



Gravidanze e nuove nascite nella regione Marche

in copertina:

Contadina con bambino

di **Giancarlo Piranda**

Olio su cartone 26 x 30 anno 1965

www.giancarlopiranda.com

info@giancarlopiranda.com

Gravidanze e nuove nascite nella regione Marche

*Primo rapporto sui dati del Certificato
di assistenza al parto
Anno 2008*

Osservatorio Epidemiologico sulle Diseguaglianze/ARS Marche
con la collaborazione del Sistema Informativo Statistico della Regione Marche

A cura di:

Cristina Mancini*, Francesca Polverini*, Maria Elena Tartari**, Patrizia Carletti*

In collaborazione con:

David Barchiesi*,

Luana Gaetani, U.O. Ostetricia e Ginecologia, ASUR Marche ZT 12

*Osservatorio Epidemiologico sulle Diseguaglianze, ARS Regione Marche

** Sistema Informativo Statistico, Regione Marche

Si ringraziano:

Carlo Di Biagio, U.O. Ostetricia e Ginecologia, ASUR Marche ZT 12

Lucilla Dubbini, ginecologa

Fiorenza Giorgetti, U.O. Attività Consultoriali, Distretto Nord Falconara, ASUR Marche ZT 7

Federica Michieletto, Direzione della Prevenzione, Regione Veneto

Marcherita Piermaria, ASUR Marche ZT 7; Collegio Ostetriche Ancona

Patrizia Vitali, Dipartimento di Sanità Pubblica AUSL di Cesena

Copia della presente pubblicazione può essere richiesta all'Osservatorio epidemiologico sulle Diseguaglianze, diseguaglianze@regione.marche.it o scaricata dal sito internet:

http://www.ars.marche.it/osservatorio_dis/

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Indice

1. Prefazione	pag. 5
2. Presentazione	pag. 7
3. Introduzione	pag. 9
4. Note metodologiche	pag. 11
5. Risultati	pag. 15
5.1 <i>Contesto demografico</i>	pag. 15
5.1.1 Popolazione residente	pag. 15
5.1.2 La popolazione straniera	pag. 17
5.1.3 Natalità e fecondità	pag. 22
5.2 <i>Caratteristiche socio-demografiche dei genitori</i>	pag. 25
5.2.1 Cittadinanza	pag. 25
5.2.2 Età materna	pag. 25
5.2.3 Stato civile della madre	pag. 28
5.2.4 Condizione professionale materna e paterna	pag. 29
5.2.5 Scolarità materna e paterna	pag. 30
5.3 <i>Il percorso nascita</i>	pag. 32
5.3.1 Visite effettuate in gravidanza	pag. 32
5.3.2 Epoca della prima visita	pag. 35
5.3.3 Ecografie in gravidanza	pag. 37
5.3.4 Indagini invasive prenatali	pag. 38
5.4 <i>L'evento parto</i>	pag. 42
5.4.1 Durata della gravidanza	pag. 42
5.4.2 Luogo del parto	pag. 46
5.4.3 Ora del parto	pag. 47
5.4.4 Modalità del travaglio	pag. 49
5.4.5 Modalità del parto	pag. 52
5.4.6 Parti cesarei per punto nascita secondo la classificazione di Robson.....	pag. 60
5.4.7 Personale sanitario presente al parto	pag. 76
5.4.8 Presenza di una persona di fiducia della donna in sala parto	pag. 78
5.4.9 Parto semplice e plurimo	pag. 81
5.4.10 Presentazione del neonato	pag. 81
5.5 <i>Le nuove nascite</i>	pag. 84
5.5.1 Proporzione e genere dei nati	pag. 84
5.5.2 Peso alla nascita	pag. 85
5.5.3 Punteggio Apgar a 5 minuti e rianimazione neonatale	pag. 87
5.5.4 Natimortalità	pag. 89
5.5.5 Malformazioni	pag. 91
5.6 <i>Le diseguaglianze nel percorso nascita</i>	pag. 93

6. Sintesi	pag. 100
7. Conclusioni e suggerimenti	pag. 103
8. Bibliografia	pag. 110
9. Allegati	
9.1 Scheda CeDAP 2008	pag. 115
9.2 CeDAP 2008: completezza e qualità dei dati	pag. 121
9.3 Lista dei paesi PSA e PFPM	pag. 125
9.4 Modelli di analisi multivariata	pag. 133

1. Prefazione

La salute della donna, dei bambini e degli adolescenti è alla base di una società sana e, pertanto, costituisce una priorità per il servizio sanitario marchigiano, come costantemente indicato nelle direttrici dei Piani Sanitari Regionali.

Negli ultimi decenni l'assistenza alla donna in gravidanza e al parto è molto migliorata con conseguente miglioramento degli esiti. Si tratta tuttavia di continuare a sorvegliare e a tutelare la salute materno infantile tenuto conto dei continui mutamenti che avvengono nella nostra società. Oggi infatti da un lato si assiste, nelle donne italiane, ad un aumento dell'età del parto e ad una grande attenzione con cui esse scelgono di avere una gravidanza, (con un forte ricorso al privato e notevole uso della diagnostica prenatale), dall'altro si è di fronte ad un costante incremento della proporzione di donne straniere che partoriscono nelle Marche – si tratta ormai di un parto su cinque – ; queste donne pur essendo più giovani delle italiane, presentano maggiori rischi relativamente ai controlli in gravidanza e agli esiti di salute presenti nei neonati.

Il report contiene indicazioni preziose sugli interventi che prioritariamente sono da implementare. In particolare ci sollecita a continuare le attività di informazione ed educazione per una maternità consapevole, a potenziare le attività dei consultori familiari, servizi specificamente orientati alle pratiche di promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi di donne marchigiane a rischio e al crescente numero di donne immigrate, facilitando loro l'accesso alle informazioni e ai servizi, e per le immigrate, anche tramite un impiego stabile della mediazione interculturale.

Dallo studio emergono inoltre indicazioni a lavorare affinché si raggiunga una maggiore omogeneità dei comportamenti assistenziali nei vari punti nascita anche al fine di ridurre il ricorso al taglio cesareo, perseguendo le indicazioni dell'OMS.

Auspichiamo infine che si possa migliorare la presa in carico socio-assistenziale della donna e della famiglia nel percorso nascita attraverso una migliore integrazione tra i professionisti delle strutture ospedaliere, di quelle territoriali, i Pediatri di Libera Scelta, i Medici di Medicina Generale e tra questi e i Servizi Sociali.

Rivolgo un ringraziamento all'Osservatorio Epidemiologico sulle Diseguaglianze e al Sistema Informativo Statistico della Regione Marche per la stesura del report, uno strumento che ci consente di individuare gli interventi socio-sanitari necessari a tutelare la salute materno-infantile e a tutti coloro, in particolare le ostetriche, che giornalmente, oltre al lavoro assistenziale, contribuiscono a mantenere la buona qualità del Certificato Di Assistenza al Parto.

Almerino Mezzolani
Assessore alla Tutela della salute

2. Presentazione

La salute materno-infantile ha assunto da decenni per i Sistemi Sanitari una valenza strategica, date le sue ricadute positive sul benessere psico-fisico dell'intera popolazione, attuale e futura.

Risulta pertanto necessario garantire a tutti i gruppi di popolazione una buona qualità dell'assistenza in gravidanza, al parto e ai neonati e, trattandosi di eventi fisiologici, sostenere intensivamente le pratiche di promozione della salute basate sulla partecipazione e sulla valorizzazione delle capacità del singolo e della comunità, in modo da ridurre le differenze nello stato di salute ed assicurare pari opportunità di informazione e di accesso ai servizi e all'assistenza.

Per i Sistemi Sanitari Regionali è fondamentale disporre di un sistema di sorveglianza che consenta di individuare, sulla base delle criticità emergenti, gli interventi efficaci da attuare per raggiungere gli obiettivi di tutela della salute materno-infantile.

Il presente rapporto "Gravidanze e nuove nascite nella regione Marche", relativo ai dati più recenti disponibili, quelli dell'anno 2008, è la prima analisi regionale dei dati raccolti con il Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP).

Esso fornisce non solo informazioni quantitative sulle nascite ma anche informazioni sulle caratteristiche socio-anagrafiche delle donne e sulla qualità dell'assistenza alla gravidanza e al parto, presentando in tal modo un quadro generale sui principali problemi socio-sanitari che hanno un impatto negativo sulla salute materno-infantile e sui quali è necessario orientare gli interventi prioritari.

La qualità dell'assistenza e gli esiti della gravidanza e del parto complessivamente appaiono buoni, anche se si delineano evidentemente due gruppi: quello della maggioranza delle gestanti che riceve cure prenatali in eccesso, dispendiose, potenzialmente ansiogene e iatrogene, e quello della minoranza delle gestanti, caratterizzata da un profilo sociale vulnerabile, che non riceve cure adeguate.

Ciò fornisce una indicazione chiara sulla necessità di programmare e costruire con i professionisti interventi specifici rivolti ai gruppi vulnerabili di popolazione per superare tali disuguaglianze nella salute.

Infine ci sembra importante poter fornire un ritorno informativo agli operatori dei punti nascita della regione, prevalentemente ostetriche, che con professionalità ed impegno hanno raccolto i dati oggetto del presente rapporto, auspicando che esso possa essere utile al miglioramento del loro lavoro nell'ambito dell'assistenza alla donna in gravidanza, al parto e ai nuovi nati.

Ringraziamo quanti hanno con competenza collaborato alla raccolta delle preziose informazioni contenute nel CeDAP e sollecitiamo tutti i lettori a comunicarci commenti e suggerimenti utili a migliorare le elaborazioni, in vista dei prossimi aggiornamenti.

Maria Elena Tartari
*Sistema Informativo Statistico
Regione Marche*

Patrizia Carletti
*Osservatorio Epidemiologico sulle Disuguaglianze
ARS/Regione Marche*

3. Introduzione

La motivazione finale che induce a sorvegliare la salute materno-infantile sta nel fatto che questa è una misura molto sensibile del grado di benessere dell'intera popolazione e della qualità delle cure.

Per la sorveglianza della qualità dell'assistenza e degli esiti della gravidanza e del parto il Ministero della Salute ha istituito nel 2001, con il DM n. 396, un flusso ministeriale obbligatorio attraverso la compilazione del Certificato Di Assistenza al Parto (CeDAP) che dunque è una fonte informativa prevista in tutte le Regioni italiane.

Nella Marche il flusso viene gestito dal Sistema Informativo Statistico della Regione Marche.

Nel 2008 sono stati notificati 14.279 CeDAP da 17 su 18 punti nascita della Regione Marche (16 pubblici e 2 privati accreditati) con una buona copertura del sistema, pari al 97.3% dei 14.669 parti effettuati nella Regione.

La scheda di rilevazione, compilata per ogni parto, contiene numerose informazioni sulle caratteristiche della madre e dei nati, oltre ad alcune sul padre, sui percorsi assistenziali fruiti e sugli esiti sanitari più rilevanti di gravidanza, parto e nascita.

Questo rende possibile mettere in relazione, con rigore scientifico¹ la variabilità della qualità dell'assistenza ricevuta e degli esiti della gravidanza e del parto con alcune variabili sullo stato socio-economico e la cittadinanza delle madri, secondo quanto raccomandato dall'OMS (1).

Le informazioni ottenute dall'elaborazione dei dati sono riconducibili alle seguenti categorie:

- informazioni anagrafiche e socio-demografiche sui genitori;
- informazioni sulla gravidanza;
- informazioni sul parto;
- informazioni sul neonato;
- informazioni sulla eventuale presenza di malformazioni;
- diseguaglianze.

Gli indicatori utilizzati, condivisi dalla letteratura scientifica specifica e indicati dall'OMS (2, 3), sono impiegati anche in rapporti europei (4), nazionali e nei rapporti di altre regioni italiane.

I dati sui parti sono stati dettagliatamente analizzati anche per punto nascita, consentendo il confronto tra le diverse Zone Territoriali e Aziende Ospedaliere della Regione Marche.

A prescindere dall'approccio individuato, sempre suscettibile di miglioramenti, il report presenta informazioni riguardanti le caratteristiche e la quantificazione della popolazione sensibile, rilevanti per intraprendere politiche di intervento appropriate.

1 Si vedano le note metodologiche.

4. 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 condizione di "nascita all'estero" è stata considerata di per sé non sufficiente a definire la condizione di immigrato in quanto i "nati all'estero" possono essere in percentuali anche rilevanti "cittadini italiani nati all'estero", essendo stata l'Italia, anche in epoche recenti, un paese di emigranti.

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"² (5).

2. Definizione di parità:

In fase di elaborazione dati le partorienti sono state considerate "nullipare" se l'informazione "numero di parti precedenti" era mancante o valorizzato con zero e se anche le informazioni sul "numero di nati vivi" o "numero di nati morti" o numero di cesarei precedenti erano state valorizzate come zero o mancanti; altrimenti le partorienti sono state considerate pluripare.

3. Data-base e software utilizzati

La fonte dei dati contenuti nel rapporto è il data-base regionale delle schede del Certificato Di Assistenza al Parto (CeDAP) per gli anni 2004-2008 e quello delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) per le analisi sulla copertura della rilevazione. Le informazioni demografiche, riguardanti la popolazione marchigiana residente, sono state tratte dal sito www.demo.istat.it; altre fonti utilizzate sono esplicitate nel testo o nelle tabelle/grafici.

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

4. Unità di analisi

Sono stati analizzati i parti e i neonati.

5. 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 regionale ed i valori sono stati confrontati con quelli contenuti sia nel 6° Rapporto CeDAP – Anno 2008 – della Regione Emilia-Romagna che nell'ultimo Rapporto CeDAP nazionale – Anno 2007 – curato dal

2 Questa definizione di caso 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/13488/P/F 3 ad, 2007) – Coordinamento Osservatorio Diseguaglianze/ARS Marche. http://www.ars.marche.it/osservatorio_dis/prjPromozioneSaluteImmigrati.asp.
Per la classificazione di Paese a Forte Pressione Migratoria (PFPM) e di Paese a Sviluppo Avanzato (PSA) consultare l'allegato 9.3 del presente rapporto.

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.

6. Analisi statistica

È stata svolta con tecniche di analisi univariata e multivariata.

- Analisi univariata:

Permette di valutare se esiste un'associazione (e quanto questa eventualmente sia forte) tra alcuni esiti/eventi riguardanti il percorso nascita ed il neonato³ ed alcuni fattori di rischio, universalmente riconosciuti dalla letteratura scientifica come tali, per gli eventi/esiti considerati. Si è proceduto all'effettuazione delle analisi logistiche univariate di interesse che hanno fornito una stima dell'*Odds Ratio (OR)* e del rispettivo *Intervallo di Confidenza (IC) al 95%*.

L'*Odds Ratio* è la misura che mette in relazione, in termini probabilistici, il verificarsi dell'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 vero dell'associazione tra fattore di rischio considerato ed evento/esito.

Il *Rischio Relativo* è un'altra misura che mette in relazione, in termini probabilistici, il verificarsi dell'evento/esito preso in esame con i fattori di rischio individuati in quanto esprime il rapporto tra l'incidenza dell'evento/esito in un gruppo di individui, che sono esposti ad un determinato fattore, e l'incidenza dello stesso evento/esito in altro gruppo che non è esposto a quel medesimo fattore. Esprime in altre parole il numero di volte in più o in meno che l'evento/esito si verifica in un gruppo rispetto all'altro. Analogamente all'*OR* se:

- **RR è uguale ad 1** significa che il fattore di esposizione non è un fattore di rischio, in

3 Gli eventi/esiti presi in esame sono stati: "effettuazione di un numero di visite in gravidanza non superiore a 4; effettuazione tardiva della prima visita di controllo in gravidanza; effettuazione di almeno un'indagine invasiva; parto pretermine; induzione del travaglio; parto con taglio cesareo; presenza di una persona di fiducia in sala parto; parto podalico; neonato di basso peso alla nascita; neonato con indice di Apgar < di 8 a 5 minuti dalla nascita, indicativo di sofferenza neonatale.

- quanto la probabilità del verificarsi dell'evento/esito è uguale nei due gruppi;
- **RR 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;
- **RR 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.

Valore p (p-value)

Il valore p di una misura (ad esempio l'OR) serve per testare la significatività statistica della stessa ed esprime la probabilità che le differenze osservate nei due gruppi (quello esposto al fattore di rischio e quello non esposto allo stesso fattore di rischio) siano da attribuire al caso. Il fattore di rischio individuato si considera associato dal punto di vista statistico con l'evento/esito se il valore del *p-values* è inferiore a 0.05; ciò significa che la probabilità che le differenze osservate nei 2 gruppi siano dovute al caso si presenterebbe una volta su 20 (5%), quindi probabilità bassa.

- Analisi multivariata: regressione logistica

Per la descrizione della presenza di diseguaglianze socio-economiche negli eventi/esiti, in precedenza elencati, riguardanti il percorso nascita della regione Marche è stata eseguita la regressione logistica che permette di valutare il ruolo di ogni fattore di rischio sul verificarsi dell'evento/esito, al netto dell'effetto di tutti gli altri fattori di rischio.

Questa procedura infatti viene effettuata quando si ipotizza che la relazione tra il verificarsi dell'evento/esito ed il fattore di rischio individuato sia contemporaneamente "influenzata" da altri fattori di rischio (uno o più) la cui presenza distorce⁴ l'effetto del fattore di rischio individuato sull'evento/esito.

Anche i risultati della regressione logistica sono espressi come *OR*, *IC* e *p-value*. Dai dati utilizzati per quest'analisi sono stati esclusi i casi relativi ai parti plurimi⁵.

Nell'allegato 9.4 (da tab.1 a tab. 9) sono riportati i risultati dei modelli multivariati connessi agli eventi/esiti che sono stati studiati, mentre nel capitolo: "Le diseguaglianze nel percorso nascita" si è scelto di rappresentare le informazioni (ricavate sempre dalla regressione logistica) a partire dalle principali dimensioni indicative di uno svantaggio socio-economico quali la scolarità materna medio-bassa; la cittadinanza materna in Paesi a Forte Pressione Migratoria (madre immigrata) e la mancanza di un'occupazione materna. Sono stati inoltre anche considerati l'età materna e la parità, fattori questi che di per sé non sono indicatori di diseguaglianze socio-economiche, ma che possono agire da elementi di amplificazione del rischio.

4 Per distorsione si intende un'accentuazione od una riduzione dell'effetto del fattore di rischio sull'evento/esito.

5 Dall'elaborazione del modello multivariato avente come esito la "presenza di una persona di fiducia in sala parto" sono stati esclusi anche i record riguardanti i parti cesarei d'elezione o in urgenza.

ACRONIMI

ARS	Agenzia Regionale Sanitaria
ASL	Azienda Sanitaria Locale
AO	Azienda Ospedaliera
CAN	Corso di Accompagnamento alla Nascita
CeDAP	Certificato Di Assistenza al Parto
IC	Intervallo di Confidenza
	Classificazione Internazionale delle Malattie, nona revisione,
ICD 9 CM	Modificazione Clinica («International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification)
OED	Osservatorio Epidemiologico Diseguaglianze
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
OR	Odds Ratio
PFPM	Paese a Forte Pressione Migratoria
POMI	Progetto Obiettivo Materno Infantile
PN	Punto Nascita
PSA	Paese a Sviluppo Avanzato
RR	Rischio Relativo
SIEOG	Società Italiana Ecografisti Ostetrico-Ginecologici
SDO	Scheda di Dimissione Ospedaliera
TdP	Travaglio di Prova
TFT	Tasso di Fecondità Totale
TC	Taglio Cesareo
vs	versus
ZT	Zona Territoriale

5. Risultati

5.1. Contesto demografico

5.1.1 Popolazione residente

La popolazione delle Marche al 1° gennaio 2009 è costituita da 1.569.578 residenti, con un incremento di 16.515 unità rispetto all'anno precedente e di oltre 114 mila unità nel corso dell'ultimo decennio (variazione % '99-'09 pari all'8%).

La crescita demografica dipende in larga misura dalla immigrazione di stranieri.

Nel 2009 infatti il tasso di incremento regionale⁶ complessivo è stimato al 6.7 per mille, ma quello degli italiani è di -0.7 per mille mentre quello degli stranieri è dell'88 per mille (6).

Nel corso degli ultimi 10 anni la struttura della popolazione per classi di età si è profondamente modificata (fig.1): nel 1999 i 30-34 enni erano la classe più numerosa, 10 anni dopo sono i 40-44 enni ad essere la popolazione più rappresentata.

La quota di bambini tra 0 e 4 anni è più elevata (per la ripresa della fecondità delle donne italiane, ma soprattutto per il contributo delle nascite da genitori stranieri e per i ricongiungimenti familiari), così come lo sono le classi estreme della popolazione a partire dagli ottantenni, mentre si contrae la classe 15-34 anni che risente dei bassi tassi di natalità degli anni '80 e '90.

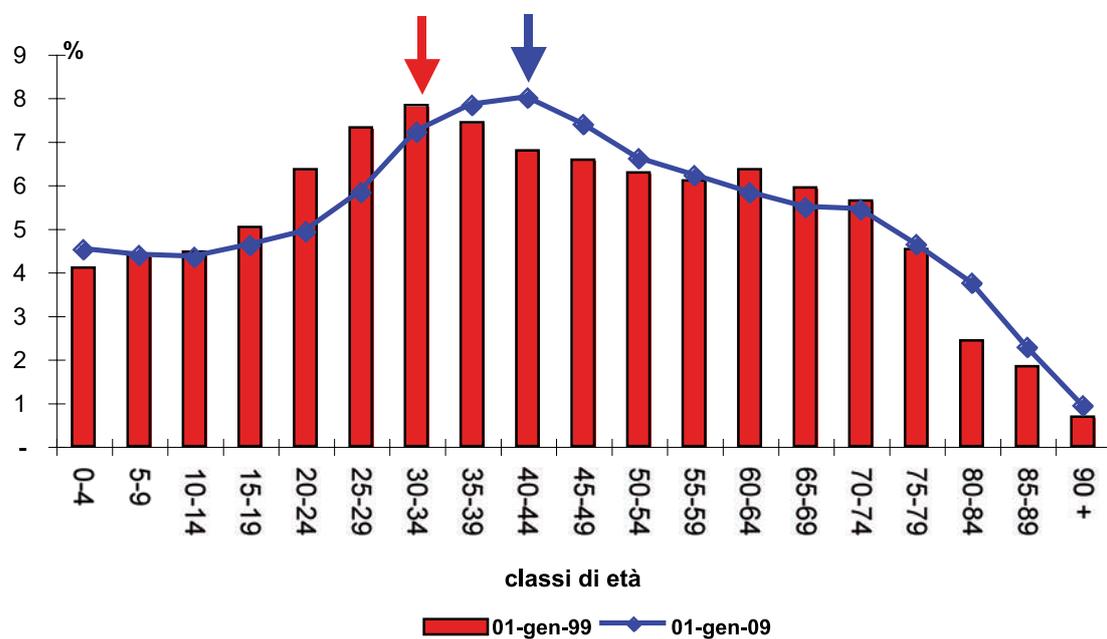
L'analisi degli indicatori di struttura della popolazione evidenzia che:

- in 10 anni il rapporto tra generazioni vecchie (persone di 65 anni e più) e giovani (soggetti di 0-14 anni) passa dal 163% del 1999, al 170% del 2009;
- il rapporto di dipendenza tra persone in età inattiva (0-14 anni e 65 anni e più) e coloro che rappresentano il bacino della popolazione che si fa carico di sostenerle economicamente (15-64 anni), passa dal 51.4% al 55.4%;
- il peso delle persone anziane è in aumento e nel 2009 rappresenta il valore di 34.9 individui ogni 100 soggetti in età attiva vs il 31.8 del 1999.

Complessivamente quindi il quadro è quello di una popolazione che invecchia e che diventa più longeva.

6 Tasso di incremento = (saldo naturale + saldo migratorio con l'estero + saldo migratorio interno)/ totale popolazione residente * 1.000

**Fig.1 Popolazione residente nelle Marche, per classi quinquennali di età.
Confronto 1 gennaio 1999 - 1 gennaio 2009.**



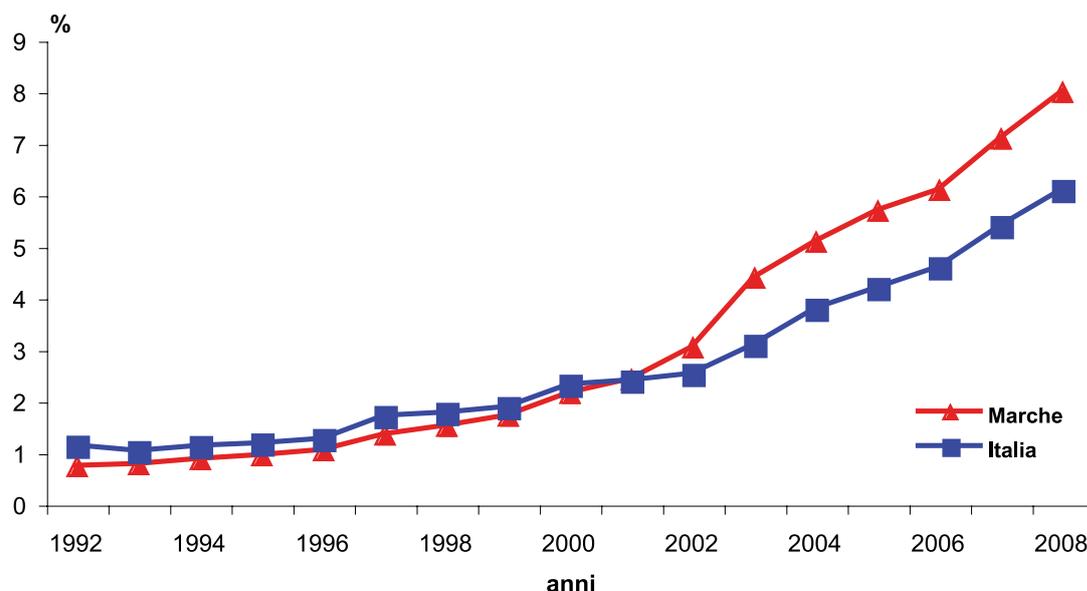
Fonte: Demo Istat

Elaborazione: Osservatorio epidemiologico Diseguaglianze/ ARS Marche

5.1.2 La popolazione straniera

Nelle Marche al 1° gennaio 2009 gli immigrati - stranieri con cittadinanza nei Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) - residenti nella Regione sono 125.438 pari a circa l'8% della popolazione residente (il 6.1% in Italia), in costante aumento al pari di quanto accade in Italia (fig. 2).

Fig. 2 Popolazione immigrata sul totale della popolazione residente. Confronto Marche - Italia, anni 1992-2008.



Fonte: Istat (permessi di soggiorno) fino al 2002, anagrafe residenti dal 2003

Elaborazione: Osservatorio epidemiologico Diseguaglianze/ ARS Marche

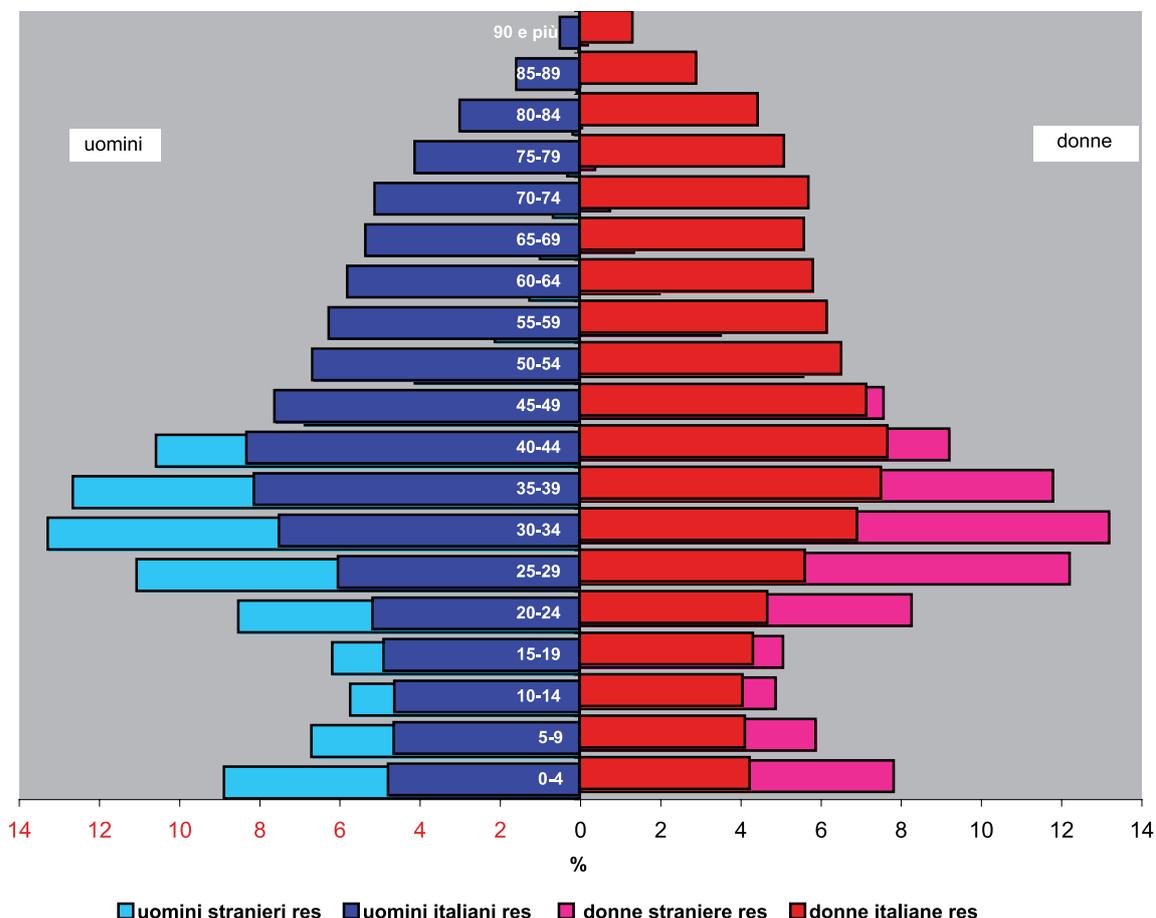
Questa popolazione è nettamente più giovane di quella dei residenti di cittadinanza italiana, infatti:

- l'età mediana è pari a 32 anni rispetto ai 42 anni degli italiani;
- il 23% ha meno di 18 anni ed il 71% meno di 40 anni. Tra i residenti italiani le rispettive percentuali sono invece pari al 16% ed al 44%;
- le piramidi dell'età della popolazione residente, italiana e straniera, sovrapposte (fig. 3) mostrano in particolare che nella classe 0-4 anni la percentuale di bambini stranieri è circa doppia rispetto a quella dei bambini italiani in entrambi i sessi; all'incirca doppia è anche la proporzione di donne straniere di età 25-29 anni e 30-34 anni. Complessivamente la classe di età 0-44 anni della popolazione straniera, in valori percentuali è più rappresentata rispetto a quella italiana (81% vs 52%)⁷.

La presenza di immigrati quindi è più rilevante in certe classi di età come i minori e le persone in età da lavoro. Ciò funge da parziale riequilibrio alla struttura per età della popolazione residente, la cui tendenza è verso un progressivo invecchiamento, poiché colma i vuoti generazionali lasciati dagli italiani.

⁷ Le percentuali relative alle classi di età considerate nel testo sono state calcolate utilizzando come denominatore, di volta in volta, il totale della popolazione residente italiana o il totale della popolazione residente straniera.

Fig. 3 Piramide dell'età della popolazione, residente nelle Marche al 1° gennaio 2009, italiana e straniera.

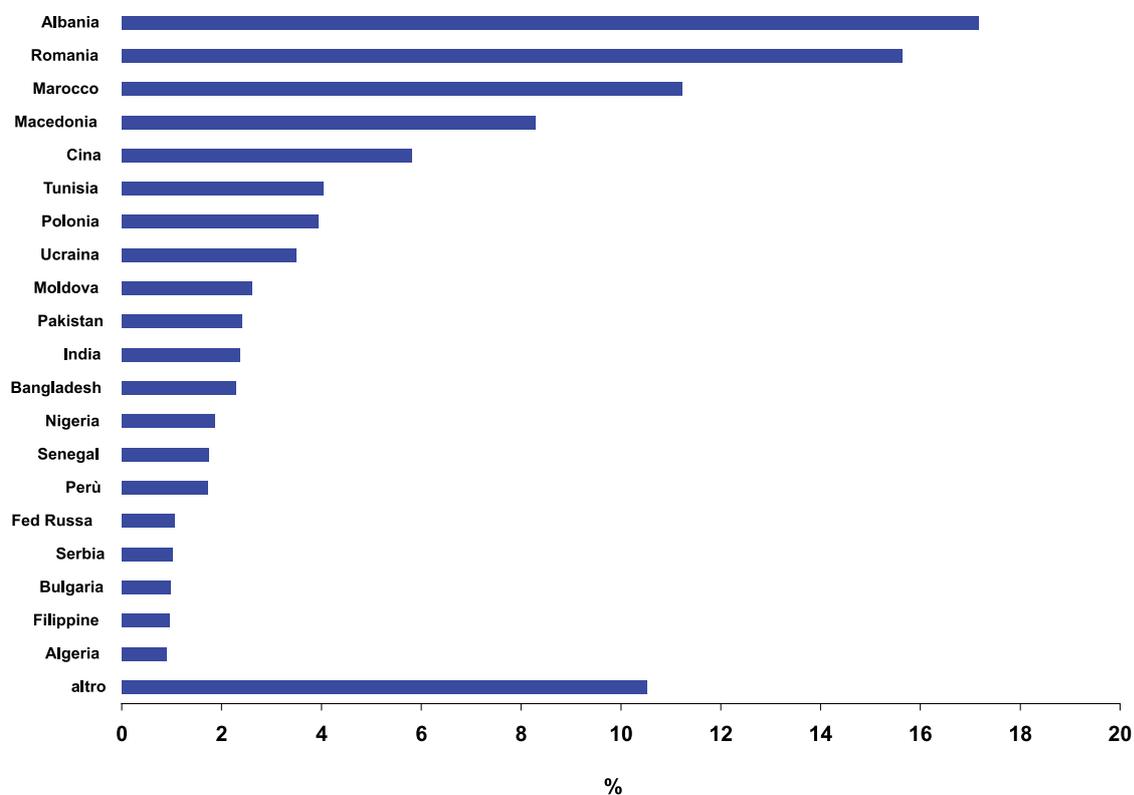


Fonte: Demo Istat

Elaborazione: Osservatorio epidemiologico Diseguaglianze/ ARS Marche

Nel 2008 i paesi di provenienza degli immigrati maggiormente rappresentati, analogamente agli anni precedenti, sono: l'Albania (21.531 persone pari al 17.2% degli immigrati), la Romania (19.602 persone pari al 15.6%), il Marocco (14.070 persone pari all'11.2%), la Macedonia (10.409 persone pari all'8.3%) e la Cina (7.279 persone pari al 5.8%) (fig. 4). Complessivamente nel territorio marchigiano si contano più di 130 nazionalità.

Fig. 4 Immigrati residenti nelle Marche per cittadinanza: prime 20 nazionalità più rappresentate al 1° gennaio 2009.



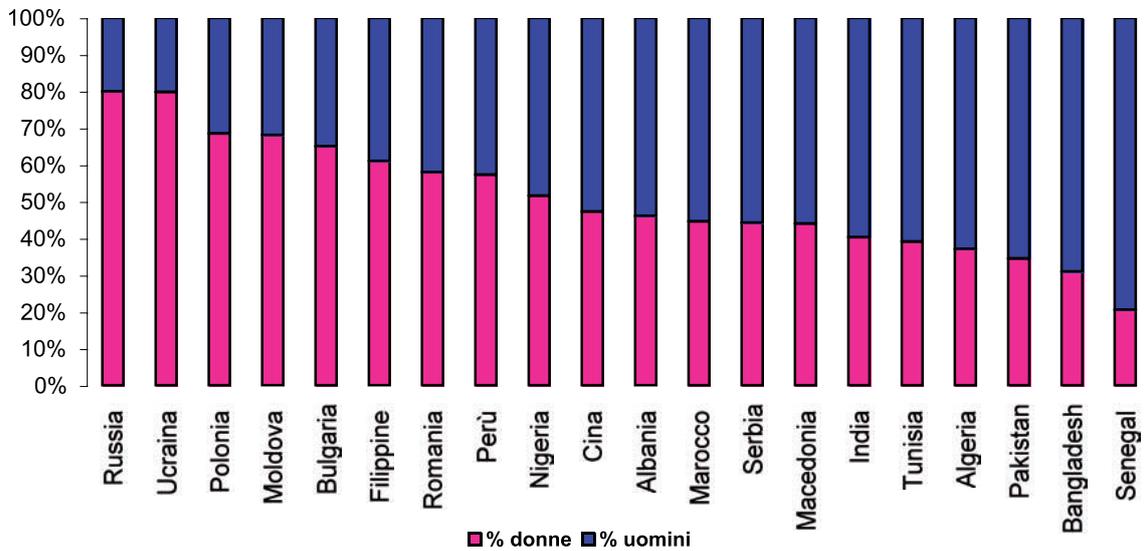
Fonte: Demo Istat

Elaborazione: Osservatorio epidemiologico Diseguaglianze/ ARS Marche

Il fenomeno migratorio si è modificato nel corso degli anni, con un progressivo aumento della componente femminile che al 1° gennaio 2009 supera di poco quella maschile, costituendo il 50.7% degli immigrati residenti.

La distribuzione per genere varia a seconda delle comunità: la popolazione proveniente dall'Europa Orientale è prevalentemente femminile: Russia ed Ucraina (80%), Polonia (69%), Moldova (68%), Bulgaria (65%). I paesi asiatici ed africani sono invece caratterizzati da una migrazione ancora prevalentemente maschile: Senegal (79%), Bangladesh (69%), Pakistan (65%) Algeria (63%) (fig. 5).

Fig. 5 Distribuzione per genere degli immigrati residenti nella Regione Marche: prime 20 nazionalità più rappresentate al 1° gennaio 2009.

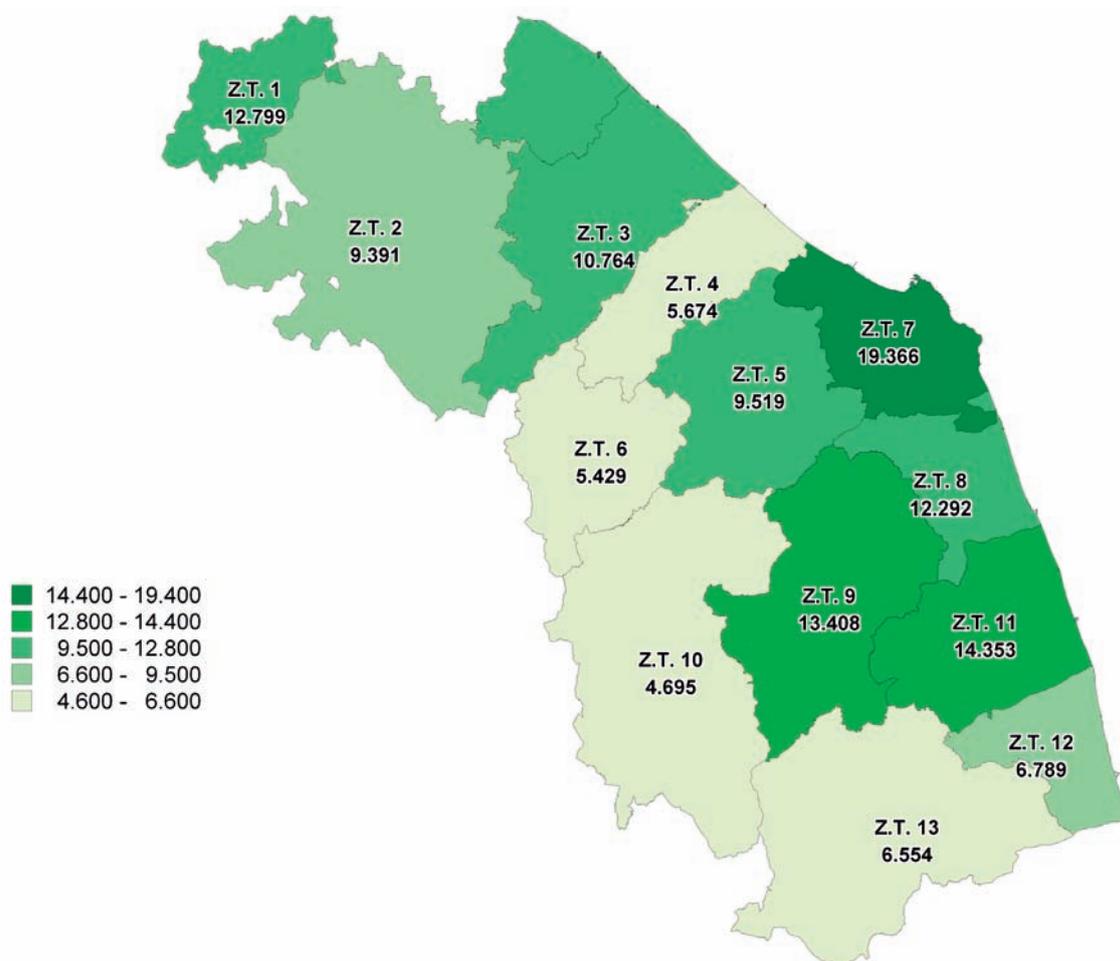


Fonte: Demo Istat

Elaborazione: Osservatorio epidemiologico Diseguaglianze/ ARS Marche

La figura 6 mostra la numerosità degli immigrati nelle 13 Zone Territoriali (ZT ex ASL) della regione Marche. Il maggiore numero assoluto di immigrati è nelle: ZT 7 di Ancona, ZT 11 di Fermo, ZT 1 di Pesaro, ZT 3 di Fano, ZT 9 di Macerata, ZT 8 di Civitanova.

**Fig. 6 Numero immigrati regolari, per Zona Territoriale.
Regione Marche, anno 2008.**



Fonte: Demo Istat

Elaborazione: Osservatorio epidemiologico Diseguaglianze/ ARS Marche

5.1.3 Natalità e fecondità

Dai dati Istat nel 2008 sono stati registrati nelle anagrafi comunali marchigiane 14.529 nati, circa 526 bambini in più rispetto all'anno precedente.

Da diversi anni a livello nazionale e regionale si assiste ad un incremento della natalità: nelle Marche tale incremento, nel periodo 2000-2008, è più marcato rispetto all'Italia (tab. 1), infatti il tasso di natalità⁸ mostra una variazione percentuale del 10.6% vs il 3.2% dell'Italia; questi dati sono in linea con la ripresa delle nascite iniziata a partire dalla seconda metà degli anni '90, dopo 30 anni di calo ed il minimo storico dei nuovi nati registrato nel 1995.

**Tab. 1 Numero nati vivi e tasso di natalità (x 1.000).
Confronto Marche-Italia, anni 2000-2008.**

Anno	Marche			Italia		
	n. nati vivi	pop. totale	Tasso di natalità (x 1.000)	n. nati vivi	pop. totale	Tasso di natalità (x 1.000)
2000	12.421	1.460.844	8.5	532.528	56.942.108	9.4
2001	12.148	1.467.590	8.3	529.156	56.977.216	9.3
2002	12.963	1.471.123	8.8	530.443	56.993.742	9.3
2003	12.964	1.484.601	8.7	531.274	57.321.070	9.3
2004	13.500	1.504.827	9.0	553.770	57.888.245	9.6
2005	13.450	1.518.780	8.9	544.030	58.462.375	9.3
2006	13.761	1.528.809	9.0	552.019	58.751.711	9.4
2007	14.003	1.536.098	9.1	555.589	59.131.287	9.4
2008	14.529	1.553.063	9.4	570.179	59.619.290	9.6

Fonte: numeratore: Demo Istat, nati iscritti all'anagrafe, anni 2000-2008

denominatore: Health for All 2000-2001; Demo Istat 2002-2008

In questo contesto le nascite da genitori stranieri assumono sempre più rilevanza, infatti dal 1999 al 2008 la proporzione dei nati da genitori entrambi stranieri sul totale dei nati residenti nelle Marche è più che triplicata passando dal 5.6% al 17.4% (i corrispondenti valori italiani sono pari al 4% e 12.6%).

Praticamente nella nostra Regione circa un nato su 6, tra gli iscritti in anagrafe per nascita, è di cittadinanza straniera (lo stesso accade in Piemonte, Umbria, Friuli, Toscana e provincia autonoma di Trento) (7).

Dal 1995 al 2008 vi è stato un aumento anche del tasso di fecondità totale (TFT) ovvero del numero medio di figli per donna. Esso viene stimato, per l'anno 2008, pari a 1.42 per l'Italia e a 1.41 per la Regione Marche (tab. 2), con un trend in aumento dal 2005 al 2009; nello stesso periodo la variazione % del numero medio di figli per donna è maggiore nelle Marche rispetto all'Italia: 16.1% verso 9.8%.

⁸ Tasso di natalità: n° nati vivi/ popolazione totale*1000

Ciò è in linea con l'aumento della fecondità osservata a partire dalla seconda metà degli anni '90: nel 1995 infatti si è raggiunto il minimo storico del numero medio di figli per donna pari al 1.19 per l'Italia ed 1.11 per le Marche.

**Tab. 2 Numero medio di figli per donna (tasso di fecondità totale).
Confronto Marche-Italia, anni 2005- 2009.**

Anni	Tasso di Fecondità Totale	
	Marche	Italia
2005	1.27	1.32
2006	1.32	1.35
2007*	1.35	1.38
2008*	1.41	1.42
2009*	1.41	1.41

* Stima.

Fonte: Istat (Demo Istat- Indicatori demografici). http://www.demo.istat.it/altridati/indicatori/2009/Tab_4.xls. Ultimo accesso agosto 2010

L'analisi del TFT per cittadinanza materna mostra che nel 2008 in Italia le donne italiane hanno avuto mediamente 1.32 figli ciascuna, contro i 2.31 delle donne straniere, mentre nella Regione Marche le italiane hanno procreato in media 1.25 figli ciascuna contro i 2.36 delle straniere (7).

Commento

- *La popolazione marchigiana al 1° gennaio 2009 è costituita da 1.569.578 residenti, con un incremento di più di 16.000 unità rispetto al 2008; la crescita demografica dipende in larga misura dall'immigrazione di stranieri, nel 2009 infatti il tasso di incremento per gli italiani è di -0.7 per mille rispetto all'88 per mille di quello degli stranieri.*
- *Nella Regione Marche gli immigrati (provenienti dai Paesi a forte Pressione Migratoria), al 1° gennaio 2009, sono 125.438, pari all'8% della popolazione residente (il 6.1% in Italia).*
- *Nel corso dell'ultimo decennio la popolazione italiana residente nelle Marche si è invecchiata ed è diventata più longeva mentre la popolazione degli stranieri residenti è nettamente più giovane. L'età mediana degli immigrati è di 32 anni vs i 42 degli italiani e 7 immigrati su 10 hanno meno di 40 anni (vs i 4 su 10 tra gli italiani).*
- *Circa un immigrato su 4 è minorenni e complessivamente i minori stranieri rappresentano il 12.8% del totale dei minori residenti.*
- *I paesi di provenienza maggiormente rappresentati al 1 gennaio 2009, analogamente all'anno precedente, sono l'Albania (21.531 pari al 17.2% degli immigrati), la Romania (19.602 pari al 15.6%), il Marocco (14.070 pari all'11.2%), la Macedonia (10.409 pari all'8,3%) e la Cina (7.279 pari al 5.8%).*
- *La componente femminile ha superato quella maschile costituendo il 50.7% degli immigrati residenti.*
- *L'11% delle donne in età fertile (15-49 anni) è rappresentato da donne immigrate.*
- *Le donne immigrate nelle Marche provengono prevalentemente dalla Russia, Ucraina, Polonia, Moldova e Bulgaria.*
- *Sia a livello nazionale che regionale da diversi anni si assiste ad un incremento della natalità. Nelle Marche nel periodo 2000-2008 il tasso di natalità ha mostrato una variazione percentuale più marcata rispetto all'Italia (10.6% vs il 3.2%) inoltre hanno assunto sempre più rilevanza le nascite da genitori stranieri: praticamente un nato su 6 tra gli iscritti in anagrafe per nascita è di cittadinanza straniera.*
- *Dal 1995 al 2008 nelle Marche ed in Italia vi è stato anche un aumento del tasso di fecondità totale (TFT) ovvero del numero medio di figli per donna. L'analisi del TFT per cittadinanza materna nella Regione Marche mostra che nel 2008 le donne straniere hanno avuto mediamente un figlio in più rispetto alle italiane (2.36 vs 1.25).*

5.2 Caratteristiche socio-demografiche dei genitori

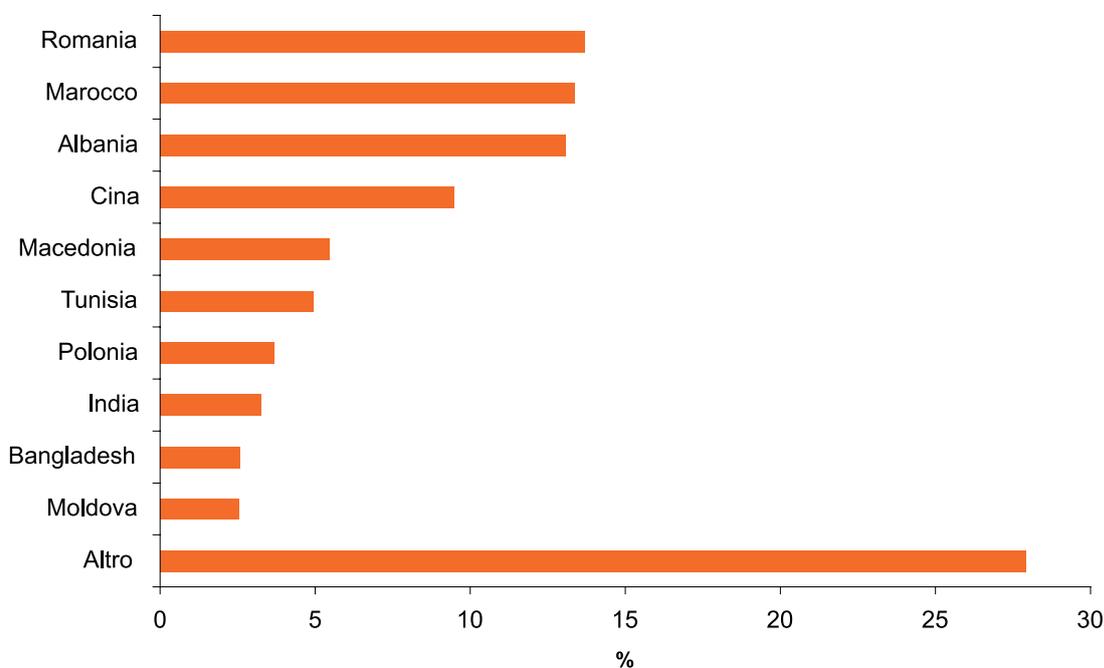
5.2.1 Cittadinanza

I dati CeDAP regionali evidenziano⁹ che nel 2008 il 78.3% delle madri (10.953) ha cittadinanza nei Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) e il 21.7% (3.034) ha cittadinanza in Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) (nel 2007 in Italia i parti delle "non italiane" sono pari al 15.9%) (8).

Dalla fonte SDO risultano per il 2008 11.442 parti di donne italiane e 3.227 di immigrate.

La figura 7 mostra i primi 10 paesi maggiormente rappresentati: il 55.1% delle donne proviene dai primi 5 paesi. Considerando insieme Marocco e Tunisia, le magrebine sono il gruppo più numeroso, seguito dalle rumene, dalle albanesi e dalle cinesi.

Fig. 7 Donne immigrate: prime 10 cittadinanze più rappresentate. Regione Marche, anno 2008.



Fonte: CeDAP

5.2.2 Età materna

L'età media delle madri¹⁰ al momento del parto è di 31.4 anni (31.2 anni per l'Italia, Istat 2008), ma con differenze tra italiane ed immigrate; infatti mentre le prime hanno un'età media pari a 32.3 anni (31.7 anni per l'Italia nel 2008), le donne immigrate hanno un'età media pari a 28.2 anni (27.9 per l'Italia nel 2008) (7).

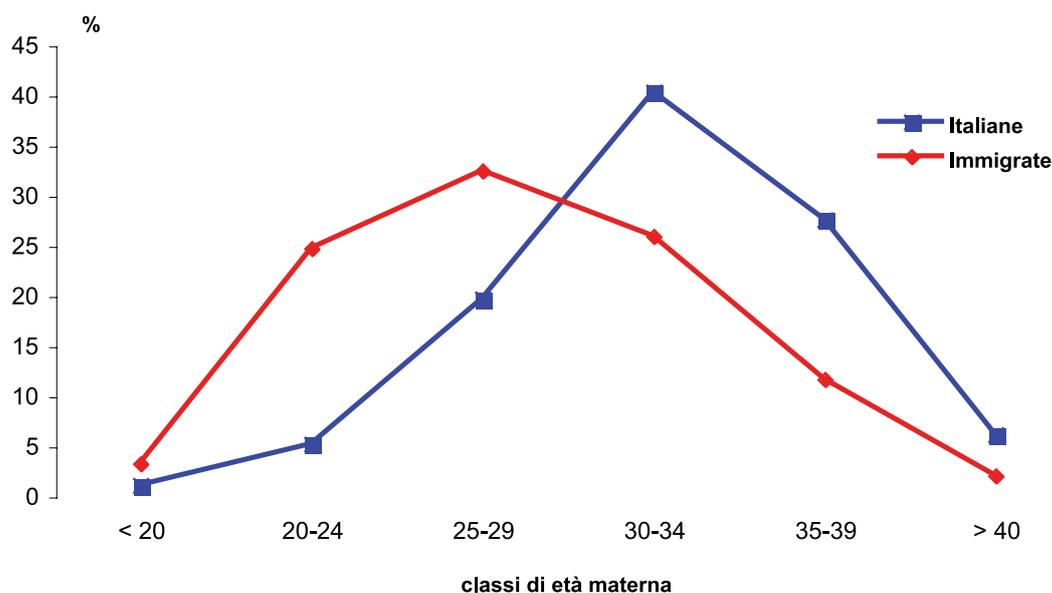
9 Al netto delle 224 schede (1.6% del totale) in cui l'informazione è mancante e delle 68 donne che risultano "apolidi" (0.5% del totale). Per la copertura CeDAP si veda l'allegato 9.2.

10 Le percentuali sono state calcolate al netto di 176 schede (1.2% del totale) in cui l'informazione è mancante.

La curva di distribuzione delle madri per età al parto (fig. 8) mostra che la maggiore percentuale di donne italiane si trova nella classe 30-34 anni (moda 32 anni), mentre le immigrate si trovano prevalentemente nella classe 25-29 anni (moda 27 anni).

Considerando solo le donne che sono al loro primo parto (nullipare¹¹) la differenza tra l'età media delle italiane e quella delle immigrate aumenta ulteriormente, infatti è di 31 anni per le prime e di 26,5 anni per le seconde.

Fig. 8 Donne per classi di età e cittadinanza al momento del parto. Regione Marche, anno 2008.



Nel periodo 2004-2008 la proporzione di parti effettuati da donne con età inferiore ai 20 anni è costantemente maggiore tra le immigrate, pur presentando un trend in diminuzione, dal 4.6% del 2004 al 3.3% del 2008¹² (fig. 9). Viceversa la proporzione di parti delle donne con età superiore o uguale ai 35 anni è costantemente superiore nelle italiane e presenta nello stesso periodo un trend in aumento, dal 27.9% del 2004 al 33.7% del 2008 (fig. 10).

11 Definizioni:

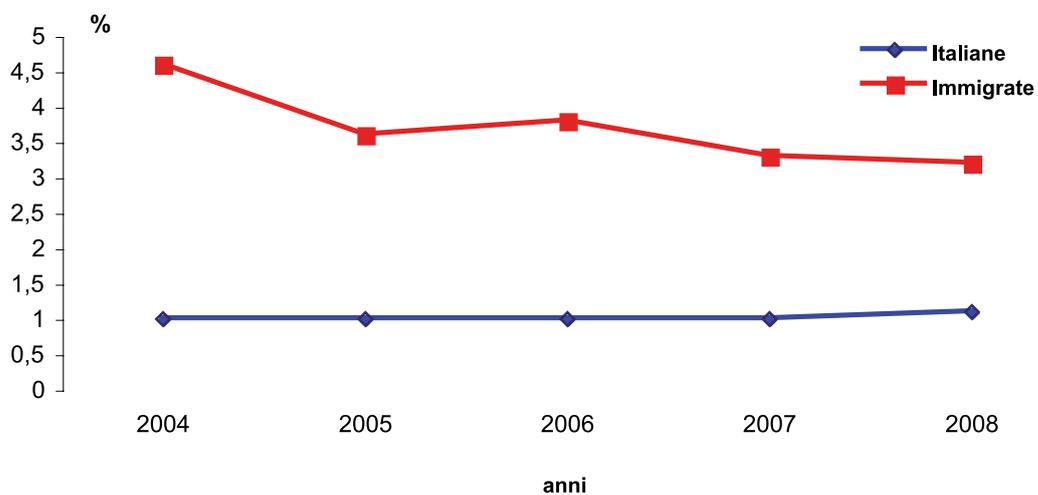
parità = aver avuto o meno gravidanze a termine (> 180 gg);

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);

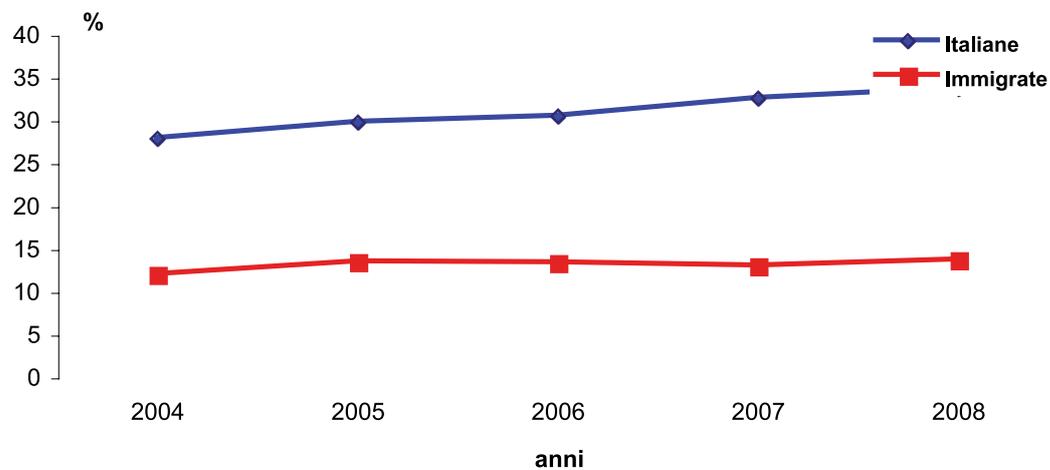
pluripara = donna che ha già partorito con o senza TC.

12 Il numero di parti di donne con età inferiore ai 20 anni è nel 2008 pari a 218 unità.

**Fig. 9 Donne con età inferiore ai 20 anni per cittadinanza.
Regione Marche, anni 2004-2008.**



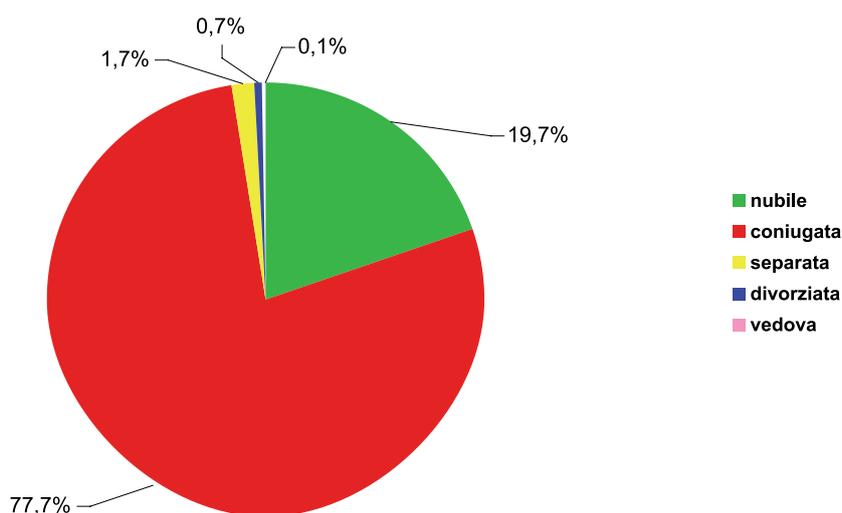
**Fig. 10 Donne con età maggiore o uguale ai 35 anni per cittadinanza.
Regione Marche, anni 2004-2008.**



5.2.3 Stato civile della madre

Le madri sono coniugate nel 77.7% dei casi, nubili nel 19.7% dei casi, separate o divorziate nel 2.4% dei casi e vedove nello 0.1% dei casi (dati sostanzialmente sovrapponibili a quelli per l'Italia nel 2007) (8) (fig. 11).

Fig. 11 Donne per stato civile. Regione Marche, anno 2008.



La percentuale di coniugate è maggiore tra le immigrate (80.1%) rispetto alle italiane (77.1%).

Considerando lo stato civile delle madri in relazione alle classi di età, naturalmente all'aumentare dell'età aumenta la proporzione di donne coniugate, mentre nella classe di età oltre i 40 anni, si ha un aumento delle separate e delle divorziate.

La condizione di coniugata è prevalente nelle donne casalinghe (84.4%), occupate (77.6%) e disoccupate (63.3%), mentre nelle studentesse prevale la condizione di nubile (63.6%) (tab. 3).

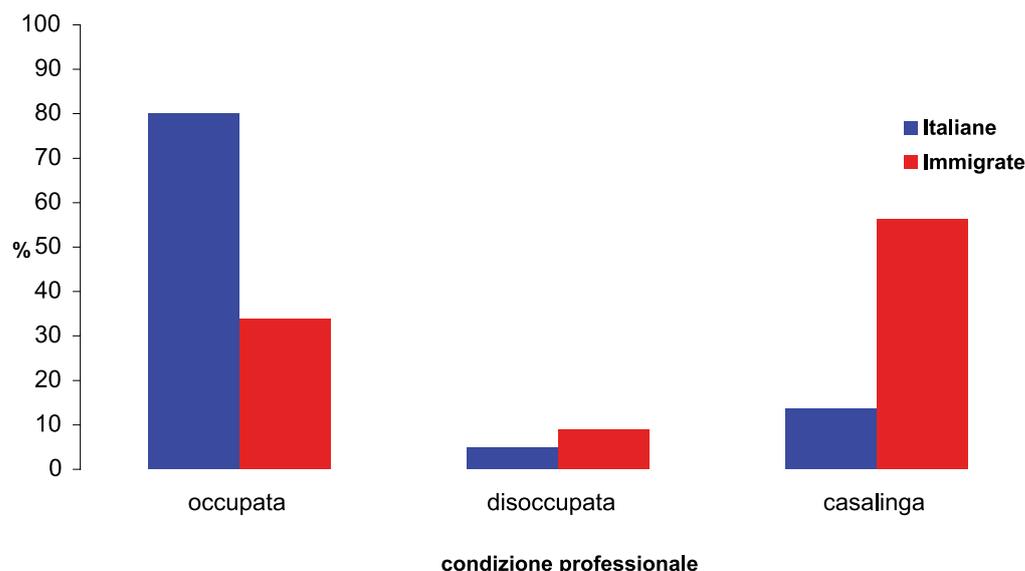
Tab. 3 Donne per stato civile e condizione professionale. Regione Marche, anno 2008.

Stato civile materno	Condizione professionale materna									
	occupata		disoccupata		casalinga		studentessa		altro	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
nubile	1.888	19.6	271	34.0	442	13.9	110	63.6	1	12.5
coniugata	7.472	77.6	504	63.3	2.680	84.4	61	35.3	7	87.5
separata	181	1.9	13	1.6	37	1.2	2	1.2	-	0
divorziata	81	0.8	7	0.9	13	0.4	-	0.0	-	0
vedova	13	0.1	1	0.1	2	0.1	-	0.0	-	0
totale	9.635	100	796	100	3.174	100	173	100	8	100

5.2.4 Condizione professionale materna e paterna

Dall'analisi della condizione professionale materna¹³, risulta che nel 2008 nelle Marche su 10 madri 7 sono occupate e circa 2 sono casalinghe; ci sono però differenze molto rilevanti tra le donne immigrate e le italiane (fig. 12).

Fig. 12 Donne per condizione professionale e cittadinanza. Regione Marche, anno 2008.



Le italiane risultano occupate nell'80.1% dei casi, casalinghe nel 13.6% dei casi (60.0% e 29.5% in Italia nel 2007), disoccupate o in cerca di prima occupazione nel 4.9% dei casi (6.7% in Italia nel 2007). Le donne immigrate risultano occupate solamente nel 33.9% dei casi, casalinghe nel 56.3% dei casi e disoccupate nell'8.9% (30.6%, 58.0% e 9.8% in Italia nel 2007) (8).

La proporzione di donne disoccupate è significativamente maggiore tra le immigrate rispetto alle italiane e le prime hanno un rischio di essere disoccupate 4.4 volte superiore (OR 4.4, IC 95% 3.7-5.1).

La proporzione di donne occupate risulta nettamente superiore tra le italiane rispetto alle immigrate (OR 8.4, IC 95% 7.6-9.2), ma è necessario precisare che il dato relativo alle occupate immigrate potrebbe essere sottostimato a causa della diffusione del *lavoro nero*.

In generale, inoltre, la proporzione di occupate risulta più elevata tra le donne che hanno conseguito la laurea rispetto a quelle con scolarità medio-bassa (OR 5.7, IC 95% 5.1-6.4).

Lo stato di occupazione paterna risulta sostanzialmente analogo a quello delle madri; il dato da evidenziare riguarda la differente prevalenza della condizione di disoccupato dei padri immigrati rispetto agli italiani (5.3% vs 1.3%) ed un rischio significativamente superiore dei primi di trovarsi nella condizione di disoccupazione (OR 1.3, IC 95% 1.1-1.5).

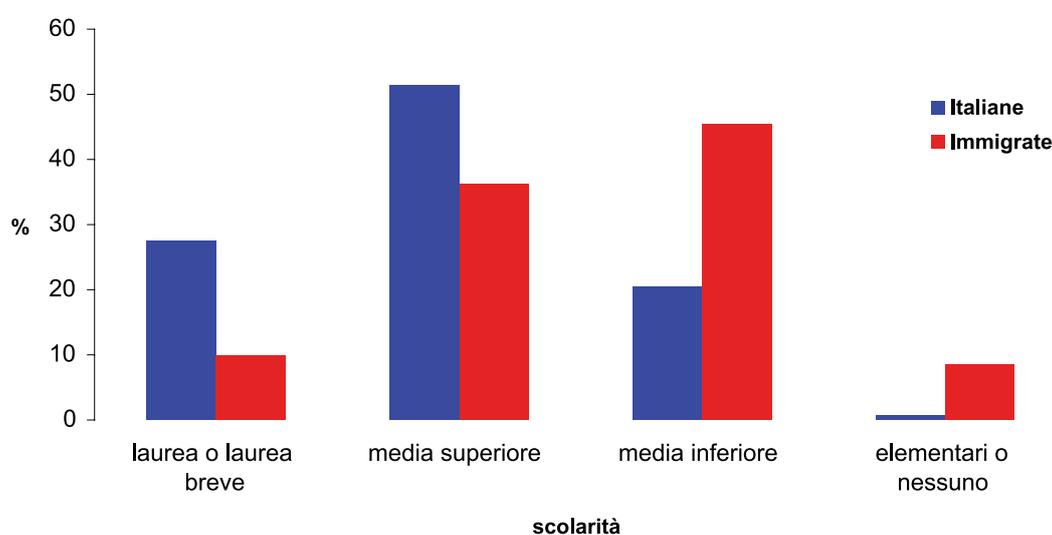
13 Le percentuali sono state calcolate al netto di 348 schede (2.5% del totale) in cui l'informazione è mancante.

5.2.5 Scolarità materna e paterna

Circa una donna su 4 (27.9%) ha un livello di istruzione pari o inferiore alla licenza di scuola media inferiore (scolarità medio-bassa), poco meno della metà (48.3%) ha un diploma di scuola media superiore e il 23.8% è laureato.

Tra le immigrate la prevalenza di donne con scolarità medio-bassa è nettamente superiore rispetto alle italiane (53.8% vs 21.3%; in Italia nel 2007: 52.4% vs 33.5%) e tale differenza è statisticamente significativa (OR 4.3, IC 95% 3.9-4.7); per contro la proporzione di donne immigrate laureate è molto inferiore (9.9% vs 27.4%; in Italia nel 2007: 12.6% vs 24.7%) (8) (fig. 13).

Fig. 13 Donne per scolarità e cittadinanza. Regione Marche, anno 2008.



Infine va evidenziato che la proporzione di donne con la sola licenza elementare o nessun titolo di studio è pari all'8.4% tra le immigrate, mentre è dello 0.7% tra le italiane.

L'analisi della scolarità paterna mostra risultati analoghi a quella della scolarità materna, infatti tra gli immigrati si registrano percentuali molto più elevate di scolarità medio-bassa rispetto ai padri italiani (58% vs 32.7%) e una percentuale molto inferiore di laureati (6.9% vs 18.4%). Anche in questo caso è da evidenziare che la proporzione di padri con la sola licenza elementare o nessun titolo di studio è dell'8.9% tra gli immigrati e dell'1.2% tra gli italiani.

Commento:

- *Le donne italiane rappresentano il 78.3% delle madri (10.953). Hanno un'età media pari a 32.3 anni, sono coniugate nel 77.1% dei casi e nubili nel 20.2%. Risultano occupate nell'80.1% dei casi e casalinghe nel 13.6%. Il livello di scolarità è in prevalenza medio-alto, infatti il 51.4% ha conseguito diploma di scuola media superiore e il 27.4% è in possesso di laurea.*
- *Le donne immigrate rappresentano il 21.7% delle madri (3.034). Hanno un'età media pari a 28.2 anni, sono coniugate nell'80.1% dei casi e nubili nel 17.9% dei casi. Il livello di occupazione è molto inferiore rispetto a quello delle italiane, infatti solo il 33.9% di esse risulta occupato, mentre dichiarano di essere casalinghe nel 56.3% dei casi. Il livello di scolarità è in prevalenza medio-basso, infatti solo il 36.2% di esse ha conseguito un diploma di scuola media superiore e il 9.9% è in possesso di laurea, inoltre si rileva un'elevata percentuale di donne, pari all'8.4%, che ha il titolo elementare o nessuno titolo.*
- *Lo scarso inserimento nel mondo del lavoro ed il basso livello di istruzione rappresentano condizioni di svantaggio sociale che, in quanto tali, causano difficoltà di accesso ai servizi e a cure di qualità e, più in generale, alle opportunità esistenti; data la rilevanza del fenomeno è pertanto indispensabile organizzare i servizi in modo che siano adeguati ad affrontare una utenza multiculturale.*

5.3 Il percorso nascita

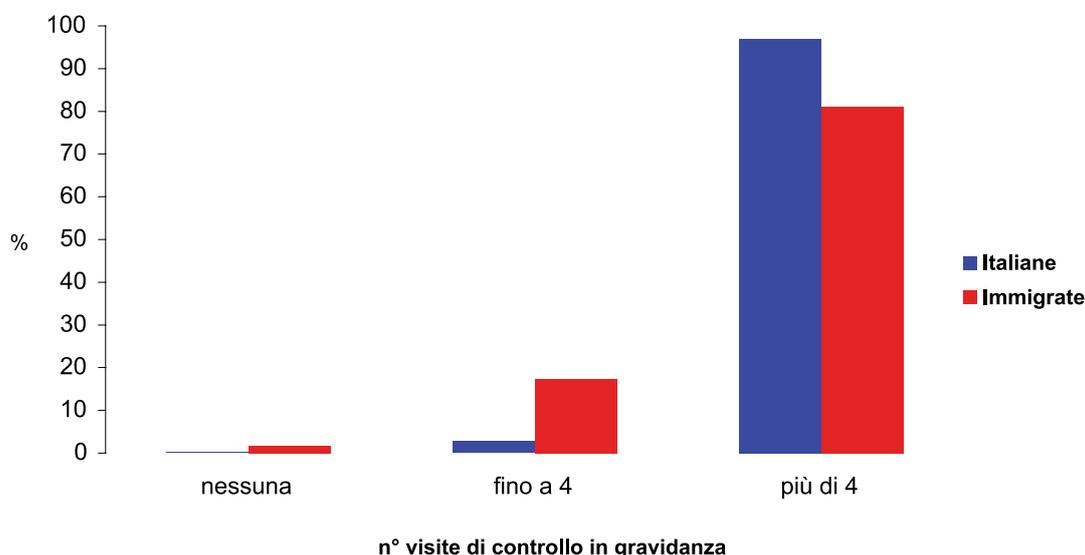
5.3.1 Visite effettuate in gravidanza

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. Attualmente non esiste una normativa nazionale che stabilisca uno standard del numero di visite di controllo durante il periodo della gestazione: i protocolli di assistenza del Ministero della Sanità del 1995 e del 1998 non parlano infatti di questo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2002 ha invece 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, è pari a 4 (2, 3, 9).

L'analisi dei dati^{14,15} mostra che nelle Marche - anno 2008 - il 93.3% delle donne si è sottoposto ad oltre 4 visite (l'84.4% in Italia nel 2007); il 6.1% ha effettuato "fino a 4 visite" (il 14.2% in Italia nel 2007), mentre lo 0.6% di gravide non ha fatto alcuna visita; l'ultimo dato nazionale disponibile sull'assenza di visite di controllo in gravidanza è del 2007 ed è pari allo 1.4% (8).

Nella figura 14 è riportata la proporzione del numero di visite in gravidanza per cittadinanza materna: non ha effettuato "nessuna visita" l'1.6% delle donne immigrate vs lo 0.2% delle italiane, mentre più di 4 visite in gravidanza si sono registrate nel 97% delle italiane vs l'81% delle immigrate.

Fig. 14 Visite di controllo in gravidanza, per cittadinanza materna. Regione Marche, anno 2008.



14 L'analisi dei dati regionali rispetto al modello di assistenza a quattro visite, dell'OMS, al momento non è possibile in quanto nella scheda CeDAP la variabile numero di visite in gravidanza non è stata riportata come numero assoluto, ma in modo aggregato come di seguito indicato: nessuna visita; fino a 4 visite; oltre 4 visite.

15 L'analisi è stata effettuata al netto delle 689 schede (il 4.8% del totale) in cui l'informazione è mancante.

La mancanza di visite in gravidanza sembra correlata al titolo di studio materno: questa proporzione è infatti dell'1.3% tra le donne con istruzione medio-bassa vs lo 0.2% tra le donne con titolo di studio medio-alto (tab. 4).

Tab. 4 Visite di controllo in gravidanza, per scolarità materna. Regione Marche, anno 2008.

N° visite in gravidanza	Scolarità medio-bassa		Scolarità medio-alta	
	N°	%	N°	%
nessuna	49	1.3	22	0.2
fino a 4	423	11.2	361	3.8
più di 4	3.291	87.5	9.099	96.0
Totale	3.763	100	9.482	100

L'aver avuto esperienze precedenti di gravidanze rende probabilmente meno indispensabile sottoporsi a numerose visite, infatti la proporzione di donne che ha effettuato più di 4 visite decresce con l'aumentare del numero dei parti precedenti (tab. 5).

Tab. 5 Visite di controllo in gravidanza e parti precedenti. Regione Marche, anno 2008.

N° parti precedenti	n° visite							
	nessuna		fino a 4		più di 4		Totale	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
nessuno	19	0.3	261	4.6	5.394	95.1	5.674	100
uno	28	0.6	308	6.5	4.433	93.0	4.769	100
due	12	1.0	126	10.8	1.026	88.1	1.164	100
>= tre	6	2.0	49	16.1	249	81.9	304	100
Totale	65	0.5	744	6.2	11.102	93.2	11.911	100

Il decorso regolare della gravidanza rispetto al decorso patologico¹⁶ non sembra influire sul numero di controlli come mostra la tabella 6, dove infatti la proporzione di donne che ha fatto più di 4 visite è pressoché identica in entrambi i casi.

16 Il CeDAP prevede la raccolta di un'informazione generica riguardante la presenza o assenza di patologia durante il decorso della gravidanza. Per ovviare a ciò alcune regioni, quali l'Emilia-Romagna ed il Piemonte, hanno introdotto il quesito del ricovero in gravidanza come indicatore della presenza di patologia. La regione Marche introdurrà tale domanda a partire dal 2011.

Tab. 6 Visite di controllo per decorso della gravidanza. Regione Marche, anno 2008

N° visite in gravidanza	decorso			
	regolare		patologico	
	N°	%	N°	%
nessuna	55	0.4	5	0.7
fino a 4	772	6.0	41	6.0
più di 4	11.964	93.5	641	93.3
Totale	12.791	100	687	100

Fattori di rischio per "fino a 4 visite in gravidanza" (tab. 7)

L'analisi univariata evidenzia che la probabilità di effettuare "fino a 4 controlli" in gravidanza è significativamente più alta:

- nelle immigrate rispetto alle italiane;
- nelle donne con istruzione medio-bassa rispetto a quelle con istruzione medio-alta;
- nelle pluripare rispetto alle nullipare.

Si rimanda all'Allegato 9.4 del report per una valutazione del peso di ogni singolo fattore rispetto la variabile "fino a 4 visite in gravidanza".

Tab. 7 Stima del rischio di effettuare "fino a 4 controlli" in gravidanza. Regione Marche, anno 2008.

Caratteristiche	fino a 4 visite di controllo				
	N°	%	O.R.	(I.C. 95%)	p-value
Cittadinanza					
italiane	287	2.8			
immigrate	515	17.2	7.3	6.3 - 8.5	0.00000
Istruzione					
medio-alta*	361	3.8			
medio-bassa**	423	11.2	3.2	2.8 - 3.7	0.00000
Parità					
nullipare	262	4.6			
pluripare	483	7.7	1.7	1.5 - 2.03	0.00000

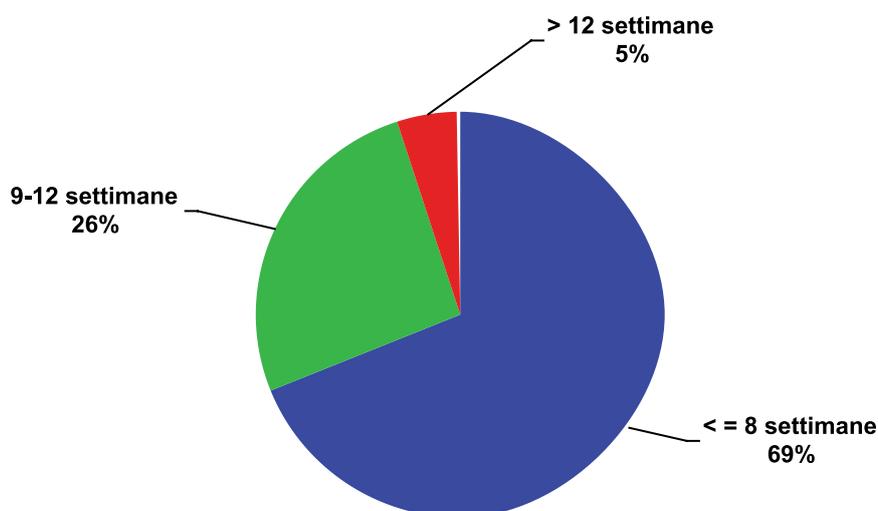
*diploma di scuola media superiore e più

**diploma di scuola media inferiore o meno

5.3.2 Epoca della prima visita

La prima visita ostetrica è raccomandata entro il terzo mese di gestazione¹⁷; nelle Marche i dati del 2008¹⁸ evidenziano che il 95% delle donne ha effettuato la prima visita in gravidanza entro lo standard mentre il 5% l'ha fatta dopo la 12^o settimana¹⁹ (fig. 15). Tali dati sono analoghi a quelli rilevati nell'indagine "Il percorso nascita nella regione Marche", svolta dall'Osservatorio Diseguaglianze/ARS Marche nell'anno 2001 (10).

Fig. 15 Epoca della prima visita di controllo in gravidanza. Regione Marche, anno 2008.



Tra le donne che hanno effettuato la prima visita dopo il terzo mese di gravidanza circa sei su dieci sono immigrate.

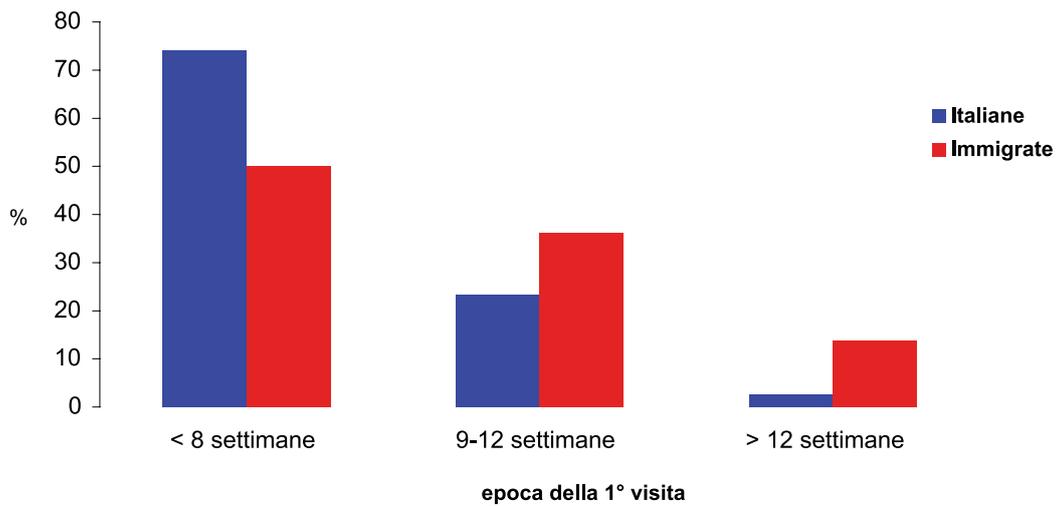
17 Il modello assistenziale dell'OMS indica che la 1^o visita debba essere fatta entro la 12^o settimana di età gestazionale: <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/10>

18 L'analisi è stata effettuata al netto delle 707 schede (il 5 % del totale) in cui l'informazione è mancante.

19 Al momento non è possibile fare un confronto con i corrispettivi dati italiani per la mancanza di questi ultimi.

L'età gestazionale in cui avviene il primo controllo è un aspetto critico soprattutto per queste ultime; infatti ha effettuato il primo controllo tardivamente il 13.5% delle immigrate, mentre tra le italiane ciò si verifica nel 2.6 % dei casi (tali proporzioni in Italia nel 2007²⁰ sono pari a: 16.2% vs 3.6%) (8) (fig. 16).

Fig. 16 Epoca della prima visita di controllo in gravidanza, per cittadinanza della donna. Regione Marche, anno 2008.



²⁰ La proporzione si riferisce alle donne "straniere"

Fattori di rischio per l'effettuazione tardiva della prima visita in gravidanza (tab. 8)

L'analisi univariata evidenzia che la probabilità di effettuare la prima visita in gravidanza dopo il terzo mese è significativamente più alta:

- nelle immigrate rispetto alle italiane;
- nelle donne con istruzione medio-bassa rispetto a quelle con istruzione medio-alta;
- nelle pluripare rispetto alle nullipare.

Si rimanda all'Allegato 9.4 del report per una valutazione del peso di ogni singolo fattore rispetto la variabile "1ª visita di controllo dopo la 12ª settimana di gravidanza".

Tab. 8 Stima del rischio di effettuare la prima visita di controllo in gravidanza dopo la 12ª settimana di età gestazionale. Regione Marche, anno 2008.

Caratteristiche	1ª visita di controllo dopo la 12ª settimana di gestazione				
	N°	%	O.R.	(I.C. 95%)	p-value
Cittadinanza					
italiane	275	2.6			
immigrate	387	13.5	5.8	4.9 - 6.8	0.00000
Istruzione					
medio-alta*	341	3.6			
medio-bassa**	320	8.5	2.5	2.2 - 3.0	0.00000
Parità					
nullipare	313	46.2			
pluripare	365	53.8	1.3	1.1 - 1.5	0.00000

*diploma di scuola media superiore e più

**diploma di scuola media inferiore o meno

5.3.3 Ecografie in gravidanza

Il Servizio Sanitario Nazionale²¹ e la Società Italiana Ecografisti Ostetrico-Ginecologici (11) prevedono, per l'assistenza alla gravidanza fisiologica, tre ecografie; l'epoca appropriata per l'effettuazione di ciascuna di esse è la seguente:

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

Nel 2008, nella Regione Marche, il numero medio²² di ecografie effettuate in gravidanza è pari a 5. In particolare si osserva che:

- lo 0.4% delle donne non avrebbe effettuato alcuna ecografia²³;

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

22 Al netto delle 221 schede (l'1.5% del totale) in cui l'informazione è mancante.

23 Nella scheda di rilevazione cartacea e nel tracciato record l'inserimento della risposta "zero" potrebbe sottendere un "missing", pertanto ciò va ad inficiare l'informazione sulla percentuale di donne che non hanno mai fatto un'ecografia durante la gravidanza.

- il 2.7% ha fatto 1 o 2 ecografie;
- il 26.3% ha effettuato 3 ecografie;
- il 70.7% ha fatto più di 3 ecografie²⁴.

Complessivamente i dati mostrano una sostanziale stabilità nel numero medio di ecografie per il quinquennio 2004-2008; scomponendo però l'informazione per cittadinanza materna si osserva che la media del numero di ecografie, sempre nel periodo considerato, è pari a 5 per le italiane vs 4 per le immigrate.

5.3.4 Indagini invasive prenatali

La diagnosi prenatale delle anomalie cromosomiche del feto (come la sindrome di Down, patologia più frequente e conosciuta) è possibile grazie all'esecuzione in gravidanza di procedure invasive routinarie: il prelievo di liquido amniotico (amniocentesi), il prelievo dei villi coriali (villocentesi), il prelievo di sangue fetale (funicolocentesi o cordonocentesi). Sui campioni biologici di origine fetale così prelevati, vengono eseguiti test di laboratorio che consentono di evidenziare le malattie cromosomiche fetali.

In Italia l'accesso alla diagnosi prenatale invasiva delle anomalie cromosomiche fetali è regolamentato dal decreto ministeriale 10 settembre 1998²⁵ che prevede una serie di condizioni per le quali la donna che ricorre al test prenatale, viene esentata dalla partecipazione alla spesa per l'intera indagine diagnostica.

Partendo dal concetto, ormai da tempo consolidato, che il rischio di anomalie cromosomiche fetali aumenta in maniera diretta con l'avanzare dell'età materna, la condizione più importante tra quelle previste dal suddetto decreto è rappresentata dall'età materna "avanzata" vale a dire uguale o maggiore di 35 anni.

L'amniocentesi o le altre indagini invasive vengono infatti raccomandate alle gravide oltre i 34 anni di età per le quali la probabilità di avere un figlio affetto da questo tipo di alterazioni supera quella di avere un aborto a seguito dell'indagine invasiva stessa.

Nel 2008 hanno eseguito almeno un'indagine prenatale invasiva 1.997 donne, il 15.1% del totale delle gravide²⁶; sempre nello stesso anno sono state effettuate 1.089 amniocentesi; 913 villocentesi e 31 funicolocentesi.

Ha effettuato almeno un'indagine invasiva il 5.5% delle donne di età < a 35 anni vs il 34.8% delle donne di età maggiore di 34 anni.

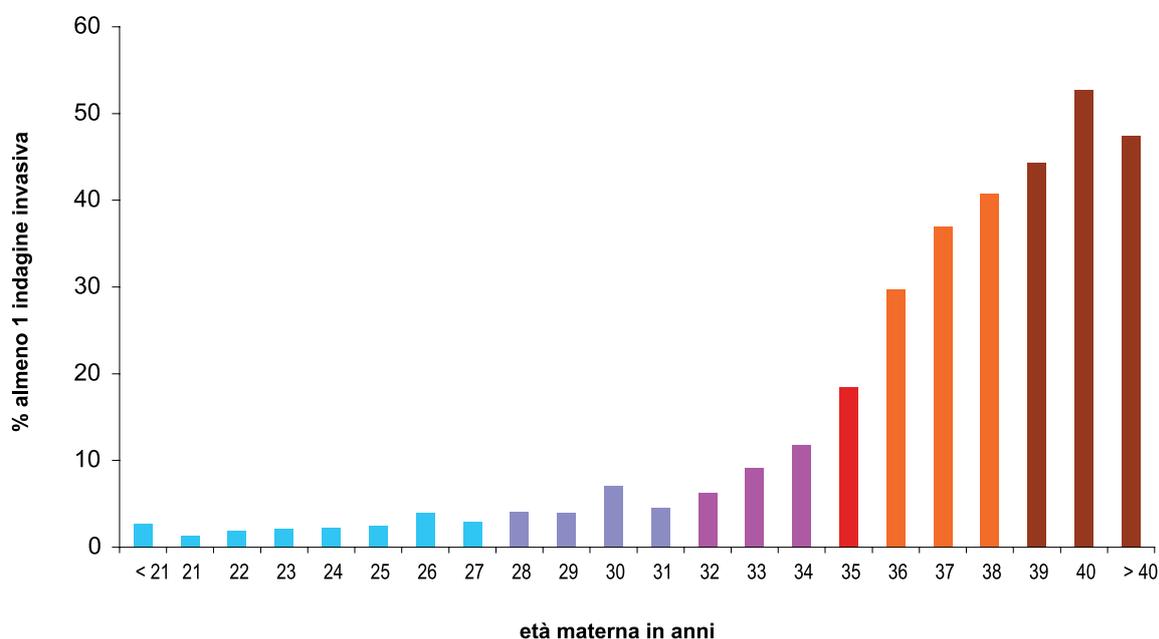
La frequenza delle indagini, estremamente bassa (2.6%) fino ai 27 anni, cresce progressivamente nelle età successive; è comunque ancora limitata tra i 32-34 anni (8.9%). A 35 anni circa una donna su 5 esegue un controllo (18.5%); tra i 36-38 anni circa 1 donna su 3 (35%) ed infine dopo i 38 anni quasi 1 madre su 2 (47.7%) esegue almeno un'indagine invasiva nel corso della gravidanza (fig. 17).

24 Nell'indagine "Il percorso nascita nella regione Marche", Osservatorio Diseguaglianze/ARS Marche, anno 2001, (http://www.ars.marche.it/osservatorio_dis/doc/report_percorsoNascita.pdf) aveva effettuato più di 3 ecografie il 79.5% delle donne (il 33% più di 7).

25 Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n° 245 del 10/10/1998.

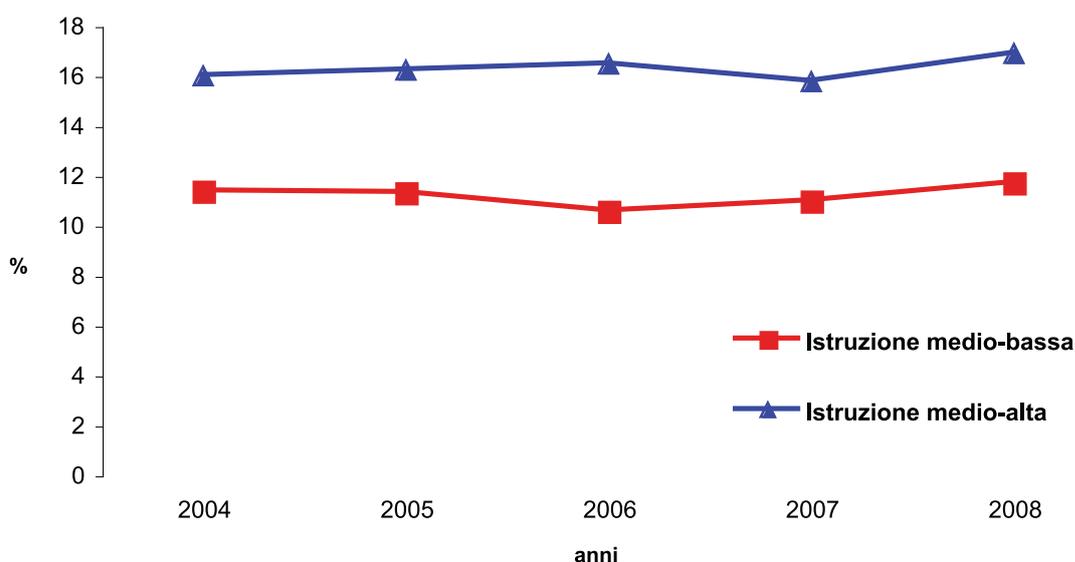
26 Al netto delle schede in cui manca questa informazione pari a 1.037, il 7.2% del totale. Si fa presente che, nella scheda CeDAP 2008, la formulazione del quesito sull'effettuazione o meno di indagini invasive prenatali permette di avere un'informazione certa solo nel caso di gravide che hanno effettivamente effettuato i test di screening invasivi, mentre c'è la possibilità di una misclassificazione tra la "non effettuazione dell'indagine" e l'informazione mancante.

Fig. 17 Donne che hanno effettuato almeno un'indagine invasiva, per l'età materna. Regione Marche, anno 2008.



Le immigrate si sono sottoposte ai controlli invasivi con minor frequenza rispetto alle italiane: (4.5% immigrate vs 18.1 italiane) ciò si è verificato sia nel gruppo di gravide di età < 35 anni (3.4% immigrate vs l'8.1% delle italiane) che in quello di età \geq a 35 anni (18.4% immigrate vs il 38.2% delle italiane).

Fig. 18 Donne che hanno effettuato almeno un'indagine invasiva, per scolarità. Regione Marche, periodo 2004-2008.



Nel periodo 2004-2008 la proporzione di donne che ha effettuato almeno un'indagine invasiva è costantemente più bassa tra quelle con livello di istruzione medio-basso rispetto alle gravide in possesso di un titolo di studio medio-alto (fig 18).

Fattori di rischio per l'effettuazione di almeno un'indagine invasiva (tab. 9)

L'analisi univariata evidenzia che la probabilità di effettuare almeno un controllo invasivo in gravidanza è significativamente più alta:

- nelle italiane rispetto alle immigrate;
- nelle donne con istruzione medio-alta rispetto a quelle con istruzione medio-bassa;
- nelle donne di età ≥ 35 anni rispetto a quelle di età < 35 anni.

Si rimanda all' Allegato 9.4 del report per una valutazione del peso di ogni singolo fattore rispetto la variabile "almeno 1 indagine invasiva".

Tab. 9 Stima del rischio di effettuare almeno un' indagine invasiva. Regione Marche, anno 2008.

Caratteristiche	«almeno 1 indagine invasiva»				
	N°	%	O.R.	(I.C. 95%)	p-value
Cittadinanza					
immigrate	124	4.5			
italiane	1.860	18.1	4.7	3.9 - 5.7	0.00000
Istruzione					
medio-bassa**	407	11.2			
medio-alta*	1.559	16.7	1.6	1.4 - 1.8	0.00000
Età					
< 35 anni	551	6.0			
≥ 35 anni	1.062	33.3	7.8	7.0 - 8.8	0.00000

*diploma di scuola media superiore e più

**diploma di scuola media inferiore o meno

Commento:

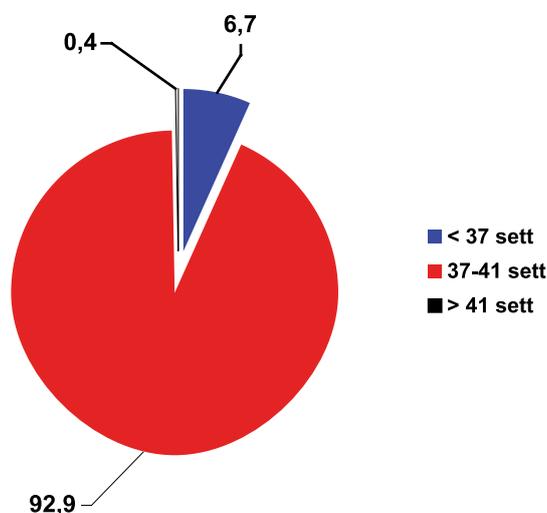
- *Nel 2008 il 93.3% delle donne in gravidanza ha effettuato più di quattro visite di controllo (84.4% in Italia nel 2007).*
- *Dall'analisi risulta che lo 0,6% delle donne non ha fatto alcuna visita ostetrica in gravidanza; esse potrebbero avere effettuato dei controlli presso altre sedi quali il Pronto Soccorso, il Medico di Medicina Generale ecc., senza tuttavia essere state prese in carico da un servizio ostetrico.*
- *Il numero di visite è indipendente dal decorso della gravidanza; infatti sono state effettuate più di quattro visite di controllo nel 93.3% delle gravidanze patologiche e nel 93.5% delle gravidanze fisiologiche: lo stesso accade a livello nazionale.*
- *Il 95% delle donne ha fatto la prima visita entro il terzo mese di gravidanza come raccomandato; il restante 5% in un periodo successivo.*
- *L'età gestazionale in cui avviene il primo controllo è un aspetto critico soprattutto per le immigrate: infatti tra le donne che hanno effettuato la prima visita dopo il terzo mese di gravidanza 6 su 10 hanno cittadinanza in Paesi a Forte Pressione Migratoria.*
- *Alcune caratteristiche socio-demografiche delle madri, quali l'essere immigrata ed il livello di istruzione medio-basso, sono correlate in maniera significativa alla effettuazione della prima visita dopo la 12° settimana di età gestazionale.*
- *L'effettuazione tardiva della prima visita può indicare una scarsa conoscenza da parte delle donne dell'importanza di effettuare controlli all'inizio della gravidanza e/o difficoltà di accesso ai servizi. La presa in carico della donna 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 precoce sui servizi, sugli accertamenti da fare e sul parto e indicazioni per controllare eventuali fattori di rischio.*
- *Il numero medio di ecografie effettuate durante la gravidanza, pari a 5, supera lo standard di 3 previsto dal SSN; tale media presenta un trend di sostanziale stabilità nell'ultimo quinquennio. Va specificato però che, l'informazione sul numero di ecografie effettuate in gravidanza, essendo autoriferita, può presentare problemi di sovrastima: infatti la donna nel rispondere a questa domanda può non conoscere (quindi confondere) la differenza tra un'ecografia fatta a scopo diagnostico (pertanto corredata da uno specifico referto) da quella fatta a completamento della visita ostetrica (vale a dire il semplice appoggiare la sonda sull'addome, la cosiddetta "ecografia relazionale").*
- *I dati sulla frequenza di ricorso alla diagnosi prenatale invasiva indicano che il 15% delle donne gravide si sottopone ad almeno un test di screening per anomalie cromosomiche fetali; in particolare il 5.5% di donne di età inferiore ai 35 anni ed il 34.8% di quelle con età uguale o maggiore a 35 anni: a quest'ultimo gruppo di donne tale indagine viene proposta sistematicamente.*
- *L'indagine invasiva più frequentemente effettuata è l'amniocentesi.*
- *Le donne immigrate risultano essere "minor utilizzatrici" di indagini invasive prenatali: esse probabilmente rappresentano una popolazione caratterizzata da una carenza di informazioni sulla prevenzione e con maggiori difficoltà di accesso ai servizi, oltre che da profili socio-culturali di partenza diversi.*

5.4 L'evento parto

5.4.1 Durata della gravidanza

Nel 2008 il 92.9% delle donne (92.2% in Emilia-Romagna nel 2008) ha partorito tra la 37^o e la 41^o settimana di età gestazionale (gravidanze a termine); 944 donne, il 6.7% (6% nel 2001²⁷, 8% in Emilia-Romagna nel 2008), ha partorito prima della 37^o settimana (gravidanze pretermine) ed infine solo 56 gravide (lo 0.4% del totale, il 2.8% in Emilia-Romagna nel 2008) hanno partorito dopo la 41^o settimana (gravidanze post-termine)^{28,29} (12) (fig. 19).

Fig. 19 Parti e durata della gravidanza. Regione Marche, anno 2008.



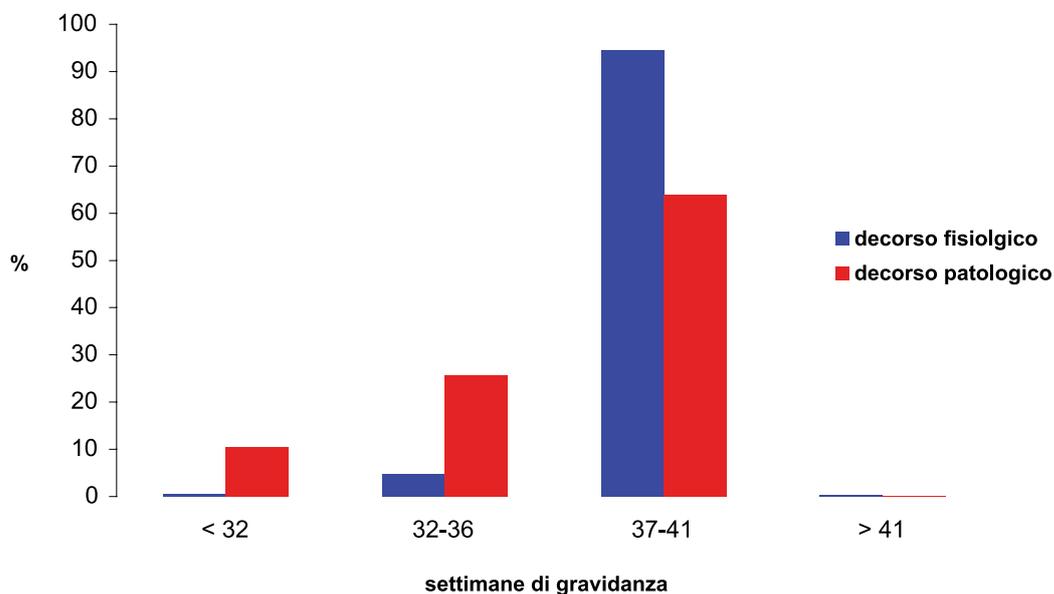
Tra le 944 donne che hanno partorito prima della 37^o settimana di età gestazionale solo il 27% ha avuto un decorso patologico della gravidanza; tuttavia il parto pretermine tra la 32^o-36^o settimana di età gestazionale o meno è più frequente nelle gravidanze caratterizzate da svolgimento anomalo della gestazione (fig. 20).

27 Indagine "Il percorso nascita nella regione Marche", Osservatorio Diseguaglianze/ARS Marche, anno 2001 http://www.ars.marche.it/osservatorio_dis/doc/report_percorsoNascita.pdf.

28 Nella presente elaborazione sono state considerate post-termine le gravidanze terminate alla 41^o settimana di età gestazionale e non, come sarebbe più corretto, alla 41^o settimana + 3 giorni, ciò in quanto la scheda di rilevazione contiene solo le informazioni riguardanti l'età gestazionale in settimane compiute.

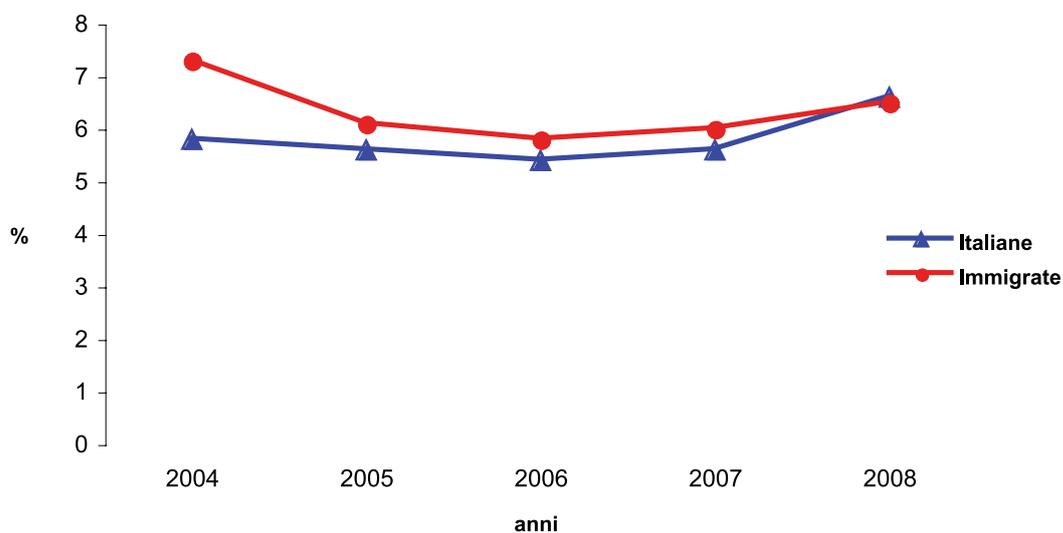
29 Le proporzioni sono state calcolate al netto delle 167 schede (1.2% del totale) in cui l'informazione è mancante.

Fig. 20 Decorso e durata della gravidanza. Regione Marche, anno 2008.



Negli anni 2004-2007 si registra costantemente una maggior frequenza di parti pretermine nelle donne immigrate rispetto alle italiane: nel 2008 invece per la prima volta queste proporzioni sostanzialmente coincidono (fig. 21) per un aumento dei pretermine sia nelle donne immigrate che soprattutto nelle italiane.

Fig. 21 Parti pretermine, per cittadinanza materna. Regione Marche, anni 2004-2008.



Nelle Marche i parti pretermine verificatisi alle età gestazionali più basse (< della 31° settimana di gravidanza) sono avvenuti, 7 volte su 10, presso il Punto Nascita del "Salesi" di Ancona un presidio ospedaliero di alta specializzazione dotato dell'unica terapia intensiva neonatale presente nella Regione (tab. 10).

Tab. 10 Parti pretermine, per punti nascita con o senza terapia intensiva neonatale. Regione Marche, anno 2008.

Punti Nascita	Età gestazionale (in settimane)							
	<=27		28-30		31-33		34-36	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Punto Nascita del «Salesi» (presenza di T.I.N.)	31	73.8	43	74.1	81	49.7	210	30.8
Altri Punti Nascita della Regione	11	26.2	15	25.9	82	50.3	471	69.2
Totale	42	100	58	100	163	100	681	100

N.B. T.I.N.= Terapia Intensiva Neonatale

Fattori di rischio per il parto pretermine (tab. 11)

L'analisi univariata evidenzia che la probabilità di avere un parto prima della 37° settimana di gestazione è significativamente più alta:

- nelle donne con istruzione medio-bassa rispetto a quelle con istruzione medio-alta;
- nei parti gemellari rispetto ai parti semplici;
- nelle gravidanze con decorso anomalo rispetto a quelle con decorso fisiologico.

Si rimanda all'Allegato 9.4 del report per una valutazione del peso di ogni singolo fattore rispetto la variabile "parto pretermine".

Tab. 11 Stima del rischio di parto pretermine. Regione Marche, anno 2008.

Caratteristiche	N°	parto pretermine			p-value
		%	O.R.	(I.C. 95%)	
Istruzione					
medio-alta*	622	6.3			
medio-bassa**	292	7.5	1.2	1.03 - 1.4	0.01337
Genere parto					
semplice	815	5.9			
plurimo	129	59.4	23.5	17.8 - 31.1	0.00000
Decorso Gravidanza					
fisiologico	679	5.1			
patologico	249	36.0	10.4	8.7 - 12.4	0.00000
Cittadinanza					
italiane	705	6.5			
immigrate	222	7.3	1.1	0.9 - 1.3	0.13466
Parità					
pluripare	428	6.4			
nullipare	516	6.9	1.07	0.9 - 1.2	0.26324

*diploma di scuola media superiore e più

**diploma di scuola media inferiore o meno

Commento:

- *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: nelle Marche nel 2008 il tasso di parti pretermine, pari al 6.7%, mostra un trend in lieve aumento rispetto al quadriennio precedente.*
- *Nel periodo 2004-2008 viene costantemente registrata una maggior frequenza di gravidanze pretermine tra le madri immigrate rispetto a quelle italiane che potrebbe spiegarsi con il minor numero di visite effettuate dalle immigrate, una maggiore difficoltà ad essere prese in carico e stili di vita meno salubri.*
- *In accordo con quanto riportato in letteratura si hanno alcune correlazioni significative tra nascita pretermine ed alcuni indicatori di svantaggio culturale come ad es. il titolo di studio medio-basso; altre correlazioni significative, più attese, sono evidenti con la gravidanza gemellare o con il decorso anomalo della gestazione.*
- *In presenza di un decorso normale della gravidanza la distribuzione dei parti nei Punti Nascita dovrebbe avvenire sulla base dei desideri della donna/coppia, mentre in caso di rischi per la salute della gravida e/o del nascituro la scelta dovrebbe cadere su un PN in grado di fornire un'assistenza adeguata alle condizioni cliniche, per evitare il rischio di esiti negativi per la salute nel breve e nel lungo termine. A ciò si dovrebbe arrivare anche attraverso una corretta informazione della donna/coppia ed un'adeguata organizzazione del percorso nascita. L'analisi ha mostrato che complessivamente il 39% del totale dei pretermine è nato al Salesi di Ancona dove è presente l'unica terapia intensiva neonatale della Regione.*

5.4.2 Luogo del parto

Nell'anno 2008 il 95.6% dei parti avvenuti nella Regione sono stati effettuati da donne residenti nelle Marche, il 2.9% da donne residenti nelle regioni confinanti - Abruzzo (1.6%) ed Emilia-Romagna (1.3%) -, mentre i parti di donne residenti nelle altre regioni italiane hanno presentato proporzioni trascurabili.

Il 99.9% dei parti è avvenuto presso un istituto di cura, pubblico o privato accreditato; complessivamente, nel periodo 2004-2008, solo 44 parti si sono verificati in casa.

Nella tabella 12 i parti, relativi all'anno 2008, sono stati suddivisi per punto nascita (PN) e cittadinanza materna; risulta evidente che tra le partorienti dei PN di Recanati e Macerata, circa 3 donne su 10 sono immigrate, mentre nel PN di Fermo il rapporto tra madri italiane e madri immigrate è all'incirca 1 a 1.

Tab. 12 Parti per cittadinanza materna e punto nascita. Regione Marche. Anno 2008.

ZT/ AO	Cod. struttura	Descrizione	Italiane		Immigrate		Totale	
			N°	%	N°	%	N°	%
1	110009	Novafeltria	77	74.8	26	25.2	103	100
2	110003	Urbino	702	74.7	238	25.3	940	100
3	110002	Fano	596	79.2	157	20.8	753	100
4	110032	Senigallia	679	83.4	135	16.6	814	100
5	110025	Jesi	573	81.2	133	18.8	706	100
6	110022	Fabriano	392	78.1	110	21.9	502	100
7	110028	Osimo	516	92.8	40	7.2	556	100
7	110036	Casa di Cura "VILLA IGEA" - Ancona	375	86.6	58	13.4	433	100
8	110045	Recanati	321	70.2	136	29.8	457	100
8	110049	Civitanova M.	537	77.4	157	22.6	694	100
9	110040	Macerata	828	72.8	309	27.2	1.137	100
10	110046	S.Severino	617	82.0	135	18.0	752	100
11	110058	Fermo	302	49.7	306	50.3	608	100
12	110064	S.Benedetto	672	78.7	182	21.3	854	100
12	110073	Casa di Cura "STELLA MARIS" - S. Benedetto	n.p.	n.c.	n.p.	n.c.	n.p.	n.c.
13	110056	Ascoli P.	644	83.0	132	17.0	776	100
AO	110901	A.O S. Salvatore - PS	1.100	82.7	230	17.3	1.330	100
AO	110903	A.O Ospedali Riuniti - Presidio ex SALESI	2.022	82.9	416	17.1	2.438	100
Totale		REGIONE	10.953	79.1	2.900	20.9	13.853	100

Legenda:

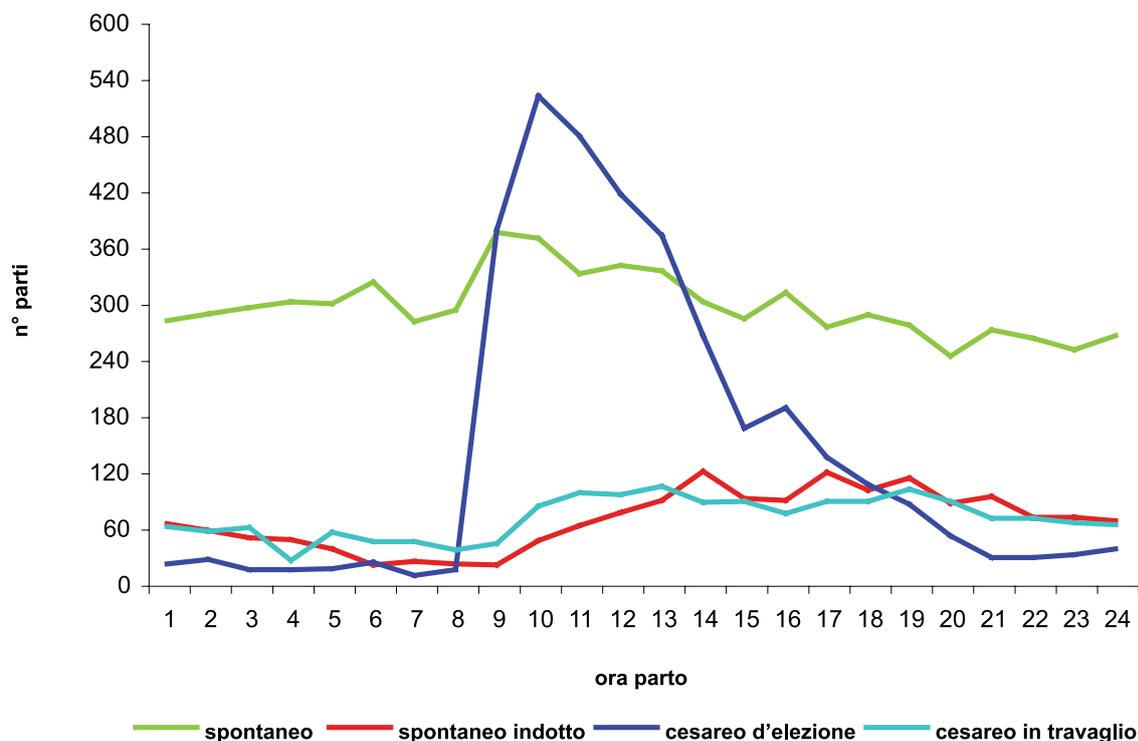
n. p. = non pervenuto

n. c. = non calcolabile

5.4.3 Ora del parto

La figura 22 mostra il numero di parti secondo l'ora del giorno in cui sono avvenuti.

Fig. 22 Ora del parto. Regione Marche, anno 2008.



I parti spontanei sono sostanzialmente distribuiti in modo uniforme nell'arco delle 24 ore, mentre quelli spontanei, ma indotti aumentano nelle ore pomeridiane e serali.

I parti cesarei d'elezione avvengono quasi tutti di mattina tra le 8 e le 15 con un decremento nelle ore pomeridiane e serali; i cesarei in travaglio invece hanno una distribuzione all'incirca uniforme, tranne che nelle prime ore del mattino fino alle 7.

Commento:

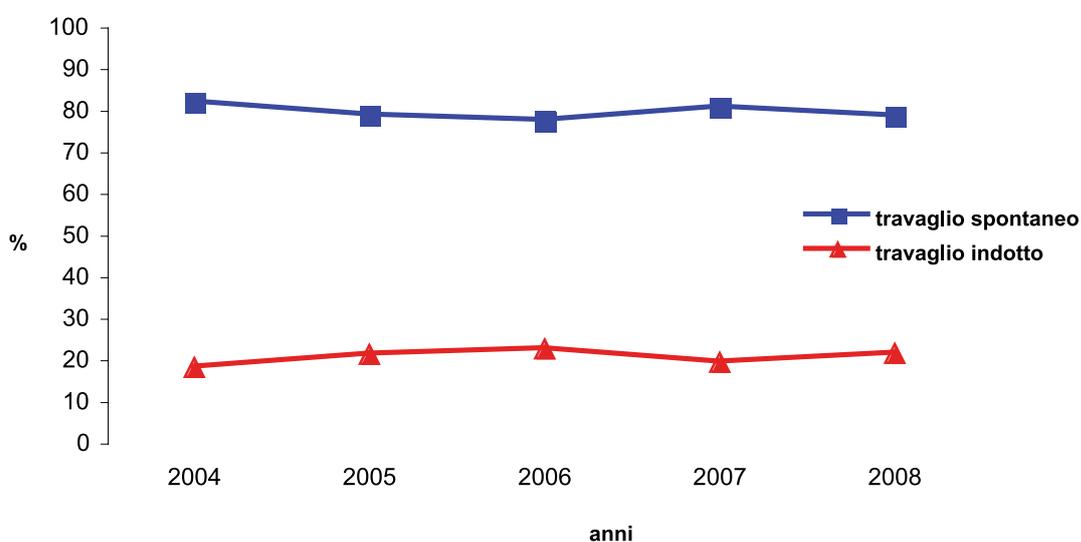
- *Il 95.6% dei parti effettuati nelle strutture marchigiane nel 2008 sono stati effettuati da donne residenti nella Regione.*
- *La quasi totalità delle donne ha partorito presso una struttura pubblica o privata accreditata; nel periodo 2004-2008 i parti avvenuti in casa sono stati complessivamente 44.*
- *In alcuni PN delle Marche la proporzione di partorienti immigrate ha raggiunto valori rilevanti: emblematico è il caso di Fermo dove le immigrate sono il 50%. In questi anni nella Regione, come del resto in Italia, si è assistito ad un progressivo aumento della popolazione immigrata femminile (tanto che nel 2008, per la prima volta, la proporzione di donne supera quella degli uomini), con una forte tendenza all'inserimento stabile. Si tratta di donne giovani ed il loro accesso ai servizi è strettamente connesso alla salute sessuale e riproduttiva tra cui grande importanza riveste l'evento parto. Risulta evidente la necessità di organizzare i servizi in modo "culturalmente competente" in quanto la gravidanza, il parto e la nascita hanno connotazioni fortemente identitarie e culturali. La formazione interculturale degli operatori e l'impiego stabile della mediazione interculturale sono strategie efficaci per migliorare l'accesso e l'utilizzo appropriato dei servizi e la qualità degli interventi, per accrescere la collaborazione tra immigrate ed il personale sanitario ed infine per ampliare le conoscenze delle immigrate sul percorso nascita e sulla prevenzione.*
- *L'andamento dei parti per tipologia ed ora del giorno che si è registrata nel 2008 è esattamente sovrapponibile a quanto rilevato dalla Regione Emilia-Romagna nel rapporto CeDAP dello stesso anno.*
- *I cesarei programmati, a differenza dei parti spontanei che avvengono in tutte le ore della giornata, si concentrano quasi tutti nelle sedute operatorie del mattino come risultato dell'organizzazione dell'ospedale, mentre la distribuzione pressoché uniforme nelle 24 ore dei cesarei in travaglio è indice dell'imprevedibilità dell'evento.*
- *Il fatto che i parti indotti presentino un incremento nelle ore pomeridiane e serali fa pensare che l'induzione sia più frequente nelle ore antimeridiane.*

5.4.4 Modalità del travaglio

Il 78% dei parti (escludendo quelli effettuati attraverso il taglio cesareo di elezione), avvengono con travaglio spontaneo (l'82.2% in Italia nel 2007), il 22% con travaglio indotto (il 17.8% in Italia nel 2007) (8); 9 volte su 10 per l'induzione viene utilizzato il metodo farmacologico.

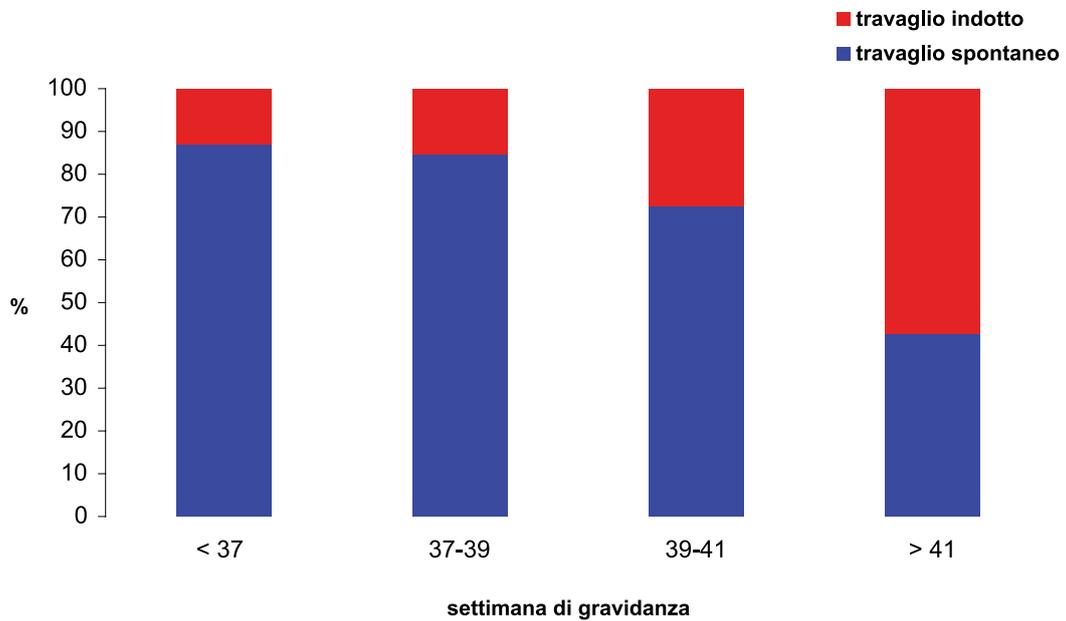
La figura 23 mostra l'andamento della modalità del travaglio per i parti effettuati nella Regione Marche nel periodo 2004-2008.

Fig. 23 Modalità di travaglio (esclusi i parti con taglio cesareo di elezione). Regione Marche, periodo 2004-2008.



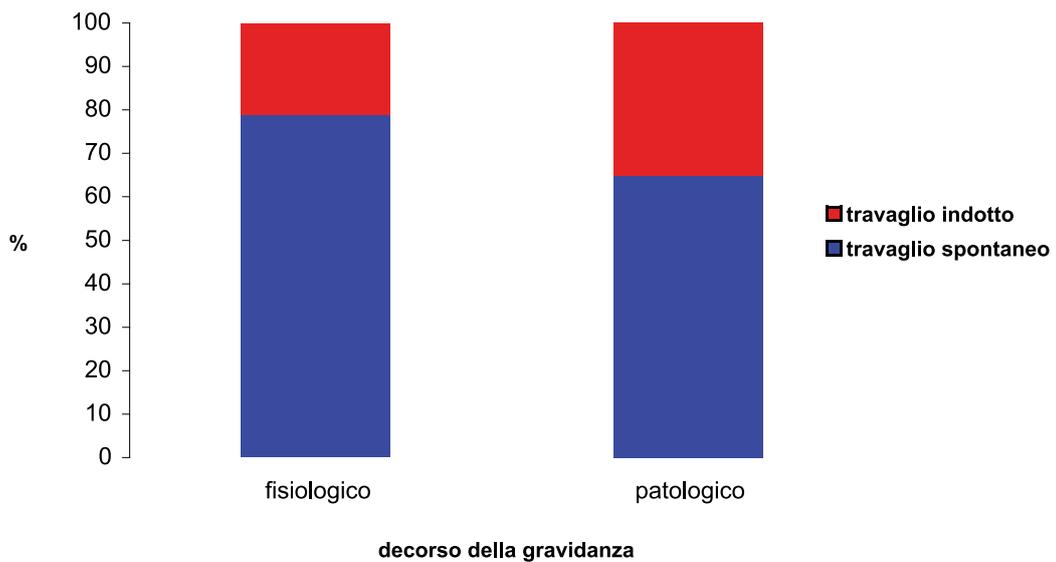
La frequenza di induzione aumenta con l'aumentare dell'età gestazionale ed è particolarmente elevata nelle gravidanze post-termine; infatti nelle gravidanze pretermine ed a termine, complessivamente considerate, l'induzione viene utilizzata in circa 2 casi su 10 rispetto ai 6 casi su 10 nel post-termine (fig. 24).

Fig. 24 Modalità di travaglio, (esclusi i parti con taglio cesareo di elezione) e durata della gravidanza. Regione Marche, anno 2008.



Il travaglio viene indotto più frequentemente nel caso di gravidanze con decorso patologico rispetto a quelle con decorso normale (35.1% vs 21.1%) (fig. 25).

Fig. 25 Modalità del travaglio per decorso della gravidanza. Regione Marche, anno 2008



Fattori di rischio per induzione del travaglio (tab. 13)

L'analisi univariata evidenzia che la probabilità di induzione del travaglio è significativamente più alta:

- nelle donne italiane rispetto alle immigrate;
- nelle nullipare rispetto alle pluripare;

Si rimanda all' Allegato 9.4 del report per una valutazione del peso di ogni singolo fattore rispetto la variabile "induzione del travaglio".

Tab. 13 Stima del rischio di induzione del travaglio. Regione Marche, anno 2008.

Caratteristiche	N°	induzione del travaglio			p-value
		%	O.R.	(I.C. 95%)	
Cittadinanza					
immigrata	446	18.2			
italiana	1.826	22.6	1.3	1.2 - 1.5	0.00000
Parità					
pluripare	730	15.9			
nullipare	1.569	25.7	1.8	1.7 - 2.0	0.00000

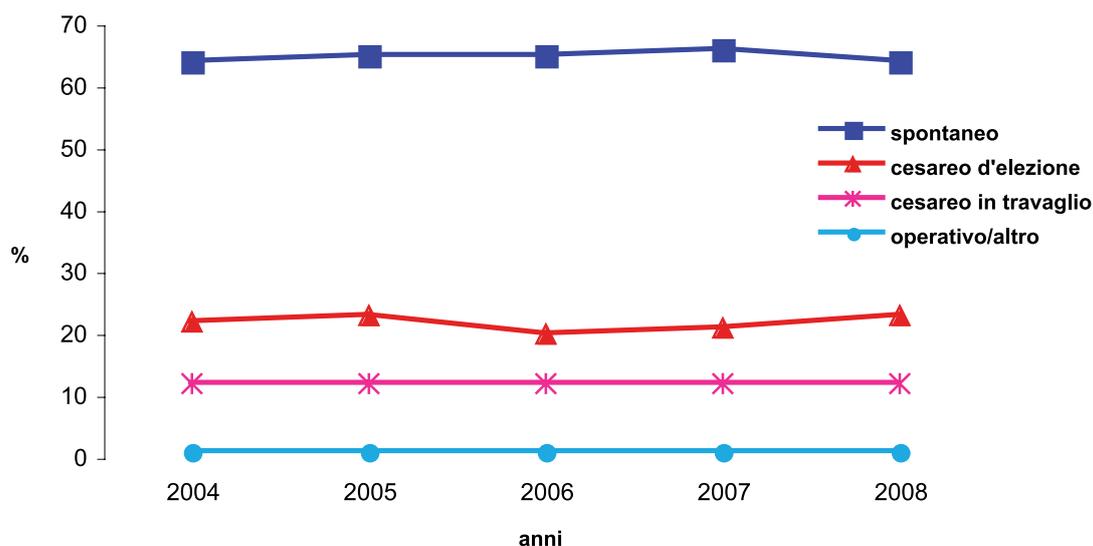
Commento:

- Nel 2008 è stato indotto circa 1 parto su 5 (il 22%); in Emilia-Romagna tale valore, sempre per lo stesso anno, è pari al 19.5%.
- L'induzione avviene nel 99% dei casi con farmaci.
- In circa 1 caso su 4 (25.9%), dopo l'induzione, si fa ricorso nella maggior parte dei casi al parto cesareo o in rari casi al vaginale operativo (dati analoghi si riscontrano nel report CeDAP 2008 della Regione Emilia-Romagna).

5.4.5 Modalità del parto

Nel 2008 il 64% dei parti (8.886/13.991) è avvenuto spontaneamente, il 35.3% è avvenuto con il taglio cesareo (TC)³⁰; il restante 1% (167/13.991) è stato espletato attraverso la modalità operativa (forcipe o ventosa) od altro tipo di parto³¹. Le tipologie di parto nella Regione Marche, nel periodo 2004-2008, mostrano un andamento sostanzialmente stabile (fig. 26).

Fig. 26 Parti per modalità del parto. Regione Marche, periodo 2004-2008.



Focus sul taglio cesareo

La proporzione di parti effettuati con il taglio cesareo, dopo un biennio 2006-2007 di sostanziale stabilità (rispettivamente 32.7% e 32.8%), presenta una tendenza all'aumento nel 2008 raggiungendo il 35.3% (30.1% in Emilia-Romagna sempre nel 2008; 37.4% in Italia nel 2007) (12, 8).

Nella tabella 14 è riportato l'andamento dei parti avvenuti con TC nella Regione Marche nel periodo 2004-2008.

30 Tale valore è sottostimato in quanto mancano i dati della Casa di Cura Stella Maris di San Benedetto del Tronto che non compila il CeDAP. Nel 2008 la proporzione di TC rilevata con le SDO risulta del 35.8%.

31 Le proporzioni sono state calcolate al netto delle 288 schede (il 2% del totale) per le quali l'informazione è mancante.

Tab. 14 Parti con TC. Regione Marche, anni 2004-2008.

Anni	N° TC	Tot. parti	% TC
2004	4.001	11.750	34.1
2005	4.226	12.398	34.1
2006	4.091	12.493	32.7
2007	4.243	12.936	32.8
2008	4.938	13.991	35.3

La variazione percentuale dei TC in questo quinquennio è stata del 23.4%.

La scheda CeDAP scompone l'informazione sul taglio cesareo nelle seguenti due tipologie: TC d'elezione e TC in travaglio; queste possono essere considerate proxy rispettivamente del TC programmato e del TC urgente³². Si fa presente però che nei TC in travaglio sono inclusi anche i TC d'elezione con travaglio anticipato.

Nel 2008 il 23.5% di tutti i parti (3.285 parti pari al 66.5% dei TC) sono stati cesarei d'elezione e l'11.8% (1.653 parti pari al 33.5% dei TC) sono stati cesarei in travaglio.

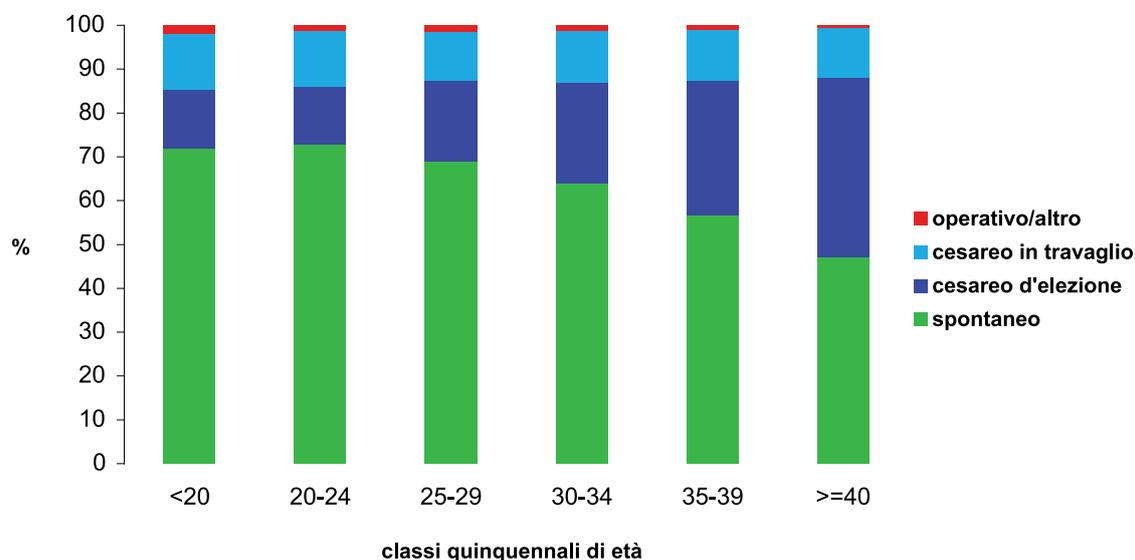
Il ricorso al taglio cesareo d'elezione aumenta con l'aumentare dell'età della donna, mentre la proporzione di cesarei in travaglio è all'incirca stabile in tutte le classi d'età (fig. 27).

32 Il TC si definisce d'elezione quando viene pianificato per fare fronte a situazioni particolari (parto podalico, anomalie 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) 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 intempestivo della placenta.

La scheda CeDAP nazionale e regionale contempla la distinzione tra TC d'elezione e TC in travaglio. Questa classificazione, tuttavia non consente di individuare con chiarezza i TC non urgenti d'elezione (TC d'elezione), i TC d'elezione in travaglio e i TC urgenti siano essi in travaglio (frequentissimi) che non in travaglio (meno frequentissimi).

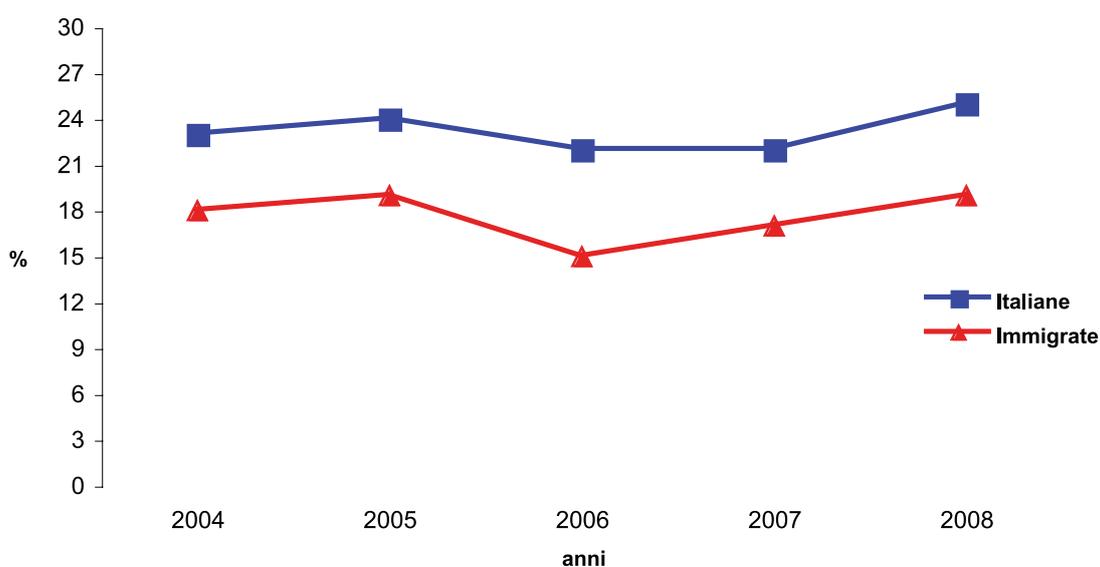
Fig. 27 Parti per modalità del parto e classi quinquennali di età materna. Regione Marche, anno 2008.



In generale circa 4 donne su 10 (il 44.1%), di età maggiore a 34 anni, hanno partorito con cesareo, mentre questo rapporto scende a 3 donne su 10 (il 32%) tra quelle con meno di 35 anni.

Rispetto alla cittadinanza i parti cesarei d'elezione presentano un trend in aumento a partire dal 2006 sia nelle immigrate che nelle italiane, con proporzioni costantemente maggiori per quest'ultime (fig. 28).

Fig. 28 Parti cesarei d'elezione, per cittadinanza. Regione Marche, periodo 2004-2008.



Fattori di rischio per parto con taglio cesareo (tab. 15)

L'analisi univariata evidenzia che la probabilità di partorire con taglio cesareo è significativamente più alta:

- nelle donne di età uguale o maggiore a 35 anni rispetto a quelle di età inferiore a 35 anni;
- nelle italiane rispetto alle immigrate.

Si rimanda all'Allegato 9.4 del report per una valutazione del peso di ogni singolo fattore rispetto la variabile "parto con taglio cesareo".

Tab. 15 Stima del rischio di effettuare il parto con il taglio cesareo. Regione Marche, anno 2008.

Caratteristiche	N°	Parto con taglio cesareo			
		%	O.R.	(I.C. 95%)	p-value
Classi di età					
< 34	3.487	33.2			
>=35	1.396	42.3	1.7	1.6 - 1.8	0.0000
Istruzione					
medio-alta*	3.403	34.9			
medio-bassa**	1.405	36.4	1.06	0.9 - 1.1	0.0000
Cittadinanza					
immigrate	915	30.1			
italiane	3.956	36.9	1.3	1.2 - 1.5	0.0000

*diploma di scuola media superiore e più

**diploma di scuola media inferiore o meno

Commento:

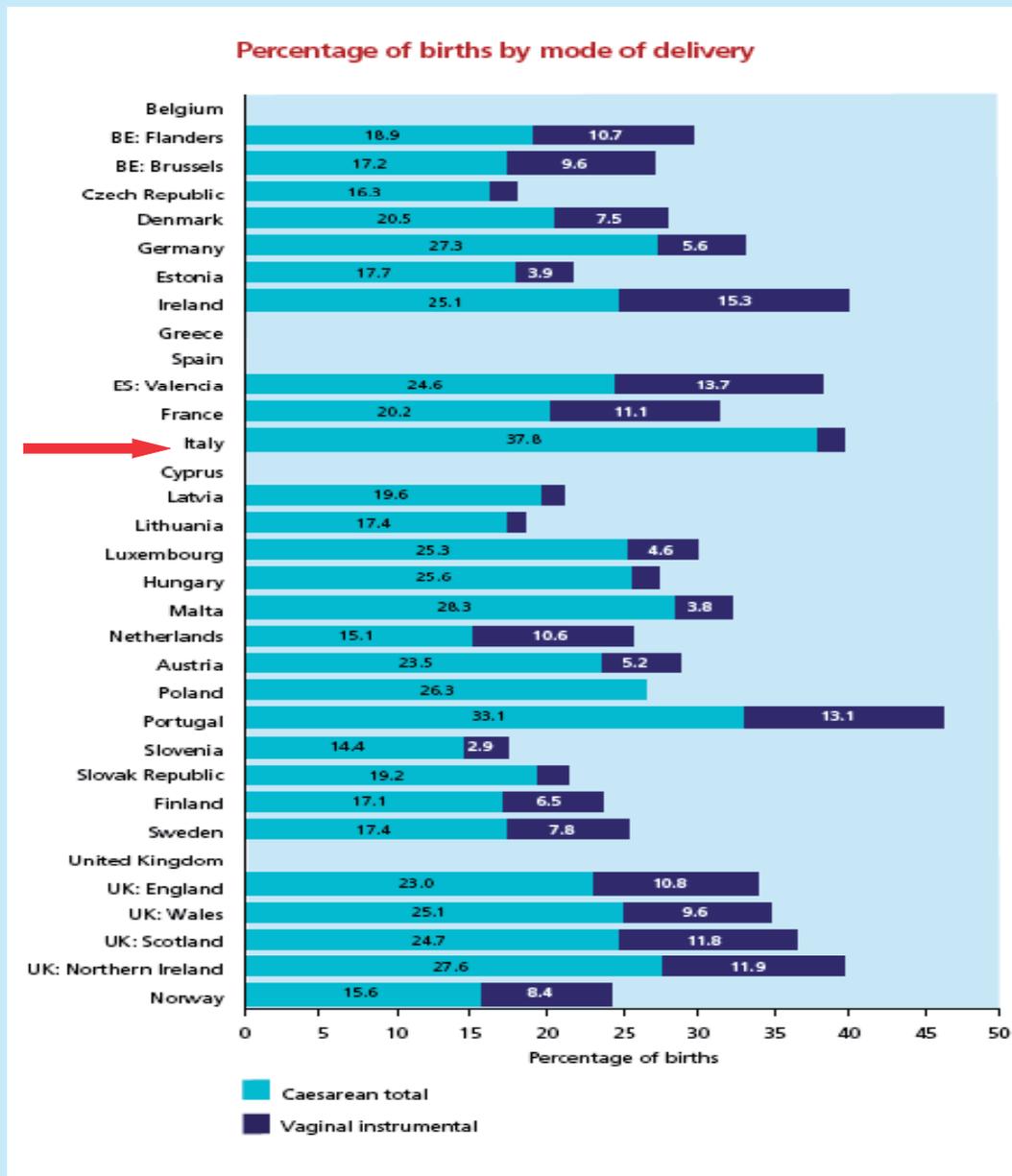
- Nella Regione Marche i parti con TC hanno mostrato dal 2004 al 2008 un incremento percentuale pari al 23%; la proporzione di TC sul totale dei parti nel periodo considerato (2004-2008), in linea con quanto è avvenuto in Italia, è sempre risultata essere di gran lunga superiore alla soglia del 10-15% che, secondo la raccomandazione pubblicata nel 1985 dall'OMS (13), garantisce il massimo beneficio complessivo per la madre ed il feto.
- Molte e diverse possono essere le cause che hanno determinato questo aumento, tra esse il desiderio delle donne di programmare il momento della nascita del proprio figlio unitamente a quello di ridurre l'ansia e la paura del parto e la convinzione della donna (o quella dei familiari) che il TC sia privo di rischi. Nella esperienza clinica per esempio è frequente trovarsi di fronte a richieste di partorire attraverso TC da parte di donne che, dopo aver raggiunto una posizione soddisfacente nel lavoro, programmano un figlio in età avanzata. Esse desiderano il TC perché, oltre che poter pianificare 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). Altre possibili motivazioni dell'aumento della frequenza di TC sono la presenza sempre più consistente nelle sale parto di una generazione di medici con una cultura

di una medicina difensiva e con minori competenze "ostetriche tradizionali"; il timore dei medici 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 (14), inducono più facilmente a programmare il parto con TC. Inoltre entrano in gioco anche fattori sociali e culturali, quali ad esempio l'attuale tendenza a posticipare l'età della prima gravidanza e la cittadinanza. I dati evidenziano, infatti, che la probabilità di partorire con taglio cesareo aumenta nelle donne di oltre 34 anni e che l'essere immigrata rappresenta un fattore di protezione.

- Se è vero che nella pratica clinica ci si trova a dover far fronte a donne che chiedono di partorire con TC è altrettanto noto che in letteratura sono pubblicate indagini campionarie i cui risultati evidenziano chiaramente che la preferenza delle donne è per il parto naturale; ad esempio uno studio condotto nel 2003 in Italia in 23 ospedali di 12 regioni d'Italia, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, ha mostrato che 9 donne su 10 tra quelle che avevano appena partorito spontaneamente e 7 su 10 tra quelle che erano state sottoposte a un taglio cesareo affermavano di prediligere il parto spontaneo a quello cesareo (15).
- Di fronte alla richiesta di TC da parte della donna, in assenza di motivazioni cliniche, c'è la necessità di fornire alla stessa una corretta informazione sui pro ed i contro di questa modalità di parto: a tal proposito il Sistema Nazionale per le Linee Guida, nel gennaio 2010, ha elaborato un documento con l'obiettivo di migliorare la comunicazione tra le donne e gli operatori sanitari e favorire scelte consapevoli e condivise sul parto (16).
- Preziose occasioni di fornire informazioni corrette alla donna sulla gravidanza e sul parto possono essere rappresentate dal colloquio pre-concezionale, che andrebbe incentivato, e dalla prima visita che dovrebbe essere fatta il più presto possibile per una presa in carico precoce della gravida. Inoltre in letteratura vi sono segnalazioni che la partecipazione ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN) riduce il rischio di parto con TC³³; l'offerta dei CAN pertanto andrebbe incentivata (nelle Marche, nel 2001, avevano frequentato un CAN circa un terzo delle partorienti) (10).
- Il Rapporto Europeo sulla Salute Perinatale (4), rileva che negli ultimi decenni si è osservato un costante aumento della frequenza di TC nella maggior parte dei Paesi industrializzati e riporta un confronto, relativo all'anno 2004, dei tassi di TC tra diversi paesi (fig. 29).

33 Sulla scheda CeDAP regionale l'informazione sulla partecipazione ad un CAN al momento non è rilevata; il quesito verrà inserito a partire dal 2011.

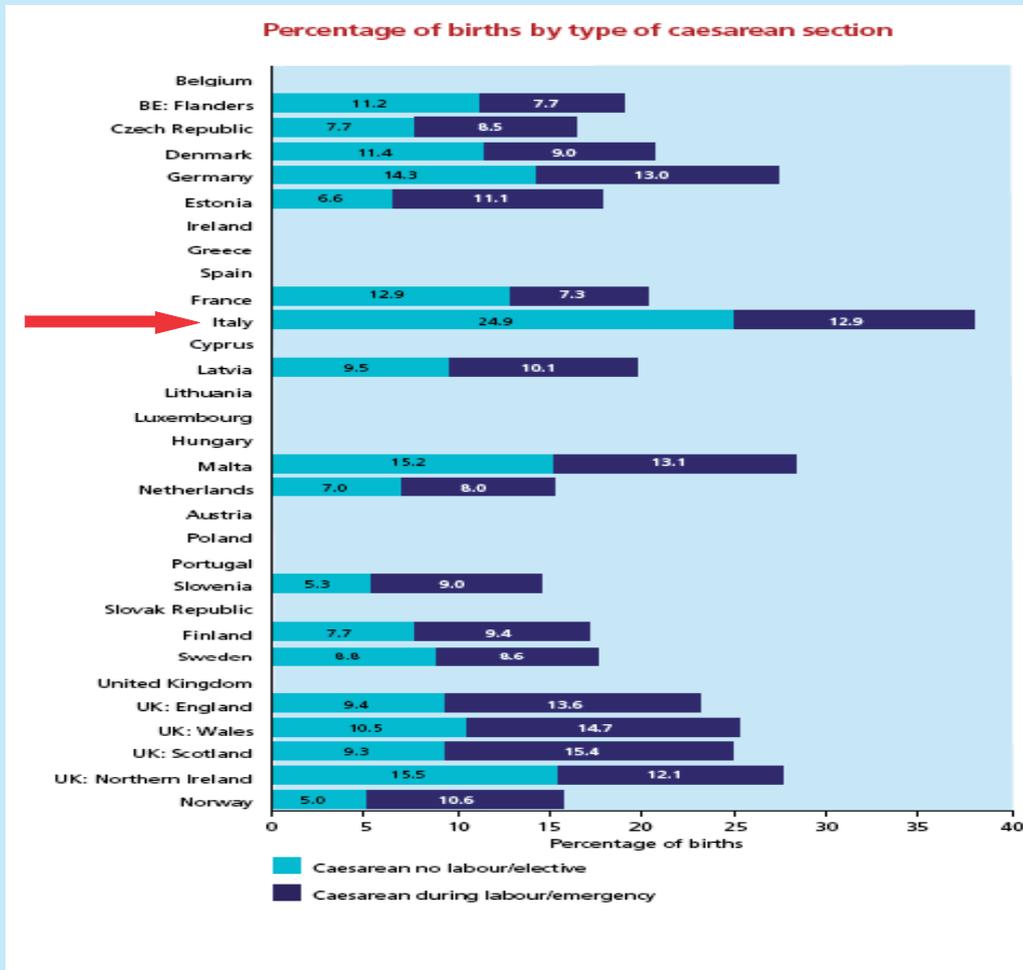
Fig. 29



Fonte: European Perinatal Health Report., 2008

Il dato italiano del 37.8% è quello più elevato. La maggior differenza rispetto agli altri Paesi europei sembra determinata dai cesarei elettivi. Il confronto però è reso complesso dalle diverse classificazioni utilizzate e, in particolare, dalla difficoltà di distinguere i cesarei d'elezione (fuori travaglio ed in travaglio) da quelli urgenti (fuori travaglio ed in travaglio) (fig.30).

Fig. 30



Fonte: European Perinatal Health Report., 2008

Complessivamente la proporzione di cesarei per tipologia di ospedali è così distribuita:

- o 43% nelle Aziende Ospedaliere;
- o 33% negli ospedali di rete;
- o 28% nei poli ospedalieri;
- o 43% nelle case di cure private³⁴.

La tabella 16 mostra l'analisi del tasso di taglio cesareo per tipologia e per punto nascita della Regione Marche.

34 I dati della casa di Cura Villa Igea di Ancona sono stati tratti dal db CeDAP regionale, mentre quelli della casa di cura privata accreditata Stella Maris di S. Benedetto sono stati tratti dal db SDO regionale in quanto questo istituto non compila la scheda CeDAP .

Tab. 16 Proporzione di parti cesarei (totali, d'elezione, in travaglio) per punto nascita. Regione Marche. Anno 2008.

Cod Az.	Punto Nascita	Parti cesarei	di cui parti cesarei d'elezione	di cui parti cesarei in travaglio	Tot parti	% TC compl	% TC d'elezione	% TC in travaglio
Aziende ospedaliere								
901	AO S. Salvatore Pesaro	448	317	131	1.305	34	24	10
903	AO Ospedali Riuniti - Ancona	1.160	799	361	2.473	47	32	15
Totale Aziende Ospedaliere		1.608	1.116	492	3.778	43	30	13
Ospedali di rete								
102	Urbino	329	241	88	932	35	26	9
103	Fano	247	135	112	732	34	18	15
104	Senigallia	246	148	98	835	30	18	12
105	Jesi	236	140	96	793	30	18	12
106	Fabriano	144	70	74	534	27	13	14
107	Osimo	203	124	79	578	35	22	14
108	Civitanova	265	157	108	685	39	23	16
109	Macerata	398	265	133	1.155	35	23	12
110	S. Severino	299	223	76	756	40	30	10
111	Fermo	136	98	38	621	22	16	6
112	S. Benedetto	242	142	100	817	30	17	12
113	Ascoli Piceno	272	205	67	783	35	26	9
Totale Ospedali di Rete		3.017	1.948	1.069	9.221	33	21	12
Poli ospedalieri								
101	Novafeltria	29	17	12	105	28	16	11
108	Recanati	128	92	36	453	28	20	8
Totale Poli Ospedalieri		157	109	48	558	28	20	9
Case di cura private								
107	Villa Igea - Ancona	156	112	44	434	36	26	10
112	Stella Maris S. Benedetto*	178	np	np	335	53	nc	nc
Totale Case di Cura Private		334	112	44	769	43	15	6
Totale Marche		5.116	3.285	1.653	14.326	36	23	12

Legenda:

n. p. = non pervenuto

n. c. = non calcolabile

*N.B. la casa di cura Stella Maris di S. Benedetto non compila la scheda CeDAP pertanto i dati riguardanti i TC ed il totale dei parti sono stati ricavati dal db regionale delle SDO per l'anno 2008.

5.4.6 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 Robson (17), già da tempo validata a livello internazionale. Essa prevede la suddivisione della popolazione delle partorienti in classi 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 e rilevanti dal punto di vista clinico (tab. 17).

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.

Tab. 17 Classi di Robson

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

La frequenza di parti cesarei è diversa nelle dieci classi di Robson in quanto le condizioni di rischio per ciascuna classe sono differenti.

La frequenza è elevatissima nelle classi VI, VII e VIII, rispettivamente la presentazione podalica nelle nullipare e nelle pluripare e le gravidanze multiple, ma anche nella classe V corrispondente a: pregresso TC, parto a termine feto singolo e presentazione cefalica.

Le frequenze più basse sono registrate nelle classi I e III che non presentano particolari fattori di rischio (tab. 18).

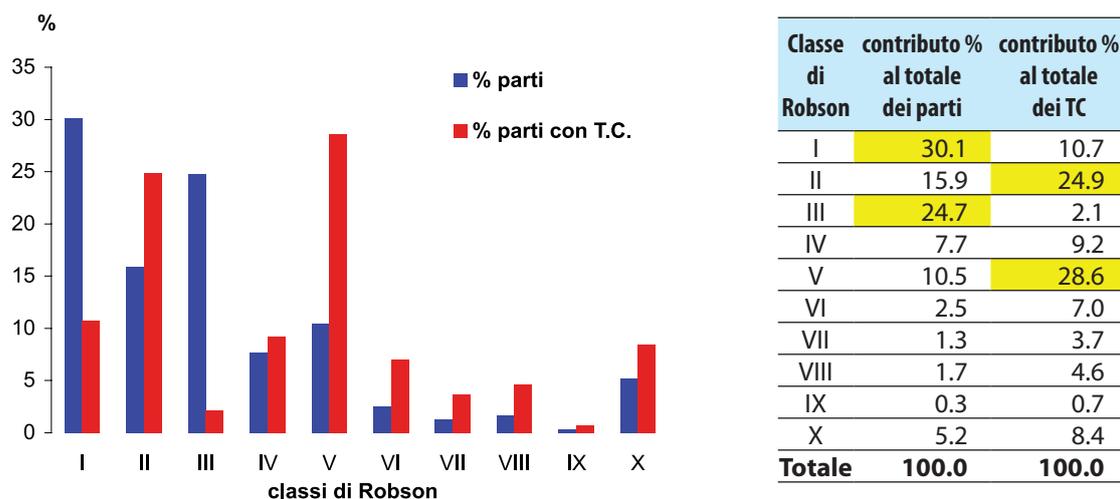
Tab. 18 Frequenza di cesarei per classe di Robson. Regione Marche, anno 2008.

Classe di Robson	N° parti cesarei	Tot parti	% parti cesarei
	(1)	(2)	(1/2)
I	490	4.014	12.2
II	1.140	2.117	53.8
III	98	3.297	3.0
IV	421	1.029	40.9
V	1.309	1.395	93.8
VI	322	334	96.4
VII	170	177	96.0
VIII	213	220	96.8
IX	34	44	77.3
X	387	697	55.5

La figura 31 mostra, per l'anno 2008, il contributo percentuale complessivo di ogni classe di Robson sia sul totale della popolazione partoriente che sul totale dei tagli cesarei.

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).

Fig. 31 Peso percentuale di ciascuna classe di Robson rispetto: al totale dei parti ed al totale dei tagli cesarei (TC). Regione Marche, anno 2008.

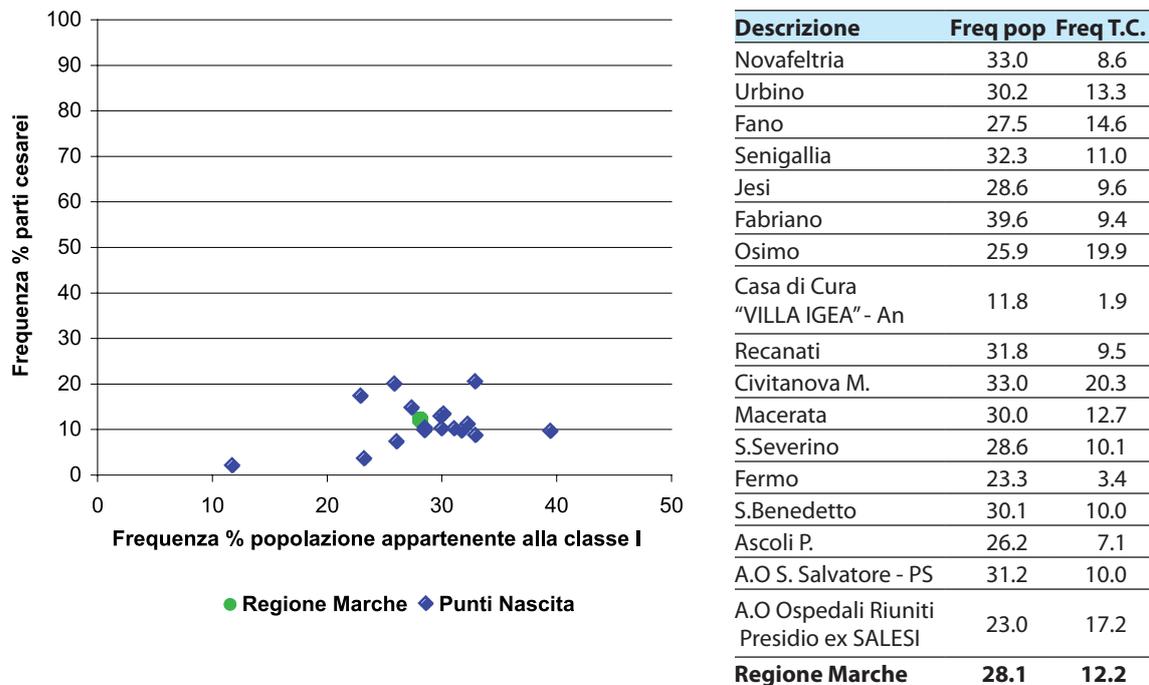


Percentuali più elevate di TC si registrano nella classe V, che include le donne con almeno un pregresso TC, seguita dalla II e dalla I, che sono caratterizzate da gravide a basso rischio.

Di seguito viene presentato, per ciascuna classe di Robson, il confronto fra i punti nascita della Regione Marche, relativo all'anno 2008.

Classe I di Robson (donne nullipare, parto a termine, travaglio spontaneo, feto singolo, presentazione cefalica) (fig.32).

Fig. 32 Frequenza della popolazione delle partorienti e di tagli cesarei per punto nascita. Classe I di Robson. Regione Marche, anno 2008.

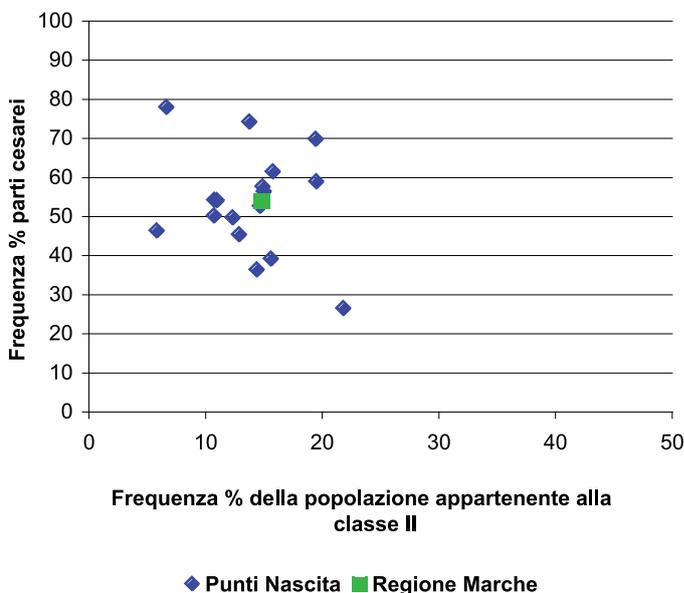


Nella classe I di Robson è inclusa il 30.1% della popolazione delle partorienti, il contributo percentuale di tale classe al totale dei cesarei è dell'10.7% (stesso valore registrato nel 2008 dalla Regione Emilia-Romagna) (12).

La proporzione di TC in questa classe di donne è pari al 12.2% (11% in Emilia-Romagna nel 2008), con un'ampia variabilità tra i Punti Nascita che va dall'1.9% della casa di Cura Villa Igea di Ancona al 20.3% di Civitanova Marche. Sopra questo valore regionale ci sono 5 PN compresi negli ospedali di rete ed 1 PN presente in una AO.

Classe II di Robson (donne nullipare, parto a termine, travaglio indotto o TC prima del travaglio, feto singolo, presentazione cefalica) (fig. 33).

Fig. 33 Frequenza della popolazione delle partorienti e di tagli cesarei per punto nascita. Classe II di Robson. Regione Marche, anno 2008.



Descrizione	Freq pop	Freq T.C.
Novafeltria	15.1	56.3
Urbino	13.8	74.0
Fano	12.4	49.5
Senigallia	14.7	52.4
Jesi	14.5	36.2
Fabriano	6.7	77.8
Osimo	10.8	54.0
Casa di Cura "VILLA IGEA" - An	5.9	46.2
Recanati	10.8	50.0
Civitanova M.	15.9	61.3
Macerata	11.1	53.9
S.Severino	19.5	69.6
Fermo	21.9	26.3
S.Benedetto	15.7	39.0
Ascoli P.	13.0	45.2
A.O S. Salvatore - PS	15.0	57.4
A.O Ospedali Riuniti Presidio ex SALESÌ	19.6	58.8
Regione Marche	14.8	53.8

La classe II di Robson comprende il 15.9% della popolazione delle partorienti, il contributo percentuale di tale classe al totale dei cesarei è del 24.9%.

Il tasso regionale di TC in questa classe è pari al 53.8% con una variabilità tra Punti Nascita che va dal 26.3% di Fermo al 77.8% di Fabriano.

Sopra questo valore regionale ci sono 6 PN presenti negli ospedali di rete, 1 PN presente in una AO ed 1 PN presente in un ospedale di Polo.

Si ricorda che da questa classe sono escluse le partorienti con presentazione podalica, quelle con pregresso TC, quelle con gravidanza gemellare ed il parto pretermine, tutte categorie facenti parte di altre classi. Pertanto l'elettività al parto cesareo in questa classe è dovuta ad altre cause.

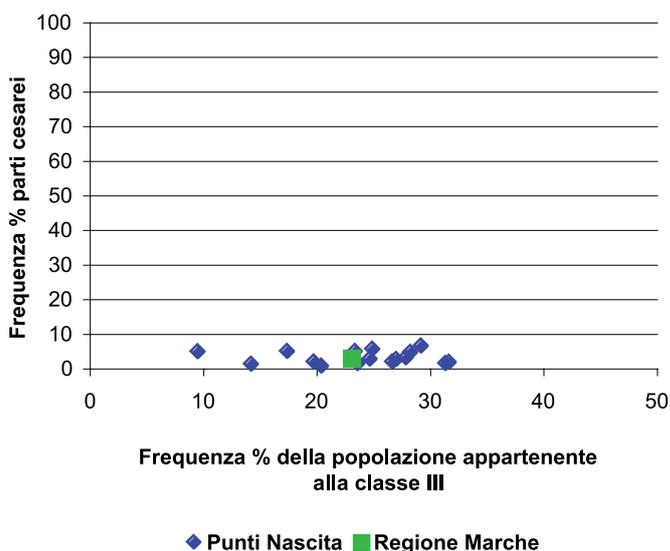
La figura 33 mostra un'amplessima variabilità tra i punti nascita della Regione Marche segno che la pratica dell'induzione e l'elettività al TC rispondono a criteri differenti nei diversi punti nascita.

L'induzione del travaglio ed il TC senza travaglio sono stati volutamente associati da Robson in quanto le 2 pratiche sono strettamente connesse alla discrezionalità dell'operatore: infatti, in assenza di travaglio spontaneo, la scelta dell'induzione al parto o quella del TC è operatore dipendente. Tuttavia la classe sarebbe meglio analizzata scindendo le 2 pratiche.

Altro punto critico nell'analisi della II classe è la componente di TC elettivi/programmati per cause materne e/o fetali che non sono identificabili con precisione poiché non esiste un modello definito di riferimento e di codifica (17).

Classe III di Robson (*donne pluripare, parto a termine, travaglio spontaneo, feto singolo, presentazione cefalica*) (fig. 34).

Fig. 34 Frequenza della popolazione delle partorienti e di tagli cesarei per punto nascita. Classe III di Robson. Regione Marche, anno 2008.



Descrizione	Freq pop	Freq T.C.
Novafeltria	29.2	6.5
Urbino	27.9	3.0
Fano	25.0	5.5
Senigallia	28.3	4.6
Jesi	26.7	1.9
Fabriano	31.7	1.8
Osimo	14.3	1.2
Casa di Cura "VILLA IGEA" - An	9.5	4.8
Recanati	31.4	1.4
Civitanova M.	23.4	4.9
Macerata	27.1	2.6
S. Severino	20.4	0.6
Fermo	23.6	1.4
S. Benedetto	24.7	2.7
Ascoli P.	19.8	1.9
A.O S. Salvatore - PS	23.6	1.6
A.O Ospedali Riuniti Presidio ex SALESI	17.4	4.9
Regione Marche	23.1	3.0

Nella classe III di Robson è incluso il 24.7% della popolazione delle partorienti, il contributo percentuale di tale classe al totale dei cesarei è basso ed è pari al 2.1% (2.3% in Emilia-Romagna nel 2008) (12).

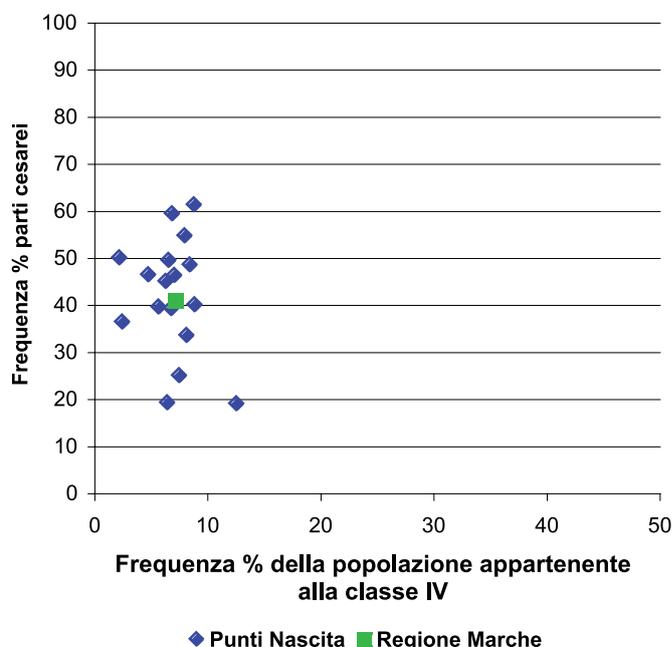
Robson afferma che l'atteso in questa classe dovrebbe essere del 1-2% e che la registrazione di valori superiori potrebbe essere dovuta all'inclusione di casi in cui non è stata accuratamente valutata l'anamnesi ostetrica.

Il tasso regionale di TC in questa classe è pari al 3% (2.3% in Emilia-Romagna sempre nel 2008) con una variabilità tra Punti Nascita compresa tra lo 0.6% di S. Severino ed il 6.5% di Novafeltria.

Sopra questo valore regionale ci sono 3 PN negli ospedali di rete, 1 PN in un ospedale di polo, 1 PN in una casa di cura privata accreditata e 1 in una AO.

Classe IV di Robson (donne pluripare, parto a termine, travaglio indotto o TC prima del travaglio, feto singolo, presentazione cefalica) (fig. 35).

Fig. 35 Frequenza della popolazione delle partorienti e di tagli cesarei per punto nascita. Classe IV di Robson. Regione Marche, anno 2008.



Descrizione	Freq pop	Freq T.C.
Novafeltria	7.5	25.0
Urbino	6.3	45.0
Fano	8.0	54.7
Senigallia	5.7	39.6
Jesi	6.5	19.2
Fabriano	2.2	50.0
Osimo	4.8	46.4
Casa di Cura "VILLA IGEA" - An	2.5	36.4
Recanati	6.9	59.4
Civitanova M.	8.9	61.3
Macerata	6.8	39.2
S.Severino	7.1	46.3
Fermo	12.6	19.0
S.Benedetto	8.9	40.0
Ascoli P.	8.5	48.5
A.O S. Salvatore - PS	6.6	49.4
A.O Ospedali Riuniti Presidio ex SALESI	8.2	33.5
Regione Marche	7.2	40.9

La classe IV di Robson comprende il 7.7% della popolazione delle partorienti, il contributo percentuale di tale classe al totale dei cesarei è del 9.2%.

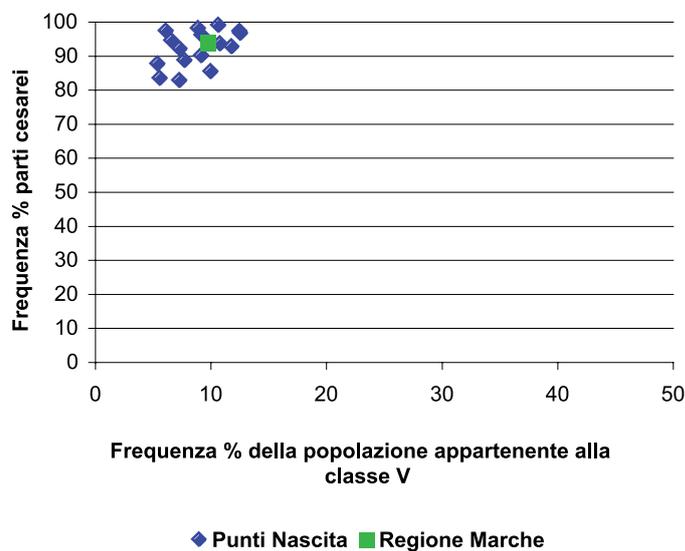
Il tasso regionale di TC in questa classe è pari al 40.9% con un'ampia variabilità tra punti nascita che oscilla tra il 19% di Fermo ed il 61.3% di Civitanova Marche.

Sopra questo valore ci sono 7 PN presenti negli ospedali di rete, 1 PN presente in una AO ed 1 PN presente in un ospedale di Polo.

In analogia con la II classe una migliore interpretazione dei dati deriverebbe dalla separazione della pratica dell'induzione del travaglio da quella del taglio cesareo in assenza di travaglio la cui gestione è ampiamente influenzata dalle decisioni dei singoli operatori (17).

Classe V di Robson (*pregresso TC, parto a termine, feto singolo, presentazione cefalica*) (fig. 36).

Fig. 36 Frequenza della popolazione delle partorienti e di tagli cesarei per punto nascita. Classe V di Robson. Regione Marche, anno 2008.



Descrizione	Freq pop	Freq T.C.
Novafeltria	5.7	83.3
Urbino	10.0	85.3
Fano	6.6	94.3
Senigallia	7.4	91.9
Jesi	11.9	92.6
Fabriano	9.0	97.9
Osimo	6.2	97.2
Casa di Cura "VILLA IGEA" - An	5.5	87.5
Recanati	10.0	93.5
Civitanova M.	10.9	93.4
Macerata	12.6	96.6
S.Severino	9.2	90.0
Fermo	7.3	82.6
S.Benedetto	7.8	88.6
Ascoli P.	10.7	98.8
A.O S. Salvatore - PS	9.3	96.0
A.O Ospedali Riuniti Presidio ex SALESI	12.6	97.1
Regione Marche	9.8	93.8

La classe V di Robson comprende il 10.5% della popolazione delle partorienti, il contributo percentuale di tale classe al totale dei cesarei è del 28.6% (26% in Emilia-Romagna nel 2008) (12).

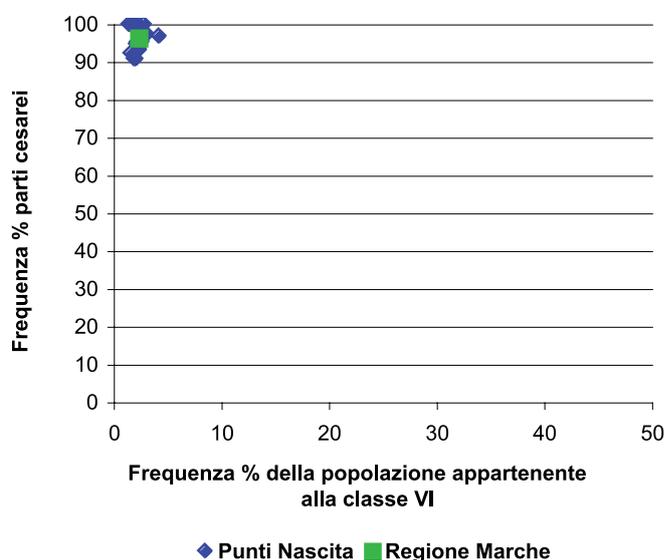
Il tasso regionale di TC in questa classe è pari al 93.8% (86.8% in Emilia-Romagna sempre nel 2008) con una variabilità tra punti nascita che va dall'82.6% di Fermo al 98.8% di Ascoli Piceno.

Sopra questo valore ci sono 5 PN presenti negli ospedali di rete e 2 presenti nelle AO

L'elevato valore del tasso di TC in questa classe indica che nei PN delle Marche ad un precedente parto con taglio cesareo in 8-9 casi su 10 segue sempre un altro taglio cesareo.

Classe VI di Robson (*donne nullipare, feto singolo, presentazione podalica*) (fig. 37).

Fig. 37 Frequenza della popolazione delle partorienti e di tagli cesarei per punto nascita. Classe VI di Robson. Regione Marche, anno 2008.



Descrizione	Freq pop	Freq T.C.
Novafeltria	2.8	100.0
Urbino	2.2	95.2
Fano	1.6	100.0
Senigallia	2.6	95.5
Jesi	2.0	100.0
Fabriano	2.1	90.9
Osimo	1.5	100.0
Casa di Cura "VILLA IGEA" - An	2.3	100.0
Recanati	1.5	100.0
Civitanova M.	1.4	100.0
Macerata	1.9	90.9
S.Severino	4.2	96.9
Fermo	2.4	93.3
S.Benedetto	2.1	94.7
Ascoli P.	1.6	92.3
A.O S. Salvatore - PS	2.5	97.1
A.O Ospedali Riuniti Presidio ex SALES	3.1	97.4
Regione Marche	2.3	96.4

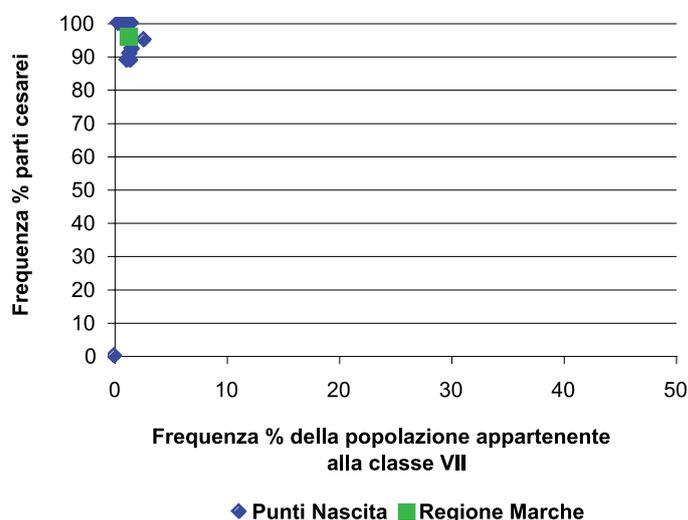
La classe VI di Robson comprende il 2.5% della popolazione delle partorienti, il contributo percentuale di tale classe al totale dei cesarei è del 7% (7.7% in Emilia-Romagna nel 2008) (12).

Il tasso regionale di TC in questa classe è pari al 96.4% (95.1% in Emilia-Romagna sempre nel 2008) con una variabilità tra Punti Nascita oscillante tra il 90.9% di Fabriano e Macerata ed il 100% di Novafeltria, Fano, Jesi, Osimo, Villa Igea, Recanati e Civitanova. La dispersione osservata tra i Punti Nascita stessi è molto ridotta.

Ormai da diversi anni, infatti, la presentazione podalica rappresenta una chiara indicazione al TC elettivo.

Classe VII di Robson (*donne pluripare, feto singolo, presentazione podalica*) (fig. 38).

Fig. 38 Frequenza della popolazione delle partorienti e di tagli cesarei per punto nascita. Classe VII di Robson. Regione Marche, anno 2008.



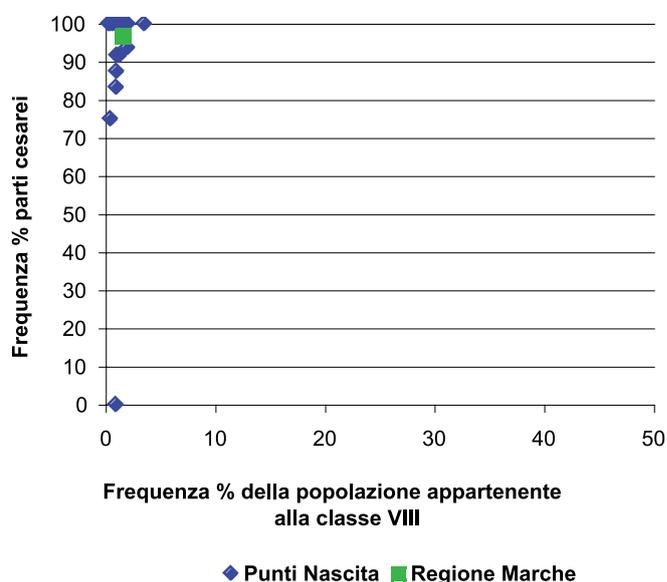
Descrizione	Freq pop	Freq T.C.
Novafeltria	0.0	0.0
Urbino	1.5	100.0
Fano	1.1	88.9
Senigallia	1.1	100.0
Jesi	1.4	90.9
Fabriano	1.1	100.0
Osimo	0.3	100.0
Casa di Cura "VILLA IGEA" - An	0.9	100.0
Recanati	0.4	100.0
Civitanova M.	1.4	100.0
Macerata	1.5	100.0
S. Severino	2.6	95.0
Fermo	1.4	88.9
S. Benedetto	0.7	100.0
Ascoli P.	0.7	100.0
A.O S. Salvatore - PS	1.0	100.0
A.O Ospedali Riuniti Presidio ex SALESI	1.6	92.3
Regione Marche	1.2	96.0

La classe VII di Robson comprende l'1.3% della popolazione delle partorienti, il contributo percentuale di tale classe al totale dei cesarei è del 3.7% (4,2% in Emilia-Romagna nel 2008) (12).

Il tasso regionale di TC in questa classe è pari al 96% (93.7% in Emilia-Romagna sempre nel 2008) con una variabilità tra Punti Nascita (escluso Novafeltria) compresa tra l'88.9% di Fano e Fermo ed il 100% di Urbino, Senigallia, Fabriano, Osimo, Casa di Cura Villa Igea di Ancona, Recanati e Civitanova, Macerata, San Benedetto, Ascoli P. e l'AO S. Salvatore di Pesaro. Come per la classe precedente si nota una assai ridotta dispersione tra i diversi Punti Nascita; è evidente una tendenza generalizzata verso il TC.

Classe VIII di Robson (*gravidezze multiple*) (fig. 39).

Fig. 39 Frequenza della popolazione delle partorienti e di tagli cesarei per punto nascita. Classe VIII di Robson. Regione Marche, anno 2008.



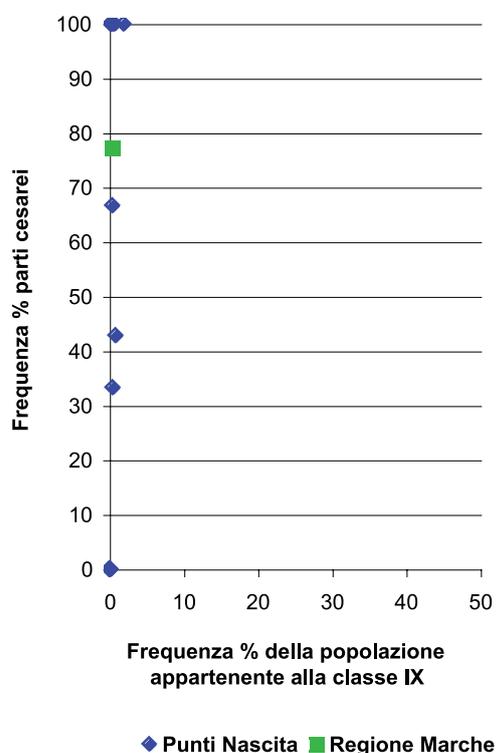
Descrizione	Freq pop	Freq T.C.
Novafeltria	0.9	0.0
Urbino	1.3	91.7
Fano	1.0	87.5
Senigallia	2.0	100,0
Jesi	2.0	93.8
Fabriano	1.9	100.0
Osimo	0.7	100.0
Casa di Cura "VILLA IGEA" - An	0.9	100.0
Recanati	0.4	100.0
Civitanova M.	0.3	100.0
Macerata	1.0	91.7
S.Severino	1.1	100.0
Fermo	1.0	83.3
S.Benedetto	0.4	75.0
Ascoli P.	1.0	100.0
A.O S. Salvatore - PS	1.4	100.0
A.O Ospedali Riuniti Presidio ex SALESI	3.5	100.0
Regione Marche	1.5	96.8

La classe VIII di Robson comprende l' 1.7% della popolazione delle partorienti, il contributo percentuale di tale classe al totale dei cesarei è del 4.6% (4.7% in Emilia Romagna nel 2008) (12).

Il tasso regionale di TC in questa classe è pari al 96.8% (90.4% nella Regione Emilia-Romagna nel 2008). La variabilità nel tasso di cesarei tra i Punti Nascita (escluso Novafeltria) va dal 75% di S. Benedetto al 100% di Senigallia, Fabriano, Osimo, Casa di Cura Villa Igea di Ancona, Recanati e Civitanova, S. Severino, Ascoli e le 2 AO S. Salvatore di Pesaro e Ospedali Riuniti di Ancona. Anche per questa classe la dispersione osservata tra PN è minima: il ricorso al taglio cesareo è assai diffuso.

Classe IX di Robson (*feto singolo, presentazione anomala*) (fig. 40).

Fig. 40 Frequenza della popolazione delle partorienti e di tagli cesarei per punto nascita. Classe IX di Robson. Regione Marche, anno 2008.



Descrizione	Freq pop	N° TC	N° parti classe X	Freq T.C.
Novafeltria	1.9	2	2	100.0
Urbino	0.4	4	4	100.0
Fano	0.0	0	0	0.0
Senigallia	0.8	3	7	42.9
Jesi	0.2	2	2	100.0
Fabriano	0.2	0	1	0.0
Osimo	0.2	1	1	100.0
Casa di Cura "VILLA IGEA" - An	0.0	0	0	0.0
Recanati	0.0	0	0	0.0
Civitanova M.	0.0	0	0	0.0
Macerata	0.7	8	8	100.0
S. Severino	0.4	2	3	66.7
Fermo	0.0	0	0	0.0
S. Benedetto	0.1	1	1	100.0
Ascoli P.	0.2	2	2	100.0
A.O S. Salvatore - PS	0.4	2	6	33.3
A.O Ospedali Riuniti Presidio ex SALESI	0.3	7	7	100.0
Regione Marche	0.3	34	44	77.3

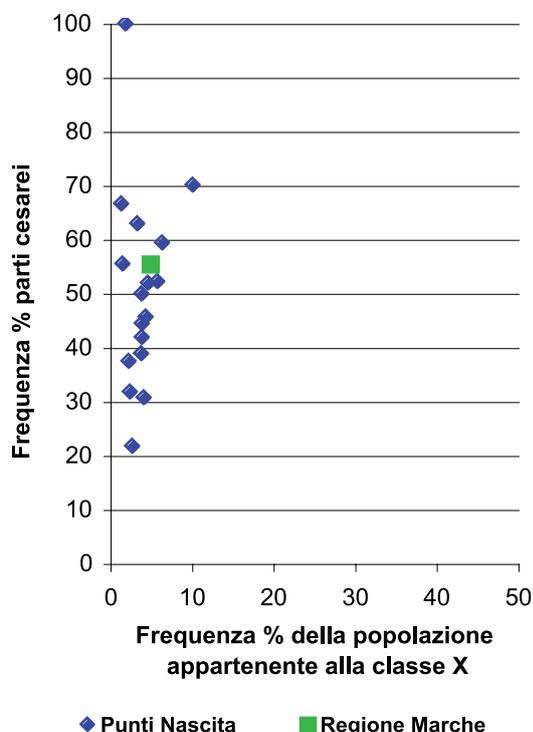
La classe IX di Robson comprende lo 0.3% della popolazione delle partorienti (44 parti complessivamente), il contributo percentuale di tale classe al totale dei cesarei è lo 0.7% (1.5% in Emilia-Romagna nel 2008) (12).

Il tasso regionale di TC in questa classe è pari al 77.3 (67% nella Regione Emilia-Romagna sempre nel 2008). La variabilità nel tasso di cesarei tra i punti nascita va dal 33% dell'AO S. Salvatore di Pesaro al 100% di Novafeltria, Urbino, Jesi, Osimo, Macerata, S. Benedetto, Ascoli e l'AO Ospedali Riuniti di Ancona.

In questa classe di Robson il confronto dei tassi di TC tra PN va fatto con cautela in quanto, per l'esigua numerosità di parti riconducibili a questa stessa classe, rilevata in alcuni punti nascita, il valore del tasso è instabile. Tale valore risulta invece ovviamente più solido in quei PN dove la numerosità delle nascite è più elevata.

Classe X di Robson (feto singolo, presentazione cefalica, pretermine) (fig. 41).

Fig. 41 Frequenza della popolazione delle partorienti e di tagli cesarei per punto nascita. Classe X di Robson. Regione Marche, anno 2008.



Descrizione	Freq pop	N° TC	N° parti classe X	Freq T.C.
Novafeltria	1.9	2	2	100.0
Urbino	3.8	14	36	38.9
Fano	3.9	13	31	41.9
Senigallia	2.7	5	23	21.7
Jesi	3.4	17	27	63.0
Fabriano	4.7	13	25	52.0
Osimo	1.5	5	9	55.6
Casa di Cura "VILLA IGEA" - Ancona	1.4	4	6	66.7
Recanati	3.9	8	18	44.4
Civitanova M.	2.3	6	16	37.5
Macerata	6.4	44	74	59.5
S. Severino	5.8	23	44	52.3
Fermo	4.2	8	26	30.8
S. Benedetto	2.4	7	22	31.8
Ascoli P.	4.4	16	35	45.7
A.O. S. Salvatore - PS	3.9	26	52	50.0
A.O. Ospedali Riuniti Presidio ex SALESI	10.1	176	251	70.1
Regione Marche	4.9	387	697	55.5

La classe X di Robson comprende il 5.2% della popolazione delle partorienti, il contributo percentuale di tale classe al totale dei cesarei è pari all'8.4% (9.9% in Emilia-Romagna nel 2008) (12).

Il tasso regionale di TC in questa classe è del 55.5% (48.4% nella Regione Emilia-Romagna sempre nel 2008). La variabilità nel tasso di cesarei tra i punti nascita va dal 21.7% di Senigallia al 100% di Novafeltria.

Sopra il tasso regionale di TC ci sono 3 PN presenti negli ospedali di rete, 1 sito in un ospedale di polo, 1 nella casa di cura privata accreditata ed 1 in una AO.

L'analisi evidenzia che la percentuale maggiore di afferenza di questa popolazione di partorienti è presso l'AO Ospedali Riuniti di Ancona.

In questa classe di Robson il confronto dei tassi di TC tra PN va fatto con cautela in quanto, per l'esigua numerosità di parti riconducibili a questa stessa classe rilevata in alcuni punti nascita, il valore del tasso è instabile. Tale valore risulta invece ovviamente più solido in quei PN dove la numerosità delle nascite è più elevata.

Commento:

- *L'analisi dei dati 2008 mostra che complessivamente 5 classi di Robson contribuiscono per l'81.8% al totale dei cesarei: esse sono (in ordine decrescente) la V, la II, la I, la IV e la X.*
- *La classe I di Robson è la più numerosa (nullipare con parto spontaneo a termine e presentazione cefalica) e presenta un'ampia variabilità di ricorso al TC tra i diversi PN; la classe III, analoga alla classe I, ma costituita da donne pluripare, ha una prevalenza leggermente inferiore ed una minore variabilità di ricorso al TC tra i PN. Ciò significa che nella Regione Marche i modelli di assistenza al parto, per le donne al primo figlio con decorso di gravidanza e travaglio apparentemente fisiologici, sono molto disomogenei, mentre per le donne pluripare essi appaiono più standardizzati. Sarebbe auspicabile allora un confronto tra i clinici al fine di produrre modelli più omogenei per l'assistenza al parto, in particolare modo alle nullipare. A questo proposito come già detto, è in corso di elaborazione un documento sulle indicazioni al taglio cesareo curato del Sistema Nazionale per le Linee Guida.*
- *Le classi II e IV, caratterizzate dall'assenza di travaglio, contribuiscono in modo differente al tasso di TC complessivo: 24.9% e 9.2% rispettivamente; esse presentano un'ampia variabilità nel ricorso al TC tra i PN; tale variabilità è minore nelle pluripare (classe IV).*
- *La maggiore omogeneità nella tipologia del parto nelle donne pluripare, emersa dall'analisi, potrebbe essere in parte spiegata con una maggior capacità da parte della donna stessa di gestire in prima persona l'evento, avendo già avuto l'esperienza di gravidanze precedenti.*
- *La classe V di Robson è quella che contribuisce più di tutte al tasso di TC complessivo. Tassi di cesareo superiori all'80% nei diversi Punti Nascita della Regione indicano che il ricorso al TC elettivo nella donna con pregresso TC è assai diffusa.*
- *Nelle classi VI, VII, VIII e IX i tassi di TC sono assai elevati e la variabilità tra i Punti Nascita, pur presente, non è così ampia; ciò è segno che in situazioni dove è presente un rischio fetale quali la presentazione podalica od anomala e la gemellarità si fa ricorso al TC in modo da garantire i migliori esiti materni e neonatali.*
- *La classe X di Robson contribuisce per l'8.4% al tasso complessivo di cesarei; l'analisi regionale mostra una relativa ampia variabilità tra i PN sul ricorso al TC in caso di prematurità. In letteratura non vi sono ancora prove di efficacia sufficienti a definire quale sia la pratica assistenziale più appropriata per la nascita di bambini con bassa età gestazionale (18, 19).*
- *L'analisi di Robson suggerisce che le strategie di contenimento del TC potrebbero iniziare sicuramente dalle classi I e III dove i fattori di rischio sono minimi ed il taglio cesareo è meno appropriato.*
- *Nella nostra realtà regionale alle donne con pregresso TC ad una successiva gravidanza, in circa 8-9 volte su 10, viene fatto di nuovo un altro cesareo (classe V di Robson). Alcune società scientifiche (20, 21) raccomandano che 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. Tuttavia, poiché la valutazione di efficacia di questi due diversi modelli assistenziali sono desunte da studi non randomizzati (di diversa qualità) che ne limitano*

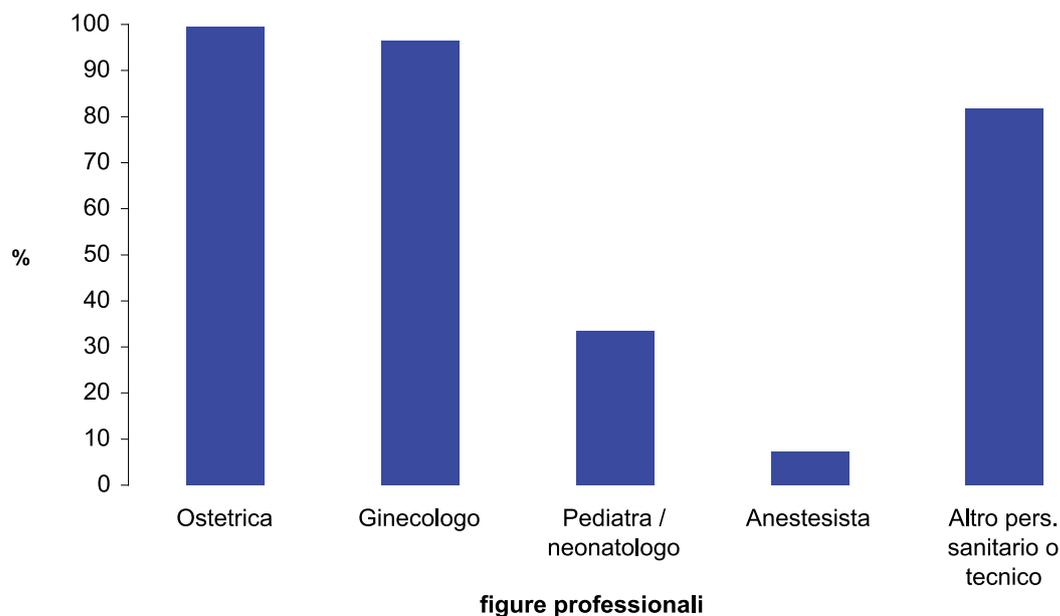
la validità, al momento non si dispongono di prove dirette sui benefici e rischi del TdP rispetto al cesareo d'elezione. Pertanto le donne devono ricevere informazioni dettagliate su complicanze e rischi del "travaglio di prova" per essere in grado di effettuare una scelta ponderata. Il "TdP" richiede inoltre 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.

5.4.7 Personale sanitario presente al parto

Nel 2008 al momento del parto (escludendo i cesarei di elezione e quelli effettuati in travaglio) sono state presenti le seguenti figure professionali³⁵:

- nel 99.5% l'ostetrica (96.5% in Italia nel 2007, ma sono inclusi i cesarei; 99,4% in Emilia Romagna nel 2008) (8, 12);
- nel 96.5% il ginecologo (90.9% in Italia nel 2007, ma sono inclusi i cesarei; 75.0% in Emilia Romagna nel 2008);
- nel 33.5% il pediatra/neonatólogo (68.5% in Italia nel 2007, ma sono inclusi i cesarei; 30.0% in Emilia Romagna nel 2008);
- nel 7.3% l'anestesista (46.3% in Italia nel 2007, ma sono inclusi i cesarei; 10.9% in Emilia Romagna nel 2008);
- nell'81.7% altro personale sanitario o tecnico (30.0% dei casi infermiere con competenze neonatali in Emilia Romagna nel 2008) (fig. 42).

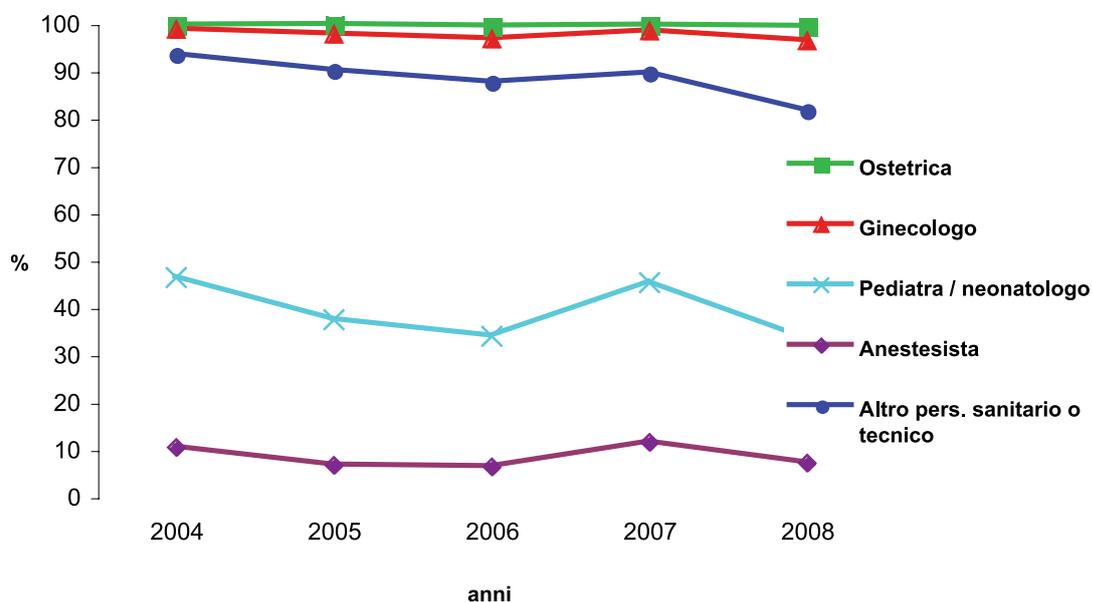
Fig. 42 Figure professionali presenti al momento del parto. Regione Marche, anno 2008.



La figura 43 mostra il trend delle presenze dei professionisti presenti al momento del parto nel periodo 2004-2008.

³⁵ Le percentuali sono state calcolate al netto delle 328 schede (il 2.3% del totale) in cui l'informazione è mancante.

Fig. 43 Parti per figure professionali al momento del parto (sono esclusi i cesarei d'elezione ed in travaglio). Regione Marche, periodo 2004-2008.



In questo periodo la presenza dell'ostetrica è rimasta costante, mentre è diminuita quella del pediatra/neonatologo e quella delle altre figure sanitarie o tecniche.

Nel 2008, rispetto all'anno precedente, è in lieve flessione anche la presenza del ginecologo.

In parte queste riduzioni potrebbero essere spiegate con la chiusura di alcuni PN regionali³⁶.

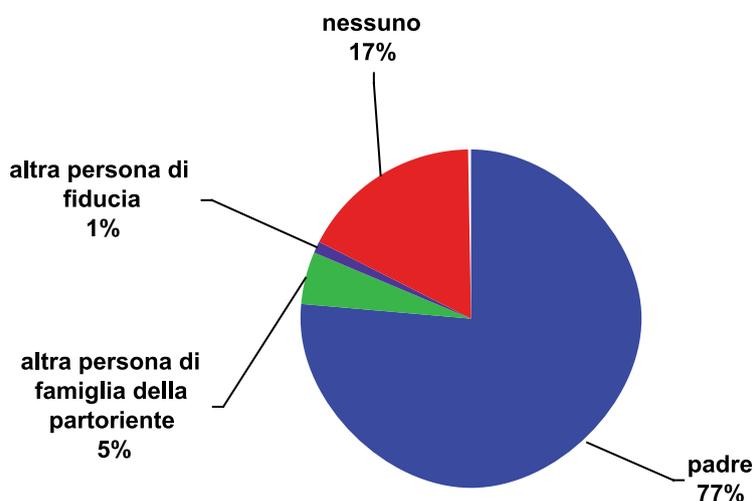
³⁶ Nel quinquennio considerato sono stati chiusi i PN della Casa di Cura Villa Serena di Jesi (ZT 5 - Jesi) e dell'Ospedale di Amandola (ZT 13 - Ascoli).

5.4.8 Presenza di una persona di fiducia della donna in sala parto

In circa 8 parti su 10³⁷ (escludendo i parti che avvengono con taglio cesareo) la donna ha avuto vicino a sé nel momento del parto una persona di sua fiducia, analogamente a quanto rilevato nel 2001 nell'indagine "Il percorso nascita nella regione Marche" (10) (9 volte su 10 in Emilia-Romagna nel 2008) (12). Questa nel 77% dei casi è stata il padre del bambino (85% in Emilia-Romagna nel 2008); in un 5% dei parti si è trattato di un altro familiare (5.4% in Emilia-Romagna nel 2008) e solo nell'1.2% dei casi di un'altra persona (1.4% in Emilia-Romagna nel 2008) (fig. 44).

17 donne su 100 non hanno avuto nessuno accanto (8.1% in Emilia-Romagna nel 2008).

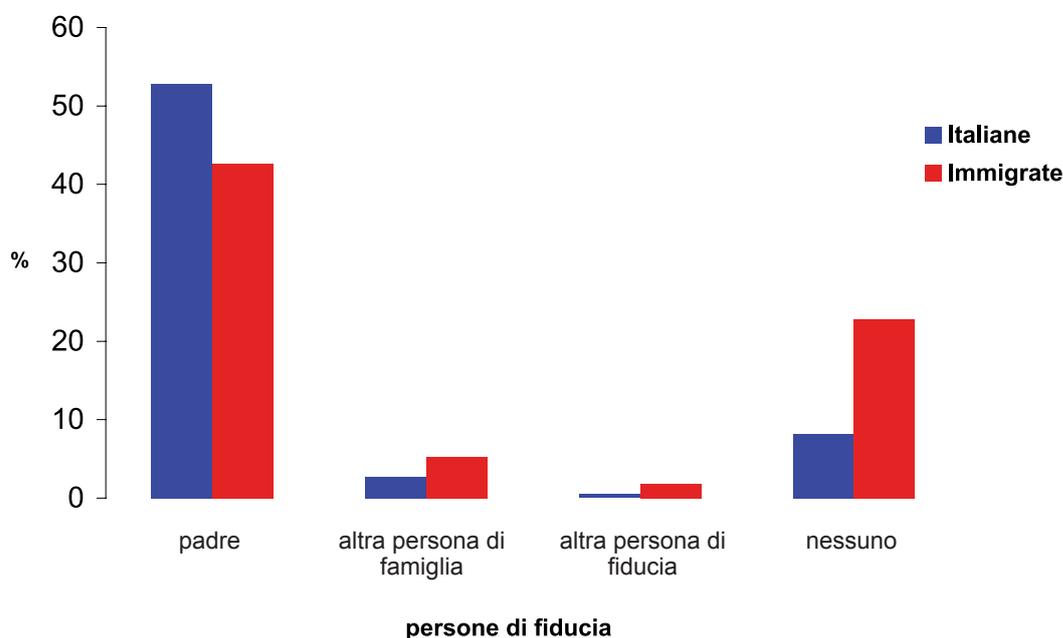
Fig. 44 Presenza di una persona di fiducia della donna in sala parto (sono esclusi i parti con TC). Regione Marche, anno 2008 .



Scomponendo l'informazione per cittadinanza materna si osserva che il 23% delle immigrate non ha avuto nessuno vicino in sala parto rispetto l'8.2% delle italiane (fig.45).

³⁷ Al netto delle 487 schede (il 5.8% del totale) in cui l'informazione è mancante.

Fig. 45 Presenza di una persona di fiducia della donna al momento del parto e cittadinanza. Regione Marche, anno 2008 (sono esclusi i parti con TC).



Fattori di rischio per presenza di una persona di fiducia in sala parto (tab. 19)

L'analisi univariata evidenzia che la probabilità che sia presente accanto alla donna in sala parto una persona di fiducia è significativamente più alta:

- nelle nullipare rispetto alle pluripare;
- nelle donne con titolo di studio-medio-alto rispetto a quelle con livello di istruzione medio-basso;
- nelle donne italiane rispetto alle immigrate.

Si rimanda all'Allegato 9.4 del report per una valutazione del peso di ogni singolo fattore rispetto la variabile "presenza di una persona di fiducia in sala parto".

Tab. 19 Probabilità di avere una persona di fiducia in sala parto. Regione Marche, anno 2008 (sono esclusi i parti con TC).

Caratteristiche	N°	Presenza di una persona di fiducia in sala parto			
		%	O.R.	(I.C. 95%)	p-value
Parità					
pluripare	3.232	79.2			
nullipare	4.083	85.5	1.5	1.4 - 1.7	0.0000
Istruzione					
medio-bassa**	1.786	74.3			
medio-alta*	5.327	85.9	2.1	1.9 - 2.3	0.0000
Cittadinanza					
immigrate	1.442	68.5			
italiane	5.771	87.2	3.1	2.8 - 3.5	0.0000

*diploma di scuola media superiore e più

**diploma di scuola media inferiore o meno

Commento:

- *L'ostetrica ed altro personale di supporto (operatore socio-sanitario od infermiere) sono le figure professionali che devono essere sempre presenti in sala parto, in caso di parto a basso rischio così come previsto dalla normativa vigente³⁸.*
- *Il ginecologo, il neonatologo e l'anestesista devono essere presenti in caso di rischio per la mamma e/o per il neonato. Di conseguenza il numero di operatori sanitari presenti in sala parto dovrebbe aumentare con l'aumentare della intensità assistenziale dell'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia³⁹.*
- *L'OMS e il POMI raccomandano il libero accesso di una persona di fiducia in sala parto quale azione molto importante per raggiungere l'obiettivo dell'umanizzazione della nascita; infatti una persona di fiducia accanto alla donna in sala parto può essere importante per il sostegno emotivo. In letteratura è dimostrato che le donne che ricevono un precoce e continuo supporto durante il travaglio ricorrono meno frequentemente all'analgesia ed al parto operativo vaginale e sono maggiormente soddisfatte della loro esperienza (22).*
- *E' anche opportuno creare un ambiente "protetto" per il travaglio per promuovere una fisiologica evoluzione dello stesso (è dimostrato che la produzione di ossitocina è inibita da stimoli corticali quali luce, rumori, domande ecc...) e, in sala parto non dovrebbero essere presenti troppe persone, situazione che può interferire negativamente sui tempi e sui ritmi del travaglio (23).*
- *La presenza di una persona di fiducia risulta più frequente per le donne in condizioni di vantaggio socio-culturale quali quelle più istruite e le italiane. Un buon livello di istruzione e l'essere italiane sono infatti condizioni che facilitano la conoscenza del funzionamento dei servizi e la comunicazione con gli operatori consentendo di sfruttare al meglio le opportunità che questi offrono. Va tenuto presente che ogni cultura ha i propri modi di accompagnamento, di sostegno e di assistenza alla partoriente e spesso il parto è "una questione di donne"; per molte immigrate sarebbe dunque preferibile la presenza di una figura femminile "familiare" che tuttavia, per la condizione di donna immigrata, non sempre è disponibile nel paese ospite (24, 25, 26).*

38 DM 740/94 e L. 251/2000

39 Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI), di cui al DM 24 aprile 2000 in adozione di quanto contenuto nel PSN 1998-2000.

5.4.9 Parto semplice e plurimo

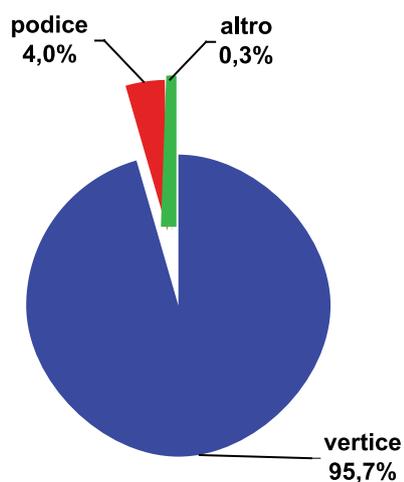
Nel 2008 i parti gemellari sono stati 220 pari all'1.5% del totale (1.5% in Italia nel 2007) (8). Delle 220 gravidanze plurime 211 sono state bigemine e 9 trigemine. I nati da parto plurimo sono stati complessivamente 449 (il 3% del totale): 2 però sono nati morti.

Il numero di parti plurimi associati alla procreazione medicalmente assistita è stato pari a 47: il 21.4% del totale dei parti gemellari (22.3% in Emilia-Romagna nel 2008; 21.7% in Italia nel 2007) (12, 8).

5.4.10 Presentazione del neonato

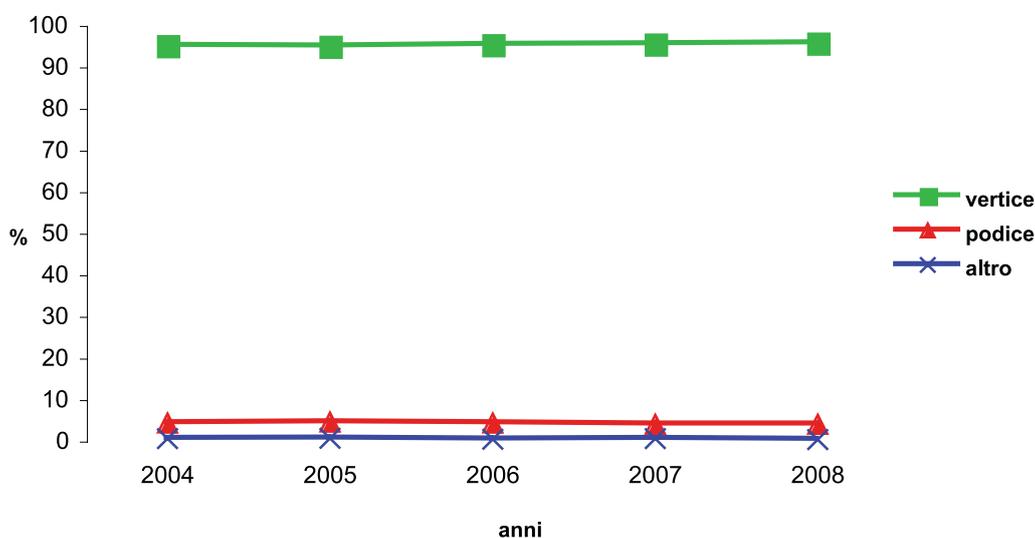
Nel 95.7% dei parti la presentazione del nato è stata di vertice (94.6% in Emilia-Romagna nel 2008) (12); quella podalica si è verificata nel 4.0% dei parti (4.6% in Emilia-Romagna nel 2008); le altre presentazioni anomale (fronte o bregma, o faccia o spalla) hanno avuto complessivamente una frequenza dello 0.3% (0.8% in Emilia-Romagna nel 2008) (fig. 46).

Fig. 46 Modalità di presentazione del neonato. Regione Marche, anno 2008.



Il trend regionale delle presentazioni dei nati, per il periodo 2004-2008, mostra una sostanziale stabilità (fig. 47).

Fig. 47 Modalità di presentazione del neonato. Regione Marche, periodo 2004-2008.



Fattori di rischio per parto podalico (tab. 20)

L'analisi univariata evidenzia che la probabilità di avere un parto podalico è significativamente più alta:

- nelle nullipare rispetto alle pluripare;
- nelle pluripare precedentemente cesarizzate rispetto alle non cesarizzate.

Tab. 20 Stima del rischio di parto podalico. Regione Marche, anno 2008

Caratteristiche	N°	Parto podalico			
		%	O.R.	(I.C. 95%)	p-value
Parità					
pluripare	190	2.9			
nullipare	358	5.0	1.7	1.4 - 2.1	0.00000
Pluripare					
non precedente TC	70	2.5			
precedente TC	120	4.3	1.8	1.3 - 2.4	0.0001

Commento:

- L'1.5% (220 parti) del totale dei parti del 2008 è costituito da gravidanze gemellari.
- 47 sono stati i parti plurimi associati alla procreazione medicalmente assistita.
- La frequenza di parti podalici (4%) e più in generale di presentazioni anomale è stabile nel periodo 2004-2008 considerato.
- L'analisi dei dati mostra, in accordo con quanto riportato nel CeDAP della Regione- Emilia Romagna nel 2008 e più in generale dalla letteratura (27, 28) che c'è un maggior rischio di parto podalico nelle nullipare e tra le pluripare che hanno effettuato un precedente cesareo.

5.5 Le nuove nascite

5.5.1 Proporzione e genere dei nati

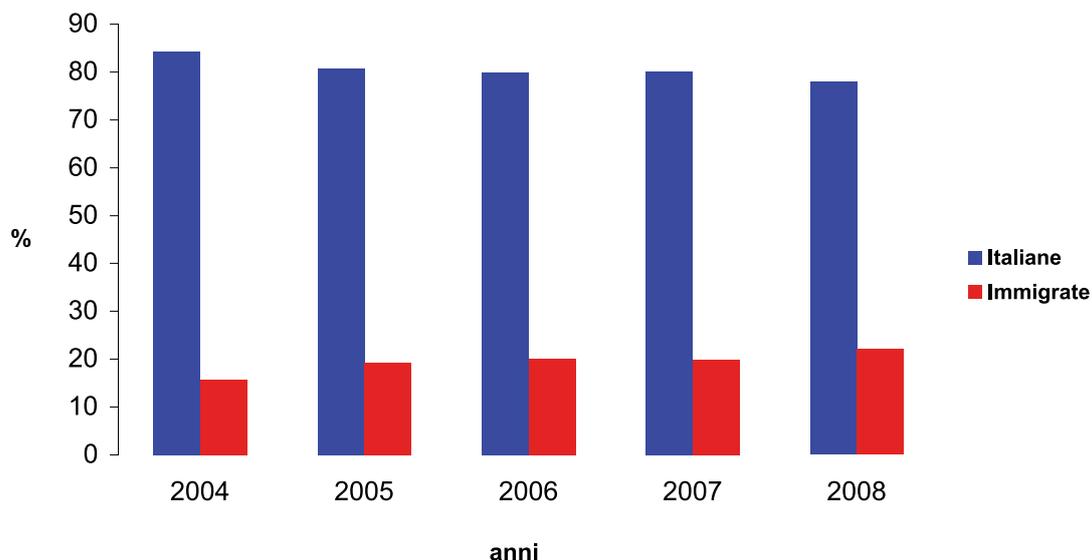
Nel 2008 il numero dei nati rilevato dal CeDAP è pari a 14.508 e il dato relativo al sesso è disponibile per 14.446 di questi.

Nel complesso il 51.7% dei neonati (7.462) ha genitali esterni maschili e il 48.3% (6.982) ha genitali esterni femminili; in 2 casi i genitali sono indeterminati.

Il 78% dei neonati ha entrambi i genitori di cittadinanza italiana, il 16.6% ha genitori entrambi immigrati⁴⁰, il 4,4% ha la madre immigrata e il padre italiano e 1.1% ha la madre italiana e padre immigrato.

I nati da madre immigrata sono in costante aumento nel periodo 2004-2008, passando dal 15.8%, (pari a 1.958) al 22.1% del totale dei nati (pari a 3.152) (fig. 48).

Fig. 48 Nati per cittadinanza materna. Regione Marche, anni 2004-2008.



Nel 2008 il rapporto tra maschi e femmine è 1.06, pari al dato nazionale relativo all'anno 2007 calcolato dall'Istat. Nel periodo 2004-2008 si è sempre registrata una prevalenza dei nati con genitali maschili, sia tra i bambini con madre italiana, che tra quelli con madre immigrata (tab. 21).

40 Il numero di nati da entrambi i genitori stranieri rilevato dall'Istat per il 2008 è pari al 17.4% nelle Marche e al 12.6% in Italia. Fonte: Istat, *Natalità e fecondità della popolazione residente: caratteristiche e tendenze recenti. Anno 2008*. Statistiche in Breve, 18 marzo 2010.

Tab. 21 Nati vivi per tipo di genitoli esterni (maschili, femminili) e per cittadinanza materna. Regione Marche, anni 2004-2008.

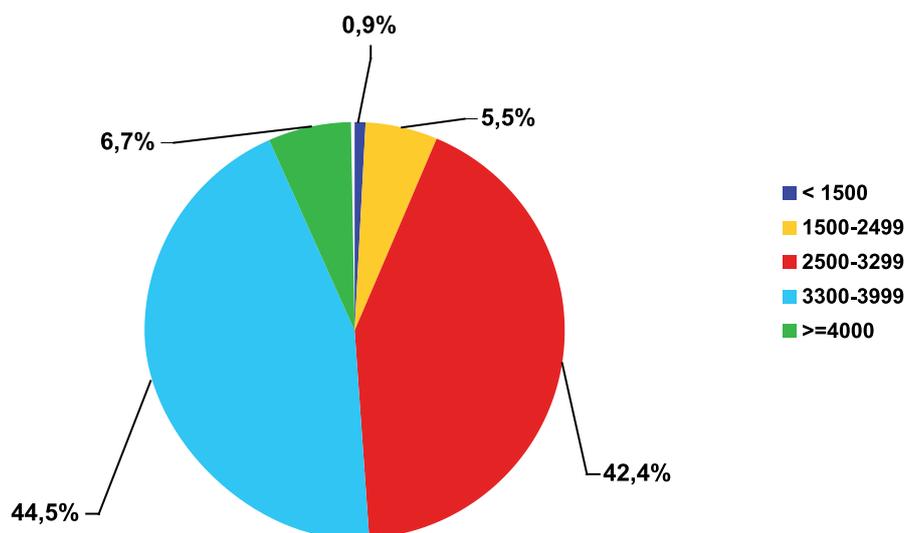
Anno	Italiane				Immigrate			
	Maschi		Femmine		Maschi		Femmine	
	N. neonati	%						
2004	5.373	52.3	4.891	47.6	980	50.7	952	49.3
2005	5.158	51.0	4.947	49.0	1.287	53.5	1.120	46.5
2006	5.368	51.6	5.035	48.4	1.355	52.2	1.240	47.8
2007	5.489	51.2	5.224	48.8	1.390	52.1	1.279	47.9
2008	5.712	51.5	5.369	48.4	1.622	51.6	1.519	48.4

5.5.2 Peso alla nascita

Il peso medio alla nascita è di 3.274 grammi (3.334 grammi per i maschi e 3.208 per le femmine).

La proporzione di nati vivi di peso inferiore ai 2.500 grammi (nati di basso peso) è del 6.4% (920 neonati); quella dei neonati con peso inferiore ai 1.500 grammi (nati di peso molto basso) è dello 0.9% (128 neonati). La media regionale dei neonati di peso maggiore o uguale ai 4.000 grammi è pari al 6.7% (fig. 49). Tali dati sono sovrapponibili a quelli registrati nella Regione Emilia-Romagna e in Italia (12, 8).

Fig. 49 Peso alla nascita. Regione Marche, anno 2008.



L'83.3% dei neonati di peso inferiore a 1.000 grammi e il 77.5% di quelli con peso inferiore a 1.500 grammi, sono nati nell'unico punto nascita con terapia intensiva neonatale presente nella Regione Marche (tab. 22).

Tab. 22 Nati per peso alla nascita e per Punti Nascita con o senza terapia intensiva neonatale. Regione Marche, anno 2008.

Punto nascita	Peso alla nascita (grammi)					
	< 1.000		tra 1000- 1.499		tra 1.500- 2.499	
	N°	%	N°	%	N°	%
Punto nascita con T.I.N.(Salesi)	40	83.3	62	77.5	272	34.3
Altri Punti nascita	8	16.7	18	22.5	520	65.7
Totale	48	100.0	80	100.0	792	100.0

Fattori di rischio per il basso peso alla nascita (tab. 23)

L'analisi univariata evidenzia che la probabilità che il peso del neonato sia inferiore a 2.500 grammi è significativamente più alta:

- nei parti plurimi rispetto ai parti semplici;
- nelle nullipare rispetto alle pluripare;
- nelle donne di età ≥ 35 anni rispetto a quelle di età < 35 anni.

Si rimanda all'Allegato 9.4 del report per una valutazione del peso di ogni singolo fattore rispetto la variabile "basso peso alla nascita".

Tab. 23 Stima del rischio di basso peso alla nascita. Regione Marche, anno 2008.

Caratteristiche	N°	peso alla nascita <= 2.500 grammi			p-value
		%	O.R.	(I.C. 95%)	
Genere parto					
semplice	659	4.7			
multiplo	261	58.3	28.3	23.1-34.6	0.00000
Parità					
pluripare	340	5.0			
nullipare	580	7.6	1.6	1.4-1.8	0.00000
Età					
< 35 anni	601	6.0			
>= 35 anni	308	7.4	1.3	1.1-1.5	0.001
> 20 anni	895	6.4			
<= 20 anni	14	6.3	1.0	0.6-1.7	0.94
Cittadinanza					
italiana	698	6.3			
immigrata	205	6.5	1.0	0.9-1.2	0.64
Scolarità					
medio-alta*	628	6.2			
medio-bassa**	261	6.6	1.1	0.9-1.2	0.49
Condizione professionale					
altro***	843	6.4			
disoccupata	53	6.5	1.0	0.8-1.4	0.85
Epoca prima visita					
<= 12 sett	858	6.6			
> 12 sett	32	4.7	0.7	0.5-1.0	0.054

* diploma di scuola media superiore e più

** diploma di scuola media inferiore o meno

*** occupata, casalinga, studentessa

5.5.3 Punteggio Apgar⁴¹ a 5 minuti e rianimazione neonatale

Nel 2008 il 99% dei neonati⁴² ha un punteggio Apgar a 5' tra 8 e 10 e quindi normale; lo 0.95% un punteggio di modesta sofferenza (Apgar da 4 a 7) ed 8 neonati hanno un punteggio di importante sofferenza (Apgar < = 3 che significa scarsa attività cardio-respiratoria, cianosi, tono e reattività quasi assente). Complessivamente i nati vivi con punteggio Apgar inferiore a 8 sono stati 145.

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. 25⁴³).

41 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.

42 I nati del 2008 sono 14.508, ma 42 sono i nati morti e 53 sono i nati per i quali il campo vitalità non è stato compilato pertanto complessivamente i nati vivi del 2008 sono 14.413

43 La tab. 25 fa riferimento ai 14.413 nati vivi al netto delle 182 schede in cui non sono stati compilati il campo

Tab. 24 Nati vivi, per peso alla nascita e punteggio Apgar a 5 minuti. Regione Marche, anno 2008.

Peso alla nascita (grammi)	Apgar a 5' (valori assoluti e %)							
	1-3		4-7		8-10		Totale	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
< 1.500	2	1.7	38	32.5	77	65.8	117	100.0
1.500-2499	1	0.1	30	3.9	736	96.0	767	100.0
2.500-3.299	3	0.0	37	0.6	5.997	99.3	6.037	100.0
3.300-3.999	2	0.0	24	0.4	6.331	99.6	6.357	100.0
≥ 4.000	-	0.0	6	0.6	947	99.4	953	100.0
Totale	8	0.1	135	0.9	14.088	99.0	14.231	100.0

Analogamente, gli indici di Apgar a 5' sono peggiori per i nati di età gestazionale inferiore a 33 settimane (tab. 25).

Tab. 25 Punteggio Apgar a 5', per età gestazionale. Regione Marche, anno 2008.

Età gestazionale	Apgar a 5' (valori assoluti e %)							
	1-3		4-7		8-10		Totale	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
< 28	2	4.3	19	41.3	25	54.3	46	100
28-32	-	0.0	25	16.6	126	83.4	151	100
33-36	2	0.2	27	3.2	813	96.6	842	100
>= 37	4	0.0	65	0.5	13.003	99.5	13.072	100
Totale	8	0.1	136	1.0	13.967	99.0	14.111	100

Necessità di rianimazione

L'1.9% (271) dei neonati ha avuto necessità di rianimazione; di questi il 26% è nato da madre immigrata e il 74% da madre italiana.

Fattori di rischio per un punteggio Apgar inferiore a 8 (sofferenza neonatale) (tab. 26)

L'analisi univariata evidenzia che la probabilità che vi sia sofferenza neonatale (punteggio Apgar inferiore a 8) è significativamente più alta:

- nei nati da madre immigrata rispetto a quelli nati da madre italiana;
- nei nati di peso < a 2.500 g rispetto a quelli di peso >= a 2.500 g;
- nei nati di età gestazionale < a 37 settimane (i pre-termine) rispetto a quelli nati a 37 settimane o più.

Si rimanda all'Allegato 9.4 del report per una valutazione del peso di ogni singolo fattore rispetto la variabile "punteggio Apgar a 5' inferiore a 8".

"punteggio Apgar a 5'" o quello del "peso" (quindi complessivamente si hanno dati validi per 14.231 record). Si precisa invece che, considerando le due variabili separatamente, il campo: ""punteggio Apgar a 5'" non è stato compilato in 205 schede su 14.508 neonati pari all'1.4% del totale, mentre il campo "peso" non è stato compilato in 62 schede su 14.508 (lo 0.4% del totale).

Tab. 26 Stima del rischio di avere un punteggio Apgar a 5' inferiore a 8 (sofferenza neonatale). Regione Marche, anno 2008.

Caratteristiche	Punteggio Apgar a 5' inferiore a 8				
	N°	%	O.R.	(I.C. 95%)	p-value
Cittadinanza					
italiana	95	1.0			
immigrata	47	1.6	1.8	1.2 - 2.5	0.0014
Peso alla nascita (in g)					
> = 2.500	71	0.5			
< 2.500	72	8.1	16.1	11.5 - 22.5	0.00000
Età gestazionale (in sett)					
> = 37	69	0.5			
< 37	75	7.3	14.6	10.5 - 20.3	0.00000

5.5.4 Natimortalità^{44, 45}

Nel 2008 sono stati registrati complessivamente 42 nati morti; il tasso di natimortalità pari al 2.9 per mille è in diminuzione nel quinquennio considerato (tab. 27). In Italia nel 2007 dalla fonte CeDAP si ha un tasso di natimortalità pari a 2.8 per mille (8).

Tab. 27 Tasso (x 1.000) di natimortalità. Regione Marche, anni 2004-2008.

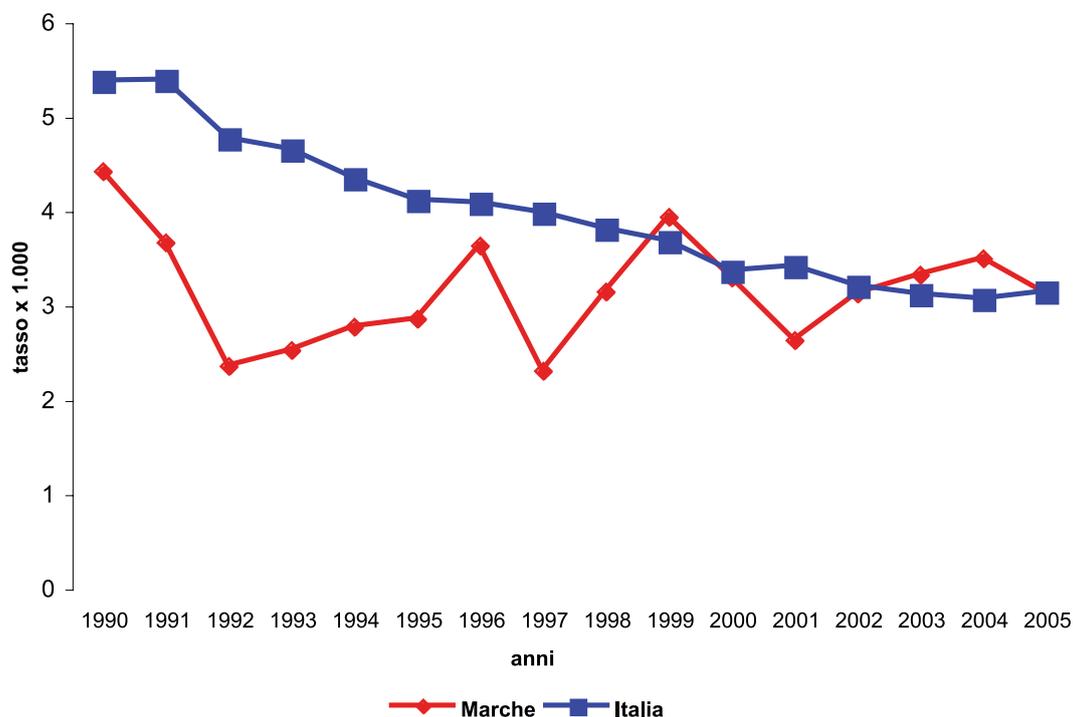
Anno	N° nati morti	Tot nati	Tasso (x 1.000) di natimortalità
2004	56	12.557	4.5
2005	44	13.157	3.3
2006	45	13.114	3.4
2007	38	13.738	2.8
2008	42	14.508	2.9

Nella figura 50 si riporta il confronto Marche-Italia del tasso di natimortalità per il periodo 1990-2005 (fonte Istat): è evidente un trend in diminuzione per quanto riguarda i valori italiani ed un andamento irregolare/altalenante per le Marche sostanzialmente dovuto all'esiguità dei casi.

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

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

Fig. 50 Tasso di natimortalità (x 1.000). Confronto Marche-Italia, periodo 1990-2005.



Fonte: Healt for all, Istat

L'analisi dell'evoluzione del tasso di natimortalità, nel periodo 2004-2008, per cittadinanza materna mostra un trend in diminuzione per i nati sia da madri italiane, che immigrate. Sebbene i valori del tasso di natimortalità delle immigrate siano costantemente più elevati rispetto a quelli delle italiane, la probabilità che nasca più frequentemente un bimbo morto tra le madri immigrate (RR), rispetto alle madri italiane, non presenta valori di significatività statistica (IC al 95%) (tab. 28).

Tab. 28 Tasso (x 1.000) di natimortalità, Rischio Relativo (RR) ed Intervalli di Confidenza al 95% (IC) per cittadinanza materna. Regione Marche, anni 2004-2008⁴⁶.

Anno	Italiane			Immigrate			RR	IC al 95%
	N° nati morti	Tot nati	Tasso (x 1.000) di natimortalità	N° nati morti	Tot nati	Tasso (x 1.000) di natimortalità		
2004	41	10.413	3.9	14	1.958	7.2	1.8	0.99-3.34
2005	31	10.204	3.0	12	2.437	4.9	1.6	0.83-3.16
2006	31	10.473	3.0	14	2.612	5.4	1.8	0.99-3.52
2007	28	10.826	2.6	10	2.698	3.7	1.4	0.70-2.95
2008	32	11.131	2.9	10	3.152	3.2	1.1	0.54-2.25

Rischio Relativo (RR): Tasso natimortalità immigrate/Tasso di natimortalità italiane
Intervallo di confidenza al 95% (IC al 95%)

46 Complessivamente nella regione Marche, nel periodo 2004-2008, i nati morti sono stati 225 come evidenziato nella tabella 27. In questa tabella i nati morti totali risultano 223 in quanto in 2 casi non è stata indicata la cittadinanza materna.

Come atteso la percentuale di nati morti è più elevata nelle età gestazionali più basse, in modo particolare nella classe tra 28 e 32 settimane dove essa è pari al 4.8% (tab. 29).

Tab. 29 Nati morti per età gestazionale. Regione Marche, anno 2008.

Età gestazionale	N° nati morti	Totale nati	% nati morti sul tot nati
< 28 sett	1	48	2.1
tra 28 e 32 sett	8	165	4.8
tra 33 e 36 sett	5	869	0.6
a termine	26	13.200	0.2
Totale	40	14.282	0.3

La tabella 30 mostra in valori assoluti l'andamento, nel periodo 2004-2008, della natimortalità in relazione al peso alla nascita: complessivamente dei 216 bambini nati morti, di cui si dispone anche dell'informazione riguardante il peso alla nascita⁴⁷, circa 1 su 2 (il 49%) ha presentato un peso alla nascita uguale o maggiore di 2.500 g.

Tab. 30 Nati morti per peso alla nascita. Regione Marche, anni 2004-2008.

Peso alla nascita (grammi)	2004	2005	2006	2007	2008
	N° nati morti				
< 1.500	11	14	6	12	9
tra 1.500 e 2.499	15	11	13	11	8
> = 2.500	30	15	26	12	23
Totale	56	40	45	35	40

5.5.5 Malformazioni⁴⁸

Nel periodo 2004-2008, attraverso il CeDAP sono stati segnalati 374 casi di malformazioni riscontrabili al momento della nascita o nei primi 10 giorni di vita (tab. 31) pari allo 0.6% del totale dei nati. L'analisi per cittadinanza materna mostra che il 27% dei nati affetti da malformazioni ha la madre immigrata. Il CeDAP tuttavia non è una fonte attendibile per la rilevazione delle malformazioni in quanto la qualità della compilazione della sezione è scadente e, soprattutto, perché molte malformazioni non sono immediatamente documentabili alla nascita, ma possono essere diagnosticate solo dopo alcuni mesi da essa.

47 In questa tabella i nati morti sono complessivamente 216 e non 225, come evidenziato nella tabella 27, in quanto in 9 casi non è stato indicato il peso alla nascita.

48 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.

**Tab. 31 N° nati malformati, per cittadinanza materna.
Regione Marche, periodo 2004-2008.**

Anni	Nati malformati	
	madre italiana	madre immigrata
2004	68	13
2005	65	16
2006	36	24
2007	59	21
2008	46	26

Commento:

- Il 51.7% dei 14.508 nati nel 2008 ha genitali esterni maschili. Nel periodo 2004-2008 si è sempre registrata una prevalenza dei nati con genitali maschili, sia tra i neonati con madre italiana, che tra quelli con madre immigrata.
- Il peso medio alla nascita dei nuovi nati è stato pari a 3.274 grammi; il 6.4% dei neonati ha presentato un peso < a 2.500 g.
- Nel 2008 i nati vivi con un punteggio Apgar a 5', indicativo di sofferenza fetale, sono stati 145. La probabilità di avere sofferenza fetale alla nascita si è rilevata significativamente più alta, come atteso, nei nati di peso < a 2.500 g., nei nati di età gestazionale < a 37 settimane, ma anche nei nati da madre immigrata. L'associazione tra rischio di sofferenza fetale e la cittadinanza materna in Paesi a Forte Pressione Migratoria può essere in parte spiegato con il fatto che le immigrate effettuano meno controlli e più spesso accedono tardivamente alla prima visita, possono avere rischi o patologie non conosciute, la settimana di gestazione può essere mal definita ecc..
- Il tasso di natimortalità del 2.9 per mille registrato nel 2008 attraverso la fonte CeDAP è in linea con il dato nazionale e mostra un trend in diminuzione dal 2004. La differenza nei tassi di natimortalità, più elevati tra le madri immigrate, non presenta valori di significatività statistica. La natimortalità dipende da varie patologie tra le quali spesso quelle legate al funicolo, alla placenta ecc... Una certa quota di morti in utero purtroppo è incompressibile.
- Nel periodo 2004-2008 sono stati segnalati 374 casi di nati affetti da malformazioni pari allo 0.6% del totale dei nati.

5.6 Le diseguaglianze nel percorso nascita

Le persone che sono ai livelli socio-economici più bassi e con un precario accesso alle risorse - non solo economiche ma anche relazionali, culturali e sociali -, più spesso rappresentate da donne, anziani, disabili e immigrati, si ammalano di più ed hanno una minore speranza di vita.

Essere istruiti, avere un lavoro di qualità, essere inseriti in una buona rete di relazioni sociali, vivere in un paese in cui vi è giustizia sociale, sono condizioni che determinano fortemente la salute degli individui (29, 30,31).

Lo studio delle diseguaglianze nella salute è complesso in quanto ha l'obiettivo di individuare i gruppi a rischio per la salute e di analizzare quanto questo rischio e le condizioni di salute sono in relazione alle condizioni di vulnerabilità sociale.

In questo rapporto si è cercato di capire se e come alcune condizioni di svantaggio sociale (rilevabili dal CeDAP) quali il basso livello di istruzione, l'essere al di fuori del mondo del lavoro, la condizione di donna immigrata influenzano l'accesso ad una buona qualità dell'assistenza prenatale, le modalità e gli esiti del parto.

Esiste infatti un'ampia letteratura scientifica che mostra che condizioni socio-economiche svantaggiate si associano ad una peggiore qualità dell'assistenza ricevuta in gravidanza e a peggiori esiti neonatali (32 - 38).

Vengono presi in considerazione come determinanti socio-economici, in assenza di misure dirette del reddito, il livello di istruzione, l'occupazione e la condizione di immigrazione della madre.

Vengono anche considerati l'età e la parità in quanto sono condizioni che possono amplificare il rischio (ad esempio una donna con basso livello di istruzione e molto giovane può avere un aumentato rischio rispetto alle donne esposte solamente alla bassa scolarità).

Gli indicatori di esito considerati per misurare la qualità dell'assistenza in gravidanza sono l'epoca della prima visita in gravidanza, il numero di visite in gravidanza, le indagini invasive prenatali, la presenza di una persona di fiducia al parto, il parto pretermine e il tipo di parto; per misurare l'esito del parto il peso alla nascita e l'indice di Apgar (vitalità neonatale).

Come riportato nei precedenti capitoli i risultati confermano che la qualità dell'assistenza al parto e l'esito del parto sono significativamente e variamente influenzati dai fattori socio-economici.

Trattandosi di relazioni complesse, con la regressione logistica di seguito riportata, si è cercato di illustrare il peso che ciascun fattore, al netto dell'effetto degli altri, riveste nell'influenzare gli esiti.

Così ad esempio se è vero che sono le donne immigrate e le meno istruite ad avere il maggior rischio di effettuare tardivamente la prima visita in gravidanza, l'aver meno di 20 anni e l'essere non occupata hanno di per sé un loro peso ma è soprattutto la condizione di immigrata che presenta la relazione causale più forte con tale esito negativo. Per quanto riguarda il ruolo dei fattori socio-economici sugli esiti del parto va tenuto presente che la rete causale è più complessa dipendendo da stili di vita della madre e da altri fattori bio-medici.

E' importante sottolineare infine che l'impatto che un fattore di rischio riveste sulla popolazione dipende oltre che dall'intensità del rischio dalla numerosità della popolazione interessata; per rappresentare la dimensione numerica, importante per programmare gli interventi di

sanità pubblica, ricordiamo che i parti delle donne immigrate nel 2008 sono circa 3.300, che le madri con basso livello di istruzione sono circa 7.000 e le non occupate circa 3.000.

Nelle tabelle vengono riportati i risultati per ogni singolo fattore di rischio.

Attraverso l'analisi multivariata, di seguito riportata, si rileva che gli esiti negativi non sono presenti solo nella popolazione immigrata, ma anche nelle marchigiane con scolarità medio-bassa e/o non occupate.

Pertanto, secondo quanto indicato da numerosi studi scientifici internazionali, ci sono due principali direttrici da seguire: migliorare la salute di tutta la popolazione e contrastare le disuguaglianze nella salute; *la medicina* si deve preoccupare di fornire cure di buona qualità a tutti, di collaborare con gli altri settori per ridurre le disuguaglianze socio-economiche e di misurare e monitorare lo stato di salute della popolazione, in particolare di quella a rischio (39, 40).

Scolarità materna medio-bassa

Le donne con titolo di studio medio-basso (diploma di scuola media inferiore, licenza elementare o nessuno), rispetto a quelle con titolo di studio medio-alto (laurea/diploma universitario o di scuola media superiore), presentano un maggiore rischio di:

- effettuare "fino a 4 visite di controllo" in gravidanza (OR: 1.81, Emilia-Romagna OR: 1.66);
- effettuare tardivamente la prima visita di controllo (OR: 1.37, Emilia-Romagna OR: 1.40);
- essere sottoposte a parto cesareo (OR: 1.14, Emilia-Romagna OR: 1.25);

Hanno minori probabilità rispetto allo stesso gruppo di riferimento di:

- effettuare almeno un'indagine invasiva prenatale (OR: 0.80 protettivo);
- avere accanto una persona di fiducia al momento del parto (OR: 0.70 protettivo).

Esito	Scolarità medio-bassa		
	OR	IC 95%	p-value
Fino a 4 visite in gravidanza	1.81	1.51 - 2.18	0.0000
Prima visita > 12 settimane	1.37	1.12 - 1.69	0.0025
Almeno una indagine invasiva	0.80	0.69 - 0.93	0.0042
Parto cesareo	1.14	1.03 - 1.25	0.0059
Nascita pretermine (< 37 settimane)	1.14	0.95 - 1.37	0.1340
Presenza di persone di fiducia al parto	0.70	0.61 - 0.80	0.0000

Condizione di immigrata

Le donne immigrate, rispetto alle italiane, presentano un maggiore rischio di:

- effettuare fino a 4 visite di controllo in gravidanza (OR: 5.32; Emilia-Romagna OR: 2.93);
- effettuare tardivamente il primo controllo in gravidanza (OR: 4.14; Emilia-Romagna OR: 2.66);
- avere un figlio di peso < di 2.500 grammi alla nascita (OR: 1.33; Emilia-Romagna OR: 1.28);
- avere un figlio con indice di Apgar, a 5 minuti dalla nascita, < 8 indicativo di sofferenza neonatale (OR: 1.71).

Hanno minori probabilità rispetto allo stesso gruppo di riferimento di:

- effettuare almeno un'indagine invasiva prenatale (OR: 0.37 protettivo);
- avere un travaglio indotto (OR: 0.81 protettivo);
- essere sottoposte a parto cesareo (OR: 0.77 protettivo; Emilia-Romagna OR 0.92);
- avere accanto una persona di fiducia al momento del parto (OR: 0.42 protettivo).

Esito	Cittadinanza immigrata		
	OR	IC 95%	p-value
Fino a 4 visite in gravidanza	5.32	4.35 - 6.50	0.0000
Prima visita > 12 settimane	4.14	3.30 - 5.18	0.0000
Almeno una indagine invasiva	0.37	0.30 - 0.47	0.0000
Travaglio indotto	0.81	0.70 - 0.92	0.0023
Parto cesareo	0.77	0.69 - 0.85	0.0000
Nascita pretermine (< 37 settimane)	1.12	0.90 - 1.38	0.2863
Presenza di persone di fiducia al parto	0.42	0.36 - 0.48	0.0000
Basso peso alla nascita (< 2.500 grammi)	1.33	1.09 - 1.62	0.0051
Sofferenza neonatale (indice Apgar a 5' < 8)	1.71	1.16 - 2.53	0.0062

Occupazione materna

Le donne disoccupate (o in cerca di prima occupazione), rispetto alle occupate presentano un maggiore rischio di:

- effettuare "fino a 4 visite di controllo" in gravidanza (OR: 1.76, Emilia-Romagna OR: 2.86);
- effettuare tardivamente il primo controllo in gravidanza (OR: 1.69, Emilia-Romagna OR: 1.64);

Le donne casalinghe, rispetto alle occupate presentano un maggiore rischio di:

- effettuare "fino a 4 visite di controllo" in gravidanza (OR: 1.40, Emilia-Romagna OR: 2.07);
- effettuare tardivamente il primo controllo in gravidanza (OR: 1.65, Emilia-Romagna OR: 1.61).

Esito	Condizione occupazionale					
	Disoccupata			Casalinga		
	OR	IC 95%	p-value	OR	IC 95%	p-value
Fino a 4 visite in gravidanza	1.76	1.27 - 2.43	0.0005	1.40	1.14 - 1.72	0.0012
Prima visita > 12 settimane	1.69	1.17 - 2.46	0.0052	1.65	1.30 - 2.08	0.0000
Nascita pretermine (< 37 settimane)	1.05	0.75 - 1.47	0.7362	0.95	0.77 - 1.17	0.6704

Età materna

Le donne di età inferiore ai 20 anni, rispetto a quelle di età compresa tra 20-34 anni, presentano un maggiore rischio di:

- effettuare "fino a 4 visite di controllo" in gravidanza (OR: 1.66);
- effettuare tardivamente il primo controllo in gravidanza (OR: 1.82).

Le donne di età uguale o superiore ai 35 anni, rispetto allo stesso gruppo di riferimento, presentano un maggiore rischio di:

- essere sottoposte ad almeno un'indagine invasiva prenatale (OR: 7.85)
- avere un parto pretermine (OR: 1.31)
- avere un travaglio indotto (OR: 1.20)
- essere sottoposte a parto cesareo (OR: 1.60, Emilia-Romagna OR: 1.54).
- avere un figlio di basso peso (< 2.500 grammi) alla nascita (OR: 1.27, Emilia-Romagna OR: 1.26).

Quest'ultime hanno anche minori probabilità rispetto allo stesso gruppo di riferimento di:

- avere accanto una persona di fiducia al momento del parto (OR: 0.85 protettivo al limite della significatività).

Esito	Età materna					
	< 20 anni			> = 35 anni		
	OR	IC 95%	p-value	OR	IC 95%	p-value
Fino a 4 visite in gravidanza	1.66	1.02 - 2.70	0.0382	1.12	0.91 - 1.39	0.2689
Prima visita > 12 settimane	1.82	1.09 - 3.04	0.0200	0.91	0.71 - 1.17	0.4981
Almeno una indagine invasiva	0.79	0.34 - 1.81	0.5813	7.85	6.91 - 8.90	0.0000
Nascita pretermine (< 37 settimane)	1.55	0.88 - 2.73	0.1283	1.31	1.10 - 1.56	0.0018
Travaglio indotto	0.76	0.49 - 1.16	0.2131	1.20	1.06 - 1.36	0.0040
Parto cesareo	0.91	0.65 - 1.28	0.6026	1.60	1.46 - 1.75	0.0000
Presenza di persone di fiducia al parto	1.18	0.74 - 1.87	0.4688	0.85	0.74 - 0.99	0.0365
Basso peso alla nascita (< 2.500 grammi)	0.99	0.51 - 1.90	0.9851	1.27	1.04 - 1.54	0.0149

Parità

Le donne nullipare, rispetto alle pluripare, presentano un maggiore rischio di:

- avere un travaglio indotto (OR: 1.86);
- avere un figlio di basso peso (< 2.500 grammi) alla nascita (OR: 1.47).

Le donne pluripare, rispetto alle nullipare, presentano un maggiore rischio di:

- effettuare fino a 4 visite di controllo in gravidanza (OR: 1.77; Emilia-Romagna OR: 1.77);

Quest'ultime hanno anche minori probabilità rispetto allo stesso gruppo di riferimento di:

- avere accanto una persona di fiducia al momento del parto (OR: 0.75 protettivo).

Esito	nullipara			pluripara		
	OR	IC 95%	p-value	OR	IC 95%	p-value
Fino a 4 visite in gravidanza				1.77	1.47 - 2.13	0.0000
Nascita pretermine (< 37 settimane)	1.09	0.93 - 1.29	0.2549			
Travaglio indotto	1.86	1.66 - 2.09	0.0000			
Presenza di persone di fiducia al parto				0.75	0.67 - 0.86	0.0000
Basso peso alla nascita (< 2.500 grammi)	1.47	1.23 - 1.76	0.0000			

6. Sintesi del Rapporto

Contesto demografico

- La popolazione marchigiana al 1 gennaio 2009 è composta da 1.569.578 residenti (variazione % 1999-2009 dell'8%). La crescita demografica dipende in larga misura dagli stranieri. Gli immigrati residenti nelle Marche al 1 gennaio 2009 sono 125.438 unità. Questa popolazione è più giovane di quella dei residenti con cittadinanza italiana: l'età mediana è pari a 32 anni rispetto ai 42 degli italiani; il 23% degli immigrati ha meno di 18 anni (16% per gli italiani) ed il 71% meno di 40 anni (44% per gli italiani); si conferma inoltre il progressivo aumento della componente femminile immigrata che al 1° gennaio 2009 costituisce il 50.7% degli immigrati residenti.
- Il tasso di natalità mostra un sostanziale trend in crescita dal 2000: nel 2008 è pari al 9.4 per 1.000 inferiore comunque al 9.6 per 1.000 dell'Italia. Il numero medio di figli per donna è pari a 1.41 (stesso valore per l'Italia), anch'esso in aumento dal 2005; mediamente però le donne straniere hanno avuto un figlio in più rispetto alle italiane (Tasso di Fecondità Totale pari a 2.36 vs l'1.25 delle italiane).
- L'età media delle madri al momento del parto è di 31.4 anni, ma le immigrate sono più giovani (28.2 anni vs 32.3 anni delle italiane). La frequenza di donne in gravidanza di età ≥ 35 anni è passata dal 27.9% del 2004 al 33.7% del 2008.
- Il 77.7% delle madri è coniugata; circa una su 4 (27.9%) ha un titolo di studio medio-basso (licenza di scuola media inferiore o meno), il 48.3% ha un diploma di scuola media superiore ed il 23.8% è laureata. Tra le immigrate vi è una prevalenza di donne con titolo di studio medio-basso. Il 70% delle donne gravide risulta occupata, il 23.1% casalinga ed il 5.8% disoccupata od in cerca di prima occupazione. La proporzione di donne disoccupate è significativamente maggiore tra le immigrate rispetto alle italiane (8.9% vs 4.9%).

Il percorso nascita

- Il 93.3% delle donne in gravidanza ha effettuato più di 4 visite di controllo; il numero di queste visite è indipendente dal decorso patologico o fisiologico della gravidanza; il 6.1% delle madri invece ha effettuato "fino a 4 visite": proxy di un numero di controlli insufficiente.
- Il 95% delle donne ha fatto la prima visita di controllo entro lo standard della 12° settimana di gravidanza, solo un 5% l'ha fatta dopo (indice negativo dell'assistenza), tra quest'ultime 6 su 10 sono immigrate.
- Il numero medio di ecografie effettuate durante la gravidanza è pari a 5, superiore allo standard nazionale di 3.
- Il 15% di gravide si è sottoposta ad almeno un'indagine invasiva prenatale, in particolare il 34,8% delle donne di età ≥ 35 anni a cui l'esame viene offerto attivamente ed il 5.5% delle donne di età < 35 anni. La proporzione di donne che ha effettuato almeno un'indagine invasiva è più bassa tra quelle con titolo di studio medio-basso e tra le madri immigrate.

L'evento parto

- Il 95.6% dei parti del 2008 sono stati a carico di donne residenti nelle Marche. La quasi totalità delle donne ha partorito in una struttura pubblica o privata accreditata della Regione.
- La proporzione di gravidanze pretermine è stata pari al 6.7%, mentre le gravidanze post-termine sono state 56 (lo 0.4%).
- Il parto è stato indotto nel 22% delle gravidanze; 9 volte su 10 per l'induzione è stato utilizzato il metodo farmacologico.
- Il 35.3% dei parti è avvenuto con il taglio cesareo (TC), proporzione in aumento dopo il biennio 2006-2007 di sostanziale stabilità (32.7% e 32.8% rispettivamente); tra i punti nascita c'è una elevata variabilità di TC.
- Complessivamente i TC d'elezione (proxy del TC programmato) sono stati 3.285 (il 23.5% di tutti i parti ed il 66.5% di tutti i TC), mentre i TC in travaglio (proxy del TC urgente) sono stati 1.653 (l'11.8% di tutti i parti e il 33.5% di tutti i TC).
- Al parto nel 99.5% dei casi è presente l'ostetrica e nel 96.5% dei casi il ginecologo (da queste elaborazioni sono stati esclusi i parti avvenuti con TC).
- In circa 8 parti su 10 (non considerando i parti con TC) la donna ha avuto accanto a sé, in sala parto, una persona di sua fiducia che nella maggior parte dei casi è il padre del bambino. Il 17% delle partorienti non ha avuto alcuna persona accanto.
- Nell'1.5% dei parti si è trattato di gravidanze plurime. Il numero di parti plurimi associati alla procreazione medicalmente assistita è stato pari a 47: il 21.4% del totale dei parti gemellari (19.6% in Italia nel 2006).

Le nuove nascite

- Nel 2008 sono nati 14.508 bambini il 51.7% di sesso maschile. Nel periodo 2004-2008 si è sempre registrata una prevalenza di nati di sesso maschile sia tra i bambini con madre immigrata, che tra quelli con madre italiana.
- Il peso medio alla nascita è stato di 3.274 grammi; i neonati di basso peso (< 2.500 grammi) sono stati il 6.4% di tutti i nati vivi; 128 bambini (lo 0.9% di tutti i nati vivi) sono nati con un peso molto basso (< 1.500 grammi).
- Complessivamente i nati vivi con punteggio Apgar a 5 minuti dalla nascita < di 8 (indice di sofferenza neonatale) sono stati 145.
- L'1.9% dei neonati (271 bambini) ha avuto necessità di rianimazione.
- Nel 2008 si sono registrati 42 nati morti pari ad un tasso di natimortalità di 2.9 per 1.000 in diminuzione dal 2004.
- Nel periodo 2004-2008 da fonte CeDAP sono stati segnalati 374 casi di malformazioni riscontrabili al momento della nascita o nei primi 10 giorni di vita, pari allo 0.6% del totale dei nati.

Le disuguaglianze nel percorso nascita

- La condizione di madre *immigrata*, il *titolo di studio* materno *medio-basso* (licenza di scuola media inferiore o meno) e la condizione di *disoccupazione* della madre risultano ciascuno significativamente associati ai seguenti eventi/esiti negativi:
 - "fino a 4 visite in gravidanza", proxy di un numero di controlli insufficiente;
 - effettuazione tardiva della prima visita.

- La condizione di madre *immigrata*, il *titolo di studio* materno *medio-basso* (licenza di scuola media inferiore o meno) risultano ciascuno significativamente associati ai seguenti eventi/esiti negativi:
 - mancata effettuazione di almeno un'indagine invasiva;
 - assenza di una persona di fiducia in sala parto;
 - effettuazione del parto con taglio cesareo per le madri con livello di istruzione medio-basso; viceversa essere una madre immigrata comporta un minor rischio di TC.
- La condizione di madre *immigrata* di per sé risulta significativamente associata ai seguenti eventi/esiti negativi:
 - basso peso alla nascita;
 - indice di Apgar a 5 minuti dalla nascita inferiore ad 8, indicativo di sofferenza fetale;
 - viceversa essere una madre immigrata comporta un minor rischio di travaglio indotto.
- Si è osservato un significativo rischio di eventi/esiti negativi associati in diverso modo ad altre condizioni di vulnerabilità quali: l'età materna < a 20 anni o >= 35 anni; la condizione di nullipara o pluripara; la condizione di madre non coniugata; l'età gestazionale < alle 37 settimane; il peso alla nascita < di 2.500 grammi ed il decorso patologico della gravidanza (a seconda degli eventi/esiti).

7. Conclusioni e suggerimenti

L'elaborazione del primo report regionale sulle gravidanze e le nascite nella regione Marche relativo all'anno 2008, è stata preceduta da un fondamentale lavoro, iniziato nel 2008 dall'Osservatorio epidemiologico sulle Diseguaglianze in collaborazione con il Sistema Informativo Statistico della Regione Marche ed un gruppo di esperti⁴⁹ che ha riguardato l'analisi della qualità del flusso informativo e la produzione di raccomandazioni, (41) inviate ai Punti Nascita per il miglioramento della qualità del flusso informativo stesso. La scheda CeDAP, compilata obbligatoriamente per ogni parto, è l'unica fonte informativa, disponibile in tutte le regioni, che contiene informazioni quali-quantitative che consentono l'analisi dei principali aspetti del percorso nascita e degli esiti della gravidanza e di metterli in relazione con alcuni determinanti della salute.

Risulta possibile, pertanto rilevare criticità, carenze, diseguaglianze assistenziali e gruppi a rischio, comparare strutture assistenziali, verificare le rispondenze alle linee guida, monitorare cambiamenti nelle pratiche assistenziali al fine di supportare interventi di sanità pubblica e di promozione della salute.

Le informazioni sociodemografiche

Fra le informazioni riguardanti il contesto demografico il dato più rilevante è che l'incremento della popolazione residente è esclusivamente dovuto alla popolazione straniera, mentre la popolazione marchigiana diminuisce ed invecchia. Gli immigrati nella regione Marche, nel 2008, sono 125.438, pari all'8% della popolazione residente (circa 2 punti percentuali superiori alla media italiana). Si tratta di una popolazione giovane e per la metà donne, per lo più in età fertile.

Analogamente a quanto avviene in Italia dal 1996, nelle Marche il tasso di natalità ed il tasso di fecondità sono in aumento. Questo è dovuto alla ripresa della fecondità nelle italiane, ma soprattutto alle donne immigrate che sono più giovani delle marchigiane (tra le immigrate sette su dieci sono in età fertile tra le marchigiane solamente quattro su dieci) e fanno più figli (2.3 figli contro 1.2 figli delle marchigiane); ad oggi, infatti, tra le donne che partoriscono nei punti nascita della regione, più di una su cinque è immigrata.

Si tratta di madri provenienti prevalentemente dall'area del Magreb, dalla Romania, dall'Albania e dalla Cina.

Dunque, come ormai evidente da anni, gli immigrati costituiscono parte stabile e rilevante della popolazione e si tratta spesso di persone che, in un progetto migratorio stabile, concretizzano l'esperienza della famiglia e quella di diventare genitori.

Tra le principali informazioni riguardanti il livello socioeconomico nel CeDAP sono disponibili il livello di istruzione e l'occupazione. Relativamente al livello di istruzione delle madri l'Italia si posiziona tra i paesi europei con le quote più basse di laureate (4) e nelle Marche, che si discostano di poco dalla media italiana, solo una madre su cinque è in possesso di laurea e

49 Patrizia Carletti, Cristina Mancini, Maria Soledad Ferreiro, Francesca Polverini (Osservatorio Epidemiologico Diseguaglianze/ARS Marche), Matteo Scaradozzi (referente SDO/ARS Marche), Luana Gaetani (ostetrica ZT 12), Maria Elena Tartari (Sistema Informativo Statistico della Regione Marche).

una su quattro ha appena la licenza di scuola media inferiore o elementare. Va sottolineato che le immigrate hanno un livello di istruzione significativamente più basso delle marchigiane e analoghe differenze riguardano l'inserimento nel mondo del lavoro, anche se sicuramente il grado di occupazione tra le immigrate è sottostimato a causa della notevole diffusione di lavoro nero, che peraltro rappresenta una situazione di esclusione dai diritti previsti per le donne lavoratrici. Per il Sistema Sanitario la conoscenza delle caratteristiche culturali e sociali delle utenti è importante per individuare le strategie più appropriate ed il *linguaggio* più efficace da adottare per raggiungere tutte le donne.

L'assistenza in gravidanza

L'analisi dell'assistenza ricevuta in gravidanza effettuata valutando l'epoca gestazionale della prima visita, il numero delle visite e delle ecografie durante la gravidanza, il ricorso alla diagnosi prenatale, mostra nell'insieme un quadro buono per la maggior parte delle donne, ma persiste una minoranza di donne, quelle con livello di istruzione più basso, le non occupate e le immigrate che sono a rischio di ricevere un'assistenza non adeguata.

Analogamente a quanto rilevato nelle Marche circa 10 anni fa le donne che si sottopongono tardivamente alla prima visita in gravidanza sono ancora il 5% (circa 700 donne nel 2008) e tra queste 6 su 10 sono immigrate. Si conferma che mentre nella stragrande maggioranza dei casi vengono effettuate più di quattro visite in gravidanza, indipendentemente dal decorso fisiologico o patologico della gravidanza, le immigrate, le donne meno istruite, quelle molto giovani, le non occupate hanno maggiori probabilità di effettuare un minor numero di visite di controllo.

Un dato di rilievo riguarda lo scarso ricorso agli esami per la diagnosi prenatale di anomalie cromosomiche del feto, quali ad esempio la sindrome di Down, da parte delle immigrate in età a rischio (tab. 32).

L'insieme di questi risultati, riscontrati anche in altri studi regionali (42) suggeriscono che è necessario organizzare interventi di informazione specificamente rivolti alle donne più "emarginate" e con minori risorse, tra cui le immigrate, sulla utilità di iniziare a fare precocemente i controlli in gravidanza ed organizzare una offerta "attiva" e "culturalmente competente" (43, 44) mirata a questi differenti gruppi di donne per consentire un facile accesso ai servizi ed una presa in carico durante la gravidanza.

In questa ottica la regione Marche, dal 2005, ha avviato un progetto regionale di promozione della salute materno-infantile della popolazione immigrata attraverso la produzione e la diffusione presso i punti nascita ed i consultori familiari della regione, di un video in 11 lingue – tra cui l'italiano - "Per la vostra salute donne del mondo" ed un percorso di formazione del personale dell'area materno-infantile⁵⁰. Il video, i cui contenuti sono stati definiti sulla base delle evidenze scientifiche e sulle principali carenze informative evidenziate insieme alle donne immigrate, contiene informazioni sulla gravidanza, sul parto, sull'allattamento al seno, sullo svezzamento, sulla salute della donna nel puerperio e sulla contraccezione e prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza⁵¹. Esso rappresenta uno strumento per gli operatori che

50 Corso regionale di formazione per la promozione della salute materno-infantile della popolazione immigrata nella regione Marche. http://www.ars.marche.it/osservatorio_dis/

51 Best practice nella rete europea Migrant Friendly Cultural Competent healthcare organisations (2007).

consente loro di far ascoltare alle donne immigrate ed anche alle italiane le informazioni nella loro lingua di origine, facilitando pertanto la trasmissione di informazioni corrette.

Il parto

È rilevante che tra le donne che hanno partorito nel 2008 presso i punti nascita della regione Marche, una su cinque è immigrata (complessivamente il 22% pari a circa 3.200 parti), il che rende non più rinviabili cambiamenti culturali ed organizzativi dei servizi: inevitabilmente essi devono diventare capaci di affrontare le problematiche che accompagnano una utenza culturale differente, particolarmente nell'ambito della salute materno-infantile e nella tutela del benessere psico-fisico delle seconde generazioni.

I parti pretermine, come è logico aspettarsi si verificano prevalentemente nei casi di gravidanze multiple o con decorso anomalo e riguardano circa il 7% delle gravidanze (944 parti, i due terzi a 34-36 settimane di gestazione), percentuale analoga a quella italiana.

Il parto pretermine, che si accompagna spesso ad un basso peso alla nascita, può essere legato a vari fattori: biologici (peso, altezza, malattie della madre, parità), comportamentali (assunzione calorica, fumo, alcool, comportamento sessuale a rischio), socioeconomici ed ambientali (povertà, stress) (45).

L'indagine ha mostrato che le donne con basso livello di istruzione sono più esposte al rischio di partorire prematuramente, verosimilmente anche a causa del fatto che effettuano meno controlli in gravidanza e che il basso livello di istruzione spesso si associa a condizioni socioeconomiche svantaggiate.

Un importante studio condotto su 18 milioni di gravidanze in 12 paesi europei ha mostrato che le donne immigrate hanno un maggior rischio di partorire pretermine (46); tale dato presente anche in Emilia Romagna (42) si riscontra fino al 2007 anche nella regione Marche.

Per quanto riguarda le modalità del parto è noto che tra i vari paesi europei vi sono notevoli differenze perché su procedure come l'induzione del travaglio, l'episiotomia, il parto con taglio cesareo non è stato raggiunto un consenso tra i clinici. Nelle strutture marchigiane il parto vaginale viene effettuato attraverso l'induzione farmacologica del travaglio nel 22% dei casi (circa 3.200 parti) e con maggiore probabilità nelle nullipare e nelle italiane.

È da rilevare che la notevole variabilità tra i punti nascita della frequenza con cui il parto viene indotto - indipendentemente dal tipo di ospedale - , dimostra che tale pratica è fortemente dipendente dalla "cultura" e dalle abitudini degli operatori.

L'Italia si colloca al primo posto in Europa per il ricorso al taglio cesareo che viene praticato nel 37,4% dei parti con percentuali molto superiori al sud Italia e nelle strutture private (8).

Il tasso di TC varia notevolmente tra i vari paesi europei essendo vicino a quanto raccomandato, circa 25 anni fa, dall'OMS (13) in paesi quali la Slovenia, l'Olanda, la Norvegia, la Repubblica Ceca, intorno al 20-30% in altri 12 paesi e molto superiore in due paesi, quali il Protogallo (33%) e l'Italia (4). Le Marche, nel 2008, si collocano al 35%, con un trend in costante aumento dal 2004.

La dettagliata analisi presentata nel report mostra che tra i fattori biologici è l'età della donna che influenza principalmente l'incidenza del taglio cesareo; infatti le donne che partoriscono al di sopra dei 35 anni hanno mediamente un probabilità molto superiore di subire un cesareo. Tuttavia vi sono importanti differenze tra i punti nascita della regione, differenze non attribuibili alle condizioni della donna, come evidenziato in modo particolare nel caso delle donne al primo figlio con una gravidanza ed un travaglio fisiologici in cui la percentuale del

TC oscilla, a seconda dei punti nascita dal 2 al 20%. Questo suggerisce l'urgenza di avviare un confronto tra i clinici al fine di contenere tale pratica e raggiungere un consenso sul ricorso appropriato al TC.

Il fatto che le donne meno istruite siano la categoria più a rischio sottolinea come il maggiore divario sociale tra medico e paziente influenzi negativamente gli esiti e che dunque è necessario migliorare la comunicazione e il deficit informativo nei confronti di queste donne⁽⁴⁷⁾.

Pur essendo innegabile il contributo alla sicurezza della gravidanza apportato dal TC, il suo uso estensivo è espressione della forte medicalizzazione del percorso nascita ed anche di una medicina "difensiva". Viceversa esso dovrebbe essere praticato con cautela e solo in caso di reale necessità^(48, 49), non solo per i rischi immediati, ancorché modesti, per la donna ed il bambino (50), ma anche perché ad una successiva gravidanza, 8-9 volte su dieci le donne che hanno partorito con TC ne subiscono un nuovo, a causa anche di una riduzione, negli anni, dell'offerta del travaglio di prova (51). Dopo il cesareo il parto spontaneo in una successiva gravidanza incrementa i rischi sia materni che fetali, tanto che diventa necessario effettuarlo in centri dove è possibile una stretta sorveglianza e in cui siano disponibili una équipe chirurgica, neonatologica ed una rianimazione.

Per una pratica ostetrica meno invasiva è indispensabile l'aumento della consapevolezza e delle conoscenze da parte delle donne, come ampiamente dimostrato dalla letteratura scientifica e da indagini nazionali e regionali^(52 - 55). Il potere decisionale della donna e la sua capacità di gestire l'evento nascita, in particolare il dolore durante il travaglio, la possibilità di scegliere se avere una persona di fiducia in sala parto, il tipo di parto, dipendono largamente dalla sua consapevolezza e dalla qualità delle informazioni ricevute. Le decisioni delle donne sulle procedure ostetriche non possono essere considerate autentiche manifestazioni di libera volontà fino a quando le informazioni fornite dagli operatori durante la gravidanza relativamente al travaglio ed al parto risulteranno poco soddisfacenti o incomplete - come rilevato in più occasioni o se prese all'ultimo momento, in preda al dolore o ad uno stato d'ansia^(56, 57).

Il recupero della fisiologia dell'evento nascita può scaturire solamente da una serie di atteggiamenti e comportamenti adottati fin dall'inizio della gravidanza. Una strategia sicuramente efficace è rappresentata dalla partecipazione ai corsi di preparazione alla nascita che rappresentano un momento prezioso per informare le donne e che andrebbero offerti attivamente a tutte le donne, in modo che, a differenza di quanto accade oggi (58), anche le donne socialmente più emarginate e le immigrate vi possano accedere. Indubbiamente anche il medico di medicina generale può svolgere un ruolo importante nell'orientamento ai servizi e nell'informazione delle donne.

Le nuove nascite

Come si è già detto, i nuovi nati rilevati dal CeDAP nel 2008 sono stati 14.508 ed è di rilievo che un neonato su 5 ha uno o entrambi i genitori stranieri.

In generale le condizioni dei neonati sono buone: il peso medio alla nascita è di 3.200 grammi e la proporzione dei nati con basso peso è del 6,4% (circa 1.000 bambini); di questi solamente 128 hanno un peso sotto 1500 g, pari allo 0,9% - in linea con i dati italiani che sono tra i migliori in Europa - e sono stati assistiti al punto nascita con Terapia Intensiva Neonatale. La gravidanza pretermine può essere una causa del basso peso anche se non ne è l'unica, infatti nelle Marche nel 2008, un terzo dei casi di basso peso si verifica in gravidanza a termine.

Le condizioni a rischio sono il primo parto, l'età più avanzata, i parti plurimi.

Poiché il basso peso alla nascita può comportare problemi di salute nell'età adulta quali una maggiore prevalenza di malattie cardiovascolari, obesità, diabete, sindrome metabolica, è importante una sorveglianza dei gruppi più a rischio in cui si manifesta il fenomeno.

I neonati che mostrano sofferenza neonatale, pari all'1%, sono più spesso, come è logico aspettarsi, quelli nati pretermine e quelli con basso peso alla nascita.

La condizione di madre immigrata, analogamente a quanto riscontrato in letteratura (8, 46, 59) se associata ad altri fattori può amplificare il rischio di basso peso alla nascita e si associa ad una probabilità del 70% superiore rispetto alle marchigiane di sofferenza neonatale.

Il tasso di natimortalità pari al 2,9 per mille nel 2008 (n. 42 nati morti) è in diminuzione da anni in Italia come nelle Marche sia per le donne marchigiane che per le immigrate, ma va segnalato che nelle immigrate esso è costantemente più elevato.

In conclusione le principali informazioni che emergono dal presente rapporto indicano che sebbene complessivamente nella regione Marche l'assistenza in gravidanza e gli esiti siano buoni, si conferma una pratica ostetrica medicalizzata con una sovraesposizione ad esami di controllo durante la gravidanza ed un costante aumento di parti con taglio cesareo, mentre le donne che hanno condizioni socioeconomiche svantaggiate (basso livello di istruzione, non inserite nel mondo del lavoro, immigrate – tabb. 32- 33) ricevono un'assistenza di livello inferiore e hanno esiti peggiori.

**Tab. 32 Gravidanze e parti nelle donne italiane e immigrate.
Regione Marche, anno 2008.**

Indicatori		Italiane	Immigrate
n° parti		10.953	3.034
Età media		32.3	28.2
% licenza elementare o meno		0.7	8.4
% stato civile	coniugate	77.1	80.1
	nubili	20.2	17.9
% con fino a 4 visite in gravidanza*		2.8	17.2
% età gestazionale 1° visita > 12 sett		2.6	13.5
% almeno 1 indagine prenatale invasiva	< 35 anni	8.1	3.4
	>= 35 anni	38.2	18.4
% parti con taglio cesareo		36.9	30.1

**Tab. 33 Condizioni del neonato per cittadinanza materna.
Regione Marche, anno 2008.**

Indicatori		Italiane	Immigrate
n° nati		11.131	3.152
% sottopeso: =<2.500 g	< 1.500 g	0.8	0.9
	1.500-2.499 g	5.4	5.6
tasso (x 1000) di natimortalità		2.9	3.2
% Apgar (a 5 min) < 8		1.0	1.6
% necessità di rianimazione		1.7	2.2
% parti gemellari		1.6	1.5
rapporto dei sessi alla nascita (M/F x100)		106.4	106.8

E' quindi necessario che le politiche sanitarie si impegnino prioritariamente su due fronti:

1) incentivare pratiche ostetriche non invasive e più appropriate.

Questo significa raggiungere l'obiettivo prioritario di informare a pieno tutte le donne per dare loro la possibilità di gestire in prima persona l'evento nascita insieme agli operatori che le assistono e sviluppare una nuova cultura tra gli operatori, recuperando la fisiologia dell'evento nascita.

Al fine del conseguimento di tale obiettivo da parte del Servizio Sanitario Regionale è necessario realizzare un'attività di studio, analisi dei bisogni e valutazioni epidemiologiche, per costruire percorsi assistenziali condivisi, omogenei, ed appropriati sul territorio regionale;

2) attuare un'efficace opera di prevenzione specificamente rivolta alle donne più a rischio che sono quelle in condizioni di svantaggio sociale, tra cui le immigrate che rappresentano oggi, nelle Marche il 22% delle madri.

L'accesso spontaneo ai servizi seleziona le donne meno svantaggiate che spesso sono già più informate ed orientate in partenza ad una demedicalizzazione della gravidanza e al parto naturale, mentre al contrario sono necessari interventi specifici per raggiungere le più escluse e garantire pari opportunità reali nell'accesso alla prevenzione e alle cure.

La salute riproduttiva delle donne immigrate nei vari paesi europei è spesso peggiore delle donne native; lo stress della migrazione, la mancanza di reti sociali e familiari, il basso livello socio-economico, la difficoltà di accesso ai servizi, la discriminazione all'interno dei servizi sanitari, da soli o variamente combinati, producono esiti peggiori.

Pertanto occorre mirare al superamento delle barriere burocratiche e di quelle linguistico-culturali esistenti nei servizi. Si vuole sottolineare come il concepimento di un figlio, la gravidanza, il parto e la nascita non siano solamente eventi biologici, ma soprattutto eventi fortemente legati alla cultura di appartenenza della donna e quindi necessitanti di una competenza interculturale da parte degli operatori e di strumenti operativi quali la mediazione interculturale, anche per restituire dignità e rispetto alle pratiche tradizionali presenti nelle varie culture.

E' importante tenere presente che se l'esito della gravidanza delle donne immigrate varia tra i paesi europei, essendo ad esempio piuttosto simile a quelli delle donne native in Svezia e in Norvegia e considerevolmente differenti nel Regno Unito e in Italia, questo è legato ai

differenti "atteggiamenti" sociali e di welfare nei confronti della popolazione immigrata. In generale dunque il Sistema Sanitario, ispirato ai principi di equità, deve svolgere un ruolo di advocay, stimolando politiche di inclusione sociale, dal momento che gli esiti della gravidanza sono migliori laddove ci sono politiche attive che facilitano la partecipazione sociale delle donne e l'integrazione degli immigrati nelle comunità del paese ospite.

8. Bibliografia

1. 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://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
http://www.who.int/social_determinants/en/
Ultima consultazione agosto 2010
2. Department of Making Pregnancy Safer. World Health Organization. Standards for Maternal and Neonatal Care. World Health Organization, Geneva, 2006 http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/standards/en/index.html.
Ultima consultazione agosto 2010
3. World Health Organization. Care in Normal Birth: a Practical Guide. Report of Technical Working Group. Publication WHO/FRH/MSM/96.24. World Health Organization, Geneva, 1997
http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf.
Ultima consultazione agosto 2010.
4. European Perinatal Health Report 2008. EURO-PERISTAT Project with SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT
<http://www.europeristat.com/publications/Perinatal-Report/index.shtml>.
Ultima consultazione agosto 2010
5. La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi (progetto CCM/Regione Marche: Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia) http://www.ars.marche.it/osservatorio_dis/doc/pubbl_SaluteImmigrati2009.pdf
Ultima consultazione agosto 2010
6. Istat. Indicatori demografici, anno 2009. Comunicato Stampa, 18 febbraio 2010
7. Istat. Natalità e fecondità della popolazione residente: caratteristiche e tendenze recenti. Anno 2008. Statistiche in Breve, 18 marzo 2010 http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20100318_00/
Ultima consultazione agosto 2010
8. Ministero della Salute. Certificato di Assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita. Anno 2007
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1338_allegato.pdf
Ultima consultazione ottobre 2010
9. Department of Making Pregnancy Safer, World Health Organization. Standards for

Maternal and Neonatal Care. World Health Organization: Geneva, 2006 http://www.who.int/making_pregnancy_safer/en/
Ultima consultazione agosto 2010

10. Il percorso nascita nella regione Marche, anno 2002
http://www.ars.marche.it/osservatorio_dis/
Ultima consultazione agosto 2010
11. Società Italiana di ecografia Ostetrica e ginecologica. Linee guida, 2006
<http://www.sieog.it/Documenti/LineeGuida/2006/LineeGuida2006.pdf> .
Ultima consultazione agosto 2010
12. La nascita in Emilia-Romagna. 6° Rapporto sui dati del Certificati di Assistenza al Parto (CeDAP). Anno 2008. Novembre 2009
http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/cedap/pubblicazioni/rapporto_2008.pdf
Ultima consultazione agosto 2010
13. WHO. Appropriate technology for birth. Lancet 1985; Aug. 24, 2: 436-7
14. Devendra K, Arulkumaran S. Should doctor perform an elective caesarean section on request?. Ann Acad Med Singapore 2003; 32: 577-82
15. Donati S, Grandolfo ME, Andreozzi S. Do Italian mothers prefer cesarean delivery? Birth 2003 Jun; 30, 2: 89-93
16. Sistema Nazionale per le Linee Guida: Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Gennaio 2010
17. Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? Best Pract Res Clin Obstet Gynecol 2001; 15: 179-94
18. Grant A, Glazener CMA. Elective caesarean section versus expectant management for delivery of the small baby. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 2
19. Wylie BJ, Davidson LL, Batra M, Reed SD. Method of delivery and neonatal outcome in very low-birthweight vertex-presenting fetuses. Am J Obstet Gynecol. 2008; 198: 640
20. ACOG Practice Bulletin No. 54 Vaginal birth after previous cesarean delivery. Obstet Gynecol 2004; 104: 203; American Academy of Family Physicians. Trial of labor after cesarean (TOLAC), formerly trial of labor versus elective repeat cesarean section for the woman with a previous cesarean section. AAFP Policy Action; 2005
21. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. SOGC Clinical Practice Guidelines. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. February 2005, 155 (Replaces guideline Number 147), Int J Gynecol Obstet 2005; 89:319-31

www.saperidoc.it.

Ultima consultazione aprile 2010

22. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003
23. Lepori B. La nascita e i suoi luoghi. Red 1992
24. Moro, MR. Per una clinica transculturale in Italia. Donne nel cuore della tormenta In: Cattaneo ML, Dal Verme S. Donne e madri nella migrazione; 2005, 9-15
25. Balsamo E. Sono qui con te. L'arte del maternage. In: Il leone verde Ed, 2007
26. Jordan B. Birth in four cultures (fourth edition). Waveland Press,1992
27. Witkop CT, Zhang J, Sun W, Troendle J. Natural History of fetal position during pregnancy and risk of nonvertex delivery. Obstet Gynecol. 2008; 111: 875-80
28. Vendittelli F, Rivière O, Crenn-Hébert C, Rozan MA, Maria B, Jacquetin B. Is a breech presentation at term more frequent in women with a history of cesarean delivery? Am J Obstet Gynecol 2008; 198: 521
29. Wilkinson RG, Marmot MG. Social determinants of health. The solid facts. 2010, WHO Europe
30. Commission on Social Determinants of Health - final report 2008. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health 2008 - Geneva, World Health Organization
31. Godlee F. What has social injustice to do with medicine? BMJ 2010; 340: c842
32. Barros FC, Victora CG, Robert Scherpbier R, Gwatkin D. Iniquidades sociais na saúde e nutrição de crianças em países de renda baixa e média. Rev. Saúde Pública, 2010, 44,1: 1-16
33. Victora CG, Matijasevich A, Silveira M, Santos I, Barros FC. Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. Health Policy Plan, 2010, 25, 4: 253-61
34. Sanders LM, Shaaw js, Guez G, Baur C, Rudd R. Health literacy and child health promotion: implications for research, clinical care, and public policy. Pediatrics, 2009, 124 Suppl 3: S306-14
35. Delisle HF. Poverty: the double burden of malnutrition in mothers and the intergenerational impact. Ann NY Acad Sci, 2008, 1136:172-84

36. Attree P. Low-income mothers, nutrition and health: a systematic review of qualitative evidence. *Matern Child Nutr*, 2005,1,4:227-40
37. Ricciardi G, Guastadisegni C. Environmental inequities and low birth weight. *Ann Ist Super Sanità*, 2003, 39, 2: 229-34
38. Rutter DR, Quine L. Inequalities in pregnancy outcome: a review of psychosocial and behavioural mediators. *Social Science and Medicine*, 1990, 30, 5: 553-568
39. Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health 2007, WHO Regional Office for Europe
40. Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review 2010
41. Miglioramento della Qualità del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP): analisi delle criticità e raccomandazioni (marzo 2009). Osservatorio Epidemiologico sulle Diseguaglianze/ARSMarche e P.F. Sistema Informativo Statistico Marche
http://www.ars.marche.it/osservatorio_dis/
42. Caranci N, Lupi C, Baronciani D. Le diseguaglianze sociali nel percorso nascita. L'esperienza del CeDAP in Emilia Romagna, 2009.
<http://www.sis-statistica.it/magazine/spip.php?article154>
Ultima consultazione agosto 2010
43. Lai Fong Chiu, University of Leeds, UK. Improving patient and community empowerment: the participatory action research/learning as an alternative approach. 14th International HPH Conference "Integrating health promotion, prevention, treatment and care for chronic diseases across the health system", May 24-26, 2006, Palanga, Lithuania
44. Balsamo E. Sono qui con te. L'arte del maternage, 2007, Ed. Il leone verde
45. Battaglia C, Persico N, Mancini F, Cianciosi A, de Aloysio D. Fattori di rischio e diagnosi clinica del parto pre-termine. *Riv It Ost Gin* 2005; 8: 438-41
46. Bollini P, Pampallona S, Wanner P, Kupelnick B. Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature. *Soc Sci Med* 2009; 68: 452-461
47. Béhague DP, Victoria CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ* 2002; 324- 942
48. Chalmers B. WHO appropriate technology for birth revisited. *Br J Obstet Gynaecol*.

1992 Sep;99 (9):709-10

49. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course. *Birth*, p. 202-207, September 2001
50. Effetti associati a taglio cesareo. <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/200>
Ultima consultazione agosto 2010
51. Usardi F, Lojacono A, Vitali Em Guana M. Modalità di parto nella donna precesarizzata: scelta, esito e soddisfazione. *Atti Soc It Ginecol*, 2006; Vol. LXXXII
52. Jordan B. Competing technologies in perinatal care. A call for dialog between low and high tech practitioners. *Anthropology News*, 2009, 50, 3: 5-6
53. Grandolfo M, Donati S, Giusti A. Indagine conoscitiva sul percorso nascita 2002. Aspetti metodologici e risultati nazionali. Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. Istituto Superiore di Sanità
54. Donati S, Andreaozzi S, Grandolfo ME. Valutazione dell'attività di sostegno ed informazione alle partorienti: indagine nazionale. *Rapporti ISTISAN 01/5*. Roma, ISS, 2001
55. Donati S, Andreaozzi S, Grandolfo ME. Valutazione dell'attività di sostegno ed informazione alle partorienti: indagine nazionale. *Rapporti ISTISAN 01/5*. Roma, ISS, 2001
56. Gamble J, Creedy DK, McCourt C, Weaver J, Beake S. A Critique of the Literature on Women's Request for Cesarean Section. *Birth* December 2007; 34, 4: 331-340
57. McCourt C, Weaver J, Statham H, Beake S, Gamble J, Creedy DK. Elective Cesarean Section and Decision Making: A Critical Review of the Literature. *Birth* March 2007, 34,1: 65-79
58. Grandolfo ME. Basi epistemologiche ed epidemiologiche e progettazione operativa, implementazione e valutazione dei Corsi di Accompagnamento alla Nascita. Reparto Salute della donna e dell'età evolutiva Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. Istituto Superiore di Sanità.
<http://www.careperinatologia.it/lavori/L02.pdf>
Ultima consultazione agosto 2010
59. Acevedo-Garcia D, Soobader MJ, Berkman LF. The Differential Effect of Foreign-Born Status on Low Birth Weight by Race/Ethnicity and Education *Pediatrics*, 2005, 115: 20-30

Allegato 9.1

Scheda di rilevazione

32. **Concepimento con tecniche di procreazione medico-assistita:** 1 - sì 2 - no

Se sì: 33. **Metodo di procreazione medico-assistita:** 1 - solo trattamento farmacologico per induzione dell'ovulazione 2 - IUI (Intra Uterine Insemination)

3 - GIFT (Gamete IntraFallopian Transfer) 4 - FIVET (Fertilization in Vitro and Embryo Transfer) 5 - ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection) 6 - Altro

34. **Età gestazionale (settimane compiute)**

Sezione C - Informazioni sul parto e sul neonato

Sezione C1 - PARTO

35. **Luogo del parto:** 1 - istituto di cura pubblico o privato 2 - abitazione privata 3 - altra struttura di assistenza 4 - altrove

36. **Modalità del travaglio:** 1 - spontaneo 2 - indotto *Se indotto* 37. **Tipo di induzione:** 1 - metodo farmacologico 2 - amnioreesi

38. **Presentazione del neonato:** 1 - vertice 2 - podice 3 - fronte 4 - bregma 5 - faccia 6 - spalla

39. **Modalità del parto:** 1 - spontaneo 2 - con taglio cesareo d'elezione 3 - con taglio cesareo in travaglio
 4 - con uso di forcipe 5 - con uso di ventosa 6 - in altro modo

40. **Data del parto:** giorno mese anno ora minuti

41. **Genere del parto:** 1 - parto semplice 2 - parto plurimo *Se plurimo:* 42.1 N° nati maschi 42.2 N° nati femmine

43. **Personale sanitario presente al parto:** 43.1 **ostetrica/o** 1-sì 2-no 43.2 **ostetrico-ginecologo** 1-sì 2-no
43.3 **pediatra/neonatalogo** 1-sì 2-no 43.4 **anestesista** 1-sì 2-no
43.5 **altro personale sanitario o tecnico** 1-sì 2-no

44. **Presenza in sala parto:** 1 - padre del neonato 2 - altra persona di fam. partoriente 3 - altra persona di fiducia 9 - nessuno

45. **Profilassi Rh - effettuazione della immunoprofilassi** 1 - sì 2 - no

Sezione C2 - Neonato

N° SDO del NEONATO

(in caso di parto plurimo compilare una sezione C2 per ogni neonato; procedere provvedendo a fotocopiare questa pagina, a compilarne solo la presente sezione con riferimento al neonato e allegandola al modello CEDAP originale compilato in tutte le sezioni)

46. **Sesso:** 1 - maschio 2 - femmina 47. **Tipo genitali esterni:** 1 - maschili 2 - femminili 3 - indeterminati

47. **bis Allattamento nelle prime 48 ore di vita:** 1 - Solo latte materno 2 - Latte materno e soluzione glucosata
(1 sola risposta) 3 - Latte materno e latte artificiale 4 - Latte artificiale

48. **Numero d'ordine del nato nel presente parto (solo se parto plurimo):** 49. **Peso (grammi):** 50. **Lunghezza (cm.):**

51. **Circonferenza cranica (cm.):** 52. **Vitalità:** 1 - nato vivo 2 - nato morto 53. **Punteggio Apgar a 5 min. dalla nascita:**

54. **Necessità di rianimazione:** 1 - sì 2 - no 55. **Presenza di malformazione:** 1 - sì 2 - no

Sezione D - Informazioni sulle cause di nati-mortalità (barrare tutta la sezione se nato vivo)

56. **Malattia o condiz. morbosa principale del feto**

57. **Altra malattia o condiz. morbosa del feto**

58. **Malattia o condiz. morbosa principale della madre interessante il feto**

58. **Altra malattia o condiz. morbosa principale della madre interessante il feto**

60. **Altra circostanza rilevante**

61. **Momento della morte:** 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

64. **Riscontro autoptico** 1 - l'autopsia ha confermato la causa di morte individuata 2 - il risultato dell'autopsia sarà disponibile in seguito 3 - autopsia non effettuata

Sezione E - Informazioni sulla presenza di malformazioni (barrare tutta la sezione se non sono presenti malformazioni)

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 (settimane compiute) 68. Età neonatale alla diagnosi di malformazione giorni compiuti

69. Eventuali malformazioni in famiglia:
 69.1 fratelli si no 69.2 madre si no 69.3 padre si no 69.4 genitori madre si no
 69.5 genitori padre si no 69.6 altri parenti madre (fratelli/cugini/zii) si no 69.7 altri parenti padre (fratelli/cugini/zii) si no

70. Malattie insorte in gravidanza:
 70.1
 70.2

Sezione E1 – Scheda sui difetti congeniti (barrare tutta la sezione se non sono presenti malformazioni)

71. Descrizione della malformazione osservata

72. Eventuali accertamenti eseguiti:
 72.1 Radiografie si no Risultato

72.2 Ecografie si no Risultato

72.3 Altro

ANAMNESI GRAVIDICA

73. Diagnosi ecografica della malformazione si no 75. Emorragie si no Se si: 75.1 A quale mese

76. Terapia antiabortiva si no 77. Patologie: 77.1 Edemi si no 77.2 Proteinuria si no 77.3 Ipertensione si no
 77.4 Eclampsia si no 77.5 Diabete si no

78. Eventuali trattamenti in gravidanza si no Se si: 78.1 Elenco farmaci e posologia

79. Malattie infettive si no Se si quali?
 79.1.2 Malattia infettiva 79.1.2 Tit. anticorpale..... 79.1.3 Mese di gravidanza
 79.2.1 Malattia infettiva 79.2.2 Tit. anticorpale..... 79.2.3 Mese di gravidanza

80. Esantemi nei familiari si no 80.1 Quali?

81. Vaccinazioni in gravidanza si no 81.1 Quali?

82. Gammaglobuline si no 82.1 Quali?

83. Assunzione Acido Folico si no Periodo: 83.1 dal 83.2 al 83.3 Dose:

PARTO

84. Liquido amniotico: 1 trasparente 2 meconiale 84.1 Quantità: 1 normale 2 oligoidramnios 3 polidramnios

85. Placenta: 1 normale 2 con infarti 3 con morfologia alterata 86. Gruppo sanguigno del neonato (ABO/Rh)

ANAMNESI MATERNA

87. Età al momento del concepimento 88. Gruppo sanguigno (ABO/Rh).....

89. Fumo si no Se si: 89.1 sigarette/die.....

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

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

92. Farmaci si no Se si: 92.1 tipo..... 92.2 quantità/die.....

93. Radiazioni 1 sì 2 no Se sì: 93.1 quali..... 93.2 trimestre di gravidanza
94. Sostanze tossiche 1 sì 2 no Se sì: 94.1 quali..... 94.2 trimestre di gravidanza
95. Malattie croniche antecedenti il concepimento 1 sì 2 no Se sì: 95.1 quali.....
96. Malformazioni 1 sì 2 no Se sì: 96.1 quali.....
97. Anticoncezionali usati nei 12 mesi prec. la gravidanza Se sì: 97.1 quali.....
98. Mesi trascorsi tra sospensione della contraccezione e ultima mestruazione..... 99. Accertamenti/trattamenti per infertilità 1 sì 2 no
Se sì: 99.1 quali
100. Precedenti figli con malformazioni 1 sì 2 no Se sì: 100.1 quali malformazioni

ANAMNESI PATERNA

101. Età al momento del concepimento 102. Gruppo sanguigno (ABO/Rh).....
103. Fumo 1 sì 2 no Se sì: 103.1 sigarette/die.....
104. Alcool 1 sì 2 no Se sì: 104.1 tipo..... 102.2 quantità/die.....
105. Droghe 1 sì 2 no Se sì: 105.1 tipo..... 103.2 quantità/die.....
106. Farmaci 1 sì 2 no Se sì: 106.1 tipo..... 104.2 quantità/die.....
107. Radiazioni 1 sì 2 no Se sì: 107.1 quali.....
108. Sostanze tossiche 1 sì 2 no Se sì: 108.1 quali.....
109. Malattie infettive 1 sì 2 no Se sì quali?
- 109.1.1 Malattia infettiva 109.1.2 Tit. anticorpale.....
- 109.2.1 Malattia infettiva 109.2.2 Tit. anticorpale.....
110. Malformazioni 1 sì 2 no Se sì: 110.1 quali.....

ANAMNESI FAMILIARE

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

.....

.....

.....

.....

112. Albero genealogico:

Firma dell'ostetrica/o

Firma del medico

SEGRETO STATISTICO, OBBLIGO DI RISPOSTA, TUTELA DELLA RISERVATEZZA E DIRITTI DEGLI INTERESSATI.

I dati raccolti della presente indagine, compresa nel Programma Statistico Nazionale 2005-2007 (PSN) approvato con il D.P.C.M. 8 settembre 2005 (pubblicato nel Supplemento Ordinario alla G.U. n. 274 del 24 novembre 2005) sono tutelati dal segreto statistico e sottoposte alle regole stabilite, a tutela della riservatezza dal D.Lgs. 196/2003. Essi possono essere esternali o comunicati soltanto in forma aggregata, in modo tale che non se ne possa fare alcun riferimento individuale, possono essere utilizzati per scopi statistici (art. 9 del decreto legislativo 6 settembre 1999, n. 322). È fatto obbligo alle amministrazioni, enti ed organismi pubblici, nonché ai soggetti privati, per le rilevazioni indicate nel D.P.R. 20 gennaio 2006, di fornire tutti i dati e le notizie richieste nel modello di rilevazione. Coloro che non forniscono i dati, o li forniscono scientemente errati od incompleti, sono soggetti alle previste sanzioni amministrative (art. 7 e 11 del citato d.lgs n. 322/99). Titolare della rilevazione è il Ministero della Salute. La Regione Marche è organo intermedio di rilevazione, come previsto nel PSN. Inoltre, ai sensi del DECRETO 16 luglio 2001, n. 349 del Ministero della Salute, art. 1 comma3, sono state previste delle integrazioni alla sezione E, relativa ai nati malformati, e tali dati, ai sensi dell'art.3 comma2, afferiscono ai registri per le malformazioni congenite di competenza territoriale come previsto nella Delibera di Giunta regionale DGR n.1031 del 18/09/2006.

Allegato 9.2

Il CeDAP 2008: completezza e qualità dei dati

Nel 2007 il Ministero della Salute nell'ambito della verifica annuale della qualità dei dati riguardanti il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (a cui vengono sottoposte tutte le Regioni) ha individuato per il flusso CeDAP i seguenti due indicatori:

- 1) percentuale di schede pervenute sul numero di parti rilevati attraverso la SDO, che fornisce informazioni sulla "copertura" del flusso;
- 2) percentuale di schede che presentano dati contemporaneamente validi per tutte le seguenti variabili:
 - età della madre (calcolata in base alla data di nascita della madre e alla data del parto);
 - modalità del parto;
 - presentazione del neonato;
 - durata della gestazione.

Questo indicatore fornisce informazioni sulla correttezza e completezza della compilazione di alcuni campi della scheda stessa.

Di seguito vengono riportati i valori, regionale e per punto nascita del primo indicatore e quello regionale complessivo del secondo indicatore. I dati si riferiscono all'anno 2008.

Un'analisi più dettagliata sulla qualità del flusso CeDAP della regione Marche è stata effettuata dall'Osservatorio Epidemiologico sulle Diseguaglianze nel marzo 2009⁵².

Nel 2008 il grado di copertura regionale delle schede CeDAP, rispetto alle SDO è pari al 97.3%, in netto miglioramento rispetto all'anno precedente (95%) (tab.1)

Tab. 1 Confronto fra il numero di schede CeDAP pervenute e numero di parti rilevati attraverso la SDO, per punto nascita. Regione Marche, anno 2008.

ZT/AO	Codice struttura	Punti nascita	N. parti SDO	N. schede CeDAP	% schede CeDAP sul tot schede SDO
1	110009	NOVAFELTRIA	105	106	101.0
2	110003	URBINO*	962	946	98.3
3	110002	FANO	848	797	94.0
4	110032	SENIGALLIA	846	841	99.4
5	110025	JESI	927	801	86.4
6	110022	FABRIANO	545	536	98.3
7	110028	OSIMO	580	582	100.3
7	110036	VILLA IGEA - ANCONA	378	440	116.4
8	110045	RECANATI	451	462	102.4
8	110049	CIVITANOVA M.	681	700	102.8
9	110040	MACERATA	1.161	1.157	99.7
10	110046	S.SEVERINO	759	758	99.9
11	110058	FERMO	627	626	99.8
12	110064	S.BENEDETTO	895	898	100.3
12	110073	STELLA MARIS - S.BENEDETTO	335	-	-
13	110056	ASCOLI P.	809	803	99.3
AO	110901	S. SALVATORE - PESARO	1.347	1.348	100.1
AO	11090503	PRESIDIO EX G.SALESI - ANCONA	2.413	2.478	102.7
Regione			14.669	14.279	97.3

Fonti: data base SDO, regione Marche; CeDAP regione Marche, anno 2008

*1 parto è avvenuto a Sassocorvaro

52 "Miglioramento della qualità del certificato di assistenza al parto: analisi delle criticità e raccomandazioni". OED/ARS - Marche, marzo 2009. http://www.ars.marche.it/osservatorio_dis/doc/report_cedap.pdf

I punti nascita al di sotto del *gold standard* - fissato al 98% - sono ancora Jesi e Fano anche se migliorano rispetto al 2007 (Jesi 86% nel 2008 vs 82.2% nel 2007; Fano 94% nel 2008 vs 87.7% nel 2007).

Si sottolinea che anche per l'anno 2008 la Casa di Cura Stella Maris ha continuato a non compilare la scheda CeDAP. Se questo punto nascita avesse assolto a questo obbligo istituzionale la copertura regionale sarebbe stata del 99.6%.

In alcuni punti nascita la percentuale di copertura delle schede CeDAP sul totale delle schede SDO supera il 100%: ciò può essere dovuto ad errori di codifica dell'evento parto nella SDO o da una errata doppia compilazione della scheda CeDAP nel caso di parti gemellari.

Nel 2008 la percentuale regionale di campi contemporaneamente validi per le variabili monitorate a livello nazionale è pari al 92.1%, valore questo sostanzialmente stabile rispetto al 2007 (92.3%).

Si ricorda che il Ministero della Salute assegna la valutazione di: "sufficiente" se il dato è compreso tra 75% e < 95%; "buono" se invece è superiore o uguale al 95%. Le Marche quindi rientrano, anche per il 2008, nel range della "sufficienza" (tab.2).

Tab. 2 N° e proporzione di schede CeDAP con campi contemporaneamente validi per le variabili monitorate dal livello nazionale. Regione Marche, anno 2008.

Cod. campo	descrizione	n° validi	% validi
6	Data nascita madre	13.154	92.1%
34	Età gestazionale		
38	Presentazione neonato		
39	Modalità parto		
40	Data parto		

Allegato 9.3

Lista dei Paesi PSA e PFPM

Lista paesi PSA

Paesi ad alto reddito (classificati come assimilati)	Codice Istat
Andorra	202
Australia	701
Austria	203
Belgio	206
Canada	509
Città del Vaticano	246
Corea del Sud	320
Danimarca	212
Finlandia	214
Francia	215
Germania	216
Giappone	326
Grecia	220
Irlanda	221
Islanda	223
Israele	334
Italia	100
Liechtenstein	225
Lussemburgo	226
Monaco	229
Norvegia	231
Nuova Zelanda	719
Paesi Bassi	232
Portogallo	234
Regno Unito	219
San Marino	236
Spagna	239
Stati Uniti	536
Svezia	240
Svizzera	241

Fonti: Classificazione banca mondiale (dal 1 luglio 2006) su RNL pro capite (da Rapporto Sviluppo Umano 07-08); Rapporto Sviluppo Umano 2007-2008

Lista paesi PFPM

Paesi a basso/medio reddito	Codice Istat
EUROPA	
UE (Unione Europea)	
Bulgaria	209
Ceca, Repubblica	257
Cipro	315
Estonia	247
Lettonia	248
Lituania	249
Malta	227
Polonia	233
Romania	235
Slovacchia	255
Slovenia	251
Ungheria	244
Altri Paesi europei	
Albania	201
Bielorussia	256
Bosnia-Erzegovina	252
Croazia	250
Kosovo	272
Macedonia, ex Repubblica Jugoslava di	253
Moldova	254
Montenegro	270
Russa, Federazione	245
Serbia, Repubblica di	271
Turchia	351
Ucraina	243

Paesi a basso/medio reddito	Codice Istat
ASIA	
Afghanistan	301
Arabia Saudita	302
Armenia	358
Azerbaigian	359
Bahreïn	304
Bangladesh	305
Bhutan	306
Brunei	309
Cambogia	310
Cinese, Repubblica Popolare	314
Corea, Repubblica Popolare Democratica (Corea delNord)	319
Emirati Arabi Uniti	322
Filippine	323
Georgia	360
Giordania	327
India	330
Indonesia	331
Iran, Repubblica Islamica del	332
Iraq	333
Kazakhstan	356
Kirghizistan	361
Kuwait	335
Laos	336
Libano	337
Malaysia	340
Maldive	339
Mongolia	341
Myanmar (<i>ex Birmania</i>)	307
Nepal	342
Oman	343
Pakistan	344
Qatar	345
Singapore	346
Siria	348
Sri Lanka (<i>ex Ceylon</i>)	311
Tagikistan	362
Taiwan (<i>ex Formosa</i>)	363
Territori dell'Autonomia Palestinese	324
Thailandia	349
Timor Orientale	338
Turkmenistan	364
Uzbekistan	357
Vietnam	353
Yemen	354

Paesi a basso/medio reddito	Codice Istat
-----------------------------	--------------

AFRICA

Algeria	401
Angola	402
Benin (ex <i>Dahomey</i>)	406
Botswana	408
Burkina Faso (ex <i>Alto Volta</i>)	409
Burundi	410
Camerun	411
Capo Verde	413
Centrafricana, Repubblica	414
Ciad	415
Comore	417
Congo (Repubblica del)	418
Congo, Repubblica democratica del (ex <i>Zaire</i>)	463
Costa d'Avorio	404
Egitto	419
Eritrea	466
Etiopia	420
Gabon	421
Gambia	422
Ghana	423
Gibuti	424
Guinea	425
Guinea Bissau	426
Guinea Equatoriale	427
Kenya	428
Lesotho	429
Liberia	430
Libia	431
Madagascar	432
Malawi	434
Mali	435
Marocco	436
Mauritania	437
Mauritius	438
Mozambico	440
Namibia	441
Niger	442
Nigeria	443
Ruanda	446
São Tomé e Príncipe	448
Senegal	450
Seychelles	449
Sierra Leone	451
Somalia	453
Sud Africa	454
Sudan	455
Swaziland	456
Tanzania	457
Togo	458
Tunisia	460
Uganda	461
Zambia	464
Zimbabwe (ex <i>Rhodesia</i>)	465

Paesi a basso/medio reddito	Codice Istat
AMERICA	
Antigua e Barbuda	503
Argentina	602
Bahamas	505
Barbados	506
Belize	507
Bolivia	604
Brasile	605
Cile	606
Colombia	608
Costa Rica	513
Cuba	514
Dominica	515
Dominicana, Repubblica	516
Ecuador	609
El Salvador	517
Giamaica	518
Grenada	519
Guatemala	523
Guyana	612
Haiti	524
Honduras	525
Messico	527
Nicaragua	529
Panama	530
Paraguay	614
Perù	615
Saint Kitts e Nevis	534
Saint Lucia	532
Saint Vincent e Grenadine	533
Suriname	616
Trinidad e Tobago	617
Uruguay	618
Venezuela	619

Paesi a basso/medio reddito	Codice Istat
OCEANIA	
Figi	703
Kiribati	708
Marshall, Isole	712
Micronesia, Stati Federati	713
Nauru	715
Palau	720
Papua Nuova Guinea	721
Salomone, Isole	725
Samoa	727
Tonga	730
Tuvalu	731
Vanuatu	732
APOLIDE	999

Fonti: Classificazione banca mondiale (dal 1 luglio 2006) su RNL pro capite (da Rapporto Sviluppo Umano 07-08); Rapporto Sviluppo Umano 2007-2008

Nota: alcuni paesi come Cipro, Malta, Slovenia sono in discussione

Allegato 9.4

Modelli di analisi multivariata

Tab. 1 - Esito: effettuazione di “fino a 4 visite in gravidanza”

Caratteristica	OR	IC 95%	p-value
<i>Cittadinanza</i>			
italiana	1		
immigrata	5.32	4.35 - 6.50	0.0000
<i>Condizione occupazionale</i>			
occupata	1		
disoccupata	1.76	1.27 - 2.43	0.0005
casalinga	1.40	1.14 - 1.72	0.0012
<i>Età</i>			
20 - 34 anni	1		
>= 35 anni	1.12	0.91 - 1.39	0.2689
< 20 anni	1.66	1.02 - 2.70	0.0382
<i>Scolarità</i>			
medio-alta	1		
medio-bassa	1.81	1.51 - 2.18	0.0000
<i>Stato civile</i>			
coniugata	1		
non coniugata	1.47	1.19 - 1.81	0.0003
<i>Parità</i>			
primipara	1		
pluripara	1.77	1.47 - 2.13	0.0000

Tab. 2 - Esito: effettuazione della “prima visita tardivamente (oltre la 12a sett)”

Caratteristica	OR	IC 95%	p-value
<i>Cittadinanza</i>			
italiana	1		
immigrata	4.14	3.30 - 5.18	0.0000
<i>Condizione occupazionale</i>			
occupata	1		
disoccupata	1.69	1.17 - 2.46	0.0052
casalinga	1.65	1.30 - 2.08	0.0000
<i>Età</i>			
20 - 34 anni	1		
>= 35 anni	0.91	0.71 - 1.17	0.4981
< 20 anni	1.82	1.09 - 3.04	0.0200
<i>Scolarità</i>			
medio-alta	1		
medio-bassa	1.37	1.12 - 1.69	0.0025
<i>Stato civile</i>			
coniugata	1		
non coniugata	1.24	0.97 - 1.57	0.0737
<i>Parità*</i>			
nullipara	1		
pluripara	1.21	0.98 - 1.48	0.0654

Tab. 3 - Esito: effettuazione di “almeno un’indagine invasiva”

Caratteristica	OR	IC 95%	p-value
<i>Cittadinanza</i>			
italiana	1		
immigrata	0.37	0.30 - 0.47	0.0000
<hr/>			
<i>Età</i>			
20 - 34 anni	1		
>= 35 anni	7.85	6.91 - 8.90	0.0000
< 20 anni	0.79	0.34 - 1.81	0.5813
<hr/>			
<i>Scolarità</i>			
medio-alta	1		
medio-bassa	0.80	0.69 - 0.93	0.0042

Tab. 4 - Esito: "parto pre-termine"

Caratteristica	OR	IC 95%	p-value
<i>Età</i>			
20 - 34 anni	1		
>= 35 anni	1.31	1.10 - 1.56	0.0018
< 20 anni	1.55	0.88 - 2.73	0.1283
<hr/>			
<i>Decorso della gravidanza</i>			
fisiologico	1		
patologico	10.47	8.64 - 12.69	0.0000
<hr/>			
<i>Cittadinanza</i>			
italiana	1		
immigrata	1.12	0.90 - 1.38	0.2863
<hr/>			
<i>Scolarità</i>			
medio-alta	1		
medio-bassa	1.14	0.95 - 1.37	0.1340
<hr/>			
<i>Parità</i>			
pluripara	1		
nullipara	1.09	0.93 - 1.29	0.2549
<hr/>			
<i>Condizione occupazionale</i>			
occupata	1		
disoccupata	1.05	0.75 - 1.47	0.7362
casalinga	0.95	0.77 - 1.17	0.6704

Tab. 5 - Esito: "induzione del travaglio"

Caratteristica	OR	IC 95%	p-value
<i>Cittadinanza</i>			
italiana	1		
immigrata	0.81	0.70 - 0.92	0.0023
<hr/>			
<i>Età</i>			
20 - 34 anni	1		
>= 35 anni	1.20	1.06 - 1.36	0.0040
< 20 anni	0.76	0.49 - 1.16	0.2131
<hr/>			
<i>Parità</i>			
pluripara	1		
nullipare	1.86	1.66 - 2.09	0.0000

Tab. 6 - Esito: "parto cesareo"

Caratteristica	OR	IC 95%	p-value
<i>Cittadinanza</i>			
italiana	1		
immigrata	0.77	0.69 - 0.85	0.0000
<hr/>			
<i>Età</i>			
20 - 34 anni	1		
>= 35 anni	1.60	1.46 - 1.75	0.0000
< 20 anni	0.91	0.65 - 1.28	0.6026
<hr/>			
<i>Scolarità</i>			
medio-alta	1		
medio-bassa	1.14	1.03 - 1.25	0.0059

Tab. 7 - Esito: "presenza di persone di fiducia in sala parto"

Caratteristica	OR	IC 95%	p-value
<i>Cittadinanza</i>			
italiana	1		
immigrata	0.42	0.36 - 0.48	0.0000
<hr/>			
<i>Età</i>			
20 - 34 anni	1		
>= 35 anni	0.85	0.74 - 0.99	0.0365
< 20 anni	1.18	0.74 - 1.87	0.4688
<hr/>			
<i>Scolarità</i>			
medio-alta	1		
medio-bassa	0.70	0.61 - 0.80	0.0000
<hr/>			
<i>Parità</i>			
nullipara	1		
pluripara	0.75	0.67 - 0.86	0.0000

Tab. 8 - Esito: "basso peso alla nascita"

Caratteristica	OR	IC 95%	p-value
<i>Cittadinanza</i>			
italiana	1		
immigrata	1.33	1.09 - 1.62	0.0051
<hr/>			
<i>Età</i>			
20 - 34 anni	1		
>= 35 anni	1.27	1.04 - 1.54	0.0149
< 20 anni	0.99	0.51 - 1.90	0.9851
<hr/>			
<i>Parità</i>			
pluripara	1		
nullipara	1.47	1.23 - 1.76	0.0000

Tab. 9 - Esito: "indice Apgar a 5' inferiore a 8 (sofferenza neonatale)"

Caratteristica	OR	IC 95%	p-value
<i>Cittadinanza</i>			
italiana	1		
immigrata	1.71	1.16 - 2.53	0.0062
<hr/>			
<i>Età gestazionale</i>			
>= 37 sett	1		
< 37 sett	5.22	3.07 - 8.88	0.0000
<hr/>			
<i>Peso alla nascita</i>			
>= 2.500	1		
< 2.500	5.23	3.05 - 8.97	0.0000
<hr/>			

Il presente volume può essere richiesto a:
diseguaglianze@regione.marche.it

Finito di stampare
nel mese di novembre 2010

progetto grafico e fotocomposizione
Mario Carassai