gravidanza, mentre, come si è visto in precedenza, in Piemonte la situazione si capovolge per l'assistenza al parto che avviene nel 98,1% dei casi nei PN pubblici. I servizi pubblici (consultorio, ambulatorio ostetrico) sono utilizzati dal 26% circa delle donne in attesa.

Se si effettua un'analisi all'interno di specifiche categorie si evidenzia che, rispetto alla cittadinanza, le donne italiane utilizzano il consultorio nel 5,8% dei casi e le donne straniere nel 25,4% dei casi²⁷ (tabella 34).

Tabella 20. Cittadinanza della madre per uso del consultorio

Cittadinanza madre	PERCORSO CONSULTORIO		Totale
	No	Sì	
Italiana	94,2%	5,8%	100%
Straniera	74,6%	25,4%	100%
Totale casi	80.386	7.831	88.217
Totale %	91,1%	8,9%	100%

È presente un'associazione significativa fra essere straniera ed avere utilizzato il consultorio familiare come servizio per la gravidanza (OR:5,56; IC 95%: 5,30-5,84).

In relazione al titolo di studio, il consultorio è più frequentemente utilizzato dalle mamme con titolo di studio medio basso a con nessun titolo (tabella 21).

Tabella 21. Titolo di studio della madre per uso del consultorio

Titolo di studio	PERCORSO CONSULTORIO		Totale
	No	Sì	
Altro	95,3%	4,7%	100%
Medio alto	93,0%	7,0%	100%
Medio basso	87,3%	12,7%	100%
Nessun tit.	72,8%	27,2%	100%
Non comunicato	88,7%	11,3%	100%
Totale casi	80.386	7.831	88.217
Totale %	91,1%	8,9%	100%

È presente un'associazione significativa fra titolo di studio medio basso (OR: 2,96; IC 95%: 2,70-3,24), nessuno titolo (OR: 7,61; IC95%: 6,06-9,56) e uso del consultorio.

²⁷ Tale percentuale contiene la quota di donne per le quali non si dispone del dato sulla residenza (vedi infra, paragrafo "cittadinanza dei genitori")

Le donne residenti nelle diverse ASL²⁸ hanno scelto il percorso in consultorio con la seguente distribuzione (grafico 16):

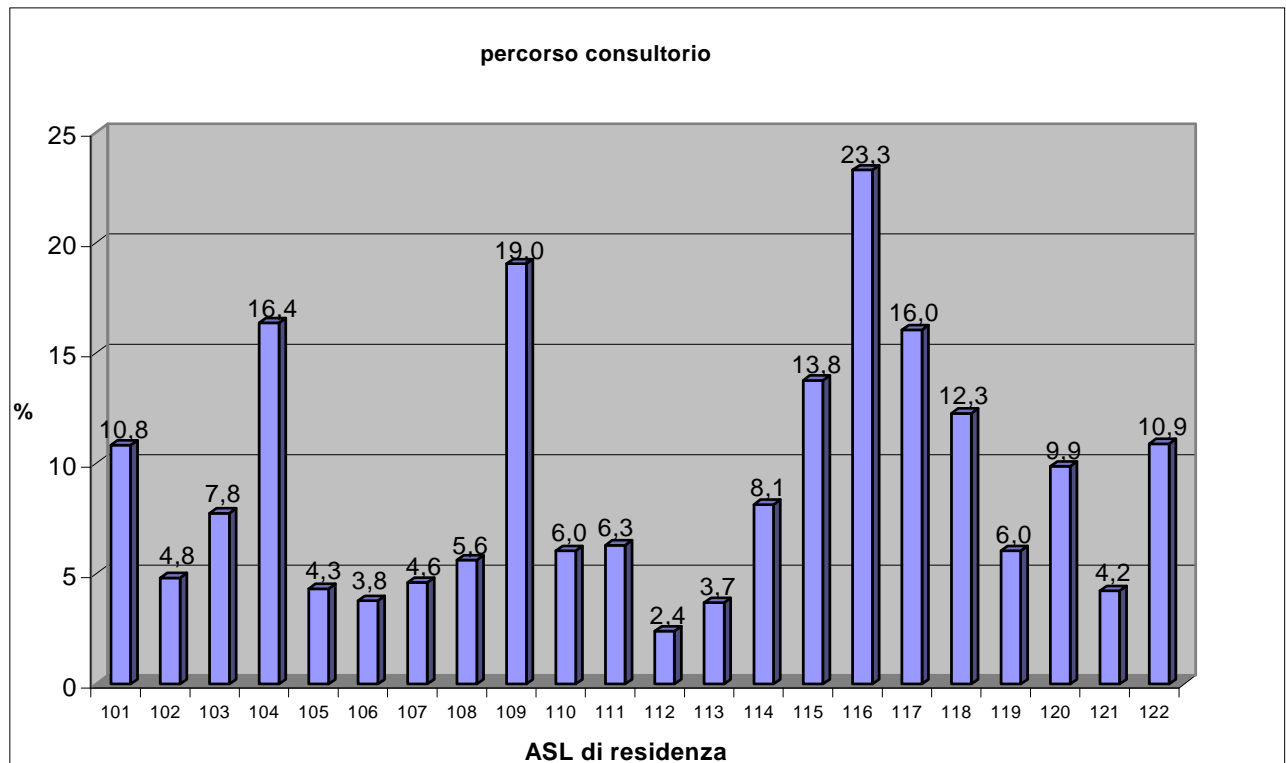


Grafico 16. Donne che utilizzano il percorso consultorio per Asl di residenza

Il dato relativo alle donne residenti nell'ASL 16, che si discosta molto dalla media regionale, merita un approfondimento per discriminare se sottenda un reale elevato utilizzo della struttura consultoriale da parte delle donne residenti, oppure una mobilità verso Consultori di altre ASL, oppure un semplice errore di registrazione.

²⁸ L'afflusso ai consultori non è vincolato alla residenza delle donne: una madre residente in un'ASL può utilizzare il consultorio di un'altra ASL.

3.3 Numero di ecografie

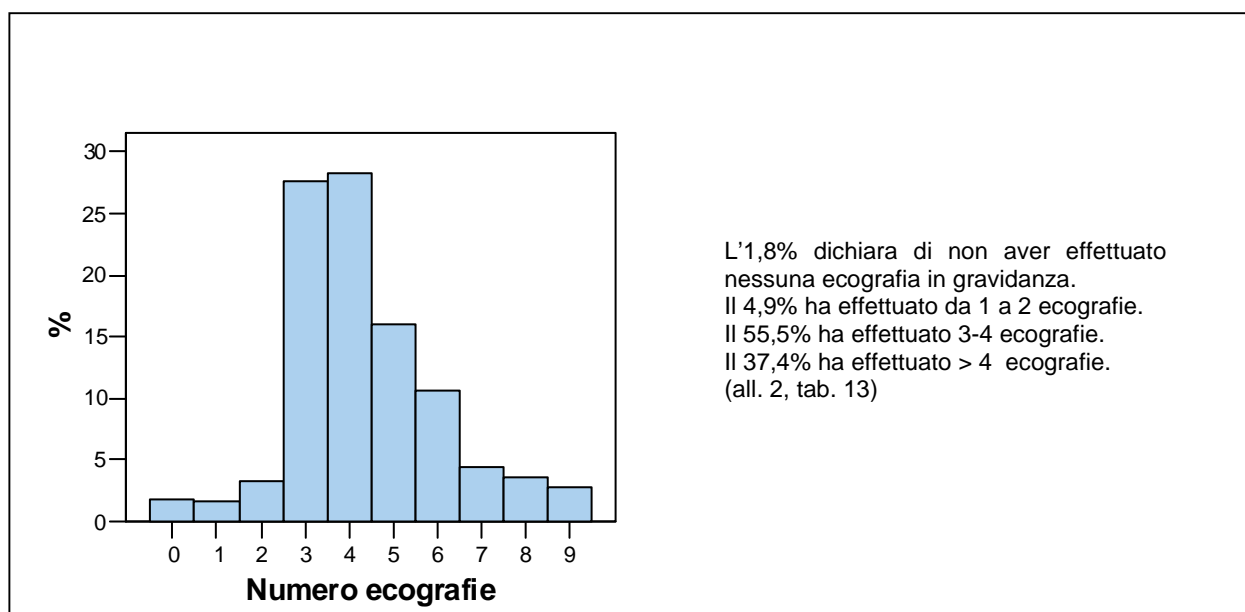


Grafico 17. Numero medio di ecografie

Il numero medio di ecografie in gravidanza è 4,3, la moda 4 (grafico 17).

Sui Cedap del 2005²⁹ la moda è scesa a 3, con il 29,5%. Questo dato potrebbe rappresentare un cambiamento culturale nei confronti dell'uso dell'ecografia in gravidanza, ma potrebbe anche solo corrispondere, per ogni donna, al numero delle ecografie refertate nelle strutture pubbliche.

Il numero e l'epoca appropriata per le ecografie in gravidanza, previste dal Sistema Sanitario Nazionale³⁰ (che ne riconosce l'esenzione dalla partecipazione a spesa per la gravida) e dalla Società Italiana Ecografisti Ostetrico Ginecologici (SIEOG) è di tre:

- 1 durante il primo trimestre per la datazione della gravidanza;
- 1 durante il secondo trimestre per la diagnosi di patologie malformative;
- 1 durante il terzo trimestre per la valutazione dell'accrescimento fetale.

Un elevato numero di ecografie nella gravidanza fisiologica è ingiustificato; spesso tale eccesso è, in parte, alimentato dagli operatori stessi che concorrono in tal modo alla costruzione di un bisogno nelle gravide.

Si è riscontrata una significativa differenza nel ricorso alle ecografie tra le donne seguite in consultorio e quelle seguite privatamente (tabella 22). Fra le madri seguite in consultorio il 65% ha eseguito 3-4 ecografie e il 21,9% più di 4, fra le madri seguite dal medico ostetrico privato il 52,3% ha eseguito 3-4 ecografia ed il 44% più di 4.

Tabella 22. Tipo di percorso gravidanza e numero di ecografie

Tipo percorso	Numero ecografie				Totale
	0	1-2	3-4	>4	
Consultorio	1,2%	11,3%	65,6%	21,9%	100%
Privato	1,0%	2,3%	52,3%	44,4%	100%
Totale	1,8%	4,9%	55,9%	37,4%	100%

È presente un'associazione significativa fra e fra percorso consultorio e 3-4 ecografie (OR: 4,7; IC 95%: 4,30-5,13) e percorso privato e ecografie >4 (OR: 8,76; IC: 95%: 7,76-9,57).

²⁹ Incluso il secondo semestre 2005.

³⁰ Decreto del 10/10/1998 (Gazzetta Ufficiale n.245 del 20/10/1998, "Aggiornamento del decreto ministeriale del marzo 1995 concernente l'aggiornamento del decreto ministeriale del 14 aprile 1984 recante protocolli d'accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità").

3.4 Diagnosi prenatale non invasiva e invasiva³¹

Le donne che non si sono sottoposte a nessun test di screening di diagnosi prenatale, sul totale della popolazione, sono il 31,6%, mentre il 68,4% si è sottoposto ad un test di screening o diagnostico e in particolare: il 38% si è sottoposto a tri-test, il 5,1% a traslucenza nucale (TN), il 9,4% ad entrambi. Il 4,6% si è sottoposto a test invasivi in seguito a positività del test di screening e l'11,3% a test invasivi senza aver precedentemente eseguito test di screening (tabella 23).

Tabella 23. Frequenza di diagnosi prenatale

Diagnosi prenatale	Frequenza	%
Nessuna	27.849	31,6%
Invasiva	9.931	11,3%
Invasiva con screening	4.047	4,6%
Screening (tri test + TN)	8.329	9,4%
Solo tri - test	33.556	38,0%
Solo TN	4.505	5,1%
Totale	88.217	100%

Fra le donne con età inferiore a 35 anni il 34,2% non si è sottoposto a nessun test, 43,3% si è sottoposto a tri-test. Solo il 2,5% si è sottoposto a diagnosi prenatale invasiva ed il 3,5% a diagnosi invasiva dopo test di screening positivo (tabella 24).

Tabella 24. Frequenza di diagnosi prenatale fra le donne <35 anni

Diagnosi prenatale	Frequenza	%
Nessuna	22.959	34,2%
Invasiva	1.678	2,5%
Invasiva con screening	2.357	3,5%
Screening (tri test + TN)	7.052	10,5%
Solo tri - test	29.487	43,9%
Solo TN	3.688	5,5%
Totale	67.221	100%

Fra le donne con età uguale o maggiore ai 35 anni³², il 23% non si è sottoposto a test, il 39,6% a test di diagnosi invasiva, l'8,1% a test invasivo dopo screening positivo, il restante 29,3% solo a test di screening (tabella 25).

³¹ In Italia, in relazione alla normativa nazionale ed alle varie disposizioni regionali, vengono proposte diagnosi prenatali con metodiche diverse in funzione dell'età materna, che viene assunta come indicatore principale per la quantificazione della percentuale di rischio di anomalie cromosomiche. Posto il fatto che tutte le donne sono libere di scegliere di non sottoporsi ad alcun test di diagnosi prenatale, alle donne con età inferiore ai 35 anni, vengono proposti test di screening di aneuploidia, quali la traslucenza nucale, il tri - test, test integrato e test combinato (gli ultimi due non sono ancora inclusi come definizione all'interno del Cedap) rimandando ai test diagnostici invasivi (villocentesi e amniocentesi) in caso di positività; alle donne con età uguale o superiore a 35 anni viene proposto l'accesso diretto ai test invasivi.

³² Prot. N. 5361/29.4 relativo a DGR n. 105-20622 del 30/6/1997

Tabella 25. Frequenza di diagnosi prenatale fra donne con età uguale o maggiore di 35 anni

Diagnosi prenatale	Frequenza	%
Nessuna	4.790	23,0%
Invasiva	8.234	39,6%
Invasiva con screening	1.678	8,1%
Screening (tri test + TN)	1.269	6,1%
Solo tri - test	4.010	19,3%
Solo TN	812	3,9%
Totale	20.793	100%

Il ricorso alla diagnosi prenatale, se verificato in relazione alla cittadinanza, evidenzia una diversa distribuzione fra donne italiane e straniere (tabella 26): fra le donne straniere il 61,2% non si sottopone a nessun test di screening o diagnostico prenatale a fronte del 26% delle italiane. I motivi di tale discrepanza potrebbero essere di tipo religiosi, ma soltanto un'analisi mirata fra le donne straniere può descrivere tutti i fattori che realmente entrano in gioco nel determinare tale distribuzione.

Tabella 26. Frequenza di diagnosi prenatale per cittadinanza madre

Cittadinanza madre	DPN effettuata	Frequenza	%
Italiana	Nessuna	19.305	26,0%
	Invasiva	9.456	12,7%
	Invasiva con screening	3.789	5,1%
	Screening (tri test + TN)	7.726	10,4%
	Solo tri - test	29.845	40,2%
	Solo TN	4.125	5,6%
	Totale	74.246	100%
Straniera	Nessuna	8.544	61,2%
	Invasiva	475	3,4%
	Invasiva con screening	258	1,8%
	Screening (tri test + TN)	603	4,3%
	Solo tri - test	3.711	26,6%
	Solo TN	380	2,7%
	Totale	13.971	100%

Considerata anche l'età, fra le donne straniere con meno di 35 anni, è il 63% a non sottoporsi e nessun test di screening o di diagnosi prenatale, a fronte del 27% delle donne italiane (tabella 27):

Tabella 27. Frequenza di diagnosi prenatale per cittadinanza madre in donne con meno di 35 anni.

Cittadinanza madre	DPN effettuata	Frequenza	Percentuale
Italiana	Nessuna	15.267	27,8%
	Invasiva	1.564	2,8%
	Invasiva con screening	2.181	4,0%
	Screening (tri test + TN)	6.525	11,9%
	Solo tri - test	26.121	47,5%
	Solo TN	3.352	6,1%
	Totale	55.010	100%
Straniera	Nessuna	7.692	63,0%
	Invasiva	114	,9%
	Invasiva con screening	176	1,4%
	Screening (tri test + TN)	527	4,3%
	Solo tri - test	3.366	27,6%
	Solo TN	336	2,8%
	Totale	12.211	100%

Fra le donne straniere con età uguale o maggiore di 35 anni (tabella 28), la percentuale delle donne che non si sottopone a nessun test è sensibilmente maggiore, il 47,6% a fronte del 20,8% delle donne italiane con stessa età; le donne straniere che si sottopongono a test di diagnosi invasivi sono circa la metà delle donne italiane, il 21,2% a fronte del 41,2%.

Tabella 28. Frequenza di diagnosi prenatale per cittadinanza madre, in donne con età uguale o maggiore a 35 anni

Cittadinanza madre	DPN effettuata	Frequenza	Percentuale
Italiana	Nessuna	3.980	20,8%
	Invasiva	7.873	41,2%
	Invasiva con screening	1.596	8,4%
	Screening (tri test + TN)	1.194	6,3%
	Solo tri - test	3.680	19,3%
	Solo TN	768	4,0%
	Totale	19.091	100%
Straniera	Nessuna	810	47,6%
	Invasiva	361	21,2%
	Invasiva con screening	82	4,8%
	Screening (tri test + TN)	75	4,4%
	Solo tri - test	330	19,4%
	Solo TN	44	2,6%
	Totale	1.702	100%

La domanda di diagnosi prenatale per ASL di residenza è la seguente (grafico 18):

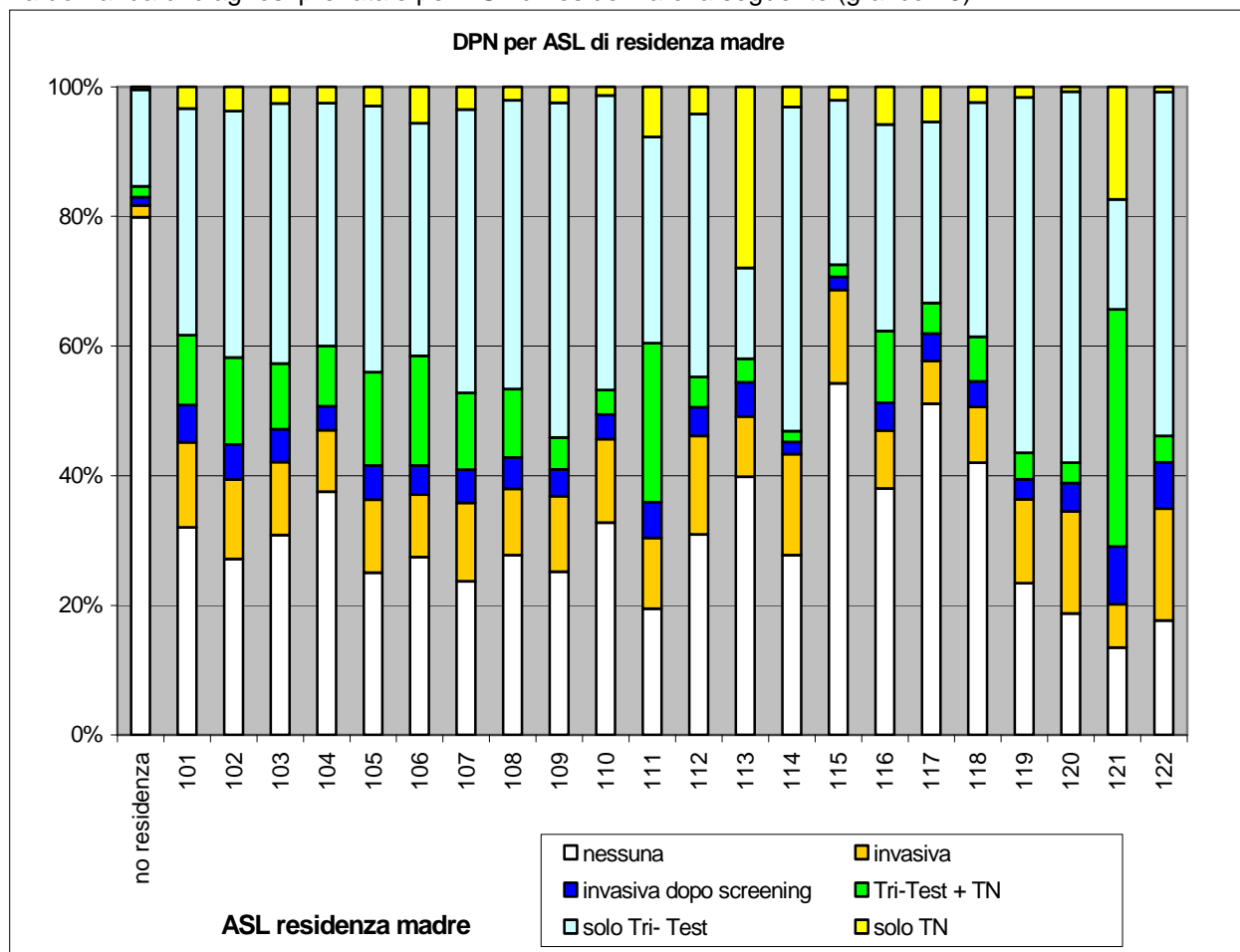


Grafico 18. Domanda di diagnosi prenatale per Asl di residenza

Dal grafico si evidenzia una distribuzione omogenea della diagnosi prenatale invasiva ad accesso diretto e invasiva dopo screening; la disomogeneità è presente nella diagnosi prenatale non invasiva.

3.5 Ricoveri in gravidanza

In relazione ai ricoveri, il 92% delle madri non ha avuto alcun ricovero in gravidanza, il 6,3% ha avuto un ricovero, l'1,7% più di uno (tabella 29).

Tabella 29. Frequenza dei ricoveri in gravidanza sul collettivo

Ricoveri	Frequenza	Percentuale
Nessuno	81.181	92,0%
Uno	5.561	6,3%
≥ 2	1.475	1,7%
Totale	88.217	100%

Per quanto riguarda la distribuzione dei ricoveri, sulla base della ASL di residenza, si evidenzia la disomogeneità tra i diversi territori cui possono corrispondere prassi assistenziali diverse o una diversa distribuzione di fattori predisponenti alla patologia gravidica. Spicca la concentrazione nell'area Metropolitana e in alcune ASL (16 e 22) (grafico 19, 20).

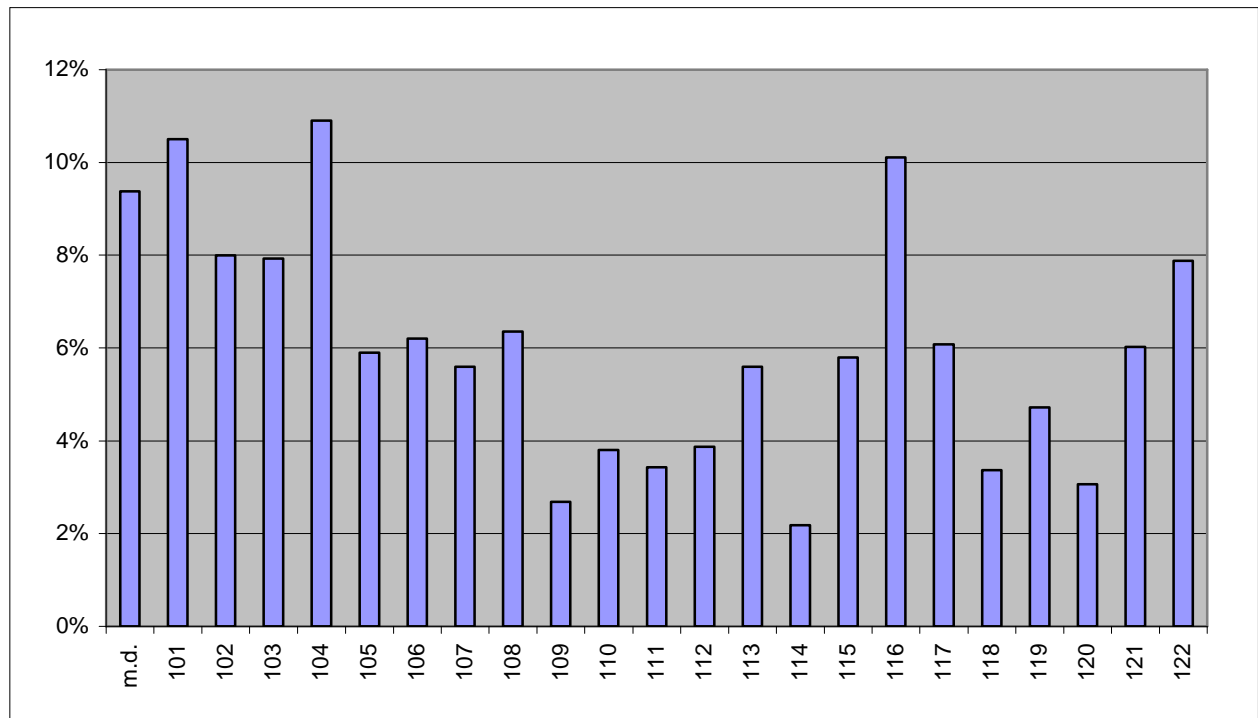


Grafico 19. Percentuale di donne che hanno subito 1 ricovero per Asl di residenza

La media per le donne in gravidanza residenti nella città di Torino è del 9,3%, per la provincia di Torino e tutte le altre province del 5,4%.

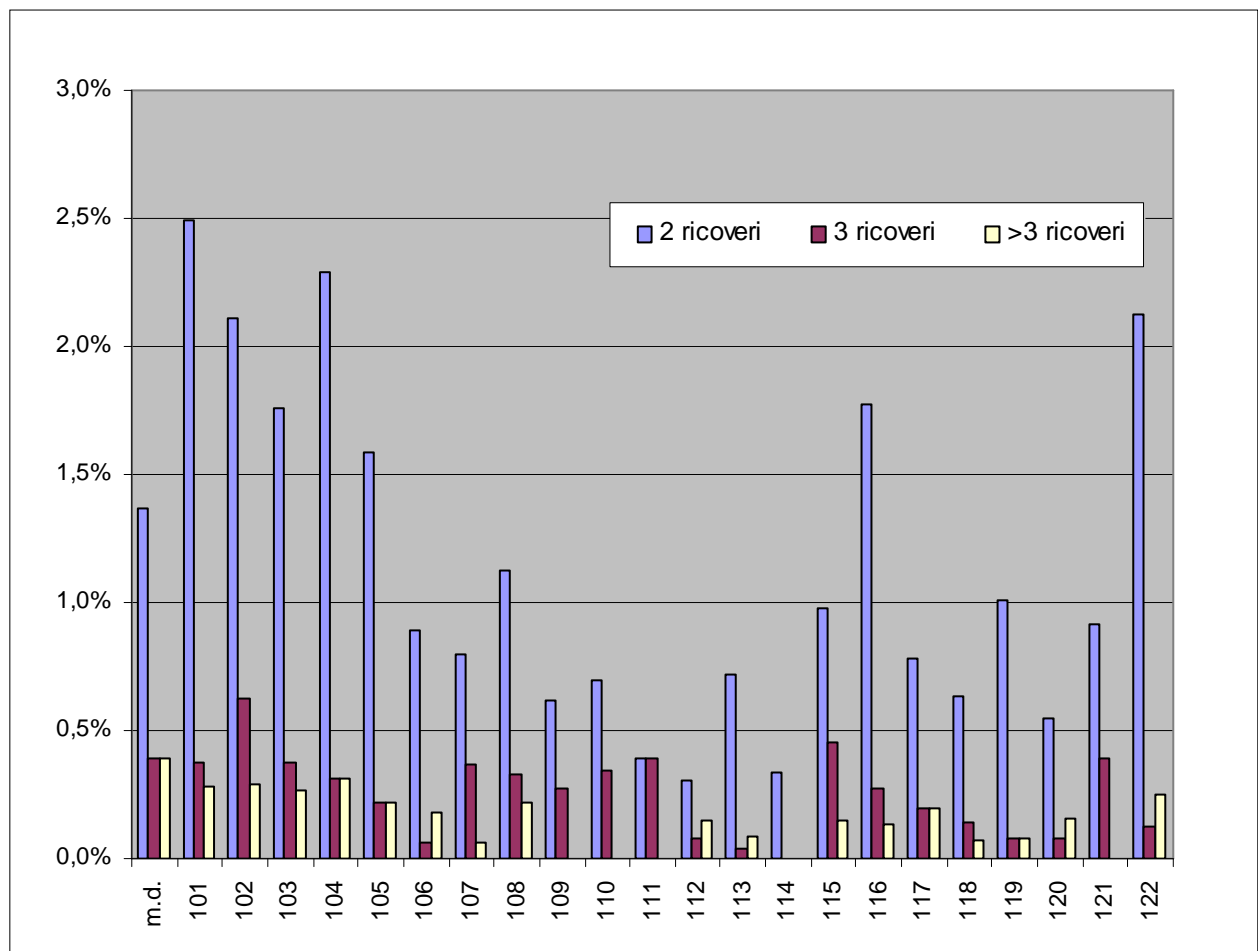


Grafico 20. Percentuale di donne che hanno subito 2, 3 o più ricoveri per Asl di residenza

In relazione alla cittadinanza, fra le donne straniere è presente una frequenza lievemente superiore di ricoveri rispetto alle donne italiane (tabella 30).

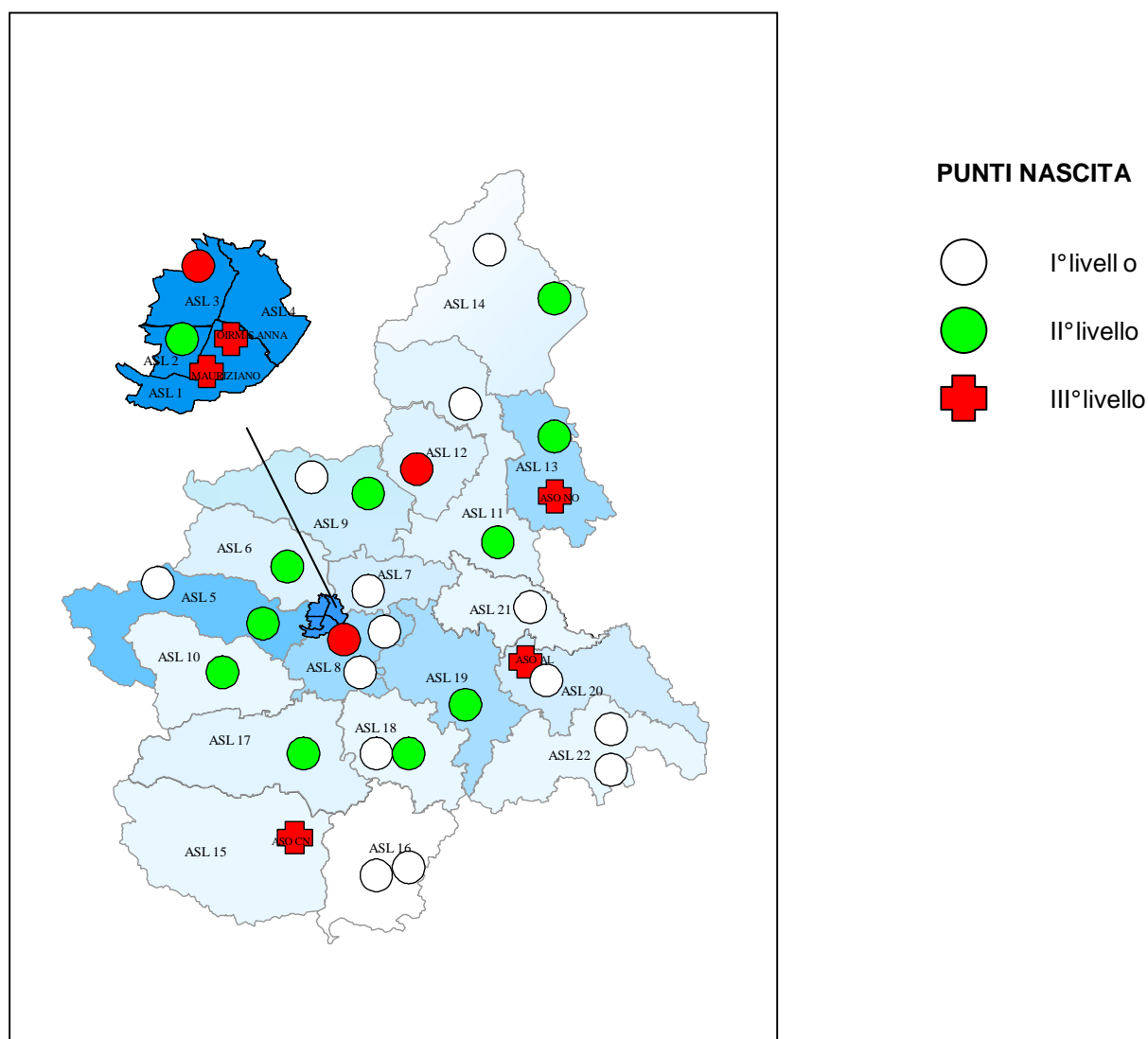
Tabella 30. Ricoveri in gravidanza per cittadinanza della madre

Cittadinanza madre	Ricoveri in gravidanza			Totale
	Nessuno	Uno	≥ due	
Italiana	92,3%	6,2%	1,6%	100%
Straniera	90,8%	7,1%	2,1%	100%
Totale	92,0%	6,3%	1,7%	100%

4. L'EVENTO PARTO

4.1 Luogo del parto

I PN³³ pubblici presenti sul territorio piemontese sono in totale 34³⁴, di cui 14 minori o uguali al I livello, 11 di II livello e 9 di III livello³⁵ (Cartina 1) (allegato 1).



Oltre alle strutture ospedaliere pubbliche sono presenti 2 PN in cliniche private nella città di Torino³⁶. Sul totale delle nascite, i parti sono avvenuti per il 98,1% presso strutture pubbliche, 1,7% in strutture private³⁷ e lo 0,2% a domicilio.

³³ Per Punto Nascita si intende una struttura dotata di reparto di ostetricia, sala parto e neonatologia.

³⁴ Di cui 2 all'ASO S. Anna, poiché è dotata di 2 sale parto e di 2 neonatologie.

³⁵ I livelli si riferiscono alle disposizioni del progetto Obiettivo Materno infantile 1998/2000 (per approfondimenti si veda Gazzetta Ufficiale n. 245 del 20/10/1998), alla Legge Regionale n. 61 del 12 dicembre 1997 ed alla DGR n° 4-270/01, aprile 1999. Il I livello dovrebbe assistere un numero non inferiore a 400 parti l'anno da gravidanze fisiologiche che si espletano oltre le 34 settimane di età gestazionale; il II livello dovrebbe assistere un numero non inferiore a 800 parti all'anno e accogliere gravidanze a rischio "medio" e neonati che nascono dopo le 32 settimane di età gestazionale; il III livello, dotato di terapia intensiva neonatale, dovrebbe accogliere gravidanze ad alto rischio e patologiche e neonati che nascono anche al di sotto delle 32 settimane di età gestazionale.

³⁶ Sino al 2003 era presente una terza clinica privata, S. Anna di Casale, che è stata chiusa nel settembre 2004.

I parti nei diversi PN, sul totale del periodo considerato, risultano così distribuiti (grafico 21):

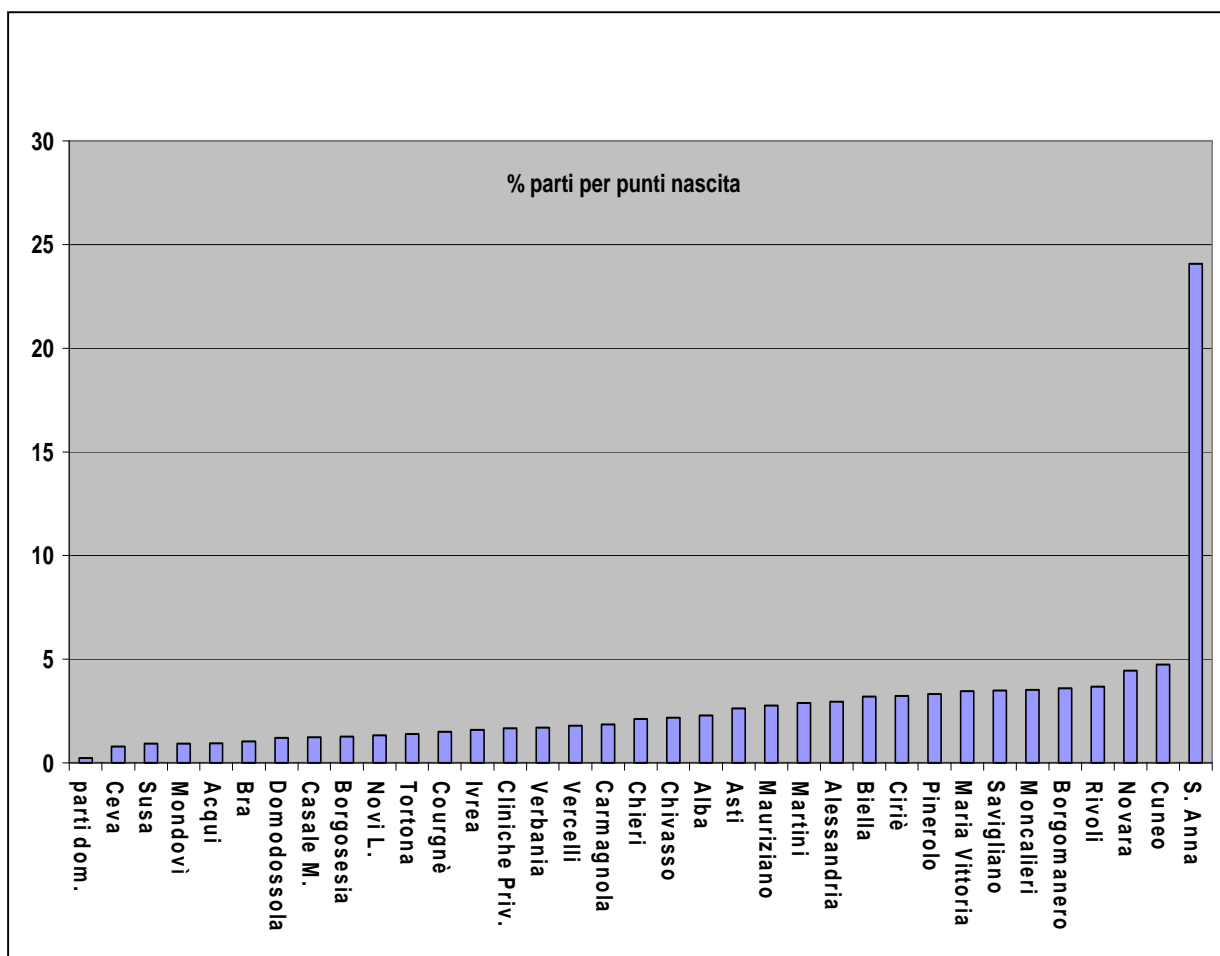


Grafico 21. Parti per Punto Nascita

Dal grafico è evidente la grossa percentuale di nascite che si concentra all'interno dell'Azienda Ospedaliera OIRM- S. Anna che ha sede in Torino. Il S. Anna è una struttura di III livello e comprende, per la parte ostetrica, fra strutture universitarie e ospedaliere, 7 unità operative di ostetricia, 1 unità operativa di ginecologia e ostetricia privata, 2 sale parto, 2 neonatologie, ciascuna con il nido per i neonati fisiologici e la terapia intensiva.

Ripartiti per PN e diversificando le diverse unità operative presenti al S. Anna, il numero dei parti avvenuti solo nel 2005³⁸ risulta distribuito come nel grafico 3 e tabella 5 (pagina 11).

In rapporto ai livelli dei PN, e tenendo il S. Anna come realtà a se stante (grafico 22), le nascite sono avvenute nel 18,7% dei casi presso i centri di livello inferiore³⁹ o uguale al I, il 30,2% presso i centri di II livello, il 49,2% presso i centri di III livello, di cui il 24,1% presso il S. Anna di Torino. Ogni livello, oltre alle gravidanze con caratteristiche coerenti con il proprio livello, accoglie anche le gravidanze dei livelli inferiori andando ad aumentare la popolazione di afferenza.

³⁷ Nel campione in analisi, il dato proveniente dalle cliniche private è sottostimato a causa di un'incompleta trasmissione delle schede Cedap.

³⁸ Incluso il II semestre 2005.

³⁹ Si considerano inferiori al I livello i PN con numero di nati/anno inferiore a 400.

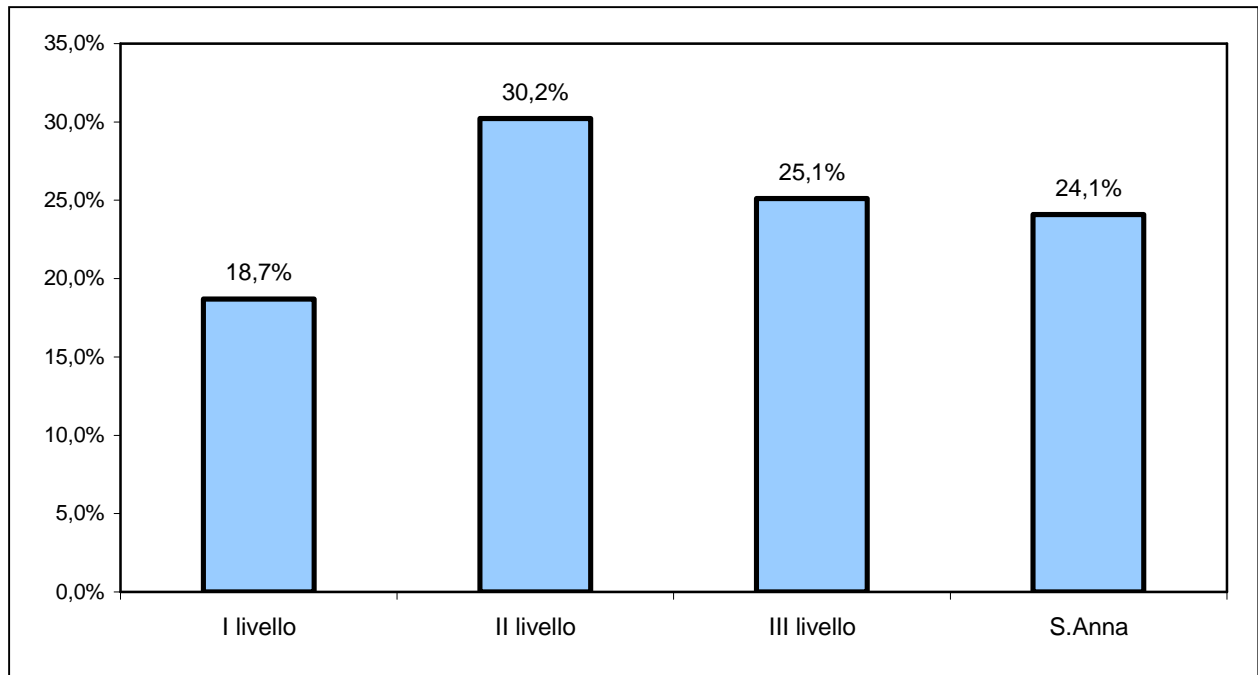


Grafico 22. Distribuzione dei parti per livello di Punto Nascita

Dalla distribuzione emerge una concentrazione dei parti nelle strutture di II e III livello.

Il decorso della gravidanza è stato segnalato come fisiologico nell'82,4% dei casi (dato sovrapponibile a quello italiano, ISTAT, 2001); la distribuzione dei parti relativi a gravidanze con decorso fisiologico o patologico (grafico 23) evidenzia che i PN di I e II livello assistono prevalentemente gravidanze fisiologiche e demandano la patologia ai centri di livello superiore, con un'alta concentrazione al S. Anna.

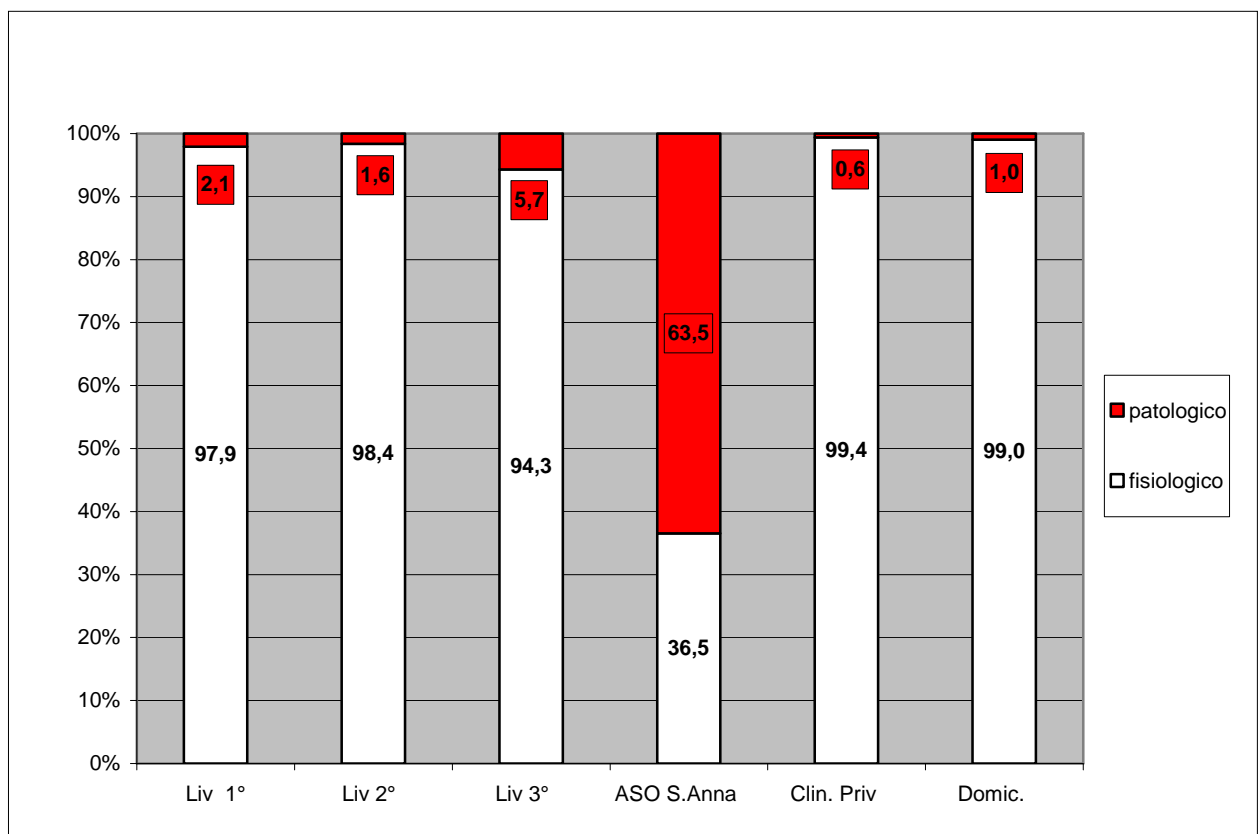


Grafico 23. Decorso della gravidanza per livello dei punti nascita

L'organizzazione piemontese, a causa della concentrazione della patologia al S. Anna è come se fosse strutturata su 4 livelli, tra i quali si esplica un buon trasporto in utero (STAM) che rende necessario un numero contenuto di trasporti neonatali (STEN) per altro gestiti ancora in modo poco organizzato⁴⁰ (si veda il quinto capitolo **Indicatori di esito**).

La distribuzione dei parti nei diversi livelli dei PN dovrebbe essere in funzione della scelta della donna/coppia, quando il decorso della gravidanza è fisiologico (ad esempio, la vicinanza al domicilio, la presenza dell'operatore che ha seguito la gravidanza, o altro), mentre nel caso di rischio e/o patologia, una corretta informazione alla donna dovrebbe contribuire ad avviare la gestante ad un PN di livello adeguato alle sue condizioni cliniche e/o a quelle del nascituro.

Mettendo in rapporto il decorso della gravidanza, come dichiarato sul Cedap^{***}, con il livello del PN in cui è avvenuto il parto (tabella 31), si evidenzia che quando la gravidanza è definita come patologica (17,6% sul totale delle gravidanze considerate) l'assistenza al parto avviene nel 95% dei casi nei centri di III livello. In particolare il centro di III livello - S. Anna viene utilizzato nell'86,8% dei casi mentre l'8,1% viene assistito negli altri centri di III livello della Regione.

Ai centri di II e III livello (non S. Anna) affluiscono in percentuale maggiore le gravidanze fisiologiche (rispettivamente il 36,1% ed il 28,7%), come nei centri di I livello.

Tabella 31. Luogo del parto* per decorso della gravidanza**

Decorso della gravidanza			I livello	II livello	III livello	S. Anna
Fisiologico (82,4% del totale)	casi		16.171	26.221	20.863	7.759
	%		22,2%	36,1%	28,7%	10,7%
Patologico (17,6% del totale)	casi		347	429	1.264	13.483
	%		2,2%	2,8%	8,1%	86,8%
Totale	casi		16.518	26.650	22.127	21.242
	%		18,7%	30,2%	25,1%	24,1%

* Il totale di riga non è pari a 100% poiché non sono state riportate in tabella le nascite a domicilio e nelle cliniche private.

** Fra le variabili decorso della gravidanza e struttura del parto risulta una associazione significativa (Chi quadrato sig, ,000

V di Cramer⁴¹ 0,68, sig. ,000)

*** vedi paragrafo sulle criticità della variabile gravidanza fisiologica/ patologica.

4.2 Mobilità intra-regionale

Le donne che hanno partorito in Piemonte negli anni considerati risultano essere residenti nel 96,9% in Piemonte, nel 2,4% in altre Regioni e nello 0,7% all'estero.

Riguardo alla relazione fra ASL di residenza della madre e PN di ASL di afferenza ove avviene la nascita - **mobilità intra-regionale** -, sono certamente numerosi e diversi i fattori che possono influire sulla scelta del luogo del parto. Questi possono essere sommariamente differenziati in:

1. *fattori clinici*, quali il decorso della gravidanza, ricoveri in gravidanza, età gestazionale al parto, peso presunto del neonato, ecc.;
2. *fattori legati al tipo di Percorso Nascita*, quali operatore che ha seguito la gravidanza, frequenza al corso di preparazione al parto, procreazione medico assistita, ecc;
3. *fattori legati alle variabili socio-demografiche*, quali cittadinanza, età, stato civile, titolo di studio, ecc (che possono a loro volta influenzare il tipo di percorso).

⁴⁰ I neonati dimessi con modalità "trasferimento ad altra struttura" da SDO 2005 sono stati 281 pari al 0,77% sul totale dei nati.

⁴¹ Il V di Cramer è una misura di associazione fra due variabili di tipo nominale e definisce l'intensità della relazione: quando è maggiore di 40 la relazione fra le due variabili è robusta).

L'interazione di questi fattori verrà esplorata in un secondo tempo attraverso un modello di regressione multipla.

Per la presente relazione si è deciso di limitarsi all'analisi dei *fattori clinici* e, tra questi, si è scelto di considerare le seguenti variabili: il "decorso della gravidanza", l'"età gestazionale al parto" ed "il peso alla nascita del bambino".

La variabile "ricoveri in gravidanza", utilizzata in altre analisi⁴², è stata esclusa dalla nostra analisi in quanto l'attendibilità non è sembrata soddisfacente per la realtà piemontese poiché, la sorveglianza della gravidanza a rischio avviene attraverso servizi diversi: in molte realtà avviene mediante ricovero, ma in altre il ricovero è sostituito dal Day Hospital o da servizi di Day Service. Queste disparità, non rilevabili mediante la raccolta dati del Cedap, condizionano, a nostro parere, i risultati della variabile "ricoveri in gravidanza", in modo distorto.

La variabile "decorso della gravidanza", prevede, nei Cedap, due modalità: "fisiologico" o "patologico". Non sono presi in considerazione i diversi gradi di rischio che possono essere stati presenti durante il decorso della gravidanza e che potrebbero condizionare la scelta del luogo del parto⁴³.

L'analisi di questa variabile è stata condotta nonostante la consapevolezza della scarsa attendibilità del dato: l'attribuzione "fisiologica/patologica" viene data al momento della compilazione del Cedap dall'operatore che ha assistito al parto sulla base di criteri attualmente non standardizzati.

Il controllo della attendibilità "quantitativa" del dato è stata condotta sui Cedap e SDO limitatamente all'anno 2005. La numerosità delle gravidanze "patologiche" da Cedap 2005 è risultata del 18% sul totale, in particolare per quanto riguarda il S.Anna del 65% dei parti assistiti (con un range tra le diverse strutture complesse da 57,2% a 77%), dato in linea con quello del campione triennale in esame. Dall'analisi condotta all'interno delle gravidanze "patologiche" gli elementi di patologia o "non fisiologia" riscontrati nei Cedap possono arrivare a rendere conto del 50 % dei casi cui è stata attribuita l'etichetta "patologica" e sono così distribuiti:

Elementi patologici nell'anamnesi materna non relativa a questa gravidanza	1265	Difetti di accrescimento fetale	186
1 ricovero in gravidanza	973	Toxoplasmosi in gravidanza	28
2 o più ricoveri in gravidanza	319	Test di Coombs indiretto positivo	21
Rischio di parto prematuro profilassate per RDS	261	HIV positive	19
Procreazione medico assistita	192	VDRL positive	15

Le SDO, per contro, documentano che l'assistenza al parto di una gravida con "complicazioni principalmente correlate alla gravidanza" avviene nel 13,6% dei parti totali e per quanto riguarda il S.Anna nel 24,2% dei parti.

La discordanza del dato richiede un intervento su entrambi i flussi per aumentare l'accuratezza di questa variabile.

La distribuzione delle gravidanze "patologiche" sulla base della ASL di residenza materna mette in evidenza la presenza di una grossa concentrazione delle stesse nell'area Metropolitana. Il dato è meritevole di approfondimento a partire dalla verifica dei casi inseriti sotto l'etichetta "patologica" (grafico 24).

⁴² Si veda la rielaborazione dei dati Cedap dell'Emilia Romagna, anno 2004.

⁴³ E' previsto in futuro una modifica sul Cedap per rendere questa variabile più accurata

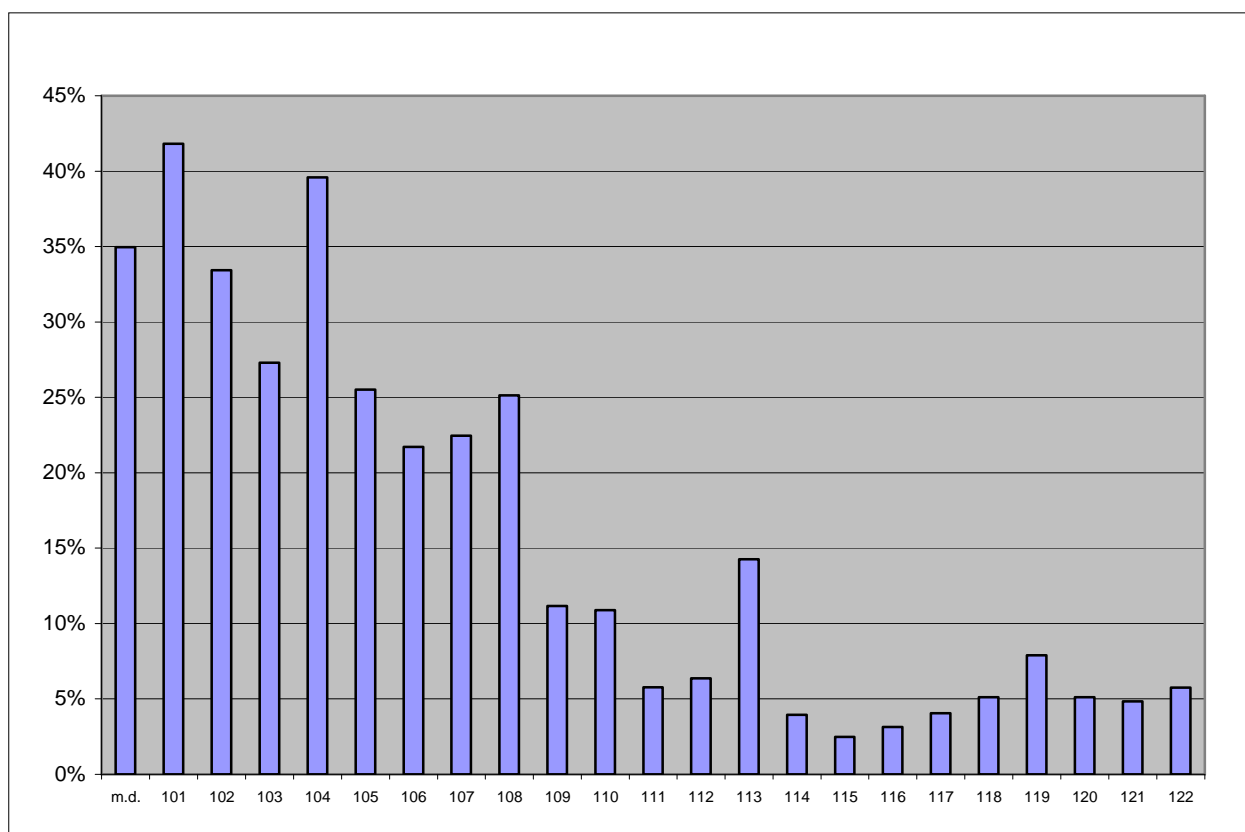


Grafico 24. Gravidanze patologiche sulla base della Asl di residenza – Anno 2005

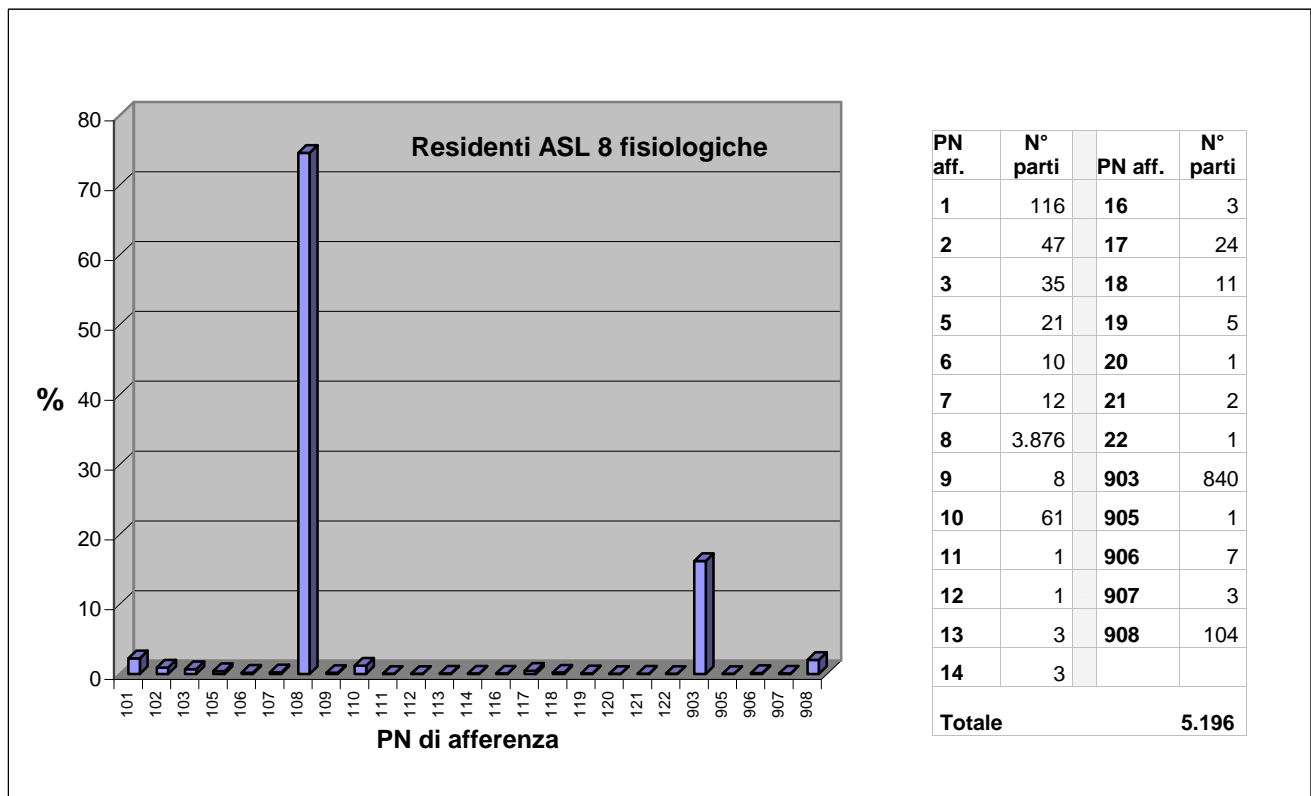
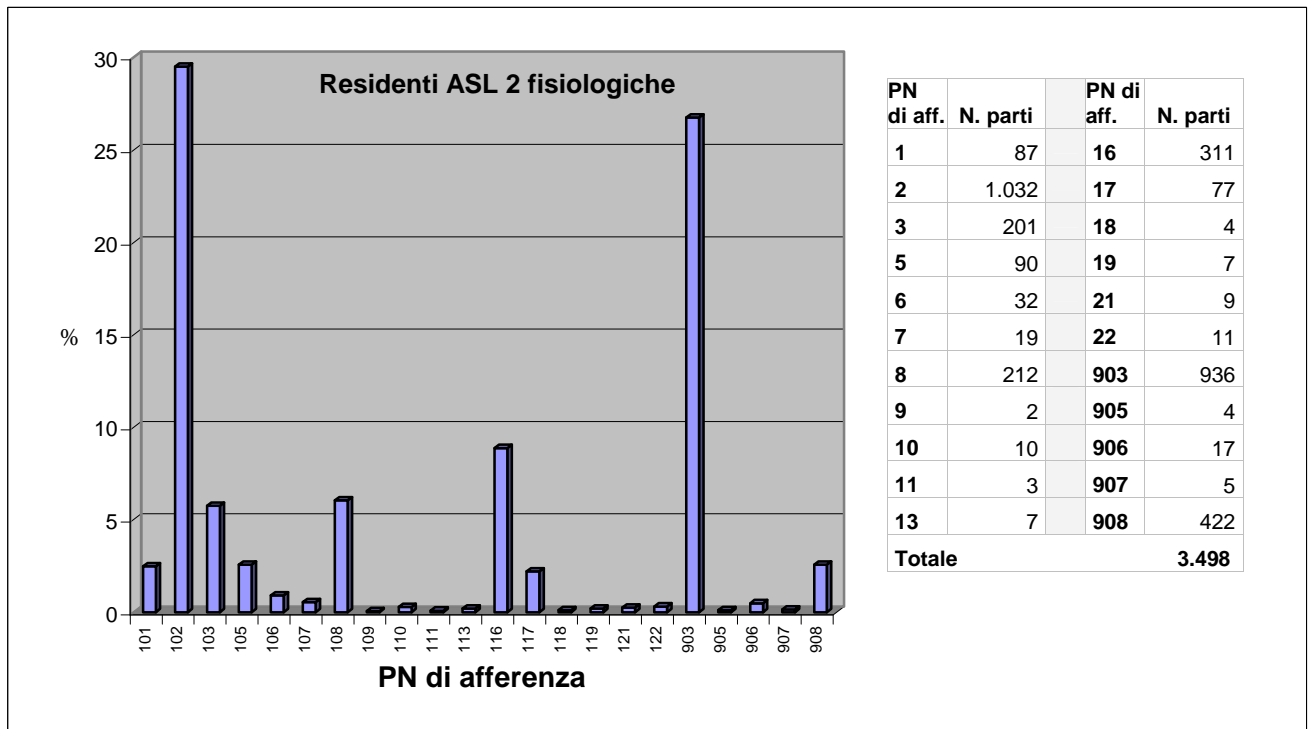
La media nelle zone extra area metropolitana è del 7,1% mentre per l'area metropolitana (da ASL 1 ad ASL 8) è del 29,33%. Si può ipotizzare un bias legato all'attribuzione dell'etichetta "patologica" che pare sovradimensionata nei PN dell' ASO S. Anna dove partoriscono in alta percentuale le donne residenti in Torino e cintura.

4.2.1 Fattori clinici e mobilità intra-regionale: decorso della gravidanza.

Il decorso della gravidanza è un fattore che potrebbe incidere sulla mobilità fra le strutture di I e II livello a quelle di III livello. Nonostante i limiti sopra esposti si è deciso comunque di fare delle riflessioni su come la variabile gravidanza fisiologica/patologica abbia influito sulla mobilità intra – regionale.

Per le gravidanze con decorso **fisiologico**:

- quando l'ASL di residenza è in Torino o nelle zone limitrofe della provincia di Torino (=area metropolitana), le donne partoriscono nel PN dell'ASL di residenza in percentuale compresa fra il 29,5% del PN dell'ospedale Martini dell'ASL 2, (grafico 25) e il 74,6 % dell'ASL 8 (grafico 26). Il polo di attrazione per le donne che non scelgono il PN dell'ASL di residenza è l'ASO S. Anna di Torino che assorbe i parti fisiologici sia delle ASL di Torino, sia quelli dell'area metropolitana.



Grafici 25. e 26. Punti nascita in cui partoriscono donne dal decorso fisiologico residenti nelle Asl 2 e 8

- **quando l'ASL di residenza è nelle altre province del Piemonte**, le donne partoriscono nel PN delle ASL di residenza con percentuali comprese fra il 58,8% dell'ASL 17 nel PN dell'ospedale di Savigliano (grafico 27) e l'81,5% dell'ASL 12 con PN nell'ospedale di Biella (grafico 28).

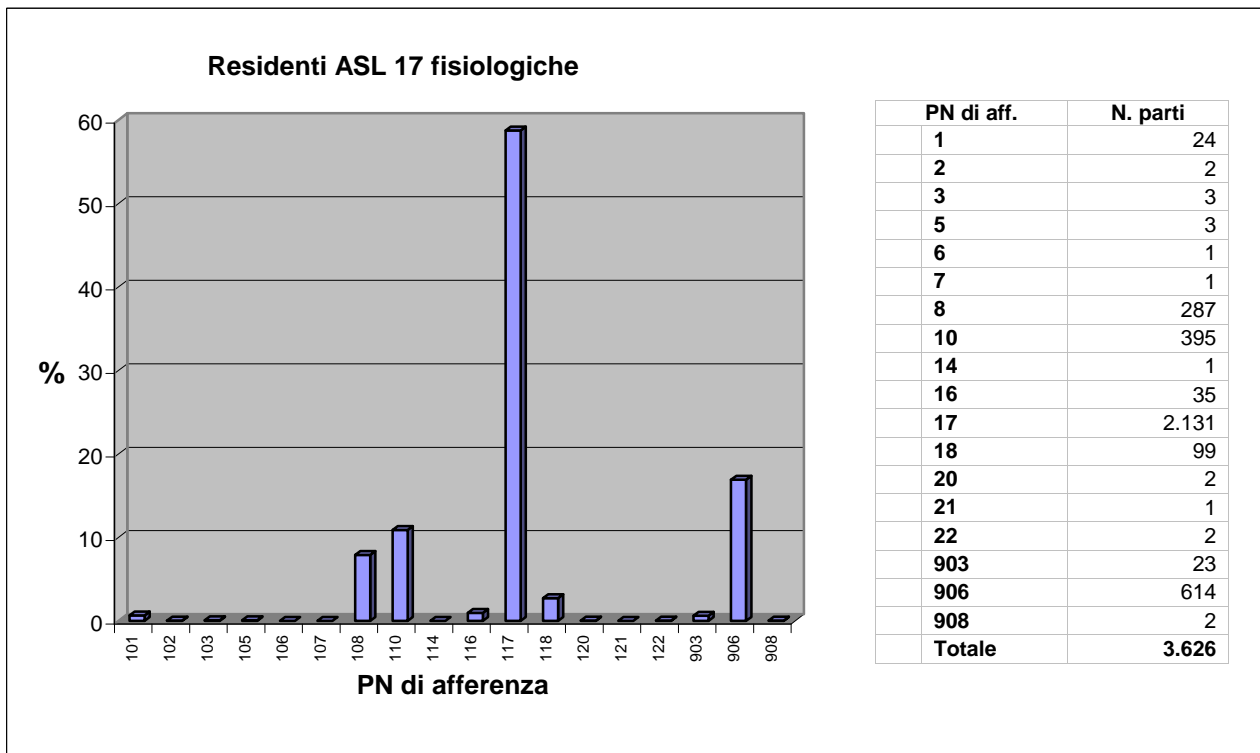


Grafico 27. Punti nascita in cui partoriscono donne dal decorso fisiologico residenti nell'Asl 17

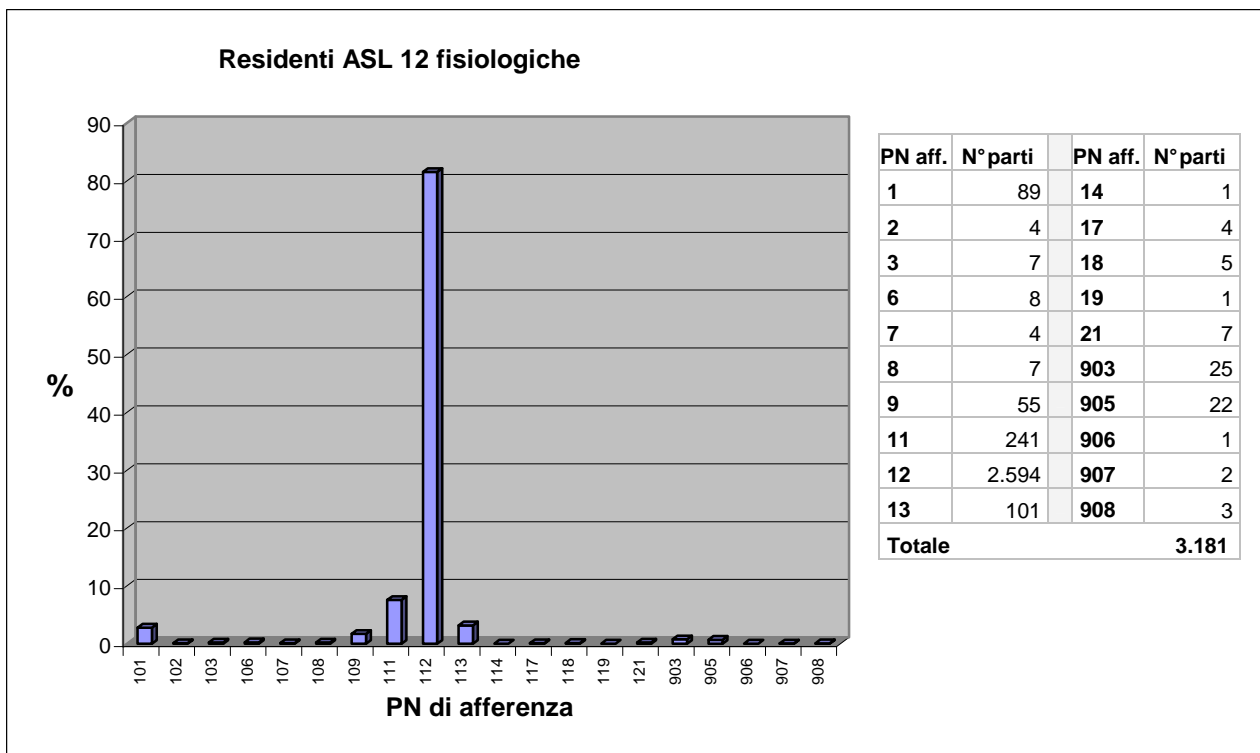


Grafico 28. Punti nascita in cui partoriscono donne dal decorso fisiologico residenti nell'Asl 12

Nelle ASL che hanno sul proprio territorio anche un'ASO (struttura di III livello), le donne che non utilizzano il PN dell'ASL di residenza utilizzano in percentuale elevata l'ASO di zona come ad esempio le donne residenti nell'ASL 20 che partoriscono nel 28,5% dei casi nel PN di Tortona (I livello) e nel 63,6% dei casi nell'ASO di Alessandria, o come le donne residenti nell'ASL 13 che partoriscono nel 40,6% presso il PN di Borgomanero (II livello), ma nel 56% presso il PN dell'ASO di Novara. La zona di residenza assorbe dunque quasi tutte le nascite fisiologiche.

- quando l'ASL di appartenenza non ha un Punto Nascita, l'afferenza è distribuita sui PN limitrofi, come l'ASL 4 di Torino (grafico 29), oppure l'ASL 15 che afferisce all'ASO di zona che ha sede in Cuneo (grafico 30).

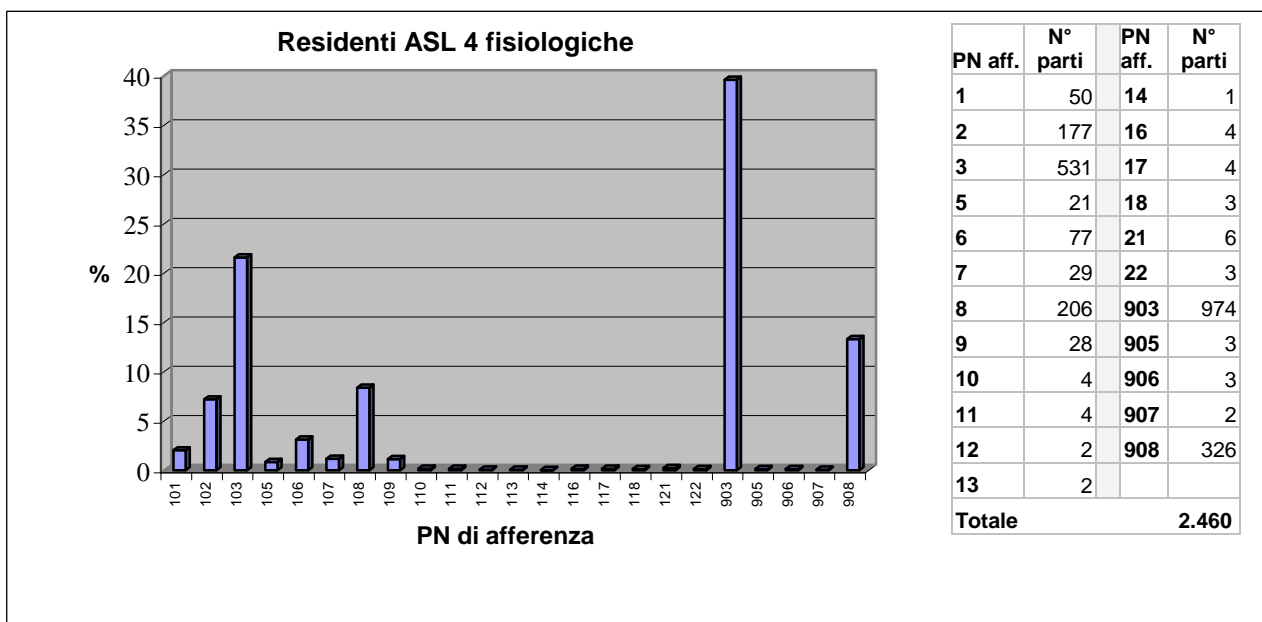


Grafico 29. Punti nascita in cui partoriscono donne dal decorso fisiologico residenti nell'Asl 4

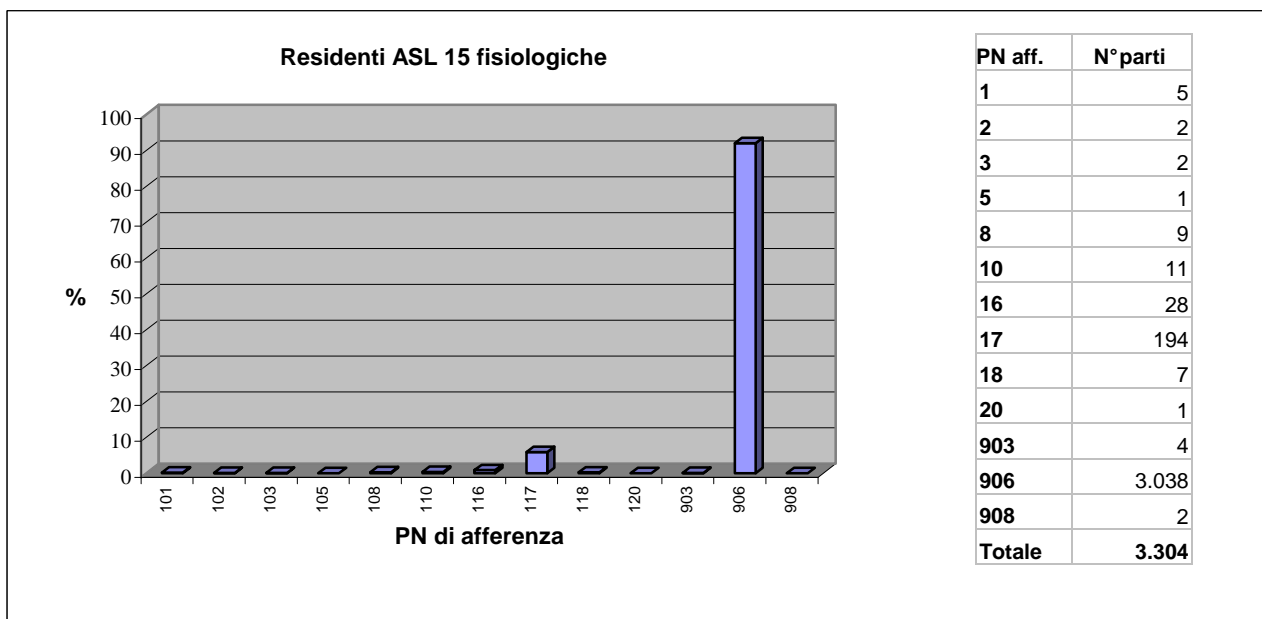


Grafico 30. Punti nascita in cui partoriscono donne dal decorso fisiologico residenti nell'Asl 12

Per le gravidanze **con decorso patologico**

- l'ASO S. Anna assorbe la quasi totalità delle nascite anche dalle ASL con PN di III livello di Torino e provincia. Per i PN sulle altre province del Piemonte il comportamento è disomogeneo: alcuni PN di livello inferiore fanno prevalentemente riferimento al III livello di zona (esempio Alessandria), altri fanno comunque riferimento al S. Anna (esempio Savigliano) (tabella 32).

Tabella 32. ASL residenza madre per PN di afferenza – gravidanza patologica

ASL di residenza	PN di zona dell'ASL di res	ASO Novara 905	ASO Cuneo 906	ASO Aless. 907	ASL 12 Biella	ASL 8 Monc.	ASO S. Anna 903	ASO Maur. 908	ASL 3 M.Vitt.	Altri NON III liv.
111 (170 casi)	8 4,7%	55 32,4%	–	3 1,8%	–	1 0,6%	90 52,9%	–	–	13 7,6%
112 (145 casi)	34 23,4%	13 9%	–	1 0,7%	–	–	90 62,1%	1 0,7%	–	6 4,1%
113 (679 casi)	52 7,7%	599 88,2%	–	–	–	–	21 3,1%	–	–	7 1%
114 (115 casi)	55 47,8%	12 10,4%	–	–	–	–	35 30,4%	–	–	13 11,4%
115 (88 casi)	–	–	69 78,4%	–	–	–	15 17%	–	1 1,1%	3 3,5%
116 (61 casi)	18 29,5%	–	1 1,6%	–	2 3,3%	–	33 54,1%	–	–	7 11,5%
117 (125 casi)	10 8%	–	14 11,2%	–	–	14 11,2%	68 54,4%	–	–	19 15,2%
118 (194casi)	47 24,2%	–	3 1,5%	–	–	15 7,7%	125 64,4%	1 0,5%	–	3 3%
119 (220casi)	–	1 0,5%	1 0,5%	6 2,7%	–	4 1,8%	195 88,6%	–	–	13 5,9%
120 (146 casi)	–	1 0,7%	–	109 74,7%	–	–	24 16,4%	–	–	12 8,2%
121 (113 casi)	26 23%	3 2,7%	–	31 27,4%	–	52 46%	–	–	–	1 0,9%
122 (72 casi)	51 70,8%	–	–	11 15,3%	–	–	8 11,1%	–	–	2 2,8%

4.2.2 Età gestazionale al parto e peso alla nascita del bambino

L'età gestazionale al parto considerata in funzione dei livelli dei PN evidenzia che il 96,6% dei bambini nasce ad una età gestazionale compatibile con una struttura di I livello e solo l'1,6% nasce con età gestazionale così bassa da richiedere un'assistenza in un centro di III livello (grafico 31).

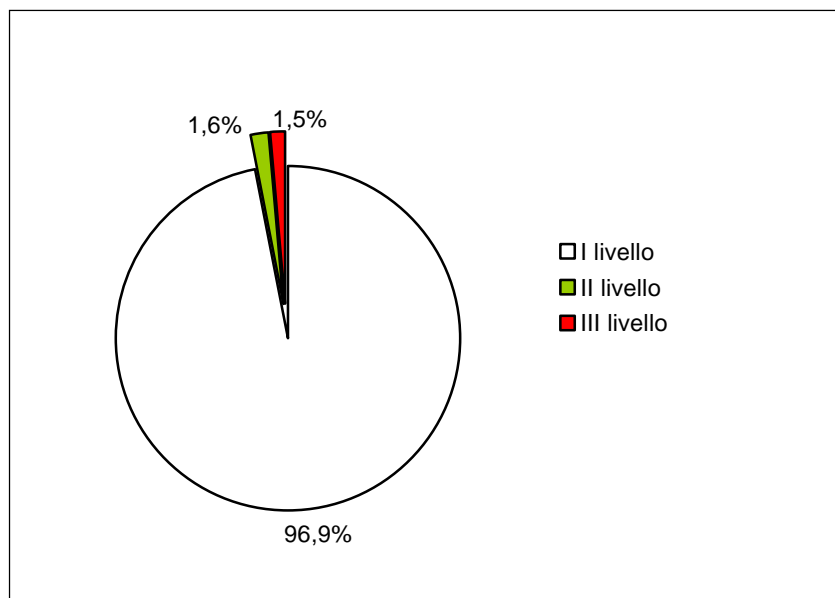


Grafico 31. Percentuale di parti che richiedono un determinato livello di Punto Nascita in base all'età gestazionale

Il peso presunto del bambino alla nascita può essere un altro fattore che condiziona il luogo del parto, poiché bassi pesi, possono essere dovuti ad una nascita prima del termine e/o sintomo di un'incompleta espressione del potenziale genetico del bambino (ritardo di crescita intrauterino) e possono tradursi in sofferenza fetale durante il parto ed in una difficoltà di adattamento alla vita extrauterina. Anche questi sono neonati che richiedono un'assistenza neonatale specializzata. La classe di nascituri più a rischio è quella al di sotto dei g 1500. Nella popolazione considerata, i neonati nati con peso al di sotto dei g 1500 sono stati pari al 1% (tabella 33).

Tabella 33. Neonati per classi di peso.

Peso per classi (in grammi)	Frequenza	%
355 - 499	24	0,0%
500 - 999	316	0,4%
1.000 - 1.499	505	0,6%
1.500 - 1.999	1.129	1,3%
2.000 - 2.499	4.084	4,6%
2.500 - 2.999	18.658	20,9%
3.000 - 3.999	59.522	66,8%
≥ 4.000	4.887	5,5%
Totale	89.126	100%

In funzione a tale premessa risulta che la popolazione dei neonati che richiede assistenza neonatale specializzata e che dovrebbe nascere, o essere trasportata al più presto dopo la nascita, in un centro di III livello dotato di terapia intensiva neonatale, comprende quelli che nascono al di sotto delle 32 settimane di età gestazionale e/o quelli che hanno peso alla nascita inferiore a 1500 g. Questo

sottogruppo di nati è stato, nei due anni e sei mesi analizzati, pari a 1020 bambini⁴⁴, su un totale di 83.729 nati. La percentuale è stata dunque pari all'1,2%.

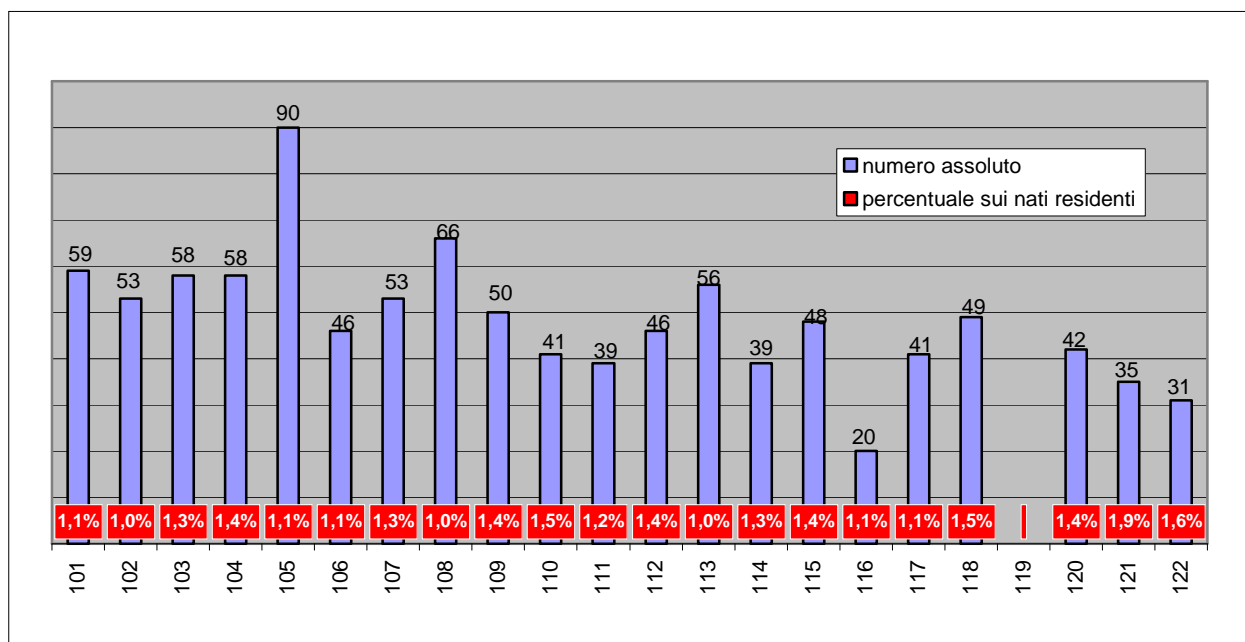


Grafico 32. Percentuale di nati con meno di 32 settimane di età gestazionale e/o con peso inferiore ai 1.500 g, per ASL di residenza

I parti dai quali sono nati bambini con età gestazionale inferiore alle 32 settimane e/o peso < 1500 g, sul territorio della Regione, sono avvenuti prevalentemente nelle strutture di III livello con una concentrazione presso l'ASO S. Anna (grafico 33). La numerosità degli assistiti cui si fa riferimento nel grafico è relativa ai nati presso il PN escludendo quelli cui è stata prestata assistenza dopo trasporto da altro PN.

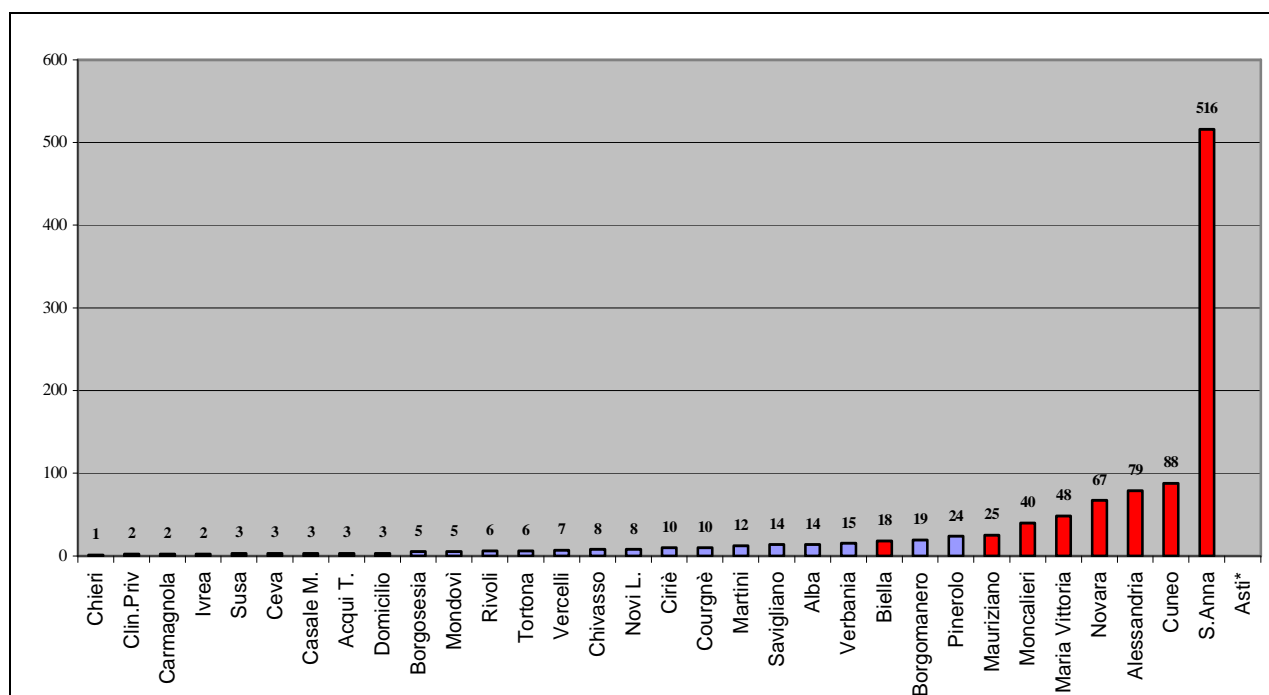


Grafico 33. Percentuale di nati con meno di 32 settimane di età gestazionale e/o con peso inferiore ai 1.500 g, per ASL di residenza⁴⁵

⁴⁴ Dal conteggio sono stati esclusi i neonati dell'ASL 19 di Asti per inattendibilità del dato.

⁴⁵ Tale ripartizione relativa a 1.066 nati differisce dal campione di 1020 di cui si conosce la ASL di residenza della madre in quanto contiene la mobilità attiva (pari a 16 bambini) i dati mancanti di codice di residenza della madre (37) e i nati da madre che non hanno riconosciuto il bambino alla nascita. I dati provenienti dal PN di Asti sono esclusi.

In relazione alla zona di residenza della madre:

- **quando il PN di ASL è di livello inferiore al III e l'ASL di residenza è in Torino**, i parti sono avvenuti nella maggior parte presso l'ASO S. Anna come per l'ASL 2 con PN al Martini (tabella 34);
- **quando l'ASL di residenza è nelle zone limitrofe della provincia di Torino**, come per l'ASL 7 con PN di Chivasso (tabella 35) i parti sono avvenuti prevalentemente all'ASO S. Anna e, in percentuali decisamente minori, in altre strutture di III livello;

Tabella 34. Madri residenti presso l'ASL 2

PN di afferenza	Numero casi	%
102	4	7,5%
103	1	1,9%
108	1	1,9%
119	3	5,7%
903	40	75,5%
906	3	5,7%
908	1	1,9%
Totale	53	100%

Tabella 35. Madri residenti presso l'ASL 7

PN di afferenza	Numero casi	%
103	4	7,5%
107	5	9,4%
108	4	7,5%
111	1	1,9%
119	2	3,8%
903	34	64,2%
906	2	3,8%
907	1	1,9%
Totale	53	100%

- **quando il PN dell' ASL di residenza è di III livello**, le donne residenti utilizzano anche in parte il PN di zona, ma in percentuale maggiore l'ASO S. Anna, come per l'ASL 3 con PN Maria Vittoria (tabella 36) e l'ASL 8 con il PN di Moncalieri (tabella 37);

Tabella 36. Madri residenti presso l'ASL 3

PN di afferenza	Numero casi	%
102	2	3,4%
103	19	32,8%
106	1	1,7%
108	4	6,9%
903	27	46,6%
907	1	1,7%
908	4	6,9%
Totale	58	100%

Tabella 37. Madri residenti presso l'ASL 8

PN di afferenza	Numero casi	%
102	1	1,5%
108	22	33,3%
110	1	1,5%
119	3	4,5%
903	37	56,1%
907	1	1,5%
908	1	1,5%
Totale	66	100%

- **quando l'ASL di appartenenza è nelle altre province piemontesi e ha PN di livello inferiore al III**, la distribuzione delle nascite è disomogenea: in alcune ASL i parti tendono al PN di III livello di zona, come per l'ASL 13 con PN in Borgomanero (II liv), l'ASL 20 con PN in Tortona (I liv.) e l'ASL 22 con PN in Novi Ligure (I liv.) (tabelle 38, 39 e 40).

Tabella 38. Madri residenti presso l'ASL 13

PN di afferenza	Numero casi	%
109	1	1,8%
111	1	1,8%
113	10	17,9%
903	2	3,6%
905	42	75,0%
Totale	56	100%

Tabella 39. Madri residenti presso l'ASL20

PN di afferenza	Numero casi	%
119	4	9,5%
120	4	9,5%
903	1	2,4%
907	33	78,6%
Totale	42	100%

Tabella 40. Madri residenti presso l'ASL 22

PN di afferenza	Numero casi	
119	4	12,9%
120	2	6,5%
122	9	29,0%
903	1	3,2%
907	15	48,4%
Totale	31	100%

In altre ASL la tendenza è quella di spostarsi comunque verso i PN di III livello di Torino con concentrazione all'ASO S. Anna usufruendo poco del PN di III livello di zona, come le donne residenti presso l'ASL 14 con PN in Domodossola (I liv.) e Verbania (II liv.) e le donne residenti presso l'ASL 18 con PN a Bra (I liv.) e ad Alba (II liv.) (tabelle 41 e 42).

Tabella 41. Madri residenti presso l'ASL 14

PN di afferenza	Numero casi	%
113	5	12,8
114	15	38,5
903	17	43,6
905	2	5,1
Totale	39	100,0

Tabella 42. Madri residenti presso l'ASL18

PN di afferenza	Numero casi	%
108	2	4,1
118	13	26,5
119	15	30,6
903	16	32,7
905	1	2,0
906	2	4,1
Totale	49	100,0

I fattori clinici, dunque, spiegano soltanto in parte la scelta della donna anche quando è condizionata da un rischio o da una patologia. La scelta di una struttura dipende solo in parte dalla zona di residenza, altri fattori probabilmente entrano in gioco nel determinare la mobilità intra-regionale.

Ciò che si può leggere è una scarsa attrazione da parte del PN di III livello di zona. I motivi potrebbero essere molteplici e legati a variabili intervenienti come quelle geografiche di maggiore o minore vicinanza e accessibilità, presenza o meno di rapporti di conoscenza e/o collaborazione fra operatori di PN diversi, presenza o assenza di una programmazione nelle politiche dei servizi, improntata alla partecipazione degli operatori al fine di creare un clima di collaborazione all'interno della Provincia/Quadrante per un utilizzo appropriato delle risorse di zona e per offrire una risposta "locale" alla domanda di salute perinatale.

Rispetto a queste variabili un intervento di formazione della Regione condotto a livello di singolo Quadrante con tutti i DMI in esso compresi, nel 2004-2005, ha modificato in parte l'atteggiamento relativo al trasporto in utero verso le Terapie Intensive Neonatali- TIN (tabella 43,44, 45; dati relativi al I semestre 2006).

Tabella 43, nati con e.g. < 32 settimane da donne residenti nella Provincia di Cuneo

Punto Nascita di afferenza	Numero nati con e.g. < 32 sett.
ASL 8	1
ASL 17	2
ASL 18	1
ASO S. Anna	2
ASO Cuneo	12
Totale nati	18

Tabella 44, nati con e.g. < 32 settimane da donne residenti nella Provincia di Novara

Punto Nascita di afferenza	Numero nati con e.g. < 32 sett.
ASL 11	1
ASL 12	2
ASL 13	2
ASO S. Anna	5
ASO Novara	11
Totale nati	21

Tabella 45, nati con e.g. < 32 settimane da donne residenti nella Provincia di Alessandria

Punto Nascita di afferenza	Numero nati con e.g. < 32 sett.
ASL 22	3
ASO Alessandria	16
Totale nati	19

4.3 Durata della gravidanza

Le gravidanze che si sono concluse prima delle 37 settimane sono state il 7,8%, quelle a termine (fra le 37 e 41 settimane + 6 giorni) l'88,9% e quelle post termine (\geq a 42 settimane) il 3,3% (grafico 34).

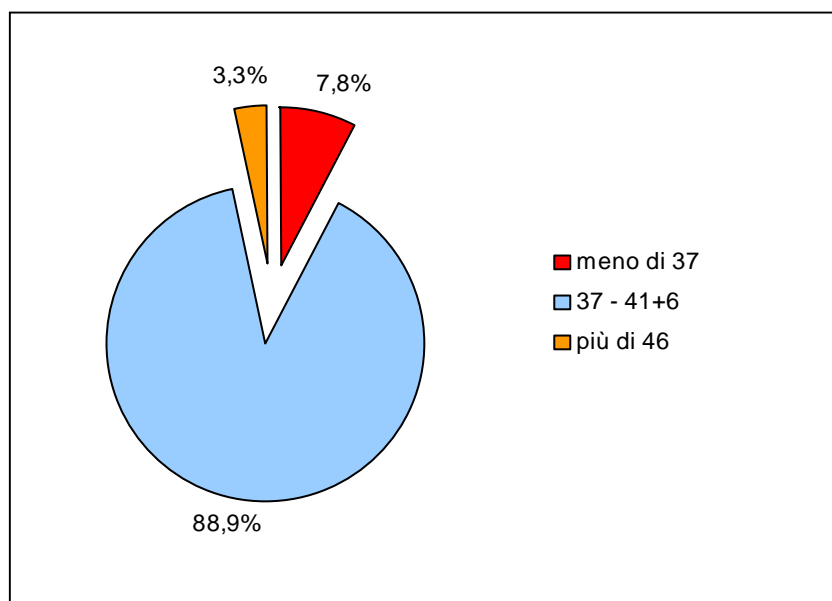


Grafico 34. Durata della gravidanza

Considerati per ASL di residenza della madre, i nati con meno di 35 settimane si distribuiscono come segue (grafico 35):

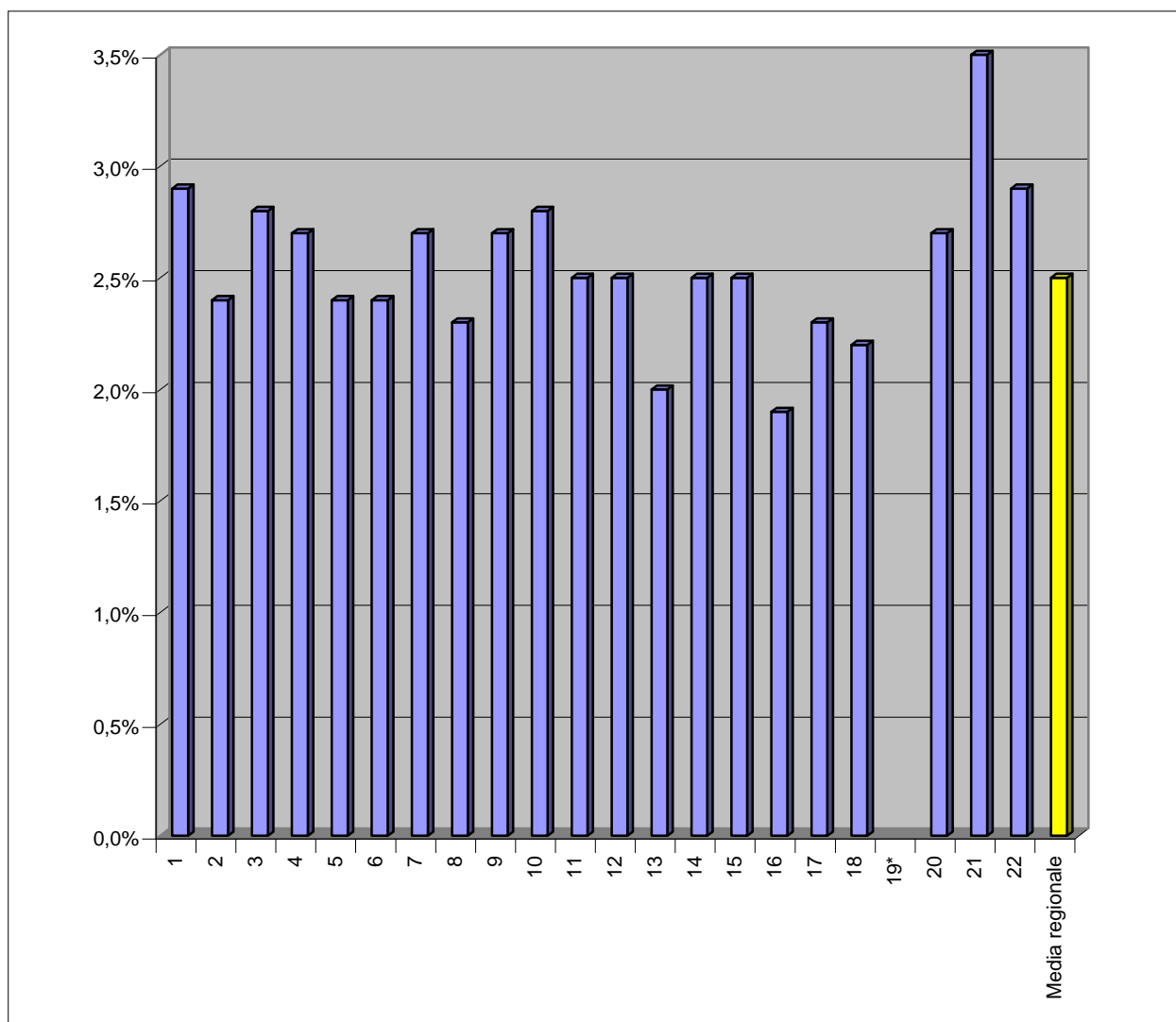


Grafico 35. Percentuale di nati con meno di 35 settimane di età gestazionale sul totale dei nati per Asl di residenza

* I dati relativi all'ASL 19 non sono stati inseriti perché inattendibili. I dati relativi all'ASL 21 comprendono 15 casi su 66 nati sotto 35 settimane il cui peso neonatale appare non congruente con e.g. essendo compreso tra i 3000 –3999 g. L'esclusione dell'ASL 21 dal totale non modifica la media regionale.

In relazione al numero di gravidanze precedenti, fra le donne con nessun figlio è aumentata la presenza di parti con età gestazionale inferiore alle 35 settimane: il 3% a fronte del 2,1% delle donne con almeno un figlio (tabella 46).

Tabella 46. Parti precedenti per età gestazionale al parto*

Donne	Età gestazionale al parto			Totale
	35 – 43	32 – 34	21 - 31	
primipare	97,1%	1,9%	1,1%	100%
pluripare	97,9%	1,4%	0,7%	100%
Totale	83.670	1.407	795	85.872
Totale %	97,4%	1,6%	0,9%	100%

Un'associazione positiva è presente fra donne alla prima gravidanza e parto pretermine compreso fra le 32 – 34 settimane (OR: 1,47; IC 95%: 1,27 – 1,71). Non è presente associazione significativa fra primipare e età gestazionale inferiore alle 32 settimane.

* I dati relativi all'ASL 19 non sono stati inseriti perché inattendibili

In relazione al titolo di studio della madre, sono le donne con titolo di studio alto ad essere più protette dal rischio di un parto in età gestazionale inferiore alle 35 settimane (tabella 47). Guardando alla distribuzione fra titolo di studio alto e medio-alto, inserendo come variabile di controllo la professione, non si evidenziano differenze significative rispetto alle percentuali di parti in età gestazionale inferiore alle 35 settimane. Fra le donne con nessun titolo e quelle che non lo hanno comunicato, si concentrano le percentuali maggiori di parti prematuri: in questa categoria sono presenti con maggiore frequenza donne con caratteristiche socio-demografiche di vulnerabilità (cittadinanza straniera, donne che si sono avvalse del diritto di non riconoscere il nascituro, ecc..).

Tabella 47. Titolo di studio della madre per età gestazionale al parto*

Titolo studio madre	Età gestazionale			Totale
	35 – 43	32 – 34	21 - 31	
	11.416	189	110	11.715
Alto	97,4%	1,6%	,9%	100%
Medio alto	97,2%	1,5%	1,3%	100%
Basso	96,7%	1,7%	1,6%	100%
Nessun titolo	94,7%	2,5%	2,7%	100%
Non comunicato	91,7%	1,6%	6,6%	100%
Totale	85.428	1.424	1.353	88.205
Totale %	96,9%	1,6%	1,5%	100%

* I dati relativi all'ASL 19 non sono stati inseriti perché inattendibili

È presente un'associazione significativa fra nessun titolo di studio e titolo non comunicato e età gestazionale al parto inferiore alle 35 settimane (OR: 1,7; IC 95%: 1,37 – 2,32 e OR 1,3; IC 95%: 0,75 – 2,31); così come fra titolo di studio medio alto e basso e parto ad età gestazionale inferiore alle 35 settimane (OR: 2,26; IC 95%: 1,71 – 2,99 e OR: 2,04; IC 95%: 1,60 – 2,68).

In relazione alla cittadinanza sono le donne straniere ad essere più esposte al rischio di parto in età gestazionale inferiore alle 35 settimane (1,9% a fronte dell'1,6% fra le italiane) e molto più esposte al rischio di parto in età gestazionale inferiore alle 32 settimane (2,3% a fronte dell'1,4% delle donne italiane) (tabella 48).

Tabella 48. Cittadinanza della madre per età gestazionale al parto*

Cittadinanza madre	Età gestazionale			Totale
	35 – 43	32 – 34	21 - 31	
	11.416	189	110	11.715
Italiana	97,0%	1,6%	1,4%	100%
Straniera	95,9%	1,9%	2,3%	100%
Totale	85.428	1.424	1.353	88.205
Totale %	96,9%	1,6%	1,5%	100%

* I dati relativi all'ASL 19 non sono stati inseriti perché inattendibili

In relazione all'età, sono le donne con età \geq a 35 anni ad essere più esposte al rischio di parto in età gestazionale inferiore alle 35 settimane: l'1,9% a fronte dell'1,5% ha partorito fra le 32 e le 34 settimane e l'1,8% a fronte dell'1,4% ha partorito al di sotto delle 32 settimane (tabella 49).

Tabella 49. Età della madre per età gestazionale al parto*

Età della madre	Età gestazionale			Totale
	35 – 43	32 – 34	21 - 31	
	11.416	189	110	11.715
< a 35 anni	97,0%	1,5%	1,4%	100%
\geq a 35 anni	96,2%	1,9%	1,8%	100%
Totale	85.234	1.420	1.348	88.002
Totale %	96,9%	1,6%	1,5%	100%

* I dati relativi all'ASL 19 non sono stati inseriti perché inattendibili

È presente un'associazione significativa fra età \geq a 35 anni e parto fra le 32 – 34 settimane (OR: 1,30; IC 95%: 1,27 – 1,43). Non è presente un'associazione significativa fra età \geq a 35 anni e parto in età gestazionale inferiore a 32 settimane.

4.4 Modalità travaglio

Il tipo di travaglio, considerato al netto dei tagli cesarei elettivi, è insorto spontaneamente nell'81,6% dei casi, non è insorto nel 1,6% dei casi, ed è stato indotto nel 16% dei casi. La modalità "pilotato"⁴⁶ non da tutti i PN viene utilizzata, la percentuale, pari allo 0,9%, non è dunque affidabile (grafico 36).

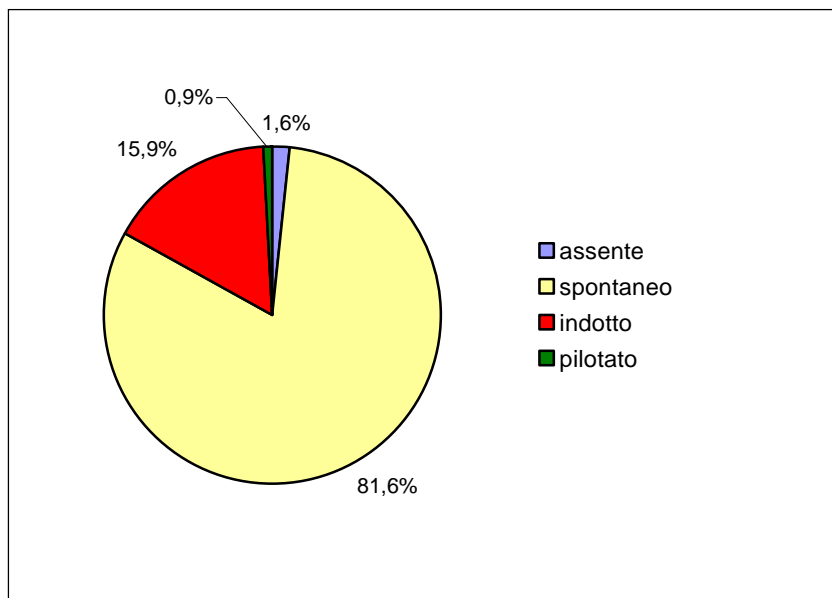


Grafico 36. Tipo di travaglio (al netto dei tagli cesarei elettivi)

La percentuale di induzione al travaglio è molto disomogenea fra i diversi PN, come evidenzia il grafico 37.

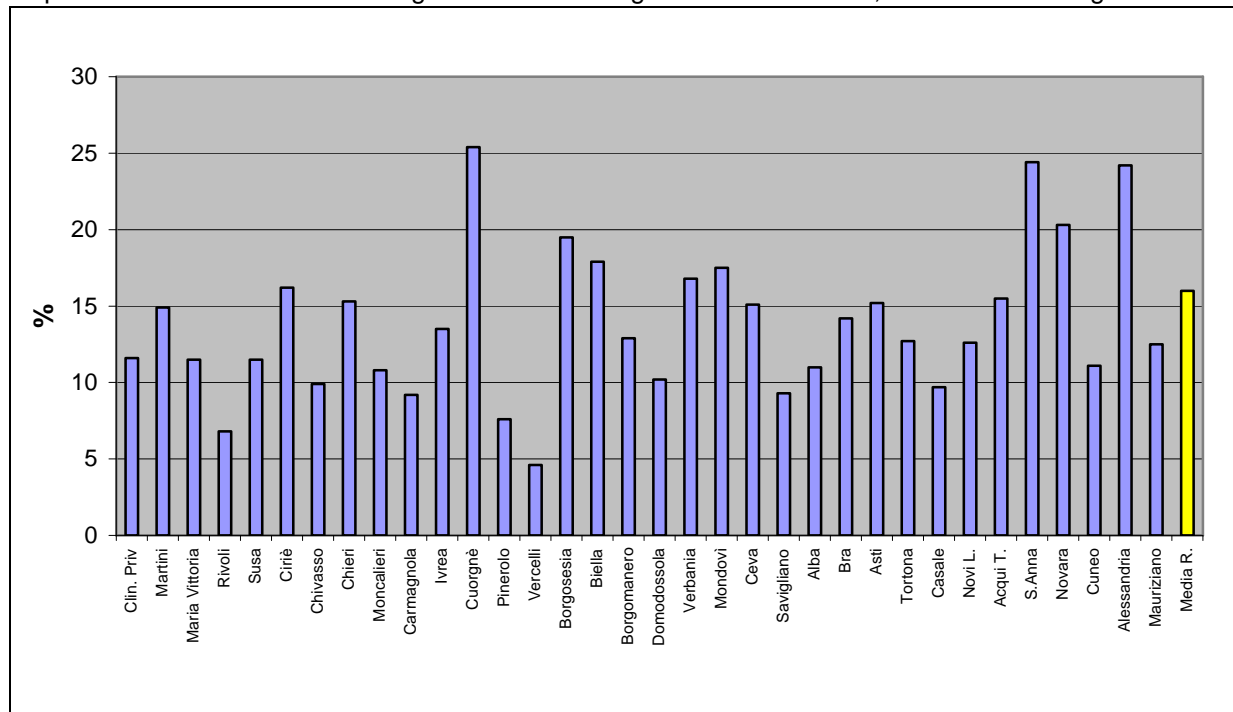


Grafico 37. Percentuali di induzione al travaglio per Punto Nascita

⁴⁶ Per parto pilotato si intende "...l'infusione di ossitocina sintetica eseguita per potenziare le contrazioni uterine o correggere una discinesia uterina a travaglio già iniziato" (Pescetto, De Cecco, Pecorari e Scagni, 1989).

Considerato che la percentuale dei parti indotti raccomandata dall'OMS è pari al 10%⁴⁷, la Regione Piemonte risulta non in linea con tale raccomandazione, sia per la media totale, sia nella distribuzione fra i PN; in particolare spiccano con percentuali elevate il PN di Cuorgnè, il S. Anna e Alessandria. La distribuzione delle induzioni per PN riflette il fatto che non esiste un modo univoco (linee guida condivise per tutta la Regione e in linea con le raccomandazioni delle società scientifiche) per l'assistenza al travaglio di parto.

4.5 Modalità parto

Sul totale della popolazione, nei due anni e sei mesi considerati, il parto è avvenuto spontaneamente (PS) per il 67,2% delle madri, con taglio cesareo (TC) per il 30,7%, con parto operativo (forcipe o ventosa) per il 2% (tabella 50). Fra le mamme sottoposte a TC, nel 21,4% il TC è stato elettivo⁴⁸, nel 9,3% in travaglio.

Tabella 50 . Modalità parto

Modalità parto	Frequenza	%
Spontaneo	59.244	67,2%
Taglio cesareo	27.101	30,7%
Operativo	1.797	2,0%
Altro (Kristeller)	75	0,1%
Totale	88.217	100%

Mettendo in relazione il PN con la modalità del parto TC, si evidenzia la concentrazione di parto con TC nelle cliniche private (grafico 38). Il tasso di TC raccomandato dall'OMS è pari al 15%⁴⁹. Tale raccomandazione, come nelle altre Regioni italiane è disattesa in Regione Piemonte (la media nazionale di TC è pari al 29,9% - Istat, 2001).

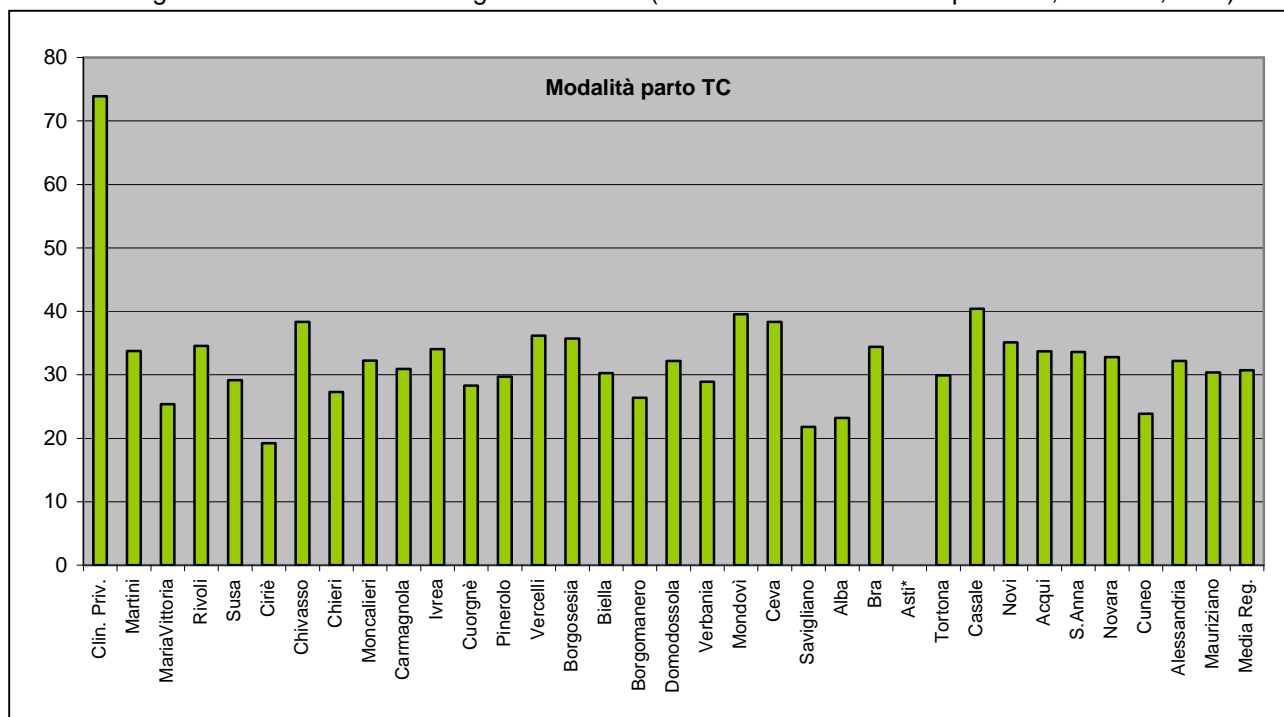


Grafico 38. Percentuali di tagli cesarei per Punto Nascita

⁴⁷ World Health Organization "appropriate Technology for birth" The Lancet 1985. Rispetto a tale percentuale non è specificato se sia riferita a gravidanze a basso o alto rischio.

⁴⁸ Il TC si dice elettivo quando viene eseguito per indicazione materna o fetale indipendentemente dall'insorgenza e dall'evoluzione del travaglio.

⁴⁹ World Health Organization "appropriate Technology for birth" The Lancet 1985.

L'analisi nazionale sul Percorso Nascita (Istat, 2001), conferma il ricorso eccessivo al parto per via chirurgica. In media, il 35,8% dei parti avviene con TC; la percentuale è più alta nelle case di cura private (55,9% nelle accreditate e 72,5% nelle non accreditate) mentre negli ospedali pubblici si ricorre al cesareo nel 32,9% dei casi. Circa un terzo dei parti con feto di vertice avviene, comunque con TC.

Mettendo in relazione il tipo di parto con il livello del PN (grafico 39), si evidenzia come la percentuale di TC non presenta differenze significative fra strutture di I livello e III livello nonostante per un III livello l'attesa di TC sia maggiore data la concentrazione di patologia⁵⁰.

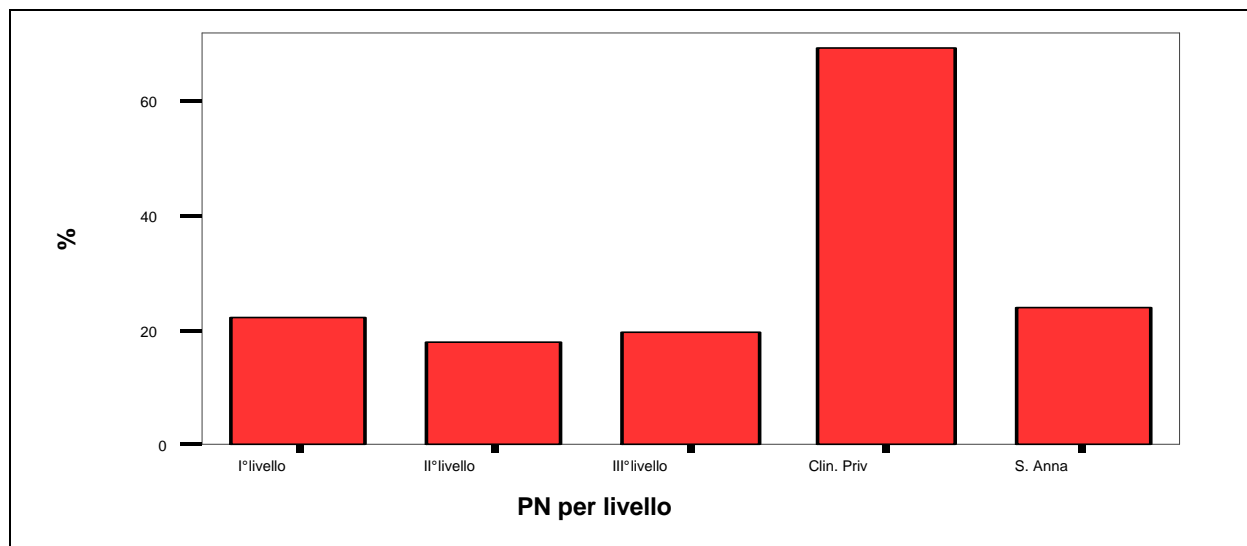


Grafico 39. Incidenza del taglio cesareo per livello di Punto Nascita

Mettendo in relazione i TC con i PO ci si potrebbe attendere una relazione inversa. Considerando soltanto i "parti non spontanei", la distribuzione per PN, osservata per ricorso a PO in ordine crescente, è la seguente (grafico 40):

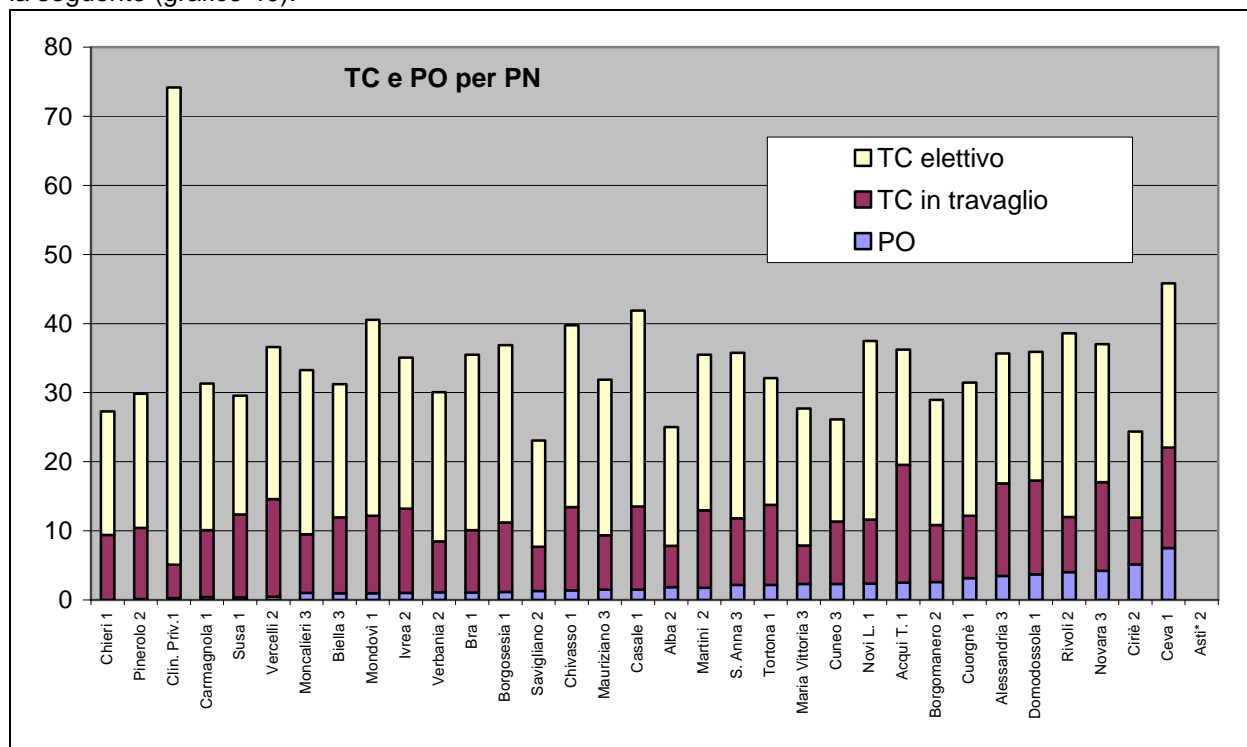


Grafico 40. Incidenza di tagli cesarei e parti operativi per Punto Nascita

⁵⁰ Nella DGR n.4 – 27001 dell'aprile 1999 è indicato come valore atteso il 20% per i PN di 1° e 2° livello o e il 25% per i PN di 3° livello.

La distribuzione che ne deriva non conferma l'ipotesi. Si evidenzia il fatto che sono presenti alcuni PN in cui i parti vaginali Operativi sono assenti o utilizzati in percentuali inferiori all'1% (Susa, Chieri, Carmagnola, Pinerolo, Vercelli, cliniche private) mentre in altri la percentuale è più elevata. La media è di 1,8% con un range compreso fra 0% (Chieri) e 7,5% (Ceva).

Per quanto riguarda i TC in travaglio la media è 9,4% con un range compreso fra il 5,5% (Maria Vittoria) e il 17% (Acqui Terme) (grafico 41). Per i TC elettivi, escludendo le cliniche private data l'elevata percentuale, (grafico 41) la media è di 19,2% con range compreso fra il 12,5% (Ciriè) e il 28,4% (Mondovì e Casale).

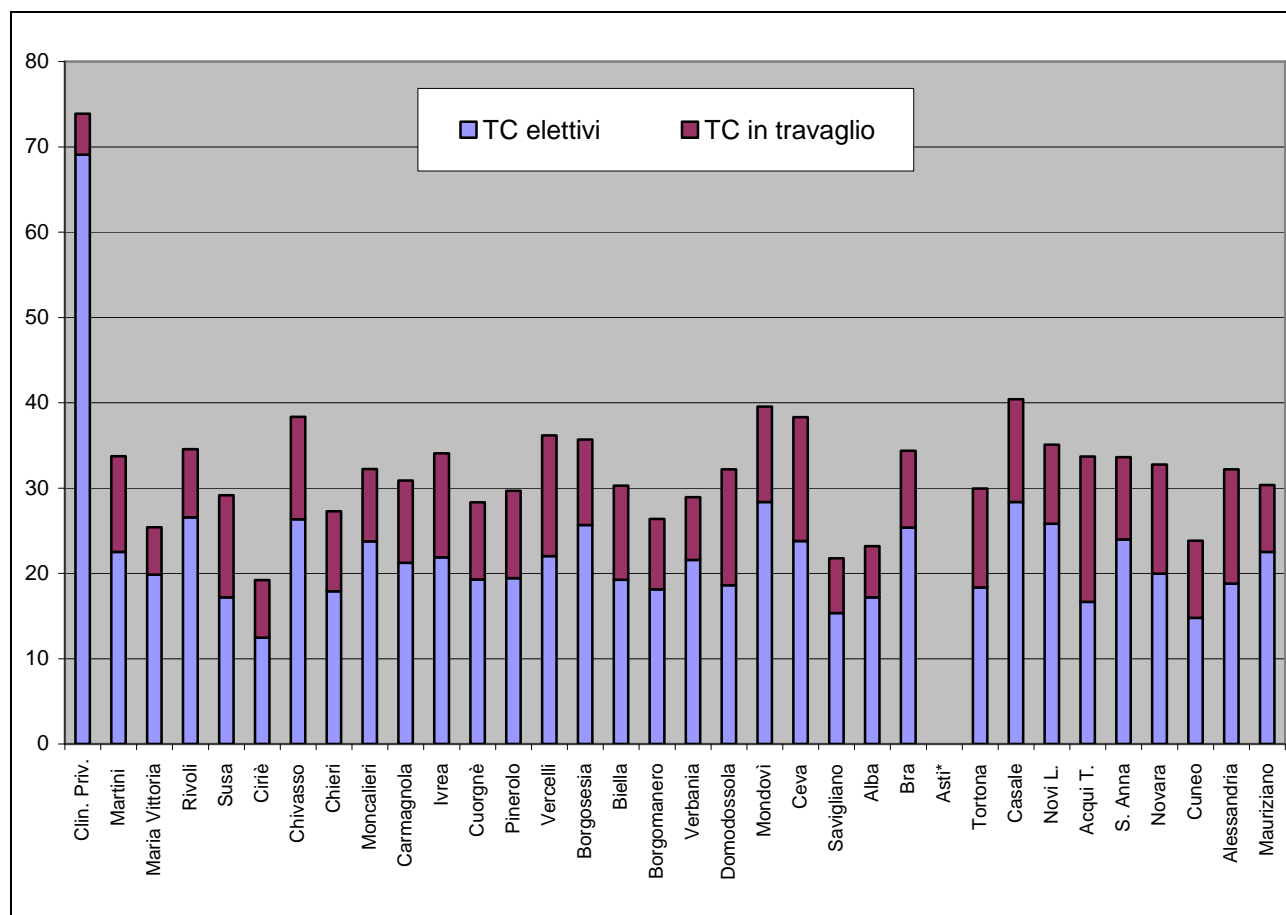


Grafico 41. Incidenza dei tagli cesarei elettivi e in travaglio per Punto Nascita

* Il PN di Asti è escluso per inattendibilità dei dati

Considerato il fatto che non vi è una corrispondenza fra maggiore percentuale di parto operativo e minore percentuale di TC in travaglio, né vi è corrispondenza tra percentuale di TC elettivi e livello del PN, le cause delle differenti frequenze devono essere indagate con approfondimenti ulteriori che includano anche i modelli organizzativi (guardia attiva, reperibilità, disponibilità sale operatorie, ecc).

Il tasso di TC quando il travaglio di parto è indotto, al netto dei TC elettivi, è circa tre volte rispetto al tasso di TC che ricorre quando il travaglio di parto insorge spontaneamente: rispettivamente la percentuale è del 21,4% a fronte del 9,4% (grafici 42 e 43).

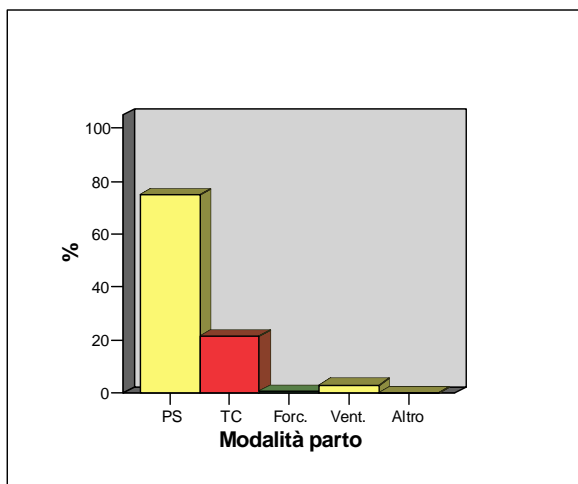


Grafico 42. Modalità di parto con travaglio indotto

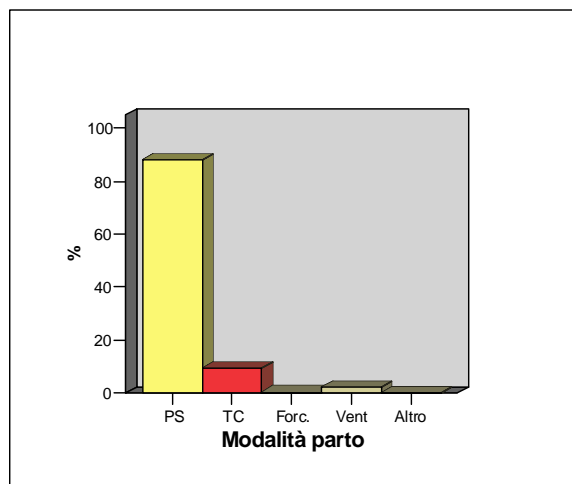


Grafico 43. Modalità di parto con travaglio spontaneo

Analizzando la modalità del parto in relazione ad alcuni indicatori di vulnerabilità si rileva che:

- in relazione al titolo di studio della madre, non si osservano differenze nella distribuzione del ricorso a TC (all. 2, tab.12);
- in relazione alla cittadinanza, è presente una distribuzione differente di TC fra donne italiane e donne straniere: le donne straniere sono sottoposte a TC nel 26,5% dei casi a fronte del 31,5% delle donne italiane, ma l'associazione fra essere italiana ed essere più frequentemente sottoposta a TC non è risultata significativa (OR: 0,594; IC 95%: 0,353 – 0,999; Sig.:0,050) (all.2, tab. 13);
- in relazione alla parità, non è presente un differente ricorso al TC fra primipare e pluripare (all.2, tab. 14);
- in relazione all'età, fra le madri con meno di 35 anni il ricorso al TC è pari al 26,2% e fra le madri con età \geq a 35 il ricorso al TC è del 32,2%. Anche in questo caso non è presente un'associazione significativa (all.2, tabella 15).

Analizzando la modalità del parto in relazione al tipo di Percorso Nascita si rileva che:

- fra le donne che sono state seguite in consultorio, ambulatorio ospedaliero e ambulatorio di distretto, il ricorso al TC è in percentuale minore rispetto alle donne che sono state seguite in ambulatorio privato; le percentuali sono rispettivamente del 27%, 29,2%, 26,3% nei percorsi pubblici a fronte del 32,2% del percorso privato. Non è però risultata un'associazione significativa fra tipo di percorso e ricorso al TC per nessuno dei percorsi considerati;
- fra le donne che hanno frequentato il corso di accompagnamento alla nascita, vi è un ricorso a TC in percentuale minore rispetto alle donne che non hanno frequentato nessun corso: il 26,4% a fronte del 32,4%. Anche in questo caso non è presente, tuttavia, un'associazione significativa fra le due variabili.

4.6 Il taglio cesareo e la classificazione secondo Robson

Per analizzare il fenomeno TC si è adottata, in analogia a quanto fatto dalla Emilia Romagna⁵¹ nel rapporto Cedap 2004/2005, la classificazione di Robson⁵². Le classi individuate da Robson sono 10 e sono definite in base alle seguenti caratteristiche: genere di gravidanza (feto singolo/multiplo, presentazione cefalica/altre presentazioni), parità (nullipara/multipara), tipo di travaglio (spontaneo/indotto/TC prima del travaglio), età gestazionale. Queste caratteristiche, diversamente combinate fra loro, definiscono le 10 classi in modo da renderle mutualmente escludenti, totalmente inclusive e clinicamente rilevanti (tabella 51).

Ad ogni classe corrisponde una percentuale di popolazione con un "suo" peso sul totale dei TC. La percentuale della popolazione ed il relativo peso sul totale dei TC, permettono di evidenziare differenze fra le varie realtà circa il ricorso al TC in condizioni anamnestiche analoghe mettendo in evidenza la disomogeneità dei modelli assistenziali. All'interno di percentuali sovrapponibili di popolazione con le stesse caratteristiche anamnestiche, di fronte alla presenza di tassi di TC molto distanti tra loro, è possibile, attraverso un processo di audit clinico, individuare quali sono le prassi assistenziali e le variabili associate che determinano la scelta della modalità di espletamento del parto. Infatti la classificazione di Robson non è una valutazione di appropriatezza dello strumento assistenziale, ma un sistema per rilevarne e quantificarne le differenze, all'interno delle stesse sottopopolazioni di donne. E' evidente come alcune di queste contribuiscano più di altre al tasso di TC complessivo e come questo fenomeno sia di maggiore rilevanza in alcuni PN rispetto ad altri.

Tabella 51. Classi di Robson

Classe	Caratteristiche della popolazione*/**
I	Donne primipare***, parto a termine, feto singolo, travaglio spontaneo, presentazione cefalica
II	Donne primipare, parto a termine, travaglio indotto o TC fuori travaglio, feto singolo, presentazione cefalica
III	Donne pluripare, parto a termine, feto singolo, travaglio spontaneo, presentazione cefalica
IV	Donne pluripare, parto a termine, travaglio indotto o TC fuori travaglio, feto singolo, presentazione cefalica
V	Donne con pregresso TC, parto a termine, feto singolo, presentazione cefalica
VI	Donne primipare, feto singolo, presentazione podalica
VII	Donne pluripare, feto singolo, presentazione podalica (incluso precedente TC)
VIII	Donne con gravidanze multiple (incluso precedente TC)
IX	Donne con feto singolo e presentazione anomala (escluso podalico) (incluso precedente TC)
X	Donne con feto singolo, presentazione cefalica, pretermine****

* Da tutte le classi sono stati esclusi i casi di Asti, i parti a domicilio e quelli delle cliniche private

** Per quanto riguarda le cliniche private, l'esclusione è stata determinata dalla elevata presenza, riconducibile ad un possibile errore di registrazione, di presentazioni dichiarate podaliche.

*** Per quanto riguarda la parità non è possibile dai nostri dati evidenziare la situazione di nulliparità ma solo quella di primiparità

**** Questa classe è stata anche analizzata in due sottoclassi differenziate fra feti pretermine con e.g. compresa fra le 32-36 settimane e feti con e.g. < 32 settimane.

⁵¹ La nascita in Emilia Romagna, "rapporto Cedap", 2004.

⁵² Robson MS. Can we reduce the cesarean section rate? Best Pract Res Clin Obstet Gyneacol 2001;15:179-94

Il peso percentuale di ciascuna classe sul totale della popolazione di partorienti della Regione ed il contributo percentuale di TC a ciascuna classe, sono rappresentati nei seguenti grafici:

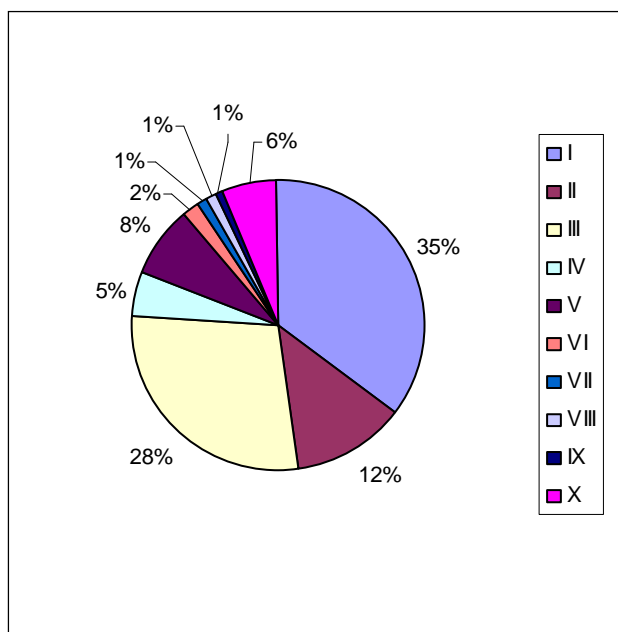


Grafico 45. Distribuzione percentuale delle partorienti nelle 10 classi di Robson

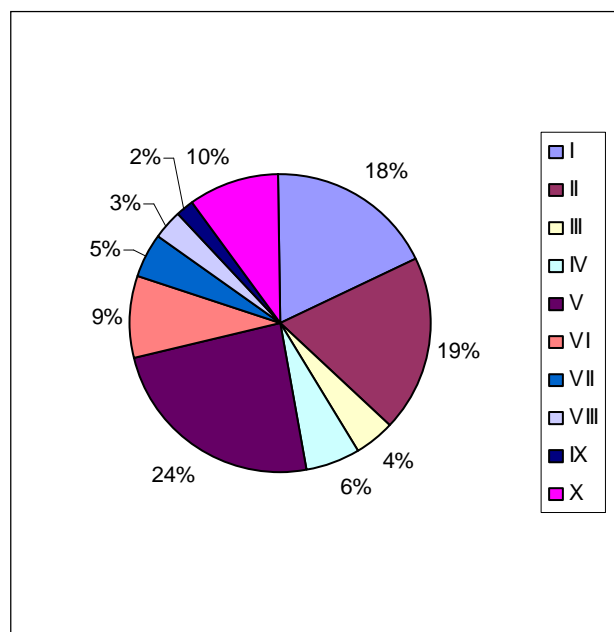


Grafico 46. Distribuzione percentuale dei tagli cesarei nelle 10 classi di Robson

Le due distribuzioni messe a confronto (grafico 46) mettono in evidenza il contributo al tasso di TC rispetto alla popolazione appartenente alla classe. Le classi che contribuiscono in percentuale maggiore sono la V, che include le mamme con almeno un pregresso TC, seguita dalla II e dalla I, che include le donne a basso rischio. Per la classe II e IV°, relative al travaglio indotto e al TC elettivo, il tasso di TC è maggiore se la madre è al primo bambino (classe II), più basso (classe IV) se ha già avuto almeno un parto.

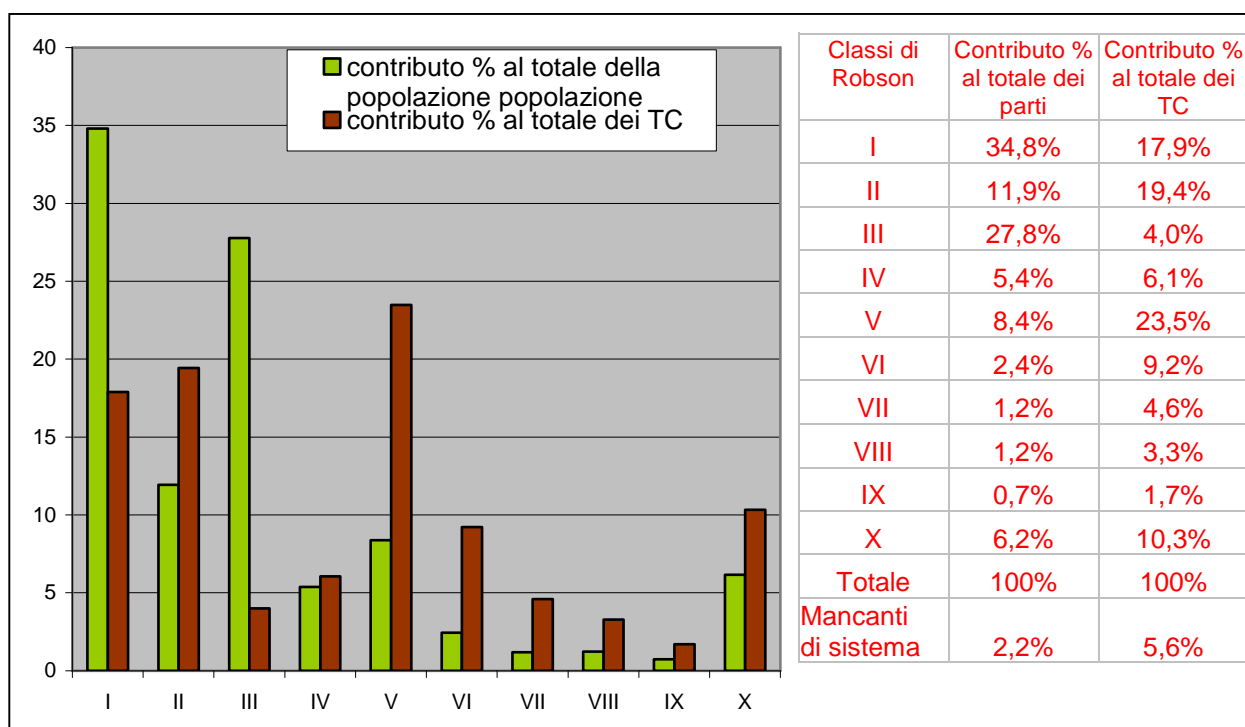


Grafico 46

4.6.1 Confronto fra punti nascita

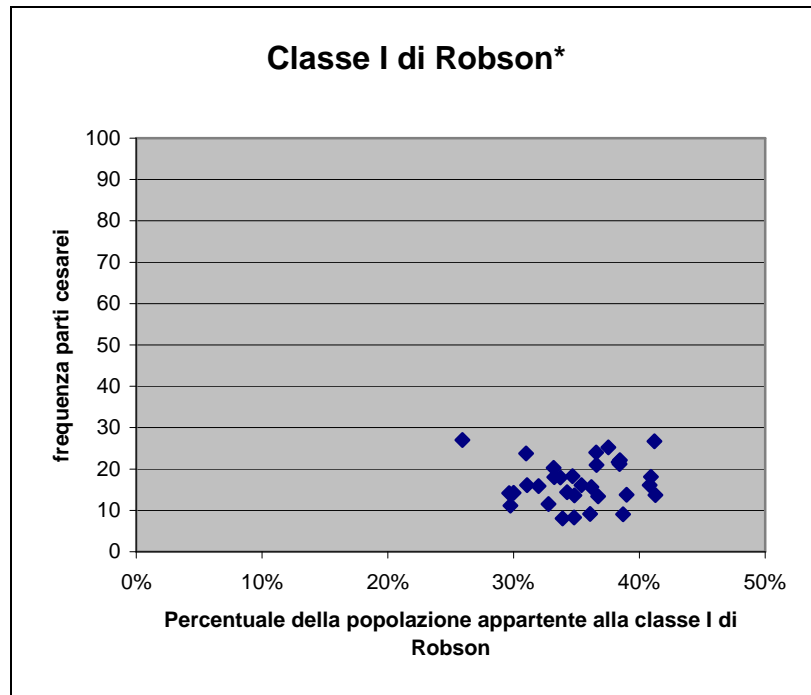


Grafico 47. Frequenza dei parti cesarei nella classe I

* primipare, parto a termine, travaglio spontaneo, feto singolo, presentazione cefalica

	% popolazione	frequenza TC
Martini	34,7%	18,3%
Maria Vittoria	38,7%	9,0%
Rivoli	38,4%	21,2%
Susa	40,9%	18,1%
Ciriè	36,1%	9,2%
Chivasso	36,6%	24,0%
Chieri	36,2%	15,6%
Moncalieri	35,4%	16,1%
Carmagnola	38,4%	22,2%
Ivrea	29,7%	14,2%
Cuorgnè	29,7%	11,1%
Pinerolo	40,8%	16,1%
Vercelli	41,2%	26,7%
Borgosesia	31,0%	23,8%
Biella	32,0%	15,8%
Borgomanero	36,7%	13,4%
Domodossola	38,3%	21,7%
Verbania	34,2%	14,4%
Mondovì	25,9%	27,0%
Ceva	33,7%	17,9%
Savigliano	33,9%	8,0%
Alba	34,8%	8,3%
Bra	33,2%	20,3%
Tortona	41,3%	13,7%
Casale M	36,6%	20,9%
Novi L.	34,8%	13,7%
Acqui T.	37,5%	25,2%
S. Anna	30,0%	14,3%
Novara	31,1%	16,1%
Cuneo	32,8%	11,5%
Alessandria	33,2%	18,0%
Mauriziano	39,0%	13,7%

Alla classe I di Robson appartiene il 34,8 % della popolazione in esame, con variabilità compresa fra il 26% del PN di Mondovì ed il 41% dei PN di Susa, Vercelli e Tortona. La frequenza dei TC varia tra il 8% del PN di Savigliano e Alba ed il 27% di Mondovì.

La media regionale di TC nella classe è 17 %; sono sopra al 20% (tasso indicato a livello regionale per i PN di I e II livello) 8 PN di I livello, 2 di II e nessuno di III.

All'interno della stessa classe I, se si confronta separatamente il TC elettivo e quello in travaglio, si evidenzia la maggior frequenza e la dispersione maggiore fra i TC in travaglio (= quadratini rosa).

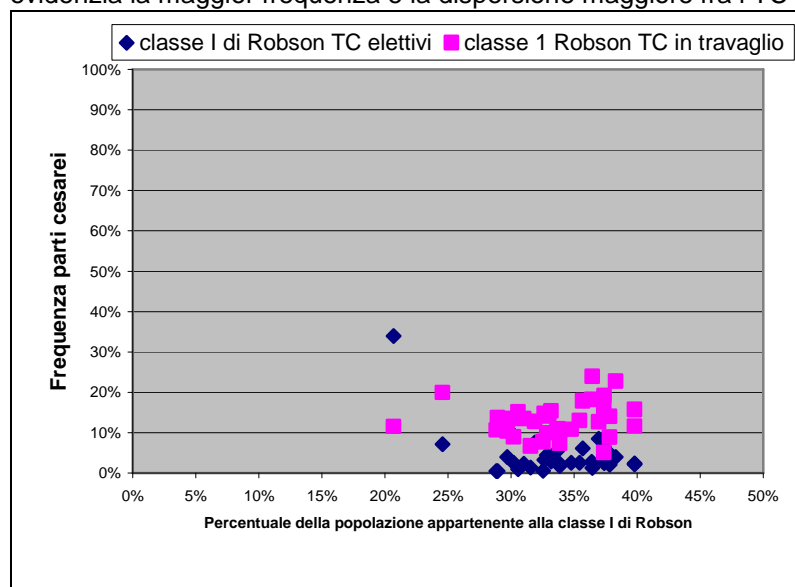


Grafico 48. Frequenza dei parti cesarei nella classe I

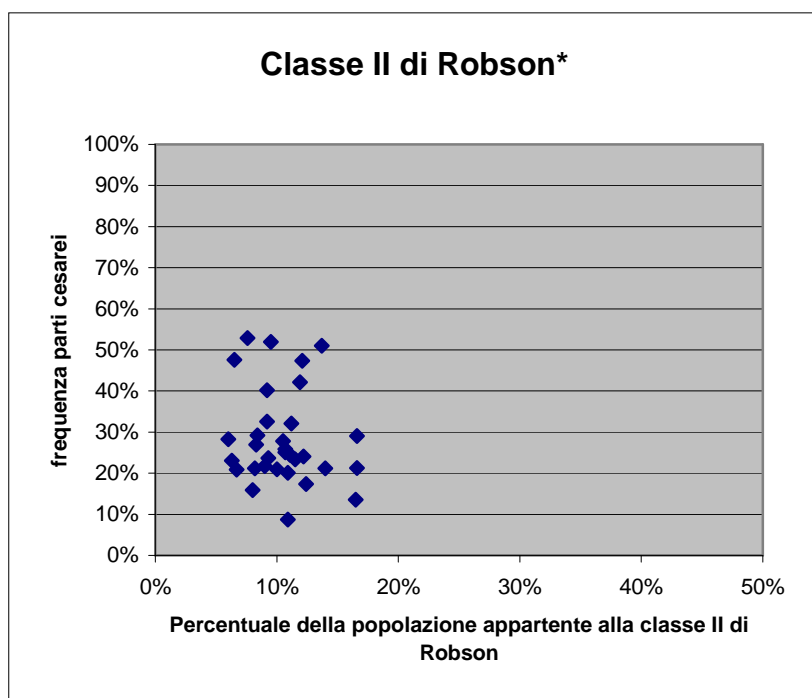


Grafico 49. Frequenza dei parti cesarei nella classe II

* primipare, parto a termine, assenza di travaglio (= travaglio indotto + TC fuori travaglio) feto singolo, presentazione cefalica

	% popolazione	frequenza TC
Martini	10,7%	25,1%
Maria Vittoria	8,4%	29,2%
Rivoli	7,6%	52,8%
Susa	8,2%	21,2%
Ciriè	10,9%	8,7%
Chivasso	9,5%	51,9%
Chieri	11,5%	23,4%
Moncalieri	9,2%	32,5%
Carmagnola	6,3%	23,1%
Ivrea	13,7%	51,0%
Cuorgnè	16,6%	21,3%
Pinerolo	6,0%	28,2%
Vercelli	6,5%	47,6%
Borgosesia	12,2%	24,1%
Biella	12,4%	17,4%
Borgomanero	9,0%	21,8%
Domodossola	9,2%	40,2%
Verbania	10,9%	20,1%
Mondovì	11,1%	24,4%
Ceva	11,2%	32,1%
Savigliano	6,7%	20,9%
Alba	8,3%	26,9%
Bra	10,5%	27,8%
Tortona	10,0%	21,0%
Casale M	12,1%	47,4%
Novi L.	11,9%	42,1%
Acqui T.	10,7%	25,8%
S. Anna	16,6%	29,0%
Novara	14,0%	21,2%
Cuneo	8,0%	15,9%
Alessandria	16,5%	13,5%
Mauriziano	9,3%	23,7%

Alla classe II di Robson appartiene il 11,9 % della popolazione in esame, con variabilità compresa fra il 6 % del PN di Pinerolo ed il 16,6 dei PN Sant'Anna, Cuorgnè e Alessandria. La frequenza dei TC varia tra l'8,7 % del PN di Ciriè ed il 52,8% del PN di Rivoli.

L'ampia variabilità fra PN, indica che la politica dell'induzione e della elettività del TC è estremamente disomogenea nelle realtà piemontesi.

All'interno di questa popolazione la media regionale, di ricorso al TC, è del 28,5 %; sono sopra il 30% 5 PN di I livello, 3 di II e 1 di III; hanno una percentuale inferiore al 20% solo 4 PN.

Va tenuto presente che da questa classe sono escluse le partorienti con presentazione podalica, con pregresso TC, con gravidanza gemellare e con parto pretermine (che fanno parte di altre classi di Robson), pertanto l'elettività del TC si riferisce ad altre cause.

La classe II sarebbe meglio analizzata, anche per ammissione di Robson, scindendo le due componenti (induzione e TC prima del travaglio). La motivazione per cui sono state associate è legata alla comune discrezionalità relativa all'operatore presente, a seconda del quale, in assenza di travaglio spontaneo, viene scelta la via dell'induzione o quella del TC.

Altro punto critico nell'analisi della classe è la componente di TC elettivi/programmati per cause materne e/o fetali che non sono identificabili con precisione poiché non esiste un modello definito di riferimento e di codifica.

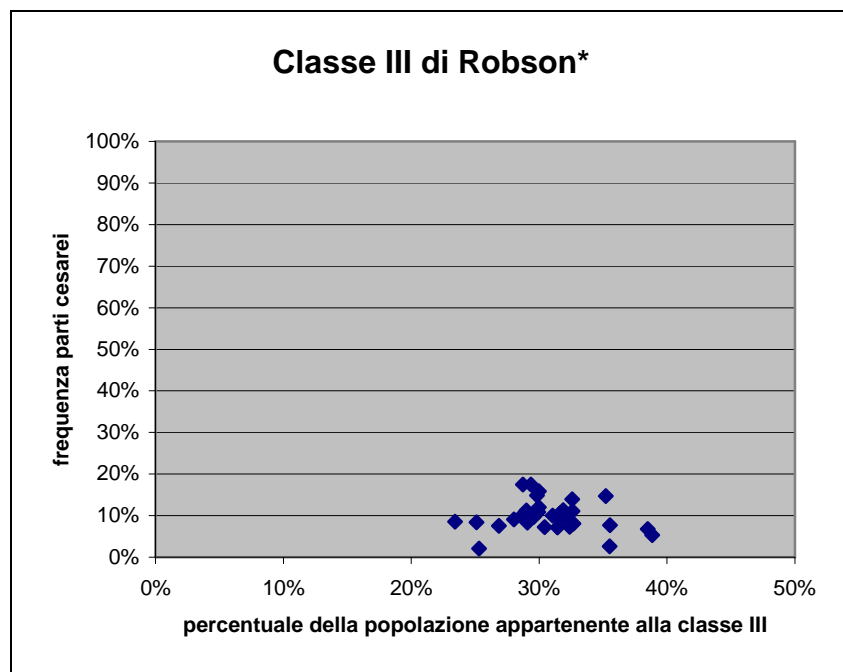


Grafico 50. Frequenza dei parti cesarei nella classe III

* pluripare, parto a termine, travaglio spontaneo, feto singolo, presentazione cefalica

	% popolazione	frequenza TC
Martini	29,0%	11,2%
Maria Vittoria	29,1%	8,3%
Rivoli	32,6%	13,9%
Susa	31,6%	10,5%
Ciriè	35,5%	7,7%
Chivasso	29,4%	17,4%
Chieri	31,4%	7,2%
Moncalieri	32,6%	11,1%
Carmagnola	35,2%	14,7%
Ivrea	30,4%	7,3%
Cuorgnè	25,3%	2,1%
Pinerolo	31,1%	10,0%
Vercelli	32,1%	9,2%
Borgosesia	29,8%	14,9%
Biella	31,9%	11,3%
Borgomanero	32,7%	8,1%
Domodossola	32,4%	7,3%
Verbania	29,6%	9,7%
Mondovì	31,7%	9,7%
Ceva	30,0%	15,9%
Savigliano	38,8%	5,3%
Alba	35,5%	2,6%
Bra	29,9%	10,9%
Tortona	26,9%	7,5%
Casale M	28,7%	17,5%
Novi L.	28,0%	9,1%
Acqui T.	30,0%	12,0%
S. Anna	25,1%	8,4%
Novara	28,9%	10,1%
Cuneo	38,5%	6,8%
Alessandria	23,4%	8,5%
Mauriziano	28,6%	9,9%

Alla classe III di Robson appartiene il 27,8 % della popolazione in esame, con variabilità compresa fra il 23,4% del PN di Alessandria ed il 38,8% del PN di Savigliano. La frequenza dei TC varia tra l'2,1 di Cuorgnè ed il 17,5% di Casale e Chivasso.

La media regionale di TC nella classe è del 10%. Data la tipologia della popolazione appartenente a questa classe il tasso di TC atteso dovrebbe essere molto basso; nella Regione E.R., nella maggior parte dei PN, il tasso di TC in questa classe è inferiore al 5%, mentre in Piemonte due soli PN al di sotto del 5% e 14 sono al di sopra del 10%.

Robson, mette in guardia, di fronte a tassi superiori all'atteso (pari all'1-2%), dicendo che potrebbero essere dovuti all'inclusione in questa classe di donne di cui non si è accuratamente valutata l'anamnesi ostetrica, strumento che potrebbe farle più correttamente affluire ad altre classi.

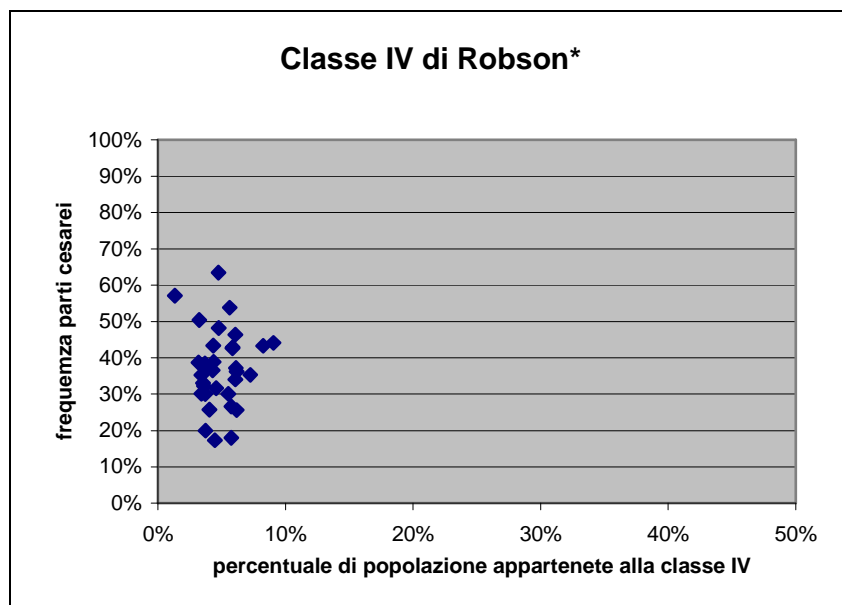


Grafico 51. Frequenza dei parti cesarei nella classe IV

* pluripare, parto a termine, travaglio assente (= travaglio indotto + TC fuori travaglio), feto singolo, presentazione cefalica

	% popolazione	frequenza TC
Martini	5,9%	43,0%
Maria Vittoria	4,5%	31,7%
Rivoli	3,2%	50,5%
Susa	3,7%	30,0%
Ciriè	4,5%	17,3%
Chivasso	4,3%	36,6%
Chieri	5,5%	30,1%
Moncalieri	3,4%	30,2%
Carmagnola	3,6%	32,2%
Ivrea	5,8%	42,7%
Cuorgnè	6,2%	25,6%
Pinerolo	3,2%	38,7%
Vercelli	1,3%	57,1%
Borgosesia	9,1%	44,1%
Biella	6,2%	36,2%
Borgomanero	4,0%	25,8%
Domodossola	3,7%	38,5%
Verbania	6,1%	34,1%
Mondovì	8,2%	43,3%
Ceva	5,6%	53,8%
Savigliano	3,5%	33,0%
Alba	3,7%	20,0%
Bra	6,1%	46,4%
Tortona	4,4%	38,9%
Casale M.	4,7%	63,5%
Novi L.	4,8%	48,2%
Acqui T.	6,1%	37,3%
S. Anna	7,2%	35,3%
Novara	5,7%	26,7%
Cuneo	3,4%	35,2%
Alessandria	5,8%	18,0%
Mauriziano	4,3%	43,4%

Alla classe IV di Robson appartiene il 5,4 % della popolazione in esame, con variabilità compresa fra, lo 1,3 % di Vercelli ed il 9,1% del PN di Borgosesia. La frequenza dei TC varia fra il 17,3 % del PN di Ciriè, ed il 63,5 % del PN di Casale.

Sembra abbastanza singolare che due PN della stessa zona (ASL 11) si pongano alle estremità opposte della distribuzione relativa alla percentuale di popolazione afferente appartenente alla classe IV.

La media regionale di TC nella classe è 37,1%.

Sono sopra il 40% 6 PN di I livello, 4 di II e 1 di III.

In analogia alla classe II, una migliore lettura deriverebbe dalla scomposizione nelle due sotto-popolazioni (induzione travaglio e TC prima del travaglio), la cui gestione è ampiamente influenzata dalle decisioni dei singoli operatori.

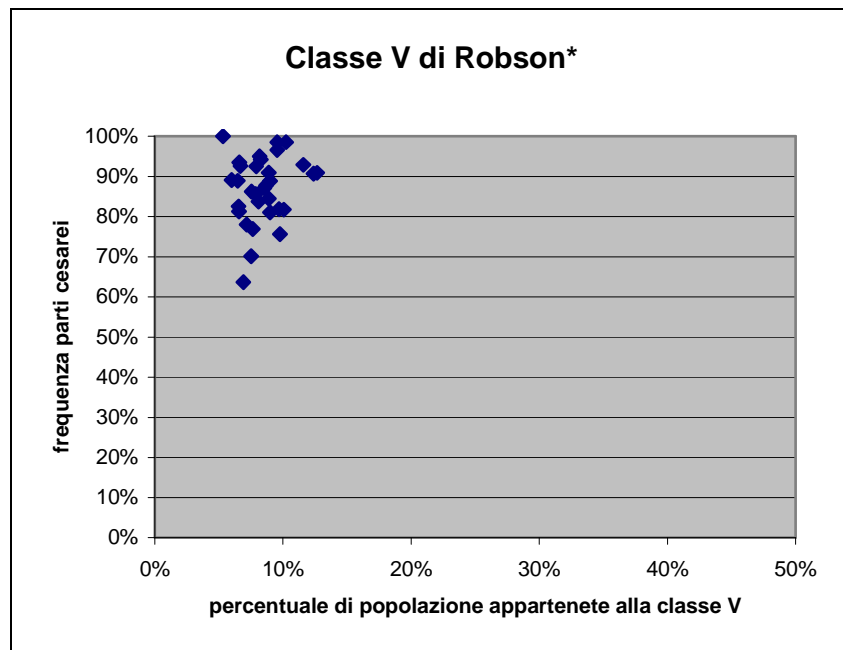


Grafico 52. Frequenza dei parti cesarei nella classe V

* **pregresso TC**, parto a termine, feto singolo, presentazione cefalica

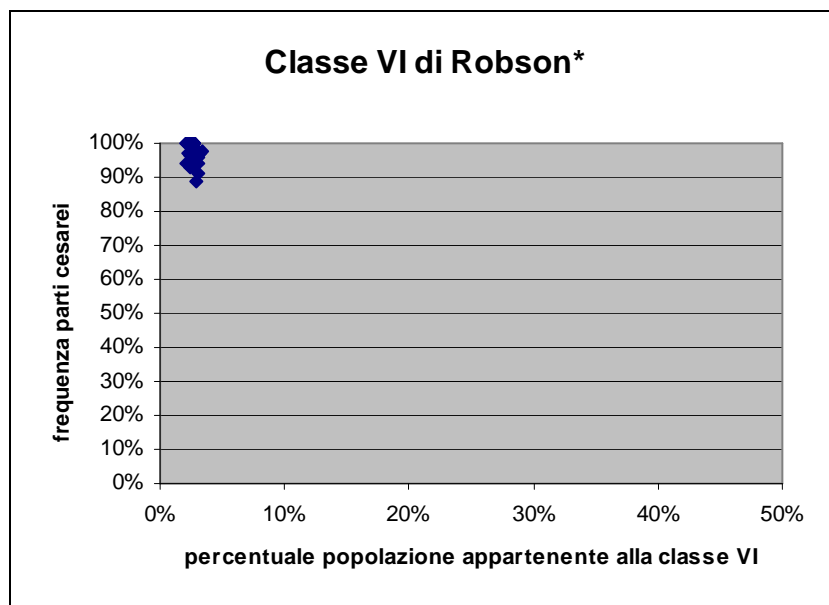
	% popolazione	frequenza TC
Martini	8,7%	87,8%
Maria Vittoria	6,5%	82,5%
Rivoli	8,9%	91,0%
Susa	6,7%	92,6%
Ciriè	7,5%	70,1%
Chivasso	12,4%	90,7%
Chieri	6,6%	93,5%
Moncalieri	8,9%	84,4%
Carmagnola	9,0%	81,1%
Ivrea	9,6%	98,5%
Cuorgnè	10,2%	98,5%
Pinerolo	8,3%	94,2%
Vercelli	9,0%	88,8%
Borgosesia	5,3%	100,0%
Biella	7,6%	76,9%
Borgomanero	7,2%	78,0%
Domodossola	7,6%	86,3%
Verbania	7,9%	85,6%
Mondovì	10,1%	81,7%
Ceva	12,7%	90,9%
Savigliano	6,6%	81,3%
Alba	9,8%	75,6%
Bra	9,5%	96,6%
Tortona	8,2%	95,0%
Casale M	11,6%	92,9%
Novi L.	7,9%	92,5%
Acqui T.	6,5%	88,9%
S. Anna	8,1%	83,7%
Novara	9,7%	81,8%
Cuneo	6,9%	63,7%
Alessandria	6,0%	89,1%
Mauriziano	8,6%	87,1%

Alla classe V di Robson appartiene l'8,4% della popolazione in esame, con variabilità compresa fra il 5,3% del PN di Borgosesia ed il 12,7% del PN di Ceva. La frequenza dei TC varia tra il 63,7% del PN di Cuneo ed il 100% del PN di Borgosesia.

La media regionale di TC nella classe è 87%.

Sono sotto l'80% 5 PN di cui 3 di II livello e 2 di III livello. Sono sopra il 90% 10 PN di I livello e 4 di II, nessuno di III.

Tale dato in generale indica come sia poco diffusa nella nostra realtà il travaglio di prova dopo TC; in particolare il fatto che le percentuali più alte siano fra i PN di I livello potrebbe essere indice di un problema organizzativo relativo alla disponibilità della sala operatoria 24/24.



	%popolazione	frequenza TC
Martini	3,1%	91,1%
Maria Vittoria	2,6%	95,0%
Rivoli	2,6%	96,4%
Susa	2,7%	100,0%
Ciriè	2,2%	96,8%
Chivasso	2,5%	93,8%
Chieri	2,7%	96,0%
Moncalieri	2,8%	97,7%
Carmagnola	2,7%	97,8%
Ivrea	2,8%	97,4%
Cuorgnè	2,6%	97,1%
Pinerolo	2,4%	100,0%
Vercelli	2,3%	100,0%
Borgosesia	3,1%	94,3%
Biella	2,8%	100,0%
Borgomanero	2,6%	98,8%
Domodossola	2,5%	100,0%
Verbania	2,7%	100,0%
Mondovì	2,6%	95,2%
Ceva	2,7%	100,0%
Savigliano	2,1%	93,8%
Alba	2,5%	96,1%
Bra	2,9%	88,9%
Tortona	2,3%	96,6%
Casale M	2,1%	100,0%
Novi L.	2,0%	100,0%
Acqui T.	3,0%	96,0%
S. Anna	3,4%	97,8%
Novara	3,0%	97,5%
Cuneo	3,2%	97,0%
Alessandria	2,8%	93,1%
Mauriziano	2,4%	93,1%

Grafico 53. Frequenza dei parti cesarei nella classe VI

* primipare, feto singolo, presentazione podalica

Alla classe VI di Robson appartiene il 2,4% della popolazione in esame. La frequenza dei TC varia tra il 91,1% del PN del Martini ed il 100% dei PN di Susa, Pinerolo, Biella, Vercelli, Verbania, Domodossola, Ceva, Casale, Novi Ligure. Escluso il PN di Bra, con l'88,9% di TC, tutti gli altri PN hanno tassi di TC al di sopra del 90%.

La media regionale di TC nella classe è del 97%.

La dispersione della percentuale della popolazione afferente ai diversi PN è minima. Anche la dispersione dei TC appare minima.

La politica assistenziale per questa classe di partorienti si è consolidata negli anni verso il TC elettivo.

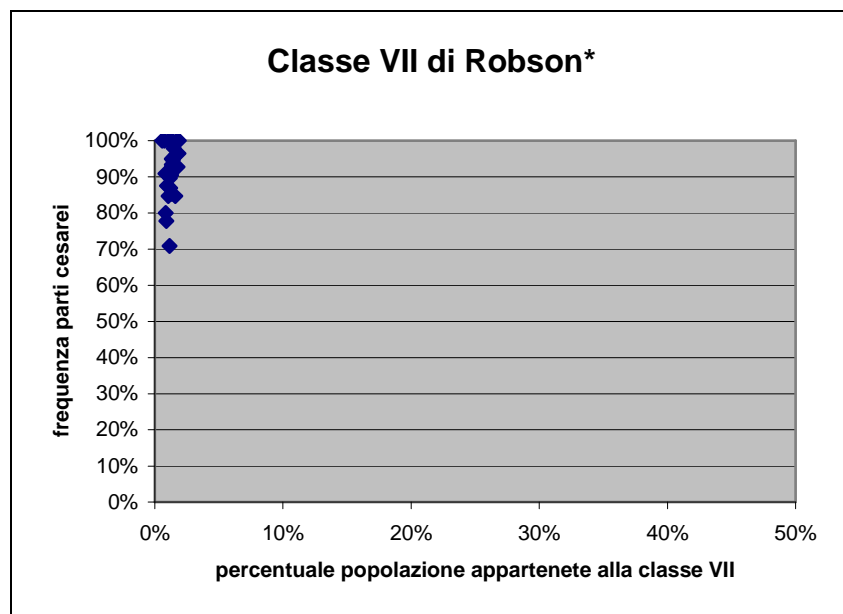


Grafico 54. Frequenza dei parti cesarei nella classe VII

*pluripare, feto singolo, presentazione podalica

	% popolazione	frequenza TC
Martini	1,3%	85,3%
Maria Vittoria	1,3%	95,0%
Rivoli	1,0%	90,6%
Susa	1,1%	100,0%
Ciriè	1,1%	90,3%
Chivasso	1,2%	87,0%
Chieri	1,2%	100,0%
Moncalieri	1,4%	92,9%
Carmagnola	1,3%	90,5%
Ivrea	1,4%	100,0%
Cuornè	0,8%	90,9%
Pinerolo	1,5%	95,3%
Vercelli	1,0%	87,5%
Borgosesia	1,3%	93,3%
Biella	1,4%	94,9%
Borgomanero	1,5%	97,9%
Domodossola	0,8%	100,0%
Verbania	1,9%	100,0%
Mondovì	1,6%	84,6%
Ceva	0,6%	100,0%
Savigliano	1,8%	96,5%
Alba	0,9%	77,8%
Bra	1,7%	100,0%
Tortona	1,1%	84,6%
Casale M	1,2%	100,0%
Novi L.	0,8%	80,0%
Acqui T.	1,0%	87,5%
S. Anna	1,6%	96,0%
Novara	1,8%	92,8%
Cuneo	1,1%	70,8%
Alessandria	1,4%	94,6%
Mauriziano	1,2%	89,7%

Alla classe VII di Robson appartiene l'1,2 % della popolazione in esame. La frequenza dei TC varia tra il 70,8% del PN di Cuneo ed il 100% dei PN di Susa, Chieri, Ivrea, Domodossola, Verbania, Ceva, Bra e Casale.

La media regionale di TC nella classe è del 92%.

Non si evidenzia alcuna dispersione in termini di percentuale di popolazione afferente ai diversi PN.

Anche in questo classe, se pur con una variabilità un po' più ampia rispetto alla classe precedente, si evidenzia una tendenza generalizzata verso il TC.

Sulle classe VII, VIII e IX, per i PN con natalità bassa, il peso percentuale della classe esprime una numerosità poco elevata che rende il dato del tasso di TC distorto (poche unità di TC su poche unità di donne appartenenti alla classe) rispetto al tasso dei PN con natalità più alta.

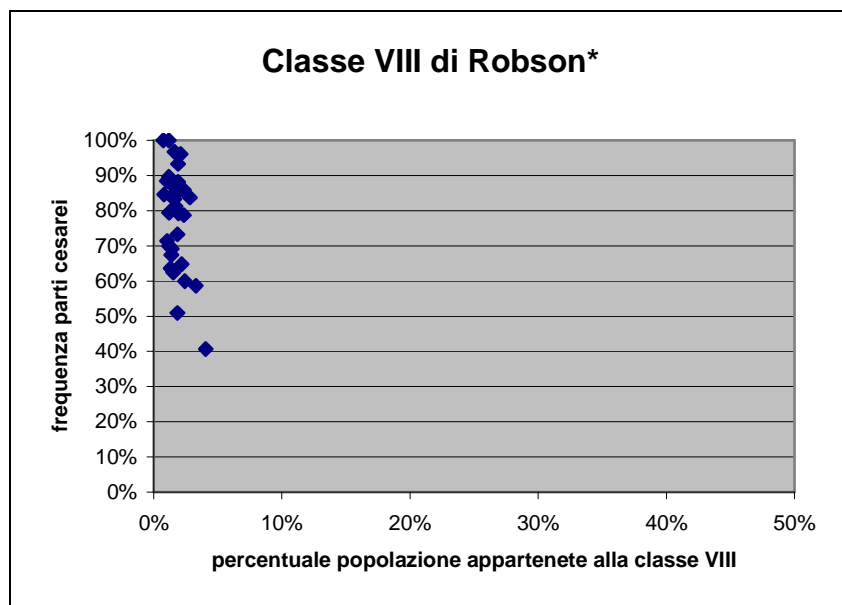


Grafico 55. Frequenza dei parti cesarei nella classe VIII

* gravidanze multiple

	% popolazione	frequenza TC
Martini	1,0%	88,5%
Maria Vittoria	1,3%	87,8%
Rivoli	1,2%	79,5%
Susa	0,7%	100,0%
Ciriè	1,9%	50,9%
Chivasso	1,6%	96,8%
Chieri	1,7%	81,3%
Moncalieri	1,9%	88,1%
Carmagnola	1,2%	70,0%
Ivrea	3,3%	58,7%
Cuornè	4,1%	40,7%
Pinerolo	1,4%	67,5%
Vercelli	1,9%	93,3%
Borgosesia	1,6%	83,3%
Biella	1,8%	86,3%
Borgomanero	0,8%	84,6%
Domodossola	1,5%	62,5%
Verbania	1,9%	79,3%
Mondovì	1,8%	73,3%
Ceva	2,0%	85,7%
Savigliano	2,4%	60,0%
Alba	1,0%	71,4%
Bra	1,4%	69,2%
Tortona	2,1%	96,2%
Casale M.	1,2%	100,0%
Novi L.	1,8%	85,7%
Acqui T.	1,3%	63,6%
S. Anna	2,4%	78,8%
Novara	2,3%	85,9%
Cuneo	2,2%	64,8%
Alessandria	2,8%	83,8%
Mauriziano	1,2%	89,7%

Alla classe VIII di Robson appartiene l'1,2% della popolazione in esame con poca dispersione tra i PN. La frequenza dei TC varia tra il 40,7 % del PN di Cuornè ed il 100% dei PN di Susa e Casale M..

La percentuale di popolazione afferente presenta un picco nei PN della ASL 9 (Ivrea e Cuornè).

La classe VIII essendo definita solo sul criterio della gemellarità non consente confronti significativi rispetto ai tassi di TC fra i vari PN.

Robson commenta i tassi di questa classe con l'affermazione che non ci sono evidenze scientifiche che il TC influenzi la mortalità e la morbilità neonatale, anche se il ricorso al TC, in questa classe, è ancora molto frequentemente utilizzato.

I dati relativi alla regione Piemonte confermano questa affermazione.

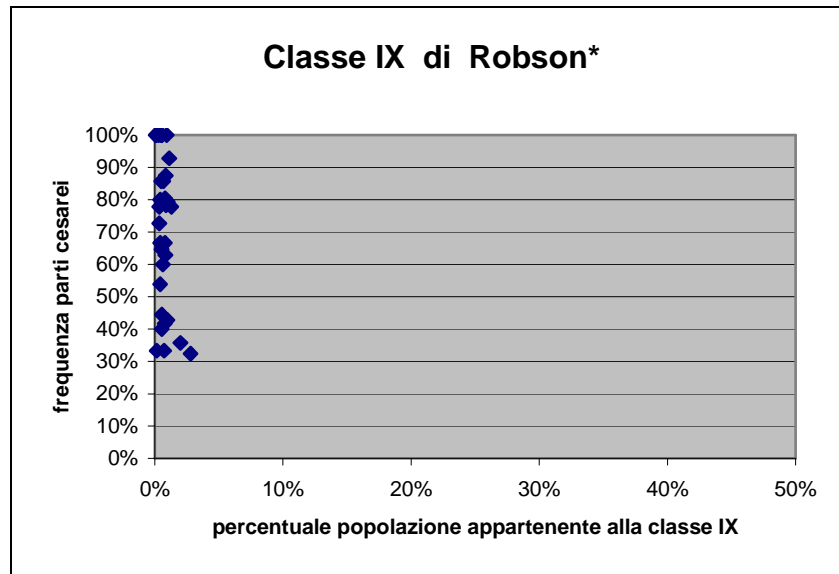


Grafico 56. Frequenza dei parti cesarei nella classe IX

* feto singolo, presentazione anomala

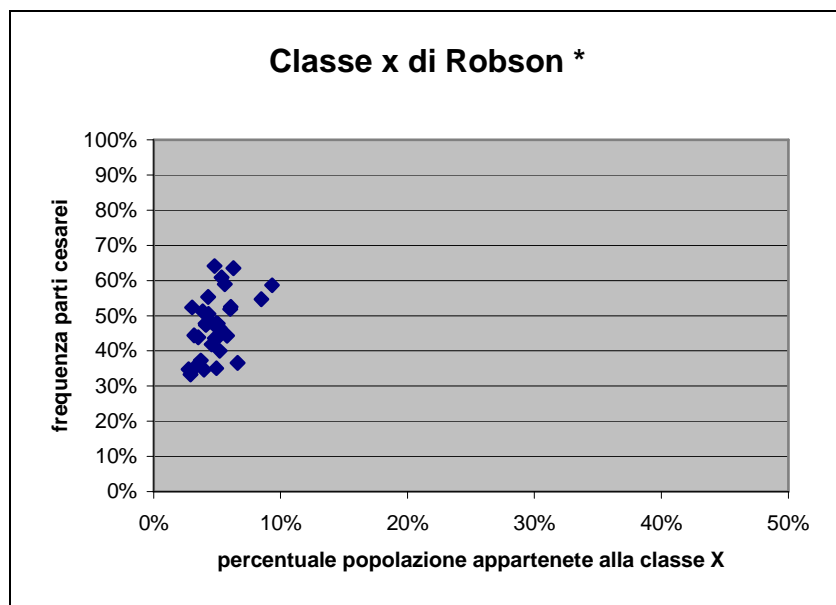
	% popolazione	frequenza TC
Martini	0,4%	77,8%
Maria Vittoria	0,4%	72,7%
Rivoli	0,5%	64,7%
Susa	0,5%	100,0%
Ciriè	1,0%	42,9%
Chivasso	0,9%	100,0%
Chieri	0,9%	87,5%
Moncalieri	0,4%	53,8%
Carmagnola	0,5%	44,4%
Ivrea	2,0%	35,7%
Cuornè	2,8%	32,4%
Pinerolo	0,4%	66,7%
Vercelli	0,6%	100,0%
Borgosesia	0,8%	66,7%
Biella	0,5%	85,7%
Borgomanero	0,1%	100,0%
Domodossola	0,7%	85,7%
Verbania	0,1%	100,0%
Mondovì	0,6%	60,0%
Ceva	1,3%	77,8%
Savigliano	0,8%	41,7%
Alba	0,1%	33,3%
Bra	0,5%	40,0%
Tortona	1,1%	92,9%
Casale M.	0,5%	100,0%
Novi L.	0,4%	80,0%
Acqui T.	0,7%	33,3%
S. Anna	0,8%	80,5%
Novara	1,0%	79,5%
Cuneo	0,8%	62,9%
Alessandria	0,9%	78,3%
Mauriziano	0,3%	100,0%

Alla classe IX di Robson appartiene lo 0,7% della popolazione in esame. La frequenza del TC varia fra il 32,4% del PN di Cuornè al 100% del PN dei PN di Susa, Chivasso, Vercelli, Borgomanero, Verbania, Casale M., Mauriziano.

La media regionale di TC nella classe è del 71,2%.

Non si evidenzia alcuna dispersione in termini di percentuale di popolazione afferente ai diversi PN.

In questo classe si evidenzia una disomogeneo ricorso al TC probabilmente imputabile al fatto che la presentazione anomala è prevalentemente associata a multiparità e prematuranza che non vengono distinte all'interno della classe.



	% popolazione	frequenza TC
Martini	5,1%	44,3%
Maria Vittoria	6,6%	36,6%
Rivoli	3,5%	43,9%
Susa	4,8%	43,6%
Ciriè	3,2%	35,2%
Chivasso	4,3%	50,6%
Chieri	2,9%	33,3%
Moncalieri	5,3%	60,8%
Carmagnola	4,1%	47,8%
Ivrea	5,2%	46,6%
Cuorgnè	5,0%	47,8%
Pinerolo	5,8%	44,4%
Vercelli	4,8%	47,4%
Borgosesia	3,2%	44,4%
Biella	4,5%	48,4%
Borgomanero	5,2%	40,0%
Domodossola	3,9%	51,2%
Verbania	4,9%	35,1%
Mondovì	4,8%	64,1%
Ceva	3,0%	52,4%
Savigliano	4,6%	41,8%
Alba	3,7%	37,3%
Bra	4,1%	47,4%
Tortona	4,0%	34,7%
Casale M	4,3%	55,3%
Novi L.	6,3%	63,5%
Acqui T.	2,8%	34,8%
S. Anna	9,3%	58,7%
Novara	6,1%	52,5%
Cuneo	5,6%	59,0%
Alessandria	8,5%	54,8%
Mauriziano	5,0%	47,9%

Grafico 57. Frequenza dei parti cesarei nella classe X

* feto singolo, presentazione cefalica, pretermine

Alla classe X di Robson appartiene il 6,2 % della popolazione in esame. La percentuale di popolazione afferente varia dal 2,8 % di Acqui T. e 2,9 % di Chieri al 9,3 % del Sant'Anna. La frequenza dei TC varia tra il 34,7% del PN di Tortona, 34,8 % di Acqui Terme al 64,1% di Mondovì.

La media regionale di TC nella classe è del 47%.

La percentuale di afferenza maggiore è nei PN di III livello, effetto della concentrazione delle gravidanze a rischio. La classe comprende tutte le età gestazionali inferiori a 37 settimane. Distinguendo in due sottopopolazioni (<= 32 settimane e tra 33-36) la dispersione evidenzia che in alcuni PN, tutti di I livello, non sono stati assistiti parti sotto le 33 settimane, mentre per quanto riguarda il ricorso al TC le dispersioni sono sovrapponibili.

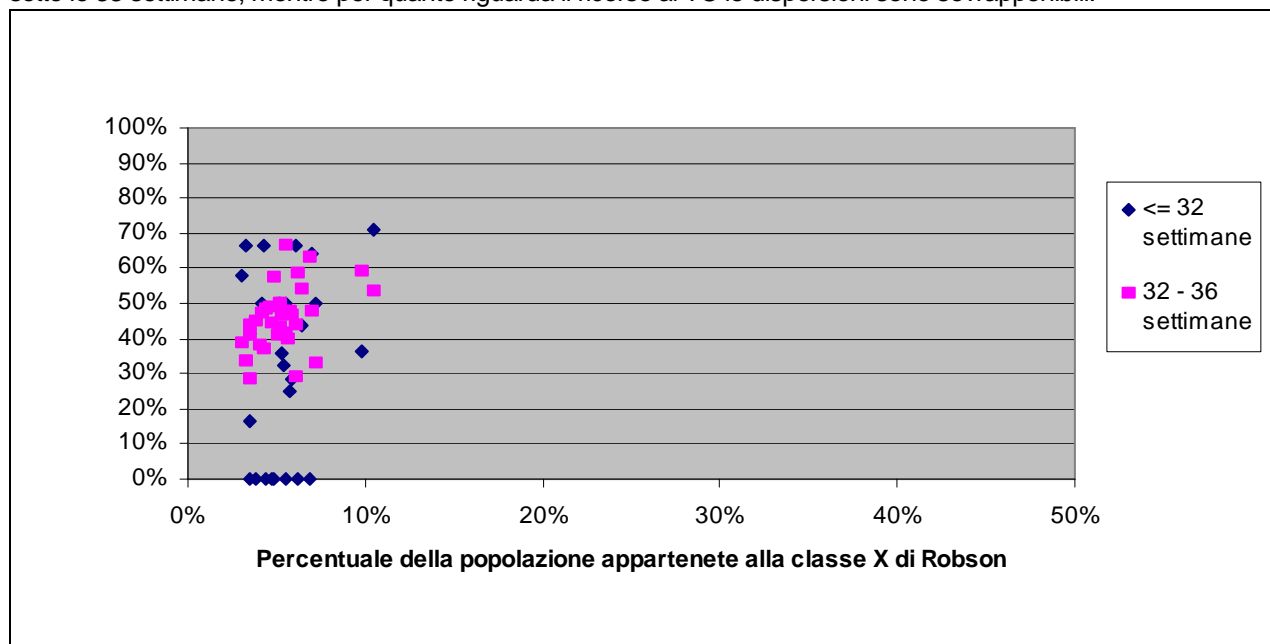


Grafico 58. Frequenza dei parti cesarei nella classe X per eta gestazionale

4.6.2 Considerazioni finali

La classe I di Robson, che è la più numerosa, presenta un'ampia variabilità di ricorso al TC fra i diversi PN riconducibile a diversi modelli assistenziali. Questa classe, pur essendo composta da donne con decorso di gravidanza e travaglio apparentemente fisiologico, contribuisce al 18 % del totale dei TC. Data la variabilità del tasso di TC fra PN, sarebbe auspicabile un confronto tra clinici al fine di produrre una omogeneizzazione dei modelli assistenziali, per l'assistenza al travaglio di parto, orientata ad imitare quelli adottati dai PN nascita con tassi minori (che contrariamente a quanto ci si potrebbe aspettare, non corrispondono alle strutture di I livello). La scomposizione all'interno della classe fra TC elettivi e TC in travaglio, evidenzia infatti che il peso maggiore è costituito proprio dai TC in travaglio.

La classe III, analoga alla I, ma costituita da donne pluripare, presente con prevalenza leggermente inferiore, ha una variabilità più ristretta, indice che in questo ambito è minore la differenza fra modelli assistenziali.

Le classi II e IV caratterizzate dalla assenza di travaglio, contribuiscono in modo piuttosto differente al tasso di TC complessivo, 19,4 % per la classe II e 6,1 % per la classe IV.

La classe V di Robson, è quella che più contribuisce al tasso di TC complessivo, con il 23,5 %. Anche se la probabilità di ricorrere al TC per una donna che affronta un travaglio di prova è più alta rispetto ad una donna che non ha avuto nessun TC⁵³, la presenza di PN con tassi oltre l'80%, indica che la politica del TC elettivo per il pregresso TC è presente in molti PN della Regione.

All'interno delle restanti classi, i tassi di TC sono elevati, anche se con variabilità ampia, sinonimo di politiche assistenziali che protendono, in situazioni dove è presente un rischio fetale, quali presentazione podalica e anomala, gemellarità, prematuranza, a ricorrere al TC come soluzione per il parto.

Una possibile politica rivolta al contenimento dei tassi di TC potrebbe cominciare proprio dalle classi I, III e V. Queste classi, che corrispondono al 71 % della popolazione considerata, potrebbero costituire l'ambito di lavoro su cui progettare a breve termine un processo di riforma ed omogeneizzazione dei modelli assistenziali.

⁵³ Vedi rapporto Cedap Emilia Romagna 2004.

4.7 Posizione assunta per il parto

Rispetto alla posizione assunta durante il parto, fra le donne che hanno partorito spontaneamente (e senza parto operativo), nonostante non esistano evidenze da studi controllati che indichino che la posizione supina vada incoraggiata rispetto ad altre posizioni⁵⁴⁻⁵⁵, la percentuale della posizione litotomica è molto elevata.

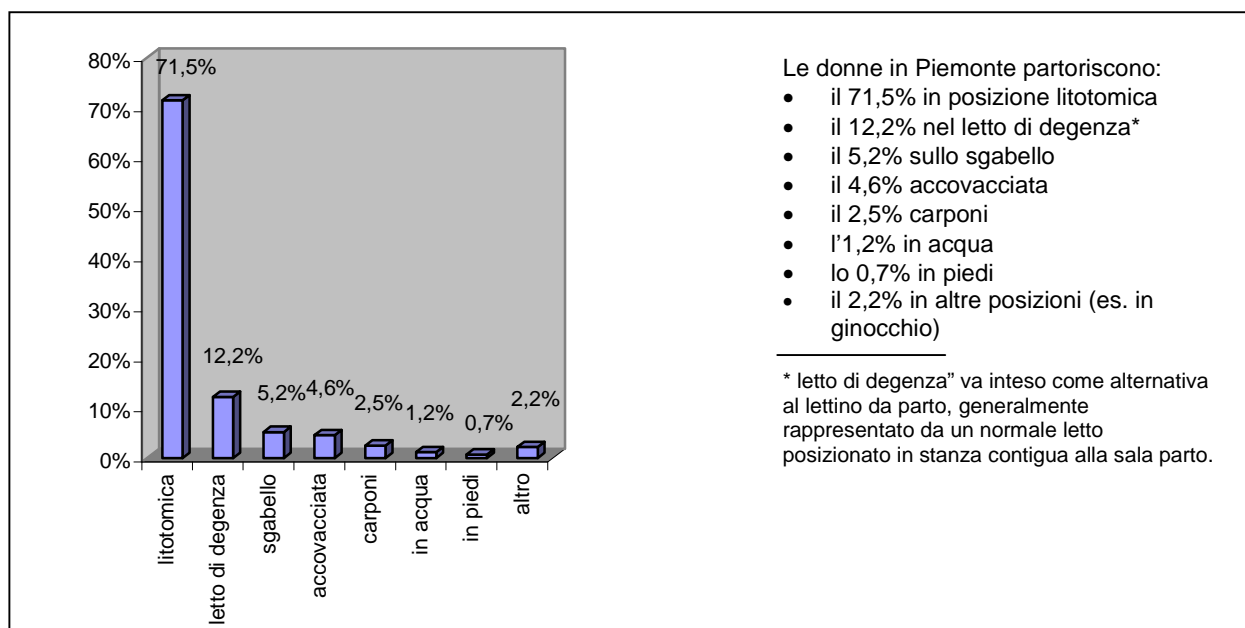


Grafico 59. Posizione assunta durante il parto

La distribuzione della posizione litotomica, se considerata per PN presenta grosse disomogeneità

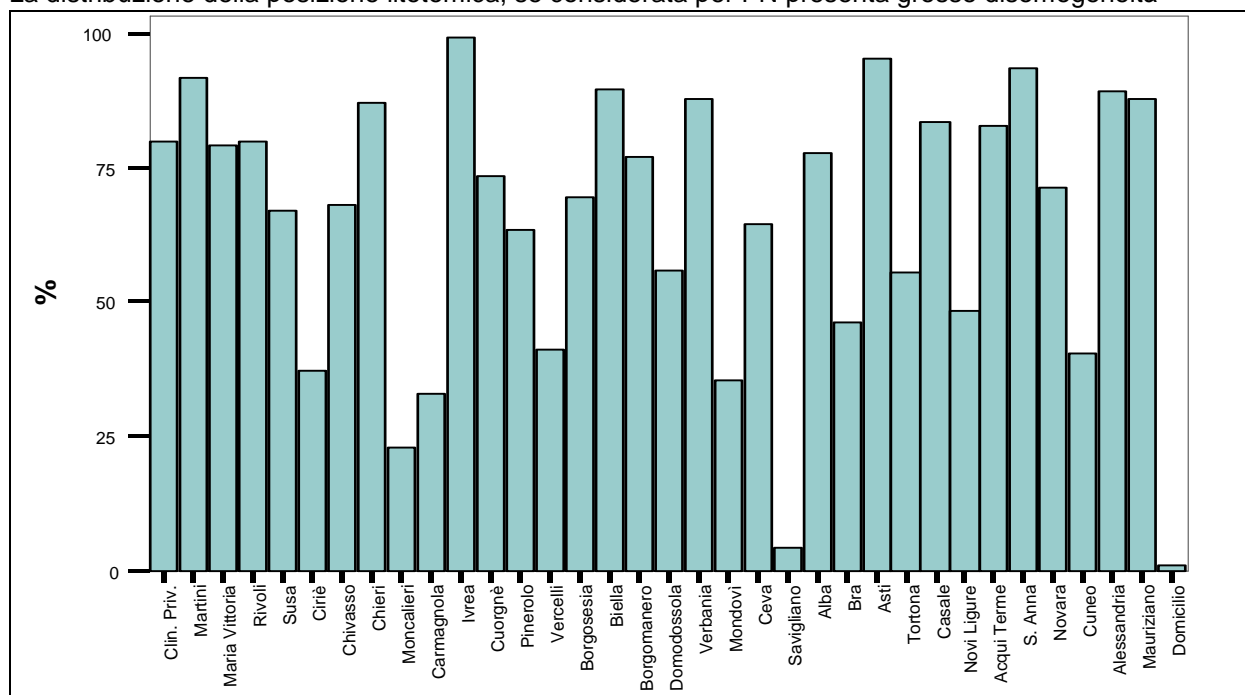


Grafico 60. Frequenza della posizione litotomica nei vari punti nascita

⁵⁴ Enkin M, Keirse M et coll. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Third edition, Oxford University Press, 2002.

⁵⁵ Evidenze più recenti indicano inoltre che le posizioni diverse da quella supina sono in alcuni casi più vantaggiose per il parto rispetto a quella litotomica. L'indicazione delle società scientifiche è di informare la donna perché possa scegliere la posizione che preferisce assumere per partorire il suo bambino (Gupta JK, Hofemeyer GJ, Smyth R. Position in the second stage of labour for women without epidural anesthesia. Cochrane Pregnancy and childbirth Group, Cochrane Database of Systematic reviews. 4, 2006).

Fra i PN che incoraggiano posizioni al parto diverse da quella litotomica troviamo Savigliano (4,2% di posizione litotomica), Moncalieri (22,8%) e Ciriè (37,3%); fra i PN dove le donne partoriscono quasi esclusivamente in posizione litotomica troviamo Ivrea (99,3%; il restante 0,4%, letto di degenza e lo 0,2% accovacciata), Asti (95,3%), S. Anna (93,5%) e Martini (91,7%). Le donne che scelgono di partorire a casa utilizzano la posizione litotomica nell'1% dei parti.

Il dato pone delle perplessità circa il fatto che fra la fine degli anni Novanta e l'inizio del Duemila quasi tutte le sale parto presenti nei diversi PN sono state ristrutturate al fine di rendere la donna libera di muoversi durante il travaglio.

4.8 Danni perineali

Da alcuni anni le società scientifiche si riferiscono agli esiti del parto, in merito alle condizioni del perineo, facendo riferimento alla definizione di "traumi del tratto genitale", includendo fra questi le lacerazioni spontanee e l'episiotomia^{56,57}. Nei diversi PN della Regione l'uso dell'episiotomia è distribuito come indicato nel seguente grafico.

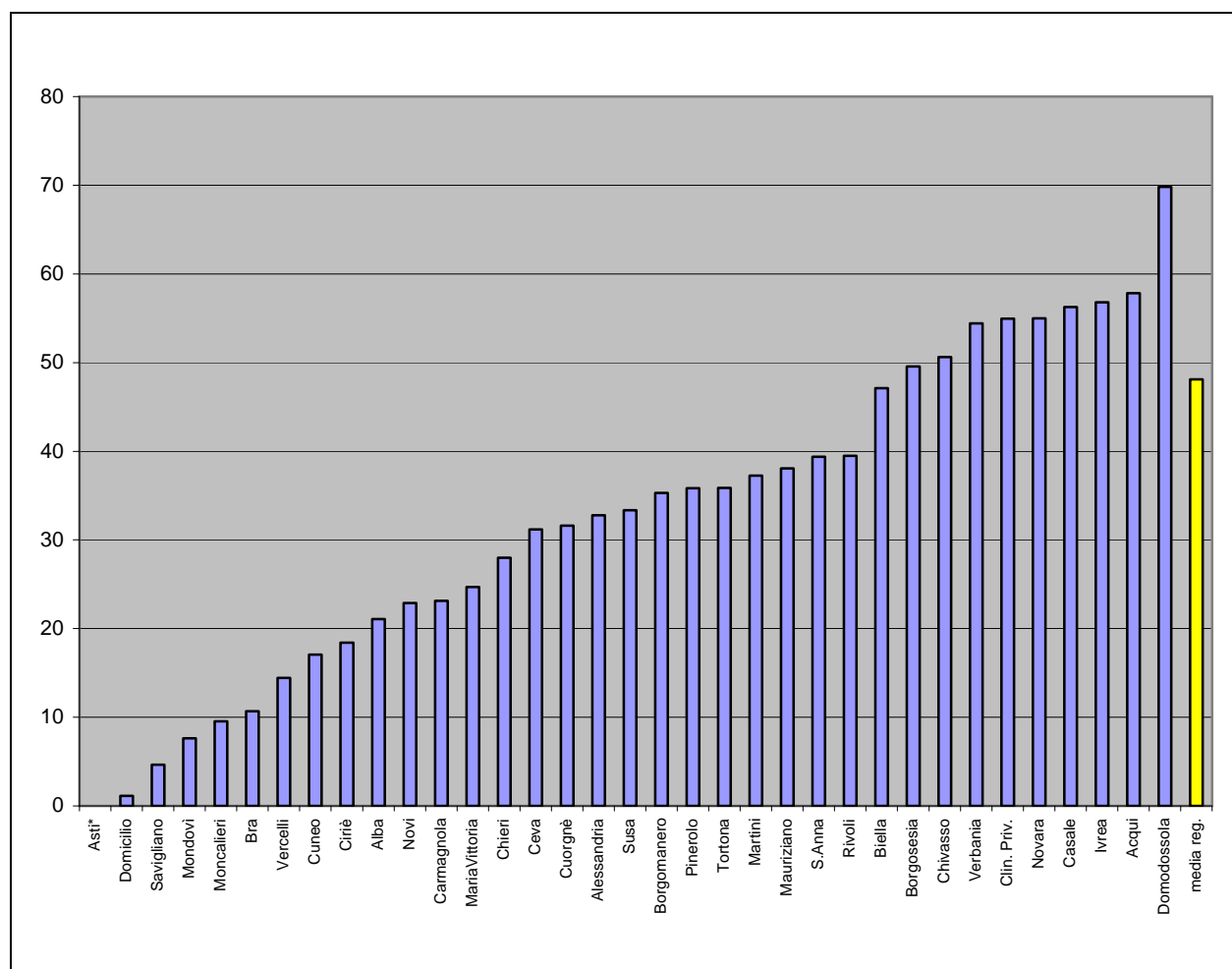


Grafico 61. Frequenza del ricorso all'episiotomia per Punto Nascita

⁵⁶ Beckmann, MM, Garrett, AJ, "Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma". Systematic Review. Cochrane Pregnancy and childbirth Group; Cochrane Database of Systematic reviews. 4, 2006). Tale approccio volto a considerare anche l'episiotomia fra i traumi perineali, rappresenta una svolta culturale per l'assistenza ostetrica. Da anni ormai è dimostrata l'inefficacia dell'episiotomia come prevenzione dell'incontinenza urinaria, considerata come danno perineale permanente.

⁵⁷ La revisione sistematica di Carroli, G; Belizan (Cochrane Database of Systematic reviews. 4, 2006) conclude dicendo che la politica dell'uso restrittivo dell'episiotomia ha numerosi benefici se comparata alla politica dell'uso routinario. Con l'uso restrittivo si hanno minori traumi del perineo posteriore, minori suture e complicazioni post parto, nessuna differenza sugli outcomes neonatali.

Considerando tutti i possibili esiti sul perineo nei parti avvenuti spontaneamente, la distribuzione nei diversi PN è la seguente (grafico 62):

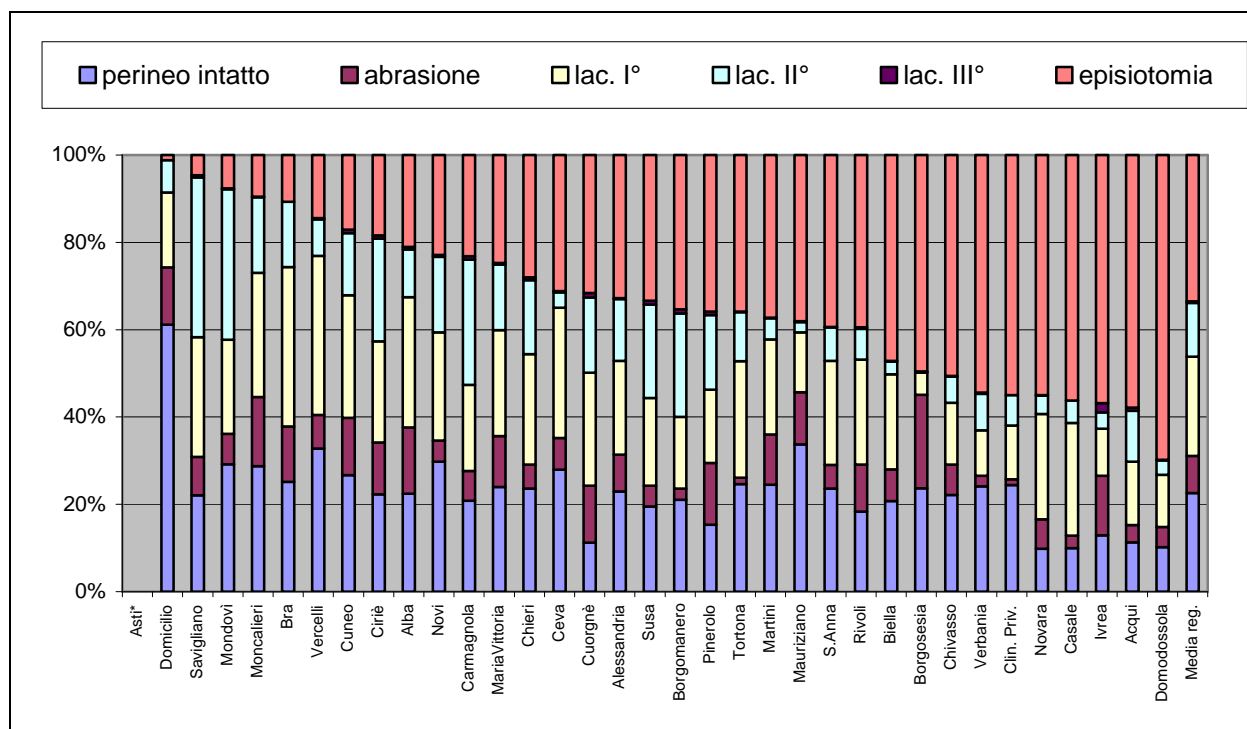


Grafico 62. Frequenza di danni perineali per Punto Nascita

Ordinando per frequenza di ricorso all'episiotomia non si riscontra il paventato effetto che laddove si praticino poche episiotomia sia più alta l'incidenza di lacerazioni.

Diversificando in relazione alla parità, i danni perineali sul totale regionale sono così distribuiti (grafico 63):

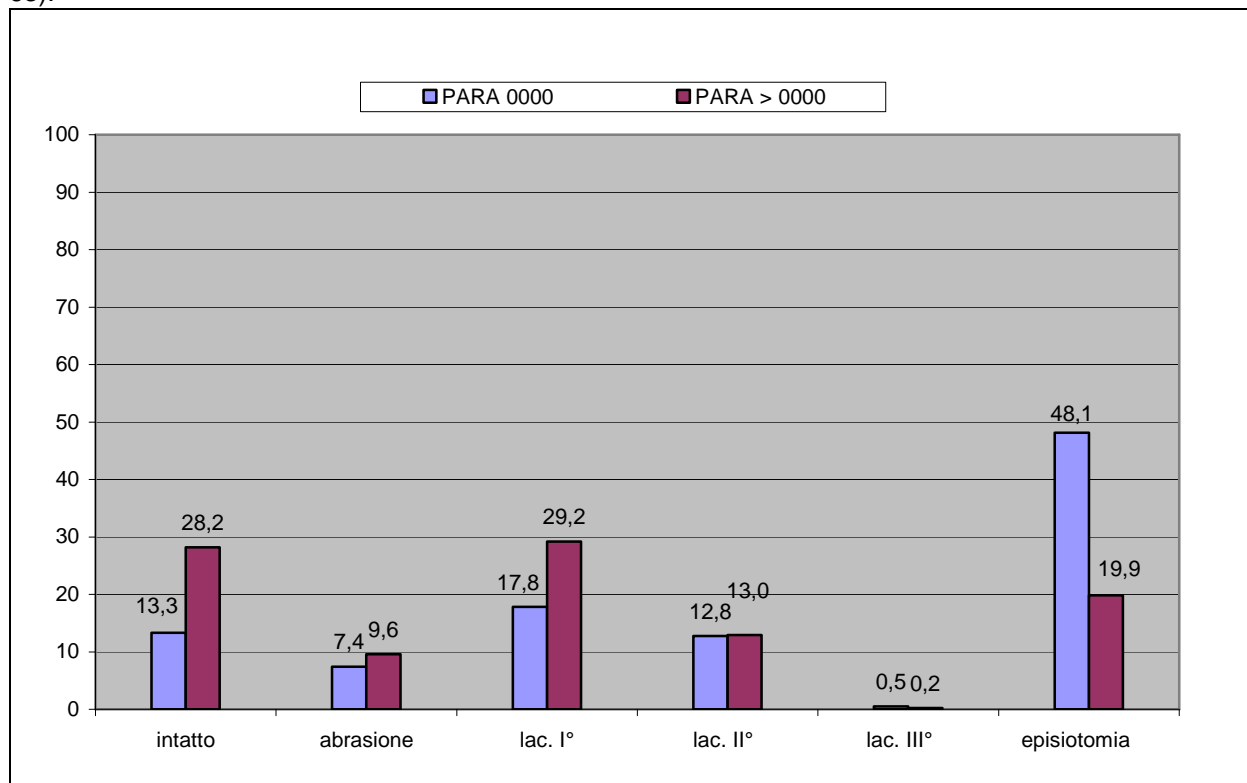


Grafico 63. Danni perineali in donne primipare (in blu) e pluripare (in viola)

4.9 Analgesia in travaglio di parto

In relazione all'uso dell'analgesia per il travaglio di parto (ATP) vi è un problema di quantificazione, poiché la registrazione del dato non è uniforme nei diversi PN; in particolare, il S. Anna non utilizza questa variabile, ma utilizza solo la voce "anestesia"⁵⁸. Tale discrepanza rende difficile la valutazione della diffusione nella Regione Piemonte dell'uso di metodi farmacologici per il dolore del travaglio di parto.

In relazione alla modalità del parto, nei travagli in cui viene praticata ATP – peridurale, non è possibile ad oggi verificare l'incidenza del TC in travaglio, poiché non è presente nel Cedap una variabile che distingue l' ATP - peridurale, dalla anestesia peridurale praticata per il TC in travaglio, quale modalità scelta per l'espletamento del parto. Non possedendo questo dato non è possibile confrontarsi con quanto riportato in letteratura⁵⁹ circa l'uso dell'ATP – perdurale e incidenza del TC.

Nell'esposizione che segue, verrà pertanto valutata sia la distribuzione dell'uso dell'analgesia e sia quella dell'uso dell'anestesia peridurale, come metodi di ATP, nei diversi PN, per i travagli insorti spontaneamente ed al netto dei TC elettivi ed in travaglio.

L'analgesia⁶⁰ nei diversi PN della Regione Piemonte, nei travagli insorti spontaneamente ed al netto dei TC (elettivi e in travaglio), ha per tanto u tasso differente di utilizzo per PN:

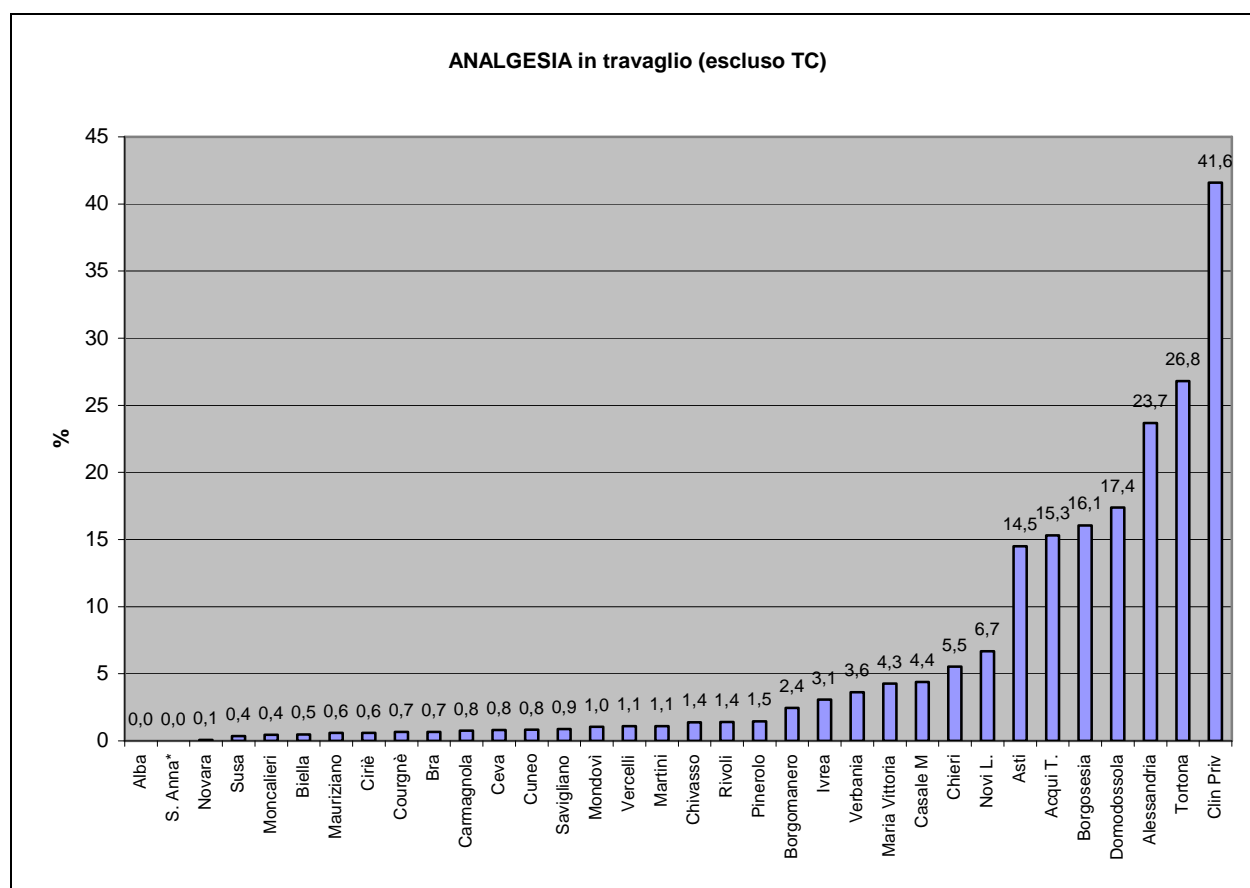


Grafico 64. Ricorso all'analgesia durante il travaglio (al netto dei tagli cesarei) per Punto Nascita

* Dato non trasmesso

⁵⁸ Tale variabile ha le seguenti modalità: nessuna, generale, perdurale, locale.

⁵⁹ La revisione Cochrane del 4° quadrimestre 2006 con clude dicendo che l'analgesia perdurale in travaglio aumenta il rischio di parto strumentale, non riporta un incremento statisticamente significativo dei TC. Attualmente non ci sono però sufficienti elementi per valutare gli effetti avversi potenzialmente gravi sulle donne e sugli outcome neonatali a lungo termine.

⁶⁰ Tale variabile ha le seguenti modalità: sì, no.

L'anestesia peridurale, nei travagli di parto insorti spontaneamente ed al netto dei TC (elettivi e in travaglio), nei diversi PN risulta così utilizzata:

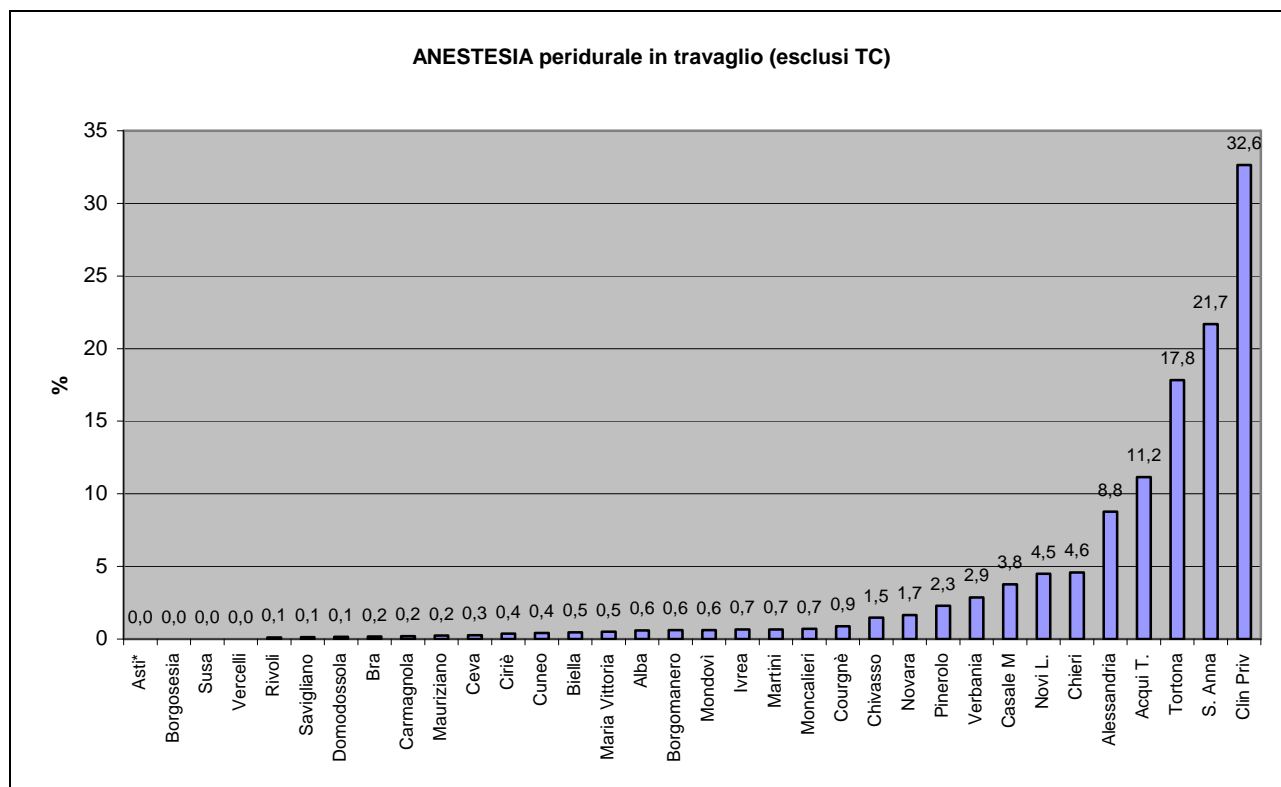


Gráfico 65. Ricorso all'epidurale durante il travaglio (al netto dei tagli cesarei) per Punto Nascita

* Dato non trasmesso

Nei travagli di parto insorti spontaneamente, al netto dei TC (elettivi e in travaglio), la modalità del parto è stata la seguente:

Tabella 52. Modalità del parto, in travagli insorti spontaneamente, al netto dei TC, con uso di ATP

Modalità del parto	Frequenza	Percentuale
Spontaneo	1427	94,4%
PO forcipe	8	0,5%
PO ventosa	76	5,0%
Altro	1	0,1%
Totale	1512	100%

Tabella 53. Modalità del parto, in travagli insorti spontaneamente, al netto dei TC, senza ATP

Modalità del parto	Frequenza	Percentuale
Spontaneo	48456	97,3%
PO forcipe	189	0,4%
PO ventosa	1110	2,2%
Altro	23	0,0%
Totale	49778	100%

Dall'analisi emerge che, nei travagli di parto insorti spontaneamente ed in cui è stata utilizzata ATP, è aumentato il ricorso alla ventosa.

Considerati i limiti di tale analisi, non è pertanto possibile trarre delle conclusioni precise, sia in merito alla diffusione dell'uso dell'ATP nella Regione, sia in merito ai possibili esiti positivi o negativi potenzialmente correlati alle tecniche di ATP.

4.10 Presenze in sala

Rispetto ai *professionisti sanitari* presenti al parto spontaneo, la distribuzione è la seguente (grafico 66):



Grafico 66. Frequenza della presenza degli operatori sanitari in sala parto

Lo stesso dato diversificato per livelli dei PN si distribuisce nel seguente modo (grafico 67):

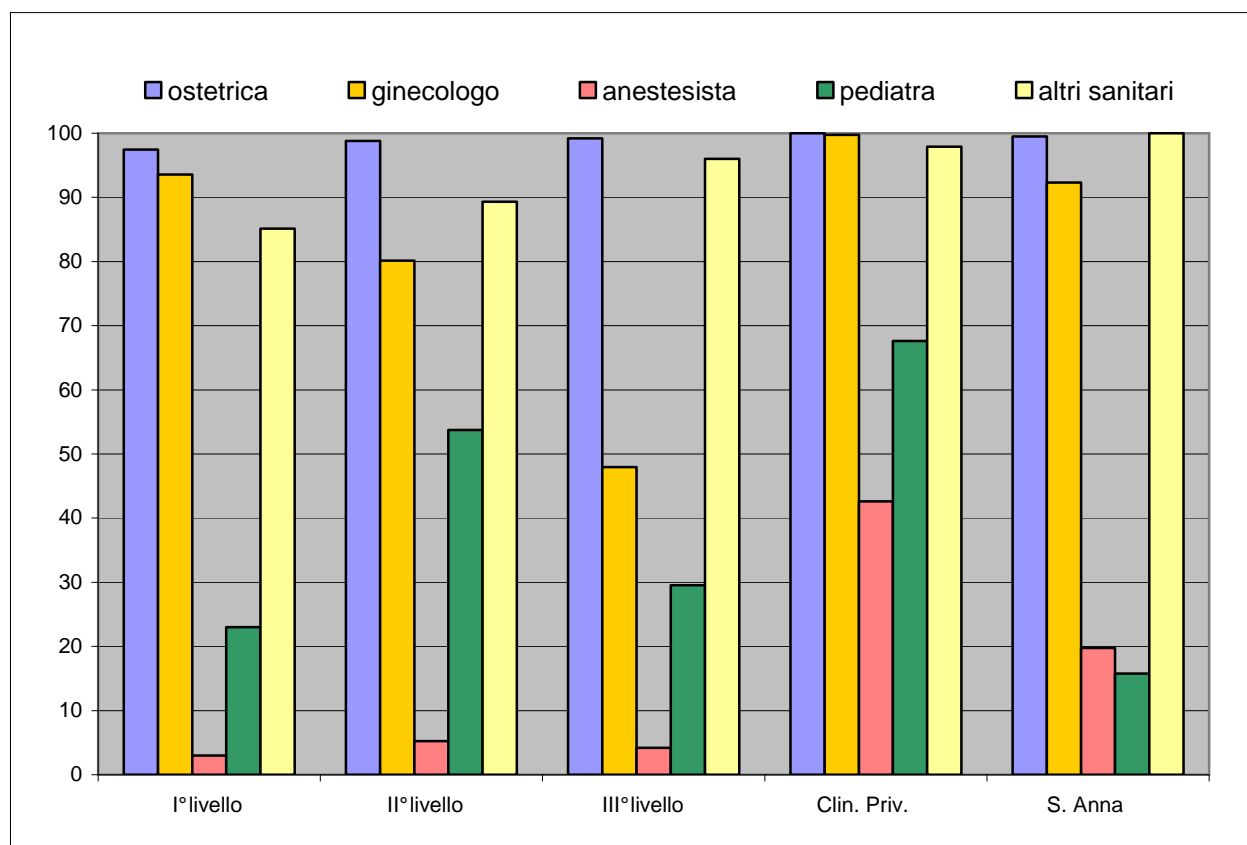


Grafico 67. Professionisti sanitari per livello del PN in parti spontanei

In un parto a basso rischio, da normativa⁶¹ le figure necessarie in sala parto per garantire un'assistenza adeguata, sono l'Ostetrica e altro personale sanitario di supporto (esempio l'operatore

⁶¹ DM 740/94 (art. 1.1, 1.3, 1.5); L.251/2000.

socio – sanitario – OSS – o l'infermiere professionale). Soltanto in situazioni in cui è presente un rischio ostetrico o neonatale è necessaria la presenza del ginecologo o del neonatologo o dell'anestesista⁶². Un numero elevato di professionisti sulla scena del parto sarebbe più plausibile in strutture di III livello che nei livelli inferiori.

Considerato che la produzione di ossitocina è inibita dagli stimoli corticali (luce, rumori, domande, paura, ecc) ne deriva che un ambiente "protetto" per il travaglio promuove una fisiologica evoluzione dello stesso. Un elevato numero di persone in sala parto può interferire con questo delicato equilibrio e può riflettersi su tempi e ritmi del travaglio di parto⁶³.

Rispetto al rischio di dover ricorrere ad una rianimazione neonatale, quando un travaglio di parto è a basso rischio⁶⁴ l'atteso è piuttosto basso. La letteratura riporta, sul totale delle nascite, non differenziate per livello di rischio, la necessità di qualche forma di assistenza per iniziare a respirare nel 10% dei casi, mentre l'1% richiede manovre rianimatorie complete⁶⁵. In Regione sulla base delle indicazioni regionali sul Percorso Nascita e con la collaborazione della SIN regionale sono stati effettuati numerosi corsi di formazione con l'obiettivo di formare tutto il personale che frequenta la sala parto⁶⁶ in modo che le tecniche di rianimazione siano patrimonio condiviso da spendere nell'emergenza non prevedibile.

Nel nostro campione relativo a travagli insorti spontaneamente, con parto spontaneo, a termine di gravidanza, feto unico con presentazione cefalica, la percentuale di neonati rianimati alla nascita è stata dello 0,9%.

Per quanto riguarda i neonati identificabili a priori come a rischio le presenze in sala si modificano con un incremento significativo della presenza del pediatra/neonatologo e dell'anestesista.

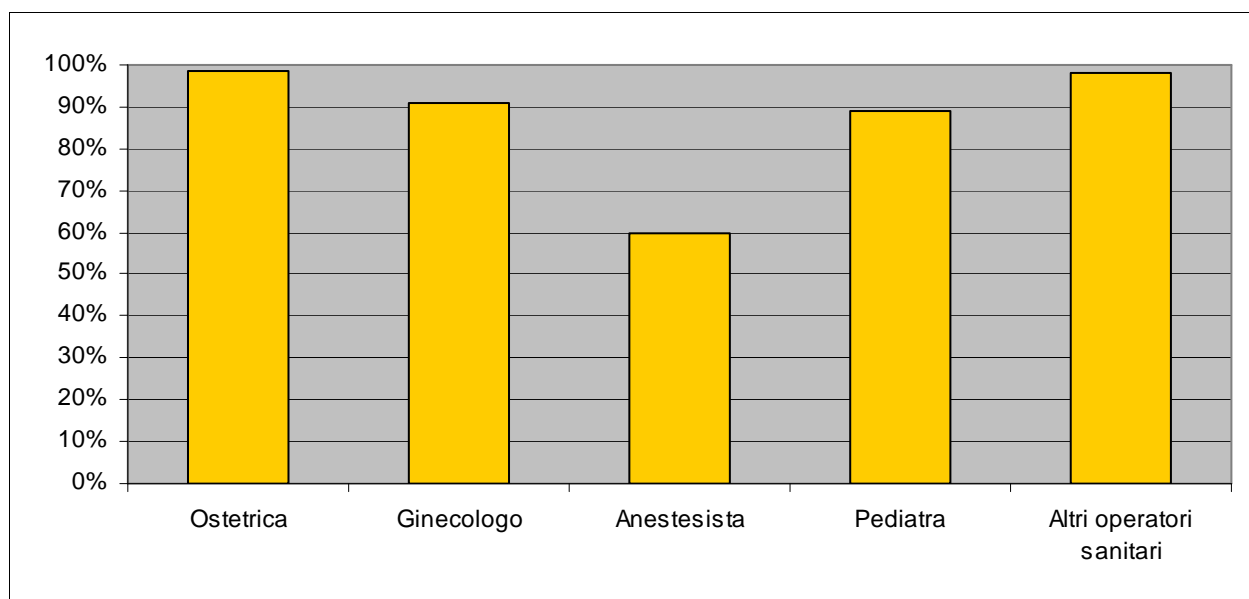


Grafico 68. Presenza di operatori sanitari in parti di nati con età gestazionale <32 settimane e/o peso <1500g

Rispetto alla presenza della *persona di fiducia scelta dalla gestante*, nei parti avvenuti spontaneamente e senza complicanze (esempio parto operativo), sono le donne straniere a scegliere di meno il padre del

⁶² Il POMI identifica le figure professionali mediche, ostetriche ed infermieristiche necessarie per una adeguata assistenza complessiva (travaglio+parto+degenza di mamma e neonato) e ribadisce che "la presenza del personale medico individuato, appartenente alla stessa struttura ospedaliera, deve essere garantita con guardia attiva 24/24 ore"

⁶³ B. Lepori, la nascita e i suoi luoghi. Red 1992

⁶⁴ WHO " Care in normal birth: a practical guide" , 1996 definisce come travaglio a basso rischio quello con inizio spontaneo, assenza di fattori di rischio anamnestici materni e fetali, presentazione di vertice, e.g. tra 37 e 42 settimane.

⁶⁵ Manuale di rianimazione neonatale, American Heart Association/ American Academy of Pediatrics

⁶⁶ Le tecniche di rianimazione, poiché praticate in situazioni di urgenza, devono essere competenza di tutto il personale medico e sanitario che opera a contatto con l'utenza

bambino per essere accompagnate in sala parto ed a essere in percentuale maggiore sole, rispetto alle donne italiane (grafico69). Sicuramente su tale aspetto giocano dei fattori culturali: nei paesi occidentali negli ultimi quindici anni si è verificato un progressivo coinvolgimento della figura paterna sulla scena del parto a differenza di altre culture dove il parto è rimasto un evento di cui le protagoniste sono esclusivamente le donne.

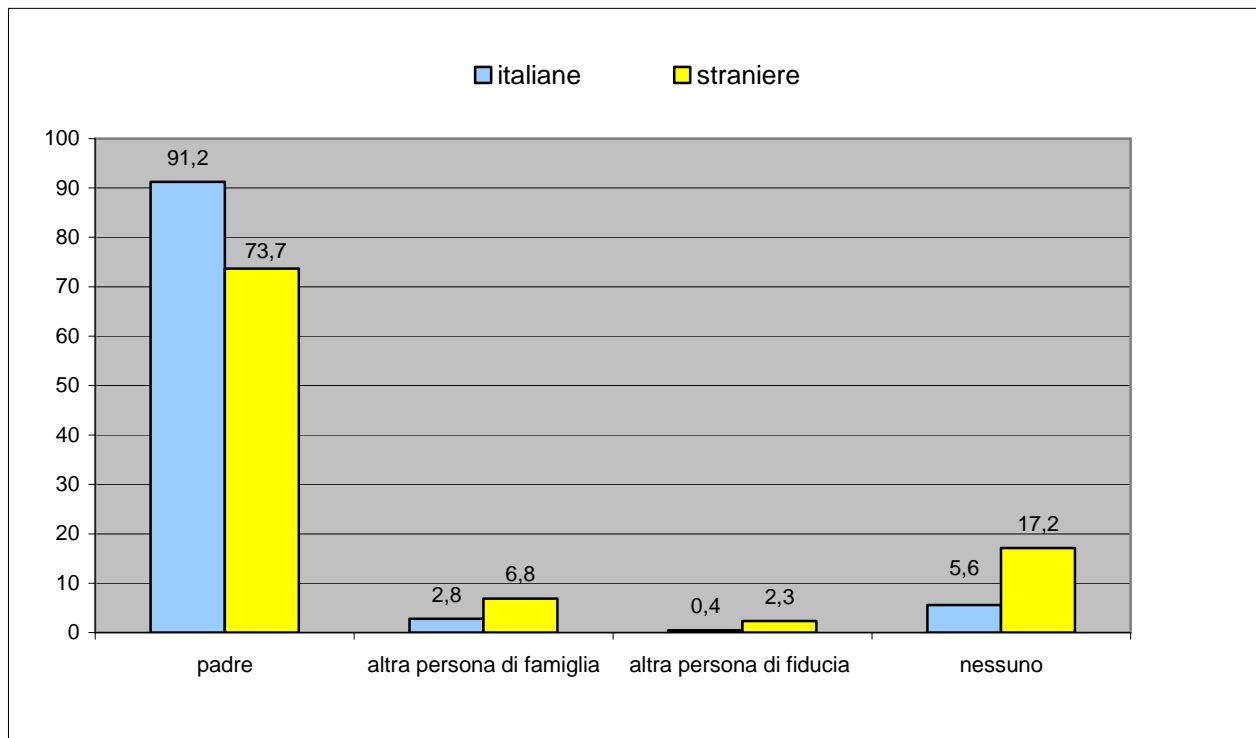


Grafico 69. Persona scelta dalla madre in sala parto

4.11 I neonati

Il genere dei neonati nel campione considerato presenta una leggera prevalenza del sesso maschile rispetto a quello femminile (grafico 70):

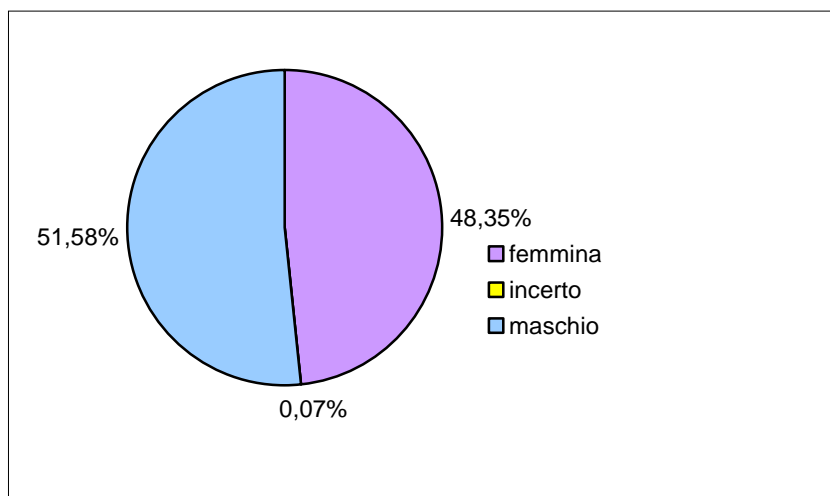


Grafico 70. Genere dei neonati

4.11.1 Peso neonatale

Rispetto al peso neonatale, la distribuzione percentuale, se considerata per classi, è stata la seguente⁶⁷ (grafico 71):

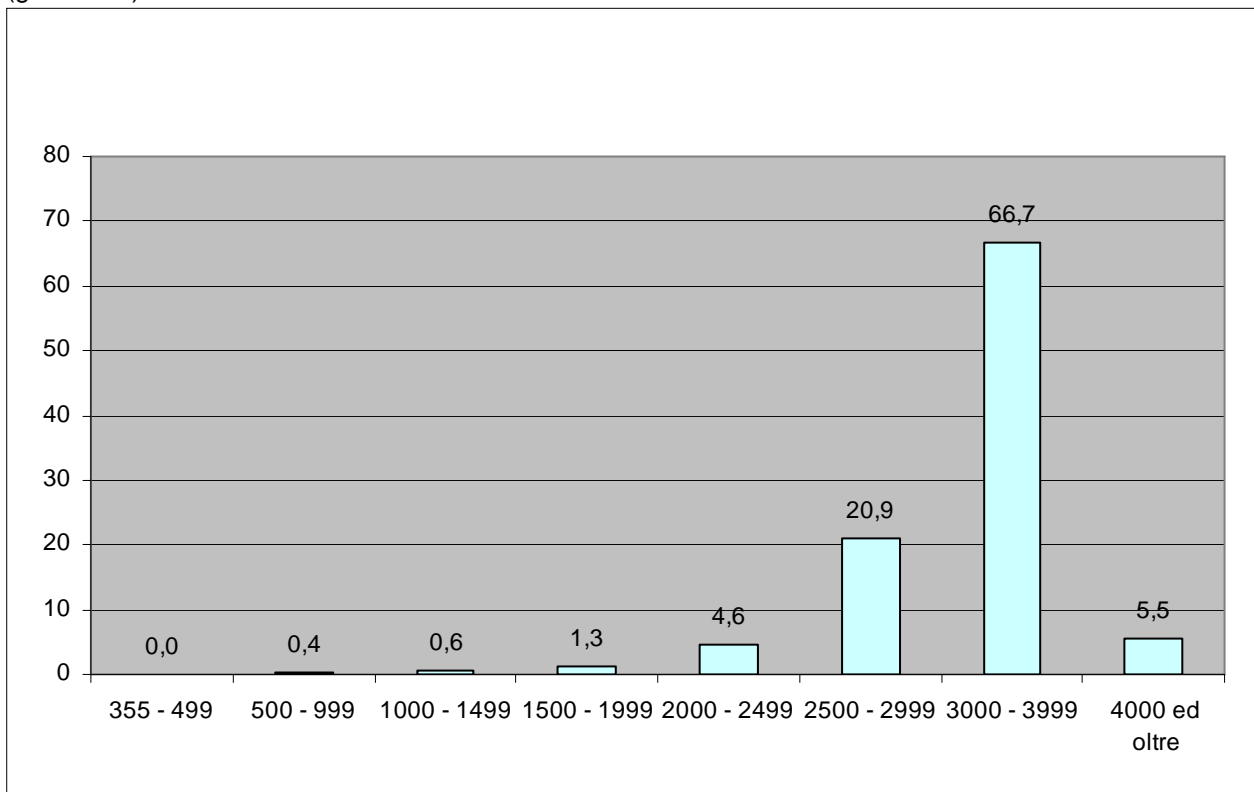


Grafico 71. Peso alla nascita diviso per classi

Per quanto riguarda il punteggio di Apgar e il tipo di manovre di rianimazione, quando necessarie, i dati esaminati si presentano con grossi difetti di coerenza (Apgar bassi senza menzione di rianimazione, al contrario Apgar alti con rianimazione). A tale proposito deve essere ribadito il valore documentale del Cedap e la sua valenza medico legale.

⁶⁷ Escluso il PN di Asti che riporta una percentuale di pesi errati elevata.

5. INDICATORI DI ESITO

5.1 Mortalità

La **natimortalità**⁶⁸ riscontrabile come valore sui dati Cedap del campione in esame è risultata del 3 per mille.

La verifica condotta tra dati Cedap e dati SDO relativi al solo 2005 evidenzia una differenza di registrazione tra i due flussi (tabella 55):

Tabella 54. Nati-mortalità

Nati-mortalità	Numero nati morti	Percentuale
Cedap	107	2,9 per mille
SDO	136	3,7 per mille

Dal momento che non è possibile dalle SDO ricavare il dato relativo all'e.g. né al peso neonatale, non si può né affermare né escludere che la differenza sia imputabile a nati <500 g.

Per quanto riguarda i dati da Cedap i nati morti si distribuiscono secondo l'e.g. e il peso come segue:

Tabella 55. Nati morti per e.g.

Nati morti	N°	%
< 28 settimane e.g.	4	3,7%
tra 28 e 32 settimane comprese	34	31,7%
tra 33 e 36 settimane	23	21,5%
a termine	46	43%

Tabella 56. Nati morti per peso neonatale

Nati morti	N°	%
tra 500 e 749 g	10	9,3%
tra 750 e 999	4	3,8%
tra 1000 e 1499	21	19,6%
tra 1500 e 2499	25	23,3%
con pesi > =2500	46	43%

⁶⁸ La definizione di nati – mortalità o nato morto si basa su criteri non univoci tra le varie nazioni. L'OMS raccomanda di suddividere le morti fetali sulla base della durata temporale della gestazione: 1)morti fetali precoci: < 20 settimane; 2)morti fetali intermedie: 20 – 28 settimane; 3) morti fetali tardive: > 28 settimane. Per “nato morto” si intende il prodotto del concepimento di 28 settimane o più, completamente espulso o estratto dalla madre, che non mostri alcun segno di vitalità, come respiro spontaneo o dopo stimolazioni, pulsazioni cardiache o del cordone ombelicale, o quando l'autopsia non metta in evidenza aria nei polmoni. La nati – mortalità è identificabile con la mortalità fetale tardiva.

In percentuale sui nati residenti, i nati morti per ASL di residenza della madre risultano così distribuiti (grafico 72):

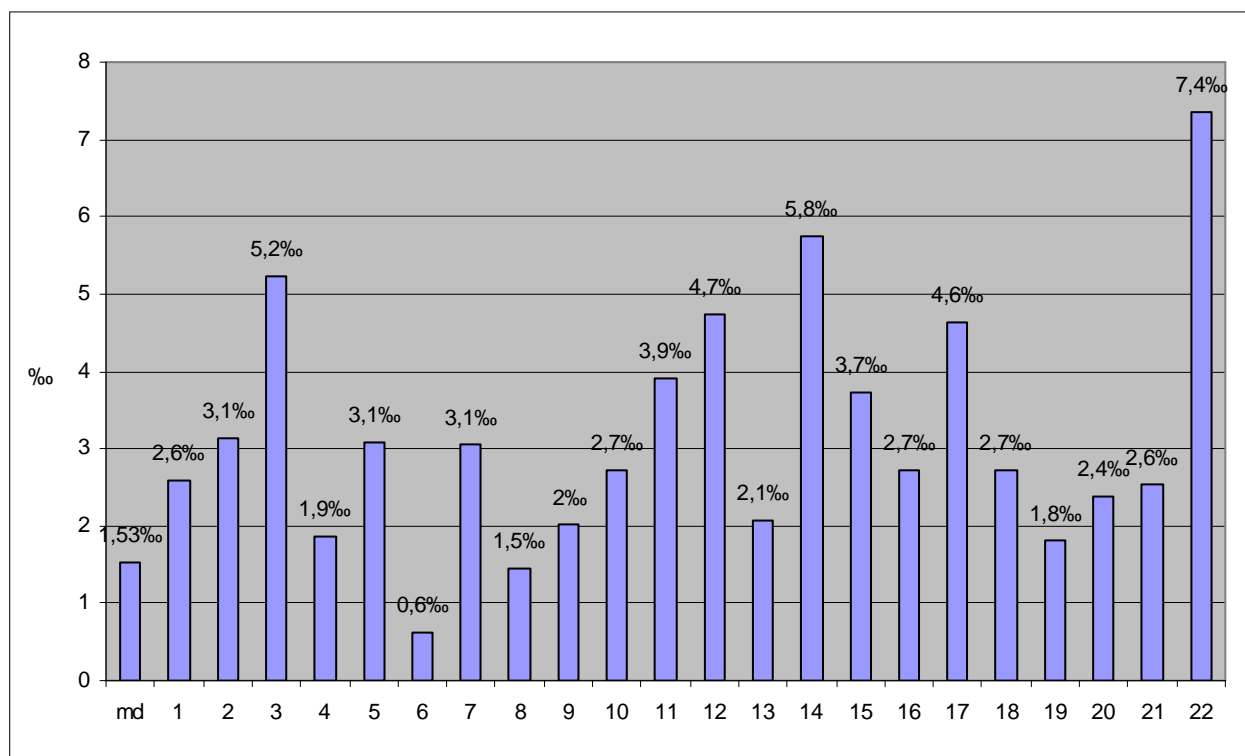


Grafico 72 Mortalità fetale per ASL di residenza per mille nati

I dati pubblicati dall'OMS relativi all'anno 2000 per l'Italia riportano una natimortalità del 3 per mille. Le raccomandazioni OMS sottolineano l'importanza di conoscere il momento della morte del feto in quanto la proporzione delle morti intra-parto è un buon indicatore dell'efficacia e dell'efficienza delle misure di prevenzione: laddove le donne ricevono una buona assistenza alla nascita, la mortalità intra-parto rappresenta meno del 10% della nati-mortalità dovuta a eventi inaspettati o a complicazioni.

Tabella 57. Momento della morte e riscontro autoptico

Momento della morte			Riscontro autoptico	
prima del travaglio	66	65,3%	effettuato: confermata diagnosi	17 16,8%
in travaglio	2	2%	effettuato: risultato non ancora disponibile	37 36,6%
durante il parto	3	3%	non effettuato	36 35,6%
sconosciuto	20	19,8%		
manca dato	10	9,9%	manca dato	11 10,9%

Per quanto riguarda la mortalità neonatale, i dati possono essere estratti solo dalle SDO, attraverso il codice relativo alla modalità di dimissione 1= decesso. È evidente che tale dato fotografa soltanto i decessi avvenuti in ospedale per i quali è stata aperta una cartella di ricovero:

Tabella 58. Mortalità neonatale

Mortalità	N°	per mille nati
mortalità 0-7 giorni	61	1,7 per mille
mortalità 0-28 giorni	76	2,1 per mille
mortalità nel primo anno di vita	102	2,8 per mille

I dati pubblicati dall'OMS relativi all'anno 2000 per l'Italia riportano una mortalità neonatale precoce del 2 per mille e una mortalità neonatale totale del 3 per mille.

All'interno della **mortalità neonatale precoce** la distribuzione per peso neonatale è la seguente:

Tabella 59. Mortalità neonatale per peso neonatale

Peso neonatale	N°	% su morti neonatali	% su classi di peso
manca dato	4	6,5%	
< 500 g.	2	3,4%	40%
tra 500 e 999g	21	34,4%	18,4%
tra 1000 e 1499	10	16,4%	0,5%
tra 1500 e 2499 g	6	9,8%	0,27%
>2499 g	18	29,5%	0,05%

Analizzando, dai dati SDO 2005, la natimortalità e la mortalità neonatale (tabella 57) in rapporto alla cittadinanza materna si evidenzia la significativa differenza tra le due popolazioni:

Tabella 60. Mortalità fetale e neonatale

	Mortalità fetale	Mortalità neonatale
Italiane	3,2 per mille	1,6 per mille
Straniere	7,6 per mille	5,7 per mille

5.2 Nati a basso peso

Per quanto riguarda i neonati con peso neonatale < 1500 grammi la distribuzione in base alla ASL di residenza della madre, in base ai dati SDO è riportata nel grafico seguente

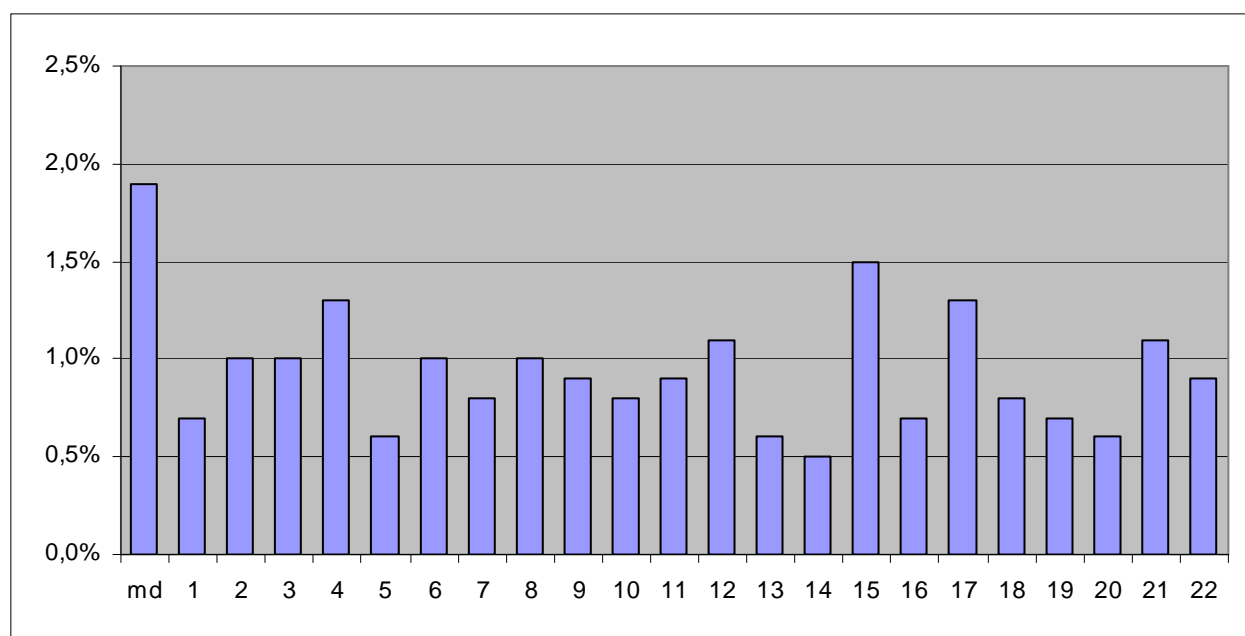


Grafico 73. Percentuale di nati con peso inferiore ai 1500 g per Asl di residenza

In base alla cittadinanza materna: la percentuale di nati < 1500 grammi di peso, sulle donne italiane, è di 0,8 % mentre sulle donne straniere è 1,6%.

In relazione al PN in cui è avvenuto il parto: l'87,3% dei nati di peso < 1500g sono stati partoriti in PN di 3° livello, il 10,8% in PN di 2° livello, l'1,8% in PN di 1° livello (tabelle 61, 62, 63).

Tabella 61. Nati con peso < 1500 g per PN di III livello

PESO < 1500 G								
	300 - 499	500 - 699	700 - 899	900 - 1099	1100 - 1299	1300 - 1499	Tot	Su tot. nati PN
Alessandria		2	4	6	15	5	32	2,8%
Sant' Anna	1	12	25	42	39	42	161	1,9%
Cuneo			7	5	8	8	28	1,7%
Novara		2	4	3	7	9	25	1,5%
Moncalieri			5	1	1	7	14	1,2%
Maria Vittoria		1	5	1	3	6	16	1,2%
Biella			1	2	5	3	11	1,0%
Mauriziano				1	1	1	3	0,2%
Totale	1	17	51	61	79	81	290	1,6%

Tabella 62. Nati con peso < 1500 g per PN di II livello

PESO < 1500 G								
	300 - 499	500 - 699	700 - 899	900 - 1099	1100 - 1299	1300 - 1499	Tot	Su tot. nati PN
Verbania			1	1	2		4	0,6%
Martini		1	1	2	1	1	6	0,6%
Novi ligure		1		1		1	3	0,6%
Alba		1	2			1	4	0,5%
Pinerolo			3	1		1	5	0,4%
Savigliano	1		1		1	2	5	0,4%
Ivrea				1		1	2	0,3%
Borgomanero				1		2	3	0,2%
Ciriè					1	1	2	0,2%
Rivoli			1				1	0,1%
Asti						1	1	0,1%
Vercelli								0,0%
	1	3					36	0,3%

Tabella 63. Nati con peso < 1500 g per PN di I livello

PESO < 1500 G								
	300 - 499	500 - 699	700 - 899	900 - 1099	1100 - 1299	1300 - 1499	Tot	Su tot. nati PN
Mondovì					1		1	0,3%
Ceva						1	1	0,3%
Acqui terme						1	1	0,3%
Cuorgnè					1		1	0,2%
Casale			1				1	0,2%
Chivasso				1			1	0,1%
Chieri								0,0%
Carmagnola								0,0%
Susa								0,0%
Borgo sesia								0,0%
Domodossola								0,0%
Bra								0,0%
Tortona								0,0%
			1	1	2	2	6	0,1%

Tabella 64. Nati <1500 da pluripare

Pluripare con nati < 1500	91	
precedenti parti prematuri	17	18,7%
precedenti nati morti	11	12,1%

Tabella 65. Nati <1500 da gravidanze gemellari

Gravidanze gemellari < 1500	61
di cui trigemine	4

5.3 Neonati trasferiti

Come già detto il numero totale di neonati trasferiti (281) dal PN in cui è avvenuto il parto costituiscono lo 0,77% dei nati (da SDO 2005 estratti sulla base del codice relativo alla modalità di dimissione 6 = trasferimento ad altra struttura di ricovero pubblica + DRG 385 = Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti + disciplina di prima ammissione 31 = Nido) e risultano distribuiti come segue:

Tabella 66. Trasferimenti neonatali dal PN

Punto Nascita	N° trasferiti	Percentuale sui nati del PN
H MARTINI - TORINO	10	1,0%
H MARIA VITTORIA - TORINO	10	0,7%
H CIVILE DI SUSÀ	8	2,4%
H DEGLI INFERMI - RIVOLI	18	1,4%
H RIUNITO - CIRIÈ	15	1,3%
H SAN LORENZO - CARMAGNOLA	4	0,6%
H SANTA CROCE - MONCALIERI	2	0,2%
H CIVILE DI CUORGNE'	4	0,8%
H CIVILE DI IVREA	4	0,7%
H CIVILE E.AGNELLI - PINEROLO	15	1,2%
H SANT'ANDREA - VERCELLI	9	1,2%
H SS.PIETRO E PAOLO - BORGOSIESA	3	0,7%
H DEGLI INFERMI DI BIELLA	7	0,6%
H S.S. TRINITÀ - BORGOMANERO	12	1,0%
H SAN BIAGIO - DOMODOSSOLA	2	0,5%
H CASTELLI - VERBANIA	8	1,3%
H NUOVO CEVA	7	2,3%
H DI MONDOVI'	9	3,1%
H MAGGIORE SS. ANNUNZIATA - SAVIGLIANO	18	1,4%
H CIVICO DI SAN LAZZARO - ALBA	12	1,5%
H SANTO SPIRITO BRA	13	3,0%
H CARDINAL G. MASSAIA - ASTI	7	0,5%
H SS ANTONIO E MARGHERITA - TORTONA	2	0,4%
H S. SPIRITO – CASALE MONFERRATO	20	3,4%
H CIVILE ACQUI TERME	7	1,9%
H SAN GIACOMO – NOVI LIGURE	25	4,9%
H SANT'ANNA - TORINO	9	0,1%
H MAGGIORE DELLA CARITA' - NOVARA	5	0,3%
H S. CROCE E CARLE - CUNEO	12	0,7%
H INFANTILE C.ARRIGO - ALESSANDRIA	1	0,1%
H MAURIZIANO UMBERTO I - TORINO	2	0,2%

Sulle SDO dei neonati trasferiti vengono messe in evidenza le diagnosi che costituiscono la indicazione al trasferimento. Raggruppandole secondo i gruppi diagnostici emerge il seguente quadro:

Tabella 67. Indicazione al trasferimento

Cardiochirurgia	19
Neurochirurgia	4
Chirurgica	24
Cardiologia	6
Sindromi malformative	7
Oculistica	6
Sofferenza perinatale	41
Prematuranza con peso <1.500	33
Prematuranza con peso >1.500	68
Sintomi respiratori non legati a prematuranza	44
MEN	4
Varie (Mal. Emorr.,CID,itteri, Insuff. Renale, ecc)	25
Totale	281

CONCLUSIONI

Da questa prima analisi dei Cedap sono emersi due principali spunti di riflessioni: quelle in merito al sistema di raccolta dei dati e quelle in merito ai comportamenti che sono associati alle condizioni sociali e sanitarie degli individui che vivono l'esperienza della genitorialità.

Sulla raccolta dati occorre ricostruire le modalità di alcune variabili, come ad esempio quella che descrive il decorso della gravidanza, al fine di rilevare in modo più accurato la realtà e le implicazioni in termini di uso dei servizi che ne derivano, specie per quanto riguarda l'afferenza ai PN che dovrebbe essere il risultato di un afflusso determinato dai bisogni sanitari. Una programmazione razionale dell'uso delle risorse, oltre che permettere agli operatori della nascita di lavorare in condizioni adeguate, crea una cultura sociale improntata sulla scelta informata e produce cultura sanitaria che si riflette sulla salute dell'intero collettivo.

Oltre ad essere necessaria una revisione di alcune variabili del Cedap, occorre anche sensibilizzare il personale che si occupa della raccolta dei dati sull'importanza del Cedap come fonte di "sapere sulla società" di oggi che si riflette sullo stato di salute della società di domani costituita dai neonati che accogliamo.

Una restituzione del lavoro svolto attraverso dei rapporti periodici agli operatori impegnati nei servizi per il Percorso Nascita, è utile per implementare la qualità dei servizi e contenere gli sprechi.

Il Cedap è una fonte di sapere sulla salute socio – sanitaria delle famiglie con potenzialità ancora tutte da scoprire.

Sui comportamenti sociali e sugli esiti che ad essi possono essere associati non si è indagato appieno nel contesto di questo lavoro; anche se l'analisi è stata appena iniziata in merito, sono però emerse informazioni importanti.

Per il percorso gravidanza:

- la sotto-utilizzazione dei servizi pubblici a favore di quelli privati nel monitoraggio della gravidanza;
- il prevalente utilizzo dei servizi pubblici da parte di fasce sociali con posizioni socio – economiche di svantaggio;
- la maggiore frequenza di ricoveri durante la gravidanza fra le donne con cittadinanza straniera,
- la presenza di criticità soprattutto per le fasce deboli, in relazione agli indicatori di qualità ed equità del percorso gravidanza (numero appropriato visite, settimana prima visita, numero ecografie, DPN, ecc).

Per il percorso travaglio-parto:

- la prevalenza di richieste di assistenza in alcuni PN rispetto ad altri di pari livello con scarso orientamento verso una utilizzazione razionale delle risorse locali;
- la presenza nella rete dell'assistenza perinatale di livelli ostetrici e neonatologici non ancora allineati;
- disomogeneità dei modelli assistenziali fra i diversi PN (tassi di TC, tassi di induzione, posizione al parto, danni perineali, ecc);
- indicatori di risultato disomogenei tra i diversi livelli di PN.

Per gli esiti materno- neonatali:

- la presenza nella Regione, fra la popolazione delle donne straniere, di una discreta percentuale

- di madri provenienti da aree geografiche ad alto rischio di morbilità e mortalità;
- la maggiore incidenza di natimortalità e nati con peso inferiore ai 1500 g fra le donne straniere;
 - l'associazione significativa tra durata della gravidanza inferiore alle 34 settimane e alcune variabili socio-economiche di svantaggio.

La promozione della salute durante il percorso che porta alla nascita di un nuovo individuo è fondamentale per i genitori e per il nascituro. Per i genitori questo può essere un momento di grossa motivazione per attivarsi a compensare con comportamenti adeguati una situazione di svantaggio che deriva dalla condizione socio – economica e/o sanitaria. Per il nascituro una compromissione della salute in età così precoce può condizionare in modo determinante la qualità della vita con una pesante ricaduta sui costi sociali. La maggior parte dei neonati sono individui potenzialmente sani, sia da un punto di vista fisico, sia da un punto di vista psichico. Individuare le cause degli esiti in termini di morbilità e mortalità che originano da condizioni sociali di deprivazione oltre che da fattori sanitari, è un prezioso contributo agli interventi di promozione della salute sia per la società di oggi che per quella futura.

Dall'analisi dei dati di "Nascere in Piemonte" possono emergere moltissime indicazioni pratiche per le strategie aziendali relative alla salute materno-neonatale nonché importanti elementi per la definizione dei Piani di Zona.

Gli obiettivi, le azioni, gli indicatori che connotano tali strategie costituiscono il "**Percorso Nascita**". Per **Percorso Nascita** si intende un modello organizzativo e assistenziale che garantisca l'assistenza, l'accompagnamento e il sostegno alla donna/coppia e neonato durante la gravidanza, il travaglio, il parto ed il dopo parto, nel contesto del suo ambiente di vita.

Il Percorso Nascita fa dunque parte dei Piani di Zona dei servizi alla persona sulla base di una rete integrata e coordinata del Distretto + Punto Nascita + servizi sociali + volontariato + ente locale. Dal punto di vista sanitario si configura come la risposta programmata, efficiente, basata sulle evidenze scientifiche disponibili, equa ed economica, alla domanda di salute di madre e neonato. Realizza i livelli essenziali e appropriati di prevenzione, di ostetricia e pediatria/neonatologia attraverso il collegamento funzionale fra servizi e risorse umane dedicate, con l'obiettivo di implementare il rispetto della fisiologia e dell'ambiente relazionale della nuova famiglia e l'efficacia dell'assistenza lungo tutto il percorso.

Il Percorso Nascita si articola in: profilo di assistenza alla gravidanza, profilo di assistenza al travaglio/parto/nascita, profilo di assistenza al puerperio/primi giorni di vita del neonato, passaggio di presa in carico alla pediatria di base per quanto riguarda il bambino ed ai servizi territoriali (consultori, MMG) per quanto riguarda la donna.

Ne deriva che ogni ASR è chiamata a definire formalmente e operativamente il documento aziendale Percorso Nascita con particolare attenzione a:

- omogeneità degli interventi basati su evidenze scientifiche (profilo di cura);
- formazione interdisciplinare congiunta degli operatori ospedalieri e territoriali;
- produzione di materiale destinato agli operatori sulla tipologia del profilo (protocollo);
- produzione di materiale divulgativo destinato all'utenza sulla tipologia del percorso (carta dei servizi);
- continuità dell'assistenza (personalizzazione);
- equità di accesso (domanda di salute competente e informata straniera);

- definizione dello strumento di trasmissione dati tra i servizi in modo agile, esaustivo, leggibile in termini epidemiologici (es. cartella informatizzata);
- definizione dello strumento di comunicazione condiviso tra servizi e gravida (es. libretto di Percorso Nascita);
- definizione degli strumenti e delle modalità di valutazione dell'equità, dell'efficienza e dell'efficacia del percorso nonché della sua compliance (indicatori di percorso, indicatori di risultato, audit di profilo assistenziale/percorso).

Coerentemente con i dati emersi sembra opportuno che i percorsi nascita vengano impostati e definiscano gli indicatori relativi a:

- selezione del rischio, percorsi chiaramente definiti per gravidanze a basso o alto rischio (punti nascita di riferimento, modalità di invio, modalità di ritorno, ecc);
- massimo rispetto della fisiologia laddove la assenza di elementi di rischio permetta di ricondurre la nascita alla sua essenza fisiologica che coniuga gli aspetti fisici, psichici e relazionali dell'evento (Percorso "amico del bambino" come completamento dell' "ospedale amico del bambino" proposto nella sua definizione dall'Unicef);
- promozione dell'intervento pubblico lungo tutto il percorso per permettere la continuità dell'assistenza e per contenere gli interventi entro il profilo dato;
- garanzia di massima accessibilità al percorso anche per le donne straniere (mediazione culturale, organizzazione dei servizi in funzione delle esigenze dell'utenza);
- "medicina della sobrietà", valutazione degli effetti collaterali degli eccessi di prestazioni;
- Individuazione dei requisiti necessari per cambiare prassi dimostratamente inappropriate (es. tasso TC);
- consenso informato al percorso;
- creazione di ricerca intorno al percorso.

L'assistenza alla gravidanza, parto, puerperio e neonato fisiologico deve trovare nelle singole Asl il punto di equilibrio tra sicurezza, umanità, economicità, equità e dinamicità della ricerca e del coinvolgimento propositivo degli operatori, dei responsabili degli EL e dell'utenza.

Gli elementi che emergono dal report "Nascere in Piemonte" evidenziano in particolare alcune criticità diffuse su tutto il territorio regionale:

- ricorso al taglio cesareo in una percentuale di donne superiore alle raccomandazioni OMS;
- ricorso all'induzione di travaglio in una percentuale di donne superiore alle raccomandazioni OMS;
- ricorso all'episiotomia in una percentuale di donne superiore alle raccomandazioni OMS;
- scarso utilizzo dei servizi consultoriali in cui peraltro pare essere seguita con maggior rigore metodologico la gravidanza;
- difficoltà di accesso e di interazione delle donne straniere con i servizi;
- numero di visite in gravidanza ampiamente superiore a quanto raccomandato dalla letteratura;
- numero di ecografie superiore a quelle raccomandate;
- disomogenea offerta, spesso difficilmente valutabile, dei mezzi di contenimento del dolore in travaglio.

Rispetto a tali criticità si richiede una attivazione di interventi a partire da una analisi approfondita tra i professionisti dei fattori favorenti l'adozione di prassi volte al cambiamento e dei fattori ostacolanti. Si propone a questo riguardo di adottare la metodologia sperimentata in Emilia Romagna con la

collaborazione del Ceveas che attraverso interviste condotte con gli operatori di ciascun PN mette in evidenza la corrispondenza o meno dei comportamenti alle evidenze scientifiche, ne analizza i determinanti e guida alla stesura di un piano di cambiamento con i relativi indicatori.

Da parte sua, la Regione inizia il procedimento per la definizione dei criteri per l'accREDITAMENTO del Percorso Nascita.

ALLEGATO 1

Elenco dei Punti Nascita presenti nella Regione Piemonte distinti per livello e ASL di appartenenza

Livello di struttura	PRESIDO OSPEDALIERO	ASL DI APPARTENZA	N° di codifica ⁶⁹
I livello	1. OSPEDALE CIVILE - SUSÀ	ASL 5	5
I livello	2. OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	ASL 7	7
I livello	3. OSPEDALE MAGGIORE - CHIERI	ASL 8	8
I livello	4. OSPEDALE SAN LORENZO - CARMAGNOLA	ASL 8	10
I livello	5. OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE'	ASL 9	15
I livello	6. OSPEDALE SS.PIETRO E PAOLO - BORGOSERIA	ASL 11	12
I livello	7. OSPEDALE SAN BIAGIO - DOMODOSSOLA	ASL 14	18
I livello	8. NUOVO OSPEDALE - CEVA	ASL 16	21
I livello	9. OSPEDALE DI MONDOVI'	ASL 16	20
I livello	10. OSPEDALE SANTO SPIRITO - BRA	ASL 18	24
I livello	11. OSPEDALE SS ANTONIO. E MARGHERITA TORTONA	ASL 20	26
I livello	12. OSPEDALE S. SPIRITO CASALE MONFERRATO	ASL 21	27
I livello	13. OSPEDALE SAN GIACOMO – NOVI LIGURE	ASL 22	29
I livello	14. OSPEDALE CIVILE - ACQUI TERME	ASL 22	30
II livello	1. OSPEDALE MARTINI – TORINO	ASL 2	2
II livello	2. OSPEDALE DEGLI INFERMI - RIVOLI	ASL 5	4
II livello	3. PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE'	ASL 6	6
II livello	4. OSPEDALE CIVILE - IVREA	ASL 9	11
II livello	5. OSPEDALE CIVILE E. AGNELLI - PINEROLO	ASL 10	13
II livello	6. OSPEDALE SANT'ANDREA - VERCELLI	ASL 11	14
II livello	7. ISTITUTO S.S. TRINITÀ - BORGOMANERO	ASL 13	17
II livello	8. STABILIMENTO OS. CASTELLI - VERBANIA	ASL 14	19
II livello	9. OSP. MAGG. S.S. ANNUNZIATA - SAVIGLIANO	ASL 17	22
II livello	10. OSPEDALE CIVICO S. LAZZARO – ALBA	ASL 18	23
II livello	11. PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA - ASTI	ASL 19	25
III livello	1. OSPEDALE MARIA VITTORIA - TORINO	ASL 3	3
III livello	2. OSP. OST.. GIN.. SANT'ANNA -TORINO	ASO 903	31
III livello	3. OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I - TORINO	ASO 908	35
III livello	4. OSPEDALE SANTA CROCE - MONCALIERI	ASL 8	9
III livello	5. OSP.DEGLI INFERMI - BIELLA	ASL 12	16
III livello	6. OSP. MAGGIORE DELLA CARITA'- NOVARA	ASL 13 - ASO 905	32
III livello	7. AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE . CUNEO	ASO 906	33
III livello	8. OSP.CIVILE SS.ANTONIO E BIAGIO - ALESSANDRIA	ASO 907	34

⁶⁹ Il numero di codifica indicato è quello di etichetta utilizzato per la ricodifica delle variabili originali. Nell'elenco non è presente il numero di etichetta dei PN nelle cliniche private e quello dei parti a domicilio che sono rispettivamente 1e 99.

ALLEGATO 2 - Tabelle

Tab. 1. età media in relazione al parto

Parti precedenti	Media	N	Deviazione std.
no	29,6215	48.798	5,03485
si	32,2795	39.200	4,62980
Totale	30,8056	87.998	5,03496

Tab 2. età media per numero di figli

Numero parti precedenti	Media	N	Deviazione std.
nessuno	29,6215	48.798	5,03485
1	31,9199	30.835	4,52384
2	33,4105	6.655	4,65450
almeno 3	34,3626	1.710	5,13910
Totale	30,8056	87.998	5,03496

Tab. 3. madri per classi d'età

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida
Validi	< 18	47	,1	,1
	18 – 19	202	,2	,3
	20 – 24	2.525	2,9	3,4
	25 – 29	12.822	14,5	17,2
	30 – 34	27.015	30,6	36,2
	35 – 39	22.154	25,1	29,7
	40 – 44	8.428	9,6	11,3
	Almeno 45	1.346	1,5	1,8
	Totale	74.539	84,5	100
Mancanti	Dati errati	13.678	15,5	
Totale		88.217	100	

Tab. 4. età media della madre per cittadinanza

Cittadinanza madre	Media	N	Deviazione std.
Italiana	31,4074	74.101	4,70001
straniera	27,6027	13.913	5,52623
Totale	30,8060	88.014	5,03508

Tab. 5. cittadinanza madre per età madre in classi

			Età madre in classi							Totale	
			< 18	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	> 45	
cittadinanza	ITA	Conteggio	25	140	1717	10284	23581	19278	7052	1047	63124
		% entro cittadinanza	0,04%	,2%	2,7%	16,3%	37,4%	30,5%	11,2%	1,7%	100%
		% del totale	,0%	,2%	2,3%	13,8%	31,6%	25,9%	9,5%	1,4%	84,7%
	STR	Conteggio	22	62	808	2538	3434	2876	1376	299	11415
		% entro cittadinanza	,2%	,5%	7,1%	22,2%	30,1%	25,2%	12,1%	2,6%	100%
		% del totale	,0%	,1%	1,1%	3,4%	4,6%	3,9%	1,8%	,4%	15,3%
Totale	Conteggio		47	202	2525	12822	27015	22154	8428	1346	74539
	% entro cittadinanza		,1%	,3%	3,4%	17,2%	36,2%	29,7%	11,3%	1,8%	100%
	% entro classi		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	% del totale		,1%	,3%	3,4%	17,2%	36,2%	29,7%	11,3%	1,8%	100%

Tab.6. età media dei padri per cittadinanza

Cittadinanza padre	Media	N	Deviazione std.
italiano	34,2476	66099	5,58574
straniero	32,7890	10300	6,39613
Totale	34,0509	76399	5,72339

Tab. 7. età dei padri per classi

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida
Validi	< 18	47	,1	,1
	18 – 19	202	,2	,3
	20 – 24	2525	2,9	3,3
	25 – 29	12822	14,5	16,8
	30 – 34	27015	30,6	35,4
	35 – 39	22154	25,1	29,0
	40 – 44	8428	9,6	11,0
	Almeno 45	3206	3,6	4,2
	Totale	76399	86,6	100
Mancanti	Dati errati	11818	13,4	
	Totale	88217	100	

Tab. 8. cittadinanza madre e condizione professionale

		Condizione professionale				Totale
		Occupata	Disocc.	Casalinga	altro	
Cittadinanza	Italiana	54148	2257	14554	3287	74246
		72,9%	3,0%	19,6%	4,4%	100%
	Straniera	3666	985	8469	851	13971
		26,2%	7,1%	60,6%	6,1%	100%
Totale		57814	3242	23023	4138	88217
		65,5%	3,7%	26,1%	4,7%	100%

Tab. 9. numero parti precedenti

		Frequenza	Percentuale
Validi	Nessuno	48938	55,5%
	Uno	30881	35,0%
	Due	6669	7,6%
	Tre	1713	1,9%
	Totale	88201	100%
Mancanti	Dati errati	16	,0
Totale		88217	100%

Tab. 10. percorso consultorio e epoca prima visita

		Settimana e.g.alla prima visita		Totale
Percorso consultorio		< 12	≥ 12	
No		90,2%	9,8%	100%
Si		76,9%	23,1%	100%
		89,0%	11,0%	100%

Tab. 11. percorso privato e epoca prima visita

		Settimana e.g.alla prima visita		Totale
Percorso privato		< 12	≥ 12	
No		77,0%	23,0%	100%
Si		93,1%	6,9%	100%
		89,0%	11,0%	100%

Tab. 12. modalità del parto per titolo di studio della madre

		Modalità parto				Totale
Titolo di studio madre		Spontaneo	TC	PO	Altro	
Alto		66,7%	31,2%	2,0%	,1%	100%
Medio alto		67,1%	30,6%	2,2%	,1%	100%
Medio basso		66,1%	31,9%	1,9%	,1%	100%
Nessun tit.		72,1%	26,3%	1,4%	,2%	100%
Non. Com.		79,4%	19,8%	,7%	,1%	100%
		59244	27101	1797	75	88217
Totale		67,2%	30,7%	2,0%	,1%	100%

Tab. 13. Modalità parto per cittadinanza della madre

		Modalità parto				Totale
Cittadinanza madre		Spontaneo	TC	PO	Altro	
Italiana		66,4%	31,5%	2,0%	,1%	100%
Straniera		71,1%	26,5%	2,3%	,1%	100%
Totale		59244	27101	1797	75	88217
		67,2%	30,7%	2,0%	,1%	100%

Tab. 14. Modalità parto per numero parti precedenti

Parti precedenti	Modalità parto				Totale
	Spontaneo	TC	PO	Altro	
Nessuno	65,5%	31,3%	3,1%	,1%	100%
Almeno uno	69,2%	30,0%	,7%	,1%	100%
Totale	59228	27101	1797	75	88201
	67,2%	30,7%	2,0%	,1%	100%

Tab. 15. Modalità parto in donne con meno di 35 anni e donne con almeno 35 anni

Età madre	Modalità parto				Totale
	Spontaneo	TC	PO	Altro	
Meno di 35 anni	69,5%	28,2%	2,2%	,1%	100%
Almeno 35 anni	59,6%	38,7%	1,7%	,1%	100%
Totale	59116	27029	1794	75	88014
	67,2%	30,7%	2,0%	,1%	100%

Tab. 16. Percorso consultorio e modalità parto

Percorso consultorio	Modalità parto				Totale
	Spontaneo	TC	PO	Altro	
Si	66,8%	31,1%	2,0%	,1%	100%
No	70,7%	27,0%	2,1%	,2%	100%
Totale	59244	27101	1797	75	88217
	67,2%	30,7%	2,0%	,1%	100%

Tab. 17. Percorso privato e modalità parto

		Modalità parto				Totale
		Spontaneo	TC	PO	Altro	
	% entro PERCORSOENTEP Riv	71,0%	26,9%	2,0%	,1%	100%
	% del totale	47,8%	23,4%	1,5%	,1%	72,7%
	Conteggio	59244	27101	1797	75	88217
	% entro PERCORSOENTEP Riv	67,2%	30,7%	2,0%	,1%	100%
	% entro modalità parto	100%	100%	100%	100%	100%
	% del totale	67,2%	30,7%	2,0%	,1%	100%

ALLEGATO 3

Tratto da: "The World Health Report 2003" del WHO (World Health Organization) - www.who.int

WHO Member States, by region and mortality stratum

Region and mortality stratum Description Broad grouping Member States

Africa

Afr-D Africa with high child and high adult mortality High-mortality developing Algeria, Angola, Benin, Burkina Faso, Cameroon, Cape Verde, Chad, Comoros, Equatorial Guinea, Gabon, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Liberia, Madagascar, Mali, Mauritania, Mauritius, Niger, Nigeria, Sao Tome and Principe, Senegal, Seychelles, Sierra Leone, Togo

Afr-E Africa with high child and very high adult mortality High-mortality developing Botswana, Burundi, Central African Republic, Congo, Côte d'Ivoire, Democratic Republic of the Congo, Eritrea, Ethiopia, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Rwanda, South Africa, Swaziland, Uganda, United Republic of Tanzania, Zambia, Zimbabwe

Americas

Amr-A Americas with very low child and very low adult mortality Developed Canada, Cuba, United States of America

Amr-B Americas with low child and low adult mortality Low-mortality developing Antigua and Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Brazil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Dominican Republic, El Salvador, Grenada, Guyana, Honduras, Jamaica, Mexico, Panama, Paraguay, Saint Kitts and Nevis, Saint Lucia, Saint Vincent and the Grenadines, Suriname, Trinidad and Tobago, Uruguay, Venezuela (Bolivarian Republic of)

Amr-D Americas with high child and high adult mortality High-mortality developing Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haiti, Nicaragua, Peru

South-East Asia

Sear-B South-East Asia with low child and low adult mortality Low-mortality developing Indonesia, Sri Lanka, Thailand

Sear-D South-East Asia with high child and high adult mortality High-mortality developing Bangladesh, Bhutan, Democratic People's Republic of Korea, India, Maldives, Myanmar, Nepal, Timor-Leste

Europe

Eur-A Europe with very low child and very low adult mortality Developed Andorra, Austria, Belgium, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Malta, Monaco, Netherlands, Norway, Portugal, San Marino, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom

Eur-B Europe with low child and low adult mortality Developed Albania, Armenia, Azerbaijan, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Georgia, Kyrgyzstan, Poland, Romania, Serbia and Montenegro, Slovakia, Tajikistan, The former Yugoslav Republic of Macedonia, Turkey, Turkmenistan, Uzbekistan

Eur-C Europe with low child and high adult mortality Developed Belarus, Estonia, Hungary, Kazakhstan, Latvia, Lithuania, Republic of Moldova, Russian Federation, Ukraine

Eastern Mediterranean

Emr-B Eastern Mediterranean with low child and low adult mortality Low-mortality developing Bahrain, Iran (Islamic Republic of), Jordan, Kuwait, Lebanon, Libyan Arab Jamahiriya, Oman, Qatar, Saudi Arabia, Syrian Arab Republic, Tunisia, United Arab Emirates

Emr-D Eastern Mediterranean with high child and high adult mortality High-mortality developing Afghanistan, Djibouti, Egypt, a Iraq, Morocco, Pakistan, Somalia, Sudan, Yemen

Western Pacific

Wpr-A Western Pacific with very low child and very low adult mortality Developed Australia, Brunei Darussalam, Japan, New Zealand, Singapore

Wpr-B Western Pacific with low child and low adult mortality Low-mortality developing Cambodia, b China, Cook Islands, Fiji, Kiribati, Lao People's Democratic Republic, b Malaysia, Marshall Islands, Micronesia (Federated States of), Mongolia, Nauru, Niue, Palau, Papua New Guinea, b Philippines, Republic of Korea, Samoa, Solomon Islands, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Viet Nam