

ASSESSORATO DELLA SANITÀ
AREA PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

REGIONE PIEMONTE

NASCERE IN PIEMONTE

Executive Summary

Torino, maggio 2007

a cura di
Michele Marra
Ufficio relazioni operatori sanitari

Il rapporto “**Nascere in Piemonte**” rappresenta il primo sforzo dell’Assessorato alla tutela della salute e della sanità nel descrivere, interpretare e includere in unico documento le caratteristiche, l’organizzazione assistenziale, le vulnerabilità e le criticità sanitarie dei molteplici aspetti dell’“evento nascita” in Piemonte. L’indagine ha pertanto cercato di presentare un’immagine esaustiva della realtà odierna, prendendo in considerazione sia le domande di salute espresse dalle gestanti sia le offerte di servizi e prestazioni attualmente garantite dai Dipartimenti materno-infantili delle Aziende sanitarie e dalle cliniche private. Particolare attenzione è stata data al confronto tra i modelli assistenziali attuati nei 36 punti nascita piemontesi, in modo da mettere in luce le differenze organizzative e soppesarne la relativa capacità di soddisfare sia le domande locali di salute sia il principio di un’allocazione razionale delle risorse. L’analisi ha anche voluto confrontare i principali esiti delle singole realtà territoriali con i parametri raccomandati dalla letteratura scientifica e dall’Organizzazione mondiale della sanità.

Il Rapporto riporta i risultati inerenti alle nascite avvenute nella Regione Piemonte negli anni 2003, 2004 e nel primo semestre del 2005, corrispondenti a un totale di 88.217 parti e 89.152 neonati, suddividendo l’analisi in quattro momenti distinti:

1. Le caratteristiche socio-demografiche del campione;
2. Il percorso nascita;
3. L’evento parto;
4. Il neonato e gli indicatori di esito.

Punto di partenza dell’indagine è stata l’analisi dei dati riportati nel Certificato di assistenza al parto (CedAP). Il documento, compilato dall’operatore che ha assistito alla nascita, restituisce le informazioni sulle variabili socio-demografiche e i decorsi clinici delle partorienti, le tipologie di assistenza scelte durante la gravidanza e il parto e, ancora, le strutture presso le quali sono state erogate le prestazioni sanitarie. Dati aggiuntivi sono stati estratti, inoltre, dalle Schede di dimissione ospedaliera (SDO) per far fronte a lacune informative ancora presenti nel Cedap.

La recente introduzione di questo strumento nella prassi lavorativa – è stato istituito per decreto ministeriale nel 2001 e in Piemonte è stato adottato a partire dal 2002 - comporta infatti due problematiche legate alla raccolta dei dati. La prima, di tipo statistico, riguarda gli errori o le omissioni compiuti dagli operatori durante la compilazione del modulo. La seconda, di tipo metodologico ed emersa durante la progettazione del presente rapporto, riguarda l’assenza di informazioni nel certificato riguardo ad alcune variabili critiche.

In vista delle prossime analisi che permetteranno di dare una fotografia dell’evoluzione dell’evento parto in Piemonte, occorre pertanto muoversi su due fronti. Da una parte sensibilizzare il personale sull’importanza del Cedap come fonte di “sapere sulla società”. Dall’altra ricostruire le modalità di alcune variabili al fine di rilevare in modo più accurato la realtà e le implicazioni in termini di uso dei servizi che ne derivano.

1. Le caratteristiche socio-demografiche del campione

La prima sezione del Cedap riporta informazioni relative a dati anagrafici, stato civile, titolo di studio, cittadinanza, Asl di residenza e condizione lavorativa della madre e del padre del neonato. Si tratta di indicatori che hanno una notevole influenza dal punto di vista assistenziale, in quanto, oltre a definire le caratteristiche medie del campione, dividono la popolazione in sottogruppi sociologicamente distinti, portatori ognuno di esigenze, attitudini e cultura sanitaria specifiche. Le strutture pubbliche e, in misura minore, le private hanno il dovere di riconoscere queste diversità e di costruirvi intorno adeguate risposte sanitarie, in modo da:

- **garantire un ugual accesso** ai servizi sanitari e alle potenzialità delle strutture assistenziali;
- promuovere la tutela sanitaria delle **categorie socialmente più vulnerabili**;
- **assicurare a tutti i neonati un'assistenza sanitaria appropriata**, indipendentemente dal livello socio-culturale ed economico dei genitori;
- evitare sprechi e perseguire una **razionale allocazione delle risorse**.

L'età media dei genitori è di 30,8 anni per le madri e 34 per gli uomini (la media si assesta a 29,6 anni per le primipare e a 32,3 per coloro che hanno già partorito almeno una volta). Inoltre, la fascia di età più rappresentata è quella tra i 30 e i 34 anni, fattore che dimostra come anche in Piemonte si sta assistendo a una costante posticipazione della maternità (soprattutto fra le coppie italiane e con medio alto livello di istruzione), con evidenti ricadute sulla fertilità e sull'aumento dei rischi clinici che possono compromettere la salute sia della madre sia del bambino (con particolare incidenza tra le coppie italiane e con alto o medio alto livello di istruzione).

Nazionalità e livello del titolo di studio sono le variabili che maggiormente incidono sulla domanda di salute della popolazione. Si può infatti osservare come cittadinanza straniera e basso titolo di studio siano statisticamente associati a:

- maggiore disagio socio-economico e conseguentemente esiti negativi più frequenti per la salute materna e neonatale. In particolare si evidenzia una prevalenza maggiore di basso peso dei bimbi e di mortalità perinatale e infantile;
- minore consapevolezza e conoscenza delle opportunità offerte dai servizi sanitari;
- maggiore difficoltà comunicative, di tipo linguistico e culturale, con gli operatori sanitari;
- maggiore incidenza di altre condizioni di svantaggio quali posizione lavorativa precaria o disoccupazione, mancanza di un nucleo familiare stabile;
- minore educazione sanitaria e minore conoscenza dei rischi legati a stili di vita impropri nei mesi di gravidanza.

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche del campione

	cittadinanza		titolo di studio				
		% sul totale	alto	medio alto	medio basso	no titolo	non com.
donne	italiana	84,7%	14,3%	50,8%	31,9%	0,1%	2,9%
	straniera	15,3%	7,9%	37,7%	46,4%	2,7%	5,4%
uomini	italiana	85,1%	10,3%	40,6%	36,6%	0,1%	12,5%
	straniera	14,9%	5,7%	31,6%	37,8%	1,6%	23,3%

Se nei confronti dei cittadini italiani più vulnerabili occorre rafforzare le forme di sostegno sociale già esistenti, verso gli immigrati bisogna favorire misure che riducano le barriere culturali e linguistiche che spesso ostacolano un corretto percorso di assistenza e cura. Il rapporto insiste sullo sforzo particolare che deve essere compiuto dalle aziende sanitarie sul cui territorio risiedono le maggiori concentrazioni di stranieri, per esempio attraverso l'attivazione di percorsi nascita che rispondano alle esigenze specifiche

delle diverse etnie residenti in Piemonte¹.

Le aree con maggior composizione straniera corrispondono alla Asl 4 (dove quasi 1 donna su 3 è immigrata), e in generale alle Asl dell'area metropolitana torinese e dei principali centri attrattori di manodopera agricola non qualificata.

2. Il percorso nascita

Il Cedap registra informazioni attinenti alle forme di assistenza utilizzate nel periodo di gestazione e in particolare su:

- il numero di visite di controllo e la data del primo accesso presso le strutture sanitarie;
- il numero di ecografie;
- il carattere pubblico o privato delle strutture utilizzate;
- l'effettuazione di test di screening o di diagnosi prenatale e la relativa tipologia;
- l'eventuale numero di ricoveri.

I valori assunti da queste variabili nell'intero campione presentano un quadro piuttosto eterogeneo, in relazione al profilo demografico e socio-economico delle gestanti, nonché alle specificità territoriali di ogni struttura assistenziale.

In linea generale, la popolazione straniera e con basso titolo di studio si reca in maniera più sistematica presso i consultori e altre forme di assistenza pubblica (ambulatori ospedalieri e di distretto) rispetto agli studi privati; le donne immigrate, multipare e più giovani, si sottopongono a un numero minore di esami di controllo e di monitoraggio della gravidanza; le donne straniere presentano, infine, percentuali più alte di ricovero durante la gestazione.

Tuttavia, a prescindere dalle caratterizzazioni specifiche delle gestanti, si osserva un generale **sovrautilizzo delle strutture sanitarie** e un accesso all'assistenza più frequente di quanto raccomandato dalla letteratura scientifica e dalle istituzioni internazionali.

Un primo esempio è rappresentato dal **numero delle visite**: a fronte di un modello di riferimento proposto dall'Organizzazione mondiale della sanità basato su 4 controlli, in Piemonte, come del resto su tutto il territorio nazionale, se ne registra un utilizzo maggiore. Effettua questa prestazione almeno 5 volte, infatti, il 78,7% della popolazione e filtrando il campione si ottiene la distribuzione riportata in tabella.

Tabella 2. Numero delle visite in relazione a numero di parti precedenti, cittadinanza e titolo di studio

	numero parti precedenti				cittadinanza		titolo di studio				
	nessuno	1	2	3 o +	italiana	straniera	alto	medio alto	medio basso	basso	nessun titolo
oltre 5 visite	81,9%	79,6%	76,3%	65,3%	82,8%	66,8%	81,5%	81,6%	78,4%	49%	81,3%

La causa di ciò è da ricercare in una tradizione sanitaria nazionale, spesso incoraggiata anche dagli operatori sanitari, che identifica il numero dei controlli con una migliore qualità dell'assistenza. Un'ipotesi che sembrerebbe confermata dal numero medio di 4,3 **ecografie** per paziente, e quindi superiore alla raccomandazione del servizio sanitario nazionale che reputa sufficiente (e rimborsabili) – in assenza di condizioni patologiche – un massimo di tre esami.

Si può osservare, inoltre, osservare come nelle **strutture private** l'inflazione di visite di controllo sia molto

¹ Tra le madri straniere incluse nell'indagine le nazionalità più frequenti sono Marocco (23%), Romania (21,8%) e Albania (13,6%) e Cina (3,8%)

più vistoso che nei centri pubblici. Interessante è anche notare come, durante la gravidanza, la grande maggior parte della popolazione acceda prevalentemente nei centri privati (il 73,6% della popolazione) mentre per il parto solo l'1,7% della popolazione si rechi presso le cliniche private. Permane tuttavia un'evidente **sottoutilizzo delle strutture pubbliche** nei percorsi di accompagnamento alla gravidanza, cui accede unicamente il 26,4% dell'utenza.

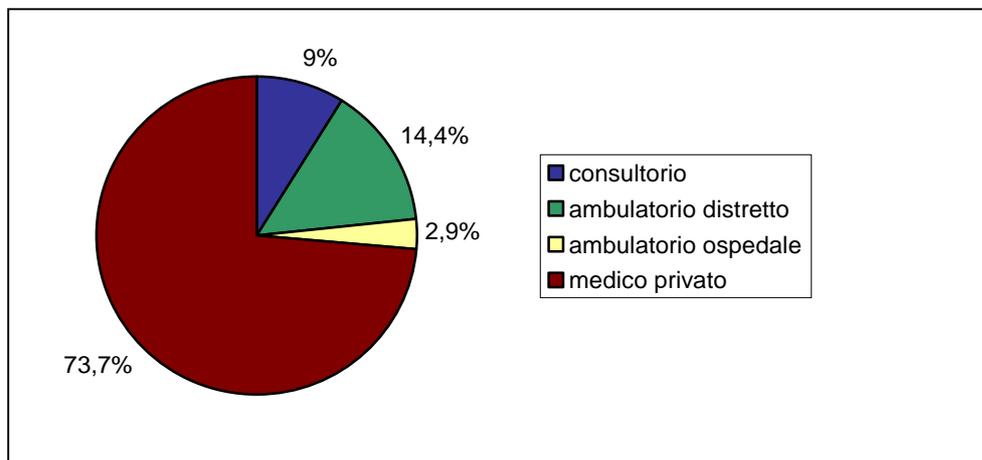


Grafico 1. Utilizzo dei servizi pubblici e privati di accompagnamento alla nascita

I tassi di **diagnosi prenatale** variano, come prevedibile a seconda dell'età della gestante. Tra le donne con più di 35 anni il 77% si sottopone a una tecnica per l'accertamento di eventuali patologie o malformazioni del feto, scegliendo nel 47,7% una diagnosi invasiva (villocentesi o amniocentesi) e nel 29,3% ad uno screening. Tra le più giovani soltanto il 6% decide di sottoporsi a una diagnosi invasiva, mentre il 60% si limita alla indagini probabilistiche (traslucenza nucale e/o tri-test) e il 35% infine non fa ricorso a diagnosi prenatale. Più bassi i livelli di accesso delle donne straniere, anche se probabilmente in questo caso più che una scelta consapevole, intervengono altri fattori legati o alla religione o alla inaccessibilità dei centri.

Esiste una certa difformità nell'offerta di servizi sul territorio, con un utilizzo maggiore dei servizi pubblici in alcune Asl (in particolare l'accesso al consultorio risulta più alto presso le Asl 1 e 4 della città di Torino, l'Asl 9, e le aziende sanitarie alessandrine e cuneesi), di cui tuttavia l'analisi del Cedap non è riuscita a dare spiegazione. Più esplicita la **distribuzione dei ricoveri** durante la gravidanza che presenta valori medi nettamente più alti nella città di Torino (il 9,3% della popolazione gestante è stata ricoverata almeno una volta) che nel restante territorio regionale (fermo al 9,3% con l'eccezione delle Asl 16, 10%, e 22, circa 10%). Una differenza dovuta a prassi assistenziali diverse e a una diversa distribuzione di fattori predisponenti alla patologia gravidica.

3. L'evento parto

Il rapporto "Nascere in Piemonte" evidenzia le molteplici variabili che intervengono nel determinare l'evento parto e in particolare:

- il luogo del parto;
- le modalità mediche del travaglio;
- le modalità del parto e il ricorso al taglio cesareo;
- l'uso di tecniche di contenimento del dolore;
- le presenze in sala parto.

I principali **determinanti della domanda di salute delle partorienti** sono fattori clinici (quali il decorso della gravidanza e gli eventuali ricoveri subiti, l'età gestazionale del parto e il peso presunto del neonato), elementi legati al tipo di percorso nascita (percorso pubblico o privato, frequentazione di un corso di accompagnamento alla gravidanza, eventuale procreazione medico assistita), indicatori socio-demografici e, non da ultimo, la delicatezza emotiva e psicologica del parto. Una domanda che pertanto non può che risultare eterogenea e difficilmente incanalabile in modelli di assistenza univoci e standard. Ed effettivamente sull'intero territorio regionale è presente **un'offerta di servizi** altrettanto composita, in cui i diversi punti nascita delle aziende sanitarie propongono livelli e tipologie di assistenza differenti. Il Rapporto mette in luce, tuttavia, alcuni aspetti di forte disparità nelle pratiche fra un'area e un'altra che, combinate a una decisa mobilità delle gestanti nella regione, indicano la necessità di una più attenta programmazione centrale. Una riorganizzazione delle prassi assistenziali che prenda come modello gli schemi organizzativi adoperati nelle strutture che riportano i migliori indicatori di esito.

Un primo esempio che dimostra la necessità di una riorganizzazione razionale dell'assistenza al parto deriva dall'analisi della **alta mobilità intra-regionale delle gestanti**.

Attualmente esistono in Piemonte **34 punti nascita, suddivisi in 14 minori o uguali al I livello, 11 di II e 9 di III livello** che rispettivamente assistono il 18,7%, il 30,2% e il 49,2% delle partorienti (le restanti partoriscono per l'1,7% nelle due cliniche private della città di Torino e per lo 0,2% a domicilio). **L'Azienda ospedaliera Sant'Anna** concentra nelle proprie strutture il 24,1% delle nascite, ponendosi come maggiore polo di riferimento in Piemonte.

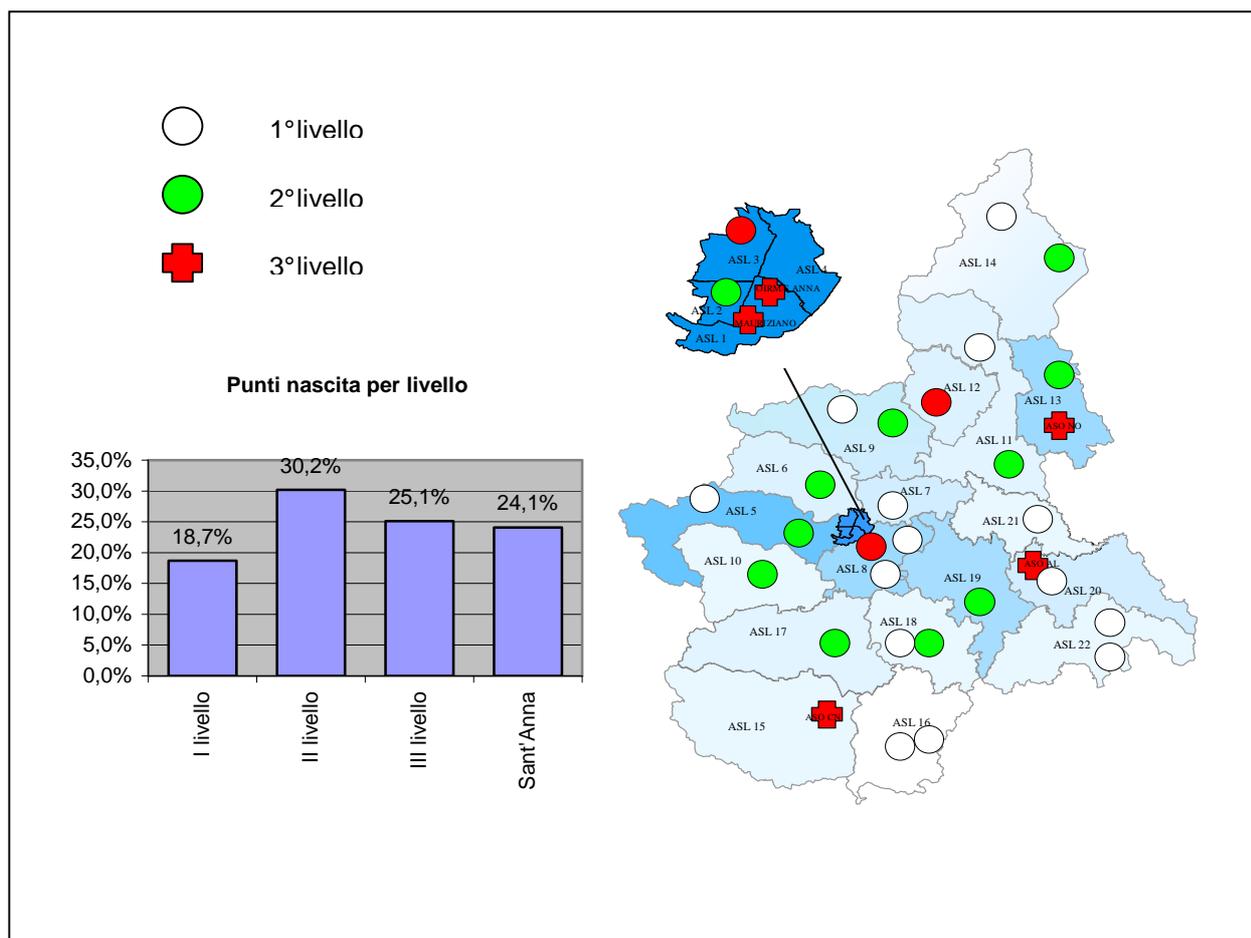


Figura 1. Distribuzione dei punti nascita in Piemonte e loro tipologia

Il decorso della gravidanza, insieme ad altri criteri clinici quali l'età gestazionale e il peso presunto del nascituro, dovrebbe essere il principale criterio per determinare l'accesso ai diversi PN, convogliando le gestazioni a medio e alto rischio nei centri specializzati e quelle a basso pericolo nei punti nascita di zona prossimi alla residenza della madre. Tuttavia la mobilità delle partorienti in Piemonte sembrerebbe rispondere anche ad altre logiche.

Per le **gravidanze fisiologiche, pari all'82,4% del totale**, si osserva una distribuzione disomogenea sul territorio piemontese. In particolare i PN situati nell'area metropolitana torinese hanno tassi variabili di attrazione del proprio bacino di utenza, con mobilità interaziendale alta e orientata verso il Sant'Anna da quelle aree che non ospitano un polo di riferimento di III livello, e più limitata dai territori che dispongono anche di strutture sanitarie ad alta specializzazione. Nelle altre province piemontesi vi è invece una mobilità più contenuta, anche se nelle aree che ospitano un'azienda ospedaliera al loro interno (e conseguenti PN di III livello), le partorienti preferiscono rivolgersi a queste piuttosto che alle Asl di zona.

Nei decorsi segnalati come patologici (il 17,6% del totale) la mobilità è maggiore e il parto avviene per il 95% dei casi nelle strutture di III livello. Tuttavia si osserva una iper-concentrazione presso l'ospedale Sant'Anna (86,8% del totale) solo parzialmente spiegabile dall'incidenza più alta delle patologie nell'area metropolitana del capoluogo piemontese (la media delle gravidanze fisiologiche per le madri residenti nelle Asl dalla 1 alla 8 è del 71,64% contro il 92,9% aziende²). Piuttosto, la disparità manifesta un'apparente incapacità di attrazione dei centri di III livello di zona. Tale situazione, dalle origini complesse, impone il compito di sviluppare una maggior visibilità dei servizi all'interno della Provincia/Quadrante per un utilizzo appropriato delle risorse di zona e per offrire una risposta "locale" alla domanda di salute perinatale.

Le modalità del travaglio e del parto sono un secondo indicatore delle difformità presenti tra i vari punti nascita piemontesi. Così ad esempio l'induzione del travaglio, al netto dei tagli cesarei elettivi, è stata utilizzata in media nel 16% dei casi, con picchi non giustificati e prossimi al 25% nei punti nascita di Cuorgné, di Alessandria e al Sant'Anna, e con percentuali superiori al tetto del 10% (raccomandato dall'OMS) in tutte le strutture piemontesi tranne che a Carmagnola, Casale, Chivasso, Pinerolo, Rivoli, Savigliano e Vercelli.

Per quanto riguarda la tipologia del parto, **il 67,2% avviene per via vaginale, il 2% per via vaginale operativa e il 30,2% tramite taglio cesareo** (di cui il 21,4% di tipo elettivo e l'8,8% in travaglio). Un valore, quest'ultimo, comparabile alla media nazionale italiana (pari al 29,9% secondo i dati Istat del 2001) ma comunque superiore al 15% raccomandato dall'OMS.

Dal Rapporto emerge come tassi maggiori di taglio cesareo siano associati a fattori clinici (le donne sottoposte a induzione presentano un rischio quasi tre volte maggiore), aspetti connessi all'età (le donne oltre i 35 anni ricorrono a quest'operazione nel 32,2% dei casi rispetto al 26,2% delle madri più giovani) e legati alla cittadinanza (donne straniere ricorrono al Tc nel 26,5% dei casi a fronte del 31,5% delle italiane). Tuttavia queste correlazioni non sembrano sufficienti a spiegare né l'alta varietà dell'incidenza sul territorio, né l'irrelevanza del livello dei PN (I, II, III livello) nel determinarne il tasso di utilizzo.

² La differenza tra le due percentuali è spiegabile sia per la maggior presenza nella città di Torino e nel suo hinterland di popolazione straniera e dunque più associata a rischi durante la gravidanza, sia frutto di un bias di etichettizzazione delle gestazioni

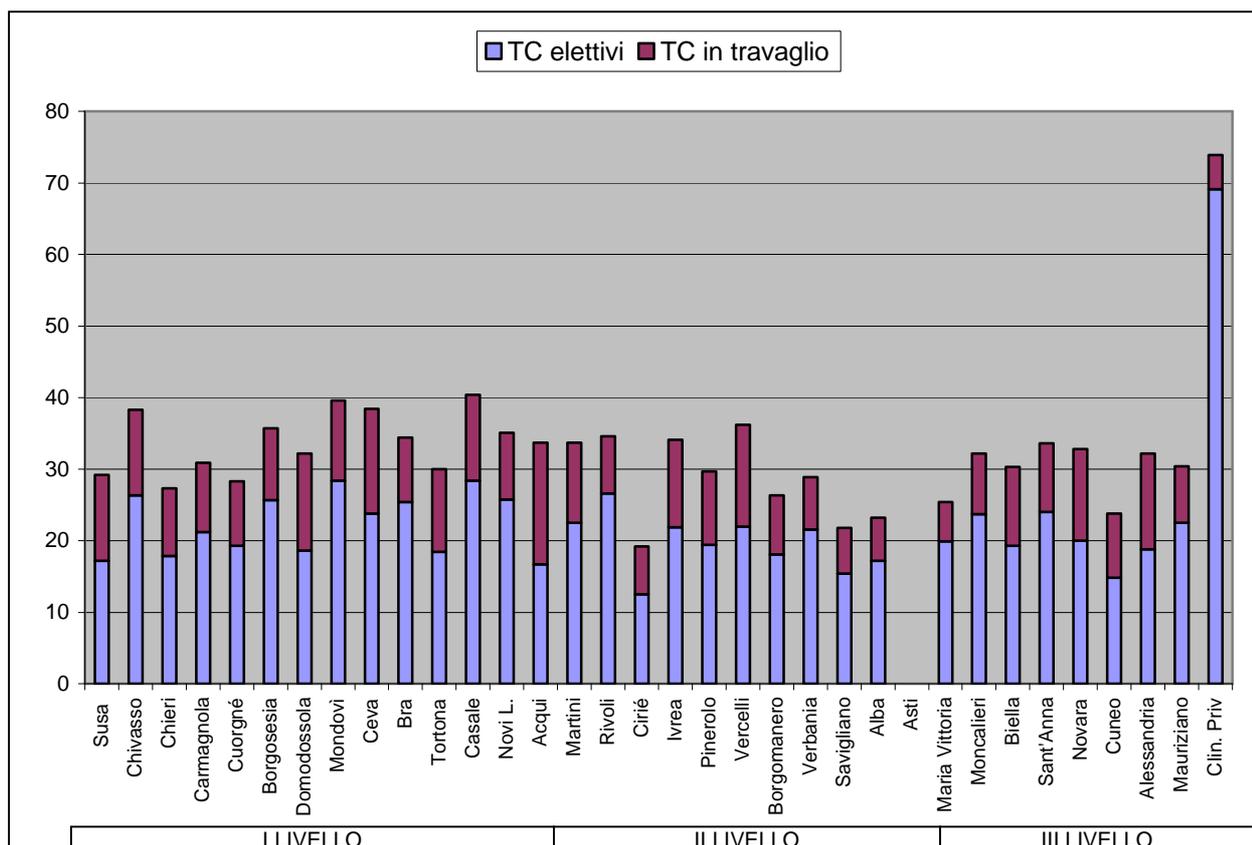


Grafico 2. Frequenza del taglio cesareo (elettivo e in travaglio) per punto nascita

Un tentativo di analisi del fenomeno è stato adottato attraverso la catalogazione delle gravidanze mediante la classificazione di Robson che divide la popolazione delle gestanti in 10 classi³.

Applicata al Piemonte, la metodologia ha sottolineato come nelle classi I, III e V⁴, corrispondenti al 71% della popolazione considerata, vi sia un ricorso eccessivo e, talvolta, inappropriato al taglio cesareo indicando dunque le sottopopolazioni su cui è necessario intervenire attraverso politiche di contenimento. In particolare il processo di riforma e omogeneizzazione delle prassi assistenziali dovrà ispirarsi ai modelli adottati nei punti nascita dove queste categorie registrano tassi minori.

Ulteriori differenze importanti tra i modelli assistenziali sono legati alla **posizione assunta dalla donna durante il parto**, ai danni perineali e all'uso dell'analgisia come sistema di contenimento del dolore.

Per quanto riguarda il primo punto vi è una sostanziale prevalenza della posizione litotomica, assunta dal 71,5% delle partorienti, seguita da prassi alternative che facilitano maggiormente le spinte naturali delle donne come l'uso dello sgabello (5,2%) o l'assunzione di posizioni come lo stare accovacciati, carponi o in piedi (rispettivamente il 4,6%, il 2,5% e lo 0,7%). L'alta frequenza della posizione supina dipende più da prassi assistenziali che hanno premiato negli anni la facilità e libertà di movimento degli operatori sanitari piuttosto che la spontaneità del parto. Peraltro in letteratura scientifica non esistono indicazioni che favoriscono questo modello rispetto ad altri.

³ Tale metodo, prendendo in esame la precedente storia ostetrica (parità), l'età gestazionale, la posizione assunta dal feto durante la gravidanza, le modalità del travaglio e l'eventuale precedente ricorso al taglio cesareo, propone 10 sottopopolazioni mutuamente esclusive, rappresentanti tutte le possibili combinazioni cliniche e demografiche delle gestanti. Per ogni classe così individuata si analizza il corrispettivo ricorso al cesareo, indicando i la tipologia di partorienti che ne fanno un utilizzo maggiore. Tuttavia, le potenzialità del sistema non stanno tanto nel riconoscimento delle classi quantitativamente più contribuenti all'incidenza regionale del cesareo, quanto nell'evidenziazione dei profili che più ne fanno un uso inappropriato e sui quali quindi potrebbe avere più successo una politica di contenimento.

⁴ Corrispondenti ai seguenti profili: I=donne primipare***, parto a termine, feto singolo, travaglio spontaneo, presentazione cefalica; classe corrispondente al 35% della popolazione e contribuente al tasso regionale di tagli cesarei nella misura del 18%; III=donne pluripare, parto a termine, feto singolo, travaglio spontaneo, presentazione cefalica; 28% pop. e 4% tc; V=donne con pregresso TC, parto a termine, feto singolo, presentazione cefalica; 8% pop. e 24% tc

Osservando, invece, la distribuzione dei tassi di **danni perineali** fra i vari punti nascita, emerge come proprio i centri che favoriscono la naturalità della posizione assunta dalla donna sono anche quelli che praticano meno episiotomie, senza presentare un rilevante aumento delle lacerazioni spontanee.

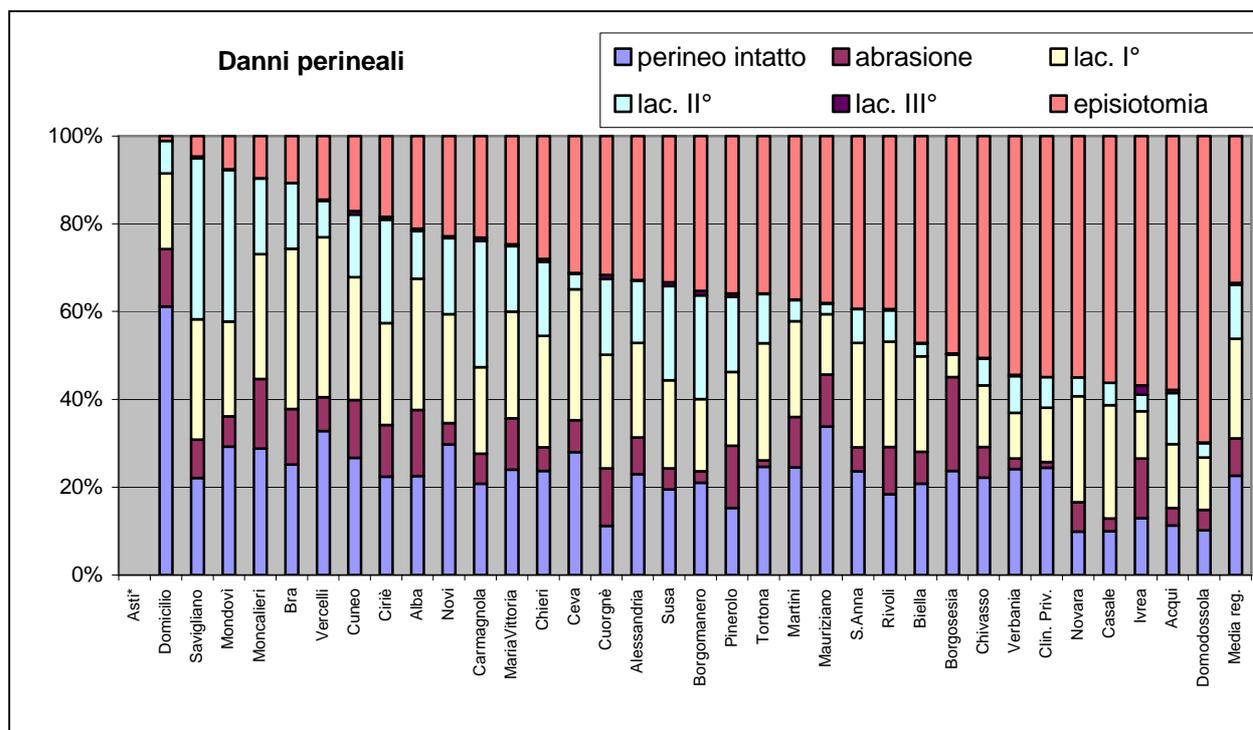


Grafico 3. Tipologia e frequenza di danni perineali per punto nascita

Anche sulla diffusione del **contenimento del dolore durante il parto**, in assenza di una regolamentazione nazionale e regionale, vi è una marcata discordanza tra i servizi offerti. I dati Cedap non permettono oggi di distinguere l'utilizzo di sedativi e di anestesia nelle diverse modalità di parto e risultano indicativi unicamente escludendo dall'analisi i tagli cesarei elettivi e in travaglio. Fatta questa precisazione, si osserva come **l'analgisia e l'anestesia peridurale** sono praticate in maniera consistente soltanto nelle cliniche private (41,6% e 32,6%), mentre nel pubblico ve ne è un utilizzo più moderato per quanto assai differenziato a livello territoriale. In particolare il ricorso all'epidurale varia tra tassi inferiori all'1% registrati presso 21 punti nascita e valori superiori al 5% registrati unicamente al Sant'Anna (21,7%), a Tortona (17,8%), ad Acqui Terme 11,2% e ad Alessandria (l'8,8%). L'analisi ha infine dimostrato una maggior incidenza dei parti operativi in corrispondenza dell'utilizzo di analgesia (vedi grafico in pagina successiva).

Infine, per quanto riguarda i **professionisti sanitari presenti al parto** spontaneo la normativa vorrebbe che questi si limitassero nei parti fisiologici all'ostetrica e al personale sanitario di supporto, e che ginecologo, pediatra, neonatologo, anestesista intervenissero unicamente in caso di parti patologici e nei centri di III livello. Un affollamento eccessivo della sala infatti rischia di inibire la produzione naturale di ossitocina nella madre con il rischio di complicare il parto. Questa indicazione risulta in parte disattesa in Piemonte, dove si registra la frequente partecipazione al parto di ginecologi (soprattutto nei centri di I e II livello), e in misura minore di pediatri e anestesisti.

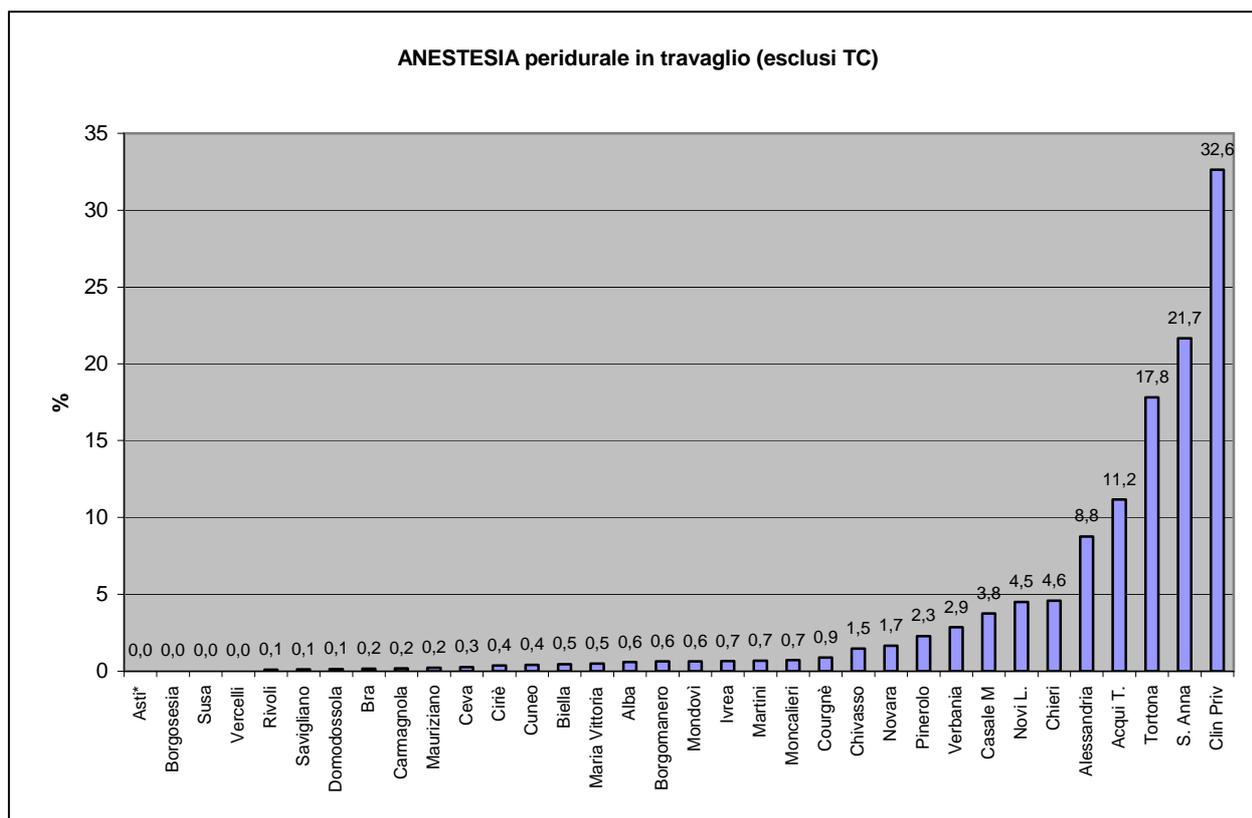


Grafico 4. Utilizzo dell'analgisia peridurale per punto nascita

4. Il neonato e gli indicatori di esito

I parti assistiti in Piemonte nel periodo considerato sono stati 88.217, per un totale di 89.152 neonati⁵, di cui il 51,6% maschi e il 48,4% femmine.

L'88,9% delle gravidanze si è conclusa a termine (tra le 37 e le 41 settimane e 6 giorni), il 5,3% tra le 35 e le 37, il 2,5% prima delle 35 e il 3,3% post-termine. Tassi più alti di neonati prematuri si concentrano fra le madri primipare e/o con più di 35 anni e tra le donne che presentano condizioni di svantaggio socio-economico. In particolare le donne straniere sono molto più esposte al rischio di parto in età gestazionale inferiore alle 35 settimane (1,9% a fronte dell'1,6% delle italiane) e, soprattutto, alle 32 settimane (2,3% a fronte dell'1,4% delle italiane).

Rispetto al peso alla nascita, la maggior parte dei bambini si trova nella fascia compresa tra i 3 e i 4 chilogrammi (che comprende il 66,7% dei neonati), seguita da quella tra i 2500 e i 2999 grammi (20,9%) e oltre i 4000 (5,5%). Anche in questo caso le donne straniere sviluppano un rischio molto più elevato di avere figli con peso inferiore ai 1500 grammi (1,6%) rispetto alle italiane (0,8%)

Le gravidanze a maggior rischio, in cui il bambino ha un peso inferiore ai 1500 grammi e/o un'età gestazionale inferiore alle 32 settimane, hanno un'incidenza pari all'1,2% e avvengono nella grande maggioranza in centri di III livello dotate di terapia intensiva neonatale (o in caso di nascita presso altri centri vi vengono trasferiti d'urgenza), con una netta concentrazione presso il S.Anna.

⁵ Con un tasso di gemellarità equivalente all'1,2%

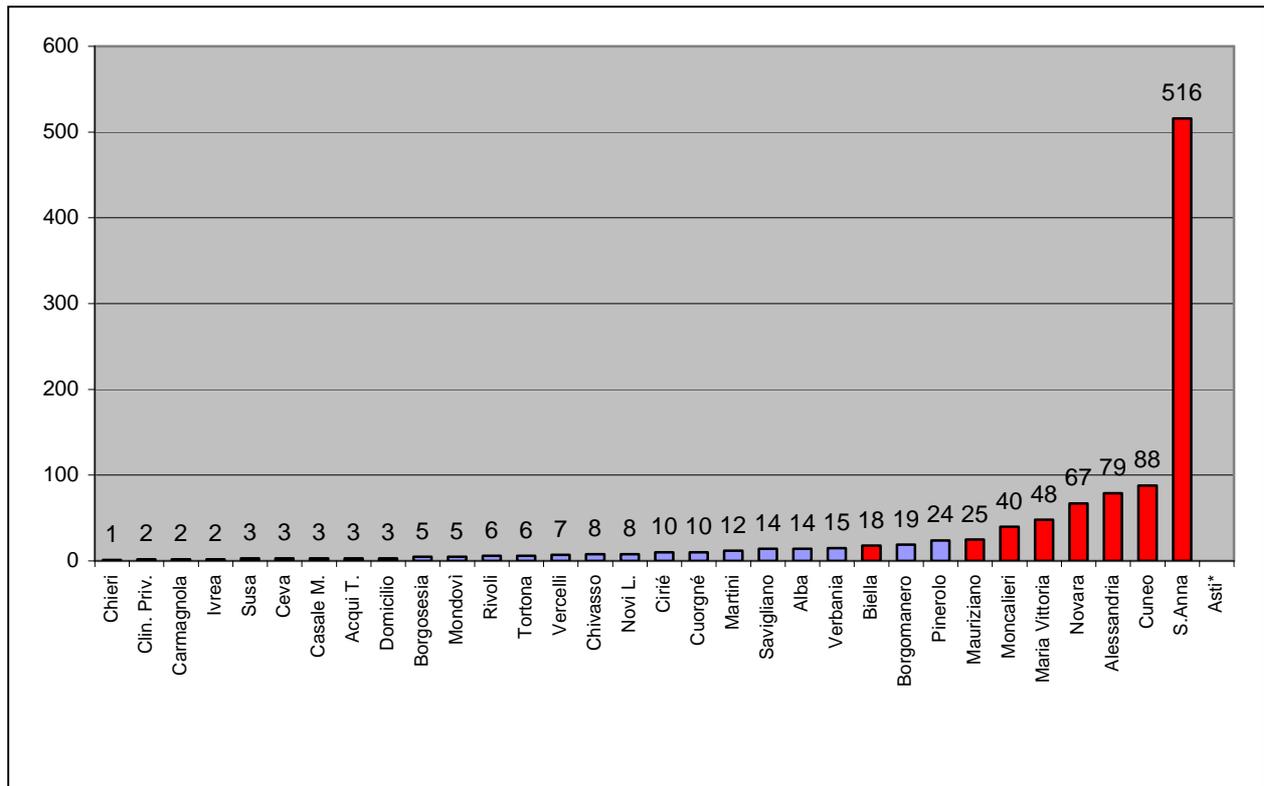


Grafico 5. Numero di nati con età gestazionale inferiore alle 32 settimane e/o peso <1.500 g.

La **natimortalità**⁶ è risultata del 2,9 per mille, occorsa nel 65,3% prima del travaglio e soltanto nel 2% e nel 3% rispettivamente in travaglio o durante il parto. Tale percentuale sembra promuovere le misure di prevenzione adottate nei percorsi nascita, che se efficienti dovrebbero contenere, secondo la letteratura scientifica, a meno del 10% i decessi intra-parto rispetto al totale della natimortalità.

Per quanto riguarda la **mortalità neonatale** il Rapporto si è valso dei dati provenienti dalle Sdo e indica un tasso pari al 2,1 per mille per il primo mese di vita e del 2,8 per mille nel primo anno.

⁶ Per "nato morto" si intende il prodotto del concepimento di 28 settimane o più con peso superiore o uguale ai 500 grammi, 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.

Considerazioni finali

Dal Rapporto emergono, da un lato l'importanza dei Cedap quali strumenti di descrizione accurata della realtà dell'uso dei servizi in Piemonte, dall'altro una serie di comportamenti relativi all'esperienza della gravidanza e del parto fortemente condizionati dallo status socioeconomico e a forte rischio di inappropriatazza.

Tra questi è importante ricordare:

- **per la gravidanza**, la sotto-utilizzazione dei servizi pubblici a favore di quelli privati, nonché l'eccesso di visite di controllo ed ecografie, che riguarda un po' tutte le categorie ma in particolar modo le fasce deboli;
- **per il travaglio-parto**, il ricorso sproporzionato al taglio cesareo e all'episiotomia (in linea peraltro con la media nazionale) e una grande eterogeneità di esiti e pratiche fra i diversi punti nascita regionali, con un ricorso da parte della maggior parte delle donne di strutture di III livello anche quando non ve n'è necessità;
- **per gli esiti materno-fetali**, la maggiore incidenza di natimortalità e nascite pretermine fra le donne immigrate e in genere nelle fasce più deboli.

Dal Rapporto emergono altresì indicazioni pratiche importanti per le strategie aziendali. Tali strategie devono essere finalizzate a porre in azione un modello organizzativo e assistenziale capace di garantire l'adeguata assistenza alle coppie e ai neonati, dalla gravidanza al dopo-parto.

Per far questo ogni Azienda sanitaria regionale (ASR) dovrebbe elaborare un documento aziendale denominato "Percorso Nascita", volto a uniformare i comportamenti del personale in base alle evidenze scientifiche e a garantire alcuni obiettivi prioritari:

- 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.