

Salute materno-infantile

La salute materno-infantile rappresenta, senza dubbio, un'area prioritaria della salute pubblica, sia perché la gravidanza e il parto in Italia sono la prima causa di ricovero per le donne e sia perché gli indicatori relativi a questa sfera della salute sono utilizzati a livello internazionale per valutare la qualità dell'assistenza sanitaria di un Paese.

Nel Capitolo sono presentati alcuni importanti indicatori di quest'area tematica, molti dei quali già presenti nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute, selezionati in base alla loro specificità, nonché rilevanza ed utilità.

L'attività assistenziale nel percorso nascita è, ovviamente, oggetto di attenzione da parte del Ministero della Salute e nel 2010 è stato sancito l'Accordo Stato-Regioni contenente le "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo". Pertanto, l'attività dei punti nascita viene a delinearci come fondamentale per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate. La presenza di un *Box* redatto dal Ministero della Salute sintetizza chiaramente questo aspetto.

Nel 2013, la quota di parti avvenuti in strutture con numero di parti <1.000 ogni anno è risultata pari a 38%, sostanzialmente invariata rispetto al 2011, mentre c'è stata una positiva riduzione della quota di parti avvenuti nelle strutture con minore attività (<500 parti annui), probabilmente in seguito alla chiusura di alcuni di questi punti nascita.

Una Unità Operativa di Terapia Intensiva Neonatale (UOTIN) è presente in 128 dei 526 punti nascita analizzati e ben 107 UOTIN sono disposte nei punti nascita dove hanno luogo almeno 1.000 parti annui, in accordo con gli standard qualitativi riconosciuti.

Il ricorso al Taglio Cesareo (TC) in Italia, pur restando sempre elevato e tra i più alti in Europa, sembra essersi assestato da qualche anno intorno al 36% sul totale dei parti annui. Positiva è la diminuzione della quota dei TC primari, che passa dal 23,1% del 2011 al 21,6% del 2014. Permane il gradiente Nord-Sud ed Isole, con valori più elevati di TC primari in Campania (34,3%), Molise (26,9%) e Sardegna (26,7%).

Con riferimento alla Procreazione Medicalmente Assistita, nel 2013, si è assistito a un calo dell'offerta: sono stati iniziati 914 cicli a fresco per milione di abitanti rispetto ai 932 dell'anno precedente e permane la differenza sostanziale tra Nord e Sud ed Isole. La stabilità della percentuale di parti multipli (19,8% nel 2013 e 20,0% nel 2012) nasconde l'importante differenziazione riferita al numero di gemelli: c'è stato, infatti, un leggero aumento dei parti gemellari e una contemporanea riduzione dei parti trigemini, considerati più a rischio. Un aspetto positivo viene dal sistema di monitoraggio: la quota di gravidanze perse al *follow-up* risulta, infatti, in diminuzione ed è pari a 10,3%.

Con riferimento all'aborto volontario si segnala la persistente riduzione dei livelli iniziata ormai già da qualche anno: nel 2013, il tasso è ulteriormente diminuito arrivando a 7,1 casi di Interruzione Volontaria di Gravidanza ogni 1.000 donne di età 15-49 anni. Questa riduzione ha interessato tutte le regioni e tutte le classi di età. Con riferimento alle modalità di intervento risulta ancora molto utilizzata l'anestesia generale (76,6%), anche se il ricorso all'anestesia locale (presente solo nel 5,6% dei casi) sarebbe la pratica più raccomandata a livello internazionale, poiché minimizza i rischi per la salute della donna e presenta un impegno minore di personale sanitario e di infrastrutture (e, quindi, costi inferiori). Solo in 3 regioni si supera la soglia del 10%: Marche (42,9%), Lazio (13,8%) e Toscana (10,5%). Si osserva, inoltre, un aumento del ricorso all'aborto farmacologico.

Utilizzando i dati rilevati dall'Istituto Nazionale di Statistica dell'indagine campionaria sulle Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, è stato redatto un *Box* sull'allattamento al seno, una pratica raccomandata dall'Organizzazione Mondiale di Sanità per tutto il 1° anno di vita e, da anni, supportata dal Ministero della Salute tramite le "Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno".

Un importante risultato è la quota di donne che ha allattato al seno l'ultimo nato: dal 70,3% nel 1994 all'85,5% nel 2013. Anche la durata complessiva dell'allattamento al seno mostra una tendenza crescente e linea-

re dal 2000 al 2013, aumentando, a livello nazionale, da 6,2 a 8,3 mesi. Come per molti altri fenomeni si osserva una disomogeneità tra le varie regioni.

Il Capitolo si conclude con un *Box* in cui vengono illustrate le attività ed i Progetti, finanziati dal Ministero della Salute e coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità con alcune regioni, aventi l'obiettivo di raccogliere dati affidabili e di qualità sulla mortalità e grave morbosità materna, argomenti già affrontati nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute.

Parti effettuati nei punti nascita

Significato. L'indicatore intende descrivere l'organizzazione territoriale della rete dei punti nascita. In Italia l'assistenza alla gravidanza e al parto è, generalmente, buona (il rischio di natimortalità si è quasi dimezzato a partire dai primi anni Ottanta, la percentuale di donne assistite durante la gravidanza ha superato il 90%, la totalità dei parti è assistita da operatori sanitari e la percentuale di nati da parto pretermine e quella di nati di peso inferiore si è ridotta drasticamente) anche se la realtà del nostro Paese è ancora caratterizzata da un'eccessiva medicalizzazione dell'evento nascita, di cui il non appropriato ricorso al Taglio Cesareo (TC), e da una estrema parcellizzazione dei punti nascita.

Per migliorare questo sistema assistenziale è stato sancito, in Conferenza Unificata il 16 dicembre 2010, l'Accordo Stato-Regioni recante "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" in cui si propone un programma nazio-

nale, articolato in dieci linee di azione, per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del TC.

Le linee di indirizzo contengono specifiche indicazioni di politica sanitaria per migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate durante il percorso nascita. Tra queste sono previste la razionalizzazione dei punti nascita nonché il miglioramento degli aspetti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture.

La riorganizzazione della rete assistenziale del percorso nascita prevede il numero di almeno 1.000 nascite/anno quale parametro standard a cui tendere, nel triennio, per il mantenimento/attivazione dei punti nascita. La possibilità di punti nascita con numerosità inferiore e, comunque, non <500 parti/anno, potrà essere prevista solo sulla base di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali delle varie aree geografiche interessate, con rilevanti difficoltà di attivazione del Servizio Trasporto Assistito Materno.

Proporzione di parti secondo la classe di ampiezza

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Parti}_{\text{Classe } i}}{\text{Parti}} \times 100$$

Classe i=Classe 1, Classe 2, Classe 3, Classe 4, Classe 5.

Classe 1=<500 parti, Classe 2=500-799 parti, Classe 3=800-999 parti, Classe 4=1.000-2.499 parti, Classe 5=2.500 parti ed oltre.

Validità e limiti. L'indicatore evidenzia il rispetto di uno solo dei molteplici standard qualitativi per caratterizzare i livelli della rete di offerta dei servizi ostetrici e neonatologici ospedalieri.

La fonte utilizzata per il calcolo dell'indicatore è il Certificato Di Assistenza al Parto, relativo all'anno 2013. Nel caso di strutture ospedaliere articolate su più sedi (stabilimenti ospedalieri), a ciascun punto nascita è attribuita la specifica classe di ampiezza in funzione del volume di parti annui effettuati dallo stabilimento.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per questo indicatore. Per il confronto tra le regioni occorre considerare sia la diversa ampiezza dei territori regionali che le notevoli variabilità di densità abitativa e caratteristiche orografiche che impongono un'organizzazione dei servizi diversificata.

Descrizione dei risultati

La rete di offerta dei punti nascita risulta notevolmente diversificata sul territorio. Tra le regioni del Nord, quali Valle d'Aosta, Piemonte, Emilia-Romagna e Lombardia, oltre il 70% dei parti si svolge in punti nascita di grandi dimensioni (almeno 1.000 parti/anno) (Tabella 1 e

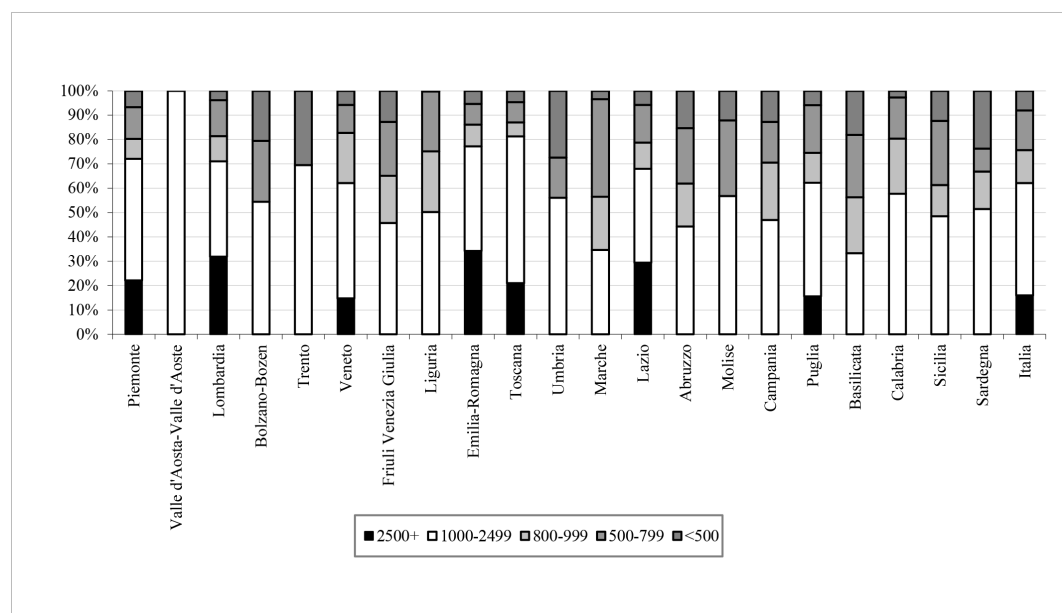
Grafico 1). Tali strutture rappresentano, in ciascuna regione settentrionale, oltre il 40% dei punti nascita.

Un'organizzazione opposta della rete di offerta si presenta nell'area meridionale del Paese, dove oltre il 40% dei parti, nell'anno 2013, è avvenuto in punti nascita che hanno effettuato meno di 1.000 parti/anno. In particolare, in Basilicata tale percentuale ha raggiunto circa il 67%, con quasi il 44% dei parti effettuati in punti nascita con meno di 800 parti/anno. Occorre precisare che, nelle regioni meridionali e soprattutto in Campania e in Sicilia, i punti nascita sono per lo più dislocati in case di cura private accreditate, che hanno generalmente una dimensione inferiore rispetto alle strutture gestite direttamente dal Servizio Sanitario Nazionale. A livello nazionale, oltre il 62% dei parti dell'anno 2013 è avvenuto in punti nascita con un volume annuo di almeno 1.000 parti. Tra l'anno 2011 (oggetto di analisi nell'Edizione 2014 del Rapporto Osservasalute) e il 2013, molte regioni hanno effettuato interventi per la razionalizzazione della rete di offerta dei punti nascita, ma il processo di riordino previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 2010 appare ancora lento. C'è da segnalare, comunque, che diversi piccoli punti nascita (con volumi <800 parti annui), in particolare in Campania, Puglia, Calabria e Sicilia, sono stati chiusi.

Tabella 1 - Parti (valori assoluti e valori percentuali) effettuati nei punti nascita secondo la classe di ampiezza per regione - Anno 2013

Regioni	<500		500-799		800-999		1.000-2.499		2.500+		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Piemonte	2.215	6,69	4.315	13,04	2.695	8,15	16.523	49,94	7.337	22,18	33.085	100,00
Valle d'Aosta	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	1.127	100,00	0	n.a.	1.127	100,00
Lombardia	3.401	3,88	12.916	14,72	9.071	10,34	34.384	39,19	27.964	31,87	87.736	100,00
Bolzano-Bozen	1.119	20,52	1.363	25,00	0	n.a.	2.970	54,48	0	n.a.	5.452	100,00
Trento	1.400	30,45	0	n.a.	0	n.a.	3.197	69,55	0	n.a.	4.597	100,00
Veneto	2.357	5,77	4.688	11,48	8.409	20,60	19.333	47,35	6.043	14,80	40.830	100,00
Friuli Venezia Giulia	1.187	12,77	2.055	22,11	1.805	19,42	4.248	45,70	0	n.a.	9.295	100,00
Liguria	26	0,25	2.598	24,64	2.623	24,88	5.295	50,23	0	n.a.	10.542	100,00
Emilia-Romagna	1.999	5,37	3.151	8,47	3.346	8,99	15.992	42,97	12.728	34,20	37.216	100,00
Toscana	1.380	4,71	2.414	8,24	1.685	5,75	17.670	60,29	6.160	21,02	29.309	100,00
Umbria	2.049	27,38	1.239	16,56	0	n.a.	4.196	56,07	0	n.a.	7.484	100,00
Marche	419	3,42	4.903	40,07	2.669	21,81	4.245	34,69	0	n.a.	12.236	100,00
Lazio	2.908	5,80	7.742	15,44	5.392	10,76	19.360	38,62	14.730	29,38	50.132	100,00
Abruzzo	1.545	15,37	2.279	22,67	1.777	17,67	4.454	44,30	0	n.a.	10.055	100,00
Molise	218	12,17	555	30,99	0	n.a.	1.018	56,84	0	n.a.	1.791	100,00
Campania	6.810	12,77	8.901	16,69	12.605	23,63	25.024	46,91	0	n.a.	53.340	100,00
Puglia	1.993	5,90	6.595	19,54	4.159	12,32	15.757	46,68	5.254	15,56	33.758	100,00
Basilicata	735	18,04	1.046	25,68	937	23,00	1.356	33,28	0	n.a.	4.074	100,00
Calabria	436	2,73	2.699	16,90	3.612	22,62	9.219	57,74	0	n.a.	15.966	100,00
Sicilia	5.368	12,33	11.466	26,34	5.566	12,79	21.126	48,54	0	n.a.	43.526	100,00
Sardegna	2.698	23,76	1.066	9,39	1.743	15,35	5.847	51,50	0	n.a.	11.354	100,00
Italia	40.263	8,01	81.991	16,30	68.094	13,54	232.341	46,20	80.216	15,95	502.905	100,00

n.a. = non applicabile.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Certificato Di Assistenza al Parto. Anno 2013.**Grafico 1** - Parti (valori percentuali) effettuati nei punti nascita secondo la classe di ampiezza per regione - Anno 2013**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. Certificato Di Assistenza al Parto. Anno 2013.**Raccomandazioni di Osservasalute**

Le "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" programmano la

razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti <1.000/anno, prevedendo l'abbinamento per pari complessità di attività delle Unità Operative ostetrico-ginecologiche con quelle neonatologiche/pediatrie, riconducendo a due i pre-

SALUTE MATERNO-INFANTILE

239

cedenti tre livelli del Progetto Obiettivo Materno-Infantile del 24 aprile 2000 ed indicando standard operativi, di sicurezza e tecnologici rispetto alle specifiche funzioni collegate ai livelli assistenziali.

Le evidenze relative alla composizione percentuale dei parti secondo la classe di ampiezza dei punti nascita consentono di definire la situazione attuale ed i punti

critici, fornendo un valido strumento a supporto della programmazione dei servizi di assistenza ostetrica e pediatrico-neonatologica e degli interventi di razionalizzazione della rete di offerta dei punti nascita, previsti per la sicurezza delle cure ed il contenimento della spesa sanitaria.

Parti con Taglio Cesareo

Significato. Il numero di parti con Taglio Cesareo (TC) sul totale dei parti è considerato un importante indicatore di qualità dell'assistenza perinatale. Se per determinate condizioni cliniche di rischio (come, ad esempio, sofferenza fetale o placenta previa) il TC è considerato una procedura di provata efficacia salva vita per la madre e per il bambino, per altre condizioni (ad esempio precedente TC o gravidanza gemellare) il suo utilizzo sistematico risulta essere più dibattuto.

Dal 1985 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera, come ideale, una proporzione di TC del 10-15% ma, nonostante questa raccomandazione, le percentuali di TC presentano una grande variabilità, per lo più in continuo aumento nei Paesi ad alto e medio reddito e con valori al di sotto del 10% nei Paesi a basso reddito (1).

Sebbene una parte dell'aumento dei TC che si registra dagli anni Ottanta in poi possa essere attribuita a

miglioramenti delle tecnologie sanitarie, importanti determinanti di questa crescita sembrerebbero essere attribuibili a fattori non clinici, come la percezione che il TC sia una procedura più sicura o ad incentivi economici (2).

La letteratura scientifica ha, inoltre, messo in evidenza come il continuo aumento dei TC sia associato ad un aumentato rischio di placentazione anomala nelle successive gravidanze e ad altri esiti negativi per la salute della mamma e del bambino (2, 3).

L'Italia è, ormai, da tempo tra i Paesi che presentano le percentuali più elevate in Europa (2) e nel mondo, con un'enorme variabilità da regione a regione.

Per queste motivazioni la proporzione di TC sul totale dei parti continua ad essere uno degli indicatori di salute riproduttiva e di qualità dell'assistenza più utilizzati a livello internazionale e continuamente monitorati a livello nazionale.

Proporzione di parti con Taglio Cesareo

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Parti cesarei (DRG 370-371)}}{\text{Denominatore} \quad \text{Parti (DRG 370-375)}} \times 100$$

Proporzione di parti con Taglio Cesareo primario

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Parti cesarei in donne che non hanno subito un precedente cesareo (DRG 370-371 esclusi i codici di diagnosi 654.2)}}{\text{Denominatore} \quad \text{Parti (DRG 370-375)}} \times 100$$

Proporzione di parti con Taglio Cesareo ripetuto

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Parti cesarei (DRG 370-371 e codici di diagnosi 654.2)}}{\text{Denominatore} \quad \text{Parti (DRG 370-375)}} \times 100$$

Validità e limiti. La proporzione di TC è registrata con buona precisione e può essere stimata sia a partire dalle informazioni presenti nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) che attraverso i Certificati Di Assistenza al Parto.

L'indicatore stimato a partire dai DRG delle SDO è quello più facilmente calcolabile a livello nazionale. Per poter confrontare in modo più corretto strutture o regioni è necessario considerare la presenza di un precedente parto cesareo. Per questo vengono riportati e descritti altri due indicatori: "parti cesarei primari" e "parti cesarei ripetuti" (parti cesarei in donne in cui è stato eseguito un precedente cesareo). Per l'individuazione del precedente TC viene utilizzato il codice ICD-9-CM di diagnosi secondaria 654.2 riportato nella SDO della madre al momento del parto. Vengono,

inoltre, riportati e descritti i tassi grezzi e standardizzati per età.

Valore di riferimento/Benchmark. Dal 1985 l'OMS raccomanda, come valore ideale, una proporzione di TC del 10-15% (1).

L'eccessivo ricorso al TC è una delle criticità evidenziate nel Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 che prevede una riorganizzazione strutturale dei punti nascita per facilitare la riduzione dei TC, in modo da portarli gradualmente al 20%.

Descrizione dei risultati

Nel 2014, in Italia, la proporzione di TC sul totale dei parti è variata da un minimo di 23,92%, registrato in Friuli Venezia Giulia, ad un massimo di 62,20%,

SALUTE MATERNO-INFANTILE

241

osservato in Campania, con un valore nazionale del 36,05% (Tabella 1).

Come negli anni precedenti, anche per il 2014 la Campania, il Molise, la Sicilia, il Lazio, la Puglia, la Sardegna, la Basilicata, l'Abruzzo e la Calabria presentano una percentuale di TC al di sopra del valore nazionale. Si continua, pertanto, a registrare per questo indicatore un importante gradiente Nord-Sud ed Isole (Grafico 1).

Si evidenzia, però, positivamente, come già osservato nelle precedenti Edizioni, come la maggior parte delle regioni presenti un trend in riduzione rispetto agli anni precedenti (Tabella 1). Questa tendenza è da imputare, per lo più e come negli anni passati, alla riduzione dei TC primari (Tabella 2). Si registra,

comunque, un trend in lieve riduzione anche per i TC ripetuti (Tabella 3).

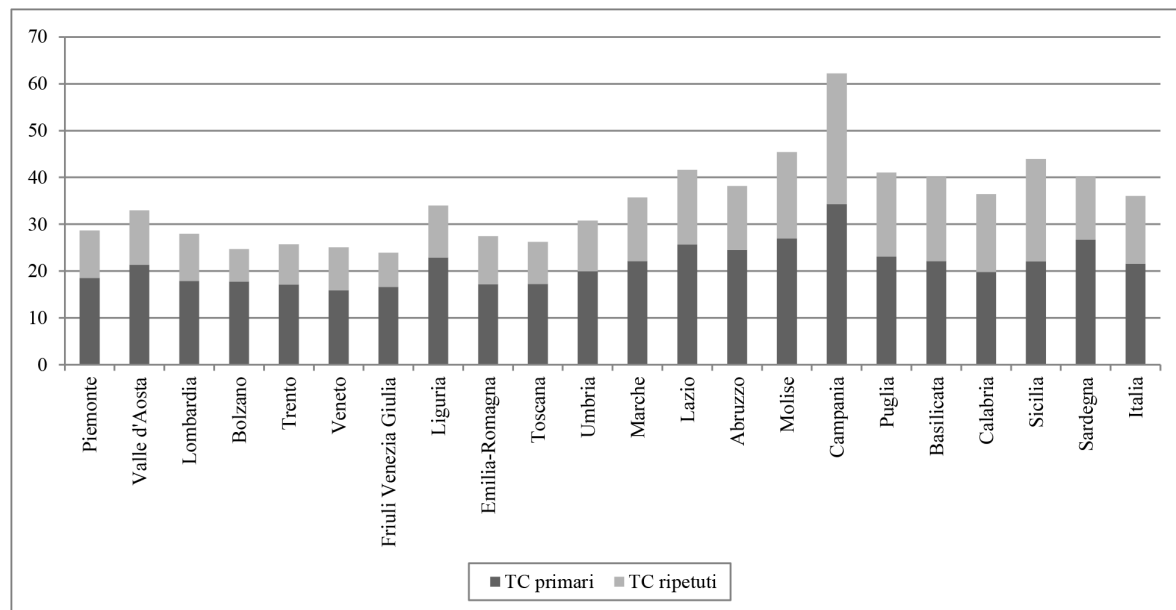
Nonostante l'età non sia un'indicazione assoluta per effettuare un TC, è un dato di fatto che all'aumentare dell'età aumenta la probabilità di partorire con TC. In Italia, nel 2014, il 57,31% delle donne di 45 anni ha partorito con TC, con percentuali che variano a livello regionale dal 44,83% registrato in Puglia al 78,72% osservato in Abruzzo (dati non presenti in tabella).

La Tabella 4, infine, riporta la variazione dei tassi standardizzati per età dei TC totali nel 2014 rispetto al 2011 e mostra come, al netto dell'età materna, le proporzioni di TC presentino in tutte le regioni valori in diminuzione.

Tabella 1 - *Proporzione (valori percentuali) e variazione percentuale di parti con Taglio Cesareo per regione - Anni 2011-2014*

Regioni	2011	2012	2013	2014	Δ % (2011-2014)
Piemonte	30,41	30,53	29,84	28,67	-5,71
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	31,15	32,86	33,56	32,96	5,80
Lombardia	28,83	28,08	28,23	27,96	-3,00
Bolzano-Bozen	25,00	24,56	24,44	24,68	-1,29
Trento	26,91	26,36	25,22	25,74	-4,36
Veneto	27,04	26,75	26,40	25,11	-7,12
Friuli Venezia Giulia	24,65	22,95	24,38	23,92	-2,96
Liguria	34,66	33,95	35,26	34,02	-1,84
Emilia-Romagna	29,56	28,49	28,69	27,49	-7,01
Toscana	26,07	26,24	25,54	26,22	0,55
Umbria	31,19	32,15	31,30	30,79	-1,27
Marche	34,67	34,18	34,83	35,70	2,99
Lazio	44,06	43,35	42,68	41,62	-5,54
Abruzzo	42,85	39,07	39,48	38,16	-10,95
Molise	47,02	48,08	48,05	45,43	-3,40
Campania	62,51	61,15	61,41	62,20	-0,50
Puglia	46,59	42,24	41,02	41,08	-11,82
Basilicata	44,47	40,21	41,97	40,08	-9,88
Calabria	37,41	36,11	35,77	36,42	-2,65
Sicilia	46,60	44,71	44,54	43,92	-5,76
Sardegna	41,46	41,10	41,97	40,12	-3,24
Italia	37,76	36,62	36,50	36,05	-4,53

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Grafico 1 - Proporzione (valori percentuali) di parti con Taglio Cesareo primario e ripetuto per regione - Anno 2014

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Tabella 2 - Proporzione (valori percentuali) e variazione percentuale di parti con Taglio Cesareo primario per regione - Anni 2011-2014

Regioni	2011	2012	2013	2014	Δ % (2011-2014)
Piemonte	19,50	19,64	19,41	18,54	-4,92
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	22,59	21,27	22,41	21,37	-5,36
Lombardia	18,41	18,17	17,96	17,92	-2,70
Bolzano-Bozen	16,90	17,50	17,79	17,79	5,24
Trento	16,94	16,06	16,49	17,14	1,14
Veneto	17,28	17,02	16,79	15,90	-7,99
Friuli Venezia Giulia	17,44	16,04	16,97	16,64	-4,58
Liguria	23,95	24,05	23,91	22,92	-4,29
Emilia-Romagna	18,92	17,89	18,55	17,23	-8,96
Toscana	17,43	17,55	17,00	17,24	-1,10
Umbria	20,99	20,91	20,24	19,95	-4,95
Marche	22,02	20,96	22,07	22,16	0,65
Lazio	27,98	27,36	26,69	25,68	-8,23
Abruzzo	28,86	25,09	26,05	24,49	-15,14
Molise	27,83	29,55	29,16	26,94	-3,17
Campania	34,58	33,52	33,54	34,34	-0,68
Puglia	27,74	24,54	23,46	23,13	-16,62
Basilicata	23,58	20,25	22,31	22,16	-6,01
Calabria	20,33	18,08	18,10	19,81	-2,58
Sicilia	25,77	23,20	22,15	22,05	-14,44
Sardegna	28,26	27,55	28,64	26,69	-5,54
Italia	23,10	22,10	21,93	21,59	-6,55

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Tabella 3 - Proporzione (valori percentuali) e variazione percentuale di parti con Taglio Cesareo ripetuto per regione - Anni 2011-2014

Regioni	2011	2012	2013	2014	Δ % (2011-2014)
Piemonte	10,90	10,89	10,44	10,13	-7,11
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,56	11,60	11,15	11,58	35,24
Lombardia	10,41	9,92	10,27	10,04	-3,54
Bolzano-Bozen	8,10	7,06	6,64	6,91	-14,68
Trento	9,97	10,30	8,73	8,58	-13,94
Veneto	9,76	9,74	9,61	9,21	-5,58
Friuli Venezia Giulia	7,20	6,91	7,41	7,27	0,97
Liguria	10,71	9,90	11,35	11,10	3,63
Emilia-Romagna	10,64	10,60	10,14	10,26	-3,56
Toscana	8,65	8,69	8,53	8,98	3,87
Umbria	10,20	11,24	11,06	10,84	6,31
Marche	12,65	13,22	12,77	13,54	7,05
Lazio	16,08	15,98	15,99	15,94	-0,87
Abruzzo	13,99	13,98	13,43	13,67	-2,29
Molise	19,20	18,53	18,89	18,48	-3,73
Campania	27,93	27,63	27,87	27,85	-0,28
Puglia	18,85	17,70	17,56	17,95	-4,74
Basilicata	20,90	19,95	19,65	17,92	-14,25
Calabria	17,08	18,03	17,67	16,61	-2,74
Sicilia	20,82	21,51	22,39	21,86	4,99
Sardegna	13,20	13,55	13,33	13,42	1,67
Italia	14,66	14,52	14,57	14,46	-1,34

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Tabella 4 - Tasso (standardizzato per 10.000) e variazione percentuale di parti con Taglio Cesareo per regione - Anni 2011-2014

Regioni	2011	2012	2013	2014	Δ % (2011-2014)
Piemonte	62,25	62,07	58,30	54,46	-12,52
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	71,94	72,83	67,59	68,69	-4,52
Lombardia	63,98	61,68	59,16	57,26	-10,50
Bolzano	56,83	57,65	56,14	59,94	5,47
Trento	59,59	57,96	56,16	55,13	-7,47
Veneto	57,16	56,17	52,15	49,00	-14,28
Friuli Venezia Giulia	47,62	44,05	44,90	42,39	-10,98
Liguria	64,25	64,75	64,95	60,74	-5,46
Emilia-Romagna	64,03	60,81	58,71	54,09	-15,52
Toscana	52,01	52,33	48,12	48,82	-6,14
Umbria	64,34	65,90	60,70	57,49	-10,64
Marche	73,21	69,78	65,72	65,89	-10,00
Lazio	93,22	92,96	87,26	77,48	-16,89
Abruzzo	82,96	75,16	73,73	70,40	-15,14
Molise	83,25	86,62	83,69	77,88	-6,45
Campania	136,55	130,77	125,94	122,98	-9,94
Puglia	94,41	82,47	75,74	73,70	-21,93
Basilicata	79,00	71,21	69,06	66,22	-16,17
Calabria	73,65	71,18	67,62	68,95	-6,38
Sicilia	100,04	94,58	89,91	89,04	-11,00
Sardegna	72,28	67,30	63,49	61,72	-14,62
Italia	79,19	76,57	72,70	69,92	-11,70

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante si continui a registrare un trend in riduzione, il ricorso al parto cesareo rimane alto in Italia e, in particolar modo, nelle regioni del Mezzogiorno.

A distanza di 30 anni, l'OMS continua a raccomandare come ideale una proporzione di TC pari al 10-15% per cui le iniziative intraprese nel nostro Paese per la

sua riduzione devono continuare ed essere rafforzate. Come conclude l'OMS nel suo recente Rapporto *WHO Statement on Caesarean Section Rates* (1), più che sulla riduzione del tasso al di sotto di uno specifico valore, tutti gli sforzi devono essere tesi affinché ogni donna riceva un TC solo se clinicamente necessario.

Il contenimento dei TC inappropriati rappresenta, dun-

que, un importante strumento per la sicurezza della mamma e del neonato e può essere realizzato solo attraverso azioni da attuare a livello regionale, aziendale e dei singoli professionisti.

La proporzione di TC continua ad essere uno degli indicatori più frequentemente utilizzati per la valutazione della qualità dei servizi ostetrici. In questa sede, per un confronto più appropriato, è stato utilizzato anche il tasso standardizzato per età. Per operare confronti tra singole strutture si raccomanda, invece, di utilizzare modelli di *risk adjustment* che consentono di tener conto del diverso *case-mix* delle strutture o, in alternativa, di utilizzare la proporzione di TC in donne nullipare, con gravidanza singola, a termine e con presentazione cefalica, indicatore che studia un'ampia fascia di popolazione con gravidanze potenzialmente a basso rischio e che consente, pertanto, di valutare l'utilizzo inappropriato di questa procedura (4).

Riferimenti bibliografici

(1) WHO Statement on Cesarean Section Rates. Human Reproduction Programme April 2015, Geneva. Disponibile sul sito:

www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/.

(2) Macfarlane AJ, Blondel B, Mohangoo AD, Cuttini M, Nijhuis J, Novak Z, Olafsdottir HS, Zeitlin J, the Euro-Peristat Scientific Committee. Wide differences in mode of delivery within Europe: risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study. BJOG 2015; DOI: 10.1111/1471-0528.13284.

(3) Stivanello E, Knight M, Dallolio L, Frammartino B, Rizzo N, Fantini M.P (2010). Peripartum hysterectomy and cesarean delivery: a population-based study. Acta Obstet Gynecol Scand. Mar; 89 (3): 321-7.

(4) Stivanello E, Rucci P, Carretta E, Pieri G, Seghieri C, Nuti S, Declercq E, Taglioni M, Fantini MP. Risk adjustment for inter-hospital comparison of caesarean delivery rates in low-risk deliveries. PLoSOne. 2011; 6 (11): e28060.

Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale presenti nei punti nascita

Significato. L'indicatore intende descrivere la rete di assistenza intensiva neonatale. Le "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", approvate il 16 dicembre 2010 dalla Conferenza Unificata, prevedono che le Unità Operative neonatologiche di II livello assistano neonati fisiologici e neonati patologici, ivi inclusi quelli bisognosi di terapia intensiva.

Le funzioni collegate ai livelli assistenziali ricomprendono l'assistenza a soggetti "inborn" ed "outborn", necessitanti di assistenza intensiva, di qualsiasi peso o età gestazionale.

Fra gli standard qualitativi sono previsti non meno di 1.000 nati/anno nella struttura (*Inborn*) e la presenza di una Unità Operativa di neonatologia con Unità Operativa di Terapia Intensiva Neonatale (UOTIN) autonoma. Inoltre, la UOTIN dovrebbe essere attivata per un bacino di utenza di almeno 5.000 nati annui.

Percentuale di Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale

$$\text{Numeratore} \quad \text{Unità Operativa di Terapia Intensiva Neonatale}_{\text{Classe } i} \\ \hline \text{Denominatore} \quad \text{Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale} \quad \times 100$$

Classe i=Classe 1, Classe 2, Classe 3, Classe 4, Classe 5.

Classe 1=<500 parti, Classe 2=500-799 parti, Classe 3=800-999 parti, Classe 4=1.000-2.499 parti, Classe 5=2.500 parti ed oltre.

Validità e limiti. La fonte utilizzata per il calcolo dell'indicatore è il Certificato Di Assistenza al Parto, relativo all'anno 2013. Nel caso di strutture ospedaliere articolate su più sedi (stabilimenti ospedalieri), a ciascun punto nascita è attribuita la specifica classe di ampiezza in funzione del volume di parti annui effettuati dallo stabilimento.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per questo indicatore. Per il confronto territoriale occorre considerare la diversa ampiezza regionale, nonché la notevole variabilità di densità abitativa e orografica che impone un'organizzazione dei servizi diversificata.

Descrizione dei risultati

La UOTIN è presente in 128 dei 526 punti nascita analizzati nel 2013; 107 delle UOTIN sono collocate in punti nascita dove hanno luogo almeno 1.000 parti annui. Delle restanti 21 UOTIN, 8 sono collocate in punti nascita con meno di 800 parti annui.

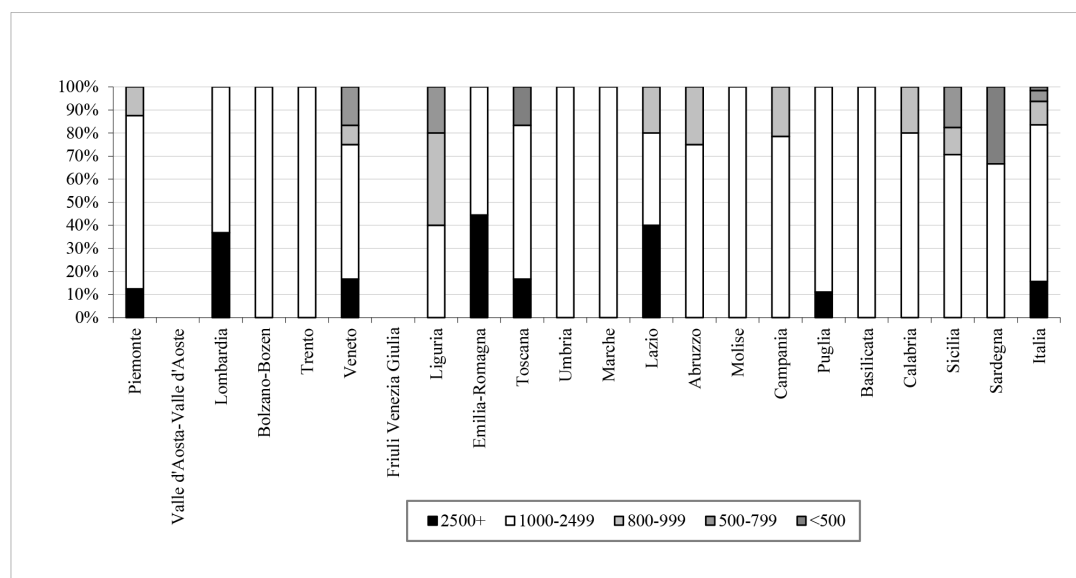
La corretta collocazione delle UOTIN, in relazione all'organizzazione della rete dei punti nascita per intensità di livello assistenziale, è determinante sia per limitare quanto più possibile il rischio che neonati patologici ricevano un'assistenza qualitativamente non adeguata e sia per un impiego appropriato delle risorse specialistiche e tecnologiche.

Tabella 1 - Punti nascita (valori assoluti e valori percentuali) con UOTIN per classe di ampiezza e per regione - Anno 2013

Regioni	<500		500-799		800-999		1.000-2.499		2.500+		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Piemonte	0	n.a.	0	n.a.	1	12,50	6	75,00	1	12,50	8	100,00
Valle d' Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	12	63,16	7	36,84	19	100,00
Bolzano-Bozen	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	1	100,00	0	n.a.	1	100,00
Trento	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	1	100,00	0	n.a.	1	100,00
Veneto	0	n.a.	2	16,67	1	8,33	7	58,33	2	16,67	12	100,00
Friuli Venezia Giulia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liguria	0	n.a.	1	20,00	2	40,00	2	40,00	0	n.a.	5	100,00
Emilia-Romagna	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	5	55,56	4	44,44	9	100,00
Toscana	1	16,67	0	n.a.	0	n.a.	4	66,67	1	16,67	6	100,00
Umbria	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	2	100,00	0	n.a.	2	100,00
Marche	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	1	100,00	0	n.a.	1	100,00
Lazio	0	n.a.	0	n.a.	2	20,00	4	40,00	4	40,00	10	100,00
Abruzzo	0	n.a.	0	n.a.	1	25,00	3	75,00	0	n.a.	4	100,00
Molise	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	1	100,00	0	n.a.	1	100,00
Campania	0	n.a.	0	n.a.	3	21,43	11	78,57	0	n.a.	14	100,00
Puglia	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	8	88,89	1	11,11	9	100,00
Basilicata	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	1	100,00	0	n.a.	1	100,00
Calabria	0	n.a.	0	n.a.	1	20,00	4	80,00	0	n.a.	5	100,00
Sicilia	0	n.a.	3	17,65	2	11,76	12	70,59	0	n.a.	17	100,00
Sardegna	1	33,33	0	n.a.	0	n.a.	2	66,67	0	n.a.	3	100,00
Italia	2	1,56	6	4,69	13	10,16	87	67,97	20	15,63	128	100,00

n.a. = non applicabile.

- = non disponibile.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Certificato Di Assistenza al Parto e modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie. Anno 2013.**Grafico 1** - Punti nascita (valori percentuali) con UOTIN per classe di ampiezza e regione - Anno 2013**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. Certificato Di Assistenza al Parto e modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie. Anno 2013.**Raccomandazioni di Osservasalute**

Le Unità funzionali perinatali di II livello assistono gravidanze e parti a rischio elevato ed i nati patologici, ivi inclusi quelli che necessitano di terapia intensiva. La presenza di UOTIN all'interno delle strutture dove hanno luogo almeno 1.000 parti annui è, pertan-

to, uno degli standard qualitativi individuati dalle "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo".

L'analisi della distribuzione del numero di UOTIN, in

SALUTE MATERNO-INFANTILE

247

relazione alle classi di ampiezza dei punti nascita, unitamente alla distribuzione dei punti nascita per classi di ampiezza, consente di evidenziare ambiti di potenziale “non appropriatezza organizzativa” o di rischio per la sicurezza della madre e del neonato.

Poiché l’accesso alla terapia intensiva per i neonati fortemente pre-termine è determinante per la sopravvivenza e la futura qualità della vita del bambino, la pre-

senza di UOTIN deve essere correlata anche all’età gestazionale in modo da evidenziare, in particolare, la percentuale dei parti fortemente pre-termine che hanno luogo in strutture prive di Terapia Intensiva Neonatale. Si ricorda, infine, che tale indicatore è tra quelli raccomandati dal Progetto Euro-PERISTAT ai fini del monitoraggio della salute perinatale a livello europeo.

Procreazione Medicalmente Assistita

Significato. Il Registro Nazionale (RN) raccoglie i dati di tutti i centri che applicano tecniche di fecondazione assistita, sia di I che di II e III livello. Con tecniche di I livello ci si riferisce all'Inseminazione Semplice, con II e III livello si fa riferimento, invece, oltre che all'Inseminazione Semplice anche alle tecniche di fecondazione in vitro più complesse quali: il *Gamete Intrafallopian Transfer* o trasferimento intratubarico dei gameti (GIFT), tecnica quasi in disuso usata soltanto in pochissimi casi; la *Fertilization In Vitro Embryo Transfer* o fecondazione in vitro con trasferimento degli embrioni (FIVET); la *Intracytoplasmic Sperm Injection* (ICSI), tecnica di fecondazione che prevede l'iniezione nel citoplasma dell'ovocita di un singolo spermatozoo; il *Frozen Embryo Replacement* o trasferimento di embrioni crioconservati (FER); il *Frozen Oocyte* o trasferimento di embrioni ottenuti da ovociti crioconservati (FO); la crioconservazione degli embrioni e degli ovociti e tutte le tecniche chirurgiche di prelievo degli spermatozoi.

I centri di II e III livello si distinguono soltanto per il tipo di anestesia somministrata e per alcune differenze nelle tecniche di prelievo chirurgico di spermatozoi, ma dal punto di vista della lettura dei risultati vengono considerati un unico gruppo.

Per descrivere il fenomeno della Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), sono stati utilizzati gli stessi indicatori presentati nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute: un indicatore che definisce il quadro dell'offerta e domanda nel Paese, relativamente all'applicazione delle tecniche; uno che descrive la *performance* raggiunta dai centri operanti nel territorio nazionale che offrono tecniche di fecondazione assistita in termini di efficacia; uno che fornisce informazioni sulla sicurezza delle tecniche applicate; uno che determina l'efficienza del sistema di rilevazione dei dati.

Il primo indicatore utilizzato è dato dal numero di cicli a fresco iniziati (tecniche FIVET e ICSI) per milione di abitanti. Questo indicatore descrive la relazione tra domanda ed offerta relativamente all'applicazione delle tecniche nel territorio. In un certo senso

descrive le dimensioni del fenomeno. Al denominatore viene usata la popolazione residente perché questo indicatore viene, generalmente, usato dal Registro Europeo (RE) e permette di operare i necessari confronti. Inoltre, la distribuzione regionale dell'indicatore fornisce informazioni sulla ricettività delle varie regioni.

Il secondo indicatore è rappresentato dal tasso di gravidanze ottenute. Questo indicatore può essere espresso rispetto a tre diversi momenti del ciclo di fecondazione assistita: all'inizio del ciclo, quindi al momento in cui alla paziente vengono somministrati farmaci per la stimolazione ovarica; al momento del prelievo, cioè quando si procede all'aspirazione degli ovociti; al momento del trasferimento in utero degli embrioni formati. Ovviamente, le probabilità di ottenere una gravidanza al momento del trasferimento embrionale è maggiore di quella calcolata all'inizio del ciclo. Si è deciso, comunque, di fornire il tasso di gravidanze rispetto al numero di cicli iniziati, limitatamente alle tecniche a fresco, in modo da quantificare le probabilità di ottenere una gravidanza per una paziente all'inizio della terapia di riproduzione assistita.

Il terzo indicatore è dato dal tasso di parti multipli. Per parto multiplo si intende un parto che dia alla luce due o più neonati. Questo tasso può essere utilizzato per descrivere il livello di sicurezza delle tecniche applicate poichè un parto gemellare o trigemino aumenta i rischi per la paziente e per il neonato.

Il quarto indicatore preso in considerazione è dato dalla percentuale di gravidanze perse al *follow-up*. Questo indicatore fornisce un'informazione relativa al sistema di monitoraggio e raccolta dati dei centri dove si applicano le tecniche di fecondazione assistita. È, quindi, un indicatore di accuratezza e di qualità della raccolta dati operata dai centri e del monitoraggio del lavoro e dei risultati ottenuti dal centro stesso. Nella composizione di questo indicatore, pertanto, assume un ruolo importante anche la disponibilità di personale all'interno delle strutture. In molti centri, infatti, la carenza di personale costituisce un ostacolo all'ottenimento di livelli ottimali del monitoraggio delle gravidanze ottenute.

Cicli a fresco

Numeratore	Cicli a fresco (tecniche FIVET e ICSI) iniziati in 1 anno
Denominatore	Popolazione media residente

x 1.000.000

SALUTE MATERNO-INFANTILE

249

Tasso di gravidanze*

Numeratore	Gravidanze ottenute dall'applicazione di tecniche a fresco (FIVET e ICSI)	x 100
Denominatore	Cicli a fresco (tecniche FIVET e ICSI) iniziati in 1 anno	

Tasso di parti multipli*

Numeratore	Parti multipli ottenuti dall'applicazione di tecniche di II e III livello	x 100
Denominatore	Parti ottenuti dall'applicazione di tecniche di II e III livello	

Percentuale di gravidanze perse al follow-up

Numeratore	Gravidanze di cui non si conosce l'esito	x 100
Denominatore	Gravidanze ottenute dall'applicazione di tecniche a fresco e da scongelamento	

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. I dati per l'elaborazione di questi indicatori vengono raccolti dall'Istituto Superiore di Sanità e, nello specifico, dal RN della PMA.

Le unità di rilevazione sono rappresentate dai centri che applicano le tecniche di fecondazione assistita, autorizzati dalle regioni ed iscritti al RN. A partire dalla raccolta dati relativa all'attività del 2006, la copertura dell'indagine è stata totale e tutti i trattamenti di riproduzione assistita effettuati in 1 anno vengono registrati e monitorati nella raccolta dati. Ogni anno, sui dati raccolti, vengono eseguiti una serie di controlli di congruenza e di validazione. Le procedure di validazione vengono eseguite attraverso controlli verticali, che approfondiscono l'esattezza dei dati quando questi appaiono fuori scala rispetto alle medie regionali e nazionali, e attraverso controlli orizzontali, che vengono realizzati sulla premessa che i dati comunicati da ogni centro debbano essere quantitativamente paragonabili da un anno all'altro.

Uno dei limiti di questi indicatori potrebbe risiedere nella circostanza che i dati comunicati al RN vengono raccolti in forma aggregata. In questo modo diventa più complicato collegare gli esiti delle terapie ad alcune caratteristiche delle coppie di pazienti. La probabilità di riuscita di un ciclo di fecondazione assistita è legato al tipo e al grado di infertilità della coppia. Utilizzando una raccolta dati basata su singolo ciclo, risulterebbe più semplice ed immediato giungere a considerazioni riguardo l'effetto delle differenze esistenti tra i pazienti relative alla diagnosi di infertilità.

Per quanto riguarda il terzo indicatore, il tasso di parti multipli, esiste il problema della perdita di informazioni relativamente agli esiti delle gravidanze. Infatti, per 1.314 gravidanze, ottenute nel 2013, corrispondenti al 10,3% del totale delle gravidanze ottenute con l'applicazione di tecniche di II e III livello, sia a fresco che da scongelamento, non è stato possibile raccogliere informazioni sugli esiti delle stesse.

Valore di riferimento/Benchmark. I valori di confronto dei quattro indicatori presentati fanno riferimento ad altri Paesi europei, in cui l'attività di fecondazione assistita è assimilabile all'attività in Italia. Inoltre, potrebbero essere presi in considerazione anche i valori medi europei, presentati ogni anno dall'*European IVF Monitoring*, sistema di raccolta ed analisi dei dati del RE, a cui l'Italia partecipa, ma i dati disponibili si riferiscono all'anno 2010.

Descrizione dei risultati

Gli indicatori presentati si riferiscono all'applicazione di tecniche a fresco di II e III livello (FIVET e ICSI). Quando ci si riferisce ai parti multipli ed alle gravidanze perse al *follow-up*, cioè al terzo e al quarto indicatore, si prendono in considerazione anche le gravidanze ottenute con la tecnica GIFT e con le tecniche di scongelamento di embrioni e di ovociti (FER e FO). I risultati che di seguito vengono presentati fanno riferimento all'attività del 2013, ovvero a tutti i cicli iniziati, con una stimolazione o uno scongelamento, nel periodo compreso tra il 1 gennaio-31 dicembre 2013. I centri che nell'anno 2013 hanno svolto attività nel territorio nazionale sono 369. Di questi, 166 sono di I livello (Inseminazione Semplice) e 203 di II e III livello (GIFT, FIVET, ICSI ed altre tecniche).

Soltanto 307 centri hanno effettivamente effettuato tecniche su pazienti, in quanto in 44 centri, per motivi di varia natura, non si è svolta attività.

In generale, con l'applicazione di tutte le tecniche, sono state trattate 71.741 coppie di pazienti, su cui sono stati iniziati 91.556 cicli di trattamento. Le gravidanze ottenute sono state 15.550. Di queste è stato possibile monitorarne l'evolversi di 13.770. In 3.465 gravidanze si è registrato un esito negativo, mentre 10.305 sono arrivate al parto. I bambini nati vivi risultano 12.187. Questo significa che, in Italia, ogni 1.000

nati vivi, 23,7 nascono da gravidanze ottenute con l'applicazione di procedure di fecondazione assistita. In particolare, per ciò che riguarda la tecnica di Inseminazione Semplice, le coppie trattate sono state 17.218 su cui sono stati iniziati 27.109 cicli di trattamento. Le gravidanze ottenute sono state 2.775, di cui monitorate 2.309, con una perdita di informazione pari al 16,8%. I nati vivi sono stati 1.970. Il tasso di gravidanza rispetto ai cicli iniziati è pari al 10,2%, mentre rispetto alle inseminazioni effettuate (escludendo i cicli sospesi) è pari all'11,1%.

Sono stati trattati, invece, con tecniche a fresco di II e III livello, 46.433 coppie di pazienti su cui sono stati iniziati 55.050 trattamenti. I cicli giunti alla fase del prelievo sono stati 50.174 e i trasferimenti di embrioni eseguiti sono stati 40.696. Le gravidanze ottenute con l'applicazione delle tecniche a fresco sono stati 10.712. Il tasso di gravidanza, rispetto ai cicli iniziati, è del 19,5% e rispetto ai prelievi effettuati del 21,3%, mentre rispetto ai trasferimenti eseguiti risulta pari al 26,3%.

Con tecniche da scongelamento sono state trattate 8.090 coppie di pazienti su cui sono stati iniziati 9.397 cicli di scongelamento di ovociti o di embrioni. Le gravidanze ottenute sono state 2.063. Per quanto riguarda la tecnica FO, il tasso di gravidanza rispetto agli scongelamenti effettuati è pari al 15,2%, mentre rispetto ai trasferimenti eseguiti è del 20,1%. Per la tecnica FER il tasso di gravidanze è pari al 23,7%, se rapportato agli scongelamenti effettuati, mentre, se rapportato ai trasferimenti eseguiti, è pari al 25,9%.

In totale si è registrato un numero di gravidanze perse al *follow-up* pari a 1.314, che rappresenta il 10,3% del totale delle gravidanze ottenute da tecniche di II e III livello. Il numero di nati vivi, grazie all'applicazione di queste tecniche, è pari a 10.217.

Nella Tabella 1 è riportata la distribuzione regionale dei valori conseguiti dai quattro indicatori proposti, il confronto con il precedente anno di rilevazione e la variazione percentuale.

Nella prima colonna è indicato il numero dei cicli a fresco effettuati dai centri in ogni regione, in modo da fornire la dimensione del fenomeno a livello di singola regione.

La seconda colonna della Tabella 1 mostra il valore del primo indicatore, ovvero il numero di cicli a fresco iniziati in ogni regione per milione di abitanti. A livello nazionale sono stati effettuati 914 cicli per milione di abitanti. Tale valore, costantemente in crescita a partire dal 2005, primo anno di rilevazione dati, per la prima volta fa registrare una flessione rispetto all'anno precedente (932 cicli iniziati per milione di abitanti). La distribuzione dell'indicatore a livello regionale assume carattere particolarmente eterogeneo, rispecchiando la capacità attrattiva di alcune regioni che svolgono un ruolo guida nel campo della fecondazione assistita. È il caso della Lombardia e dell'Emilia-Romagna, nel Nord del Paese, del Lazio e

della Toscana nel Centro e della Sicilia e della Campania nel Meridione. Questo indicatore è fortemente condizionato dalla numerosità della popolazione residente nelle varie regioni: per questo, ad esempio, la PA di Bolzano e la Valle d'Aosta fanno registrare un valore particolarmente elevato dell'indicatore anche in presenza di un numero di cicli iniziati abbastanza modesto. Risulta evidente la differenza tra il dato delle regioni meridionali e il resto del Paese.

Nella colonna successiva è rappresentata la distribuzione per regione del tasso di gravidanze rispetto ai cicli iniziati con le tecniche a fresco FIVET e ICSI. I tassi sono stati calcolati per classi di età delle pazienti ed il tasso di gravidanza totale è stato standardizzato utilizzando come popolazione di riferimento la distribuzione nazionale dei cicli iniziati per classe di età. Il tasso di gravidanza standardizzato restituisce il valore del tasso grezzo, correggendo le differenze che esistono tra una regione ed un'altra relativamente alla distribuzione dei cicli iniziati secondo l'età delle pazienti stratificate in classi. A parte il Piemonte, la Valle d'Aosta, la PA di Bolzano, l'Umbria, la Puglia, la Calabria e la Sicilia, in tutte le altre regioni il tasso di gravidanza standardizzato ha mostrato una flessione.

Tra le regioni con un più alto numero di procedure iniziate, le differenze più marcate del tasso standardizzato si possono osservare in positivo in Piemonte, con un incremento del 4,4% sul valore iniziale, nella PA di Bolzano (+4,9%) ed in Puglia (+14,4%). I decrementi più significativi si sono registrati in Emilia-Romagna (-10,5%), nel Lazio (-10,3%) ed in Friuli Venezia Giulia (-6,7%). Sempre tra le regioni con un numero consistente di cicli iniziati, si osserva come il Piemonte, la Sicilia e la Campania presentino valori del tasso di gravidanza standardizzato superiori alla media e, rispettivamente, pari a 26,3%, 25,1% e 24,7%.

Nella quarta colonna è rappresentata la distribuzione regionale della percentuale di parti multipli. Il valore di questo indicatore fornisce, in maniera indiretta, indicazioni rispetto alla sicurezza delle tecniche applicate. In generale, la quota di parti multipli sul totale di quelli ottenuti è del 19,8%, mentre nella precedente rilevazione era risultata pari al 20,0%. Rispetto al 2012, la variazione dell'indicatore è il risultato di un leggero aumento dei parti gemellari (dal 18,6% del 2012 al 18,9% del 2013) e di una contemporanea riduzione dei parti trigemini, che passano dall'1,3% del 2012 allo 0,9% del 2013. La relativa stabilità dell'indicatore a livello nazionale è, però, il risultato di notevoli oscillazioni di segno opposto che si sono osservate in ciascuna regione. Tra le regioni a più intensa attività, hanno fatto registrare una perdita in termini di sicurezza la Lombardia (+9,8% rispetto al 2012), il Veneto (+9,8%), il Friuli Venezia Giulia (+11,7%) e la Sardegna (+42,8%). Il dato della Campania, facendo registrare un incremento dei parti plurimi pari al 6,2%

rispetto al 2012, si attesta al 29,0% risultando la regione con la quota di parti multipli più elevata. Le regioni ad alta mole di attività che, invece, hanno mostrato una riduzione più marcata del valore dell'indicatore sono la Puglia (-25,5%), l'Emilia-Romagna (-16,3%) e la Sicilia (-14,2%). Un dato importante è che regioni ad alta mole di attività, come il Lazio e l'Emilia-Romagna, abbiano fatto entrambe registrare una quota di parti multipli pari a 15,7%, tra le più basse nel panorama nazionale. È importante sottolineare come questi dati possano essere condizionati dalla distribuzione delle gravidanze perse alla *follow-up*, ovvero dalla perdita di informazioni relativamente all'esito delle gravidanze stesse. È ipotizzabile pensare, infatti, che il centro venga più facilmente a conoscenza di informazioni relativamente ad una gravidanza multipla, cioè ad un caso più particolare, mentre per una gravidanza a decorso normale reperire le informazioni può risultare più complesso.

Anche per questo è utile passare all'esame dell'indicatore successivo, riportato nell'ultima colonna della tabella, dove viene mostrata la percentuale di gravidanze di cui non si conosce l'esito sul totale di quelle ottenute. Si tratta di un indicatore di accuratezza e di qualità della raccolta dati operata dai centri e del monitoraggio del proprio lavoro.

In questo caso vengono prese in considerazione le gravidanze ottenute con tecniche di II e III livello, sia con

tecniche a fresco che con tecniche di scongelamento. La percentuale delle gravidanze di cui non si conosce l'esito è pari, nel 2013, al 10,3%, con un decremento della perdita di informazioni pari al 22,0%, visto che nell'indagine riferita all'attività del 2012 la perdita di informazione era maggiore, ovvero pari al 13,2%.

Tra le regioni con un numero di procedure significativo, quelle con una perdita più elevata di informazioni sono il Lazio (20,2%), che presenta il dato più preoccupante visto che la perdita di informazione rispetto alla rilevazione del 2012 è aumentata del 15,4%, la Campania (19,1%), la Puglia (17,5%) e la Sicilia (14,5%). Queste ultime 3 regioni mostrano, però, una riduzione della perdita di informazioni rispetto al precedente anno. È importante, vista la mole di attività, anche il dato della Lombardia, che fa registrare una diminuzione della perdita di informazioni rispetto al 2012, passando dal 14,4% al 12,1%.

Molte delle differenze regionali che questo indicatore mostra potrebbero essere spiegate dal tipo di utenza che si rivolge alle strutture che offrono tecniche di fecondazione assistita. Gioca un ruolo importante, infatti, il livello socio economico delle pazienti, nonché la nazionalità, caratteristiche che fanno sì che le pazienti stesse che ottengono una gravidanza siano più o meno disposte a fornire informazioni sull'esito e sullo stato di salute di eventuali neonati.

Tabella 1 - Cicli (valori assoluti) totali, cicli (valori assoluti per 1.000.000) iniziati con tecniche a fresco (FIVET ed ICSI), tasso (standardizzato per 100 cicli iniziati con tecniche a fresco) di gravidanza, parti (valori percentuali) multipli, gravidanze (valori percentuali) perse al follow-up e variazioni percentuali per regione - Anni 2012-2013

Regioni	Cicli totali 2013	Cicli iniziati			Tasso std			Parti multipli			Gravidanze perse al follow-up		
		2012	2013	Δ %	2012	2013	Δ %	2012	2013	Δ %	2012	2013	Δ %
Piemonte	2.948	701	669	-4,6	25,2	26,3	4,4	19,5	20,0	2,6	3,8	2,2	-42,1
Valle d'Aosta	297	1.289	2.316	79,7	13,8	19,4	40,6	31,6	26,8	-15,2	0,0	0,0	n.a.
Lombardia	13.934	1.382	1.410	2,0	18,3	17,9	-2,2	17,3	19,0	9,8	14,4	12,1	-16,0
Bolzano-Bozen	1.073	2.271	2.093	-7,8	18,2	19,1	4,9	26,6	27,3	2,6	0,9	1,2	33,3
Trento	596	1.078	1.118	3,7	20,0	18,3	-8,5	21,7	22,4	3,2	0,0	0,0	n.a.
Veneto	2.658	586	542	-7,5	17,4	17,0	-2,3	19,4	21,3	9,8	9,2	6,6	-28,3
Friuli Venezia Giulia	2.027	1.908	1.654	-13,3	17,8	16,6	-6,7	17,1	19,1	11,7	1,0	2,6	160,0
Liguria	548	291	347	19,2	19,4	16,7	-13,9	19,0	13,6	-28,4	0,0	1,7	n.a.
Emilia-Romagna	5.096	1.125	1.155	2,7	18,1	16,2	-10,5	18,8	15,7	-16,5	4,7	1,0	-78,7
Toscana	6.909	1.802	1.856	3,0	20,1	19,9	-1,0	20,3	20,0	-1,5	19,3	6,4	-66,8
Umbria	365	407	409	0,5	19,2	26,2	36,5	29,8	25,7	-13,8	1,3	3,0	130,8
Marche	223	135	144	6,7	14,0	12,2	-12,9	16,7	17,4	4,2	0,0	0,0	n.a.
Lazio	5.644	1.214	988	-18,6	20,3	18,2	-10,3	16,5	15,7	-4,8	17,5	20,2	15,4
Abruzzo	797	738	602	-18,4	19,1	14,9	-22,0	31,3	21,0	-32,9	1,7	1,7	0,0
Molise	0	0	0	n.a.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Campania	4.828	809	830	2,6	25,3	24,7	-2,4	27,3	29,0	6,2	21,7	19,1	-12,0
Puglia	2.053	531	504	-5,0	19,5	22,3	14,4	21,8	16,2	-25,7	20,0	17,5	-12,5
Basilicata	394	376	682	81,4	26,4	23,4	-11,4	37,5	17,6	-53,1	0,0	0,0	n.a.
Calabria	284	145	144	-0,2	15,7	20,6	31,2	1,7	2,5	47,1	1,4	0,0	-100,0
Sicilia	3.318	663	657	-0,8	24,4	25,1	2,9	22,8	19,5	-14,5	18,9	14,5	-23,3
Sardegna	1.057	628	640	1,8	12,1	11,7	-3,3	17,3	24,7	42,8	10,1	7,1	-29,7
Totale	55.049	932	914	-1,9	19,9	19,5	-2,0	20,0	19,8	-1,0	13,2	10,3	-22,0

n.a. = non applicabile.

- = non disponibile.

Fonte dei dati: ISS. Registro Nazionale della PMA. Anni 2013, 2014.

Confronto internazionale

Gli ultimi dati disponibili pubblicati dal RE sono quelli riferiti all'attività del 2010. Il numero di trattamenti a fresco per milione di abitanti è pari a 1.153 in Francia, a 766 in Germania ed a 928 in Gran Bretagna. In Svezia, Paese all'avanguardia rispetto alla pratica della fecondazione assistita, il numero di cicli a fresco iniziati per milione di abitanti è pari a 1.943.

Globalmente, rispetto alla popolazione dei Paesi che aderiscono alla raccolta dati del RE, il numero di cicli a fresco per milione di abitanti è pari a 1.221.

Il tasso di gravidanze a fresco su cicli iniziati è pari a 29,2% in Spagna, 29,5% in Svezia e 29,2% in Gran Bretagna.

Per ciò che concerne il terzo indicatore, il tasso di parti multipli è del 22,5% in Spagna, 16,6% in Francia, 29,3% in Germania, 19,5% in Gran Bretagna e del 5,6% in Svezia.

Per la percentuale di gravidanze perse al follow-up, il RE raccomanda un livello non >10% sul totale delle gravidanze ottenute. Dei Paesi fin qui presi in esame, la Germania presenta una quota di gravidanze perse al follow-up del 13,2%; la Spagna fa registrare una perdita di informazione superiore a quella dell'Italia (21,7%); in Gran Bretagna la perdita di informazioni è del tutto trascurabile (1,7%), mentre in Svezia ed in Francia è stato possibile ottenere il follow-up di tutte le gravidanze.

Raccomandazioni di Osservasalute

Gli indicatori, ad un livello medio generale, hanno evidenziato una certa staticità che sembra essere, però, il risultato medio di ampie oscillazioni che esistono tra una realtà regionale ed un'altra, o anche all'interno della stessa regione tra un anno di attività ed un altro. Per la prima volta dal 2005, cioè il primo anno di rilevazione dati del RN della PMA, il numero di cicli a fresco iniziati per milione di abitanti subisce una flessione.

La percentuale di perdita di informazioni si riduce in maniera consistente, raggiungendo la soglia di qualità introdotta dal RE e la performance di altri registri a più consolidata tradizione come, ad esempio, quello della Germania. Alcune regioni continuano a rappresentare un punto critico per questo aspetto, ma anche un nodo cruciale di intervento del RN, nel tentativo di diminuire ulteriormente il numero di gravidanze di cui non si conosce l'esito.

La prossima rilevazione dei dati farà riferimento all'attività del 2014 e sarà arricchita dall'applicazione delle tecniche di fecondazione eterologa introdotta nel nostro Paese grazie alla sentenza della Corte Costituzionale n. 162/2014. Questa rilevazione costituirà una interessante valutazione del riallineamento dei piani terapeutici adottati dai centri operanti nel nostro Paese a quelli adottati dai centri esteri.

Riferimenti bibliografici

- (1) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2004.
- (2) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2005.
- (3) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2006.
- (4) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2007.
- (5) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2008.
- (6) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2009.
- (7) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2010.
- (8) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2011.
- (9) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2012.
- (10) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sul-

lo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2013.

(11) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2014.

(12) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2015.

(13) G. Scaravelli, V. Vigiliano, S. Bolli, J.M. Mayorga, S. Fiaccavento, M. Bucciarelli - Procreazione medicalmente assistita: risultati dell'indagine sull'applicazione delle tecniche nel 2003.

(14) G. Scaravelli, V. Vigiliano, S. Bolli, J.M. Mayorga, S. Fiaccavento, M. Bucciarelli - 1° Report Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita 2005.

(15) G. Scaravelli, V. Vigiliano, S. Bolli, J.M. Mayorga, S. Fiaccavento, M. Bucciarelli, R. De Luca, R. Spoletini, E. Mancini - 2° Report Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita 2006.

(16) G. Scaravelli, V. Vigiliano, S. Bolli, J.M. Mayorga, R. De Luca, P. D'Aloja, S. Fiaccavento, R. Spoletini, M. Bucciarelli, E. Mancini - 3° Report Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita 2007.

(17) ESHRE - Human Reproduction Advance Access published February 18, 2009 - Assisted reproductive Technology and intrauterine insemination in Europe, 2005: results generated from European registers by ESHRE.

(18) ESHRE - Human Reproduction Advance Access publication on June 22, 2010 - Assisted reproductive Technology in Europe, 2006: results generated from European registers by ESHRE.

(19) ESHRE - Human Reproduction Advance Access publication on February 17, 2012 - Assisted reproductive Technology in Europe, 2007: results generated from European registers by ESHRE.

Abortività volontaria

Significato. La Legge n. 194/1978 (“Norme per la tutela della maternità e sull’Interruzione Volontaria della Gravidanza”) regola, in Italia, le modalità del ricorso all’aborto volontario. Grazie ad essa qualsiasi donna, per motivi di salute, economici, sociali o familiari, può richiedere l’Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) entro i primi 90 giorni di gestazione. Oltre questo termine, l’IVG è consentita solo per gravi problemi di salute fisica o psichica.

L’intervento può essere effettuato presso le strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale e le strutture private accreditate e autorizzate dalle regioni.

Il tasso di abortività volontaria è l’indicatore più fre-

quentemente usato a livello internazionale (spesso utilizzando al denominatore la popolazione femminile di età 15-44 anni). Tale parametro consente di valutare l’incidenza del fenomeno che, in gran parte, dipende dalle scelte riproduttive, dall’uso di metodi contraccettivi e dall’offerta dei servizi nei vari ambiti territoriali. Al fine di una valutazione più completa dell’IVG, è possibile calcolare questo indicatore specifico per alcune caratteristiche delle donne, ad esempio età, stato civile, parità, luogo di nascita e cittadinanza. Si può, inoltre, utilizzare il tasso standardizzato per età al fine di eliminare l’effetto confondente di questa variabile.

Tasso di abortività volontaria*

Numeratore	Interruzioni Volontarie di Gravidanza di donne di 15-49 anni	
		x 1.000
Denominatore	Popolazione media residente di donne di 15-49 anni	

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel capitolo “Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati”.

Validità e limiti. L’indicatore viene elaborato con i dati raccolti, analizzati ed elaborati dall’Istituto Nazionale di Statistica (Istat), dall’Istituto Superiore di Sanità (ISS) e dal Ministero della Salute. Per ogni IVG effettuata è obbligatorio compilare il modello Istat D.12 ed inviarlo al sistema informativo nazionale.

Successivamente, sulla base di questi dati, le regioni elaborano alcune tabelle che inviano al Sistema di Sorveglianza ministeriale coordinato dall’ISS. Ogni anno, il Ministro della Salute presenta al Parlamento una relazione sull’andamento del fenomeno (1) e l’Istat pubblica i dati sul proprio sito (2) e tramite altri canali di diffusione. Attualmente i dati italiani sono tra i più accurati ed aggiornati a livello internazionale.

I limiti di tale indicatore possono essere rappresentati dal fatto che, se viene calcolato utilizzando al numeratore tutte le IVG effettuate in regione (donne residenti e non) ed al denominatore le donne residenti si può avere una sovrastima o sottostima del fenomeno oppure se si utilizzano le donne residenti, sia al numeratore che al denominatore, vengono esclusi alcuni casi relativi, principalmente, alle donne straniere.

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendo disponibile alcun valore di riferimento, può essere assunto come tale il valore medio relativo alle 3 regioni che presentano il valore dell’indicatore più basso.

Descrizione dei risultati

Le IVG notificate mediante il modello Istat D.12 nel 2013 risultano pari a 100.342, in calo rispetto al 2012 (103.191 casi). Questa differenza può dipendere

anche della presenza di una sottonotifica dei dati in alcune regioni (Liguria, Campania, Puglia e Sardegna). I dati elaborati dal Sistema di Sorveglianza sull’IVG, coordinato dall’ISS e dal Ministero della Salute, che integra i dati raccolti dall’Istat con l’archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Ministero della Salute e le informazioni fornite direttamente dalle Regioni, hanno rilevato 102.760 casi di IVG per il 2013 e un dato preliminare di 97.535 per il 2014 (1).

Utilizzando le SDO per la stima dei dati mancanti, l’Istat ha calcolato il tasso di abortività volontaria, che per l’anno 2013 è risultato essere pari a 7,1 casi di IVG ogni 1.000 donne residenti in età feconda (Tabella 1). Si conferma, quindi, il trend decrescente, iniziato nel 2004, a seguito di un periodo di sostanziale stabilità: infatti, nel 2012, il tasso era pari a 7,6 IVG ogni 1.000 donne residenti in età feconda e la diminuzione tra il 2004-2013 risulta circa del 25% (2).

Per il confronto tra le regioni viene utilizzato il tasso standardizzato che, analogamente al tasso grezzo, fa registrare una diminuzione a livello nazionale (-19%) tra il 2004-2013. Le regioni che presentano i valori più elevati rispetto al dato nazionale sono la Liguria, il Piemonte (con valori >10 per 1.000), la Valle d’Aosta e l’Emilia-Romagna, mentre valori più bassi si osservano per la PA di Bolzano, il Veneto, la Sardegna (con valori ≤6 per 1.000) e la Basilicata. Tra il 2004-2013 le riduzioni più consistenti si registrano per la Puglia e per l’Umbria (rispettivamente, -37,4% e -31,5%). La PA di Bolzano è la sola realtà territoriale che presenta una variazione di segno positivo pari a 10,2% (Grafico 1). In

ogni caso si registra una riduzione della variabilità territoriale verso valori più bassi.

Le classi di età più giovani (20-24, 25-29 e 30-34 anni) presentano i livelli più elevati del tasso, tutti oltre gli 11 casi per 1.000 donne a livello nazionale. Per tutte le fasce di età l'indicatore risulta in diminuzione rispetto al 2004, con la variazione massima (-27%) in corrispondenza della classe di età 20-24 anni.

Si conferma la diminuzione (seppur lieve) della quota di IVG da parte delle donne straniere, già presente nel 2012 rispetto al 2011: infatti, nel 2012, la percentuale è uguale a 34,1, mentre nel 2013 risulta pari a 33,5. Anche il tasso di abortività tra queste donne è in diminuzione (Indicatore "Abortività volontaria delle donne straniere" Capitolo "Salute della popolazione straniera").

L'indagine Istat e il Sistema di Sorveglianza rilevano, oltre alle informazioni sulle caratteristiche delle donne, anche informazioni relative alle modalità di svolgimento dell'intervento. Ulteriori informazioni sui consultori familiari, le strutture che effettuano IVG ed il personale sanitario obiettore vengono raccolte solo dall'ISS tramite il Sistema di Sorveglianza. Nella Tabella 2 e 3 sono riportate alcune di queste informazioni: tipo di anestesia, tipo di intervento, tempi di attesa, settimane di gestazione e ginecologi obiettori.

Nel 2013 resta molto elevato il ricorso all'anestesia generale (76,6%), anche se in diminuzione rispetto al 2012 (80,1%). Le regioni con la percentuale più alta di utilizzo dell'anestesia generale (in oltre il 90% degli interventi) risultano essere il Molise, la PA di Bolzano, l'Umbria e la Sicilia.

Il ricorso all'anestesia locale per effettuare l'IVG è la pratica più raccomandata a livello internazionale, poiché minimizza i rischi per la salute della donna e presenta un impegno minore di personale sanitario e di infrastrutture (e, quindi, costi inferiori). In Italia, però, nel 2013 è stata utilizzata mediamente solo nel 5,6% dei casi, risultando anche in diminuzione rispetto all'anno precedente. Solo 3 regioni superano la soglia del 10%: Marche (42,9%), Lazio (13,8%) e Toscana (10,5%). Nel 2012 è stata introdotta, nel modello Istat D.12, la voce "sedazione profonda" come possibile risposta per la domanda sul tipo di anestesia impiegata. La sedazione profonda è risultata essere adoperata nel 4,5% dei casi a livello nazionale, con un'ampia variabilità regionale, in parte imputabile alla possibilità che alcune strutture e regioni non abbiano ancora utilizzato questa nuova classificazione per il 2013. Negli ultimi anni, comunque, si è osservato un aumento del non uso di terapia antalgica.

Dal 2013, la scheda di rilevazione dell'Istat fornisce un'informazione più dettagliata del tipo di intervento, poiché suddivide l'aborto farmacologico nelle tre voci: "solo Mifepristone", "Mifepristone+Prostaglandina", "solo Prostaglandina". Con la possibilità di effettuare l'IVG anche tramite procedura farmacologica (consentita, in Italia, a partire da luglio 2009), la terapia antalgica può essere evitata. Risulta, infatti, una corrispondenza tra

le regioni che utilizzano maggiormente le due combinazioni "solo Mifepristone" o "Mifepristone+Prostaglandina" (Liguria, Valle d'Aosta, Piemonte ed Emilia-Romagna) e quelle che presentano una quota più elevata di IVG effettuate senza alcuna terapia antalgica, con l'uso del solo analgesico o la sedazione profonda (Tabella 2).

La Legge n. 194/1978 prevede che per effettuare l'IVG occorra il rilascio di documentazione/certificazione da parte del personale preposto. Una valutazione dei tempi di attesa tra la consegna di questa documentazione e l'effettuazione dell'intervento può essere un indicatore di efficienza dei servizi: per esempio, un numero di giorni >21 può indicare difficoltà nell'applicazione della disposizione.

Dalla Tabella 3 si evince che, a livello nazionale, il 14,6% di IVG vengono effettuate dopo un'attesa >21 giorni.

Anche in questo caso è presente una rilevante variabilità territoriale: si passa da un gruppo di regioni che presenta una quota <10% (Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia e Sardegna) a 3 regioni con una percentuale >20% (Calabria, Umbria e Veneto). Anche la percentuale degli interventi effettuati a 11-12 settimane di gestazione può essere un indicatore della qualità dei servizi offerti poiché, per legge, il limite massimo per poter richiedere una IVG, in assenza di gravi motivi di salute, è di 90 giorni. In riferimento al totale Italia, il 14,5% dei casi di IVG viene effettuato ad un'epoca gestazionale al limite della soglia prevista per legge, anche se si registra una lieve diminuzione rispetto all'anno precedente (14,8%). Nel dettaglio regionale si evidenzia un gradiente Nord-Sud ed Isole, con la quota massima registrata nella PA di Bolzano (21,9%) e la minima in Molise (4,8%).

Sempre con riferimento all'efficienza dei servizi, la presenza di una quota consistente di personale obiettore (la cui possibilità è permessa dall'art. 9, Legge n. 194/1978) può inficiare l'espletamento dell'intervento. Nel 2013, la percentuale di ginecologi obiettori risulta pari a 70,0%, senza sostanziali differenze rispetto al 2012 (69,6%). Le regioni che superano ampiamente l'80% sono il Molise, la PA di Bolzano, la Basilicata, la Sicilia, la Puglia, la Campania, l'Abruzzo e il Lazio. La Valle d'Aosta presenta il valore più basso (13,3%). Nel 2012 il Ministero della Salute, in collaborazione con le Regioni, ha condotto un monitoraggio *ad hoc*. Sulla base dei dati raccolti, il Ministro della Salute nella sua Relazione al Parlamento ha concluso: "Si conferma, quindi, quanto già osservato nella scorsa relazione al Parlamento, relativa all'applicazione della Legge n.194/1978 - dati anno 2011: il numero di non obiettori è congruo rispetto alle IVG effettuate, e il numero degli obiettori di coscienza non impedisce ai non obiettori di svolgere anche altre attività oltre le IVG. Gli eventuali problemi nell'accesso al percorso IVG sono dovuti eventualmente ad una inadeguata organizzazione territoriale, che attualmente, dopo questo monitoraggio, sarà più facile individuare".

Tabella 1 - Tasso (grezzo, standardizzato e specifico per 1.000) di abortività volontaria per regione - Anno 2013

Regioni	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Tassi grezzi	Tassi std
Piemonte	7,3	15,3	15,5	14,6	11,2	4,9	0,4	8,9	10,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	5,2	12,6	15,8	14,7	12,4	4,6	0,9	8,7	9,9
Lombardia	6,1	12,5	13,1	11,6	9,2	4,0	0,3	7,4	8,3
Bolzano-Bozen	3,5	6,4	9,0	7,1	6,8	3,5	0,4	4,9	5,4
Trento	4,6	10,2	8,7	10,7	8,3	3,3	0,4	6,1	6,8
Veneto	3,8	8,2	9,2	8,7	7,1	3,2	0,3	5,3	6,0
Friuli-Venezia Giulia	5,8	11,3	10,9	11,0	7,7	3,5	0,4	6,4	7,4
Liguria*	9,4	16,5	17,4	15,8	10,8	5,2	0,5	9,3	11,0
Emilia-Romagna	6,1	14,3	15,6	13,8	11,1	4,7	0,5	8,6	9,7
Toscana	6,1	12,8	14,2	13,0	10,3	4,7	0,5	8,0	9,0
Umbria	5,1	11,4	13,1	12,1	10,4	4,4	0,3	7,6	8,4
Marche	4,5	8,8	9,4	10,2	8,4	3,2	0,4	6,0	6,6
Lazio	7,4	13,8	13,6	12,5	10,4	4,6	0,3	8,1	9,1
Abruzzo	5,2	9,5	10,9	9,1	8,7	4,0	0,4	6,4	7,0
Molise	5,8	8,4	13,5	10,3	9,3	4,5	0,2	7,1	7,7
Campania*	4,0	8,5	9,1	9,2	7,4	3,5	0,3	5,8	6,2
Puglia*	5,6	10,5	11,0	11,4	9,5	4,1	0,4	7,2	7,7
Basilicata	3,9	9,3	9,2	7,4	7,5	4,1	0,4	5,7	6,1
Calabria	3,9	7,6	9,0	8,8	8,3	3,6	0,4	5,8	6,2
Sicilia	5,3	9,6	9,9	9,4	8,0	3,3	0,3	6,3	6,7
Sardegna*	4,0	8,7	8,5	8,4	7,2	3,6	0,4	5,5	6,0
Italia	5,5	11,1	11,8	11,2	9,1	4,0	0,4	7,1	7,8

*A causa di incompletezza dei dati i tassi della Liguria, Campania, Puglia e Sardegna sono stati stimati.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione femminile residente in Italia al 2001.

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2013.

Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria per regione. Anno 2013

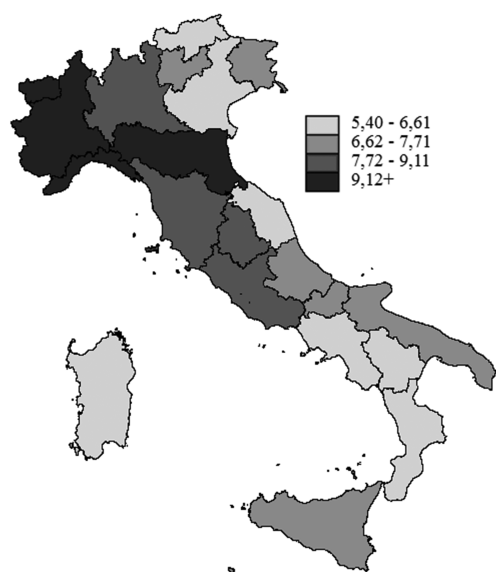
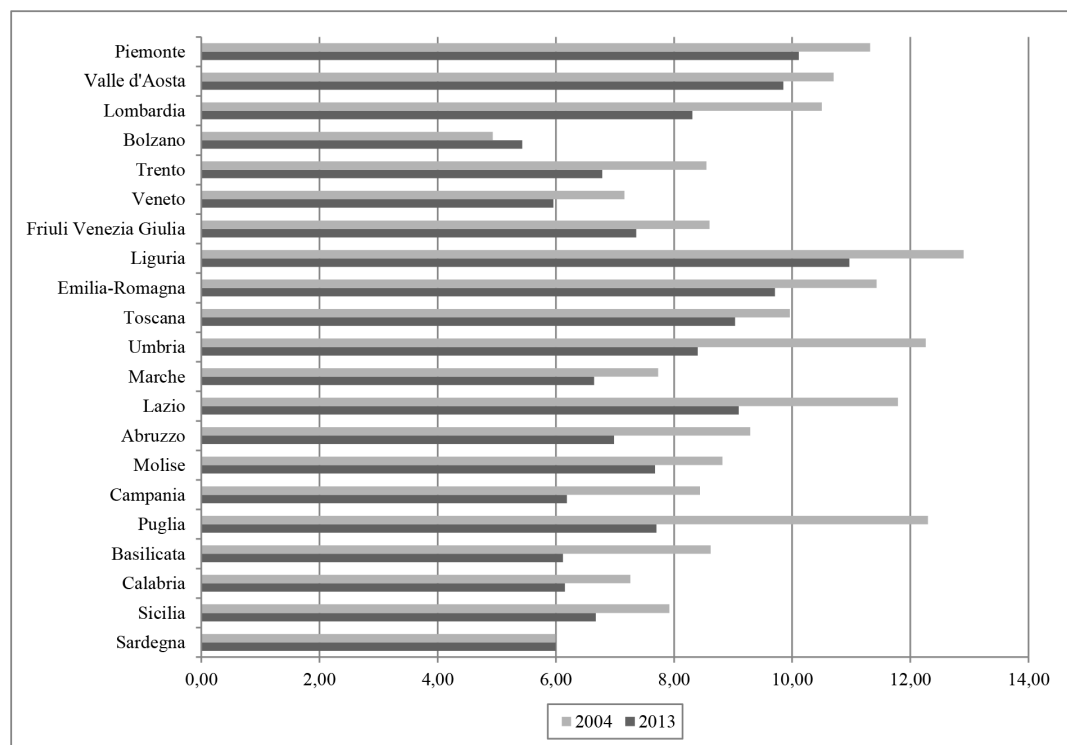


Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 1.000 donne di età 15-49 anni) di abortività volontaria per regione - Anni 2004, 2013

Nota: a causa di incompletezza dei dati i tassi della Liguria, Campania, Puglia e Sardegna sono stati stimati.

Fonti dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2013.

Tabella 2 - Abortività volontaria (valori percentuali) per terapia antalgica, terapia farmacologica (RU486) e per regione - Anno 2013

Regioni	Terapia antalgica					RU 486*°
	Generale	Locale	Analgesia e altro	Sedazione profonda	Nessuna	
Piemonte	70,5	0,4	3,6	2,2	23,3	26,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	67,5	0,0	0,4	5,2	27,0	27,0
Lombardia	89,3	4,3	3,7	0,0	2,7	3,3
Bolzano-Bozen	96,7	0,2	0,7	0,8	1,6	2,1
Trento	88,0	0,0	0,2	7,1	4,6	3,6
Veneto	51,7	2,5	9,6	27,7	8,4	7,3
Friuli Venezia Giulia	80,2	1,2	1,9	11,2	5,6	6,0
Liguria	53,9	0,8	4,0	9,8	31,6	33,7
Emilia-Romagna	64,7	6,8	2,5	5,5	20,5	22,5
Toscana	66,0	10,5	1,0	7,5	15,0	13,1
Umbria	94,4	0,4	0,9	0,9	3,5	3,1
Marche	43,1	42,9	1,4	11,5	1,1	0,3
Lazio	77,3	13,8	0,2	1,9	6,9	5,3
Abruzzo	83,9	8,6	0,4	0,2	7,0	5,7
Molise	99,2	0,0	0,0	0,0	0,8	11,1
Campania	80,9	7,4	0,2	2,3	9,1	9,0
Puglia	82,0	0,7	0,8	0,2	16,4	10,7
Basilicata	71,3	1,6	10,2	10,7	6,2	7,2
Calabria	82,9	1,2	0,4	8,0	7,4	6,4
Sicilia	90,1	0,8	0,9	1,7	6,5	5,7
Sardegna	85,6	0,2	5,3	3,0	6,0	7,5
Italia	76,6	5,6	2,3	4,5	10,9	12,1

*I dati si riferiscono a "solo Mifepristone" e "Mifepristone+Prostaglandina". Per la Lombardia il valore comprende anche la voce "solo Prostaglandina".

°IVG effettuate entro 7 settimane di gestazione.

Fonte dei dati: ISS. Sistema di Sorveglianza delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2013.

Tabella 3 - Abortività volontaria (valori percentuali) per tempo di attesa, settimana di gestazione, ginecologi obiettori e per regione - Anno 2013

Regioni	Attesa >21 giorni	Settimana di gestazione 11-12	Ginecologi obiettori
Piemonte	10,8	14,3	67,4
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	12,7	12,2	13,3
Lombardia	18,2	18,6	63,6
Bolzano-Bozen	13,4	21,9	92,9
Trento	15,8	9,4	60,0
Veneto	25,7	20,6	76,2
Friuli Venezia Giulia	8,4	12,6	58,4
Liguria	10,8	11,9	65,4
Emilia-Romagna	6,7	11,4	51,8
Toscana	16,1	15,4	56,2
Umbria	25,6	16,3	65,6
Marche	12,2	15,6	68,8
Lazio	17,7	17,3	80,7
Abruzzo	12,6	13,0	80,7
Molise	14,4	4,8	93,3
Campania	6,0	7,5	81,8
Puglia	12,8	10,7	86,1
Basilicata	3,7	7,8	90,2
Calabria	22,0	10,3	72,9
Sicilia	19,7	16,4	87,6
Sardegna	9,4	12,8	49,7
Italia	14,6	14,5	70,0

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati 2013-2014 confermano l'andamento in diminuzione dell'IVG in Italia, tendenza che ormai coinvolge anche le cittadine straniere, gruppo a maggior rischio di ricorrere all'aborto (Capitolo "Salute della popolazione straniera"). Nella gran parte dei casi, l'interruzione della gravidanza non è una scelta di elezione, ma la conseguenza estrema del fallimento dei metodi di procreazione responsabile impiegati per il controllo della fecondità, fallimento dovuto all'impiego frequente di metodi con più alta probabilità di insuccesso e/o al loro uso scorretto.

Negli anni, anche grazie alla legalizzazione dell'aborto e all'istituzione dei consultori familiari, vi sono stati dei miglioramenti nelle conoscenze e uso dei metodi di procreazione responsabile. Le donne con più competenze (le più istruite, coniugate e lavoratrici) hanno maggiormente e più rapidamente beneficiato dell'aumentata circolazione dell'informazione sulla procreazione responsabile e dell'attività dei servizi.

Un'attenzione particolare va, quindi, rivolta alle donne in condizioni sociali svantaggiate ed alle straniere attraverso programmi di prevenzione che devono fondarsi sul modello dell'*empowerment* (promozione della riflessione sui vissuti e sviluppo di consapevolezza e competenze per scelte autonome), come viene

delineato dalla Carta di Ottawa e dal Progetto Obiettivo Materno-Infantile.

I dati sulle procedure dell'intervento e sulla disponibilità di servizi e operatori sottolineano la necessità di un attento monitoraggio a livello locale che favorisca la piena applicazione della Legge n. 194/1978.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute (2015), Relazione sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza. Dati definitivi 2013. Dati provvisori 2014. Roma: Ministero della Salute, 2014. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2428.
- (2) Istat, L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Anno 2013. Disponibile sul sito: <http://dati.istat.it>.
- (3) Ngo TD, Park MH, Shakur H, Free C. Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. Bull World Health Organ. 2011.89 (5): 360-70.
- (4) WHO. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva, 2012. Disponibile sul sito: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf.
- (5) Ministero della Salute. Interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine - anni 2010-2011. 28 febbraio 2013. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1938_allegato.pdf.

Riorganizzazione dei punti nascita

Dott. Raniero Guerra, Dott.ssa Serena Battilomo, Dott.ssa Sara Terenzi

L'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, recante "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", prevede la realizzazione di dieci linee di azione sotto attento monitoraggio del Comitato Percorso Nascita nazionale. Tale Comitato sta coordinando e verificando l'attuazione dei contenuti dell'Accordo stesso, fornendo consulenza alle Regioni per garantire la sicurezza dei punti nascita e l'implementazione della qualità dello stesso percorso.

La prima di queste azioni prevede "Misure di politica sanitaria e di accreditamento", con le quali si vuole razionalizzare/ridurre, progressivamente, i punti nascita con numero di parti <1.000 per anno, prevedendo l'abbinamento, per pari complessità di attività, delle Unità Operative ostetrico-ginecologiche con quelle neonatologiche/pediatriche, riconducendo a due i precedenti tre livelli assistenziali e mettendo a regime, contemporaneamente, il sistema di trasposto assistito materno e neonatale di urgenza, a garanzia della rete assistenziale. In seguito a tale Accordo, sono stati costituiti i Comitati Percorso Nascita regionali, che stanno procedendo alla riorganizzazione dei punti nascita regionali.

Le strutture dovranno essere autorizzate ed accreditate sulla base di standard previsti anche nella riorganizzazione della rete ospedaliera.

Ad oggi, tale riorganizzazione è stata avviata e molti punti nascita con meno di 500 parti l'anno sono stati chiusi. Tuttavia, la riorganizzazione deve essere completata e nel nostro Paese vi sono ancora numerose deroghe che consentono l'operatività di punti nascita con casistica bassa. Ciò, se da un lato consente di garantire una presenza nel territorio, dall'altro non assicura la crescita ed il mantenimento dei livelli di competenza professionali. Fondamentale è anche che la popolazione acquisisca la consapevolezza di quest'ultimo aspetto.

In tal senso, e a garanzia di una tematica di grande sensibilità nell'opinione pubblica, è stato rinnovato il Comitato Percorso Nascita nazionale, che assicura il monitoraggio sulla piena applicazione dell'Accordo del 16 dicembre 2010 e sostiene le regioni nell'arduo compito di riorganizzare i punti nascita. Il Comitato Percorso Nascita nazionale ha anche predisposto, per le Regioni e le Aziende, dei percorsi di buone pratiche che potranno essere implementati nelle diverse realtà locali.

Inoltre, grazie al sistema di sorveglianza della mortalità e della grave morbosità materna coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, è stata istituita una rete di referenti nei Presidi ospedalieri dotati di reparti di ostetricia delle regioni partecipanti (che coprono il 49% dei nati a livello nazionale), che rappresenta una facilitazione operativa per l'implementazione dei percorsi di buone pratiche. Insomma, sono stati messi a punto e resi disponibili diversi strumenti operativi che le Regioni e le Aziende possono utilizzare per migliorare l'assistenza al percorso nascita.

Riferimenti bibliografici

(1) Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010.

Allattamento al seno: in aumento prevalenza e durata negli ultimi 20 anni

Dott.ssa Lisa Francovich, Dott.ssa Lidia Gargiulo, Dott.ssa Laura Iannucci

Numerosi studi mostrano i vantaggi dell'allattamento al seno per la salute del bambino e della mamma e l'importanza che il neonato sia allattato esclusivamente al seno per i primi mesi di vita, come raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). L'OMS raccomanda, inoltre, l'allattamento al seno almeno per tutto il 1° anno di vita, evidenziando come il latte materno sia un alimento naturale ed ideale per il neonato e come l'allattamento sia un naturale prolungamento della relazione tra madre e figlio iniziata con la gravidanza e fornisce anche precise indicazioni per la promozione della pratica dell'allattamento dalla nascita alla dimissione dall'ospedale o dalla clinica ("10 passi per allattare al seno con successo"). Il Ministero della Salute, da diversi anni, ha accolto le raccomandazioni dell'OMS diffondendo le "Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno".

Con le informazioni raccolte nell'ambito dell'indagine campionaria dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) sulle Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, è stato possibile seguire nel tempo l'evoluzione dell'allattamento al seno in Italia, evidenziandone le differenze territoriali. I dati vengono raccolti dal 1994 e si riferiscono all'ultimo figlio che le donne hanno avuto nei 5 anni precedenti la rilevazione.

La quota di donne che ha allattato al seno¹ l'ultimo nato è cresciuta di circa 15 punti percentuali in 20 anni (pari ad un incremento relativo del 21,6%), passando dal 70,3% (nel 1994) all'85,5% (nel 2013). La crescita non è stata costante nel tempo: una buona crescita si è avuta alla fine degli anni Novanta (circa 5 punti percentuali) e dopo il 2005 (circa 4 punti percentuali), mentre all'inizio del millennio si osserva una sostanziale stabilità intorno ad un tasso dell'81% (Grafico 1).

I dati nazionali nascondono notevoli differenze territoriali, sia in termini di livelli che in termini di evoluzione temporale. Le prevalenze di allattamento osservate nel 1994 sono caratterizzate da una forbice di ben 38,4 punti percentuali tra le regioni, con i più alti tassi di allattamento nella PA di Bolzano (89,3%) e Sardegna (83,9%) e i più bassi in Sicilia (50,9%), seguita da Liguria (62,1%) e Lombardia (66,5%) (Tabella 1).

Le differenze regionali si sono progressivamente ridotte negli ultimi 20 anni. Le prevalenze dell'allattamento sono aumentate soprattutto in quelle regioni che registravano livelli più bassi, quali Sicilia (+39,7%) e Liguria (+40,4%), a fronte di una sostanziale stabilità nella PA di Bolzano ed in Sardegna.

Le restanti regioni hanno incrementato i livelli di allattamento al punto che, nel 2013, in alcune di esse (Valle d'Aosta, Calabria, Molise, Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia e Toscana) circa il 90% delle donne ha allattato al seno l'ultimo bambino. La Sicilia, invece, resta caratterizzata da un ritardo "storico" rispetto alle altre regioni che non è riuscita a colmare nei 20 anni successivi.

I motivi di queste differenze territoriali sono dovuti, in buona parte, alle diversità territoriali che si osservano nelle pratiche di assistenza alla gravidanza e al parto, poiché queste sono molto importanti nel determinare la possibilità di allattare il neonato. L'applicazione di un modello di regressione logistica sui dati dell'ultimo anno disponibile, infatti, ha confermato che, controllando per le caratteristiche socio-demografiche (istruzione, cittadinanza, ripartizione geografica etc²), alcune pratiche *post-parto* sono cruciali nel favorire o svantaggiare l'allattamento materno. In particolare, il fatto di non somministrare al bambino soluzione glucosata o latte artificiale nei 3 giorni successivi al parto (*Odds Ratio-R*=7,93-6,54; 9,62) moltiplica per otto la probabilità di allattare; seconda per importanza, è la possibilità di attaccare il bambino al seno entro la prima ora (*OR*=2,26-1,78; 2,88) che raddoppia la probabilità di allattare. Fondamentale è anche l'atteggiamento della madre riguardo alla tutela della salute, con l'analisi di indicatori sull'abitudine al fumo (se fuma attualmente e se fumava prima della gravidanza), che raddoppia la propensione ad allattare in caso di stili di vita più salutari. A questi si aggiungono molti altri fattori: il fatto di avere la cittadinanza straniera, di avere un lavoro prima della gravidanza, di aver avuto un bambino nato "a termine" (oltre la 36° settimana di gestazione) e un parto non medicalizzato, di aver usufruito del *rooming* in 24 ore su 24, e, infine, di avere una buona istruzione, che contribuiscono in maniera statisticamente significativa ad aumentare la probabilità che un bambino sia allattato al seno.

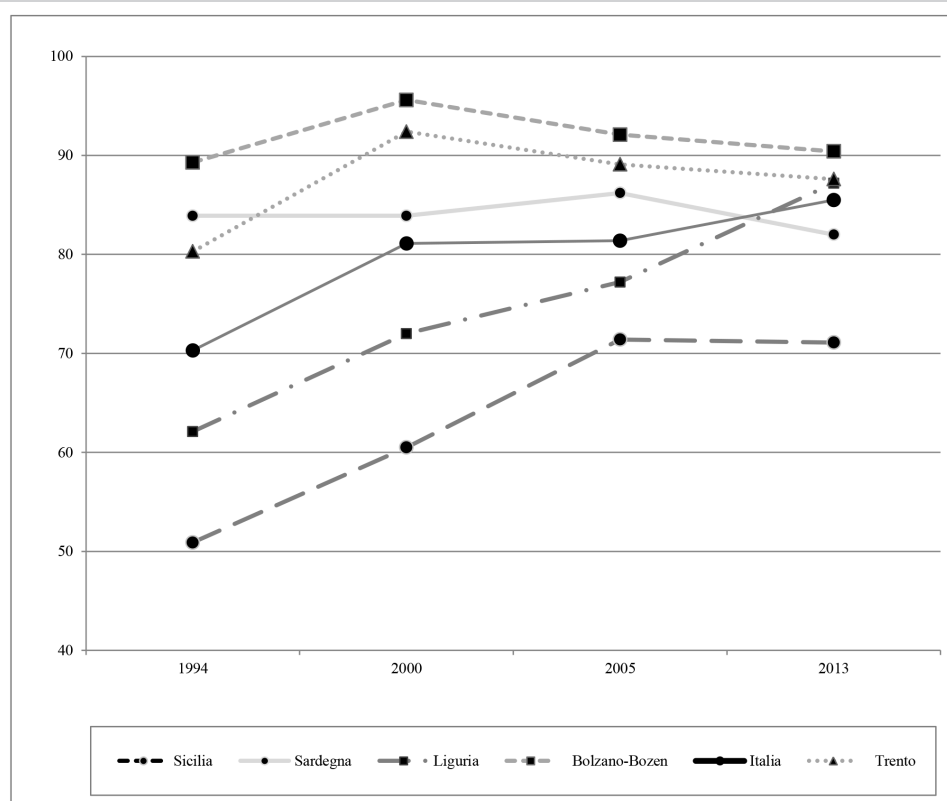
¹Si ammette che possano essere assunti anche altri alimenti nutritivi liquidi (incluso latte liquido o in polvere), semiliquidi e solidi. L'informazione è disponibile dal 1994 e si riferisce alle donne con l'ultimo figlio con meno di 6 anni di età.

²La lista completa delle covariate usate nel modello logistico, stimato con il metodo *forward*, comprende: cittadinanza, regione, livello di istruzione, valutazione sulle risorse economiche familiari, Indice di Massa Corporea, abitudine al fumo e fumo prima della gravidanza, disturbi in gravidanza, ginecologo che ha seguito la gravidanza, lavoro prima della gravidanza, tipo di parto, parto prematuro, peso del figlio alla nascita, struttura del parto, parto medicalizzato, attacco precoce o meno al seno dopo il parto, somministrazione di glucosata o latte artificiale nei primi 3 giorni dopo il parto, *rooming in*.

Anche la durata complessiva dell'allattamento al seno mostra una tendenza crescente e lineare dal 2000 al 2013, aumentando a livello nazionale da 6,2 a 8,3 mesi (Tabella 1). La durata in mesi dell'allattamento ha anch'essa una forte variabilità sul territorio con una distribuzione a macchia di leopardo; infatti, le differenze tra ripartizioni nel 2013 non sono elevate e non lo erano nemmeno nel 2000 e nel 2005. La Sicilia si distingue, oltre che per la bassa prevalenza, come sopra rilevato, anche per la più bassa durata media dell'allattamento. Dal Grafico 2, dove sono rappresentate alcune regioni che si distinguono per le dinamiche nel tempo rispetto al dato nazionale, si evince che la durata media in Sicilia mostra sicuramente un aumento tra il 2000-2013, in linea con altre regioni virtuose che evidenziano un progressivo aumento della durata, ma senza recuperare il pregresso divario. La PA di Trento mostra uno degli incrementi maggiori dal 2000, passando da una durata media di soli 5,9 mesi (inferiore al valore nazionale) nel 2000, ad una durata media tra le più elevate (insieme a Umbria e Valle d'Aosta).

Grazie ai più recenti dati rilevati nell'indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari del 2013 è stato possibile stimare la prevalenza dell'allattamento esclusivo in Italia nei primi 6 mesi di vita del bambino (*Exclusive breastfeeding under 6 months*³), così come richiesto dall'OMS per la comparazione internazionale. Tale prevalenza è pari al 42,7%⁴ in Italia, mentre nel Mezzogiorno scende al 37,9%. Per dare un'informazione più dettagliata a livello territoriale della diffusione dell'allattamento, è stato considerato l'indicatore sulla durata dell'allattamento esclusivo, basato su domande retrospettive, al fine di avere un contingente più numeroso di osservazioni. Tale indicatore, calcolato su tutti i bambini di età <3 anni, varia da un minimo di 3,5 mesi per la Sicilia ad un massimo di 4,8 mesi in Valle d'Aosta e 5 mesi nella PA di Trento, a fronte di un dato nazionale di 4,1 mesi. Nessuna regione, in media, raggiunge i 6 mesi e nel Mezzogiorno in alcune regioni la metà delle donne smette di allattare esclusivamente al seno al 3° mese (Abruzzo, Molise, Calabria, Sicilia e Sardegna).

Grafico 1 - Donne (valori percentuali) che hanno allattato al seno nelle PA di Bolzano e Trento, Liguria, Sicilia e Sardegna - Anni 1994, 2000, 2005, 2013



Fonte dei dati: Istat. Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1994, 2000, 2005 e 2013.

³L'indicatore sull'allattamento esclusivo è costruito sulla base della definizione dell'organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) di *Exclusive breast feeding*, vale a dire alimentazione composta solo con latte materno, senza l'integrazione né di liquidi nutritivi (latte in formula) né di liquidi non nutritivi (acqua, tè, camomilla etc. nelle ultime 24 ore), in adempimento alle indicazioni OMS e del Comitato multisettoriale per l'allattamento materno 2010, sui bambini di 0-5 mesi.

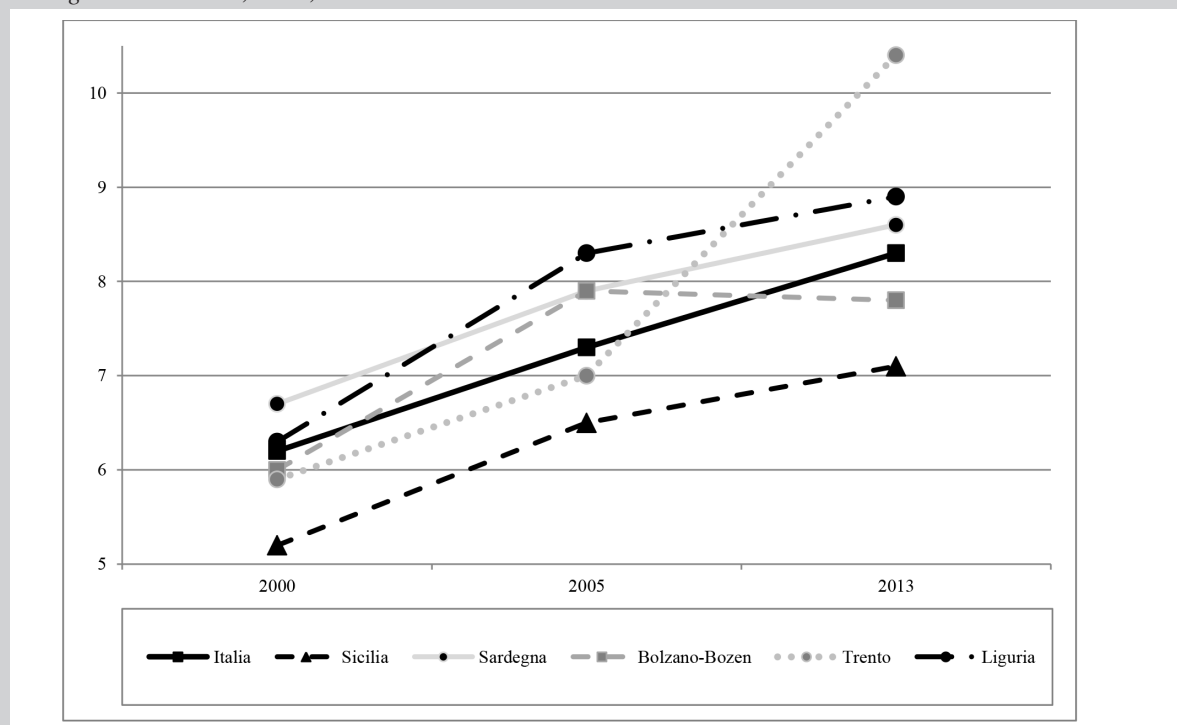
⁴Istat. Gravidanza, parto e allattamento al seno. Statistiche Report. Anno 2014.

Tabella 1 - Proporzione (valori percentuali) e variazione percentuale di donne che hanno allattato al seno e durata media (mesi) dell'allattamento al seno e dell'allattamento esclusivo al seno per regione - Anni 1994, 2000, 2005, 2013

Regioni	Donne che hanno allattato al seno					Mesi di allattamento al seno			Mesi di allattamento esclusivo al seno
	1994	2000	2005	2013	Δ % (1994-2013)	2000	2005	2013	2013
Piemonte	73,8	85,5	82,4	87,2	18,2	6,1	8,2	8,8	4,4
Valle d'Aosta	70,8	85,1	93,0	90,9	28,4	5,9	8,8	10,5	4,8
Lombardia	66,5	80,4	79,7	85,2	28,1	5,7	7,1	8,6	4,6
Bolzano-Bozen	89,3	95,6	92,1	90,4	1,2	6,0	7,9	7,8	5,0
Trento	80,3	92,4	89,1	87,6	9,1	5,9	7,0	10,4	4,3
Veneto	75,0	83,9	85,7	87,3	16,4	6,8	7,0	9,0	4,3
Friuli Venezia Giulia	76,3	85,1	88,9	89,2	16,9	6,9	7,5	9,4	4,0
Liguria	62,1	72,0	77,2	87,2	40,4	6,3	8,3	8,9	4,1
Emilia-Romagna	69,6	88,0	84,2	89,5	28,6	6,8	7,4	8,4	4,1
Toscana	73,4	80,2	81,8	89,2	21,5	7,5	7,9	9,9	4,6
Umbria	80,9	83,5	86,7	87,7	8,4	5,7	8,5	12,1	4,0
Marche	75,3	87,2	84,8	86,0	14,2	5,5	5,9	9,3	4,3
Lazio	76,7	87,0	80,4	85,1	11,0	6,1	7,7	9,2	4,0
Abruzzo	73,0	83,8	84,6	88,0	20,5	5,9	6,4	7,3	3,6
Molise	74,9	81,2	77,3	90,0	20,2	6,2	7,7	10,0	3,6
Campania	71,7	86,4	81,6	86,0	19,9	6,2	6,9	8,5	4,2
Puglia	72,8	81,0	81,8	87,0	19,5	6,2	7,6	8,2	4,2
Basilicata	73,6	83,9	87,2	90,1	22,4	6,7	8,4	8,8	4,2
Calabria	73,0	73,4	80,7	90,0	23,3	6,5	6,2	9,2	3,6
Sicilia	50,9	60,5	71,4	71,1	39,7	5,2	6,5	7,1	3,5
Sardegna	83,9	83,9	86,2	82,0	-2,3	6,7	7,9	8,6	3,7
Italia	70,3	81,1	81,4	85,5	21,6	6,2	7,3	8,3	4,1

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1994, 2000, 2005, 2013.

Grafico 2 - Durata media (mesi) dell'allattamento al seno nelle PA di Bolzano e Trento, Liguria, Sicilia e Sardegna - Anni 2000, 2005, 2013



Fonte dei dati: Istat. Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 2000, 2005, 2013.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization. 1989. "Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services" A JointWHO/UNICEF Statment. Ginevra, WHO Press.
- (2) World Health Organization. 2010. "Indicators for assessing infant and young child feeding practices part 3: country profiles". Ginevra, WHO Press.
- (3) Lauria L. et alii. 2012. "Allattamento al seno: prevalenze, durata e fattori associate in due indagini condotte dall'Istituto Superiore di Sanità", Not Ist Super Sanità, 25 (11), pag: i-iii.

Attività della sorveglianza ostetrica: l'Istituto Superiore di Sanità-Regioni per la gestione della grave morbosità materna da emorragia del *post partum*

Dott.ssa Serena Donati, Dott.ssa Alice Maraschini, Dott.ssa Marta Buoncristiano, Dott.ssa Ilaria Lega, Dott. Mauro Bucciarelli, Dott.ssa Silvia Andreozzi, Gruppo di lavoro Istituto Superiore di Sanità-Regioni

Il Ministero della Salute ha sostenuto con continuità, attraverso finanziamenti del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), una serie di Progetti multiregionali coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), con l'obiettivo di raccogliere dati affidabili e di qualità sulla mortalità e grave morbosità materna. Nell'ambito di tali Progetti è stato validato un sistema pilota *population-based* di sorveglianza della mortalità materna che, grazie all'istituzione di una rete di tutti i punti nascita ed al coinvolgimento attivo e partecipato dei professionisti sanitari, promuove e facilita la diffusione di pratiche cliniche di comprovata efficacia e appropriatezza e la realizzazione di Progetti di ricerca sui *near miss* ostetrici.

Dalla sorveglianza ostetrica è emerso che l'Emorragia del *Post Partum* (EPP) è la prima causa di mortalità e grave morbosità in Italia (1, 2). Nei Paesi occidentali l'emorragia ostetrica, principalmente dovuta a EPP, è responsabile del 13% delle morti materne. Si tratta di una condizione grave che, se non letale, può esitare in insufficienza di organo, *shock*, trombosi, sepsi, ospedalizzazione protratta e compromissione della fertilità (3).

L'ISS ha, pertanto, programmato una serie di attività di ricerca ed intervento incardinate nella sorveglianza ostetrica, la cui filosofia è descritta nella Figura 1, in collaborazione con il Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia. Grazie a due finanziamenti CCM del Ministero della Salute, sono stati avviati diversi Progetti che prevedono: una raccolta prospettica dei casi di *near miss* da EPP, un piano di formazione a distanza rivolto a medici e ostetriche e una Linea Guida sotto l'egida del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) dell'ISS.

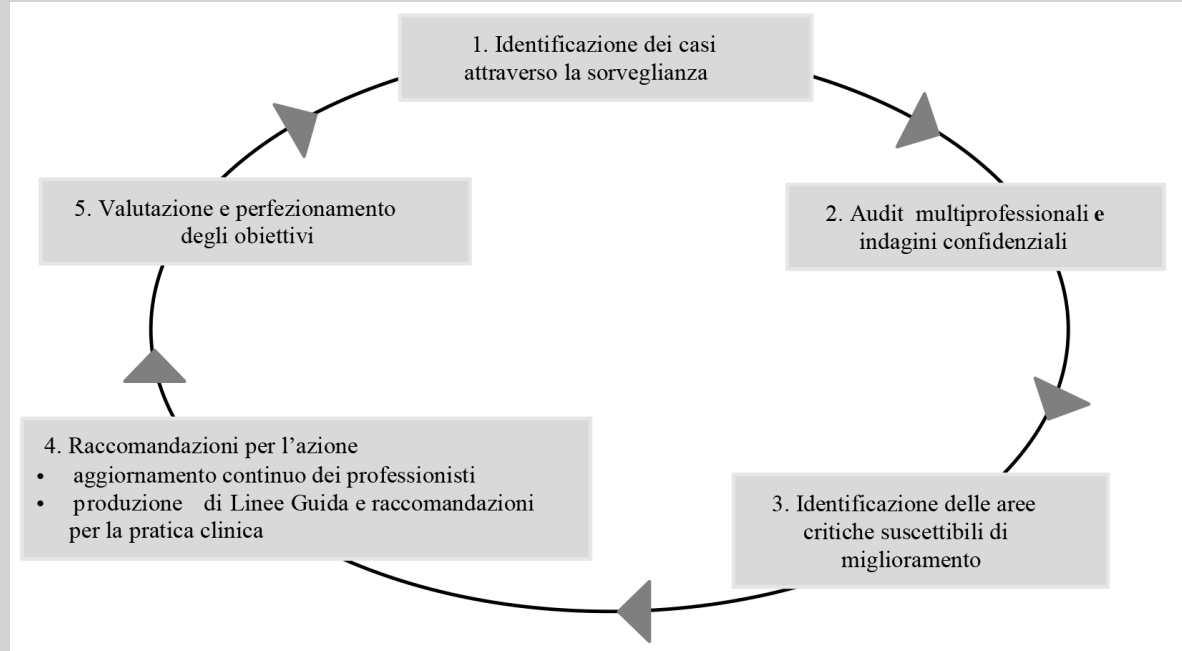
Il 1 settembre 2014 è stata avviata la raccolta prospettica *population-based* dei casi incidenti di *near miss* da EPP grave e/o da rottura d'utero e/o da placentazione anomala invasiva e/o con isterectomia del *post partum*, il cui protocollo è stato pubblicato nell'Edizione 2014 del Rapporto Osservasalute. Ad oggi, nelle 6 regioni partecipanti che coprono il 49% dei nati del Paese, sono stati segnalati 347 *near miss* ostetrici di cui 181 EPP gravi, 122 placentazioni anomale, 31 isterectomie e 12 rotture d'utero. La raccolta dei casi è ancora in corso e la completezza delle segnalazioni da parte dei 241 Presidi sanitari partecipanti al Progetto e la qualità dei dati inseriti *on-line* da parte dei referenti dei singoli Presidi è monitorata *in itinere* dall'ISS e dalle regioni partecipanti.

Dal 31 marzo 2014 al 30 marzo 2015 è stata preparata dall'ISS, in collaborazione con l'Agenzia di editoria scientifica Zadig, una formazione a distanza sull'EPP, accreditata ECM (Educazione Continua in Medicina) e offerta gratuitamente a tutti i medici e ostetriche del Paese. Il metodo didattico è basato sulla simulazione di casi clinici, che permettono al partecipante di cimentarsi con la gestione di problemi abituali e di valutare la propria capacità di applicazione delle nozioni acquisite nella pratica quotidiana. Hanno acquisito i crediti ECM 5.596 professionisti sanitari residenti in tutto il Paese (cartogramma). Il giudizio di rilevanza, qualità ed efficacia del corso espresso da parte dei partecipanti è risultato positivo nel 99% dei casi (Grafico 1).

La terza attività, coordinata dall'ISS, è una Linea Guida specifica, sotto l'egida del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG), che prevede di passare in rassegna le prove di efficacia relative alla prevenzione e al trattamento dell'EPP. Nel rispetto della metodologia del SNLG si tratta di una Linea Guida *evidence-based*, per la quale è stato istituito un *panel* multidisciplinare di esperti composto da undici professionisti individuati tra quelli indicati dalle società scientifiche/federazioni, cinque esperti indicati dal gruppo di sviluppo, un rappresentante dei cittadini ed un rappresentante del Ministero della Salute.

I *near miss* ostetrici, al contrario delle morti materne, rappresentano dei successi terapeutici e come tali sono un'occasione preziosa per facilitare la diffusione della pratica del confronto tra pari mediante *audit* e la costruzione di una cultura "no blame", intesa come mancato biasimo dei professionisti, che è ancora troppo giovane nel nostro Paese. Inoltre, l'analisi di questi eventi, più frequenti delle morti materne, permette di produrre stime affidabili in tempi molto più rapidi e di evidenziare le eventuali criticità organizzative e cliniche dei percorsi assistenziali presi in esame per migliorare l'appropriatezza clinica nell'assistenza offerta alle donne in gravidanza e al parto.

Figura 1 - Sistema di sorveglianza ostetrica dell'Istituto Superiore di Sanità-Regioni



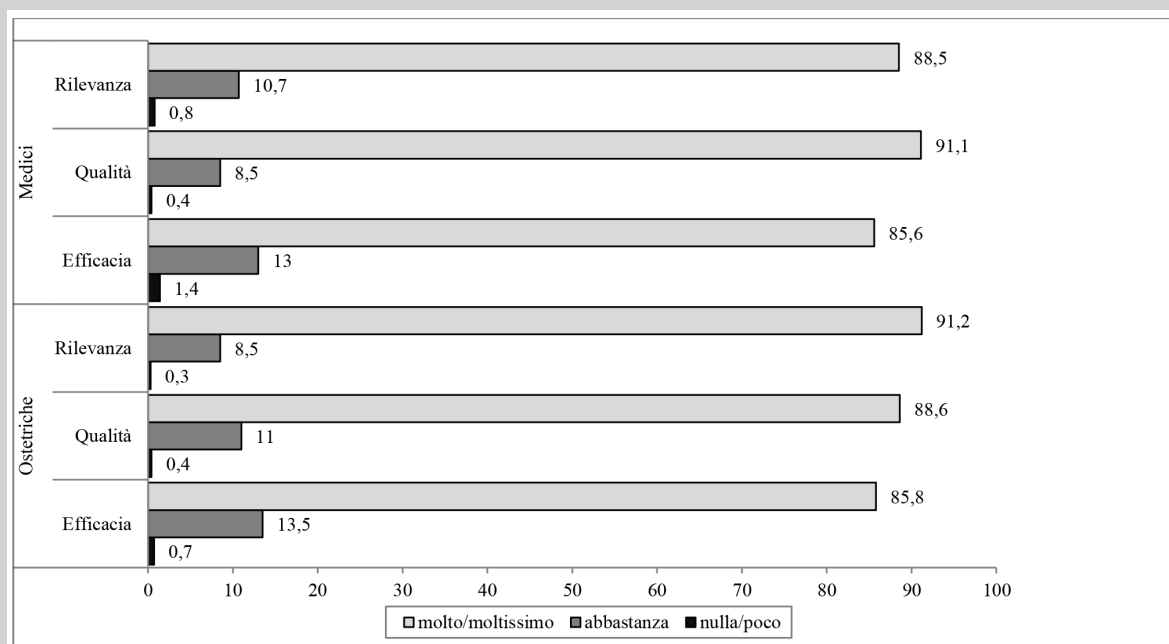
Fonte dei dati: Italian Obstetric Surveillance system (ItOSS). Anno 2014.

Distribuzione geografica dei professionisti sanitari (valori assoluti) che hanno acquisito i crediti formativi ECM per regione



Fonte dei dati: Italian Obstetric Surveillance system (ItOSS). Anno 2015.

Grafico 1 - Giudizio di rilevanza, qualità ed efficacia riportato dai professionisti sanitari (medici e ostetriche) che hanno acquisito i crediti formativi ECM in Italia



Fonte dei dati: Italian Obstetric Surveillance system (ItOSS). Anno 2015.

Riferimenti bibliografici

- (1) Donati S, Senatore S, Ronconi A and the Regional Maternal Mortality group. Maternal mortality in Italy: a record-linkage study. BJOG 2011; 118: 872-9.
- (2) Donati S, Senatore S, Ronconi A, and the regional maternal mortality working group. Obstetric near-miss cases among women admitted to intensive care units in Italy. Acta Obstet Gynecol Scand 2012, 91 (4): 452-7.
- (3) Likis FE, Sathe NA, Morgans AK et al. Management of post partum hemorrhage. Comparative effectiveness Review NO. 151. AHRQ publication N. 15-EHCO13-EF. Rockville, MD: Agency for Health care Research and Quality; April 2015. Disponibile sul sito: www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final/cfm.

Gruppo di lavoro "Istituto Superiore di Sanità-Regioni"

Vittorio Basevi, Monica Da Frè, Gabriella Dardanoni, Valeria Dubini, Camilla Lupi, Luisa Mondo, Marcello Pezzella, Renato Pizzuti, Raffaella Rusciani, Daniela Spettoli, Fabio Voller