

Dipartimento di Prevenzione
U.O. Epidemiologia

GRAVIDANZE E NASCITE nell'Area Vasta 2 Rapporto 2017

dati CedAP 2011-2015



a cura di:

U.O. Epidemiologia ASUR Marche, Area Vasta 2 Ancona

Cristina Mancini, Antonella Guidi, Marco Morbidoni

con la collaborazione di:

<i>David Barchiesi</i>	Agenzia regionale Sanitaria: P.F: "Flussi informativi sanitari e monitoraggio SSR"
<i>Francesca Polverini</i>	Agenzia regionale Sanitaria: Osservatorio Epidemiologico Regionale, P.F:" Flussi informativi sanitari e monitoraggio SSR"
<i>Rita Gatti</i>	Distretto di Ancona: Consultorio Familiare
<i>Valeria Bezzeccheri</i>	Distretto di Ancona: Consultorio Familiare

Si ringrazia la dott.ssa Annalisa Cardone per il suo prezioso contributo

Edizione: Dicembre 2017

Fonti informative:

- archivio dati AV2 dei Certificati di Assistenza al Parto (CedAP), fornitoci dalla *P.F. Sistemi Informativi Statistici e di Controllo di gestione* della regione Marche;
- Istat.

INDICE

Capitolo/paragrafo	Titolo	pag
	ACRONIMI	4
	NOTE METODOLOGICHE	5
	SINTESI DEI RISULTATI	7
	INTRODUZIONE	9
1.	LA NATALITA' NELL'AREA VASTA 2	10
2.	LE CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DEI GENITORI	12
• 2.1	• Cittadinanza	12
• 2.2	• Età materna	13
• 2.3	• Condizione professionale materna e paterna	14
• 2.4	• Scolarità materna e paterna	15
3.	IL PERCORSO NASCITA: LA GRAVIDANZA E IL PARTO	17
• 3.1	• Servizio prevalentemente utilizzato in gravidanza	17
• 3.2	• Visite in gravidanza	20
• 3.3	• Epoca delle 1° visita	21
• 3.4	• L' evento parto	24
	- 3.4.1 Luogo del parto	24
	- 3.4.2 Durata della gravidanza	25
	- 3.4.3 Modalità del parto	26
	- 3.4.4 Analisi dei parti cesarei secondo la classificazione di Robson	32
4.	IL NEONATO	49
• 4.1	• Parto semplice e plurimo e nuovi nati	49
• 4.2	• Proporzioni e genere dei nuovi nati	49
• 4.3	• Peso alla nascita	50
• 4.4	• Punteggio Apgar a 5 minuti e rianimazione neonatale	51
• 4.5	• Natimortalità	52
• 4.6	• Malformazioni	53
5.	RIFLESSIONI FINALI	55
	ALLEGATI	61
• A	• Scheda di rilevazione CedAP Marche, anno 2015	62
• B	• Analisi dei parti delle residenti in AV2, per classi di Robson: confronto tra i parti avvenuti nel PN "Salesi" con quelli avvenuti nei PN dell'Area Vasta 2	66
• C	• Lista Paesi PSA/PFPM	68

ACRONIMI

ARS MARCHE	Agenzia Regionale Sanitaria, regione Marche
ASUR MARCHE	Azienda Sanitaria Unica Regionale, Marche
AV	Area Vasta
AO	Azienda Ospedaliera
CeDAP	Certificato Di Assistenza al Parto
CF	Consultorio Familiare
IC	Intervallo di Confidenza
OER MARCHE	Osservatorio Epidemiologico Regionale, Marche
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
OR	Odds Ratio
PASSI	Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia
P.F.	Posizione di Funzione
P.F.P.M	Paesi a Forte Pressione Migratoria
P.N.	Punto Nascita
P.S.A.	Paese a Sviluppo Avanzato
SDO	Scheda di Dimissione Ospedaliera
TC	Taglio Cesareo
TdP	Travaglio di Prova
TFT	Tasso di Fecondità Totale
UOE	Unità Operativa Epidemiologia dell'Area Vasta 2
vs	versus
ZT	Zona Territoriale

NOTE METODOLOGICHE

1. Definizione di immigrato

- L'immigrato (padre o madre) è stato definito come lo straniero, che soggiorna stabilmente in Italia, avente la cittadinanza in uno dei Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM), siano questi appartenenti all'Unione Europea che non. La popolazione di confronto è stata individuata nelle persone con cittadinanza italiana ed in quelle presenti stabilmente in Italia con cittadinanza in uno dei Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA). Gli immigrati quindi attraverso tale definizione vengono individuati secondo il criterio della "cittadinanza"¹.

2. Paesi PFPM e PSA

- La lista dei Paesi a Forte Pressione Migratoria ed a Sviluppo Avanzato è riportata nell'allegato C ed è stata estratta dalla pubblicazione: "La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi"¹

3. Data-base

- La fonte dei dati contenuti nel rapporto è il data-base dell'Area Vasta 2 delle schede del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) per gli anni 2011-2015. In questo archivio sono disponibili le informazioni riguardanti i parti, ed i relativi nuovi nati, delle donne residenti nell'Area Vasta 2, ovunque esse abbiano partorito all'interno della regione Marche; inoltre in tale data-base sono disponibili anche le informazioni relative a tutti i parti svolti nei Punti Nascita dell'Area Vasta 2, indipendentemente dalla residenza materna ("la produzione" di parti nei presidi ospedalieri gestiti dall'Area Vasta 2). Si precisa che fino all'anno 2015 in AV2 è stato attivo il PN di Osimo, pertanto in totale i Punti Nascita, considerati in questo report nel periodo 2011-2015, sono quattro: Senigallia, Jesi, Fabriano ed Osimo.
- Le informazioni demografiche, riguardanti la popolazione residente, sono state tratte dal sito www.demo.istat.it.
- Altre fonti utilizzate sono sempre menzionate nel testo o nelle tabelle/grafici.

4. Software utilizzato

- L'analisi dei dati è stata effettuata utilizzando il software EPI Info 3.5.1.

5. Unità di analisi

- Sono stati analizzati i parti delle donne residenti nell'AV2 (ovunque esse abbiano partorito, all'interno del territorio regionale) e le caratteristiche dei relativi nuovi nati;
- Nel capitolo 3.4.4 sono stati invece analizzati i parti dell'archivio aziendale CeDAP avvenuti nel 2015 in ciascuno dei quattro Punti Nascita dei presidi ospedalieri dell'AV2, indipendentemente dalla residenza materna.

6. Misure presenti nel rapporto

- I risultati delle elaborazioni sono stati espressi sotto forma di percentuali e proporzioni; le analisi sono state effettuate con un livello di disaggregazione per lo più di ex Zona Territoriale ed i valori sono stati confrontati sia con quelli della regione Marche (relativi all'anno 2013)

¹ Questa definizione è uno dei risultati del progetto nazionale: "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia" di cui all'Accordo Ministero della Salute/CCM – Regione Marche (Uff. I, n. DG/PREV/I3488/P/F 3 ad, 2007) – Coordinamento Osservatorio Diseguaglianze/ARS Marche. <http://ods.ars.marche.it/SaluteImmigrati.aspx> e <http://www.ccm-network.it/progetto.jsp?id=node/74&idP=740>, ultimo accesso 28 dicembre 2017. Tale definizione è contenuta nella pubblicazione: "La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi"; essa, scaturita dal progetto sopra-citato che è stato coordinato dalla dr.ssa *Patrizia Carletti* (Osservatorio Diseguaglianze/ARS Marche), è scaricabile dal seguente sito web: <http://ods.ars.marche.it/SaluteImmigrati.aspx>, ultimo accesso 28 dicembre 2017

pubblicati sul sito dell' "Osservatorio Diseguaglianze nella Salute" dell'ARS Marche², sia con quelli contenuti nell'ultimo Rapporto CeDAP nazionale – Anno 2014 – curato dal Ministero della Salute.

- Dalle procedure di elaborazione sono sempre stati esclusi i record che risultavano non valorizzati o non validi per la/le variabile/i presente/i nella scheda CeDAP.
- In alcune circostanze si è proceduto ad una valutazione dell'esistenza di un'associazione tra alcuni esiti/eventi riguardanti il percorso nascita ed il neonato (es. effettuazione tardiva della prima visita in gravidanza; neonato di basso peso alla nascita etc...) ed alcuni fattori di rischio universalmente riconosciuti dalla letteratura scientifica come tali (es: basso livello d'istruzione materna, cittadinanza materna in PFPD etc...). Questa valutazione è stata effettuata attraverso analisi logistiche univariate che hanno fornito una stima dell'*Odds Ratio (OR)* e del rispettivo *Intervallo di Confidenza (IC)* al 95%.

L'*Odds Ratio* e la misura che mette in relazione, in termini probabilistici, il verificarsi dello evento/esito preso in esame ed i fattori di rischio individuati in quanto esprime il rapporto tra la frequenza con la quale un evento/esito si verifica in un gruppo di individui, che sono esposti ad un determinato fattore, e la frequenza con la quale lo stesso evento/esito si verifica in altro gruppo che non è esposto a quel medesimo fattore.

In particolare se:

- **OR è uguale ad 1** significa che il fattore di esposizione non è un fattore di rischio, in quanto la probabilità del verificarsi dell'evento/esito è uguale nei due gruppi;
- **OR è maggiore di 1** significa che il fattore a cui è esposto un gruppo, ma non l'altro è un fattore di rischio, pertanto nel gruppo esposto ci sono probabilità maggiori, rispetto al gruppo non esposto, che l'evento/esito si verifichi;
- **OR è inferiore ad 1** significa che il fattore a cui è esposto un gruppo, ma non l'altro è un fattore protettivo, pertanto nel gruppo esposto ci sono minori probabilità, rispetto al gruppo non esposto, che l'evento/esito si verifichi, vale a dire che quel fattore in qualche modo "protegge" il gruppo dal verificarsi dell'evento/esito.

L'*intervallo di confidenza*, generalmente espresso al 95%, può essere definito come il range di valori entro cui è contenuto, con una probabilità del 95%, il valore reale e/o vero dell'associazione tra fattore di rischio considerato ed evento/esito.

² "Perché continuare ad occuparsi della salute degli immigrati: il profilo di salute" - Intervento della dott.ssa Liana Spazzafumo nell'ambito del convegno regionale: "L'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata. Il diritto alla salute, un diritto per tutti", Ancona, 26 marzo 2015 <http://ods.ars.marche.it/SaluteImmigrati.aspx>
ultimo accesso 28 dicembre 2017

SINTESI DEI RISULTATI

Per la stesura del rapporto ci si è serviti del data-base 2015 dei Certificati di Assistenza al Parto (CedAP) dell'Area Vasta 2 da cui risulta quanto segue:

1. In AV2 i parti delle donne residenti sono stati 3.504 (il 37,8% di essi è avvenuto presso il presidio ospedaliero "Salesi" dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G.Salesi"- Ancona); le nuove nascite sono state 3.557 (di cui 3.546 nati vivi).
In questo stesso anno nell'Area Vasta 2 sono attivi i Punti Nascita di Senigallia, Jesi, Fabriano ed Osimo: essi hanno complessivamente assistito 2.430 parti.
2. Prosegue il calo della natalità che nel 2015 in AV2 raggiunge il valore di 7,7 per mille abitanti (lo stesso registrato per le Marche), mentre il numero medio di figli per donna è di 1,35. Questo livello di fecondità è insufficiente a garantire il necessario ricambio generazionale. Infatti in un'ottica generazionale il tasso di fecondità che assicura ad una popolazione la possibilità di riprodursi mantenendo costante la propria struttura è pari a 2,1 figli per donna.
3. Il 22,6% dei parti è relativo a madri di cittadinanza in Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) Le donne magrebine (Marocco + Tunisia) sono il gruppo più numeroso, seguito da quello delle rumene e delle albanesi.
4. Le madri di cittadinanza italiana hanno un'età media al momento del parto di 33 anni; risultano occupate nel 77% dei casi; hanno un livello di scolarità in prevalenza medio-alto, infatti il 44% è in possesso del diploma di scuola media superiore e il 43,7% ha conseguito una laurea magistrale o una laurea breve.
5. Le madri con cittadinanza in PFPM hanno un'età media al momento del parto di 29,5 anni; solo il 26% di esse lavora; hanno un livello di scolarità in prevalenza medio-alto, così come le madri di cittadinanza italiana, ma con proporzioni molto diverse: infatti il 40% di esse ha conseguito un diploma di scuola media superiore, ma solo il 16% è in possesso di una laurea.
6. Si sono rivolte ad un professionista privato, per essere assistite durante la gravidanza circa 7 residenti su 10. Una delle motivazioni del ricorso al ginecologo privato è sicuramente il desiderio della gestante di avere un "riferimento unico", che dia la garanzia di una continuità dell'assistenza, dai primi controlli della gravidanza fino anche al momento del parto.
Il 27% delle madri (931 donne) hanno scelto invece il servizio pubblico. Tra queste: una su due (50,7%) ha ricevuto un'assistenza presso l'Ambulatorio Ospedaliero Pubblico e per all'incirca l'altra metà (49,3%) presso il Consultorio Familiare Pubblico.
Nel corso del quinquennio 2011-2015 in alcune realtà territoriali dell'AV2 si è registrato un importante trasferimento della richiesta di assistenza dal Consultorio Familiare all'Ambulatorio Ospedaliero Pubblico.
7. Nel 93% delle gravidanze il numero di visite ostetriche effettuate è superiore a 4; mentre la percentuale di donne che effettuano la prima visita entro il primo trimestre di gravidanza è pari al 97%.
8. Si conferma la tendenza ad un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica. In media, nel 2015 il 36% dei parti di residenti è avvenuto con taglio cesareo (1.270 parti): il 60,9% di quest'ultimi sono cesarei d'elezione. I parti vaginali operativi (svolti con forcipe o ventosa) costituiscono il 2%.

9. La proporzione di nati vivi di peso inferiore ai 2.500 grammi (nati di basso peso) è del 6,8% (239 neonati); quella dei neonati con peso inferiore ai 1.500 grammi (nati di peso molto basso) è dello 1,2% (42 neonati).
10. Il 99% dei nati ha riportato un punteggio dell'indice di Apgar, a 5 minuti dalla nascita, compreso tra 8 e 10 quindi normale. L'indice di Apgar consiste in una serie di test effettuati di routine al bambino appena nato per valutare la vitalità e l'efficienza delle funzioni primarie dell'organismo.
11. Nel 2015 sono stati rilevati 8 nati morti corrispondenti ad un tasso di natimortalità, pari a 2,2 nati morti ogni 1.000 nati; inoltre 3 bambini sono nati vivi, ma deceduti subito dopo la nascita. I casi di malformazioni congenite alla nascita, registrati da fonte CedAP sono stati 22.
12. I parti avvenuti nei Punti Nascita di Senigallia, Jesi, Fabriano, Osimo, suddivisi secondo la classificazione di Robson (che raggruppa i parti in 10 diverse classi di rischio clinico, mutuamente esclusive), sono complessivamente pari a 2.403, corrispondenti al 98,9% del totale dei parti avvenuti in questi PN. Le classi più rappresentate sono quelle delle madri primipare a termine, con presentazione cefalica (classe I) e delle madri pluripare a termine, con presentazione cefalica e che non hanno avuto cesarei precedenti (classe III); queste due classi corrispondono complessivamente a circa il 54% di tutti i parti classificati. Si evidenzia inoltre che i parti nella classe V, relativa alle madri con pregresso parto cesareo, rappresentano il 10,9% dei parti totali classificati.

INTRODUZIONE

La salute materno-infantile è lo “specchio” del grado di benessere di una popolazione e della qualità delle cure erogate; per questo motivo il Ministero della Salute, con il Decreto n. 349 del 16 luglio 2001, ha istituito un nuovo flusso informativo, obbligatorio³ per le Regioni, con l’obiettivo di sorvegliare la qualità dell’assistenza durante la gravidanza, gli esiti della stessa e del parto.

Lo strumento di rilevazione dei dati è la scheda: “Certificato di Assistenza al Parto (CedAP)” che costituisce la più ricca fonte di informazioni sanitarie, epidemiologiche e socio-demografiche, relative all’evento nascita, essenziali per la programmazione sanitaria nazionale e regionale.

La scheda CedAP (allegato A), si compone delle seguenti sezioni:

- sezione A: informazioni socio-demografiche sul/sui genitore/i;
- sezione B: informazioni sulla gravidanza;
- sezione C: informazioni sul parto e sul neonato;
- sezione D: informazioni sulle cause di nati-mortalità;
- sezione E: informazioni sulla presenza di malformazioni.

Il Certificato deve essere compilato per ogni parto, non oltre il decimo giorno dalla nascita, a cura dell’ostetrica o del medico che ha assistito il parto o del medico responsabile dell’unità operativa in cui è avvenuta la nascita per le sezioni A, B e C; è invece il medico accertatore ad avere la responsabilità della compilazione delle sezioni D ed E.

Le numerose informazioni contenute nella scheda consentono di mettere in relazione la variabilità della qualità dell’assistenza ricevuta e degli esiti della gravidanza e del parto, con alcuni fattori riguardanti lo stato socio-economico e la cittadinanza delle madri, secondo quanto raccomandato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità⁴.

Nelle Marche il flusso viene gestito dalla Posizione di Funzione: “Sistemi Informativi Statistici e di Controllo di Gestione” della Regione. L’Area Vasta 2 ha la possibilità di accedere al data-base per acquisire tutte le informazioni contenute nel CedAP riguardanti:

- i parti delle donne residenti nell’AV2 (ovunque esse abbiano partorito, all’interno del territorio regionale) e relativi neonati;
- i parti avvenuti nei punti nascita dell’AV2 (indipendentemente dalla residenza materna) e relativi neonati.

Il presente rapporto si riferisce al 2015; in questo anno ci sono stati 3.504 parti di donne residenti in AV2, mentre nei Punti Nascita di Senigallia, Jesi, Fabriano ed Osimo sono avvenuti complessivamente 2.430 parti.

Per l’analisi dei dati sono stati utilizzati gli indicatori condivisi dalla letteratura specifica nazionale ed internazionale così da poter effettuare confronti con le pubblicazioni CedAP del Ministero della Salute e di quelle di altre regioni italiane.

Inoltre, quando possibile, le informazioni sono state “scomposte” anche per ex Zona Territoriale di residenza materna o per singolo Punto Nascita, in modo da operare gli opportuni paragoni.

I dati sulla classificazione dei parti e dei tagli cesarei secondo Robson, relativi alla regione Marche per l’anno 2015, ci sono stati gentilmente forniti dall’Osservatorio Epidemiologico Regionale della Agenzia Regionale Sanitaria Marche.

³ La rilevazione è prevista dal Programma Statistico Nazionale e costituisce pertanto un adempimento di legge anche ai sensi del Decreto Legislativo n. 322/1989.

⁴ World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. Final Report. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health, 2008.
http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/
http://www.who.int/social_determinants/en/

1. LA NATALITA' NELL'AREA VASTA 2

Nel 2015 prosegue il decremento nel numero dei parti da madri residenti nell'Area Vasta 2 registrato nel quinquennio 2011-2015: la fonte CedAP indica che si è passati da 4.117 parti dell'anno 2011 ai 3.504 del 2015, pari ad una variazione percentuale di - 14,9%.

La tabella 1.1. mostra come questo trend sia in diminuzione in tutte le ex ZT dell'AV2.

Tab. 1.1. N. assoluto di parti delle residenti, per ex ZT e relativa variazione percentuale. Area Vasta 2, anni 2011-2015

ex ZT di residenza materna	n. parti					var% 2015-2011
	2011	2012	2013	2014	2015	
Senigallia	644	633	567	604	533	-17,2
Jesi	938	806	794	801	830	-11,5
Fabriano	357	392	332	308	315	-11,8
Ancona	2.178	1.596	1.752	1.839	1.826	-16,2
Area Vasta 2	4.117	3.427	3.445	3.552	3.504	-14,9

Fonte: db CedAP AV2, anni 2011-2015. Elab: UOE, AV2

Sempre nel 2015 il tasso di natalità⁵ in provincia di Ancona risulta pari a 7,7 nati vivi per 1.000 abitanti, stesso valore per la regione Marche. E' evidente il trend di decremento della natalità nell'ultimo quinquennio (tab. 1.2.).

Tab. 1.2. Tasso di natalità. Confronto provincia di Ancona- Marche, anni 2002-2015

Anno	Tasso di natalità (x 1.000 ab.)	
	Prov. Ancona	Marche
2002	8,8	8,6
2003	8,5	8,6
2004	9,1	8,9
2005	8,9	8,8
2006	9,1	9,0
2007	9,3	9,1
2008	9,9	9,4
2009	9,6	9,3
2010	9,2	9,0
2011	8,9	8,9
2012	8,8	8,6
2013	8,1	8,2
2014	8,0	8,0
2015	7,7	7,7

Fonte: <http://www.tuttitalia.it/marche/provincia-di-ancona/statistiche/indici-demografici-struttura-popolazione/>.

Elab: UOE, AV2

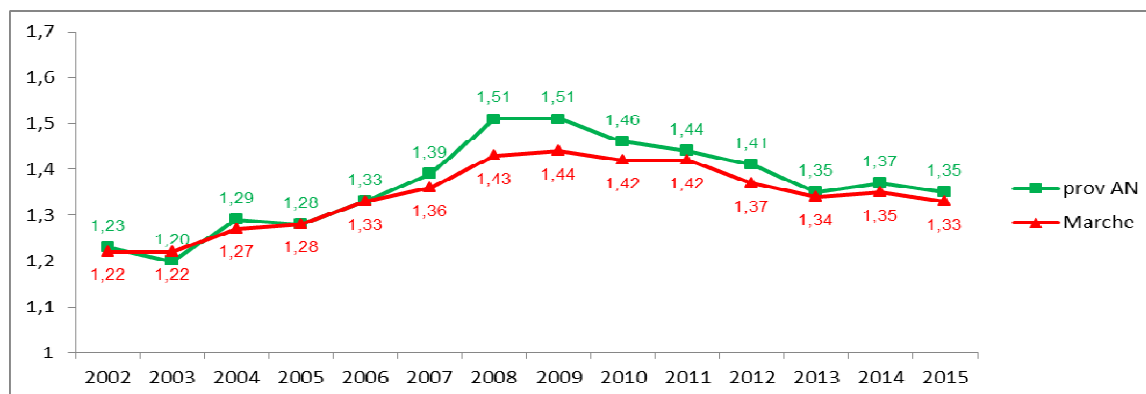
Nel 2015 la stima del tasso di fecondità totale (TFT)⁶ in provincia di Ancona è pari a 1,35 e nelle Marche a 1,33⁷. Complessivamente per il quinto anno consecutivo, nel 2015, si registra una

⁵ Tasso di natalità: rapporto tra numero di nati vivi e l'ammontare della popolazione residente, moltiplicato per 1.000

⁶ Numero medio di figli per donna (o tasso di fecondità totale): somma dei quozienti specifici di fecondità calcolati rapportando, per ogni età feconda (15-50 anni), il numero di nati vivi all'ammontare medio annuo della popolazione

riduzione del numero medio di figli per donna. Dopo la fase di timida ripresa registrata dal 2002 al 2009 – con un massimo nel 2009 di 1,51 figli per donna nella nostra provincia e di 1,44 per le Marche. Questi livelli di fecondità sono insufficienti a garantire il necessario ricambio generazionale (fig. A.1.1).

Fig. A.1.1. Numero medio di figli per donna (o tasso di fecondità totale). Confronto provincia di Ancona-Marche, periodo 2002-2015

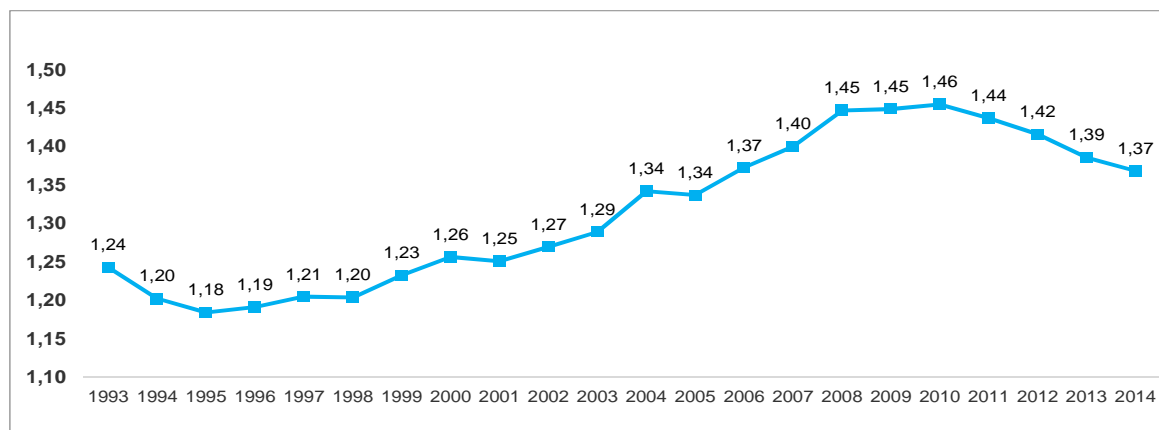


Fonte: <http://dati.istat.it/#>, ultimo accesso 20 gennaio 2017. Elab: UOE, AV2

La diminuzione della fecondità registrata in provincia di Ancona e nelle Marche è in linea con quanto sta accadendo a livello nazionale: l'ultimo dato disponibile del TFT è del 2014 e corrisponde a 1,37.

In Italia i dati riguardanti questo indicatore hanno toccato il massimo nel 2010, anno in cui si era registrato il valore di 1,46 figli per donna: si veniva da un trend in crescendo iniziato dalla seconda metà degli anni novanta, dopo che nel 1995 il TFT era stato di 1,18 figli per donna, il più basso mai segnalato (fig. A.1.2.).

Fig. A.1.2. Numero medio di figli per donna (o tasso di fecondità totale). Andamento in Italia dal 1993 al 2014



Fonte: ISTAT – Istituto Nazionale di Statistica. Tratto da: "Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2014", pag.14.

femminile. L'indicatore, quando è calcolato con riferimento ad un anno di calendario, fornisce una misura sintetica di periodo della intensità della fecondità dell'anno.

⁷ "Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2014". Curato dal Ministero della Salute, Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica. Ufficio di Statistica http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2585_allegato.pdf. Ultimo accesso 10/04/2017

Sintesi/riflessioni:

- Nell'AV2 nel 2015 continua il fenomeno della diminuzione dei parti delle donne residenti: la variazione percentuale 2015-2011 è del -15% circa. Nella nostra provincia questa contrazione delle nascite ha mostrato un'inversione di tendenza tra il 2010 ed il 2011, dopo alcuni anni di ripresa sostanziale del tasso di natalità.
- L'indicatore tasso di fecondità totale rende conto della propensione alla riproduzione di una popolazione: nel 2015 le residenti nell'AV2 hanno avuto in media 1,35 figli per donna (1,33 nelle Marche; 1,35 in Italia⁸). Questo valore non garantisce il necessario ricambio generazionale. Infatti in un'ottica generazionale il tasso di fecondità che assicura ad una popolazione la possibilità di riprodursi mantenendo costante la propria struttura è pari a 2,1 figli per donna.
 - ✓ La diminuzione della fecondità registrata in provincia di Ancona e nelle Marche è in linea con quanto sta accadendo a livello nazionale.
 - ✓ Una riduzione della propensione alla riproduzione è evidente anche nelle donne straniere infatti, scomponendo i dati per le italiane e per le straniere, si osserva che l'indicatore TFT si posiziona su 1,27 figli per donna per le prime (era 1,29 nel 2010) ed ammonta a 1,94 per le seconde (era 2,13 nel 2010)⁹.

2. LE CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DEI GENITORI

2.1 Cittadinanza¹⁰

Nel 2015 i dati CedAP evidenziano¹¹ che il 77,4% delle madri residenti nell'Area Vasta 2 (2.294) ha cittadinanza nei Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) e il 22,6% (670) ha cittadinanza in Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) (in Italia nel 2014 il 20% dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana).

Tra le donne residenti nell'AV2 che hanno partorito nel 2015, aventi cittadinanza in PSA, la maggior parte sono italiane (77,0%).

La figura A.2.1.1. mostra le prime 10 cittadinanze più rappresentate tra le madri con cittadinanza in PFPM. Il 53,5% delle donne proviene dai primi 5 paesi. Considerando insieme Marocco e Tunisia, le magrebine sono il gruppo più numeroso, seguito dalle rumene e dalle albanesi.

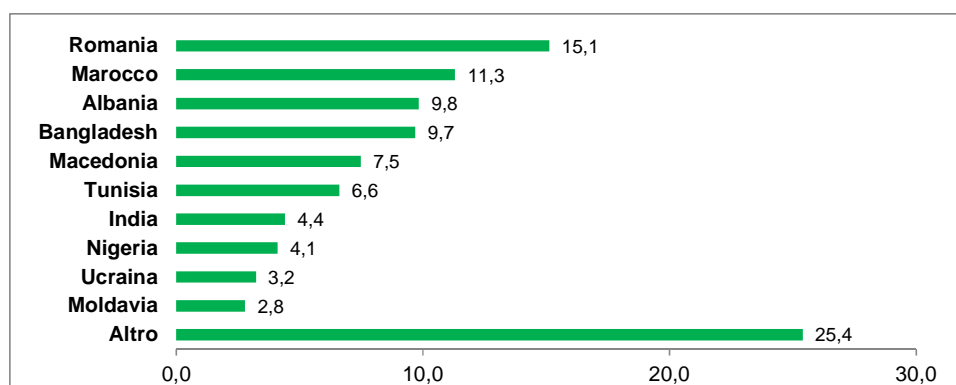
⁸ Fonte: Istat, "Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2015". Statistiche report, 28 novembre 2016. <https://www.istat.it/it/files/2016/11/Statistica-report-Nati.pdf?title=Natalit%C3%A0+e+fecondit%C3%A0++28%2Fnov%2F2016+-+Testo+integrale+e+nota+metodologica.pdf>

⁹ Fonte: Istat- "Natalità e fecondità della popolazione residente. Anni 2009- 2010. Statistiche report <https://www.istat.it/it/files/2011/09/natalita-fecondita.pdf?title=Natalit%C3%A0+e+fecondit%C3%A0++14%2Fset%2F2011+-+Testo+integrale.pdf>

¹⁰ La fonte utilizzata per il confronto con l'Italia è il report: " *Certificato di assistenza al parto (CeDAP) .Analisi dell'evento nascita - Anno 2014*". Curato dal Ministero della Salute, Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica. Ufficio di Statistica http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2585_allegato.pdf. Ultimo accesso 10/04/2017

¹¹ Al netto delle 540 schede (15,4% del totale) in cui l'informazione sulla cittadinanza materna è mancante.

Fig. A.2.1.1. Donne immigrate residenti: prime 10 cittadinanze materne più rappresentate (valori percentuali). Area Vasta 2, anno 2015.



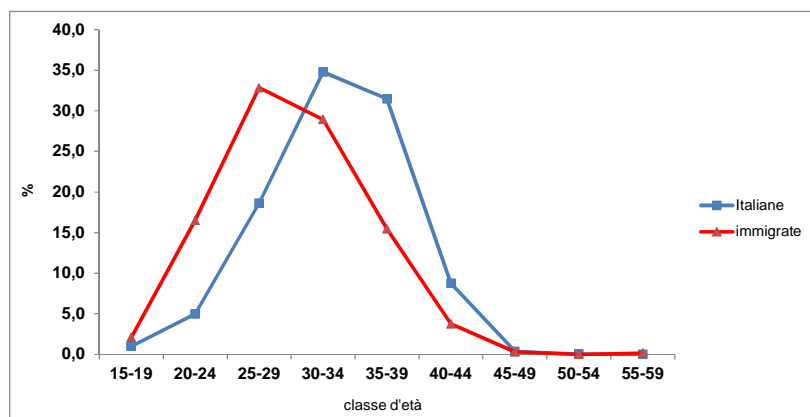
Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

2.2 Età materna^{12,13}

Nel 2015 le madri residenti nell'AV2 hanno un'età media al momento del parto di 32 anni, ma con differenze tra italiane ed immigrate da PFP; infatti mentre per le prime l'età media è pari a 32,9 anni (stesso valore registrato a livello regionale nel 2013, mentre in Italia nel 2014 è di 32,7 anni), le immigrate sono più giovani l'età media è di 29,5 anni (28,7 nelle Marche nel 2013; 29,9 anni in Italia nel 2014). La curva di distribuzione delle madri, per età al parto (fig. A.2.2.1.), mostra che la maggiore percentuale di donne italiane si trova nella classe 30-34 anni (moda 32 anni), mentre le immigrate da PFP si trovano prevalentemente nella classe 25-29 anni (moda 28 anni).

Considerando solo le donne che sono al loro primo parto (nullipare¹⁴) la differenza tra l'età media delle italiane e quella delle immigrate aumenta ulteriormente, infatti è di 31,4 anni per le prime e di 27,7 anni per le seconde.

Fig. A.2.2.1. Parti di residenti, per classi d'età e cittadinanza (valori percentuali). Area Vasta 2, anno 2015



Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

¹² La fonte utilizzata per il confronto con la regione Marche è l'intervento della dott.ssa Liana Spazzafumo nell'ambito del 2° convegno regionale: "L'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata. Il diritto alla salute, un diritto per tutti" svoltosi il 26 marzo 2015 ad Ancona. I dati pubblicati derivano dal db Cedap regionale e sono riferiti all'anno 2013.

<http://ods.ars.marche.it/Salutemigrati.aspx>, ultimo accesso 03/02/2017.

¹³ La fonte utilizzata per il confronto con l'Italia è il report: "Certificato di assistenza al parto (CeDAP) .Analisi dell'evento nascita - Anno 2014". Curato dal Ministero della Salute, Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica. Ufficio di Statistica http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2585_allegato.pdf. Ultimo accesso 10/04/2017

¹⁴ Definizioni: **nullipara** = donna che non ha mai partorito (una nullipara può essere primigravida o plurigravida se ha avuto, in precedenza, gravidanze esitate in aborto o IVG); **pluripara** = donna che ha già partorito con o senza TC.

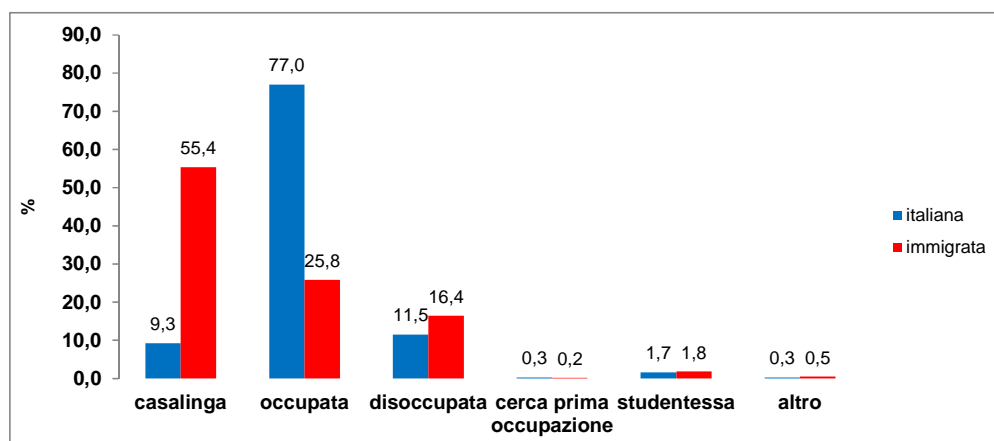
2.3 Condizione professionale materna e paterna¹¹

Dall'analisi della condizione professionale materna, risulta che nel 2015 nell'Area Vasta 2 su 100 madri circa 70 sono occupate e circa 20 sono casalinghe; ci sono però differenze molto rilevanti tra le donne immigrate da PFPM e le italiane (fig. A.2.3.1.).

Le italiane risultano occupate nel 77% dei casi, casalinghe nel 9% dei casi, disoccupate o in cerca di prima occupazione nel 12% dei casi (rispettivamente 63%, 23,6%, 11,1% in Italia nel 2014).

Le donne immigrate risultano occupate solamente nel 26% dei casi, casalinghe nel 55% dei casi e disoccupate nel 17% (rispettivamente 30,2%, 52,8% e 15,1% in Italia nel 2014).

Fig. A.2.3.1. Parti di residenti, per condizione professionale e cittadinanza materna (valori percentuali). Area Vasta 2, anno 2015

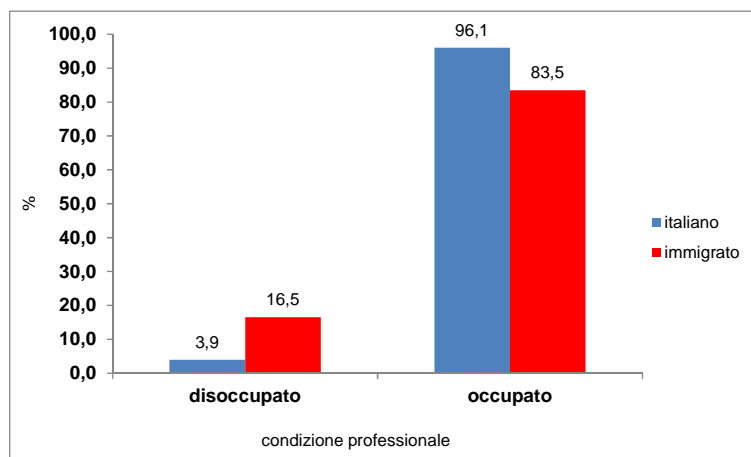


Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

La proporzione di donne disoccupate è significativamente maggiore tra le immigrate rispetto alle italiane e le prime hanno un rischio di essere disoccupate 4 volte superiore (OR 4,1; IC 95%: 3,2-5,3).

La figura A.2.3.2. mostra lo stato di occupazione paterna: il dato da evidenziare riguarda la differente prevalenza della condizione di disoccupato dei padri immigrati rispetto agli italiani (16,5% rispetto 3,9%) ed un rischio significativamente superiore dei primi di trovarsi nella condizione di disoccupazione (OR 3,4; IC 95%: 2,5-4,6).

Fig. A.2.3.2. Parti di residenti, per condizione professionale e cittadinanza paterna (valori percentuali). Area Vasta 2, anno 2015

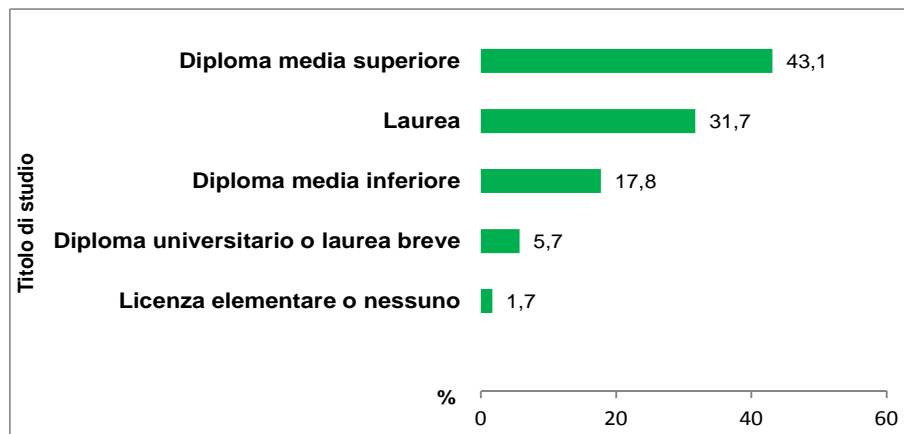


Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

2.4 Scolarità materna e paterna¹⁵

Circa 4 madri su 10 (43%), tra quelle residenti in AV2 che hanno partorito nel 2015, hanno un livello di istruzione di scuola media superiore; nel 37% dei casi sono in possesso di un diploma di laurea (magistrale o breve), mentre 2 su 10 (20%) hanno, al massimo, una licenza di scuola media inferiore (fig. A.2.4.1.).

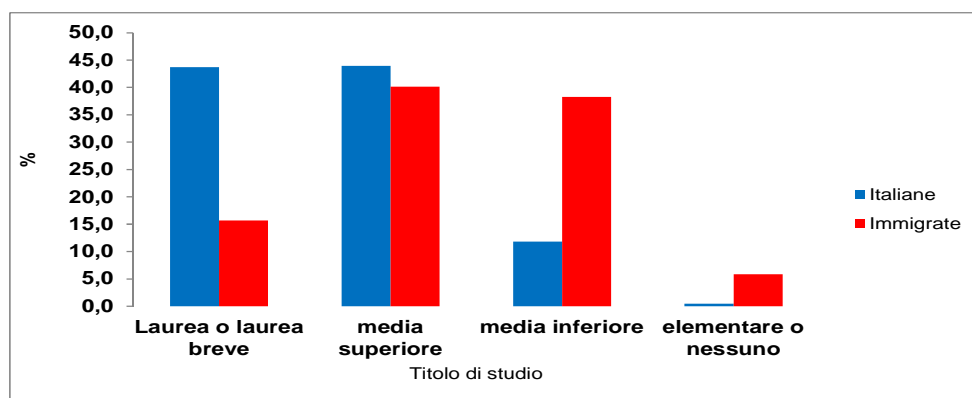
Fig. A.2.4.1. Parti di residenti, per titolo di studio materno (valori percentuali). Area Vasta 2, anno 2015



Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

Scomponendo l'informazione per cittadinanza materna si osserva che tra le immigrate da PFPM la prevalenza di donne con scolarità medio-bassa è nettamente superiore rispetto alle italiane: 44% vs 12% (in Italia nel 2014 le madri straniere con livello d'istruzione medio-basso sono il 47,5% vs 24,8% delle madri italiane). Tale differenza è statisticamente significativa (OR 5,6; IC 95%: 4,6-6,9). Inoltre sempre tra le immigrate da PFPM la prevalenza di donne laureate è del 16% valore di gran lunga inferiore a quello delle madri italiane in possesso di una laurea che è pari al 44% (in Italia nel 2014: le madri straniere laureate sono 15,1%, mentre quelle italiane laureate sono il 29,9%) (fig. A.2.4.2.).

Fig. A.2.4.2. Parti di residenti, per titolo di studio e cittadinanza materna (valori percentuali). Area Vasta 2, anno 2015

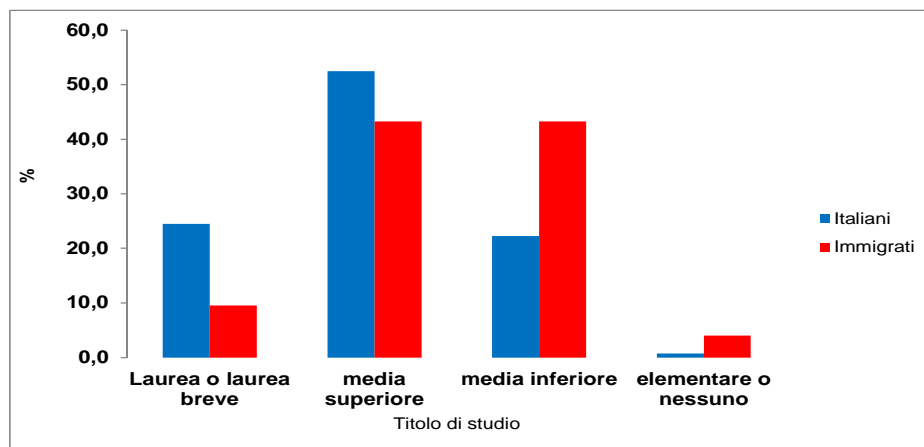


Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

¹⁵ La fonte utilizzata per il confronto con l'Italia è il report: "Certificato di assistenza al parto (CeDAP) .Analisi dell'evento nascita - Anno 2014". Curato dal Ministero della Salute, Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica. Ufficio di Statistica. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2585_allegato.pdf. Ultimo accesso 10/04/2017

L'analisi della scolarità paterna mostra risultati analoghi a quelli della scolarità materna (fig. A. 2.4.3.). Tra gli immigrati si registrano percentuali molto più elevate di livello di istruzione al massimo di scuola media inferiore rispetto ai padri italiani (47% vs 23%) e percentuali molto più basse di laureati (10% rispetto 25%).

Fig. A.2.4.3. Parti di residenti, per titolo di studio e cittadinanza paterna (valori percentuali). Area Vasta 2, anno 2015



Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

Sintesi/riflessioni:

- Le donne, residenti nell'AV2 che hanno partorito nel 2015, di *cittadinanza italiana*:
 - ✓ rappresentano il 77% di tutte le madri residenti nell'AV2 nel 2015 (2.283/2.964)¹⁶;
 - ✓ hanno un'età media al momento del parto di 33 anni;
 - ✓ risultano occupate nel 77% dei casi, casalinghe nel 9% ed in cerca di prima occupazione o disoccupate nel 12% dei casi;
 - ✓ hanno un livello di scolarità in prevalenza medio-alto, infatti il 44% è in possesso del diploma di scuola media superiore e il 43,7% ha conseguito una laurea magistrale o una laurea breve.
- Le donne, residenti nell'AV2 che hanno partorito nel 2015, aventi *cittadinanza in PFP*:
 - ✓ rappresentano il 23% di tutte le madri residenti nell'AV2 nel 2015 (670/2.964);
 - ✓ hanno un'età media al momento del parto di 29,5 anni;
 - ✓ risultano molto meno occupate delle italiane: infatti solo il 26% di esse lavora, mentre si dichiarano casalinghe nel 55% dei casi e in cerca di prima occupazione o disoccupate nel 17% dei casi;
 - ✓ hanno un livello di scolarità in prevalenza medio-alto, così come le madri di cittadinanza italiana, ma con proporzioni molto diverse: infatti il 40% di esse ha conseguito un diploma di scuola media superiore, ma solo il 16% è in possesso di una laurea.
- L'età media al momento del parto è aumentata progressivamente nel corso del quinquennio esaminato sia nelle italiane (da 32,6 anni nel 2011 si passa a 32,9 anni nel 2015) che nelle immigrate da PFP (da 28,6 anni nel 2011 a 29,5 anni nel 2015). Questo incremento è sicuramente frutto di scelte personali, ma potrebbe essere connesso anche a condizioni economiche non stabili della famiglia.

¹⁶ I parti di donne residenti nell'AV2 (ovunque esse abbiano partorito nei PN della regione Marche) nel 2015, sono 3504. Rispetto all'informazione sulla cittadinanza ci sono 540 missing, pertanto la totalità di donne residenti nell'AV2, che ha partorito nel 2015 e di cui si dispone dell'informazione sulla cittadinanza è pari a 2.964. Il 77% di esse ha cittadinanza italiana.

- Le minoranze etniche più frequentemente rappresentate in AV2 (magrebine, rumene ed albanesi), sono le stesse che si registrano nella regione Marche.
- In letteratura un basso livello d'istruzione materno è considerato una proxy di svantaggio sociale: in AV2 i dati 2015 evidenziano che tra le madri immigrate da PFPM circa 44 su 100 (44,2%) hanno un titolo di studio basso, mentre sono "solo" 12 su 100 (12,3%) tra le italiane. La scarsa istruzione rappresenta una barriera per l'accesso appropriato ai servizi assistenziali, a cure di qualità e più in generale alle opportunità esistenti¹⁷; inoltre essa è associata ad un maggior rischio di parto con taglio cesareo ed ad esiti avversi perinatali¹⁸.

3. IL PERCORSO NASCITA: LA GRAVIDANZA E IL PARTO

3.1 Servizio prevalentemente utilizzato in gravidanza

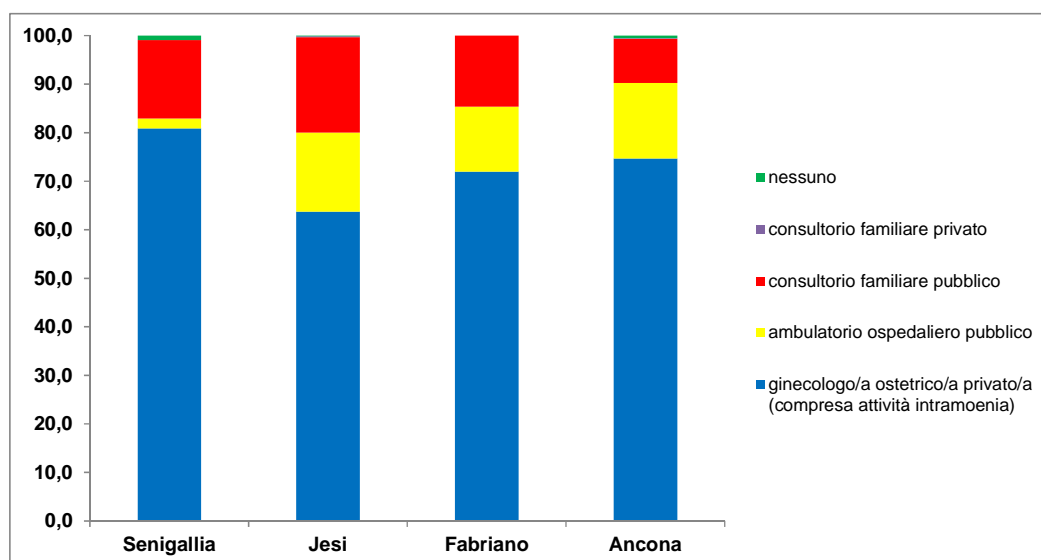
Nell'Area Vasta 2 le donne che hanno partorito nel 2015 si sono fatte seguire durante la gravidanza per il:

- 73% da un Libero Professionista (ginecologo/ostetrico privato, compresa attività intramoenia);
- 14% da un Ambulatorio Ospedaliero Pubblico;
- 13% dal Consultorio Familiare Pubblico.

Lo 0,1% delle donne (pari a 5 casi) si è rivolto al Consultorio Familiare Privato ed il restante 0,4% (15 casi) ha dichiarato di non essere stata seguita in gravidanza.

La figura A.3.1.1. mostra con quale frequenza nel 2015 le diverse tipologie di servizi, deputati all'assistenza in gravidanza, siano stati scelti dalle donne residenti, per ciascuna delle ex ZT dell'AV2.

Fig. A.3.1.1. Parti di residenti, per ex ZT di residenza materna e servizio prevalentemente utilizzato in gravidanza (valori percentuali). Area Vasta 2, anno 2015



Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

¹⁷ Daoud N, O'Campo P, Minh A et al. Patterns of social inequalities across pregnancy and birth outcomes: a comparison of individual and neighborhood socioeconomic measures. BMC Pregnancy Childbirth. 2015;14:393

¹⁸ Cesaroni G, Forastiere F, Perucci CA. Are cesarean deliveries more likely for poorly educated parents? A brief report from Italy. Birth. 2008; 35:241-4

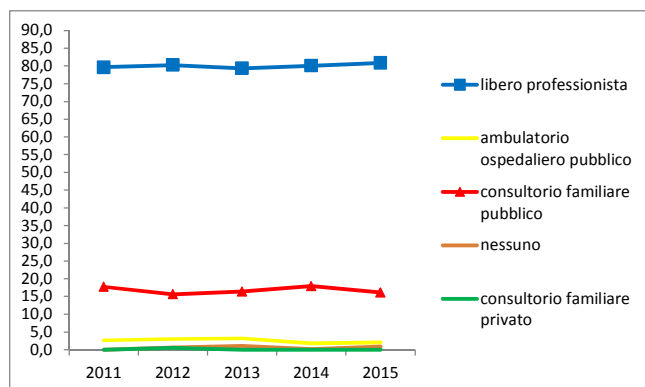
La figura A.3.1.2. descrive invece come la decisione di rivolgersi ad un determinato servizio di assistenza alla gravidanza si sia modificata in modo differente nelle ex ZT dell'AV2, nel corso del quinquennio 2011-2015.

In particolar modo in questo periodo:

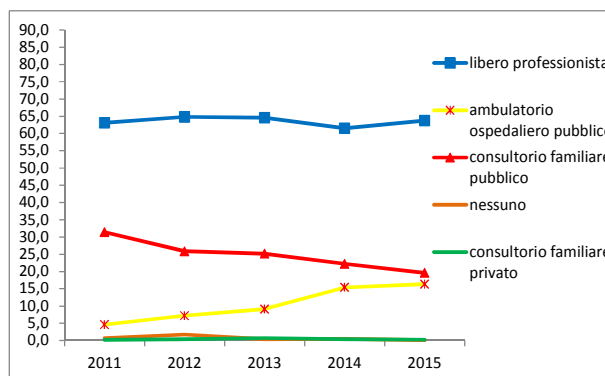
- nella ex ZT 4 di Senigallia la quasi totalità delle donne (circa 8 gravide su 10) sceglie costantemente di farsi assistere da un Libero Professionista; il Consultorio Familiare Pubblico “segue” all’incirca il resto delle gravidanze;
- nella ex ZT 5 di Jesi la scelta del Libero Professionista subisce lievi oscillazioni, mentre è evidente un trend in diminuzione del Consultorio Familiare Pubblico (- 12 punti percentuali dal 2011 al 2015) “a favore” dell’Ambulatorio Ospedaliero Pubblico;
- nella ex ZT 6 di Fabriano si verifica un trend in aumento della scelta di assistenza da parte del Libero Professionista (+ 10 punti percentuali dal 2011 al 2015) “a sfavore” dell’Ambulatorio Ospedaliero Pubblico. Il Consultorio Familiare Pubblico presenta un andamento all’incirca stabile;
- nella ex ZT 7 di Ancona vi è un aumento di richieste di assistenza rivolte al Libero Professionista (+ 15 punti percentuali dal 2011 al 2015) “a sfavore” del Consultorio Familiare Pubblico (-18 punti percentuali dal 2011 al 2015). L’Ambulatorio Ospedaliero Pubblico registra un lieve incremento.

Fig. A.3.1.2. Parti di residenti, per ex ZT di residenza materna e servizio prevalentemente utilizzato in gravidanza (valori percentuali). Area Vasta 2, andamento anni 2011-2015

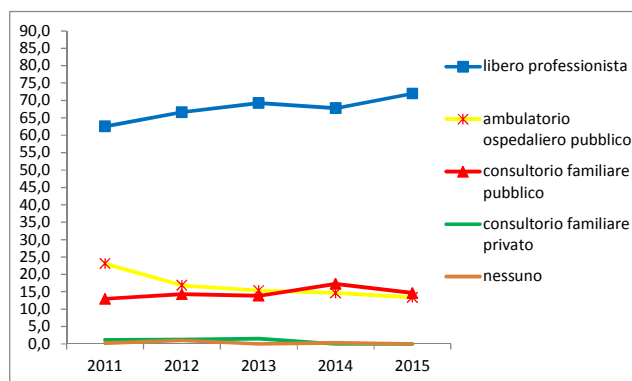
Donne residenti nella ex ZT 4 - Senigallia



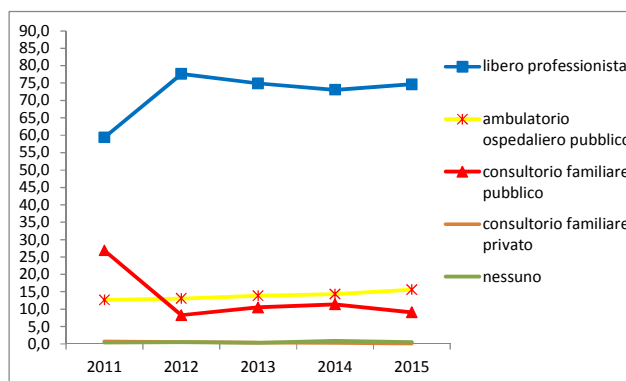
Donne residenti nella ex ZT 5 – Jesi



Donne residenti nella ex ZT 6- Fabriano



Donne residenti nella ex ZT 7 – Ancona



Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

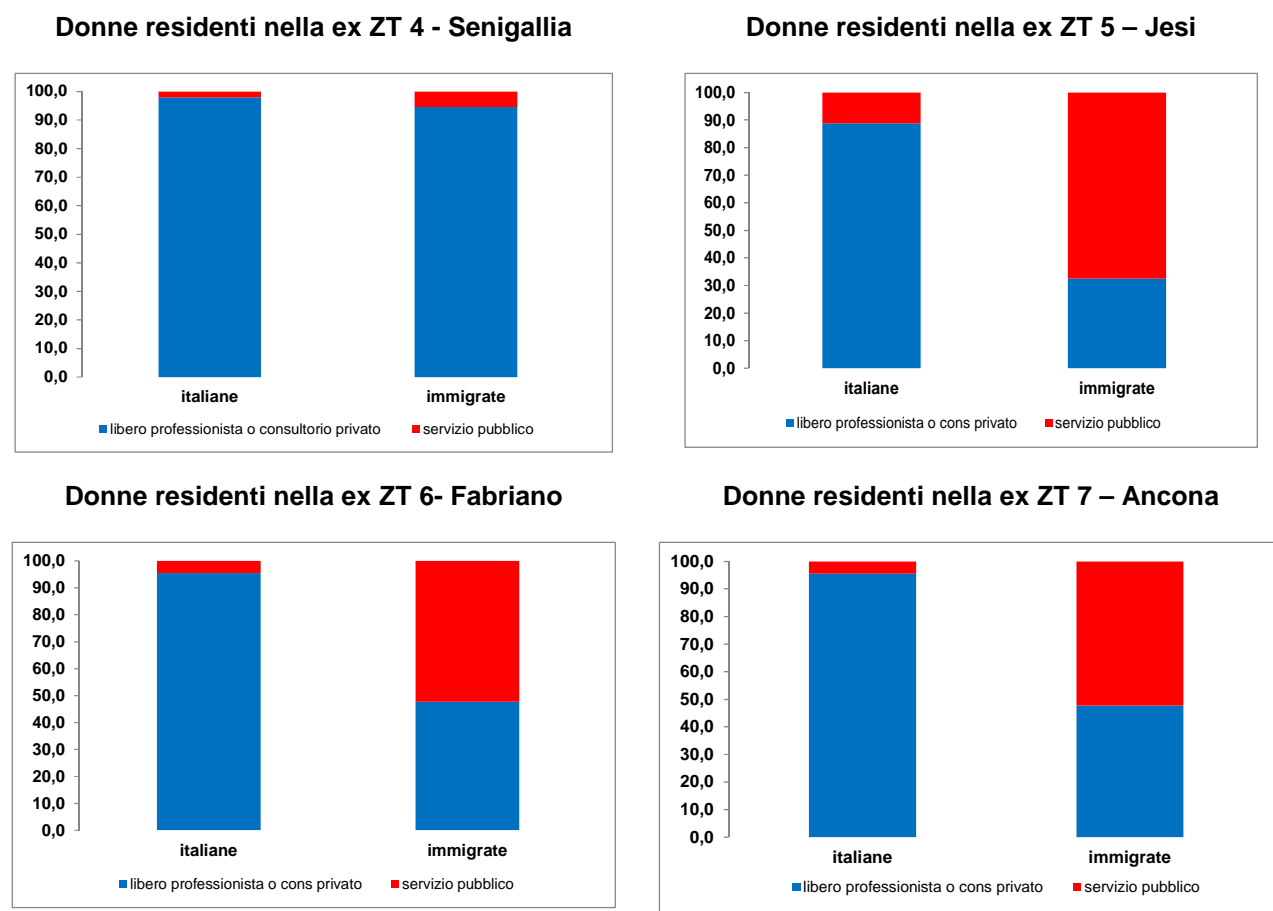
In letteratura è noto che la decisione di rivolgersi al “Servizio Pubblico” (Ambulatorio Ospedaliero Pubblico o Consultorio Familiare Pubblico) piuttosto che al Libero Professionista Privato è influenzata da alcune variabili socio-economiche e demografiche delle gestanti.

Nell'AV2 nell'anno 2015 il "Servizio Pubblico" è utilizzato:

- dal 67% delle immigrate da PFPM rispetto al 14% delle italiane;
- dal 53% delle donne con basso livello d'istruzione rispetto al 20% delle donne con scolarità alta;
- dal 34% delle donne disoccupate rispetto al 16% delle occupate.

La figura A. 3.1.3. mostra con quale frequenza nel 2015, in ciascuna ex ZT dell'AV2, le italiane e le immigrate da PFPM abbiano usufruito del "Servizio Pubblico" o del Professionista Privato per essere seguite nel loro percorso di gravidanza.

Fig. A.3.1.3. Parti di residenti, per ex ZT di residenza materna e utilizzo in gravidanza di servizio pubblico o di professionista privato (valori percentuali). Area Vasta 2, anno 2015



Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

3.2 Visite in gravidanza¹⁹

Il numero di visite ostetriche in gravidanza e l'epoca entro cui avviene il primo controllo sono due importanti indicatori della qualità dell'assistenza alla gravidanza.

Non esiste una normativa nazionale che stabilisca uno standard del numero di visite di controllo durante il periodo della gestazione, però vi sono le linee guida nazionali che affermano che tale numero non debba essere inferiore a quattro²⁰. Già nel 2002 l'Organizzazione Mondiale della Sanità aveva proposto uno schema di assistenza alla gravidanza fisiologica in cui il numero minimo di visite, utile per un efficace controllo della gravida e del nascituro, fosse pari a 4²¹.

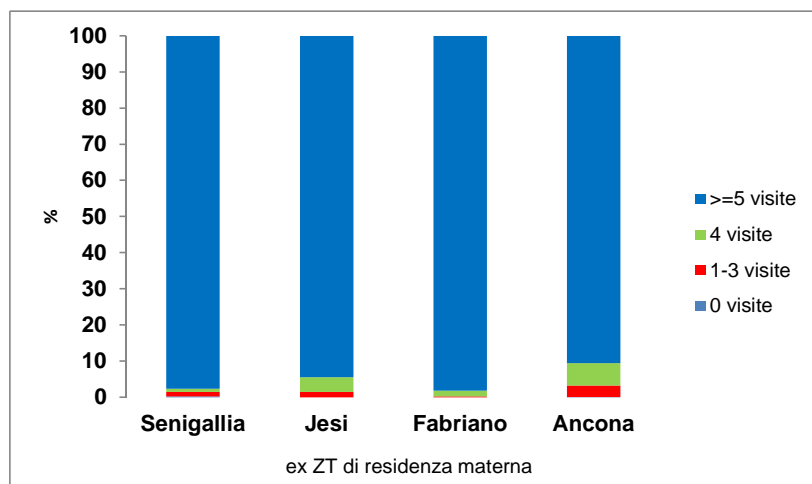
In AV2 nel 2015 il numero medio di controlli svolti in gravidanza dalle residenti è pari a 7.

In particolare:

- lo 0,1% delle donne (3 casi) non avrebbe effettuato alcuna visita;
- il 2,2% delle madri ha effettuato tra 1 e 3 visite;
- il 4,5% ne ha effettuate 4;
- il 93,2% ne ha fatte invece numero uguale o maggiore di 5.

A livello nazionale nel 2014 in oltre l'87% delle gravidanze sono state effettuate più di 4 visite, mentre la percentuale di gravidanze in cui non è stata effettuata alcuna visita è stata dell'1%.

Fig. A.3.2.1. Parti di residenti, numero di visite di controllo effettuate in gravidanza ed ex ZT di residenza materna (valori percentuali). Area Vasta 2, anno 2015



Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

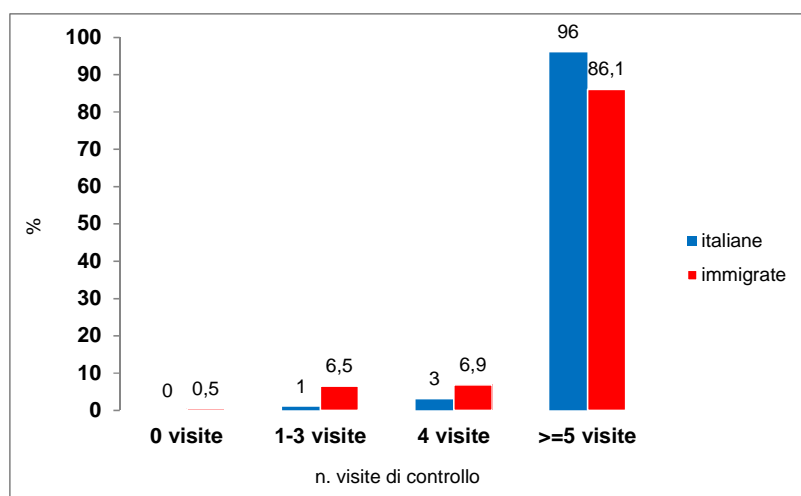
La figura A.3.2.1. mostra con quale frequenza, nel 2015, le residenti nelle ex ZT dell'AV2 si siano sottoposte a visite di controllo durante il corso della gravidanza. Le madri con visite di controllo insufficienti (da 1 a 3) oscillano dallo 0,3% di Fabriano al 3,2% di Ancona.

¹⁹ La fonte utilizzata per il confronto con l'Italia è il report: "Certificato di assistenza al parto (CeDAP) .Analisi dell'evento nascita - Anno 2014". Curato dal Ministero della Salute, Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica. Ufficio di Statistica http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2585_allegato.pdf. Ultimo accesso 10/04/2017; quella utilizzata invece per il confronto con le Marche è l'intervento della dott.ssa Liana Spazzafumo nell'ambito del 2° convegno regionale: "L'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata. Il diritto alla salute, un diritto per tutti" svoltosi il 26 marzo 2015 ad Ancona. I dati pubblicati derivano dal db Cedap regionale e sono riferiti all'anno 2013, <http://ods.ars.marche.it/Salutelmmigrati.aspx>, ultimo accesso 28/12/2017.

²⁰ Linea guida nazionale: "Gravidanza fisiologica". Anno 2011. A cura del Sistema Nazionale Linee Guida http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1436_allegato.pdf, ultimo accesso 28/12/2017

²¹ Modello di assistenza alla gravidanza dell'OMS: <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/10>

Fig. A.3.2.2. Parti di residenti, numero di visite di controllo effettuate in gravidanza e cittadinanza materna (valori percentuali). Area Vasta 2, anno 2015



Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

Le donne immigrate da PFPM effettuano un numero di visite inferiore a 4 circa nel 7% dei casi rispetto ad una percentuale del 1% delle donne italiane (nel 2013 nelle Marche erano rispettivamente pari all'11% ed al 1,7%) (fig. A.3.2.2.)

Visite di controllo in gravidanza, inferiori a 4, si verificano:

- nel 6,3% delle donne con basso livello d'istruzione rispetto al 2,3% delle donne con scolarità alta;
- nel 4,6% delle donne disoccupate rispetto all'1,5 delle occupate.

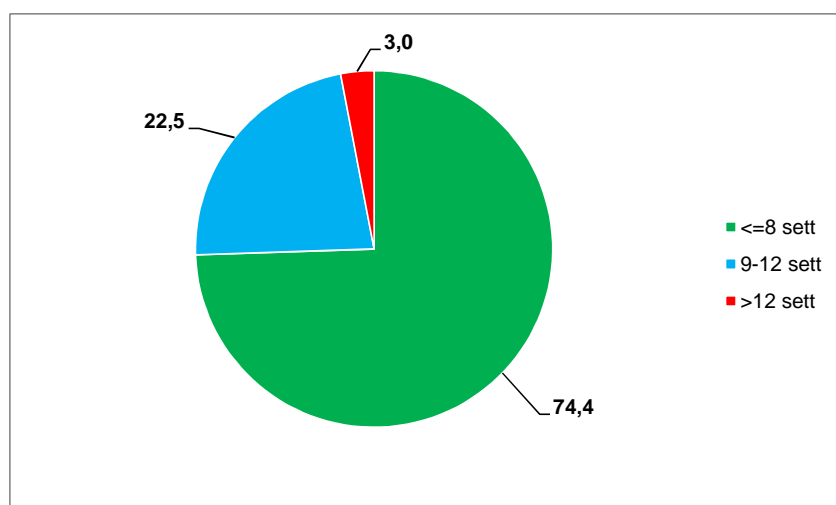
3.3 Epoca delle 1° visita²²

La prima visita ostetrica è raccomandata entro il terzo mese di gestazione²³; nell'AV2 i dati del 2015 evidenziano che il 97% delle donne ha effettuato la prima visita in gravidanza entro lo standard mentre il 3% l'ha fatta dopo la 12° settimana (fig. A.3.3.1.).

²² La fonte utilizzata per il confronto con l'Italia è il report: "Certificato di assistenza al parto (CeDAP) .Analisi dell'evento nascita - Anno 2014". Curato dal Ministero della Salute, Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica. Ufficio di Statistica http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2585_allegato.pdf. Ultimo accesso 10/04/2017; quella utilizzata invece per il confronto con le Marche è l'intervento della dott.ssa Liana Spazzafumo nell'ambito del 2° convegno regionale: "L'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata. Il diritto alla salute, un diritto per tutti" svoltosi il 26 marzo 2015 ad Ancona. I dati pubblicati derivano dal db Cedap regionale e sono riferiti all'anno 2013: <http://ods.ars.marche.it/SaluteImmigrati.aspx>, ultimo accesso 28/12/2017.

²³ Il modello assistenziale dell'OMS indica che la 1° visita debba essere fatta entro la 12° settimana di età gestazionale: <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/10>; l'epoca della prima visita entro la 12° settimana viene riconfermato anche nelle Linee guida nazionali sulla gravidanza fisiologica http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1436_allegato.pdf, ultimo accesso 28/12/2017

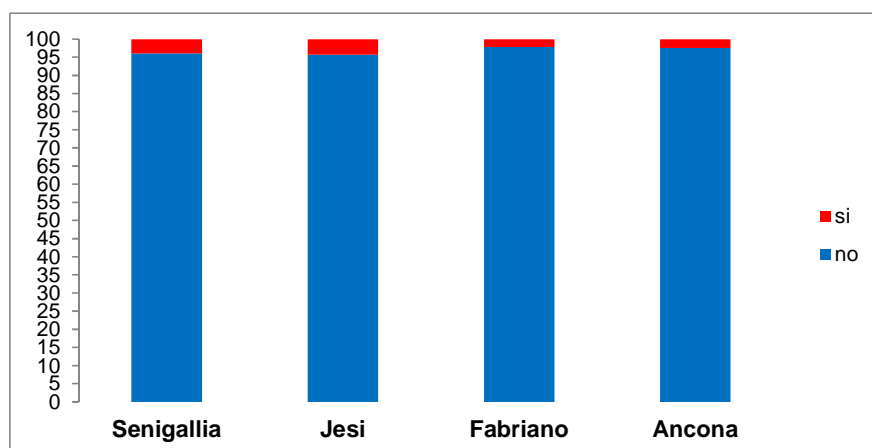
Fig. A.3.3.1. Parti di residenti, per epoca della 1° visita di controllo effettuata in gravidanza (valori percentuali). Area Vasta 2, anno 2015



Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

In figura A.3.3.2. sono evidenziate le proporzioni di gravidanze con visita tardiva registrate nelle ex Zone Territoriali di residenza materna: il range oscilla dal 2,2% di Fabriano al 4,3% di Jesi.

Fig. A.3.3.2. Parti di residenti, con 1° visita di controllo in gravidanza effettuata tardivamente ed ex ZT di residenza materna (valori percentuali). Area Vasta 2, anno 2015



Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

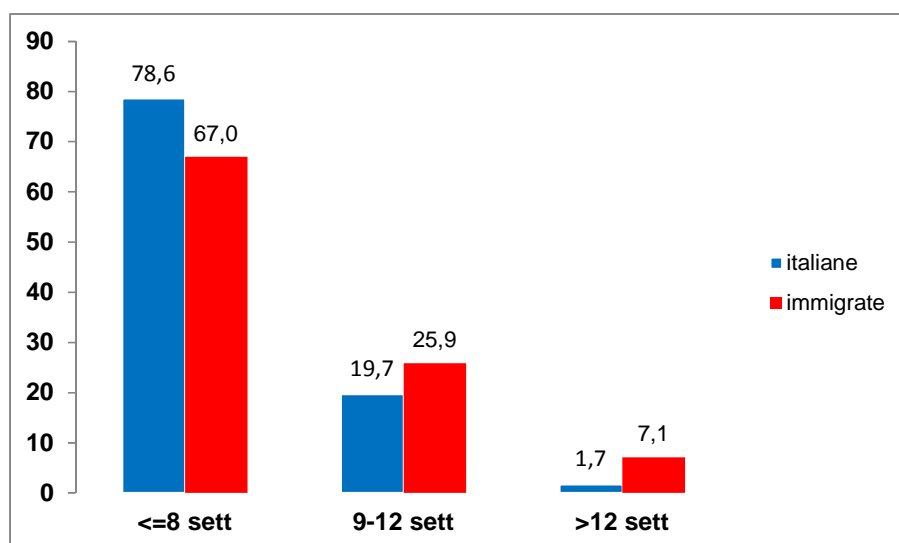
Analizzando la percentuale di gravidanze in cui viene effettuata la prima visita dopo la 12° settimana di gestazione si riscontrano alcune correlazioni con le caratteristiche socio-demografiche delle madri, quali: la cittadinanza, il titolo di studio e lo stato occupazionale.

Le donne immigrate effettuano la prima visita tardivamente nel 7% dei casi rispetto ad una percentuale di circa il 2% delle donne italiane (nel 2013 nelle Marche erano rispettivamente pari a 15,9% e 3,1%, invece in Italia nel 2014 sono rispettivamente pari al 11,5% e 2,6%) (fig. A.3.3.3.).

La prima visita dopo la 12° settimana si verifica:

- nel 6,3% delle donne con basso livello d'istruzione rispetto al 2,3% delle donne con scolarità alta;
- nel 4,6% delle donne disoccupate rispetto all'1,5 delle occupate.

Fig. A.3.3.3. Parti di residenti per epoca della 1° visita di controllo effettuata in gravidanza e cittadinanza materna (valori percentuali). Area Vasta 2, anno 2015



Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

Sintesi/riflessioni

- Fra le residenti in AV2, che hanno partorito nel 2015, circa 7 donne su 10 si sono rivolte ad un Professionista Privato (ginecologo/ostetrico privato, compresa attività intramoenia), per essere seguite durante la gravidanza;
 - ✓ tra tutte le madri che invece si sono rivolte al servizio pubblico (931 donne): una su due (50,7%) ha ricevuto un'assistenza presso l'Ambulatorio Ospedaliero Pubblico e per all'incirca l'altra metà (49,3%) è stato il Consultorio Familiare Pubblico a seguire la gravidanza;
 - ✓ nel 2015 le donne che si rivolgono al Servizio Pubblico sono residenti: per il 48,4% nella ex ZT di Ancona (451 madri); per il 31,7% nella ex ZT di Jesi (295 donne); per il 10,4% nella ex ZT di Senigallia (97 madri) e per il 9,5% nella ex ZT di Fabriano (88 donne);
 - ✓ in 15 casi, pari allo 0,4% dei parti di residenti in AV2, la gravidanza non risulta essere stata seguita da nessun servizio. Tali madri però non è detto che non siano state mai controllate durante il decorso della gestazione in quanto una qualche forma di assistenza sanitaria potrebbero averla ricevuta dal Medico di Medicina Generale o dal Pronto Soccorso ospedaliero. Dal CedAP però si evince che esse non si sono mai rivolte ad un servizio ostetrico.

- Per valutare l'appropriatezza assistenziale in gravidanza vengono considerati l'epoca di accesso al primo controllo e il numero di visite in gravidanza;
 - ✓ l'epoca della prima visita è un indicatore utilizzato sia a livello nazionale che internazionale per monitorare la percentuale di donne che esegue il primo controllo tardivamente (dopo la 12° settimana di età gestazionale). Ciò in quanto un'effettuazione tardiva della prima visita può essere rivelatrice di una scarsa conoscenza da parte delle donne dell'importanza di effettuare controlli fin dall'inizio della gravidanza e/o di difficoltà di accesso ai servizi. La "presa in carico" nei primi mesi di gravidanza è invece di fondamentale importanza in quanto permette di identificare precocemente problemi che necessitano di una sorveglianza specifica (gravidanze "a rischio") e problemi di carattere sociale. Inoltre consente di fornire alla donna un'informazione tempestiva sui servizi, sugli accertamenti da fare e sul parto e indicazioni per controllare eventuali fattori di rischio. In AV2 le madri che hanno eseguito la prima visita tardivamente sono il 3% di tutti i parti (106 su 3.491)²⁴;

²⁴ I parti di donne residenti nell'AV2 (ovunque esse abbiano partorito nei PN della regione Marche) nel 2015, sono 3.504. Rispetto all'informazione sull'epoca della prima visita di controllo in gravidanza ci sono 13 missing, pertanto la totalità di donne residenti nell'AV2, che ha partorito nel 2015 e di cui si dispone di quest'informazione è pari a 3.491. Invece

- ✓ sul numero di viste in gravidanza, al di sotto del quale l'assistenza viene giudicata inappropriata, c'è discordanza nel senso che ad esempio, il CedAP nazionale e il sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali considerano come cut-off per l'inappropriatezza un numero di visite uguale o inferiore a 4²⁵, mentre nel rapporto CedAP della regione Emilia-Romagna il valore soglia è il numero di visite in gravidanza inferiore a 4²⁶. In AV2 le madri che hanno eseguito un numero di controlli inferiore a 4 (quindi da zero a tre) sono il 2,3% di tutti i parti (81 su 3.494)²³.

3.4 L' evento parto

3.4.1 Luogo del parto

Le 3.504 donne residenti nell'AV2, che hanno partorito nel 2015, hanno effettuato il parto:

- in uno dei 4 punti nascita operanti all'interno dei presidi ospedalieri dell'Area Vasta 2 (Senigallia, Jesi, Fabriano ed Osimo) nel 57,7% dei casi;
- nel punto nascita del presidio ospedaliero "Salesi", (facente parte dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G.Salesi" che territorialmente è ricompresa nell'Area Vasta 2), nel 37,8% dei casi;
- in uno degli altri punti nascita collocati al di fuori dell'Area Vasta 2 (ma presenti nel territorio della regione Marche), nel 4,5% dei casi;
- al proprio domicilio nello 0,1% dei casi (2 parti).

La tabella 3.4.1.1. illustra nel dettaglio il luogo dove è avvenuto il parto per ciascuna delle residenti nelle ex ZT dell'Area Vasta 2.

Tab. 3.4.1.1. Parti di residenti, per ex ZT di residenza materna e Punto Nascita dove è avvenuto il parto. Area Vasta 2, anno 2015

ex ZT di Residenza Materna	parto a domicilio	PN. osp. di Urbino	PN. osp. di Senigallia	PN. osp. di Jesi	PN. osp. di Osimo	PN. osp. di Fabriano	PN. osp. di Civitanova M.	PN. osp. di Macerata	PN. osp. di Severino	PN. osp. di Fermo	PN. osp. di S. Benedetto del T.	PN. osp. di Ascoli P.	PN AO Marche Nord, Pesaro	PN AO Marche Nord, Fano	PN presidio osped "Salesi dell'AOU "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G.Salesi" - Ancona	Totale
Senigallia																
n. assoluto	1	-	439	21	1	3	-	-	2	2	-	-	2	15	47	533
% riga	0,2	-	82,4	3,9	0,2	0,6	-	-	0,4	0,4	-	-	0,4	2,8	8,8	100,0
Jesi																
n. assoluto	-	-	23	602	31	21	1	37	32	-	1	-	-	1	81	830
% riga	-	-	2,8	72,5	3,7	2,5	0,1	4,5	3,9	-	0,1	-	-	0,1	9,8	100,0
Fabriano																
n. assoluto	-	1	1	12	-	259	-	6	20	-	-	-	-	-	16	315
% riga	-	0,3	0,3	3,8	-	82,2	-	1,9	6,3	-	-	-	-	-	5,1	100,0
Ancona																
n. assoluto	1	1	63	123	419	3	6	10	5	11	-	1	1	1	1181	1826
% riga	0,1	0,1	3,5	6,7	22,9	0,2	0,3	0,5	0,3	0,6	-	0,1	0,1	0,1	64,7	100,0
AV2																
n. assoluto	2	2	526	758	451	286	7	53	59	13	1	1	3	17	1325	3504
% riga	0,1	0,1	15,0	21,6	12,9	8,2	0,2	1,5	1,7	0,4	0,0	0,0	0,1	0,5	37,8	100,0

Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

riguardo i dati sul numero di visite di controllo svolte in gravidanza i missing sono 10, pertanto la totalità di donne residenti nell'AV2, che ha partorito nel 2015 e di cui si dispone dell'informazione sui controlli in gravidanza è pari a 3.494.

²⁵ Nuti S, Vola F. Il sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali.- Anno 2015. Pisa: Laboratorio Management e Sanità Istituto di Management Scuola Superiore Sant'Anna, 2016.

²⁶ Basevi V et al. La nascita in Emilia-Romagna. 13° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) - Anno 2015. Bologna: Regione Emilia- Romagna, 2016.

3.4.2 Durata della gravidanza²⁷

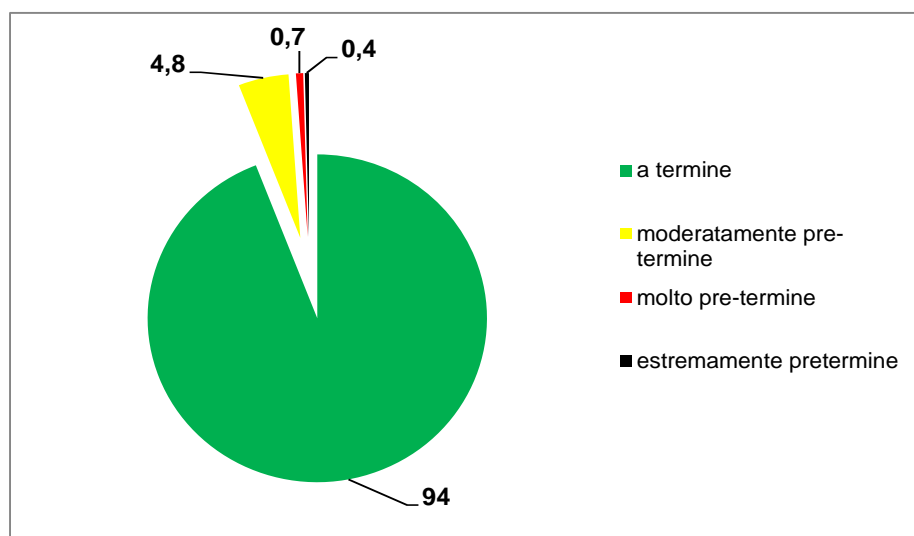
I dati relativi alla durata della gestazione sono stati analizzati suddividendo le settimane di gravidanza, secondo le cinque classi utilizzate per i confronti svolti in ambito internazionale europeo (European Perinatal Health Report 2013):

- 22-27 settimane di gestazione (parti estremamente pre-termine);
- 28-31 settimane (parti molto pre-termine);
- 32-36 settimane (parti moderatamente pre-termine);
- 37-42 settimane (parti a termine);
- oltre 42 settimane di gestazione (parti post termine).

Nell'Area Vasta 2 nel 2015 (fig. A.3.4.2.1.)²⁸:

- il 94% delle donne ha partorito tra la 37°e la 42°settimana di età gestazionale (gravidanze a termine) (93,7% nelle Marche nel 2014);
- 169 donne, il 4,8%, hanno partorito tra la 32°e la 36°settimana di età gestazionale (gravidanze moderatamente pretermine) (5,4% nelle Marche nel 2014);
- 26 donne, lo 0,7%, hanno partorito tra la 28°e la 31°settimana di età gestazionale (gravidanze molto pretermine) (0,5% nelle Marche nel 2014);
- 14 donne, lo 0,4%, hanno partorito tra la 22°e la 27°settimana di età gestazionale (gravidanze estremamente pretermine) (0,3% nelle Marche nel 2014);
- non si sono invece registrati parti dopo la 42°settimana di età gestazionale (gravidanze post-termine) né in AV2 nel 2015, né in ambito regionale nel 2014.

Fig. A.3.4.2.1. Parti di residenti, per durata della gravidanza (valori percentuali). Area Vasta 2, anno 2015



Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

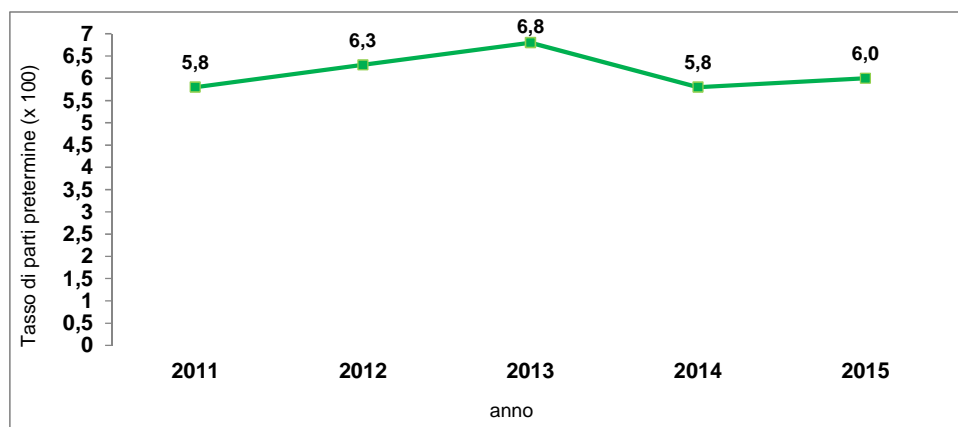
Nel 2015 c'è stata una maggior frequenza di parti pretermine nelle donne immigrate rispetto alle italiane: 8,1% contro il 5,3% così come in quelle meno istruite rispetto a quelle con titolo di studio di scuola media superiore o più elevato: 8,3% contro 5,5%.

²⁷ La fonte utilizzata per il confronto con le Marche è il report: "Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2014". Curato dal Ministero della Salute, Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica. Ufficio di Statistica http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2585_allegato.pdf. Ultimo accesso 10/04/2017.

²⁸ Rispetto a questa scomposizione per età gestazionale al momento del parto, alla totalità dei parti di residenti, pari a 3.504 come già detto, mancano 5 parti per i quali non è stata riportata l'informazione + altri 2 parti avvenuti ad un'età gestazionale <22 settimane

La figura A.3.4.2.2. mostra l'andamento del tasso di parti pretermine, avvenuti tra le residenti dell'Area Vasta 2 nel quinquennio 2011-2015: in questo periodo ce ne sono stati circa 220 l'anno.

Fig. A.3.4.2.2. Andamento del tasso (per 100 parti) di parti pretermine, tra le residenti. AV2, anni 2011-2015



Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

Nel 2015 nell'Area Vasta 2 i parti pretermine verificatisi alle età gestazionali più basse (\leq della 31^a settimana di gravidanza) sono avvenuti, più di 7 volte su 10 ($32/42=76,2\%$), presso il Punto Nascita "Salesi" di Ancona: un presidio ospedaliero di alta specializzazione dotato dell'unica terapia intensiva neonatale presente nella Regione (tab. 3.4.2.1).

Tab. 3.4.2.1. N. e % di parti pretermine di donne residenti, per punti nascita ove è avvenuto il parto, con o senza terapia intensiva neonatale. Area Vasta 2, anno 2015

Punti Nascita	Età gestazionale (in settimane)							
	< 22		22-27		28-31		32-36	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Punto Nascita "Salesi"	-	-	13	92,9	19	73,1	89	52,7
altri Punti Nascita della regione	2	100,0	1	7,1	7	26,9	80	47,3
Totale	2	100	14	100	26	100	169	100

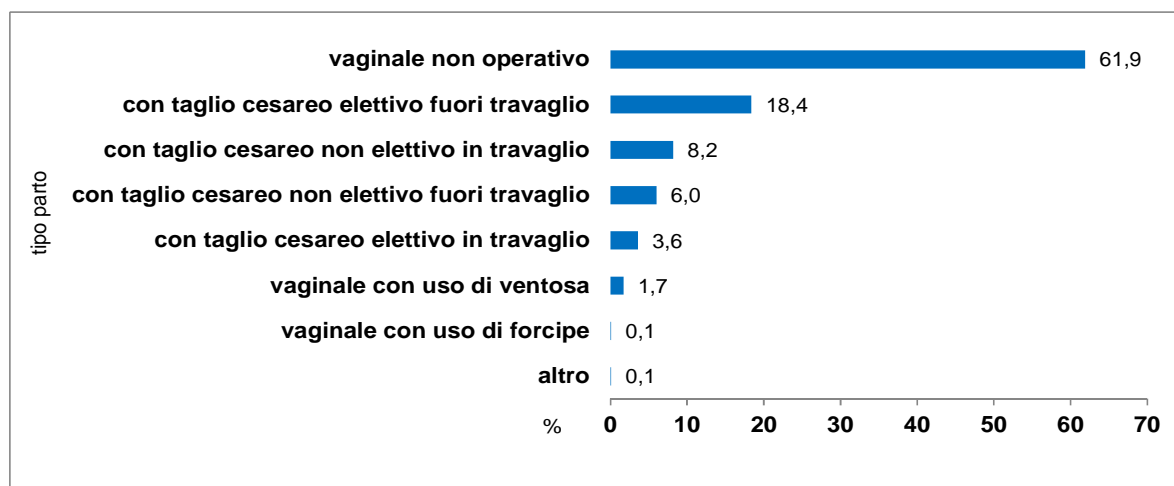
Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

3.4.3 Modalità del parto

In AV2 nel 2015 ***i parti delle residenti, dovunque esse abbiano partorito*** nel 62% circa dei casi ($2.169/3.503$)²⁹ è avvenuto spontaneamente; nel 36% dei casi è avvenuto con il taglio cesareo (TC); nel restante 2% dei casi ($62/3.503$) è stato espletato attraverso la modalità operativa (forcipe o ventosa) od altro tipo di parto (fig. A.3.4.3.1.).

²⁹ per 1 parto non è stata riportata la tipologia di espletamento

Fig. A.3.4.3.1. Parti di residenti, per modalità del parto (valori percentuali). Area Vasta 2 anno 2015



Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

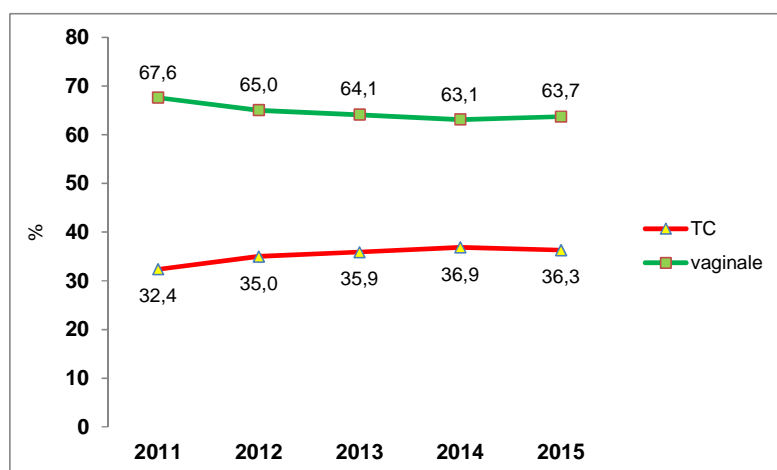
Nel periodo 2011-2015 la modalità di parto attraverso taglio cesareo, delle residenti **ovunque esse abbiano partorito**, mostra un trend in aumento (fig. A.3.4.3.2.).

Analizzando questa informazione nel dettaglio si evince quanto segue:

- il numero assoluto di TC diminuisce nel quinquennio considerato (si passa infatti da 1.327 parti cesarei del 2011 ai 1.270 del 2015); questa diminuzione corrisponde ad una variazione percentuale di -4,3%;
- il numero assoluto di parti totali pure diminuisce nel quinquennio considerato (si passa infatti dai 4.092 del 2011 ai 3.504 del 2015); questa diminuzione corrisponde ad una variazione percentuale di -14,4%.

In pratica il calo del numero assoluto di parti totali risulta essere molto più elevato di quello dei TC (più di 3 volte maggiore), ne consegue che la proporzione di tagli cesarei sulla totalità dei parti, calcolata per ciascun anno di questo quinquennio, mostra un trend in aumento.

Fig. 3.4.3.2. Parti di residenti effettuati con o senza taglio cesareo (valori percentuali). Area Vasta 2, trend 2011-2015



Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

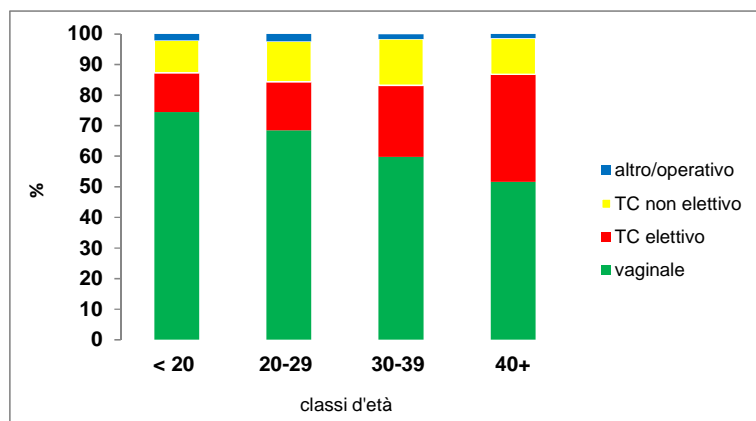
La scheda CeDAP scompone l'informazione sul taglio cesareo nelle seguenti quattro tipologie: taglio cesareo d'elezione fuori travaglio od in travaglio e taglio cesareo non elettivo fuori travaglio od in travaglio; queste tipologie possono essere considerate proxy rispettivamente del TC programmato e del TC urgente³⁰.

³⁰ Il TC si definisce d'elezione quando viene pianificato per fare fronte a situazioni particolari (parto podalico, anomalie

Nel 2015 circa un parto su 4 (il 22,1%) delle residenti (**ovunque esse abbiano partorito**) è stato un cesareo d'elezione (773 pari al 60,9% della totalità dei TC) ed il 14,2% (497 parti pari al 39,1% della totalità dei TC) è stato un cesareo non d'elezione quindi urgente.

Il ricorso al taglio cesareo d'elezione aumenta con l'aumentare dell'età della donna, mentre la proporzione di cesarei non elettivi (in urgenza) è all'incirca stabile in tutte le classi d'età delle madri (fig. A.3.4.3.3.).

Fig. A.3.4.3.3. Parti di residenti per modalità di parto e classi d'età materna (valori percentuali). Area Vasta 2, anno 2015



Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

I parti cesarei registrano una maggior frequenza tra le residenti meno istruite in confronto a quelle in possesso di un titolo di studio di scuola media superiore o più elevato (40,8% contro il 35,2%).

Essi inoltre sono anche lievemente più frequenti nelle residenti immigrate da PFPM rispetto alle madri di cittadinanza italiana (36,5% contro 35,7%).

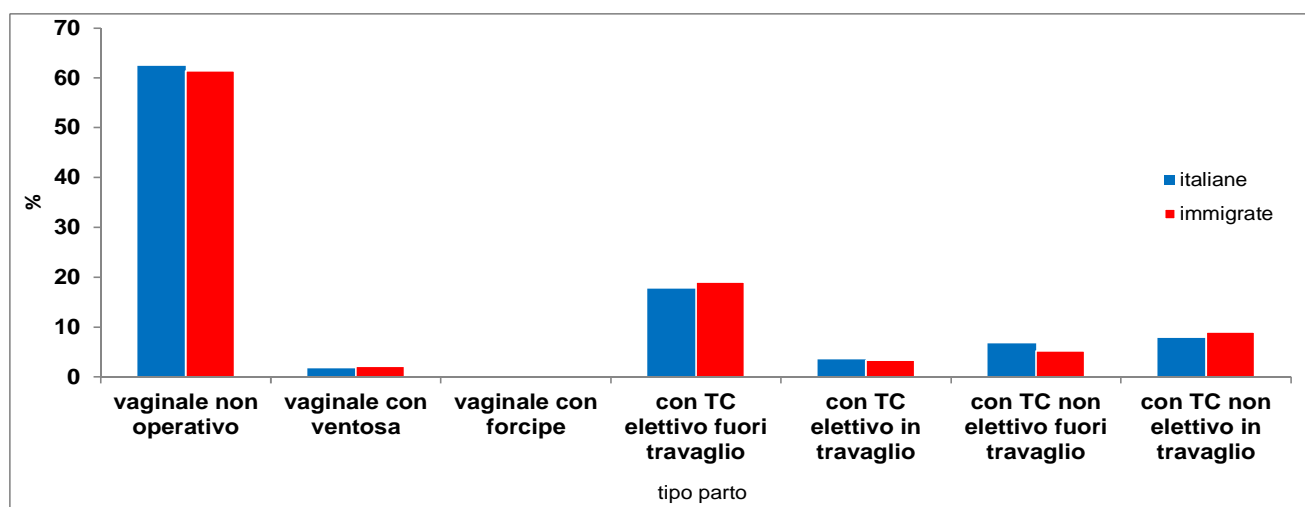
Nelle Marche invece, nel 2014 la percentuale di cesarei tra le donne di cittadinanza italiana è del 30,7%, mentre tra le straniere è del 29,7%.

La figura A.3.4.3.4. mostra le frequenze di ciascuna modalità di parto, per cittadinanza materna, tra le residenti nell'AV2 (**ovunque esse abbiano partorito**).

dell'inserzione placentare, parto plurimo, macrosomia fetale ecc...) che renderebbero il parto impossibile o pericoloso. In alcuni casi può essere una scelta della donna. Il **parto cesareo d'elezione** in alcuni casi può avvenire **in travaglio** per il "sopraggiungere anticipato del travaglio stesso".

Esiste poi il parto con **TC urgente** (non programmato, non d'elezione) effettuato spesso **in travaglio** per anomalie della dilatazione del collo uterino, della meccanica del parto oppure per il sopraggiungere di una sofferenza fetale ed il **TC urgente al di fuori del travaglio** (meno frequente) determinato da alcune condizioni quali ad es. il distacco intertemporale della placenta.

Fig. A.3.4.3.4. Parti di residenti per modalità di parto e cittadinanza (valori percentuali). Area Vasta 2, anno 2015

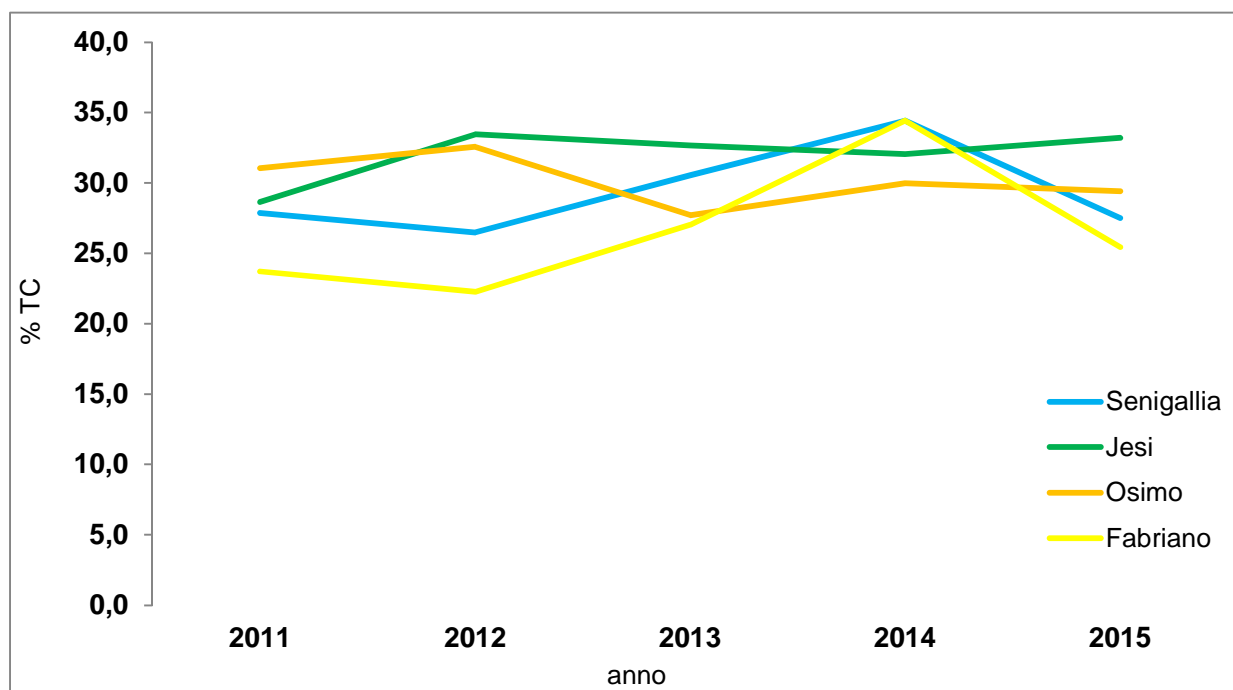


Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

Nel 2015 nell'ambito di tutti i punti nascita dei presidi ospedalieri della nostra Area Vasta la proporzione di parti svolti attraverso la modalità del taglio cesareo è stata pari al 29,5%.

Tale percentuale varia di molto in ciascun PN: nella figura A.3.4.3.5. se ne evidenzia il trend 2011-2015: in questo quinquennio Osimo e Jesi hanno registrato il picco nel 2012, invece Senigallia e Fabriano nel 2014. In generale nel 2015 la percentuale di cesarei diminuisce rispetto all'anno precedente in tutti i PN eccetto Jesi: il range, in questo ultimo anno, va dal 25,4% di Fabriano al 33,2% di Jesi.

Fig. A.3.4.3.5. Andamento del tasso (x 100) di TC in ciascun PN dell'Area Vasta 2. Anni 2011-2015



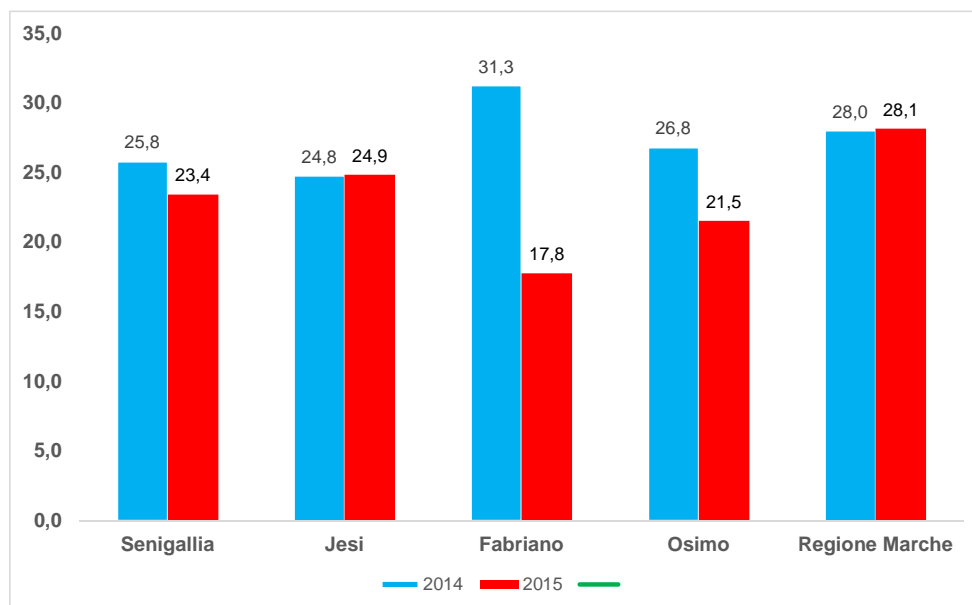
Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

Il network delle Regioni³¹ che aderiscono al “Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali” (facente capo al Laboratorio Management e Sanità dell’Istituto di Management della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa), da anni monitorizza l’appropriatezza della scelta del ricorso al parto cesareo da parte dei professionisti, attraverso uno specifico indicatore che permette di escludere dal calcolo alcuni possibili fattori che potrebbero “giustificare” il ricorso al cesareo stesso.

Infatti: “nella valutazione sull’effettuazione o meno di un TC le differenti popolazioni di pazienti, di cui gli specialisti si fanno carico, generano una variabilità tale da rendere i dati non sempre confrontabili fra i PN delle Aziende Sanitarie. Il network delle Regioni ha adottato allora un indicatore proposto dall’American College of Obstetricians and Gynecologists che restringe l’analisi sul cesareo ad un case-mix costituito da *donne primipare, con parto a termine, non gemellare e bambino in posizione vertice (NTSV)*, rendendo confrontabili punti nascita con differenti casistiche. Secondo dati di letteratura questo case-mix riesce a comprendere un’ampia fascia di popolazione costituita da circa il 32-39% dei parti cesarei [Evaluation of Cesarean Delivery, 2000]. Il network ritiene che la percentuale di parti cesarei NTSV rappresenti l’indicatore più appropriato per la valutazione della qualità dei servizi legati al percorso materno infantile a livello ospedaliero”³².

La figura A.3.4.3.6. mostra il tasso di cesarei “depurati”³³ svolti nei quattro punti nascita dell’Area Vasta 2 negli anni 2014 e 2015. I punti nascita di Senigallia, ma soprattutto di Fabriano ed Osimo presentano un trend in diminuzione; nel punto nascita di Jesi invece c’è una sostanziale stabilità. Dati stabili vengono anche registrati a livello regionale.

Fig. A.3.4.3.6 Indicatore C7.1 % Cesarei depurati (NTSV). Confronto tra punti nascita dell’AV2 e la regione Marche. Anni 2014-2015



Fonte: "Il Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali". Reports 2014 e 2015. a cura del Laboratorio Management e Sanità istituto di Management Scuola Superiore Sant’Anna - Pisa

³¹ Basilicata, Calabria, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto.

³² Tratto da: "Il Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali". Report 2015, pag. 272., a cura del Laboratorio Management e Sanità istituto di Management Scuola Superiore Sant’Anna - Pisa

³³ Cesarei avvenuti in donne NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex), vale a dire:

- donne primipare,
- parto a termine tra la 37⁺⁰ e la 41⁺⁶ settimana di amenorrea incluse,
- parto non gemellare,
- bambino in posizione vertice

Sono esclusi i parti con indicazione di procreazione medico-assistita; si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni.

Sintesi/riflessioni:

- Nel 2015 i punti nascita operativi sul territorio dell'Area Vasta 2 sono 4 con in più quello del "Salesi", facente capo all'Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi.
- Delle 3.504 donne residenti in AV2, che hanno partorito in questo anno:
 - ✓ più di una su due (il 57,7% ha utilizzato uno dei quattro P.N. degli ospedali di rete dell'Area Vasta 2;
 - ✓ il 37,8% è andata al "Salesi";
 - ✓ il restante 4,5% ha partorito presso un punto nascita collocato al di fuori del territorio dell'Area Vasta 2;
 - ✓ due donne hanno partorito al proprio domicilio.
- Nel 2015 il tasso di parti pretermine è stato dell'8,4% (211/2.499)³⁴, superiore a quello delle Marche (6,7%): il dato regionale è però relativo all'anno 2014 (l'ultimo di cui si dispone dell'informazione);
 - ✓ in accordo con quanto riportato in letteratura anche in AV2 si evidenzia una maggior prevalenza di nascita pretermine nelle madri con titolo di studio materno medio-basso (8,3%, rispetto al 5,5% di nati pretermine da donne con livello d'istruzione di scuola media superiore o più); la nascita prematura è anche più frequente tra le madri provenienti da PFPM (8,1%), rispetto a quelle di cittadinanza italiana (5,3%);
 - ✓ la nascita pretermine, soprattutto alle età gestazionali più basse, è associata ad esiti negativi sia in termini di mortalità che di morbosità a breve e lungo termine e comporta un elevato impiego di risorse umane e professionali: nel 2015 i parti pretermine verificatisi alle età gestazionali più basse sono avvenuti nel 76% dei casi presso il Punto Nascita "Salesi" di Ancona, dotato dell'unica terapia intensiva neonatale presente in Regione.
- Il 36% delle madri residenti nell'AV2, **ovunque esse abbiano partorito** nel 2015, lo hanno fatto mediante taglio cesareo, il ricorso a questa modalità di parto mostra dal 2011 un trend in aumento;
 - ✓ tra tutti i cesarei registrati il 61% sono cesarei d'elezione, mentre il 39% sono cesarei effettuati "in urgenza";
 - ✓ la proporzione di cesarei d'elezione aumenta con l'aumentare dell'età della donna (si va dal 13% fra le madri con meno di 20 anni al 35% di quelle con 40 anni e più). Oggi nella esperienza clinica non è infrequente trovarsi di fronte a donne che hanno programmato di avere un figlio in "età avanzata" dopo aver raggiunto una posizione soddisfacente nel lavoro: ebbene esse desiderano il TC perché, oltre che poter pianificare anche il momento del parto in funzione delle loro esigenze, sono convinte di correre "meno rischi" per se stesse e per il nascituro che, nella maggior parte dei casi, costituirà, volutamente, tutta la loro prole (figlio unico).
- Nell'AV2 presso i PN di Senigallia, Jesi, Fabriano ed Osimo la proporzione di parti svolti con TC sulla totalità dei parti effettuati mostra un ampio range;
 - ✓ questa variabilità tra PN permane anche se si restringe l'analisi al case-mix di cesarei NTSV;
 - ✓ l'aumento progressivo dei TC registrato nel corso del tempo trova una parte della sua ragion d'essere nel fatto che in questi ultimi anni in ambito medico in generale, ma soprattutto in quello "ostetrico-ginecologico" si è fatta sempre più strada la "cultura" della medicina difensiva. Infatti il timore dei ginecologi e del personale paramedico di essere incolpati di negligenza, imperizia o inosservanza di norme e, talora anche la pressione psicologica della gestante o dei familiari, inducono più "facilmente" a programmare il parto con TC.

³⁴ I parti pretermine di donne residenti in AV2 nel 2015 sono stati complessivamente 211 su una totalità di 2.499 per i quali era stata indicata l'epoca gestazionale in cui è avvenuto il parto.

3.4.4. Analisi dei parti cesarei secondo la classificazione di Robson

Per descrivere in maniera più analitica il fenomeno del parto cesareo alcune Regioni utilizzano la classificazione di Robson³⁵, già da tempo validata a livello internazionale. Essa prevede la suddivisione della popolazione delle partorienti in classi di rischio clinico individuate in base alle seguenti caratteristiche:

- parità (nullipara/pluripara);
- età gestazionale;
- tipo di travaglio (spontaneo/indotto/taglio cesareo prima del travaglio);
- genere di gravidanza (feto singolo/multiplo);
- presentazione del neonato (cefalica/podalica/altre presentazioni).

Queste caratteristiche, variamente combinate tra loro, identificano 10 classi, mutuamente esclusive a diversa complessità assistenziale (tab. 3.4.4.1.)³⁶.

Le classi II e IV, nella classificazione originale, includono sia i cesarei effettuati dopo induzione del travaglio sia quelli elettivi o urgenti fuori travaglio, nelle donne nullipare e multipare, rispettivamente.

Ciascuna di queste due classi sono ulteriormente scindibili in due: le sottoclassi IIA e IVA che includono i cesarei effettuati dopo aver indotto il travaglio; le sottoclassi IIB e IVB che invece comprendono i cesarei fatti, prima del travaglio.

Ad ogni classe corrisponde una percentuale di popolazione sul totale delle donne partorienti ed una relativa proporzione di TC sul totale dei tagli cesarei stessi. Quest'analisi, condotta per punto nascita, permette di evidenziare eventuali differenze/disomogeneità dei modelli assistenziali. Infatti se per gruppi sovrapponibili di donne, con stesse caratteristiche anamnestiche, si registrano proporzioni di tagli cesarei distanti tra loro, si può ipotizzare che la differenza osservata sia prevalentemente attribuibile a prassi assistenziali diverse che portano a differenti modalità di espletamento del parto.

Nelle pagine che seguono sono stati analizzati i parti dell'archivio aziendale CedAP, avvenuti nel 2015 in ciascuno dei quattro Punti Nascita dei presidi dell'AV2 (Senigallia, Jesi, Fabriano, Osimo), indipendentemente dalla residenza materna, utilizzando la classificazione di Robson.

L'obiettivo era il confronto, per classi di rischio clinico e PN dell'AV2, dei tassi di TC al fine di individuare eventuali disomogeneità di procedure assistenziali da armonizzare e monitorare nel tempo.

Si precisa che da tale analisi è stato escluso il Punto Nascita "Salesi" in quanto l'archivio aziendale dispone "solamente" delle informazioni dei parti, svolti in questo Presidio nel 2015 dalle donne residenti in AV2. Questi parti ovviamente rappresentano una porzione di tutti i parti effettuati dal PN "Salesi" nel 2015.

Nell'allegato B invece l'analisi dei parti secondo la classificazione di Robson è stata condotta secondo il criterio della residenza materna all'interno dell'Area Vasta 2. In questo modo si è potuto recuperare l'informazione anche dei parti delle donne residenti in AV2 avvenuti nel PN "Salesi" nel 2015 ed effettuare un confronto, per classi di rischio clinico, tra quest'ultimi e quelli delle donne, sempre residenti in AV2, che hanno partorito in uno dei quattro PN dell'Area Vasta in questo stesso anno.

³⁵ Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2001;15:179-94

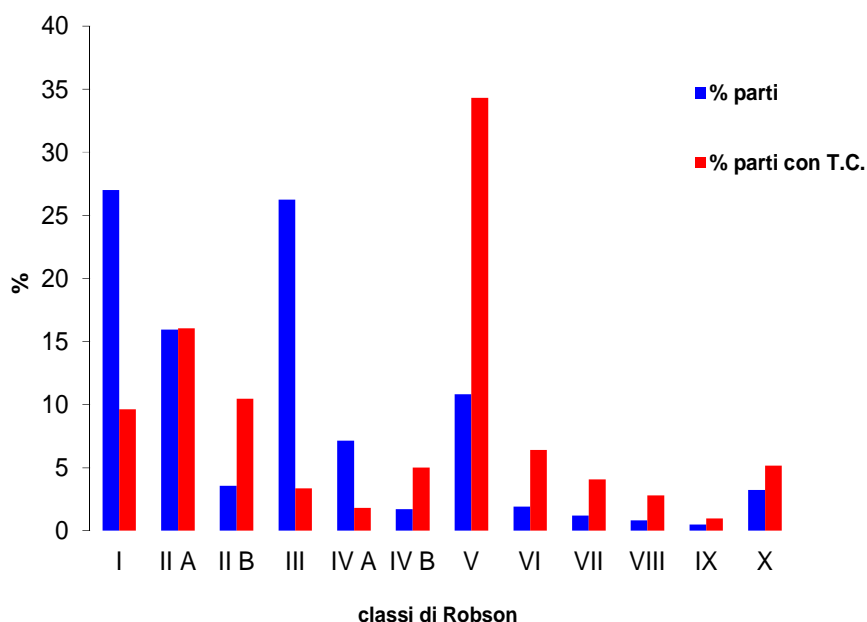
³⁶ La classificazione di Robson prevede classi mutuamente esclusive; di conseguenza, la presenza di una condizione (es. prematurità, travaglio indotto, ecc.) non è condizione sufficiente a far rientrare un caso in una certa classe se coesiste un'altra condizione che ha una priorità maggiore nella classificazione (es. gravidanza multipla).

Tab. 3.4.4.1. Classi di Robson

Classe	Caratteristiche della popolazione
I	Donne nullipare, età gestazionale ≥ 37 settimane, travaglio spontaneo, feto singolo, presentazione cefalica
IIA	Donne nullipare, età gestazionale ≥ 37 settimane, travaglio indotto, feto singolo, presentazione cefalica
IIB	Donne nullipare, età gestazionale ≥ 37 settimane, TC prima del travaglio (travaglio assente), feto singolo, presentazione cefalica
III	Donne pluripare, età gestazionale ≥ 37 settimane, travaglio spontaneo, feto singolo, presentazione cefalica (<i>escluso TC precedente</i>)
IVA	Donne pluripare, età gestazionale ≥ 37 settimane, travaglio indotto, feto singolo, presentazione cefalica (<i>escluso TC precedente</i>)
IVB	Donne pluripare, età gestazionale ≥ 37 settimane, TC prima del travaglio (travaglio assente), feto singolo, presentazione cefalica (<i>escluso TC precedente</i>)
V	Donne con pregresso TC, età gestazionale ≥ 37 settimane, feto singolo, presentazione cefalica
VI	Donne nullipare, feto singolo, presentazione podalica
VII	Donne pluripare (incluse donne con precedente cesareo), feto singolo, presentazione podalica
VIII	Donne con gravidanze multiple (incluse donne con precedente cesareo)
IX	Donne con feto singolo e presentazione anomala (escluso podalico) (incluse donne con precedente cesareo)
X	Donne con feto singolo, pretermine (≤ 36 settimane), presentazione cefalica (incluse donne con precedente cesareo)

La figura A.3.4.4.1. mostra il peso percentuale di ogni singola classe rispetto alla popolazione delle donne che hanno partorito e rispetto alla totalità dei cesarei, per quanto riguarda i parti avvenuti nei quattro Punti Nascita (Senigallia, Jesi, Fabriano, Osimo) dell'Area Vasta 2 nel 2015.

Fig. A.3.4.4.1. Peso percentuale di ciascuna classe di Robson rispetto: al totale dei parti ed al totale dei tagli cesarei (TC) classificati. Punti Nascita dell'Area Vasta 2 (Senigallia, Jesi, Fabriano, Osimo), anno 2015.



Classe di Robson	contributo % al totale dei parti	contributo % al totale dei TC
I	27,2	9,8
IIA	16,1	16,2
IIB	3,0	10,1
III	26,5	3,4
IVA	7,2	1,8
IVB	1,4	4,6
V	10,9	34,6
VI	1,9	6,5
VII	1,2	4,1
VIII	0,8	2,8
IX	0,5	1,0
X	3,2	5,2
TOT	100,0	100,0

Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

Alcune classi, caratterizzate da una proporzione di donne elevata rispetto al totale delle donne che partoriscono, contribuiscono in misura minima al totale dei parti cesarei (ad es. la classe III corrispondente a: donne pluripare, parto a termine, travaglio spontaneo, feto singolo, presentazione cefalica -*escluso TC precedente*-); altre, il cui peso in termini di popolazione è più ridotto, contribuiscono in modo rilevante al totale dei parti cesarei (ad es. la classe V pari a: donne con pregresso TC, parto a termine, feto singolo, presentazione cefalica).

Tali differenze sono dovute al diverso tasso di parti cesarei nelle classi.

I dati relativi ai parti registrati nel 2015 evidenziano che il maggior contributo al totale dei cesarei risulta a carico della classe V (34,6%) e, in ordine decrescente, dalle classi IIA (16,2%), IIB (10,1%); I (9,8%); nel loro insieme queste classi concorrono al 70,6% del totale dei parti cesarei (tale valore è del 67,8% nelle Marche sempre nello stesso anno).

Il tasso di parti cesarei, ogni 100 parti, varia nelle dieci classi di Robson in quanto le condizioni di rischio per ciascuna classe sono differenti.

Esso è del 100% nelle classi VI, VII e VIII, rispettivamente la presentazione podalica nelle nullipare e nelle pluripare e le gravidanze multiple ed, ovviamente, presenta lo stesso valore anche nelle classi IIB e IVB (rispettivamente i parti cesarei – d'elezione o urgenti - effettuati nelle nullipare e nelle pluripare prima del travaglio) dove il tasso di cesarei è, per definizione, uguale al 100%

E' però anche molto alto nella classe V corrispondente a: pregresso TC, parto a termine feto singolo e presentazione cefalica.

Valori bassi sono registrati invece nella classe III (pluripare con gravidanza a termine, travaglio spontaneo, feto singolo, presentazione cefalica) che non presenta particolari fattori di rischio e nella classe IVA (parti cesarei successivi a induzione del travaglio nelle multipare) (tab. 3.4.4.2.).

Tab. 3.4.4.2. Frequenza di cesarei per classe di Robson. Punti Nascita dell'Area Vasta 2 (Senigallia, Jesi, Fabriano, Osimo), anno 2015.

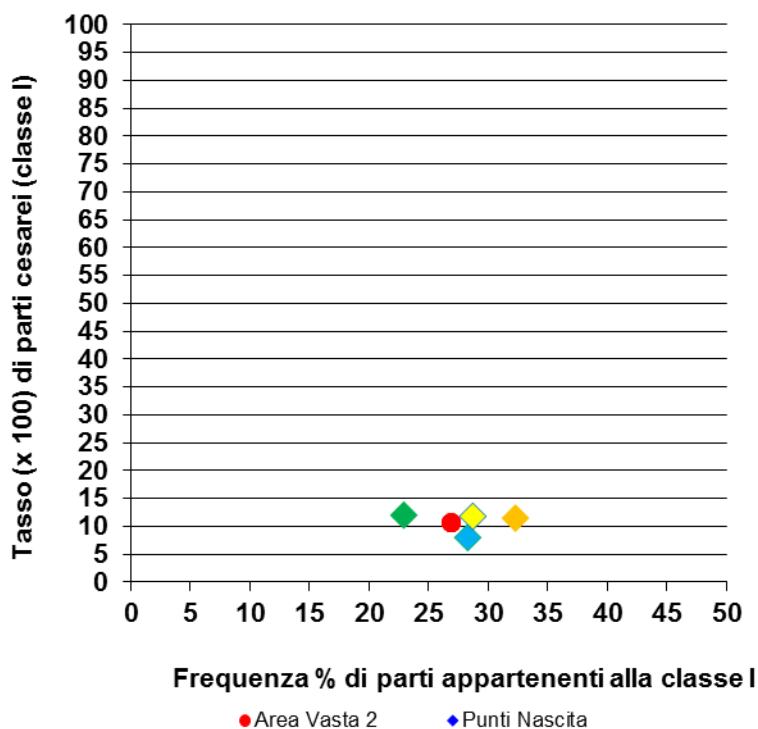
Classe di Robson	N° parti cesarei	Tot parti	Tasso (x 100 parti) di tagli cesarei
	(1)	(2)	(1/2)
I	70	654	10,7
IIA	115	386	29,8
IIB	72	72	100,0
III	24	637	3,8
IVA	13	174	7,5
IVB	33	33	100,0
V	246	262	93,9
VI	46	46	100,0
VII	29	29	100,0
VIII	20	20	100,0
IX	7	12	58,3
X	37	78	47,4
Tot	712	2.403	29,6

Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

Di seguito viene presentato, per ciascuna classe di Robson, il confronto fra i quattro Punti Nascita della Area Vasta 2, relativo all'anno 2015.

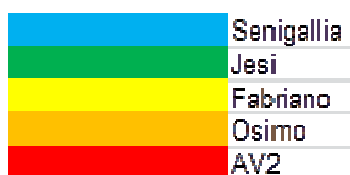
Classe I di Robson: donne nullipare, parto a termine (≥ 37 settimane), travaglio spontaneo, feto singolo, presentazione cefalica (fig. A.3.4.4.3.).

Fig. A.3.4.4.3. Frequenza della popolazione delle partorienti e tasso (x 100) di tagli cesarei per punto nascita. Classe I di Robson. Area Vasta 2, anno 2015.



Punto Nascita	Freq % parti in classe I	Tasso (x 100) di TC in classe I
Senigallia	28,3	8,0
Jesi	22,9	12,0
Fabriano	28,7	11,8
Osimo	32,3	11,5
AV2	27,2	10,7

Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2



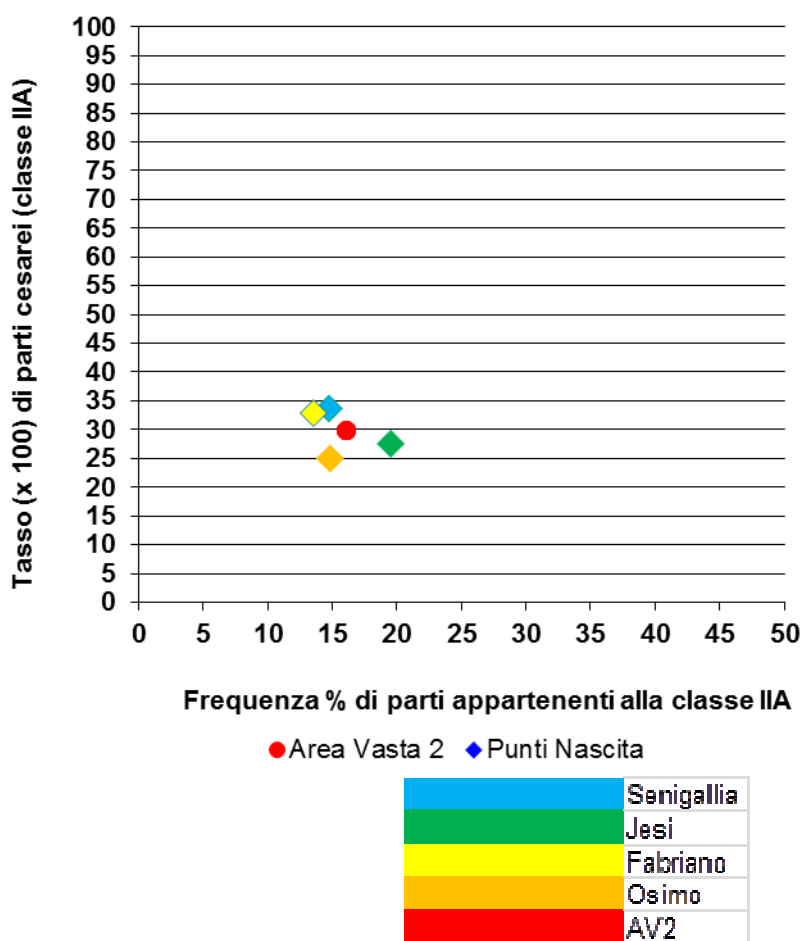
Nella classe I di Robson è inclusa il 27,2% della popolazione delle partorienti (25,3% è il valore registrato nel 2015 dalla regione Marche). Il contributo percentuale di tale classe al totale dei cesarei è del 9,8%.

Il tasso (x 100) di TC in questa classe è pari al 10,7% (12,1% nelle Marche nel 2015). E' evidente una certa variabilità nei valori del tasso tra i Punti Nascita dell'AV2: il range va dall'8,0% di Senigallia al 12,0% di Jesi.

La I classe di Robson è la più numerosa, in quanto è formata dalle donne al primo parto con gravidanza a basso rischio. E' molto importante monitorare i parti cesarei in tale classe, in quanto le donne sottoposte a taglio cesareo al primo parto, nel caso di future gravidanze, sono fortemente esposte al rischio di ripetere il cesareo. Quindi un elevato tasso di cesarei in questa classe si ripercuote sulla numerosità della casistica dei cesarei della classe V.

Classe IIA di Robson: donne nullipare, parto a termine (≥ 37 settimane), travaglio indotto, feto singolo, presentazione cefalica (fig. A.3.4.4.4.).

Fig. A.3.4.4.4. Frequenza della popolazione delle partorienti e tasso (x 100) di tagli cesarei per punto nascita. Classe IIA di Robson. Area Vasta 2, anno 2015.



Punto Nascita	Freq % parti in classe IIA	Tasso (x 100) di TC in classe IIA
Senigallia	14,7	33,7
Jesi	19,5	27,6
Fabriano	13,5	32,9
Osimo	14,8	25,0
AV2	16,1	29,8

Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

La classe IIA di Robson comprende il 16,1% della popolazione delle partorienti, (14,2% è il valore registrato nel 2015 dalla regione Marche). Il contributo percentuale di tale classe al totale dei cesarei è del 16,2%. Il tasso (x 100) di TC in questa classe è pari al 29,8% (33,8% nelle Marche sempre nel 2015). E' evidente una variabilità nei valori del tasso tra Punti Nascita dell'AV2 che va dal 25% di Osimo al 33,7% di Senigallia.

La classe IIA include i parti cesarei successivi a induzione del travaglio nelle nullipare³⁷; al suo interno possono essere ricomprese diverse tipologie di situazioni cliniche per le quali si sceglie di indurre il travaglio come:

- la gravidanza protratta oltre il termine;
- la gravidanza a termine, ma con complicazioni materne (ipertensione, diabete etc...);
- la gravidanza a termine, ma con complicazioni fetali.

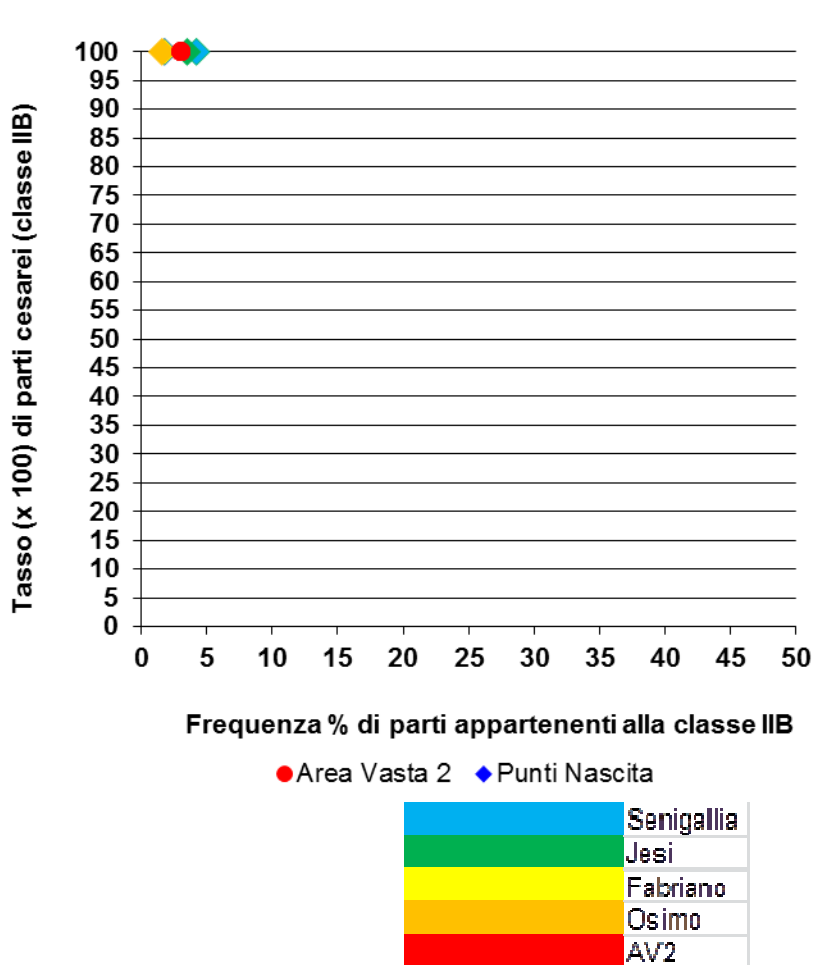
Circa la prima tipologia di situazione, cioè la gravidanza protratta oltre il termine senza complicazioni, le linee guida nazionali al taglio cesareo³⁸ non raccomandano l'induzione prima di 41⁺⁰ settimane, in quanto ciò aumenta il rischio di ricorso improprio al taglio cesareo.

³⁷ sono esclusi i casi di induzione rientranti in altre classi come la classe IVA (pluripare con travaglio indotto), oppure l'induzione nella gravidanza plurima, nei pretermine e nei feti con presentazione podalica o anomala.

³⁸ Sistema Nazionale Linee Guida: "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole" pag. 79. http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=835, ultimo accesso 28/12/2017

Classe IIB di Robson: donne nullipare, parto a termine (≥ 37 settimane), TC prima del travaglio, feto singolo, presentazione cefalica (fig. A.3.4.4.5.).

Fig. A.3.4.4.5. Frequenza della popolazione delle partorienti e tasso (x 100) di tagli cesarei per punto nascita. Classe IIB di Robson. Area Vasta 2, anno 2015.



Punto Nascita	Freq % parti in classe IIB	Tasso (x 100) di TC in classe IIB
Senigallia	4,2	100,0
Jesi	3,5	100,0
Fabriano	1,8	100,0
Osimo	1,6	100,0
AV2	3,0	100,0

Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

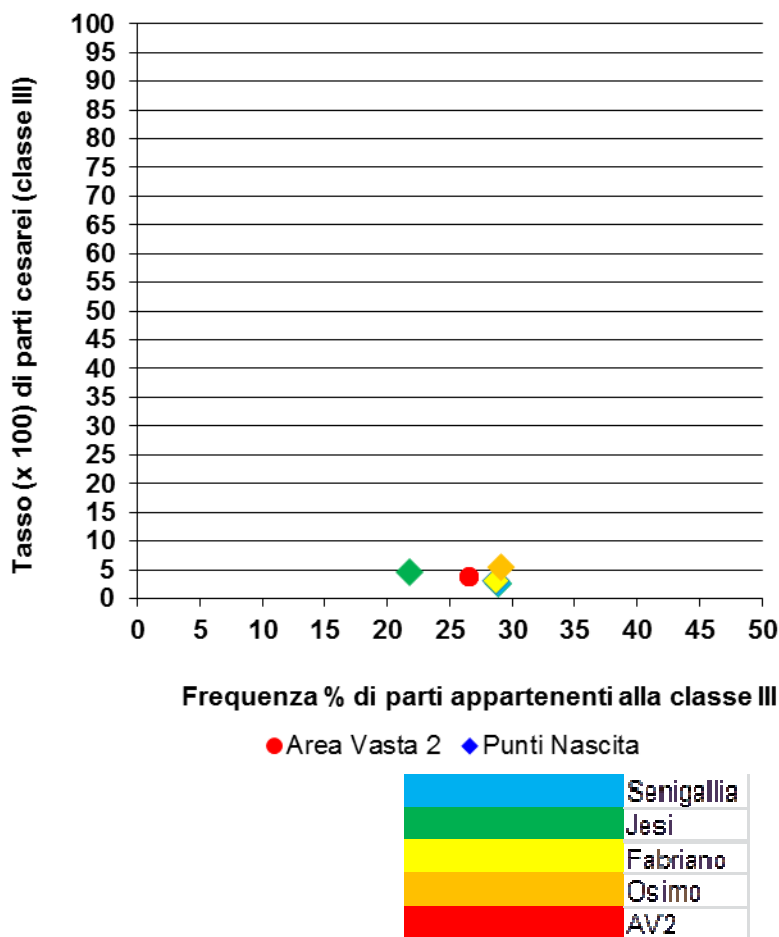
La classe IIB di Robson comprende il 3% della popolazione delle partorienti, (5,0% è il valore registrato nel 2015 dalla regione Marche). Il contributo percentuale di tale classe al totale dei cesarei è del 10,1%.

Il tasso (x 100) di TC in questa classe è per definizione pari al 100%.

La classe IIB include i parti cesarei effettuati prima dell'inizio del travaglio nelle nullipare: l'intervento di elezione è legato alla presenza di una condizione patologica materna o fetale diversa da gravidanza plurima, pretermine, con presentazione podalica o anomala.

Classe III di Robson: donne pluripare, parto a termine (≥ 37 settimane), travaglio spontaneo, feto singolo, presentazione cefalica (fig. A.3.4.4.6).

Fig. A.3.4.4.6. Frequenza della popolazione delle partorienti e tasso (x 100) di tagli cesarei per punto nascita. Classe III di Robson. Area Vasta 2, anno 2015.



Punto Nascita	Freq % parti in classe III	Tasso (x 100) di TC in classe III
Senigallia	28,9	2,6
Jesi	21,8	4,6
Fabriano	28,7	3,1
Osimo	29,1	5,5
AV2	26,5	3,8

Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

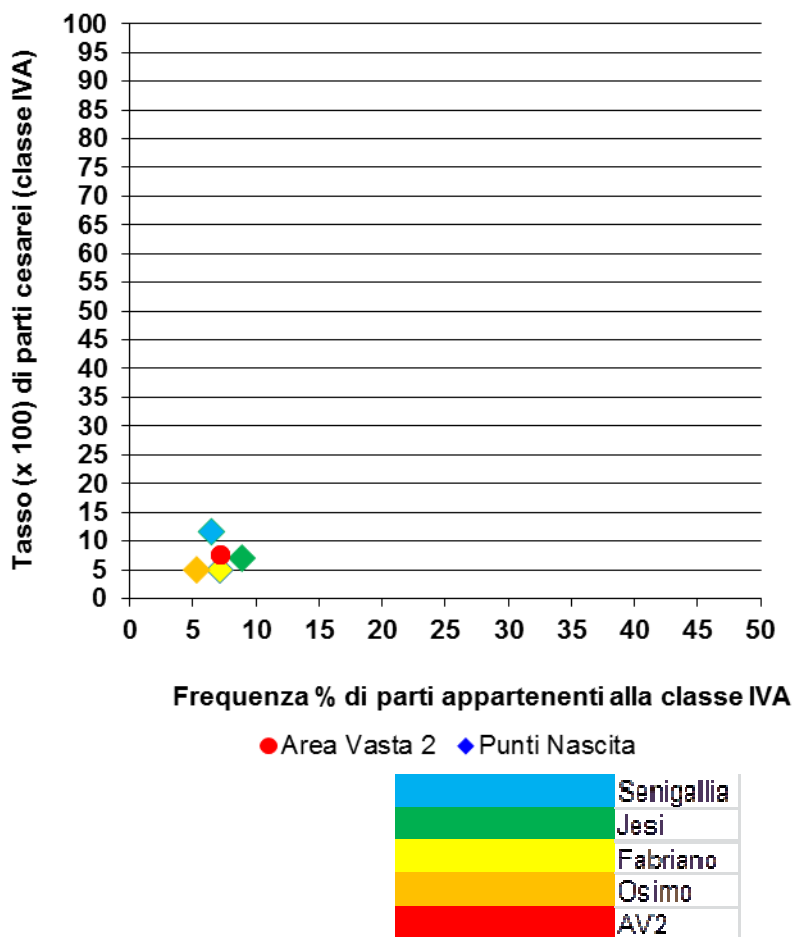
Nella classe III di Robson è inclusa il 26,5% della popolazione delle partorienti, (23,8% è il valore registrato nel 2015 dalla regione Marche). Il contributo percentuale di tale classe al totale dei cesarei è basso ed è pari al 3,4%.

Il tasso (x 100) di TC in questa classe è pari al 3,8% (2,6% nelle Marche nel 2015). La variabilità nei valori del tasso tra Punti Nascita dell'AV2 non è elevata: si va dal 2,6% di Senigallia al 5,5% di Osimo.

Considerato che questo "raggruppamento" comprende gravidanze a "basso rischio", Robson afferma che l'atteso di TC in questa classe dovrebbe essere del 1-2% e che la registrazione di valori superiori potrebbe essere dovuta all'inclusione di casi in cui non è stata accuratamente valutata l'anamnesi ostetrica.

Classe IVA di Robson: *donne pluripare, parto a termine (>= 37 settimane), travaglio indotto, feto singolo, presentazione cefalica (escluso TC precedente)* (fig. A.3.4.4.7.).

Fig. A.3.4.4.7. Frequenza della popolazione delle partorienti e tasso (x 100) di tagli cesarei per punto nascita. Classe IVA di Robson. Area Vasta 2, anno 2015.



Punto Nascita	Freq % parti in classe IVA	Tasso (x 100) di TC in classe IVA
Senigallia	6,5	11,6
Jesi	8,9	7,0
Fabriano	7,1	5,0
Osimo	5,3	5,0
AV2	7,2	7,5

Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

Nella classe IVA di Robson è inclusa il 7,2% della popolazione delle partorienti, (7,2% è il valore registrato nel 2015 dalla regione Marche). Il contributo percentuale di tale classe al totale dei cesarei è basso ed è pari all'1,8%.

Il tasso (x 100) di TC in questa classe è del 7,5% (9,2% nelle Marche nel 2015). La variabilità nei valori del tasso tra Punti Nascita dell'AV2 è presente ed apparentemente elevata: si va dal 5% di Fabriano ed Osimo all'11% di Senigallia.

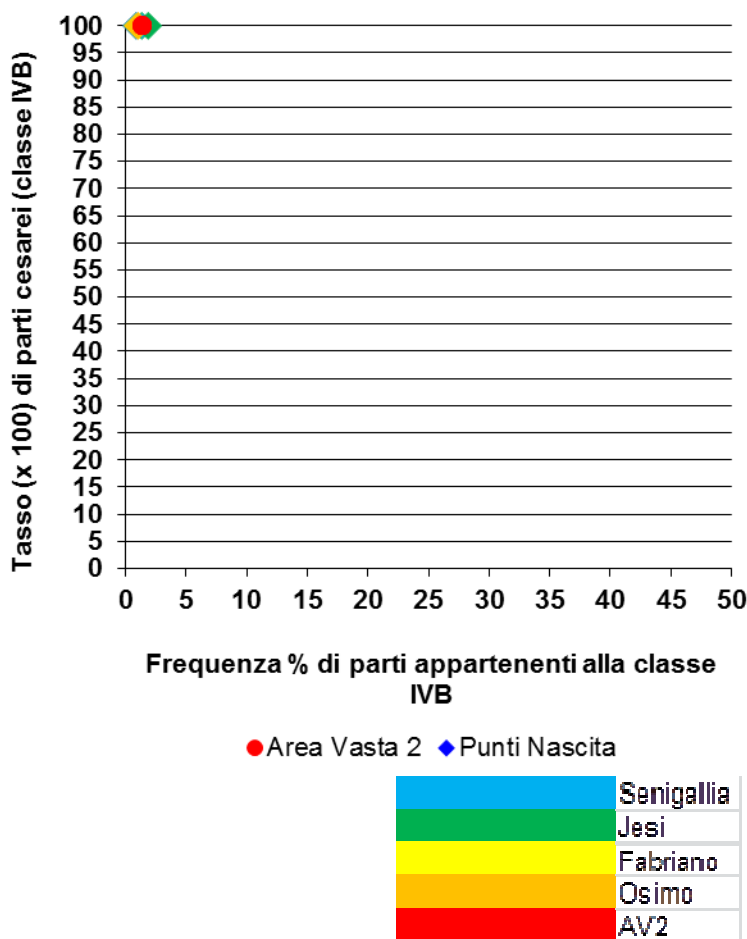
Nella lettura di questo dato però occorre tenere conto del fatto che il numero assoluto dei parti cesarei ricompresi in tale classe è, in ciascun Punto Nascita, molto basso, pertanto poche unità in più od in meno producono delle importanti differenze nei valori dei tassi.

La classe IVA include i parti cesarei successivi a induzione del travaglio nelle pluripare³⁹. Le riflessioni fatte per la classe IIA valgono anche per questo raggruppamento.

³⁹ sono esclusi i casi di induzione rientranti in altre classi, come quelli della classe IIA (nullipare con travaglio indotto), oppure l'induzione nella gravidanza plurima, nei pretermine e nei feti con presentazione podalica o anomala oltre a quelli di pregresso parto cesareo.

Classe IVB di Robson: donne pluripare, parto a termine (≥ 37 settimane), TC prima del travaglio, feto singolo, presentazione cefalica (escluso TC precedente) (fig. A.3.4.4.8.).

Fig. A.3.4.4.8. Frequenza della popolazione delle partorienti e tasso (x 100) di tagli cesarei per punto nascita. Classe IVB di Robson. Area Vasta 2, anno 2015.



Punto Nascita	Freq % parti in classe IVB	Tasso (x 100) di TC in classe IVB
Senigallia	1,4	100,0
Jesi	1,9	100,0
Fabriano	0,9	100,0
Osimo	1,1	100,0
AV2	1,4	100,0

Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

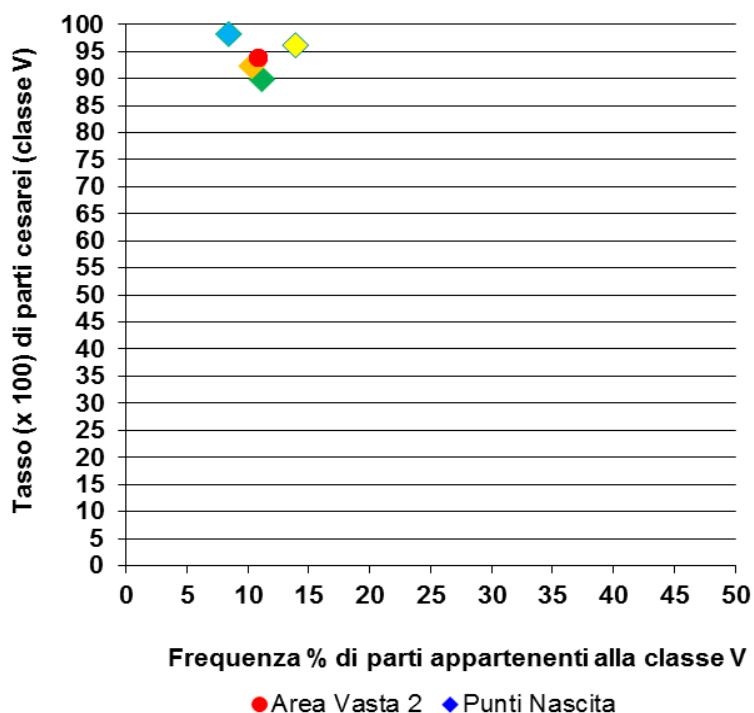
Nella classe IVB di Robson è inclusa l'1,4% della popolazione delle partorienti, (1,9% è il valore registrato nel 2015 dalla regione Marche). Il contributo percentuale di tale classe al totale dei cesarei è basso ed è pari al 4,6%.

Il tasso (x 100) di TC in questa classe è per definizione pari al 100%.

La classe IVB include i parti cesarei effettuati prima dell'inizio del travaglio nelle pluripare: l'intervento di elezione è legato alla presenza di una condizione patologica materna o fetale diversa da gravidanza plurima, pretermine, con presentazione podalica o anomala. Le riflessioni fatte per la classe IIB valgono anche per questo raggruppamento.

Classe V di Robson: donne con pregresso TC, parto a termine, feto singolo, presentazione cefalica (fig. A.3.4.4.9.).

Fig. A.3.4.4.9. Frequenza della popolazione delle partorienti e tasso (x 100) di tagli cesarei per punto nascita. Classe V di Robson. Area Vasta 2, anno 2015.



Punto Nascita	Freq % parti in classe V	Tasso (x 100) di TC in classe V
Senigallia	8,4	98,2
Jesi	11,1	89,9
Fabriano	13,9	96,2
Osimo	10,3	92,3
AV2	10,9	93,9

Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

La classe V di Robson comprende il 10,9% della popolazione delle partorienti (12% è il valore registrato nel 2015 dalla regione Marche). Il contributo percentuale di tale classe al totale dei cesarei è molto elevato ed è pari al 34,6%.

Il tasso (x 100) di TC in questa classe è del 93,9% (93,8% nelle Marche nel 2015). La variabilità nei valori del tasso tra Punti Nascita dell'AV2 è presente e va dall'89,9% di Jesi al 98,2% di Senigallia. Questi elevati valori indicano che nei PN dell'AV2 ad un precedente parto con taglio cesareo, in almeno 9 casi su 10, segue sempre un altro taglio cesareo.

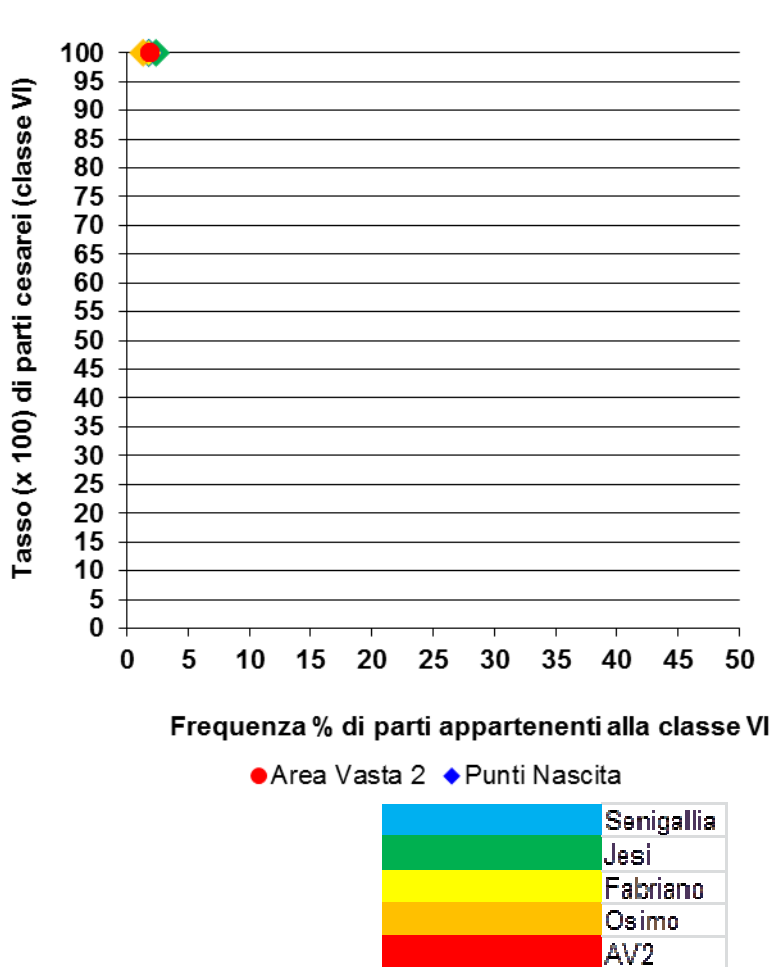
La classe V pur non essendo la più consistente come numero di parti, è quella che maggiormente contribuisce al numero complessivo di cesarei. Il monitoraggio nel tempo della percentuale di TC in tale classe è molto importante poiché, come già detto, risente dell'influenza della scelta di effettuazione del TC nelle donne appartenenti alla classe I.

Le linee guida nazionali al taglio cesareo⁴⁰ raccomandano che a tutte le gravide con precedente con TC, in assenza di controindicazioni specifiche, deve essere offerta l'ammissione al travaglio spontaneo. La struttura sanitaria deve però garantire ad esse anche: un'adeguata sorveglianza clinica ed il continuo monitoraggio elettronico fetale, nella fase attiva del travaglio; inoltre, in caso di TC d'urgenza, l'accesso immediato alla sala operatoria ed alla rianimazione e la pronta disponibilità di emo-trafusioni.

⁴⁰ Sistema Nazionale Linee Guida: "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole", pag. 107. http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=835, ultimo accesso 28/12/2017

Classe VI di Robson: *donne nullipare, feto singolo, presentazione podalica* (fig. A.3.4.4.10).

Fig. A.3.4.4.10. Frequenza della popolazione delle partorienti e tasso (x 100) di tagli cesarei per punto nascita. Classe VI di Robson. Area Vasta 2, anno 2015.



Punto Nascita	Freq % parti in classe VI	Tasso (x 100) di TC in classe VI
Senigallia	1,8	100,0
Jesi	2,4	100,0
Fabriano	1,8	100,0
Osimo	1,3	100,0
AV2	1,9	100,0

Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

La classe VI di Robson comprende circa ,1,9% della popolazione delle partorienti (2,2% è il valore registrato nel 2015 dalla regione Marche). Il contributo percentuale di tale classe al totale dei cesarei è del 6,5%.

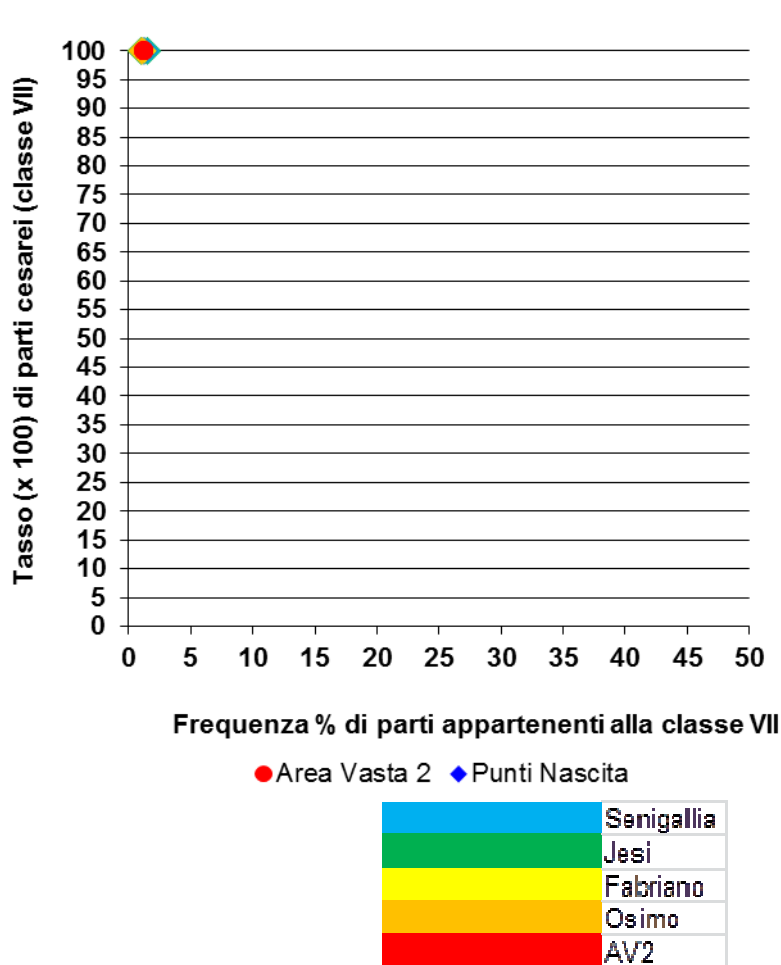
Il tasso (x 100) di TC in questa classe è del 100% (97,3% nelle Marche nel 2015). Non vi è variabilità nei valori del tasso tra Punti Nascita dell'AV2.

Le linee guida nazionali al taglio cesareo⁴¹ raccomandano, in caso di feto singolo con presentazione podalica, il TC programmato in quanto questo intervento diminuisce la mortalità perinatale/neonatale e la morbosità neonatale grave, rispetto al parto vaginale.

⁴¹ Sistema Nazionale Linee Guida: "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole", pag. 35. http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=835, ultimo accesso 28/12/2017

Classe VII di Robson: *donne pluripare, feto singolo, presentazione podalica* (fig. A.3.4.4.11.).

Fig. A.3.4.4.11. Frequenza della popolazione delle partorienti e tasso (x 100) di tagli cesarei per punto nascita. Classe VII di Robson. Area Vasta 2, anno 2015.



Punto Nascita	Freq % parti in classe VII	Tasso (x 100) di TC in classe VII
Senigallia	1,5	100,0
Jesi	1,0	100,0
Fabriano	1,2	100,0
Osimo	1,1	100,0
AV2	1,2	100,0

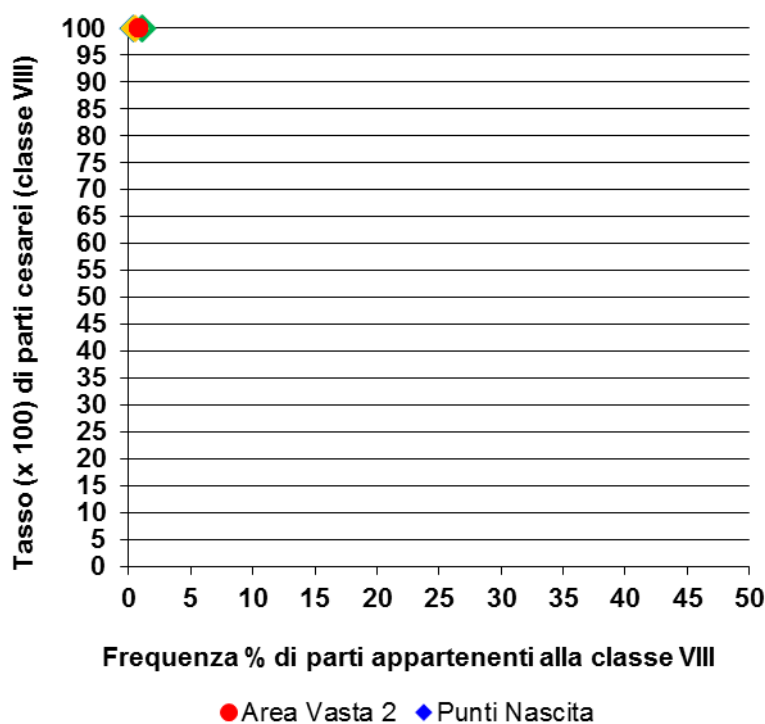
Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

La classe VII di Robson comprende l'1,2% della popolazione delle partorienti (1,5% è il valore registrato nel 2015 dalla regione Marche). Il contributo percentuale di tale classe al totale dei cesarei è del 4,1%.

Il tasso (x 100) di TC in questa classe è del 100% (96,6% nelle Marche nel 2015). Come per la classe precedente non vi è variabilità nei valori del tasso tra Punti Nascita dell'AV2. Le riflessioni fatte per la classe VI valgono anche per questo raggruppamento.

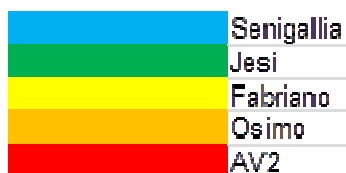
Classe VIII di Robson: gravidanze multiple (fig. A.3.4.4.12.).

Fig. A.3.4.4.12. Frequenza della popolazione delle partorienti e tasso (x 100) di tagli cesarei per punto nascita. Classe VIII di Robson. Area Vasta 2, anno 2015.



Punto Nascita	Freq % parti in classe VIII	Tasso (x 100) di TC in classe VIII
Senigallia	1,1	100,0
Jesi	1,1	100,0
Fabriano	0,4	100,0
Osimo	0,5	100,0
AV2	0,8	100,0

Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2



La classe VIII di Robson comprende lo 0,8% della popolazione delle partorienti (1,6% è il valore registrato nel 2015 dalla regione Marche). Il contributo percentuale di tale classe al totale dei cesarei è del 2,8%.

Il tasso (x 100) di TC in questa classe è del 100% (96,6% nelle Marche nel 2015). Non vi è variabilità nei valori del tasso tra Punti Nascita dell'AV2.

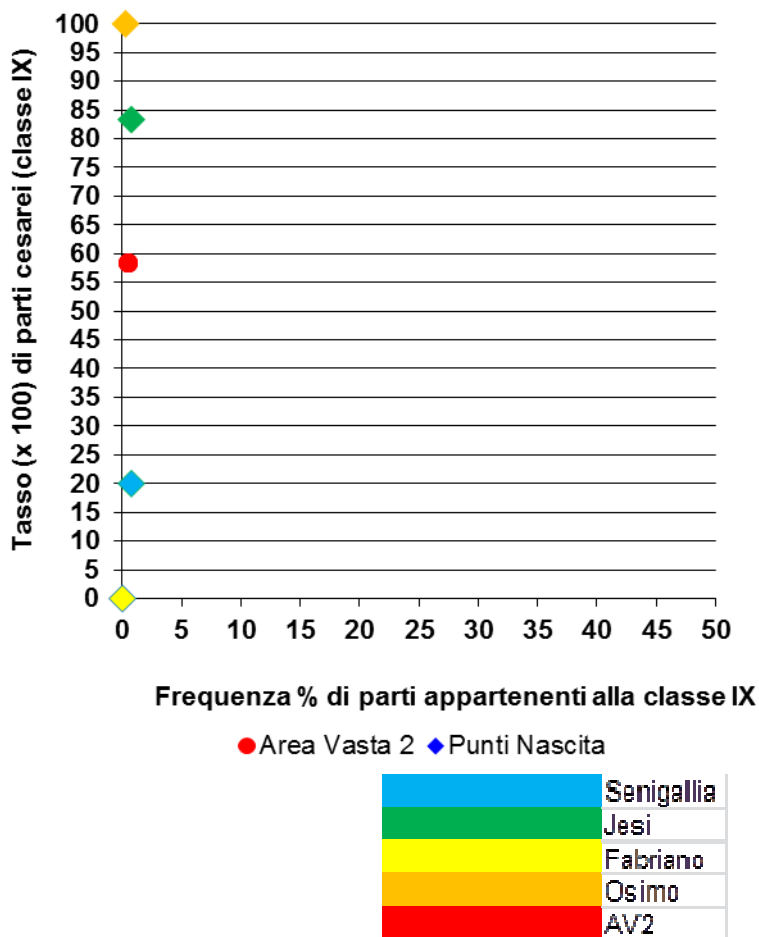
Nell'AV2 per l'anno 2015 in questo raggruppamento sono state complessivamente ricomprese 20 gravidanze multiple. In tutte come modalità di espletamento del parto è stato scelto il taglio cesareo d'elezione.

All'interno di questa classe possono essere ricomprese diverse tipologie di situazioni cliniche: le raccomandazioni contenute nelle linee guida nazionali, in caso di gravidanze gemellari, sono piuttosto articolate⁴².

⁴² Sistema Nazionale Linee Guida: "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole", pag. 45. http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=835, ultimo accesso 28/12/2017

Classe IX di Robson: gravidanze con feto singolo, presentazione anomala, escluso podalico (fig. A.3.4.4.13.).

Fig. A.3.4.4.13. Frequenza della popolazione delle partorienti e tasso (x 100) di tagli cesarei per punto nascita. Classe IX di Robson. Area Vasta 2, anno 2015.



Punto Nascita	Freq % parti in classe IX	Tasso (x 100) di TC in classe IX
Senigallia	0,8	20,0
Jesi	0,8	83,3
Fabriano	0,0	0,0
Osimo	0,3	100,0
AV2	0,5	58,3

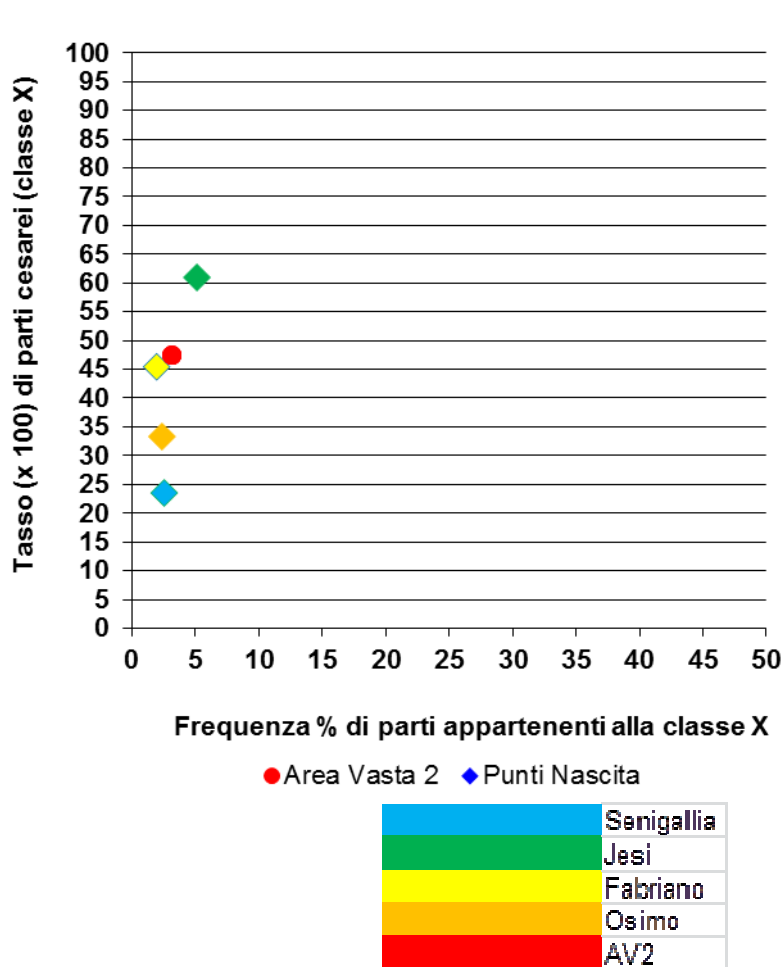
Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

La classe IX di Robson comprende lo 0,5% della popolazione delle partorienti (12 parti complessivamente) (0,4% è il valore registrato nel 2015 dalla regione Marche). Il contributo percentuale di tale classe al totale dei cesarei è dell'1%.

Il tasso (x 100) di TC in questa classe è del 58,3% (59,1% nelle Marche nel 2015). La variabilità nel tasso di cesarei tra i Punti Nascita va dal 20% di Senigallia al 100% di Osimo: tuttavia in questo raggruppamento tale confronto va fatto con molta cautela in quanto, per l'esigua numerosità di parti riconducibili a questa stessa classe, rilevata nei singoli PN, il valore dell'indicatore è del tutto instabile.

Classe X di Robson: *donne con feto singolo, pretermine presentazione cefalica* (fig. A.3.4.4.14.).

Fig. A.3.4.4.14. Frequenza della popolazione delle partorienti e tasso (x 100) di tagli cesarei per punto nascita. Classe X di Robson. Area Vasta 2, anno 2015.



Punto Nascita	Freq % parti in classe X	Tasso (x 100) di TC in classe X
Senigallia	2,6	23,5
Jesi	5,1	61,0
Fabriano	2,0	45,5
Osimo	2,4	33,3
AV2	3,2	47,4

Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

La classe X di Robson comprende il 3,2% della popolazione delle partorienti (4,9% è il valore registrato nel 2015 dalla regione Marche). Il contributo percentuale di tale classe al totale dei cesarei è del 5,2%.

Il tasso (x 100) di TC in questa classe è del 47,4% (58,5% nelle Marche nel 2015). La variabilità nei valori del tasso tra Punti Nascita dell'AV2 è presente e va dal 23,5% di Senigallia al 61% di Jesi. Anche in questo raggruppamento però il confronto va fatto con molta cautela in quanto, per l'esigua numerosità di parti riconducibili a questa stessa classe rilevata nei PN di Senigallia, Fabriano e Osimo, i valori dell'indicatore sono estremamente instabili. A Jesi invece la numerosità delle gravidanze pretermine è più elevata.

Le linee guida nazionali al taglio cesareo, in caso di travaglio pretermine spontaneo, affermano che: "in assenza di fattori di rischio materni e/o fetali non ci sono prove conclusive che il TC programmato migliori gli esiti neonatali"⁴³. Inoltre esse raccomandano che: "il parto sia effettuato in un PN di livello appropriato per gestire eventuali emergenze materno-fetali e neonatali e che la scelta della modalità del parto deve tenere conto dell'esperienza del centro e della casistica trattata localmente".

⁴³ Sistema Nazionale Linee Guida: " Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole", pag. 53. http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=835, ultimo accesso 28/12/2017

Sintesi/commenti:

- l'analisi dei dati 2015 mostra che complessivamente quattro classi di Robson contribuiscono per il 70,7% al totale dei cesarei: esse sono (in ordine decrescente) la V, la IIA, la IIB e la I;
- di seguito vengono espresse delle considerazioni per alcune singole classi:
 - ✓ la **I** e la **III** (rispettivamente nullipare e pluripare senza evidenti situazioni cliniche di pericolo) sono quelle che più contribuiscono in termini percentuali alla totalità dei parti avvenuti nei quattro Punti Nascita dell'Area Vasta 2; ciascuna comprende circa il 27% della totalità delle donne che hanno partorito. Sono classi in cui il rischio di partorire attraverso taglio cesareo è, secondo Robson, basso. Il contributo percentuale alla totalità dei cesarei è però molto diverso in queste due classi (9,8% per la I e 3,4% per la III). Inoltre la variabilità di ricorso al TC tra i PN è leggermente maggiore nella I classe rispetto alla III. Tutto ciò potrebbe far pensare che nelle nullipare (classe I) il verificarsi di cesarei, in maggior numero rispetto alle pluripare (classe III), risponda più a ragioni di "pratica difensiva" che a criteri di "necessità clinica". Inoltre il minor ricorso al cesareo nelle pluripare potrebbe essere dovuto in parte anche alla maggior capacità della donna di gestire in prima persona l'evento, avendo già avuto l'esperienza di gravidanze precedenti;
 - ✓ la **IIA** e **IVA**, caratterizzate dall'assenza di travaglio, contribuiscono percentualmente in modo differente alla totalità dei cesarei: 16,2% ed 1,8% rispettivamente; esse presentano un'ampia variabilità nei valori del tasso di TC tra i PN; tale variabilità è sempre minore nelle pluripare (classe IVA);
 - ✓ la **V** è quella che ricomprende la percentuale più elevata di tagli cesarei (circa il 35%), sebbene vi appartenga solo l'11% della totalità delle donne che hanno partorito. I valori del tasso di TC, superiori all'89% nei diversi Punti Nascita dell'AV2, indicano che nella nostra realtà, così come a livello regionale, alle donne con pregresso TC ad una successiva gravidanza, circa 9 volte su 10, viene fatto di nuovo un altro cesareo. Le linee Guida nazionali raccomandano che, in assenza di controindicazioni specifiche, alla maggior parte di queste donne (con incisione trasversale uterina bassa), dovrebbe essere proposto di partorire spontaneamente attraverso quello che viene definito il "travaglio di prova" (TdP) in alternativa al TC d'elezione. Il "TdP" richiede però la presenza continua dell'ostetrica, del ginecologo e la disponibilità della sala operatoria e questo potrebbe comportare delle difficoltà nell'organizzazione del parto legate a carenza di personale, non pronta disponibilità della sala operatoria ecc...Pertanto si può ipotizzare che non sempre i servizi siano in grado di offrire questa alternativa;
 - ✓ la **VI**, **VII** presentano tassi di TC del 100%, senza nessuna variabilità tra i Punti Nascita. Ciò è segno che in situazioni dove è presente un rischio fetale, quale la presentazione podalica, è scelta univoca quella di ricorrere al TC in modo da garantire i migliori esiti materni e neonatali;
 - ✓ la **VIII** include tutte le donne con gravidanza multipla: sebbene le Linee Guida nazionali diano l'indicazione del TC in presenza di gravidanze gemellari monocoriali e monoamniotiche (che costituiscono un'evenienza molto rara), in tutti i PN dell'AV2 questa modalità di espletamento del parto è quella scelta di prassi;
 - ✓ la **X** come già detto, presenta tassi di TC molto variabili tra i Punti Nascita per l'esiguità del numero di casi di parti pretermine che si sono verificati nei singoli PN stessi, eccetto che a Jesi. Le Linee Guida nazionali indicano che non ci sono ancora prove di efficacia sufficienti a definire quale sia la pratica assistenziale più appropriata per la nascita di bambini con bassa età gestazionale.

4. IL NEONATO

4.1 Parto semplice e plurimo e nuovi nati

Complessivamente nel 2015 il numero dei nati da madri residenti in AV2 rilevato dal CedAP è pari a 3.557: 8 però sono nati morti e 3 sono nati vivi, ma sono deceduti subito dopo la nascita (senza ricovero); quindi i nati vivi in totale sono stati 3.546.

I parti gemellari sono stati 51, pari all'1,5% del totale dei parti (3.504) (1,4% nelle Marche ed 1,7% in Italia nel 2014⁴⁴). Delle 51 gravidanze plurime 50 sono state bigemine ed 1 quadrigemina.

Il numero di parti plurimi associati alla procreazione medicalmente assistita è stato pari a 12: il 23,5% del totale dei parti gemellari (21,4% in Italia nel 2014)⁴³.

I nati da parto plurimo sono stati complessivamente 104 (il 3% del totale dei nati).

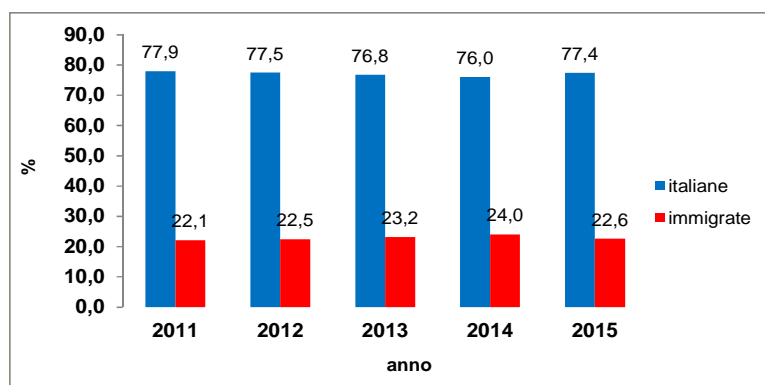
4.2. Proporzione e genere dei nuovi nati

Dei 3.557 nati, il 51,7% (1.838 neonati) ha genitali esterni maschili e il 48,3% (1.718 neonati) ha genitali esterni femminili; in 1 caso i genitali sono indeterminati.

Il 76,5% dei nuovi nati ha entrambi i genitori di cittadinanza italiana, il 16,5% ha genitori entrambi immigrati da PFPM⁴⁵, il 5,4% ha la madre immigrata e il padre italiano ed il 2,5% ha la madre italiana ed il padre immigrato.

I nati da madre immigrata da PFPM, in costante aumento nel periodo 2011-2014 (rispettivamente dal 22,1% al 24% del totale dei nati), nel 2015 diminuiscono rappresentando circa il 23% di tutti i nuovi nati (pari a 679 bambini) (fig. A. 4.2.1.).

Fig. A.4.2.1. Nati da madri residenti, per cittadinanza materna (valori percentuali). Area Vasta 2, anni 2011-2015



Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

Nel 2015 il rapporto tra maschi e femmine è 1,07 il dato regionale è di 1,03 quello nazionale è di 1,06⁴⁶. Nel periodo 2011-2015 si è quasi sempre registrata una prevalenza di nati di sesso maschile, sia tra i bambini con madre italiana (eccetto che nel 2014), che tra quelli con madre immigrata da PFPM (eccetto che nel 2012) (tab. 4.2.1).

⁴² La fonte utilizzata per il confronto con l'Italia è il report: "Certificato di assistenza al parto (CeDAP) .Analisi dell'evento nascita - Anno 2014". Curato dal Ministero della Salute, Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica. Ufficio di Statistica http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2585_allegato.pdf. Ultimo accesso 10/04/2017

⁴⁵ Il numero di nati da entrambi i genitori stranieri rilevato dall'Istat per il 2015 è pari al 15,6% nelle Marche e al 14,8% in Italia. Fonte: Istat, Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2015. Statistiche report, 28 novembre 2016. <https://www.istat.it/it/files/2016/11/Statistica-report-Nati.pdf?title=Natalit%C3%A0+e+fecondit%C3%A0++28%2Fnov%2F2016+-+Testo+integrale+e+nota+metodologica.pdf>

⁴⁶ Fonte: <http://www.demo.istat.it/bil2015/index.html>

Tab. 4.2.1 Nati vivi da residenti, per tipo di genitrici esterni (maschili/femminili) e per cittadinanza materna. Area Vasta 2, anni 2011-2015.

Anno	Italiane				Immigrate			
	Maschi		Femmine		Maschi		Femmine	
	N. neonati	%	N. neonati	%	N. neonati	%	N. neonati	%
2011	1.600	51,0	1.536	49,0	458	51,6	429	48,4
2012	1.201	53,0	1.064	47,0	304	46,3	352	53,7
2013	1.184	52,3	1.081	47,7	350	51,3	332	48,7
2014	1.153	49,5	1.177	50,5	389	53,1	343	46,9
2015	1.205	51,9	1.117	48,1	340	50,4	335	49,6

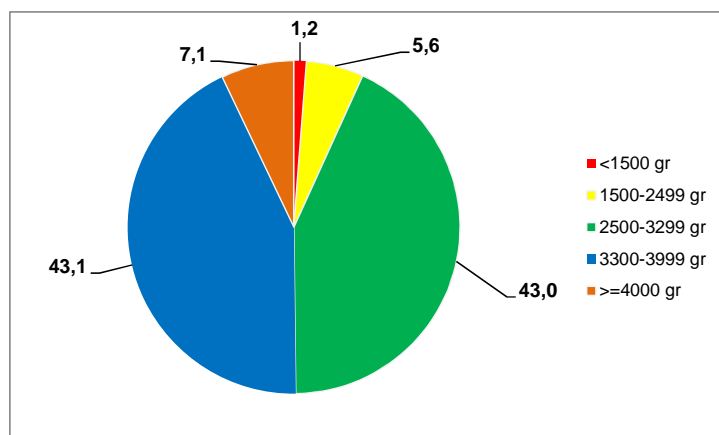
Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

4.3 Peso alla nascita⁴⁷

Nel 2015 in AV2 il peso medio alla nascita (nati vivi e nati morti) è pari a 3.262 grammi (escludendo i nati morti, il peso medio corrisponde a 3.267 grammi).

La proporzione di nati vivi di peso inferiore ai 2.500 grammi (nati di basso peso) è del 6,7% (pari a 239 neonati) (6,2% nella regione Marche nel 2014); quella dei neonati con peso inferiore ai 1.500 grammi (nati di peso molto basso) è dello 0,9% (42 neonati) (0,9% nella regione Marche nel 2014); infine la proporzione dei neonati di peso maggiore o uguale ai 4.000 grammi è pari al 7,1% (5,8% nella regione Marche nel 2014) (fig. A.4.3.1.).

Fig. A.4.3.1. Peso alla nascita dei nati da madri residenti, per classi di peso. Area Vasta 2, anno 2015



Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

Un basso peso alla nascita è di più frequente riscontro:

- nel parto plurimo rispetto al parto semplice (60,2% in confronto al 5,1%);
- in caso di nascita pretermine (prima della 37° settimana di età gestazionale), rispetto alla nascita a termine (61,2% in confronto al 2,8%);
- nelle donne che si sottopongono alla 1° visita di controllo in gravidanza tardivamente (dopo la 12° settimana di età gestazionale), rispetto alle madri che l'effettuano entro l'arco temporale consigliato (11,1% in confronto al 6,6%);

⁴⁷ La fonte utilizzata per il confronto con le Marche e con l'Italia è il report: "Certificato di assistenza al parto (CeDAP) Analisi dell'evento nascita - Anno 2014". Curato dal Ministero della Salute, Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica. Ufficio di Statistica http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2585_allegato.pdf. Ultimo accesso 10/04/2017

- fra le madri con basso livello di istruzione (cioè in possesso al massimo del titolo di studio di scuola media inferiore), rispetto alle madri con titolo di studio uguale o maggiore alla scuola media superiore (8,8% in confronto al 6,2%);

Non si sono osservate differenze tra le madri immigrate da PFPM rispetto alle madri italiane.

In tabella 4.3.1 è evidenziata la distribuzione dei nuovi nati, da madri residenti in AV2, con basso peso alla nascita (inferiore a 2,500 grammi), per classi di peso e luogo della nascita: nel 2015 più di un nuovo nato vivo su due di basso peso (circa il 57%) è venuto al mondo presso il presidio ospedaliero "Salesi", (facente parte dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G.Salesi" di Ancona).

Tab. 4.3.1 Nati da residenti, per peso alla nascita e luogo dove è avvenuta la nascita. Area Vasta 2, anno 2015

classi di peso alla nascita (in grammi)	N. assoluto di nuovi nati	valori percentuali (%)														Totale		
		parto a domicilio	Osp. di Urbino	Osp. di Senigallia	Osp. di Jesi	Osp. di Osimo	Osp. di Fabriano	Osp. di Civitanova M.	Osp. di Macerata	Osp. di S. Severino	Osp. di Fermo	Osp. di S. Benedetto del T.	Osp. di Ascoli P	AO Marche Nord, Pesaro	AO Marche Nord, Fano		AOU presidio osp "Salesi"	
<500 gr	4	-	-	25,0	25,0	-	25,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25,0	100
500-749	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0	100
750-999	9	-	-	-	11,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	88,9	100
1000-1249	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0	100
1250-1499	13	-	-	-	23,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	76,9	100
1500-1749	21	-	-	4,8	23,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	71,4	100
1750-1999	23	-	-	-	21,7	-	-	-	-	-	4,3	-	-	-	-	-	73,9	100
2000-2499	153	-	-	12,4	20,9	8,5	8,5	-	1,3	1,3	0,7	-	-	-	-	1,3	45,1	100
Tot < 2500	239	-	-	8,8	19,7	5,4	5,9	-	0,8	1,3	0,4	-	-	-	-	0,8	56,9	100

Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

4.4 Punteggio Apgar a 5 minuti e rianimazione neonatale

Nel 2015 il 99% dei nati vivi ha un punteggio Apgar⁴⁸ a 5' tra 8 e 10, quindi normale; l'1,04% un punteggio di modesta sofferenza neonatale (Apgar da 4 a 7). Non c'è stato alcun neonato con un punteggio di importante sofferenza neonatale (Apgar < = 3 che significa scarsa attività cardio-respiratoria, cianosi, tono e reattività quasi assente)⁴⁹.

L'analisi dell'Apgar a 5 minuti in relazione al peso alla nascita evidenzia che sono soprattutto i neonati con un peso inferiore ai 1.500 grammi ad avere un punteggio più sfavorevole (tab. 4.4.1).

⁴⁸ Apgar: è un indice basato su cinque parametri (battito cardiaco, respirazione, tono muscolare, riflessi, colore della pelle) utilizzato per valutare la vitalità del neonato e l'efficienza delle funzioni vitali primarie. Il valore va da 0 a 10. Il valore normale è tra 8 e 10. Valori inferiori indicano vari gradi di sofferenza neonatale.

⁴⁹ Dal CedAP nazionale (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2585_allegato.pdf) si evince che nel 2014 il 99,5% dei nati nelle Marche ha riportato un punteggio Apgar da 7 a 10; lo 0,4% un punteggio da 4 a 6 e solo lo 0,08% dei neonati è risultato gravemente depresso (Apgar <=3).

Tab. 4.4.1 Nati vivi da residenti, per peso alla nascita e punteggio Apgar. Area Vasta 2, anno 2015

Peso alla nascita	Apgar a 5' (valori assoluti e %)					
	4-7		8-10		totale	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 1.000	7	38,9	11	61,1	18	100,0
1.000-1499	5	20,8	19	79,2	24	100,0
1.500-1.999	3	6,8	41	93,2	44	100,0
2.000-2.499	3	2,0	150	98,0	153	100,0
>=2.500	19	0,6	3.288	99,4	3.307	100,0
Totale	37	1,0	3.509	99,0	3.546	100,0

Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

Un punteggio di modesta sofferenza neonatale è più frequentemente riscontrato:

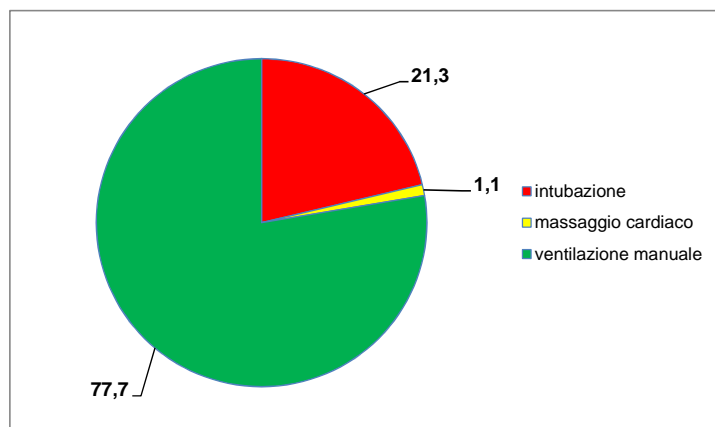
- nei nati di peso inferiore ai 2.500 grammi rispetto a quelli di peso uguale o maggiore di 2.500 grammi (7,5% in confronto allo 0,6%);
- in caso di nascita pretermine (prima della 37° settimana di età gestazionale), rispetto alla nascita a termine (7,0% in confronto allo 0,6%);

Nell'AV2 fra le madri immigrate da PFP i nati con indice di Apgar <8 a 5 minuti sono stati l'1% dei nati vivi (7 bambini); invece fra le madri italiane l'1,2% (pari a 27 nati vivi).

Necessità di rianimazione neonatale

Il 2,7% (94 bambini) dei nati vivi ha avuto necessità di rianimazione; per il 78% di questi è stata necessaria la ventilazione manuale (fig. A.4.4.1.).

Tab. A.4.4.1. Nati vivi da residenti, per tipologia di tecnica rianimatoria ricevuta. Area Vasta 2, anno 2015



Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

4.5. Natimortalità^{50, 51}

La fonte CedAP registra nel 2015, tra le madri residenti nell'Area Vasta 2, un numero di nati-morti pari ad 8 per un tasso di natimortalità di 2,2 nati-morti ogni 1.000 nati (nel 2014 tale tasso nelle Marche è pari a 3,2 nati-morti ogni 1.000 nati; in Italia a 2,7 nati-morti ogni 1.000 nati)⁵². La

⁵⁰ Nato morto: espulsione di un feto senza segni di vita a partire dal 181° giorno di età gestazionale (Istat).

⁵¹ Tasso di natimortalità: N. nati morti/ N. totale nati* 1.000.

⁵² La fonte utilizzata per il confronto con le Marche e con l'Italia è il report: "Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2014". Curato dal Ministero della Salute, Direzione Generale della digitalizzazione, del

natimortalità nell'Area Vasta 2 nel quinquennio 2011-2015 mostra un andamento in diminuzione (tab. 4.5.1)

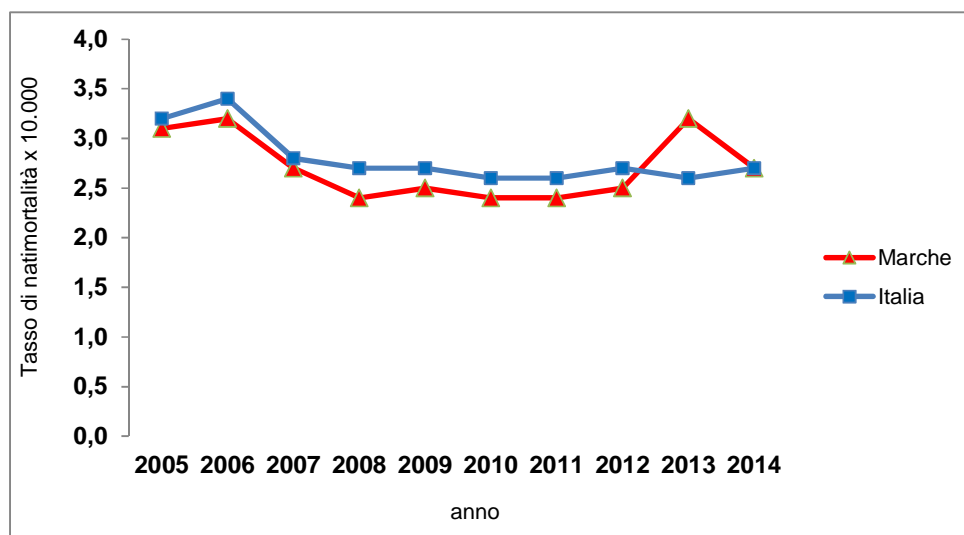
Tab. 4.5.1 Tasso (x 1.000) di natimortalità. Area Vasta 2, anni 2011-2015.

Anno	N° nati-morti	Tot nati	Tasso (x 1.000) di natimortalità
2011	12	4.155	2,9
2012	5	3.471	1,4
2013	11	3.502	3,1
2014	9	3.594	2,5
2015	8	3.557	2,2

Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

Da fonte Health for All⁵³ (fig. A.4.5.1.) si può effettuare un confronto Marche-Italia del tasso di natimortalità per il periodo 2005-2014.

Fig. A.4.5.1. Tasso (x 1.000) di natimortalità. Confronto Marche-Italia, anni 2005-2014



Fonte: Health for All, Versione 'dicembre 2016'

4.6 Malformazioni⁵⁴

Nel periodo 2011-2015, attraverso il CedAP sono stati segnalati 152 casi di malformazioni riscontrabili al momento della nascita o nei primi 10 giorni di vita pari allo 0,8% del totale dei nati⁵⁵.

sistema informativo sanitario e della Statistica. Ufficio di Statistica http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2585_allegato.pdf. Ultimo accesso 10/04/2017

⁵³ "Health for all" (Hfa-db) è un data-base europeo contenente una selezione di indicatori relativi ai 53 Paesi membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità-Europa. Gli indicatori coprono: dati demografici di base, stato di salute (mortalità, morbilità, salute materno infantile), determinanti di salute (stili di vita e ambiente), assistenza sanitaria (risorse e utilizzo); esso è strutturato in maniera tale da poter essere interrogato dal software HFA fornito dall'Oms, adattato alle esigenze nazionali. Il data-base in Italia è scaricabile dal sito dell'Istat <https://www.istat.it/it/archivio/14562>, ultimo accesso 28/12/2017.

⁵⁴ Nella scheda CedAP devono essere riportate le malformazioni diagnosticate utilizzando i codici di malformazione congenita della Classificazione delle Malattie, dei Traumatismi, degli Interventi Chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche ICD 9 CM e successivi aggiornamenti.

⁵⁵ Complessivamente il numero di nuovi nati da madri residenti nell'AV2 nel quinquennio 2011-2015 è pari a 18.306 bambini, per 38 di essi (lo 0,2%) manca l'informazione sulla presenza o meno di malformazioni congenite.

In tabella 4.6.1 si riporta la proporzione di nati (da madri residenti) con malformazioni congenite che la fonte CedAP ha registrato dal 2011 al 2015.

Si sottolinea però che tale fonte è parzialmente “attendibile” per la rilevazione delle malformazioni in quanto la sezione è compilata in modo incompleto. Ciò avviene perché molte malformazioni non sono immediatamente documentabili alla nascita, ma vengono diagnosticate solo dopo alcuni mesi da essa, quando la scheda CedAP è già stata chiusa.

Tab. 4.6.1 Nati da madri residenti, per presenza di malformazioni alla nascita. Area Vasta 2, anni 2011-2015

Anno	N. neonati con malformazioni congenite	N. nati	% nati con malformazioni
2011	37	4.144	0,9
2012	25	3.471	0,7
2013	30	3.502	0,9
2014	38	3.594	1,1
2015	22	3.557	0,6
Totale	152	18.268	0,8

Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

Sintesi/commenti:

- Nel 2015 il peso medio alla nascita dei nati vivi è stato di circa 3.270 grammi. Il 6,7% di nati vivi (239/3.546) ha presentato un basso peso alla nascita (< 2.500 grammi);
 - ✓ i nati di basso peso e, ancor più, quelli di peso molto basso (<1.500 grammi) presentano un aumentato rischio di esiti negativi per la salute sia a breve che a lungo termine. Essi infatti, oltre ad un aumento della mortalità, possono andare incontro a diversi altri problemi, i più frequenti dei quali sono legati a difficoltà di respirazione e di alimentazione⁵⁶. La grande maggioranza dei nati di peso molto basso (35 su 42 pari all'83%) è venuta alla luce presso il PN “Salesi” l'unico dotato di terapia intensiva neonatale.
- I nati vivi con punteggio Apgar a 5 minuti di vita, indicativo di modesta sofferenza neonatale, sono stati 37 pari all'1,04% del totale dei nati vivi;
 - ✓ “benché un basso punteggio Apgar (0-3 a 5 minuti; oppure <5 a 5 minuti e a 10 minuti) è associato in letteratura rispettivamente a mortalità neonatale ed ad un aumentato rischio di paralisi cerebrale esso non può essere considerato un predittore individuale di mortalità neonatale o di esiti avversi neurologici in quanto è influenzato da diversi fattori tra cui l'età gestazionale, i farmaci assunti dalla madre, la rianimazione e le condizioni cardiorespiratorie e neurologiche”⁵⁷.
- Nel 2015 la natimortalità registrata in AV2 è stata di 2,2 nati-morti ogni 1.000 nati.
- Nel periodo 2011-2015 in AV2 la fonte CedAP ha segnalato 152 casi di neonati affetti alla nascita da malformazioni congenite: questo dato è sicuramente sottostimato in quanto diverse tipologie di malformazioni non sono ben diagnosticabili alla nascita, ma solo dopo alcuni mesi da essa. Pertanto una stima corretta di questa problematica andrebbe fatta incrociando più banche dati e, soprattutto, implementando un registro regionale ad hoc.

⁵⁶ I problemi di salute più frequentemente osservati nei pretermine sono: la sindrome da distress respiratorio, l'emorragia ventricolare a livello cerebrale; l'enterocolite necrotizzante; la retinopatia; la pervietà del dotto arterioso; la sepsi generalizzata.

⁵⁷ Tratto da: “La nascita in Emilia-Romagna. 13° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) – Anno 2015”, a cura della Regione Emilia-Romagna - Giunta Regionale, Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare (pag.140).

5. RIFLESSIONI FINALI

Alla luce di quanto emerso dall'analisi appare opportuno formulare alcune riflessioni finali.

Le nascite sono in forte calo

Nell'Area Vasta 2 in analogia con quanto sta accadendo a livello regionale e nazionale persiste il fenomeno del forte calo delle nascite (la variazione del numero dei parti di madri residenti dal 2011 al 2015 è del -14,9%).

Questo fenomeno trova una pluralità di ragioni, alcune delle quali vengono di seguito discusse:

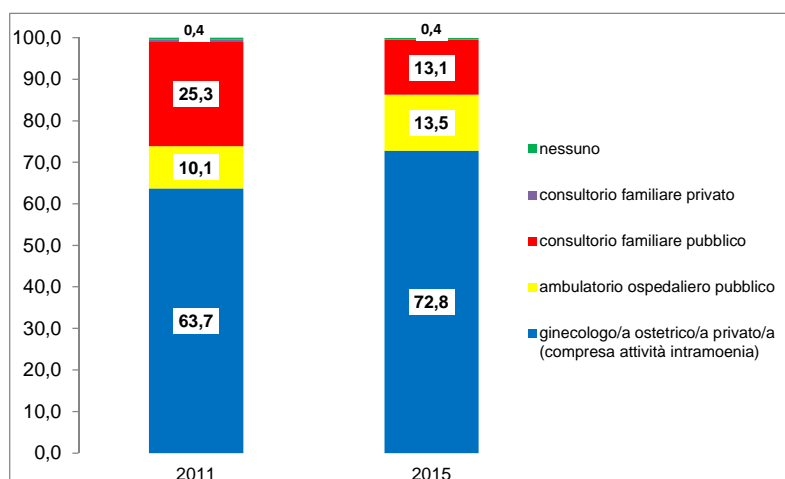
- a. "cause strutturali": le donne in età "feconda", convenzionalmente fissata tra 15-49 anni, diventano sempre meno numerose. Infatti sta accadendo che le cosiddette "figlie" del periodo del "baby boomers" (nate cioè tra la seconda metà degli anni 60' e la prima metà degli anni 70'), si avviano a concludere la loro esperienza riproduttiva e, contemporaneamente, non trovano un'adeguata sostituzione, dal punto di vista numerico, da parte delle donne più giovani. Ciò in quanto in Italia dal 1976 al 1995 la contrazione delle nascite è stata tale da far registrare, nel 1995 appunto, il minimo storico del numero di figli per donna pari a 1,18;
- b. "la propensione alla procreazione" è in forte diminuzione. Il calcolo dei tassi di fecondità, specifici per età, evidenzia infatti un trend in costante diminuzione dal 2009: questo non garantisce il necessario ricambio generazionale. Infatti in un'ottica generazionale il tasso di fecondità, che assicura ad una popolazione la possibilità di riprodursi mantenendo costante la propria struttura, è pari a 2,1 figli per donna;
- c. "il fenomeno immigratorio" da parte di cittadine straniere giovani sta diminuendo anche in conseguenza della crisi economica;
- d. il persistere della difficile congiuntura economica ed i livelli di disoccupazione, elevati in modo particolare tra i giovani, si stanno ripercuotendo indiscutibilmente sulla natalità. E' fuori di dubbio la coincidenza (ovviamente non solo temporale) tra l'inizio della crisi, nel 2008 e la brusca interruzione (a partire dal 2009) di una debole quanto lenta "ripresa" della natalità che era in atto dalla seconda metà degli anni 90';
- e. innovative scelte di welfare in favore di "un sostegno alla famiglia" sono ancora in via di definizione e miglioramento.

Il servizio prevalentemente utilizzato per l'assistenza alla gravidanza è sempre il libero professionista

Nel quinquennio 2011-2015 nell'Area Vasta 2 la decisione di usufruire di un determinato servizio di assistenza alla gravidanza si è progressivamente modificata: diminuisce infatti la quota di donne che si rivolge al Consultorio Familiare Pubblico (era il 25% nel 2011 scende al 13% nel 2015), mentre cresce quella che si fa seguire dal Ginecologo Privato (era il 64% nel 2011 e sale al 73% nel 2015). Anche l'Ambulatorio Ospedaliero Pubblico registra un lieve incremento (fig.A).

Inoltre dall'analisi risulta ben evidente che su questo aspetto ciascuna ex Zona territoriale mostra proprie peculiarità (vedi paragrafo 3.1.).

Fig. A. Parti di residenti nell'AV2, per servizio prevalentemente utilizzato in gravidanza. Confronto anni 2011 e 2015



Fonte: db CedAP AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

Di seguito si espongono alcune riflessioni:

- il rispetto della volontà della gestante di scegliere il servizio che più ritenga risponda ai propri desideri di assistenza durante il periodo della gravidanza deve essere fatto salvo. La gravidanza e il parto sono infatti momenti centrali e rilevanti per ogni donna e per la famiglia che devono essere vissuti con serenità confidando nella qualità e nelle competenze dei professionisti scelti;
- nella scelta molto frequente di ricorrere ad un Ginecologo Privato, influisce sicuramente il desiderio della gestante di avere un riferimento unico (dottore o dottoressa) con il quale stringere uno stretto rapporto di fiducia e che dia la garanzia di un "accompagnamento", di una continuità dell'assistenza, dai primi controlli della gravidanza fino anche al momento del parto. Tutto ciò è difficile che possa realizzarsi pienamente in un Ambulatorio od in un Consultorio Pubblico, dove spesso non è sempre lo stesso medico a fare la visita;
- un trasferimento della richiesta di assistenza dal Consultorio Familiare all'Ambulatorio Ospedaliero Pubblico, come avvenuto in alcune realtà territoriali dell'AV2, significa sicuramente uno spostamento di "risorse" dal "territorio" all'ospedale": il contesto di riferimento in cui viene rivolta la domanda rimane tuttavia sempre lo stesso cioè quello della Sanità Pubblica;
- tra i due servizi di assistenza alla gravidanza "pubblici" c'è però una diversità nell'impostazione della "presa in carico";

Il Consultorio Familiare nell'ambito del "percorso nascita" si pone come obiettivi la tutela del "benessere psico-fisico complessivo" della donna e della coppia, oltre che l'educazione ad una maternità e paternità responsabile. I servizi offerti nell'ambito del Consultorio abbracciano infatti diverse aree di intervento quali: la salute della donna e della coppia in tutte le fasi della vita, il sostegno alla genitorialità consapevole e condivisa, l'educazione alla sessualità ed all'affettività, la procreazione come scelta responsabile, l'"accompagnamento" della donna e della sua famiglia durante la gravidanza ma anche dopo il parto, il sostegno all'"allattamento materno esclusivo" fino al 6 mese di vita del bambino.

Questo tipo di approccio "olistico" nell'assistenza alla gravidanza da parte del Consultorio Familiare è intrinseco nella sua "mission" e le normative vigenti, anche se "datate"⁵⁸ sono sempre valide ed implicano che a livello consultoriale devono poter essere messe in grado di svolgere il proprio lavoro una pluralità di figure professionali in percorsi multidisciplinari attraverso i quali tale tipologia di "presa in carico" diviene appunto possibile.

In questi ultimi anni però scelte di governance socio-sanitaria nazionale, regionale e locale, volte a contenimenti della spesa pubblica hanno portato ad accorpamenti di strutture, riduzione

⁵⁸ I consultori familiari, sono stati istituiti con la legge 29 luglio 1975, n. 405

di organici, mancati adeguamenti di risorse (etc...) che hanno reso sempre più difficile l'attuazione dell'approccio "olistico";

- e. la gravidanza seguita esclusivamente da figure professionali operanti nell'ambito dell'Ambulatorio Ostetrico-Ginecologico dell'Ospedale (che nella grande maggioranza dei casi sono solo il ginecologo, talvolta affiancato dall'ostetrica) e forse ancor più dal solo Professionista Privato, presenta il rischio dello sbilanciamento dell'assistenza verso una forma eccessiva di "medicalizzazione" dell'evento nascita di cui l'assai frequente ricorso al taglio cesareo rappresenta la manifestazione più esasperata;
- f. la consapevolezza che la gravidanza ed il parto siano stati trasformati: "da processi naturali, a malattie, da tenere costantemente sotto controllo e da pilotare artificialmente"⁵⁹ comincia a trovare un sentire comune tra molti operatori sanitari. Forse è anche per questo motivo che in diverse regioni italiane stanno fiorendo esperienze di integrazione tra servizi territoriali ed ospedalieri nella gestione della gravidanza, anche in risposta a normative nazionali⁶⁰. Tali esperienze si caratterizzano per l'implementazione di percorsi di accompagnamento specifico, che garantiscono continuità, sostegno ed ascolto, dalla consulenza pre-concezionale al primo anno di vita del bambino. Il lavoro in rete, frutto di relazioni continuative, costituisce un riferimento fondamentale per l'assistenza materno – infantile e garantisce risposte di carattere multidisciplinare ad alto grado di complessità in merito alle esigenze delle donne, dei bambini, delle coppie e delle famiglie;
- g. nella regione Marche le reti integrate "ospedale-territorio" riguardanti il Percorso Nascita vanno definite e strutturate. E' questo infatti uno degli obiettivi del Comitato Percorso Nascita regionale, costituito con decreto del dirigente della P.F. Assistenza ospedaliera, Emergenza-urgenza, Ricerca e Formazione n. 5 del 21 febbraio 2014. Al Comitato sono stati assegnati diversi obiettivi tra cui appunto anche: "l'identificazione, nell'ambito delle linee di indirizzo nazionali, dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, adattabili alle specificità della realtà regionale, nel sistema integrato di reti" e "la predisposizione di linee di indirizzo regionali per l'integrazione territorio-ospedale";
- h. infine il Direttore Generale dell'ASUR Marche, con propria determina n. 35 del 26 gennaio 2015, ha ritenuto opportuno costituire il "Comitato Percorso Nascita (CPN) Aziendale ASUR" Asur. L'obiettivo è di avere un coordinamento permanente a supporto della Direzione Generale e delle direzioni delle Aree Vaste nell'implementazione all'interno dell'ASUR del Percorso Nascita in coerenza con quanto definito dal "Comitato Percorso Nascita Regionale" con cui si deve raccordare;
- i. il CPN aziendale ASUR ha prodotto un documento denominato: "La nascita naturale. Protocollo della gravidanza, travaglio e parto a basso rischio": aggiornamento ed integrazione del "protocollo per la gestione della gravidanza a basso rischio" di cui alla DG ASUR 916/15. Tale documento è stato adottato dal Direttore Generale ASUR con propria determina n. 226 del 7/4/2017. In questo protocollo il percorso della gravidanza a basso rischio in ambito ospedaliero e consultoriale è stato aggiornato ed integrato con il percorso assistenziale per il travaglio ed il parto, da applicare in ogni Punto Nascita. La volontà dell'ASUR è chiara ed innovativa: garantire la presa in carico, la continuità assistenziale, l'umanizzazione della nascita attraverso l'integrazione dei servizi tra territorio ed ospedale con percorsi assistenziali differenziati, favorendo la gestione della gravidanza fisiologica, travaglio e parto a basso rischio. L'ASUR, al fine di rendere operativo il suddetto protocollo in tutti i Punti Nascita regionali, sta predisponendo un piano di Formazione regionale che coinvolgerà tutti gli operatori interessati al percorso.

⁵⁹ tratto dalla relazione del dr. Pungetti svolta nell'ambito del convegno: "Amarcord" – Rimini 23-25 marzo 2011 <http://www.bollettino-emiliaromagna.it/GestioneDocumentiRelazioni.aspx>

⁶⁰ Conferenza Unificata Stato-regioni del 16 febbraio 2010 - Accordo tra Governo, le Regioni e province autonome di Trento e Bolzano concernente: "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" <http://www.statoregioni.it/dettaglioDoc.asp?idprov=9075&iddoc=30072&tipodoc=2>, ultimo accesso 28/12/2017

Questa impostazione, unita al necessario rafforzamento dei Consulenti Familiari sull'intero territorio regionale, dovrebbe produrre un'inversione di tendenza dalla privatizzazione centrata sulla medicalizzazione dell'evento nascita, alla valorizzazione del ruolo pubblico del CF, dove multidisciplinarietà, umanizzazione ed integrazione ospedale-territorio diventano garanzia di buona qualità assistenziale.

La questione dell'“eccesso di parti cesarei”

Ad oggi è stato considerato come standard di riferimento per il tasso ideale di taglio cesareo, a livello di popolazione, un valore compreso tra il 10-15%. Ciò in quanto l'OMS nel 1985, in base alle prove di efficacia allora disponibili⁶¹ aveva affermato che un dato maggiore non trovava alcuna giustificazione scientifica in termini di buoni esiti di salute materni e perinatali.

Da allora però la frequenza di cesarei è aumentata costantemente, e di molto, in tutto il mondo.

Il taglio cesareo è una procedura riconosciuta effettivamente efficace nel ridurre la mortalità e morbilità materna e perinatale; tuttavia, come ogni intervento chirurgico, esso comporta dei rischi a breve e lungo termine e può compromettere la salute della donna, del bambino e future gravidanze: pertanto va eseguito solo se clinicamente giustificato da una specifica indicazione medica.

Sulla base dell'assunto che: “è necessario fornire il taglio cesareo alle donne che ne hanno effettivamente bisogno piuttosto che concentrarsi sul raggiungimento di una determinata percentuale”⁶² nel 2014 l'OMS ha ritenuto necessario:

- rivalutare le conoscenze scientifiche e ridefinire la propria posizione in merito all'intervallo entro il quale i tassi di taglio cesareo sono, a livello di popolazione, ottimali per gli esiti materni e fetoneonatali;
- condividere una proposta di strumento comune per monitorare e confrontare fra di loro tassi diversi di taglio cesareo.

Nel 2015 allora è uscito un nuovo documento: “WHO Statement on Caesarean Section Rates”⁶³ in cui l'OMS, sulla base dei risultati delle revisioni sistematiche e delle analisi condotte a questo scopo, afferma che un tasso di tagli cesarei fino al 10%-15%, a livello di popolazione, è associato alla riduzione della mortalità materna-neonatale e infantile. Al di sopra di questa percentuale, l'aumento non è più associato a riduzione della mortalità.

Inoltre, poiché sull'associazione tra tagli cesarei e mortalità influiscono i fattori socio-economici, nella sua nuova *position* l'OMS chiarisce anche quanto segue:

- per tassi inferiori al 10%, maggiore è il tasso di cesarei minore è la mortalità materna e neonatale;
- per tassi compresi tra il 10 ed il 30% gli studi non hanno mostrato alcun effetto sulla riduzione della mortalità;
- per tassi di cesarei maggiori del 30% non si hanno dati disponibili per spiegare l'associazione tra cesareo e mortalità materna e neonatale;

Infine nel documento si fa presente che non sono ancora chiari gli effetti del taglio cesareo su altri esiti come morbilità materna e perinatale a breve e lungo periodo (ad es. fistole ostetriche, asfissia neonatale) conseguenze pediatriche, benessere sociale e psicologico. Ulteriori studi sono necessari per comprendere gli effetti del taglio cesareo su tali esiti.

Riguardo la necessità di trovare uno strumento condiviso per monitorare e confrontare nel tempo fra di loro tassi differenti di taglio cesareo, nella *position* del 2015 si conclude che la classificazione di Robson è il sistema che, dal punto di vista metodologico, risponde in modo più appropriato alle attuali esigenze locali, nazionali ed internazionali di confronto dei tassi di TC fra presidi ospedalieri di diverso livello e in diverse popolazioni di riferimento. Infatti, un tasso di cesarei appropriato a

⁶¹ Appropriate technology for birth. Lancet 1985;326:436-7

⁶² http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/14/WHO_RHR_15.02_ita.pdf

⁶³ <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/en/>

livello di popolazione non può essere raccomandato come tasso ideale per qualsiasi struttura sanitaria, senza tener conto della diversa composizione della popolazione che afferisce ai diversi centri nascita (case-mix ospedaliero); è facilmente intuibile che gli ospedali a cui afferiscono le gravidanze a maggiore complessità assistenziale debbano ricorrere più frequentemente al TC rispetto a quelli dove si assistono prevalentemente le gravidanze fisiologiche.

Già l'Accordo Stato-Regioni del 2010⁶⁴, per promuovere una maggiore appropriatezza nell'assistenza al percorso nascita e una riduzione dei TC, aveva raccomandato l'uso della classificazione di Robson alle strutture sanitarie che si prefiggono di ottimizzare il ricorso a questa procedura e che hanno bisogno di valutarci e migliorarsi in modo standardizzato e riproducibile.

Nell'Area Vasta 2 nel 2015, secondo i dati CedAP, si è registrato un tasso di taglio cesareo, a livello della popolazione delle residenti, del 36,3%. Questo valore si attesta molto al di sopra dell'intervallo del 10-15% in cui l'OMS nella sua nuova *position* afferma esserci un'associazione "positiva" tra effettuazione del TC e riduzione della mortalità materna, neonatale ed infantile.

Dall'analisi di Robson si evince che le strategie di limitazione di tale modalità di parto potrebbero iniziare sicuramente dalle classi I e III dove i fattori di rischio sono minimi ed il taglio cesareo è meno appropriato: nello specifico della realtà dell'AV2 sarebbe auspicabile che tutti i PN riuscissero a contenere il tasso di cesarei al di sotto del 10%, nella I classe.

Inoltre poiché il ricorso al TC è elevato anche nella classe IIA, con un ampio range di valori tra i PN stessi, potrebbe essere utile concordare indicazioni, *Evidence Based Medicine*, relative all'induzione al travaglio di parto a cui attenersi.

I nati pretermine e la rete di assistenza

I nati pretermine rappresentano una popolazione a rischio di mortalità e morbosità neonatale. Infatti le complicazioni relative alle nascite pretermine sono la principale causa di morte tra i bimbi sotto i 5 anni di età; inoltre senza un trattamento appropriato, i bambini che sopravvivono a queste complicanze sono considerati a maggior rischio di disabilità e di una peggiore qualità della vita.

L'assistenza ai nati pretermine, specie a quelli con peso alla nascita molto basso (inferiore a 1.500 grammi) richiede elevati impegni assistenziali e di risorse. L'accesso alle cure per questa tipologia di nascite "rappresenta un elemento qualificante della rete dei servizi ostetrici e neonatali ed un fattore determinante la sopravvivenza e la qualità della stessa. Sia in Europa che in Italia, sono presenti differenti modelli organizzativi dei servizi perinatali. In alcune aree, l'assistenza per gravidanze, parti e neonati ad alto rischio è centralizzata in poche strutture; in altre aree, l'assistenza viene invece garantita da più centri, anche di piccole dimensioni"⁶⁵.

Riguardo l'assistenza ai nati pretermine nel 2015 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato una nuova guida "WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes"⁶⁶ che fornisce raccomandazioni sugli interventi da offrire alla madre in caso di rischio di parto pretermine (come per esempio somministrarle corticosteroidi tra 24 e 34 settimane di gravidanza o antibiotici in caso di rottura prematura delle acque) e al neonato subito dopo il parto (per esempio tenerlo al caldo, somministrare ossigeno o surfattante per aiutare la respirazione).

Le raccomandazioni dell'OMS si rivolgono a tutti i professionisti sanitari che forniscono assistenza a donne incinte ed a bambini nati prematuri, ma anche ai programmatori sanitari ed a chi si occupa di formazione.

I messaggi chiave delle raccomandazioni OMS sono di seguito esplicitati⁶⁷:

⁶⁴ Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le comunità montane sul documento concernente «Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo». (Rep. atti n. 137/CU) (11A00319) Accordo della conferenza unificata – 16 Dicembre 2010 <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=36591>

⁶⁵ Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio. Progetto regionale sui parti e nati pretermine. Sintesi dei risultati. Anni 2003-2004. Roma: Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio; 2006

⁶⁶ http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-highlights/en/

⁶⁷ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183055/1/WHO_RHR_15.16_eng.pdf?ua=1

- la nascita pretermine è la causa più importante di mortalità e morbidità perinatale e neonatale ed anche la principale causa di morte nei bambini di età inferiore ai 5 anni;
- le morti infantili e le disabilità a lungo termine, dopo la nascita pretermine, possono essere ridotte quando gli interventi sono adeguatamente forniti alla madre a rischio imminente di nascita pretermine e al neonato pretermine dopo la nascita;
- gli interventi sono più efficaci quando applicati all'interno di un "continuum" che integra la gestione delle donne a rischio di nascita pretermine imminente con la cura postnatale dei neonati pretermine;
- l'esattezza della determinazione dell'età gestazionale è essenziale per definire l'assistenza più appropriata. Occorre prestare attenzione alla datazione della gravidanza con il metodo migliore disponibile durante le visite precoci per l'assistenza antenatale.

Nel 2015 tra le donne residenti nell'Area Vasta 2 ci sono stati complessivamente 211 parti pretermine: di essi

- il 57,3% è avvenuto presso il PN del Salesi;
- il 22,7% presso quello di Jesi;
- il 9,0% presso il PN di Senigallia;
- il 5,2% presso quello di Osimo
- il 3,8% presso quello di Fabriano.

Il restante 1,9% (quattro parti) si è verificato in PN intra-regionali, al di fuori dell'AV2.

Nella regione Marche il riordino della rete clinica neonatologica è stata formalizzata con la Delibera di Giunta Regionale n. 1.219 del 17 ottobre 2014 a cui ha fatto seguito la determina del Direttore Generale dell'ASUR n. 481 del 2 agosto 2016.



ALLEGATI

ALLEGATO A

Scheda di rilevazione CedAP Marche, anno 2015



CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO

DECRETO MINISTERO DELLA SALUTE N.349 DEL 16 LUGLIO 2001



FOGLIO BASE

Il certificato viene redatto non oltre il decimo giorno dalla nascita a cura dell'Ostetrica/o o del Medico che ha assistito al parto o del Medico responsabile dell'unità operativa in cui è avvenuta la nascita, per le sezioni A, B e C; a cura del Medico accertatore per le sezioni D ed E (art.1 punto 4 del DECRETO MINISTERO DELLA SALUTE N.349 DEL 16 LUGLIO 2001). La sezione E1 è a cura del Medico accertatore. Per i parti plurimi fotocopiare la pagina 2 del modello, una per ogni nato successivo al primo, e compilare solo la sezione C2 per il secondo/terzo/... neonato. Per i casi di natimortalità o malformazione occorre compilare oltre al FOGLIO BASE anche il FOGLIO NM. In caso di parto a domicilio, segnalarlo al quesito 35 e indicare il Comune del domicilio al quesito 4, lasciare non compilati i quesiti 2 e 3. Inoltre il modello CEDAP del parto domiciliare, compilato a cura dell'ostetrica che assiste al parto, va consegnato all'ospedale di prevalente riferimento del Comune in cui è avvenuto l'evento; i REFERENTI CEDAP di tale struttura ospedaliera provvederanno alla sua registrazione nell'applicativo CEDAPweb.

1.REGIONE 110 – MARCHE	2. Istituto / Azienda Ospedaliera	Codice 110	_____
3. ASL/ASUR	4. Comune di evento		
5. Dati anagrafici della puerpera (in caso di anonimato, indicare 999 nei dati anagrafici: NOME, COGNOME, CODICE FISCALE /STP)			
Cognome	Nome		
Codice Fiscale (ITALIANE)/ Codice STP (straniere temporaneamente presenti) _____			

Sezione A - Informazioni socio-demografiche sui genitori

MADRE	N°SDO	_____
6.Data di nascita _____ in caso di anonimato solo anno		
7.Cittadinanza		
8.Comune nascita		
in caso di anonimato 8.1 sigla della Provincia di nascita _____		
9.Comune residenza		
in caso di anonimato 8.2 sigla della Provincia di residenza _____		
10.Regione di residenza		
10.1 Azienda USL di residenza _____		
10.2 Altezza _____cm 10.3 Peso pregravidico _____ kg		
10.4 Conoscenza della lingua italiana: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		
11.Titolo di studio		
<input type="checkbox"/> laurea <input type="checkbox"/> diploma universitario o laurea breve <input type="checkbox"/> diploma media superiore		
<input type="checkbox"/> diploma media inferiore <input type="checkbox"/> licenza elementare o nessuno		
11.1 Numero di anni di studio _____		
12.Condizione professionale		
<input type="checkbox"/> occupata <input type="checkbox"/> disoccupata <input type="checkbox"/> in cerca di prima occupazione <input type="checkbox"/> studentessa		
<input type="checkbox"/> casalinga <input type="checkbox"/> altro		
Se occupata		
13.Posizione nella professione		
<input type="checkbox"/> imprenditore o libero professionista <input type="checkbox"/> altro lavoratore autonomo		
<input type="checkbox"/> lavoratore dipendente: dirigente o direttivo <input type="checkbox"/> lavoratore dipendente: impiegato		
<input type="checkbox"/> lavoratore dipendente: operaio <input type="checkbox"/> altro lavoratore dipendente		
14.Ramo di attività economica		
<input type="checkbox"/> agricoltura, caccia e pesca <input type="checkbox"/> industria <input type="checkbox"/> commercio, pubblici servizi, alberghi		
<input type="checkbox"/> pubblica amministrazione <input type="checkbox"/> altri servizi privati		
15.Stato civile <input type="checkbox"/> nubile <input type="checkbox"/> coniugata <input type="checkbox"/> separata <input type="checkbox"/> divorziata <input type="checkbox"/> vedova		
Se coniugata		
15.1.Data (ultimo) matrimonio mese _____ anno _____		
16. Abitudine al fumo (di tabacco) nei 5 anni precedenti la gravidanza <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		
Se Sì: 16.1 Indicare se:		
<input type="checkbox"/> ha smesso prima della gravidanza		
<input type="checkbox"/> ha smesso durante la gravidanza		
<input type="checkbox"/> ha continuato a fumare in gravidanza		

17.Precedenti concepimenti <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Se sì
A. 17.4 N° aborti spontanei _____
B. 17.5 N° IVG _____
C. 17.1 N° parti precedenti _____
Se si sono verificati precedenti parti:
C1 17.6 N° tagli cesarei _____
C2 17.2 N° nati vivi _____
C3 17.3 N° nati morti _____
C4 17.7 Data parto precedente l'attuale _____

PADRE
18.Data nascita _____ in caso di anonimato solo anno
19.Cittadinanza
20. Comune nascita
in caso di anonimato 20.1 sigla della Provincia di nascita _____
21.Titolo di studio
<input type="checkbox"/> laurea <input type="checkbox"/> diploma universitario o laurea breve <input type="checkbox"/> diploma media superiore
<input type="checkbox"/> diploma media inferiore <input type="checkbox"/> licenza elementare o nessuno
21.1 Numero di anni di studio _____
22.Condizione professionale
<input type="checkbox"/> occupato <input type="checkbox"/> disoccupato <input type="checkbox"/> in cerca di prima occupazione <input type="checkbox"/> studente
<input type="checkbox"/> casalingo <input type="checkbox"/> altro
Se occupato
23.Posizione nella professione
<input type="checkbox"/> imprenditore o libero professionista <input type="checkbox"/> altro lavoratore autonomo
<input type="checkbox"/> lavoratore dipendente: dirigente o direttivo <input type="checkbox"/> lavoratore dipendente: impiegato
<input type="checkbox"/> lavoratore dipendente: operaio <input type="checkbox"/> altro lavoratore dipendente
24.Ramo di attività economica
<input type="checkbox"/> agricoltura, caccia e pesca <input type="checkbox"/> industria <input type="checkbox"/> commercio, pubblici servizi, alberghi
<input type="checkbox"/> pubblica amministrazione <input type="checkbox"/> altri servizi privati
25.Consanguineità tra madre e padre
<input type="checkbox"/> Parenti di 4° grado (figli di fratelli o sorelle)
<input type="checkbox"/> Parenti di 5° grado (coniuge sposato con figlia/figlio di suo primo cugino)
<input type="checkbox"/> Parenti di 6° grado (secondi cugini)
<input type="checkbox"/> Nessuna

Sezione B - Informazioni sulla gravidanza

26. Numero visite di controllo in gravidanza |__| |__| 27. Prima visita di controllo a settimane |__| |__| 28. Numero di ecografie |__| |__|
- 29.0. Indagini prenatali: sì no Se si 29.1 Quale/i: Amniocentesi Villi coriali Fetoscopia/funicolocentesi Ecografia dopo 22^a settimana
 Test biochimici Translucenza
30. Decorso della gravidanza: fisiologico patologico 30.1 E' stata ricoverata durante la gravidanza? sì no
- 30.2 Servizio prevalentemente utilizzato in gravidanza consultorio familiare pubblico consultorio familiare privato ambulatorio ospedaliero pubblico
 ginecologo/a ostetrico/a privato/a (compresa attività intramoenia) nessuno
- 30.3 Ha partecipato ad un corso di preparazione al parto (frequentando almeno 4 incontri)? no sì, presso consultorio familiare pubblico
 sì, presso un ospedale pubblico sì, presso una struttura privata sì, in precedente gravidanza
- 30.4 Ha assunto acido folico durante la gravidanza sì no Se sì: 30.5 Ha iniziato prima del concepimento? sì no
31. Difetto di accrescimento fetale: sì no
32. Concepimento con tecniche di procreazione medico-assistita: sì no
- Se si: 33. Metodo di procreazione medico-assistita solo trattamento farmacologico per induzione ovulazione IUI (Intra Uterine Insemination)
 GIFT (Gamete IntraFallopian Transfer) FIVET (Fertilization in Vitro and Embryo Transfer) ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection) Altre tecniche
- 34.0 Data ultima mestruazione |__| |__| / |__| |__| / |__| |__| |__| |__| |__| 34.1 Età gestazionale: |__| |__| settimane compiute + |__| |__| giorni

Sezione C1 - Informazioni sul parto

35. Luogo del parto istituto di cura pubblico o privato abitazione privata altra struttura di assistenza altrove
36. Modalità travaglio (1 sola risposta) assente (solo se taglio cesareo) ad inizio spontaneo indotto
- Se travaglio indotto 37.1 Tipo di induzione (1 sola risposta): metodo farmacologico amniocesi
- Se travaglio ad inizio spontaneo 37.2 Parto pilotato: sì no
38. Utilizzo di metodiche antidolore in travaglio (1 sola risposta): nessuna metodica utilizzata analgesia epidurale altro tipo di analgesia farmacologica
 metodiche non farmacologiche
39. Modalità del parto: vaginale non operativo vaginale con uso di forcipe vaginale con uso di ventosa
(1 sola risposta) con taglio cesareo elettivo in travaglio con taglio cesareo elettivo fuori travaglio
 con taglio cesareo non elettivo in travaglio con taglio cesareo non elettivo fuori travaglio altro.....
40. Data del parto: giorno |__| |__| mese |__| |__| anno |__| |__| |__| |__|
41. Genere del parto parto semplice parto plurimo Se plurimo: 42.1 N° nati maschi |__| |__| 42.2 N° nati femmine |__| |__|
43. Personale sanitario presente al parto: ostetrico/a medico ostetrico-ginecologo pediatra/neonatalogo anestesista altro
44. Personale di famiglia/fiducia in sala parto (1 sola risposta) padre neonato familiare della partoriente persona di fiducia nessuno
45. Profilassi Rh: effettuazione della immunoprofilassi: sì no Se Sì 45.0: a 28 settimane dopo il parto altro
- 45.1 La ricerca di anticorpi IgG anti-rosolia (Rubeo-test) è risultata: positiva negativa non nota
- 45.2 Episiotomia: sì no

Sezione C2 – Neonato *Se parto plurimo compilare una sezione C2 per ogni neonato, fotocopiando questa pagina e allegandola al modello CEDAP originale compilato*

N° SDO del NEONATO |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| Nome e Cognome del neonato |_____| |_____|

46. Sesso: in base al tipo genitali esterni: maschili femminili indeterminati
47. Allattamento durante la degenza (1 sola risposta) Solo latte materno Latte materno e soluzione glucosata Latte materno e artificiale Latte artificiale
48. N° d'ordine del nato nel presente parto (0 se parto semplice, da 1 in poi se parto plurimo) |__| |__|
- 48.1 Ora di nascita ore (da 0 a 23) |__| |__| minuti |__| |__|
- 48.2 Presentazione del neonato (1 sola risposta) vertice podice fronte bregma faccia spalla
49. Peso (gr) |__| |__| |__| |__| 50. Lunghezza (cm) |__| |__| |__| |__| 51. Circonferenza cranica (cm) |__| |__| |__| |__|
52. Vitalità: nato vivo nato morto (se nato morto compilare anche il FOGLIO NM sezione D) nato vivo deceduto dopo la nascita (senza ricovero)
53. Punteggio Apgar a 5 min. da nascita |__| |__| |__| |__|
54. Necessità rianimazione: sì no Se Sì 54.1: ventilazione manuale intubazione massaggio cardiaco adrenalina altro farmaco
55. Presenza di malformazione: sì no (se si compilare anche il FOGLIO NM sezione E)

Data

Firma dell'ostetrica/o o del medico.....

FOGLIO NM: NATIMORTALITA' E/O MALFORMAZIONI

Intestare questo foglio con i dati sottoelencati, già compilati nel CEDAP-base ed allegarlo ad esso.

Data parto	giorno _ _ mese _ _ anno _ _ _ _	N° ORDINE NEONATO	_
Puerpera: Cognome	Nome _ _
N° SDO MADRE	_ _ _ _ _ _ _	N° SDO NEONATO	_ _ _ _ _ _ _

Le informazioni di carattere clinico riguardanti la madre e il feto vanno riportate per esteso utilizzando le voci e i codici della Nomenclatura ICD9 CM e successivi aggiornamenti, assegnando possibilmente i codici a 5 caratteri.

Sezione D - Informazioni sulle cause di nati-mortalità a cura del Medico

56. Malattia/condizione morbosa principale del feto

57. Altra malattia o condizione morbosa del feto

58. Malattia o condizione morbosa principale della madre interessante il feto

59. Altra malattia o condizione morbosa principale della madre interessante il feto

60. Altra circostanza rilevante

61. Momento della morte (1 sola risposta) 1 prima del travaglio 2 durante il travaglio 3 durante il parto 4 sconosciuto

62. Esecuzione esami strumentali in caso di malformazioni: 1 sì 2 no

63. Esecuzione fotografie in caso di malformazioni 1 sì 2 no (compilare solo se presente malformazione; se non presente lasciare vuoto)

64. Riscontro autoptico (1 sola risposta) 1 autopsia ha confermato la causa di morte individuata 2 risultato autopsia sarà disponibile in seguito 3 autopsia non effettuata

Sezione E - Informazioni sulla presenza di malformazioni a cura del Medico

65. Codifica malformazioni diagnosticate: 65.1 |_|_|_|_|_| 65.2 |_|_|_|_|_| 65.3 |_|_|_|_|_|

66. Cariotipo del nato (se effettuato prima della nascita):

67. Età gestazionale alla diagnosi di malformazione |_|_| settim. compiute 68. Età neonatale alla diagnosi di malformazione |_|_| gg compiuti

69. Malformazioni in famiglia: 1 fratelli 2 madre 3 padre 4 genitori madre 5 genitori padre
6 altri parenti madre (fratelli/cugini/zii) 7 altri parenti padre (fratelli/cugini/zii) 9 nessuna

70. Malattie insorte in gravidanza

70.1 |_|_|_|_|_|

70.2 |_|_|_|_|_|

Sezione E1 - Scheda sui difetti congeniti a cura del Medico

71. Descrizione della malformazione osservata

72. Eventuali accertamenti eseguiti:

72.1 Radiografie 1 sì 2 no Risultato

72.2 Ecografie 1 sì 2 no Risultato

72.3 Altro

ANAMNESI GRAVIDICA

73. Diagnosi ecografica della malformazione 1 sì 2 no 74. Emorragie 1 sì 2 no Se sì 74.1 A quale mese |_|

75. Terapia antiabortiva 1 sì 2 no 76. Patologie: 76.1 Edemi 1 sì 2 no 76.2 Proteinuria 1 sì 2 no 76.3 Ipertensione 1 sì 2 no
76.4 Eclampsia 1 sì 2 no 76.5 Diabete 1 sì 2 no

77. Eventuali trattamenti in gravidanza 1 sì 2 no Se sì: 77.1 Elenco farmaci e posologia

78. Malattie infettive si no Se si quali?

78.1.1 Malattia infettiva 78.1.2 Tit. anticorpale 78.1.3 Mese di gravidanza |__|
78.2.1 Malattia infettiva 78.2.2 Tit. anticorpale 78.2.3 Mese di gravidanza |__|

79 Esantemi nei familiari si no 79.1Quali?

80.Vaccinazioni in gravidanza si no 80.1Quali?

81.Gammaglobuline si no 81.1Quali?

82.Assunzione Acido Folico si no Periodo: 82.1 dal |__|/|__|/|__| 82.2 al |__|/|__|/|__| 82.3Dose:

PARTO

83.Liquido amniotico: trasparente meconiale 83.1Quantità: normale oligoidramnios polidramnios

84.Placenta: normale con infarti con morfologia alterata 85.Grupo sanguigno del neonato (ABO/Rh) |__|/|__|

ANAMNESI MATERNA

86.Età al momento del concepimento |__| 87.Grupo sanguigno (ABO/Rh) |__|/|__| 88.Fumo si no Se si: 88.1sigarette/die |__|

89.Alcool si no Se si: 89.1 tipo..... 89.2 quantità/die lt. |__|

90.Droghe si no Se si: 90.1 tipo..... 90.2 quantità/die.....

91.Farmaci si no Se si: 91.1 tipo..... 91.2 quantità/die.....

92.Radiazioni si no Se si: 92.1 quali..... 92.2 trimestre di gravidanza |__|

93.Sostanze tossiche si no Se si: 93.1 quali..... 93.2 trimestre di gravidanza |__|

94.Malattie croniche antecedenti il concepimento si no Se si 94.1 quali.....

95.Malformazioni si no Se si 95.1 quali.....

96.Anticoncezionali usati nei 12 mesi prec. la grav. si no Se si: 96.1quali.....

97.Mesi trascorsi tra sospensione della contraccezione e ultima mestruazione |__|

98.Accertamenti/trattamenti per infertilità si no Se si: 98.1quali.....

99. Precedenti figli con malformazioni si no Se si: 99.1quali

ANAMNESI PATERNA

100.Età al momento del concepimento |__| 101.Grupo sanguigno (ABO/Rh) |__|/|__| 102.Fumo si no Se si: 102.1sigarette/die |__|

103.Alcool si no Se si: 103.1 tipo..... 103.2 quantità/die lt. |__|

104.Droghe si no Se si: 104.1 tipo..... 104.2 quantità/die.....

105.Farmaci si no Se si: 105.1 tipo..... 105.2 quantità/die.....

106.Radiazioni si no Se si: 106.1 quali.....

107.Sostanze tossiche si no Se si: 107.1 quali.....

108. Malattie infettive si no Se si quali?

108.1.1 Malattia infettiva 108.1.2 Tit. anticorpale.....

108.2.1 Malattia infettiva 108.2.2 Tit. anticorpale.....

109.Malformazioni si no Se si: 109.1quali.....

ANAMNESI FAMILIARE

110. Malformazioni negli altri familiari (descrivere e utilizzare albero genealogico):

.....

111. Albero genealogico

Data

Firma del medico.....

ALLEGATO B

Analisi dei parti delle residenti in AV2, per classi di Robson: confronto tra parti avvenuti nel PN Salesi con quelli avvenuti negli altri PN dell'Area Vasta 2

Distribuzione del numero dei parti in base alle classi di Robson, per il Punto Nascita Salesi. Madri residenti in AV2, che nel 2015 hanno partorito al Salesi

PN Salesi: 11090503

Classi di Robson	N. parti	%
I	315	24,2
IIA	162	12,4
IIB	87	6,7
III	250	19,2
IVA	85	6,5
IVB	34	2,6
V	181	13,9
VI	43	3,3
VII	26	2,0
VIII	32	2,5
IX	8	0,6
X	81	6,2
Tot parti classificati	1304	100,0

Tot parti	1325
Tot parti non classificati	21

Distribuzione del numero dei parti di residenti in AV2 che hanno partorito nei PN di Senigallia, Jesi, Fabriano, Osimo in base alle classi di Robson. Anno 2015

PN di Senigallia, Jesi, Fabriano, Osimo

Classi di Robson	N. parti	%
I	654	27,2
IIA	386	16,1
IIB	72	3,0
III	637	26,5
IVA	174	7,2
IVB	33	1,4
V	262	10,9
VI	46	1,9
VII	29	1,2
VIII	20	0,8
IX	12	0,5
X	78	3,2
Tot parti classificati	2403	100,0

Tot parti	2430
Tot parti non classificati	27

Distribuzione del numero dei parti cesarei in base alle classi di Robson, per il Punto Nascita Salesi. Madri residenti in AV2, che nel 2015 hanno partorito al Salesi attraverso TC

PN Salesi: 11090503

Classi di Robson	N. TC	%
I	54	9,0
IIA	70	11,6
IIB	87	14,5
III	11	1,8
IVA	13	2,2
IVB	34	5,6
V	176	29,2
VI	42	7,0
VII	24	4,0
VIII	32	5,3
IX	6	1,0
X	53	8,8
Tot parti classificati	602	100,0

Tot TC	610
Tot TC non classificati	8

Distribuzione del numero dei parti cesarei delle residenti in AV2 che hanno partorito nei PN di Senigallia, Jesi Fabriano e Osimo, in base alle classi di Robson. Anno 2015

PN di Senigallia, Jesi, Fabriano, Osimo

Classi di Robson	N. TC	%
I	70	9,8
IIA	115	16,2
IIB	72	10,1
III	24	3,4
IVA	13	1,8
IVB	33	4,6
V	246	34,6
VI	46	6,5
VII	29	4,1
VIII	20	2,8
IX	7	1,0
X	37	5,2
Tot parti classificati	712	100,0

Tot TC	717
Tot TC non classificati	5

Tasso x 100 di cesarei in base alle classi di Robson, per il Punto Nascita Salesi. Madri residenti in AV2, che nel 2015 hanno partorito al Salesi attraverso TC

PN Salesi: 11090503

Classi di Robson	Tasso x 100 di TC
I	17,1
IIA	43,2
IIB	100,0
III	4,4
IVA	15,3
IVB	100,0
V	97,2
VI	97,7
VII	92,3
VIII	100,0
IX	75,0
X	65,4

Tasso x 100 di cesarei in base alle classi di Robson nelle madri residenti in AV2 che hanno partorito c/o i PN di Senigallia, Jesi, Osimo, Fabriano. Anno 2015

PN di Senigallia, Jesi, Fabriano, Osimo

Classi di Robson	Tasso x 100 di TC
I	10,7
IIA	29,8
IIB	100,0
III	3,8
IVA	7,5
IVB	100,0
V	93,9
VI	100,0
VII	100,0
VIII	100,0
IX	58,3
X	47,4

Allegato C

Lista Paesi PSA/PFPM

CODICE ISTAT	DESCRIZIONE	Continente	Paesi PSA/PFPM
100	Italia	UE (UNIONE EUROPEA)	ITALIA
201	Albania	ALTRI PAESI EUROPEI	PFPM
202	Andorra	ALTRI PAESI EUROPEI	PSA
203	Austria	UE (UNIONE EUROPEA)	PSA
206	Belgio	UE (UNIONE EUROPEA)	PSA
209	Bulgaria	UE (UNIONE EUROPEA)	PFPM
212	Danimarca	UE (UNIONE EUROPEA)	PSA
214	Finlandia	UE (UNIONE EUROPEA)	PSA
215	Francia	UE (UNIONE EUROPEA)	PSA
216	Germania	UE (UNIONE EUROPEA)	PSA
219	Regno Unito	UE (UNIONE EUROPEA)	PSA
220	Grecia	UE (UNIONE EUROPEA)	PSA
221	Irlanda	UE (UNIONE EUROPEA)	PSA
223	Islanda	ALTRI PAESI EUROPEI	PSA
225	Liechtenstein	ALTRI PAESI EUROPEI	PSA
226	Lussemburgo	UE (UNIONE EUROPEA)	PSA
227	Malta	UE (UNIONE EUROPEA)	PFPM
229	Monaco	ALTRI PAESI EUROPEI	PSA
231	Norvegia	ALTRI PAESI EUROPEI	PSA
232	Paesi Bassi	UE (UNIONE EUROPEA)	PSA
233	Polonia	UE (UNIONE EUROPEA)	PFPM
234	Portogallo	UE (UNIONE EUROPEA)	PSA
235	Romania	UE (UNIONE EUROPEA)	PFPM
236	San Marino	ALTRI PAESI EUROPEI	PSA
239	Spagna	UE (UNIONE EUROPEA)	PSA
240	Svezia	UE (UNIONE EUROPEA)	PSA
241	Svizzera	ALTRI PAESI EUROPEI	PSA
243	Ucraina	ALTRI PAESI EUROPEI	PFPM
244	Ungheria	UE (UNIONE EUROPEA)	PFPM
245	Russia	ALTRI PAESI EUROPEI	PFPM
246	Città del Vaticano	ALTRI PAESI EUROPEI	PSA
247	Estonia	UE (UNIONE EUROPEA)	PFPM
248	Lettonia	UE (UNIONE EUROPEA)	PFPM
249	Lituania	UE (UNIONE EUROPEA)	PFPM
250	Croazia	ALTRI PAESI EUROPEI	PFPM
251	Slovenia	UE (UNIONE EUROPEA)	PFPM
252	Bosnia-Erzegovina	ALTRI PAESI EUROPEI	PFPM
253	Macedonia	ALTRI PAESI EUROPEI	PFPM
254	Moldavia	ALTRI PAESI EUROPEI	PFPM
255	Slovacchia	UE (UNIONE EUROPEA)	PFPM
256	Bielorussia	ALTRI PAESI EUROPEI	PFPM
257	Repubblica Ceca	UE (UNIONE EUROPEA)	PFPM
270	Montenegro	ALTRI PAESI EUROPEI	PFPM
271	Serbia, Repubblica di	ALTRI PAESI EUROPEI	PFPM
272	Kosovo	ALTRI PAESI EUROPEI	PFPM
301	Afghanistan	ASIA	PFPM
302	Arabia Saudita	ASIA	PFPM

continua

CODICE ISTAT	DESCRIZIONE	Continente	Paesi PSA/PFPM
304	Bahrein	ASIA	PFPM
305	Bangladesh	ASIA	PFPM
306	Bhutan	ASIA	PFPM
307	Myanmar (Birmania)	ASIA	PFPM
309	Brunei	ASIA	PFPM
310	Cambogia	ASIA	PFPM
311	Sri Lanka (Ceylon)	ASIA	PFPM
314	Cina Repubblica Popolare	ASIA	PFPM
315	Cipro	UE (UNIONE EUROPEA)	PFPM
	Corea, Repubblica Popolare Democratica (Corea del Nord)		
319	Corea, Repubblica (Corea del Sud)	ASIA	PFPM
320	Emirati Arabi Uniti	ASIA	PFPM
322	Filippine	ASIA	PFPM
323	Territori dell'Autonomia Palestinese		
324	Palestinese	ASIA	PFPM
326	Giappone	ASIA	PSA
327	Giordania	ASIA	PFPM
330	India	ASIA	PFPM
331	Indonesia	ASIA	PFPM
332	Iran	ASIA	PFPM
333	Iraq	ASIA	PFPM
334	Israele	ASIA	PSA
335	Kuwait	ASIA	PFPM
336	Laos	ASIA	PFPM
337	Libano	ASIA	PFPM
338	Timor Orientale	ASIA	PFPM
339	Maldiva	ASIA	PFPM
340	Malaysia	ASIA	PFPM
341	Mongolia	ASIA	PFPM
342	Nepal	ASIA	PFPM
343	Oman	ASIA	PFPM
344	Pakistan	ASIA	PFPM
345	Qatar	ASIA	PFPM
346	Singapore	ASIA	PFPM
348	Siria	ASIA	PFPM
349	Thailandia	ASIA	PFPM
351	Turchia	ALTRI PAESI EUROPEI	PFPM
353	Vietnam	ASIA	PFPM
354	Yemen	ASIA	PFPM
356	Kazakhstan	ASIA	PFPM
357	Uzbekistan	ASIA	PFPM
358	Armenia	ASIA	PFPM
359	Azerbaigian	ASIA	PFPM
360	Georgia	ASIA	PFPM

continua

CODICE ISTAT	DESCRIZIONE	Continente	Paesi PSA/PFPM
361	Kirghizistan	ASIA	PFPM
362	Tagikistan	ASIA	PFPM
363	Taiwan (ex Formosa)	ASIA	PFPM
364	Turkmenistan	ASIA	PFPM
401	Algeria	AFRICA	PFPM
402	Angola	AFRICA	PFPM
404	Costa d'Avorio	AFRICA	PFPM
406	Benin	AFRICA	PFPM
408	Botswana	AFRICA	PFPM
409	Burkina Faso	AFRICA	PFPM
410	Burundi	AFRICA	PFPM
411	Camerun	AFRICA	PFPM
413	Capo Verde Centrafricana	AFRICA	PFPM
414	Repubblica	AFRICA	PFPM
415	Ciad	AFRICA	PFPM
417	Comore Congo Repubblica	AFRICA	PFPM
418	Popolare	AFRICA	PFPM
419	Egitto	AFRICA	PFPM
420	Etiopia	AFRICA	PFPM
421	Gabon	AFRICA	PFPM
422	Gambia	AFRICA	PFPM
423	Ghana	AFRICA	PFPM
424	Gibuti	AFRICA	PFPM
425	Guinea	AFRICA	PFPM
426	Guinea Bissau	AFRICA	PFPM
427	Guinea Equatoriale	AFRICA	PFPM
428	Kenia	AFRICA	PFPM
429	Lesotho	AFRICA	PFPM
430	Liberia	AFRICA	PFPM
431	Libia	AFRICA	PFPM
432	Madagascar	AFRICA	PFPM
434	Malawi	AFRICA	PFPM
435	Mali	AFRICA	PFPM
436	Marocco	AFRICA	PFPM
437	Mauritania	AFRICA	PFPM
438	Mauritius	AFRICA	PFPM
440	Mozambico	AFRICA	PFPM
441	Namibia	AFRICA	PFPM
442	Niger	AFRICA	PFPM
443	Nigeria	AFRICA	PFPM
446	Ruanda	AFRICA	PFPM
448	Sao Tomé e Principe	AFRICA	PFPM
449	Seychelles	AFRICA	PFPM
450	Senegal	AFRICA	PFPM
451	Sierra Leone	AFRICA	PFPM
453	Somalia	AFRICA	PFPM
454	Sud Africa	AFRICA	PFPM

continua

CODICE ISTAT	DESCRIZIONE	Continente	Paesi PSA/PFPM
455	Sudan	AFRICA	PFPM
456	Swaziland	AFRICA	PFPM
457	Tanzania	AFRICA	PFPM
458	Togo	AFRICA	PFPM
460	Tunisia	AFRICA	PFPM
461	Uganda	AFRICA	PFPM
463	Congo Repubblica democratica (ex Zaire)	AFRICA	PFPM
464	Zambia	AFRICA	PFPM
465	Zimbabwe (ex Rhodesia)	AFRICA	PFPM
466	Eritrea	AFRICA	PFPM
503	Antigua e Barbuda	AMERICA	PFPM
505	Bahamas	AMERICA	PFPM
506	Barbados	AMERICA	PFPM
507	Belize	AMERICA	PFPM
509	Canada	AMERICA	PSA
513	Costarica	AMERICA	PFPM
514	Cuba	AMERICA	PFPM
515	Dominica	AMERICA	PFPM
516	Repubblica Dominicana	AMERICA	PFPM
517	El Salvador	AMERICA	PFPM
518	Giamaica	AMERICA	PFPM
519	Grenada	AMERICA	PFPM
523	Guatemala	AMERICA	PFPM
524	Haiti	AMERICA	PFPM
525	Honduras	AMERICA	PFPM
527	Messico	AMERICA	PFPM
529	Nicaragua	AMERICA	PFPM
530	Panama	AMERICA	PFPM
532	Saint Lucia	AMERICA	PFPM
533	S. Vincent e Grenadine	AMERICA	PFPM
534	S. Kitts e Nevis	AMERICA	PFPM
536	Stati Uniti d'America	AMERICA	PSA
602	Argentina	AMERICA	PFPM
604	Bolivia	AMERICA	PFPM
605	Brasile	AMERICA	PFPM
606	Cile	AMERICA	PFPM
608	Colombia	AMERICA	PFPM
609	Ecuador	AMERICA	PFPM
612	Guyana	AMERICA	PFPM
614	Paraguay	AMERICA	PFPM
615	Perù	AMERICA	PFPM
616	Suriname	AMERICA	PFPM
617	Trinidad e Tobago	AMERICA	PFPM
618	Uruguay	AMERICA	PFPM
619	Venezuela	AMERICA	PFPM

continua

CODICE ISTAT	DESCRIZIONE	Continente	Paesi PSA/PFPM
701	Australia	OCEANIA	PSA
703	Figi	OCEANIA	PFPM
708	Kiribati	OCEANIA	PFPM
712	Marshall, Isole Micronesia, Stati Federati	OCEANIA	PFPM
713	Federati	OCEANIA	PFPM
715	Nauru	OCEANIA	PFPM
719	Nuova Zelanda	OCEANIA	PFPM
720	Palau	OCEANIA	PFPM
721	Papuasie-Nuova Guinea	OCEANIA	PFPM
725	Salomone, Isole	OCEANIA	PFPM
727	Samoa	OCEANIA	PFPM
730	Tonga	OCEANIA	PFPM
731	Tuvalu	OCEANIA	PFPM
732	Vanuatu	OCEANIA	PFPM
888	NON DETERMINATA	ND	ND
999	APOLIDE	APOLIDE	APOLIDE