



RAPPORTO
NASCITE 2014

Ancora troppi cesarei

Confermando la tendenza degli anni precedenti, nel 2014 il 35% dei parti è avvenuto con taglio cesareo, con notevoli differenze regionali e, comunque, un ricorso eccessivo al parto per via chirurgica. Il cesareo avviene soprattutto nelle case di cura accreditate

NEL 2014 L'88,8% DEI PARTI (in tutto 502.446, il numero più basso dal 2005 in poi) è avvenuto nelle strutture pubbliche e l'11,2% in quelle private, il 35% sono stati cesarei e il 20% delle madri era straniero. Il 62,5% dei parti è avvenuto in strutture dove se ne fanno oltre 1.000 l'anno, il 30,01% in quelle con un numero di parti tra 500 e 1.000 l'anno, ma il 75,3% avviene ancora in strutture da meno di 500 parti l'anno che sono 107 su 437 nel pubblico, 16 su 66 nel privato accreditato e 10 su 10 nel privato.

Il rapporto Cedap (Certificato di assistenza al parto) 2014 che il ministero della Salute ha da poco pubblicato contiene uno spaccato di tutto ciò che ruota attorno alle nascite, dai luoghi e le modalità con cui avvengono alla tipologia delle madri, dagli esami in gravidanza ai dati sulla procreazione medicalmente assistita. Questi sono alcuni dati di sintesi del Rapporto 2014.

I punti nascita. I punti nascita sono distribuiti in modo diverso sul territorio nazionale. Tra le Regioni del Nord, in Valle d'Aosta, Piemonte, Emilia Romagna e Lombardia oltre il 70% dei parti avviene in punti nascita di grandi dimensioni (almeno 1.000 parti l'anno) e queste strutture sono in ciascuna regione oltre il 40% dei punti nascita. Al contrario il Sud, dove oltre il 40% dei parti si svolge in punti nascita con meno di 1.000 parti l'anno. In particolare in Molise

tutti i punti nascita hanno effettuato nel 2014 meno di 1.000 parti.

I parti pre-termine. Ogni 100 parti si registrano 6,71 parti pre-termine. Nei punti nascita con meno di 500 parti all'anno, la frequenza dei parti pre-termine raggiunge il 3,36%, di questi il 4,35% sono parti molto pre-termine e l'1,21% è costituito da parti estremamente pre-termine. Nei punti nascita con meno di 500 parti e senza la presenza di Unità Operativa di Neonatologia e/o Terapia intensiva neonatale le percentuali sono, rispettivamente 3,12%, 4,11% e 1,21 per cento.

La mortalità infantile. Il tasso di mortalità infantile (la mortalità nel primo anno di vita) è nel 2014 di 2,96 bambini ogni mille nati vivi. Negli ultimi 10 anni ha continuato a diminuire su tutto il territorio italiano, anche se negli anni più recenti si assiste ad un rallentamento del trend. Anche qui sono notevoli le differenze territoriali. I decessi nel primo mese di vita sono dovuti soprattutto a cause cosiddette endogene, legate alle condizioni della gravidanza e del parto o a malformazioni congenite del bambino. La mortalità nel periodo post neonatale è invece generalmente dovuta a fattori di tipo esogeno legati alla qualità dell'ambiente igienico, sociale ed economico in cui vivono la madre e il bambino.

Le caratteristiche delle mamme. Le mamme nel 2014 sono state nel 20% dei casi non italiane, soprattutto al Centro-Nord con oltre il 25% e in particolare, in Emilia Romagna e Lombardia, il 30% delle nascite è riferito a madri straniere. Le aree geografiche di provenienza più rappresentative, sono l'Africa (25,2%) e l'Unione Europea (26,4%). Le madri di origine Asiatica e Sud Americana sono rispettivamente il 18,5% e il 7,9% delle madri straniere. L'età media della madre è di 32,7 anni per le italiane mentre scende a 29,9 anni per le cittadine straniere. L'età media al primo figlio è per le donne italiane quasi in tutte le Regioni superiore a 31 anni, con variazioni sensibili tra le regioni del Nord e quelle del Sud. Le donne straniere partoriscono il primo figlio in media a 28,2 anni.

Le caratteristiche dei neonati. Per la distribuzione regionale dei nati secondo il peso alla na-

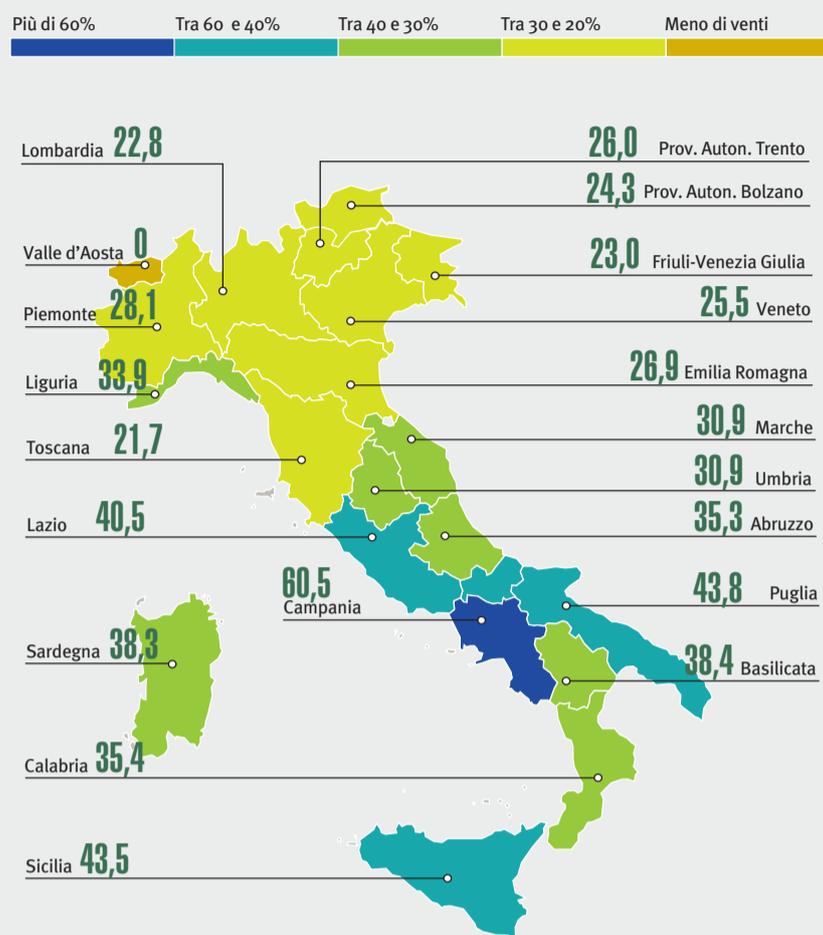
scita sono state considerate le seguenti classi: minore di 1500 grammi, tra 1500 e 2499 grammi, tra 2500 e 3299, tra 3300 e 3999 grammi ed oltre 3999. La distribuzione dei nati per classi di peso alla nascita è invariata rispetto a quella 2013. Pesi inferiori ai 1500 grammi si osservano nell'1,1% dei nati, il 6,3% ha un peso compreso tra 1500 e 2499 grammi, l'87,4% ha un peso tra 2500 e 3999 ed il 5,2% supera i 4000 grammi di peso alla nascita. Nel 2014 i nati a termine con peso inferiore ai 2500 grammi rappresentano circa il 2,96% dei casi.

Nel 2014 solo per il 21,6% dei 1.377 bambini nati morti è stata indicata la causa che ha determinato il decesso, nel 47,9% dei casi il motivo della morte non viene indicato e nel 30,5% dei casi viene indicata una causa errata o incompatibile per sesso e/o età. Nel 2014 attraverso il CeDAP sono state segnalati 4.492 casi di malformazioni riscontrabili al momento della nascita o nei primi 10 giorni di vita e per il 79,9% dei casi è stato indicato il tipo di malformazione.

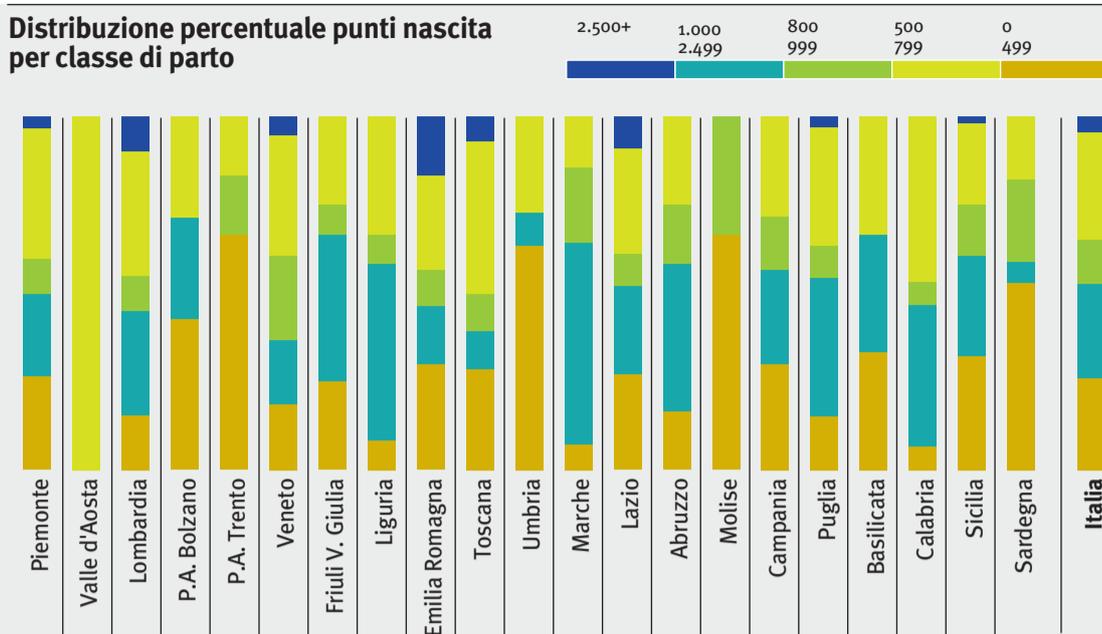
I cesarei. Confermando la tendenza degli anni precedenti, nel 2014 il 35% dei parti è avvenuto con taglio cesareo, con notevoli differenze regionali e, comunque, un ricorso eccessivo al parto per via chirurgica. Il cesareo avviene soprattutto nelle case di cura accreditate: circa il 53,6% dei parti contro il 32,6% negli ospedali pubblici. Il parto cesareo è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle straniere: si ricorre al taglio cesareo nel 28% dei parti di madri straniere e nel 36,8% dei parti di madri italiane. I parti vaginali dopo un precedente taglio cesareo, sono stati nel 2014, a livello nazionale il 12,7% e quasi esclusivamente nei punti nascita pubblici dove circa il 13,8% dei parti con precedente cesareo avviene in modo spontaneo contro il 7,9% nelle case di cura private accreditate e il 3,1% delle case di cura private non accreditate.

Analisi e controlli in gravidanza. Per quanto riguarda il periodo della gravidanza, nell'87% il numero di visite ostetriche è stato superiore a 4 mentre nel 73,3% delle gravidanze si effettuano più di 3 ecografie. La percentuale di donne italiane che effettuano la prima visita oltre il primo trimestre

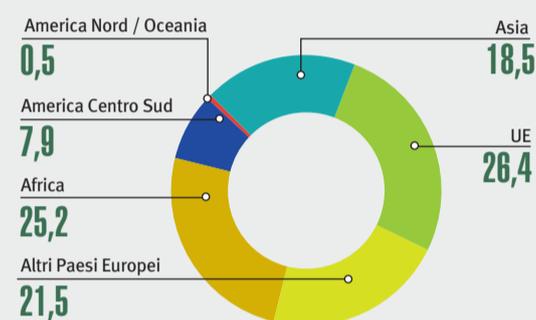
Distribuzione dei parti cesarei



Distribuzione percentuale punti nascita per classe di parto



Distribuzione dei parti per area geografica di provenienza della madre



Fonte: Rapporto Cedap, 2014

di gravidanza è del 2,6% mentre sale all'11,5% per le donne straniere. Le donne con scolarità bassa effettuano la prima visita più tardi rispetto alle donne con scolarità medio-alta: la percentuale di donne con titolo di studio elementare o senza nessun titolo che effettuano la prima visita dopo l'11° settimana di gestazione è del 10,6% mentre per le donne con scolarità alta la percentuale è del 2,6%. Anche la giovane età della donna, in particolare nelle madri al di sotto dei 20 anni, è associata a un maggior rischio di controlli assenti (3,2%) o tardivi (1° visita effettuata oltre l'undicesima settimana di gestazione nel 12,6% dei casi). Per quanto riguarda le tecniche diagnostiche prenatali invasive, sono state effettuate in media 9,26 amniocentesi ogni 100 parti. A livello nazionale alle madri con più di 40 anni il prelievo del liquido amniotico è stato effettuato nel 28,31% dei casi.

La procreazione medicalmente assistita. Nel 2014 delle 493.682 schede pervenute, 8.491 sono relative a gravidanze in cui è stata effettuata una tecnica di procreazione medicalmente assistita (Pma), in media 1,71 per ogni 100 gravidanze. A livello nazionale circa il 6,4% dei parti con procreazione medicalmente assistita ha utilizzato trattamento farmacologico. La fecondazione in vitro con trasferimento di embrioni in utero riguarda il 39,2% dei casi mentre la fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma riguarda il 35,5% dei casi e il 9,8% il trasferimento dei gameti maschili in cavità uterina. L'utilizzo delle varie metodiche è molto variabile dal punto di vista territoriale. Nelle gravidanze con Pma il ricorso al taglio cesareo nel 2014 si è verificato nel 54,7% di casi. La percentuale di parti plurimi in gravidanze medicalmente assistite (21,4%) è sensibilmente superiore a quella registrata nel totale delle gravidanze (1,7%). Si osserva una maggiore frequenza di parti con procreazione medicalmente assistita tra le donne con scolarità medio alta (2,3%) rispetto a quelle con scolarità medio bassa (1,1%) e tra le donne con età superiore ai 35 anni. La percentuale di parti con Pma aumenta al crescere dell'età, in particolare è pari al 8,3% per le madri con età maggiore di 40 anni.

MANCANO ANESTESISTI



ALESSANDRO VERGALLO
Presidente Nazionale
Aaroi-Emac



Per Punti Nascita realmente sicuri (a maggior ragione se vi si prevede l'analgia del parto) occorre una guardia anestesiológica h24 distinta da quella rianimatoria. Le Sale Parto inoltre devono essere adiacenti alle Sale Operatorie destinate ai Parti Cesarei da eseguirsi in Urgenza/Emergenza”

La partoanalgia rimane un diritto non esigibile

“Le dotazioni organiche di Anestesisti Rianimatori negli Ospedali italiani non sono sufficienti per garantire la partoanalgia in qualità e sicurezza secondo quanto previsto dal Dpcm sui Nuovi Lea pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 18 Marzo. ‘Giornata storica’ è stato detto. Talmente storica che la partoanalgia resterà un diritto fantasma in molti Ospedali. Come nella miglior tradizione della legiferazione italiana, i “diritti di carta” sono più importanti di quelli reali”. Ad affermarlo, in una nota, il Presidente Nazionale Aaroi-Emac **Alessandro Vergallo**.

Nella nota l'Aaroi-Emac sottolinea “quanto già manifestato più volte nel corso dell'iter legislativo compiuto dal Dpcm, facendo presente che non è mai stato applicato quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni 2010, in base al quale, come ricordato dal Dpcm, le Regioni, di concerto con il ministero della Salute, avrebbero dovuto obbligatoriamente individuare i Punti Nascita ove garantire la Partoanalgia, oltre che organizzare la razionalizzazione di quelli al di sotto di 500 parti/anno, e rimarcando che in assenza di tale individuazione, e soprattutto in carenza di Medici Anestesisti Rianimatori, laddove non vi sono le risorse necessarie per garantire la Partoanalgia in sicurezza, il servizio non potrà essere erogato”. “**Senza l'adeguamento degli organici delle Unità Operative di Anestesia e Rianimazione** – precisa il presidente dell'associazione –, è impossibile garantire l'epidurale H24 a tutte le future mamme che vorrebbero partorire senza dolore. Dubbi sulla sostenibilità erano emersi anche nella Nota di Lettura del Servizio Bilancio del Senato attraverso la richiesta di specificare il motivo per il quale le prestazioni per l'analgia epidurale non comporterebbero incrementi di oneri. Domanda più volte posta dall'Aaroi-Emac al ministro della Salute e sempre rimasta senza risposta”. “In estrema sintesi, – sottolinea Vergallo – **per Punti Nascita**

realmente sicuri (a maggior ragione se vi si prevede l'analgia del parto) occorre una guardia anestesiológica h24 distinta da quella rianimatoria, che laddove il numero di parti annui è considerevole deve essere “dedicata”, cioè comunque aggiuntiva a quella destinata a coprire le urgenze legate alle sale operatorie e ai Pronto Soccorso. Le Sale Parto devono, inoltre, essere adiacenti alle Sale Operatorie destinate ai Parti Cesarei da eseguirsi in Urgenza/Emergenza”.

Per Vergallo “è da terzo mondo pretendere che ancora oggi le urgenze e le emergenze in capo agli Anestesisti Rianimatori, nei Punti Nascita e non solo, siano coperte da personale medico in “pronta disponibilità”, obbligato ad accorrere dalla propria casa in ospedale, ad ogni ora della notte, e spesso con condizioni meteorologiche e logistiche rischiose per l'incolumità propria ed altrui, in soccorso di un sistema ospedaliero ridotto ad un colabrodo da amministrazioni che risparmiano sulle risorse umane per aver maggior libertà di spreco su altri fronti di spesa. Prima si adeguino le dotazioni organiche, l'organizzazione del lavoro nelle Sale Parto (oltre che in generale negli Ospedali), nonché le stesse strutture presso le quali sono operanti i Punti Nascita (è impensabile che possano continuare ad esistere Sale Operatorie distanti diversi piani, e/o diversi corridoi, o addirittura poste in padiglioni diversi, rispetto alle Sale Parto), poi si individuino gli Ospedali dove poter istituire il servizio di Partoanalgia, ed infine, solo a quel punto si istituisca il servizio; i servizi già istituiti senza tali presupposti vanno ricondotti ai medesimi requisiti”. **L'Aaroi Emac conclude annunciando che vigilerà “affinché le Direzioni Sanitarie non facciano piovere dall'alto decisioni organizzative fantasiose che mettono a rischio non solo i medici, ma anche e soprattutto la salute delle mamme e dei bambini. In caso contrario, non esiterà ad informarne i cittadini”.**