

Rapporto CeDAP di Serena Donati*

Analisi dell'evento nascita attraverso il certificato di assistenza al parto

■ Il flusso informativo del certificato di assistenza al parto (CeDAP), che viene compilato in occasione di ogni nascita da parte dell'ostetrica o del medico che ha assistito il parto, è la più ricca fonte informativa sull'evento nascita disponibile a livello nazionale. Raccoglie difatti informazioni di carattere sanitario sulla gravidanza, sul parto e sul neonato come pure informazioni di carattere socio-demografico che consentono analisi epidemiologiche a livello nazionale e regionale, preziose per la programmazione sanitaria e il miglioramento della qualità dell'assistenza. La rilevazione effettuata nel 2005 copre il 92% dei parti e dei nati vivi rilevati attraverso la scheda di dimissione ospedaliera (Sdo), perché non sono ancora disponibili i dati relativi alle Regioni Molise e Calabria.

Il rapporto CeDAP, realizzato dall'Ufficio di Direzione Statistica del ministero della Salute, è organizzato in 8 capitoli di cui riportiamo una sintesi dei principali risultati e un commento ad alcuni aspetti critici relativi all'appropriatezza dell'assistenza sanitaria, rispetto ad un evento di rilevanza sociale quale la nascita. Infatti, nonostante gran parte delle gravidanze e delle nascite rappresentino eventi fisiologici, in Italia come in quasi tutti i paesi con sistemi sanitari sviluppati, si è assistito ad una progressiva medicalizzazione del percorso nascita che, oltre ad indurre un aumento dei costi, può causare un incremento del rischio di problemi iatrogeni e di ridotta qualità delle prestazioni sanitarie. Benché oggi le prove di efficacia necessarie a una pratica ostetrica basata sulle evidenze siano disponibili e accessibili, le modalità di assistenza perinatale variano ancora molto da paese a paese e, all'interno dei singoli paesi, da istituzione a istituzione e spes-

so da professionista a professionista. Questa ampia variabilità non trova giustificazione in termini di indicazioni mediche e riguarda sia le procedure ad alto costo, sia quelle a basso costo, il che non può essere spiegato con differenze nelle risorse disponibili. Il gap tra l'evidenza e la pratica è grande, la disseminazione passiva dei risultati della ricerca non è stata in grado di modificare le linee di condotta e le pratiche cliniche, la comunicazione tra clinici ed epidemiologi rimane difficile e le linee guida e le raccomandazioni hanno ancora un impatto debole. Occorre quindi un grande sforzo collettivo perché la pratica clinica rispecchi, in maniera appropriata e tempestiva, quanto raccomandato dalle prove di efficacia al fine di assicurare il massimo grado di appropriatezza degli interventi sanitari.

Le caratteristiche delle madri

Il rapporto CeDAP riguardante la rilevazione 2005, nel paragrafo relativo alle caratteristiche delle madri, riporta a livello nazionale un 14% di parti espletati da madri di cittadinanza non italiana. Le aree geografiche di provenienza delle madri di cittadinanza straniera sono in ordine di frequenza: l'Europa dell'Est (41%), l'Africa (25%), l'Asia (16%) e il Sud America (10%). La giovane età della popolazione immigrata e il suo modello di fecondità tende ad anticipare l'età media al parto, che è pari a 29 anni tra le donne straniere rispetto ai 32 anni delle donne italiane. La stabilizzazione del fenomeno migratorio avvenuta nel nostro Paese, e il conseguente incremento nel ricorso ai servizi per l'assistenza al percorso nascita da parte delle donne di cittadinanza straniera, richiede una sensibilizzazione dei professionisti sanitari circa il maggior rischio di esiti sfavorevoli per la madre e il neonato (parto pretermine, basso peso alla nascita, maggiore natimortalità e mortalità neonatale precoce) nelle diverse etnie di provenienza in modo da favorire un'appropriatezza sorveglianza delle gravidanze a rischio.

GRAFICO 1 Distribuzione regionale della percentuale dei parti cesarei sul totale dei parti - 2005

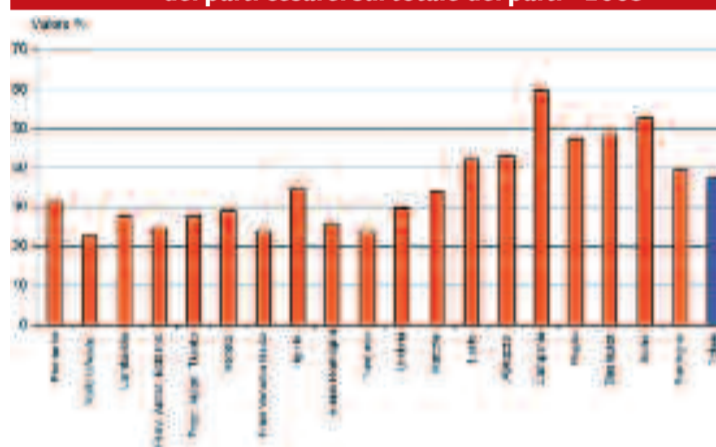
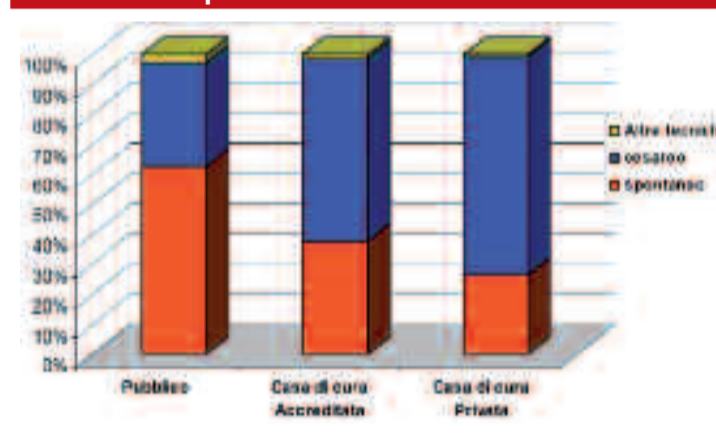


GRAFICO 2 Distribuzione dei parti secondo la modalità del parto e la struttura dove esso avviene



La gravidanza

Il paragrafo relativo alla gravidanza analizza, quale indicatore di inappropriata assistenza prenatale, la percentuale di donne che sono ricorse alla prima visita di controllo oltre la 12esima settimana di gestazione, evento che nel 2005 ha riguardato il 5% delle donne italiane e il 19% di quelle straniere. Le categorie a rischio di effettuare controlli tardivi sono risultate le donne con scolarità bassa (12%) e le più giovani (18% per le donne <20 anni, tabella 1).

Nello stesso paragrafo viene riportato il numero di esami ecografici effettuati in gravidanza. A fronte delle 3 ecografie offerte gratuitamente dal Sistema sanitario nazionale, il 74% delle donne ne ha effettuate più di 3, in media 4.3, con notevole variabilità regionale (3.9 nella P.A di Trento e 6.3 nella Regione Liguria). Il numero di ecografie effettuate non varia in funzione del

decorso fisiologico o patologico della gravidanza e rappresenta un chiaro esempio di eccessiva medicalizzazione dell'assistenza prenatale specie se confrontato con le raccomandazioni internazionali che prevedono una o, al massimo, due ecografie in gravidanza.

Il parto

Il paragrafo relativo al parto riporta che oltre l'88% dei parti è avvenuto in Istituti di cura pubblici, il 12% nelle case di cura e lo 0.2% a domicilio. Su un totale di 560 punti nascita distribuiti sull'intero territorio nazionale, 195 (pari all'11%) assistono meno di 500 parti annui. La proporzione di punti nascita con <500 parti annui è maggiore nelle strutture private (58%) rispetto alle pubbliche (8%) mentre le strutture che assistono oltre 1000 parti annui rappresentano il 68% del pubblico contro il 12% del privato.

Troppi tagli cesarei

L'Italia detiene oggi il primato per numero di parti mediante taglio cesareo (Tc), saliti dall'11% nel 1980 al 28% nel 1996 e al 37% nel 2005. Oltre all'aumento assoluto nel tempo, la percentuale di Tc presenta anche importanti differenze per area geografica. Tutte le regioni meridionali riportano valori nettamente al di sopra della media nazionale (60% in Campania e 53% in Sicilia) mentre alcune regioni del centro-nord si collocano, nello stesso anno in linea con quanto raccomandato e al di sotto della media nazionale (22% in Valle d'Aosta, 24% in Friuli Venezia Giulia, Toscana e P.A. di Bolzano, grafico 1).

Si rilevano anche differenze interregionali tra punti nascita di diversa tipologia amministrativa e volume di attività, con percentuali di Tc nettamente superiori alla media nazionale, nei reparti con basso numero di parti e nelle strutture private. Benché le gravidanze a rischio tendano a concentrarsi nei punti nascita pubblici di terzo livello, nel nostro paese si registra una frequenza maggiore di parto mediante taglio cesareo nei punti nascita privati (60% nelle case di cura private accreditate e 73% in quelle non accreditate) rispetto a quelli pubblici (34%). Nei punti nascita con <500 parti annui la percentuale di Tc è pari al 50% (61% nel privato accreditato e 73% nel non accreditato, grafico 2).

Non vi sono evidenze che il maggiore ricorso alla pratica chirurgica sia in qualche modo associato a fattori di rischio materno-fetale, né tanto meno a miglioramenti significativi degli esiti perinatali. Al contrario, i dati disponibili evidenziano che la mortalità perinatale è più alta nelle regioni meridionali, dove più elevata è la percentuale di Tc. Tale spiccata variabilità sembra essere un indizio di comportamento clinico-assistenziale non appropriato, riconducibile a una molteplicità di fattori indipendenti dalle condizioni di necessità clinica: carenze strutturali e organizzative, aspetti culturali che assimilano il Tc a una modalità elettiva di nascita, scarsa competenza del personale sanitario nel gestire la fisiologia (ostetrica difensiva). Sulla base di tali considerazioni, appare necessario promuovere interventi di sanità pubblica finalizzati al contenimento del fenomeno e alla diffusione di pratiche cliniche di comprovata efficacia e appropriatezza. A tal fine, è indispensabile adottare un approccio complessivo al problema, che riguardi non solo la moda-

lità del parto, quanto piuttosto l'intero percorso nascita di cui il parto rappresenta l'evento culminante.

Come contrastare la crescente medicalizzazione

La complessità del fenomeno considerato richiede inoltre una strategia molteplice di intervento, in grado di coniugare misure di programmazione sanitaria finalizzate all'incentivazione delle buone pratiche e al contenimento degli eccessi, con iniziative educative e formative volte a cambiare l'atteggiamento degli operatori sanitari e delle donne rispetto all'uso del Tc. In questa prospettiva, va anche considerata l'opportunità di valorizzare il ruolo dei vari professionisti nell'assistenza alla gravidanza e al parto, in particolare quello delle ostetriche, anche attraverso l'implementazione di percorsi alternativi per la gravidanza/parto fisiologico rispetto al percorso per gravidanza "a rischio". Questo permetterebbe di contrastare la crescente medicalizzazione dell'assistenza alla gravidanza fisiologica, promuovendo nel contempo processi virtuosi

TABELLA 1 Visite di controllo in gravidanza secondo la cittadinanza, il titolo di studio, l'età e lo stato civile della madre

		nessuna visita (%)	1 ^a visita oltre la 12 ^a settimana (%)
Cittadinanza			
Non indicato/errato:		12,7	5,8
	Italiana	0,5	4,6
	Straniera	2,5	18,6
TITOLO DI STUDIO DELLA MADRE			
Non indicato/errato:		15,1	7,9
	LAUREA/DIPLOMA UNIV.	0,5	4,2
	DIPLOMA SUPERIORE	0,5	5,1
	MEDIA INFERIORE	0,8	8,6
	ELEMENTARE O NESSUN TITOLO	3,4	12,5
Età della madre			
Non indicato/errato:		12,9	6,0
	< 20	3,2	17,8
	20 - 29	1,0	8,9
	30 - 39	0,6	5,0
	40 +	0,7	5,5
Stato civile della madre			
Non indicato/errato:		14,4	17,6
	Coniugata	0,6	6,4
	Nubile	1,3	9,1
	Separata	0,9	7,1
	Divorziata	0,5	7,1
	Vedova	1,0	6,7

di "umanizzazione" dell'assistenza e di miglioramento complessivo della qualità. A tal fine l'Istituto Superiore di Sanità, nell'ambito del Sistema Nazionale Linee Guida (Snl), insieme al

la Direzione generale della Prevenzione sanitaria del ministero della Salute, hanno proposto un "Piano nazionale per la promozione dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel per-

corso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" che si articola in tre linee di attività complementari e sinergiche, da avviare in modo simultaneo: a) misure di politica sanitaria finalizzate al

contenimento del fenomeno; b) elaborazione/disseminazione di raccomandazioni sul Tc; c) programma di implementazione delle raccomandazioni a livello locale. Il Piano nazionale nasce da due considerazioni principali. La prima è che il problema rappresentato dall'eccesso di Tc in Italia non può essere affrontato isolatamente, ma all'interno di un tentativo più vasto di riqualificazione e umanizzazione dell'assistenza alla gravidanza e al parto. Per tale ragione, accanto a misure precipuamente rivolte al contenimento dei cesarei, sono previsti nel Piano interventi di ri-programmazione dell'offerta, di de-medicalizzazione della gravidanza, di potenziamento dei consultori e di valorizzazione del ruolo delle ostetriche nell'assistenza al percorso nascita. La seconda considerazione è che si possono nutrire aspettative in merito alla possibilità di contenere il fenomeno, solo se si affronta il problema in modo non frammentario, da diverse angolazioni, attraverso interventi multipli, condotti simultaneamente da svariati attori istituzionali e professionali, ai diversi livelli del Ssn e, soprattutto, facendo leva sulle motivazioni profonde degli operatori e sulla consapevolezza delle donne. ■

* *Reparto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva CNESPS Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Sangue cordonale: il caso resta aperto

■ In Italia esistono 18 banche pubbliche per la raccolta di campioni di sangue cordonale, però la maggior parte delle persone preferiscono pagare e far conservare quelle cellule staminali all'estero, presso biobanche straniere private, là dove è consentita la conservazione per uso autologo. Infatti secondo i dati ISTAT 2006, su 560.010 nascite, lo 0,46% ha deciso di donare il sangue del cordone ombelicale per uso eterologo, mentre l'1% ha deciso di portare le staminali in banche estere, non essendoci ad oggi la possibilità in Italia di conservare per sé il cordone ed essendo vietate le banche private. Ancora, nel 2007 è rimasto inutilizzato oltre il 98% dei campioni di sangue, derivanti dalle 570 mila nascite. Questo a causa di una normativa "poco chiara" in materia come è stato sottolineato nel corso di un convegno organizzato a Roma da Assobiobanche (l'organizzazione che riunisce le biobanche private specializzate per la raccolta delle staminali da cordone) dal titolo "Verso la rete di biobanche pubbliche e private". Luca Marini, presidente di Assobiobanche, ha ribadito le sue perplessità sul tema della conservazione del sangue cordonale. Secondo il suo parere, infatti, attualmente l'assetto normativo italiano

Nel nostro Paese è vietato conservare, presso strutture private, il sangue prelevato dal cordone ombelicale dei neonati per fini autologhi. È però possibile conservarlo all'estero. Questa contraddizione è stata al centro del convegno organizzato da Assobiobanche che ha inteso anche fare il punto della situazione su questo tema spinoso

"è contraddittorio e poco chiaro visto che vieta la conservazione del cordone per uso autologo ma la consente all'estero". "Non è comprensibile la ratio di un'ordinanza che vieta di fare in Italia ciò che permette espressamente di fare all'estero. E ciò, si badi, al di là dell'incertezza scientifica circa l'utilità della conservazione a fini autologhi delle cellule staminali cordonali". Marini ha poi aggiunto: "La normativa di settore è inadeguata, in termini formali e sostanziali. La complessità della materia esige uno strumento giuridico strutturato e non una semplice ordinanza ministeriale: ma, finora, tutte le offerte di collaborazione che Assobiobanche ha rivolto al Governo, proprio allo scopo di individuare nuovi e più adeguati assetti normativi, sono rimaste senza risposta". Inoltre, ha

spiegato Marini: "bisogna ricordare che la costituzione della rete di biobanche pubbliche e private è un preciso dettato legislativo, che deve essere attuato, il monopolio pubblico che vige di fatto in questa materia viola la normativa comunitaria relativa alla concorrenza e alla libera circolazione dei servizi, con l'inevitabile conseguenza di esporre il Governo alle procedure d'infrazione da parte delle istituzioni comunitarie". Marini ha poi concluso: "Non bisogna infine dimenticare che le biobanche private hanno una dimensione scientifica, imprenditoriale ed occupazionale che ricercherà le necessarie tutele nelle sedi nazionale e comunitaria". Il convegno - organizzato prima della scadenza, prevista per il 30 giugno, dell'ordinanza dell'ex ministro della Salute Livia Turco che vieta di istituire biobanche private per la raccolta e la conservazione del sangue cordonale, ma anche prima della scadenza (sempre il 30 giugno) del Decreto Milleproroghe che dispone "la raccolta autologa, la conservazione e lo stoccaggio delle staminali cordonali da parte di strutture pubbliche e private" - ha cercato di sollecitare una risposta in tempi brevi da parte del ministro del Welfare, Maurizio Sacconi, ma il tentativo è caduto nel vuoto poiché l'ordinanza è stata prorogata fino al 28 febbraio 2009. La motivazione della proroga, secondo quanto recita una nota del ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali è da ricer-

carsi "nelle elezioni anticipate e nell'insediamento del nuovo Governo che hanno inevitabilmente creato ritardi in alcune fasi essenziali per il completamento delle procedure da seguire per la creazione di questa rete". **Al momento dunque la decisione è rimandata** Resta però il fatto che le 18 biobanche pubbliche italiane specializzate nella raccolta e conservazione del sangue da cordone ombelicale sono strutture il cui livello "è riconosciuto all'estero, visto che il nostro Paese, rispetto al numero di cellule staminali cordonali conservate, è quello che riceve il maggior numero di richieste, anche da fuori". A dirlo è stato Alessandro Nanni Costa, direttore del Centro nazionale trapianti (Cnt) anche lui intervenuto al convegno organizzato da Assobiobanche. Nella donazione dei tessuti in generale l'Italia "riveste un ruolo di primo piano a livello internazionale, come dimostrano i 12 mila trapianti di tessuti che facciamo ogni anno - ha continuato Nanni Costa. Attualmente ci sono 30 biobanche pubbliche di cornee, ossa, pelle, tessuti vascolari e membrana amniotica. Accanto a queste ci sono 100 centri pubblici per la raccolta di cellule staminali emopoietiche da midollo osseo, grazie a cui si fanno 80 trapianti l'anno. Per quel che riguarda le banche private e la conservazione per uso autologo, nutro alcune perplessità. Non vi sono, in-

fatti, allo stato attuale, pubblicazioni scientifiche importanti su applicazioni di staminali cordonali autologhe che non siano emopoietiche". "A livello internazionale un terzo dei trapianti avviene tra consanguinei, vale a dire a livello familiare - ha spiegato una nota di Irene Martini, direttore scientifico di SmartBank, biobanca delle cellule staminali. Dunque le evidenze scientifiche ci sono eccome per sostenere che la conservazione privata ad uso familiare ha un suo indiscusso valore medico scientifico. Questo tralasciando considerazioni seppur importanti sul dato giuridico del diritto soggettivo a decidere cosa fare del cordone ombelicale e del suo prezioso contenuto biologico. Sebbene il reitro dell'ordinanza che vieta le banche private in Italia ma ne consente l'operatività per esportare all'estero continua a garantire un servizio anche alle famiglie italiane, prima o poi, anche l'Italia dovrà adeguarsi ad altri paesi europei e non e agli Stati Uniti dove, lo ricordo, dal 2007 si contano 10 mila trapianti con una percentuale di successo del 63% per uso familiare e del 28% per uso eterologo. Una percentuale di sicuro interesse che attesta a più del doppio le possibilità di successo nell'uso intra-familiare delle staminali a scopo di trapianto rispetto all'uso eterologo. Così come la sinergia tra sistema pubblico e privato ha fatto crescere anche la cultura della donazione del cordone". S.S.