

## La salute riproduttiva

*A cura di Maria Pia Fantini*

*Con la collaborazione di Enzo Coviello, Laura Dallolio, Marco Bosso, Carlo Francescutti, Giorgio Simon, Sergio Messini*

Questo capitolo presta particolare attenzione alla salute femminile, con specifico riferimento alla sfera riproduttiva, ed anche al prodotto del concepimento e al neonato. La lettura dei dati relativi alle diverse regioni prende in considerazione:

- la natalità (tasso di natalità, tasso di fecondità) e le interruzioni volontarie e spontanee di gravidanza (tasso di abortività volontaria, rapporto di abortività spontanea); si tratta di indicatori le cui variazioni possono dipendere da valori personali, stili di vita, presenza delle donne in ambito produttivo, età della madre al momento della gravidanza, ma anche da strategie di politica sanitaria che riguardano la tutela della fertilità, la contraccezione e il percorso nascita;
- la salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita: tasso di mortalità infantile (il tasso di mortalità infantile è peraltro considerato nella letteratura internazionale una misura riassuntiva della salute di una popolazione. Studi recenti mostrano la correlazione fra tasso di mortalità infantile e aspettativa di vita in buona salute, *Health Adjusted Life Expectancy*: HALE);
- la tutela della salute materna e la qualità dell'assistenza alla gravidanza e al parto (tasso di mortalità infantile, proporzione di tagli cesarei).

### Tasso di mortalità infantile

**Significato.** Il tasso di mortalità infantile viene comunemente utilizzato come un indicatore dello stato di salute di una comunità. È un indice sensibile alle condizioni igienico-sanitarie di una popolazione, al suo livello socio-economico e culturale nonché alla qualità delle cure materno infantili. Si è notevolmente abbassato dall'inizio del secolo in tutti i paesi industrializzati mentre resta a livelli elevati in numerosi paesi dell'Africa, dell'Asia e dell'America Centrale e Meridionale. Anche all'interno di uno stesso paese si notano differenze considerevoli fra una regione e l'altra, in stretta correlazione con il reddito ed i servizi sociali e sanitari.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero di bambini deceduti a meno di un anno di età}}{\text{Numero di bambini nati vivi nello stesso anno}} \times 1.000$$

**Validità e limiti.** È un indicatore robusto e valido, largamente utilizzato dalle Agenzie internazionali. Per rafforzare la validità dei dati, aumentando il numero di eventi considerati, sono stati calcolati i valori nell'intervallo temporale 1995-1999.

I dati relativi all'anno 2000 non si discostano dai risultati da noi analizzati per l'anno 1999.

**Fonte dei dati e anni di riferimento:** ISTAT. Anni dal 1995 al 1999.

Tasso di mortalità infantile nelle regioni italiane negli anni dal 1995 al 1999 compresi

Regione	Tasso	I.C. 95%
Friuli-Venezia G	<b>2,8</b>	2,4-3,4
Molise	<b>3,4</b>	2,5-4,5
Basilicata	<b>3,7</b>	3,0-4,4
Trentino-A.A.	<b>3,8</b>	3,3-4,4
Valle d'Aosta	<b>3,8</b>	2,3-5,8
Umbria	<b>4,1</b>	3,4-4,9
Lombardia	<b>4,3</b>	4,1-4,5
Veneto	<b>4,3</b>	4,0-4,6
Piemonte	<b>4,7</b>	4,4-5,0
Sardegna	<b>4,8</b>	4,3-5,3
Emilia-Romagna	<b>5,3</b>	4,9-5,7
Toscana	<b>5,4</b>	5,1-5,9
Abruzzo	<b>5,6</b>	5,0-6,3
<b>ITALIA</b>	<b>5,6</b>	5,5-5,7
Lazio	<b>5,9</b>	5,6-6,3
Calabria	<b>6,0</b>	5,6-6,5
Marche	<b>6,0</b>	5,4-6,7
Campania	<b>6,5</b>	6,2-6,8
Puglia	<b>6,7</b>	6,4-7,1
Liguria	<b>7,1</b>	6,4-7,8
Sicilia	<b>7,6</b>	7,3-7,9



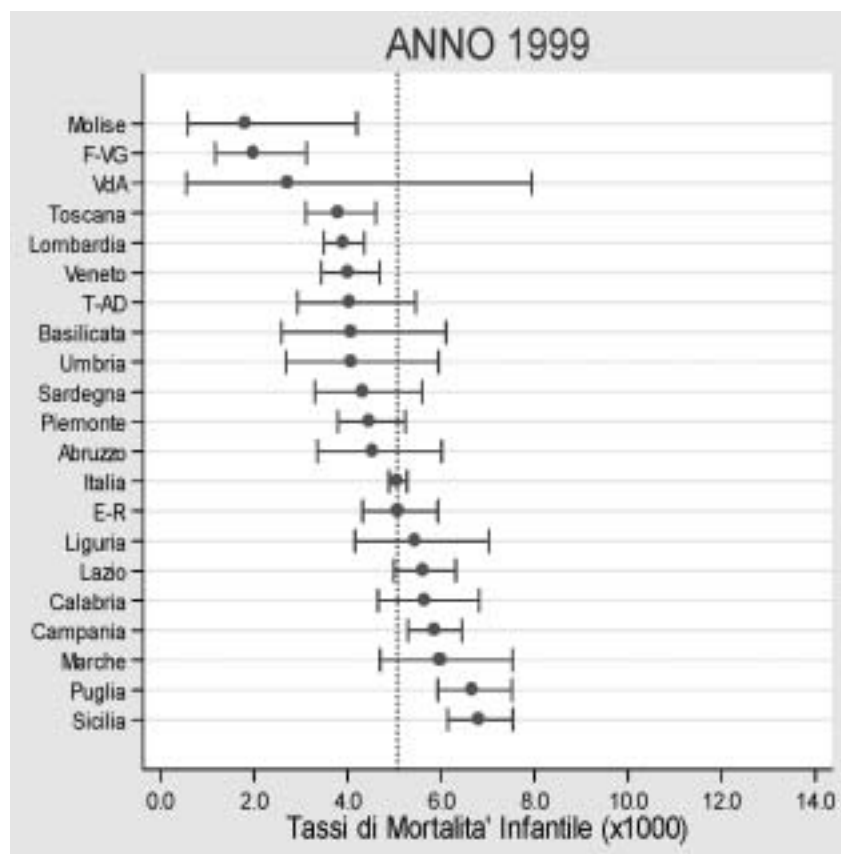
### Descrizione dei Risultati

Considerando i tassi quinquennali (dal 1995 al 1999) il valore italiano è di 5,6 morti per 1.000 nati vivi.

In Regioni come Friuli Venezia Giulia, Trentino A.A., Veneto, Piemonte, Lombardia, Umbria, Molise, Basilicata e Sardegna il Tasso di Mortalità Infantile si presenta significativamente più basso del tasso medio nazionale. Si segnalano variazioni statisticamente significative in termini di riduzione del tasso negli anni considerati per le Regioni: Veneto, Friuli Venezia Giulia, Lombardia e Molise.

Altre Regioni, come Sicilia, Puglia, Liguria e Campania, hanno un tasso quinquennale più alto del tasso medio nazionale. Di queste Sicilia e Campania mostrano, però, un *trend* di riduzione statisticamente significativo.

Tassi di mortalità infantile (con intervalli di confidenza al 95%), per 1.000 nati vivi, nell'anno 1999



Evoluzione del tasso di mortalità infantile tra l'anno 1995 ed l'anno 1999. Le regioni sono elencate per ordine crescente sulla base dei tassi dell'anno 1999.

Regione	Anno 1995		Anno 1999		P-trend*
	Tasso	I. C.(95%)	Tasso	I. C.(95%)	
Molise	<b>5,7</b>	3,3 – 9,2	<b>1,8</b>	0,6 - 4,2	<b>.016</b>
Friuli-Venezia Giulia	<b>3,3</b>	2,1 – 4,7	<b>2,0</b>	1,2 - 3,1	<b>.031</b>
Valle d'Aosta	<b>6,0</b>	2,2 – 13,0	<b>2,7</b>	0,6 - 7,9	<b>.220</b>
Toscana	<b>7,2</b>	6,2 – 8,4	<b>3,8</b>	3,1 - 4,6	<b>.0005</b>
Lombardia	<b>4,8</b>	4,3 – 5,3	<b>3,9</b>	3,5 - 4,4	<b>.009</b>
Veneto	<b>4,9</b>	4,2 – 5,6	<b>4,0</b>	3,4 - 4,7	<b>.016</b>
Basilicata	<b>4,3</b>	2,9 – 6,3	<b>4,1</b>	2,6 - 6,1	<b>.848</b>
Trentino-Alto Adige	<b>4,0</b>	2,8 – 5,5	<b>4,1</b>	2,9 - 5,5	<b>.961</b>
Umbria	<b>4,5</b>	3,0 – 6,5	<b>4,1</b>	2,7 - 5,9	<b>.646</b>
Sardegna	<b>4,4</b>	3,4 – 5,7	<b>4,3</b>	3,3 - 5,6	<b>.443</b>
Piemonte	<b>4,8</b>	4,1 – 5,6	<b>4,5</b>	3,8 - 5,2	<b>.336</b>
Abruzzo	<b>6,0</b>	4,7 – 7,7	<b>4,6</b>	3,4 - 6,0	<b>.052</b>
Emilia-Romagna	<b>4,9</b>	4,1 – 5,8	<b>5,1</b>	4,3 - 5,9	<b>.828</b>
<b>ITALIA</b>	<b>6,2</b>	6,0 – 6,4	<b>5,1</b>	4,9 - 5,3	<b>.005</b>
Liguria	<b>8,4</b>	6,8 – 10,3	<b>5,5</b>	4,2 - 7,0	<b>.182</b>
Lazio	<b>6,4</b>	5,7 – 7,2	<b>5,6</b>	5,0 - 6,3	<b>.740</b>
Calabria	<b>6,1</b>	5,2 – 7,3	<b>5,7</b>	4,7 - 6,8	<b>.387</b>
Campania	<b>7,3</b>	6,7 – 8,0	<b>5,9</b>	5,3 - 6,5	<b>.001</b>
Marche	<b>7,2</b>	5,8 – 8,9	<b>6,0</b>	4,7 - 7,5	<b>.097</b>
Puglia	<b>7,6</b>	6,8 – 8,4	<b>6,7</b>	5,9 - 7,5	<b>.090</b>
Sicilia	<b>8,4</b>	7,6 – 9,1	<b>6,8</b>	6,1 - 7,5	<b>.002</b>

Nota statistica: Le variazioni negli anni dal 1995 al 1999 sono state analizzate mediante il test del trend che saggia l'ipotesi che al passaggio da un anno al successivo si produca una variazione costante del tasso di mortalità. L'ipotesi nulla è che non ci sia nessuna variazione del tasso nel periodo considerato.

Il test è stato calcolato introducendo la variabile «anno» come un termine lineare in un modello binomiale negativo e calcolando il likelihood ratio test (LRT). Il valore di «p» è stato ottenuto riferendo questo valore alla distribuzione chi quadrato con un grado di libertà.

Considerando i tassi relativi al 1999, confrontati con quelli del 1995, possiamo anzi tutto notare che in Italia vi è stata una significativa riduzione dal 6,2 al 5,1 per mille (-17%). In nessuna regione italiana vi è stato un peggioramento ed anzi in sette regioni si assiste ad un miglioramento, con riduzioni significative (variabili dal -79% al -2%).

Il Friuli-V.G., che partiva da un tasso già nel 1995 inferiore (3,3 per mille), in maniera statisticamente significativa, alla media nazionale ha ottenuto una ulteriore diminuzione del tasso pari al 39%, raggiungendo e mantenendo in maniera stabile un tasso di mortalità che è tra i più bassi del mondo.

Molise e Toscana hanno ottenuto delle significative riduzioni del loro tasso regionale di mortalità infantile. Lo stesso dicasi della Sicilia e della Campania che, pur continuando ad avere nel 1999 un tasso di mortalità infantile superiore (statisticamente significativo) alla media nazionale, hanno in ogni caso registrato una incoraggiante diminuzione.

**Valutazione dei dati da parte di Carlo Francescutti e Giorgio Simon - Agenzia Regionale di Sanità; Regione Friuli-Venezia Giulia**

Il dato della bassa mortalità infantile in regione Friuli-Venezia Giulia è indubbiamente rilevante e si presta a diverse valutazioni.

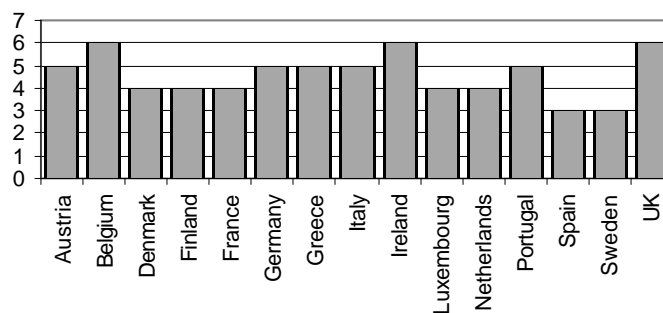
Non è certamente semplice riuscire a definire quali siano i determinanti di un risultato così rilevante senza disporre di dati precisi di raffronto sulle caratteristiche socio-demografiche delle madri e delle famiglie e sull'articolazione e la qualità dei servizi. La riflessione si deve pertanto limitare alla descrizione dei cambiamenti organizzativi e funzionali avvenuti in regione Friuli-Venezia Giulia e agli studi valutativi condotti.

Nel 1991 la Giunta Regionale ha disegnato la nuova organizzazione del trasporto neonatale. Gli elementi essenziali del piano riguardavano l'identificazione di due soli poli di terapia intensiva neonatali (Udine e Trieste) da cui dovevano anche partire le ambulanze attrezzate per il trasporto, e la promozione del cosiddetto «trasporto in utero» ossia la concentrazione di parti a rischio presso i due centri di riferimento.

La ricaduta operativa è stata lenta, ma progressiva. I neonati con età gestazionale inferiore alle 32 settimane nati nei centri di riferimento erano solo il 50,5% nel 1989 e sono aumentati progressivamente fino all'82,7% del 1998. La mortalità neonatale è una componente importante della mortalità infantile ed è quindi possibile che proprio il miglioramento organizzativo descritto abbia avuto un ruolo positivo sull'outcome considerato.

Oltre alla cure neonatali la regione Friuli-Venezia Giulia si caratterizza anche per una forte concentrazione per le cure pediatriche presso l'IRCCS pediatrico Burlo Garofalo che per molte patologie complesse tratta praticamente il 100% dei casi regionali.

**Confronti internazionali**



**Raccomandazioni di Osservasalute**

È altamente auspicabile che in tutte le regioni continui e si consolidi il trend al miglioramento, sia in quelle che hanno già raggiunto livelli ottimali (dunque migliorabili con maggior difficoltà) sia, sopra tutto, in quelle che hanno ancora valori elevati rispetto alla media nazionale.

### Rapporto di abortività spontanea

**Significato.** Si tratta di un indicatore di «rischio» della gravidanza. Sull'abortività spontanea possono incidere: età e stili di vita della madre, fattori ambientali, attività lavorativa, nonché livello e qualità delle cure ostetriche.

Per quanto riguarda l'età della madre, l'abortività spontanea è maggiore nelle gravidanze di donne molto giovani e particolarmente in quelle di donne di età avanzata, soprattutto per il maggior rischio di difetti congeniti del prodotto del concepimento.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero di aborti spontanei in donne di età 15-49 anni}}{\text{Numero di nati vivi da donne di età 15-49 anni}} \times 1.000$$

**Validità e limiti.** I limiti principali riguardano la qualità e completezza dei dati: in particolare il numeratore dell'indicatore è costruito attraverso le informazioni di un'indagine ISTAT sulle dimissioni dagli istituti di ricovero e cura per aborto spontaneo.

Potrebbero non essere registrati eventi per i quali non c'è ricorso all'ospedale.

**Benchmark.** Non sono noti valori ottimali di riferimento.

**Fonte dei dati e anni di riferimento:** ISTAT. Anno 1999.

Rapporto di abortività spontanea per mille nati vivi, per classi di età materna, per regione (anno 1999). Le regioni sono ordinate in ordine crescente dei valori della colonna età materna 40-44 anni.

Regione	tutte le età materne	età materna 40-44 anni
Sardegna	90,1	310,2
Molise	103,5	314,9
Abruzzo	101,1	396,5
Campania	92,9	398,4
Trentino Alto Adige	120,4	411,4
Umbria	113,8	420,6
Piemonte	107,6	425,4
Marche	112,5	430,8
Calabria	107,8	431,5
Liguria	127,8	432,4
Toscana	136,4	449,8
Sicilia	111,0	450,8
<b>ITALIA</b>	<b>117,1</b>	<b>453,2</b>
Lazio	159,2	457,8
Lombardia	125,7	479,6
Veneto	126,3	484,3
Puglia	102,5	489,3
Friuli Venezia Giulia	145,4	513,7
Emilia-Romagna	141,3	545,2
Basilicata	133,7	667,3
Valle d'Aosta	115,5	686,6

**Rapporto di abortività spontanea per mille nati vivi.  
Età materna 40-44 anni. Anno 2000**



**Descrizione dei Risultati**

È difficile fare considerazioni sui dati di abortività spontanea ed, in particolare, effettuare analisi comparative fra regioni. Possiamo comunque osservare che i valori relativi alla classe di età materna 40-44 anni sono più che doppi rispetto a quelli delle altre età intese globalmente in tutte le regioni.

### Tasso di abortività volontaria totale

**Significato.** Nel 1978 è stata approvata in Italia la Legge 194 «Norme per la tutela della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza», che permette a qualsiasi donna di richiedere l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) entro i primi 90 giorni di gestazione per motivi di salute, economici, sociali e familiari.

L'intervento può essere effettuato presso le strutture del SSN e le strutture private accreditate.

Questo indicatore può rilevare diversi atteggiamenti culturali e scelte riproduttive delle donne così come diverse politiche contraccettive, differenti offerte di servizi nei vari ambiti territoriali.

---

Parametro misurato      Tasso di abortività volontaria totale (numero medio di interruzioni volontarie della gravidanza per donna)

---

Formula

$$TAVT = \sum_{15}^{49} av_x = \sum_{15}^{49} \frac{IGV_x}{D_x}$$

---

Significato variabili       $x$       = indice dell'età della donna, compreso tra 15 e 49 anni  
 $av_x$       = abortività volontaria specifica all'età  $i$ :  $av_x = IGV_x / D_x$   
 $IGV_x$       = interruzioni volontarie della gravidanza nell'anno di riferimento da donne in età  $x$   
 $D_x$       = donne in età  $x$  nell'anno di riferimento

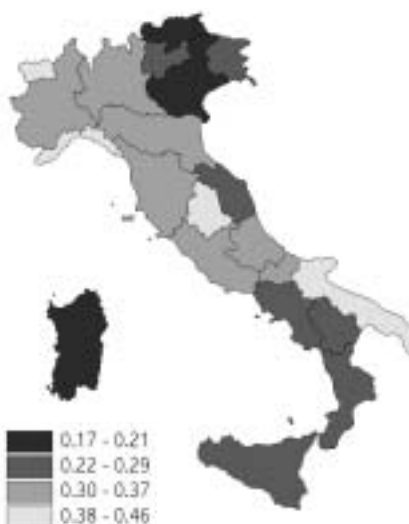
---

**Validità e limiti.** L'indicatore è oggetto di particolare attenzione e viene elaborato con dati raccolti, analizzati e pubblicati dall'Istituto Superiore di Sanità, dall'ISTAT e dal Ministero della Salute.

Ogni anno il Ministro della Salute presenta al Parlamento una relazione sull'andamento del fenomeno.

I limiti dell'indicatore possono essere rappresentati dal fatto che, mentre al denominatore figurano le donne residenti nei diversi ambiti territoriali, gli eventi al numeratore possono essere imputabili a donne presenti e non residenti, per esempio immigrate (con alta incidenza di IVG), o a donne che eseguono l'interruzione in una regione diversa da quella di residenza. Tali limiti rendono cauta l'interpretazione dei dati e i confronti fra regioni.

**Tasso di abortività volontaria totale.  
Anno 2000**





Fonte dei dati e anni di riferimento: ISTAT. Anno 2000.

	Tasso di natalità	Tasso di fecondità totale (numero medio di figli per donna)		Interruzioni volontarie di gravidanza
	2000	2000	1996	Tasso totale
<i>Bolzano-Bozen</i>	11,7	1,47	...	0,17
Trentino-Alto Adige	11,2	1,45	1,39	0,21
Veneto	9,6	1,21	1,10	0,21
Sardegna	8,4	1,06	1,03	0,21
<i>Trento</i>	10,8	1,42	...	0,25
Marche	8,5	1,18	1,09	0,25
Friuli-Venezia Giulia	8,1	1,10	0,98	0,26
Sicilia	10,5	1,41	1,47	0,27
Calabria	9,5	1,25	1,35	0,28
Campania	11,6	1,47	1,57	0,29
Basilicata	9,4	1,24	1,27	0,29
Lombardia	9,4	1,20	1,10	0,31
Abruzzo	8,5	1,15	1,19	0,32
<b>ITALIA</b>	<b>9,4</b>	<b>1,24</b>	<b>1,21</b>	<b>0,32</b>
Toscana	8,0	1,10	1,00	0,34
Molise	8,2	1,14	1,17	0,34
Piemonte	8,4	1,15	1,05	0,36
Lazio	9,3	1,17	1,12	0,36
Emilia-Romagna	8,5	1,16	1,01	0,37
Liguria	7,0	1,00	0,94	0,38
Valle d'Aosta	9,7	1,26	1,20	0,39
Umbria	8,1	1,14	1,07	0,39
Puglia	10,4	1,34	1,37	0,46
<i>Variabilità regionale (C.V.)</i>	12,6	10,1	14,7	21,4

### **Descrizione dei Risultati**

L'andamento dell'indicatore è stato in aumento fino agli inizi degli anni ottanta, per subire poi una riduzione negli anni novanta, seguita dall'attuale tendenza alla stabilizzazione. Questo andamento riguarda sia il dato complessivo osservato a livello nazionale che i dati dei diversi ambiti territoriali.

### Proporzione di parti cesarei

**Significato.** Si tratta di una misura della qualità dell'assistenza. Esiste unanime consenso che il taglio cesareo sia una procedura soggetta a sovra-utilizzazione: la proporzione di parti cesarei ha subito infatti negli ultimi decenni un costante incremento in tutti i paesi industrializzati, compresa l'Italia dove sono stati raggiunti valori tra i più elevati al mondo.

I determinanti di questa crescita sembrano essere principalmente rappresentati dal contesto sociale, culturale e sanitario, dalle conoscenze e le attitudini dei professionisti sanitari, dalla differente quota di pagamento dei ricoveri per parto cesareo rispetto a quello per via naturale, dal tipo di struttura di ricovero in cui avviene il parto.

In situazioni di sovra-utilizzazione, come chiaramente avviene nel nostro paese, le proporzioni più basse di taglio cesareo rappresentano una migliore qualità dell'assistenza, in termini di appropriato uso delle procedure.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero di parti cesarei (DRG 370 e 371)}}{\text{Numero totale di parti (DRG 370-375)}} \times 100$$

**Validità e limiti.** Non ci sono studi che valutano esplicitamente la validità di costruito di questo indicatore. In altre parole non c'è evidenza che regioni con proporzioni di cesareo più basse forniscano, utilizzando altre misure della qualità delle cure, un'assistenza migliore. È tuttavia possibile affermare con certezza che l'elevata frequenza d'uso del taglio cesareo può essere espressione di una impropria medicalizzazione della gravidanza e del parto.

Dal momento che la proporzione di parti cesarei è misurata con buona precisione e dato il numero elevato di procedure eseguite, è verosimile che le differenze osservate rappresentino vere differenze nella performance delle strutture piuttosto che variazioni casuali. Resta aperto il problema del «*risk adjustment*»: infatti è possibile che una parte delle differenze regionali possano essere spiegate da differenti condizioni cliniche. Le possibili variabili di confondimento sono: età materna, precedente taglio cesareo, caratteristiche e condizioni cliniche della madre, caratteristiche e condizioni cliniche del neonato.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera la proporzione di parti cesarei un indice di adeguata qualità assistenziale, capace di tutelare la salute di madre e neonato nel rispetto della «naturalità dell'evento nascita».

Non è noto quale sia il tasso di TC corrispondente alla «qualità ottimale delle cure». Alcuni progetti quali «Healthy People 2010» (Office of Diseases Prevention and Health Promotion U.S. Department of Health and Human Services, USA) fissano genericamente l'obiettivo di una riduzione del tasso di TC.

**Benchmark.** Il Ministero della Salute ha fissato un valore di riferimento per la proporzione dei parti cesarei pari al 15-20%. Questo valore, considerata la età più avanzata del parto nel nostro paese, è sostanzialmente in linea con i valori di riferimento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che definisce «ideale» una proporzione di taglio cesareo «non superiore al 15%».

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute–Direzione Generale Programmazione Sanitaria. Anni 2000 e 2001.

Percentuale di parti cesarei sul totale dei parti. Le regioni sono ordinate per valori crescenti rispetto all'anno 2000. I dati del cartogramma sono riferiti all'anno 2000. Il dato di P.A. Bolzano dell'anno 2001 è in corso di verifica.

	2000	2001
P.A. Bolzano	19	14
Friuli-Venezia Giulia	20	20
Valle d'Aosta	24	23
Toscana	24	23
Lombardia	24	25
Veneto	25	26
P.A. Trento	26	25
Umbria	27	27
Piemonte	27	29
Sardegna	27	33
Emilia-Romagna	28	29
Liguria	30	30
Lazio	32	37
Marche	33	34
<b>ITALIA</b>	<b>33</b>	<b>34</b>
Abruzzo	36	36
Molise	36	39
Calabria	37	37
Basilicata	40	46
Puglia	41	40
Sicilia	42	42
Campania	53	54



### **Descrizione dei Risultati**

Il taglio cesareo è stata in Italia la quinta più frequente causa di ricovero ed il secondo intervento chirurgico in ordine di frequenza nell'anno 2001.

In Italia il tasso medio di tagli cesarei per l'anno 2000 nelle strutture pubbliche (30.8%) è di molto inferiore a quello delle strutture private accreditate (50.7%). Il commento di questo dato, che sembra molto significativo, è però inficiato dal fatto che non è possibile, con le informazioni di cui disponiamo, operare aggiustamenti per condizioni materne e fetali che si possono variamente selezionare nelle due tipologie di strutture.

Se guardiamo il solo dato relativo alle strutture pubbliche, mentre ci sono regioni che, pur lontane dal limite del 15% fissato dall'OMS, presentano valori del tasso di taglio cesareo inferiori al 30% (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, P.A. di Trento e Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, e Toscana) altre, quali Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia presentano valori superiori (la Regione Campania 47%, la Regione Sicilia 40.6%).

Variazione (in punti percentuali) della proporzione di parti cesarei tra gli anni 2000 e 2001

P.A. Bolzano	-5
P.A. Trento	-1
Puglia	-1
Toscana	-1
Valle d'Aosta	-1
Abruzzo	0
Calabria	0
Friuli-Venezia Giulia	0
Liguria	0
Sicilia	0
Umbria	0
Campania	1
Emilia-Romagna	1
Lombardia	1
Marche	1
Veneto	1
<b>ITALIA</b>	<b>1</b>
Piemonte	2
Molise	3
Lazio	5
Basilicata	6
Sardegna	6



**Valutazione dei dati da parte di Carlo Francescutti e Giorgio Simon - Agenzia Regionale di Sanità; Regione Friuli-Venezia Giulia**

La regione Friuli-Venezia Giulia è da molto tempo collocata su livelli bassi di tagli cesarei. Un'indagine eseguita nel 1996 aveva analizzato i determinanti della variabilità tra punti nascita mettendo insieme sia caratteristiche della donna e del bambino (es. età della madre, età gestazionale, presentazione al parto), che strutturali (numero di parti/anno, gestione pubblica o privata). Le informazioni più importanti emerse dallo studio sono state le seguenti: negli ospedali con meno nati e negli ospedali privati il ricorso al cesareo a parità di condizioni è più frequente, le donne con pregresso cesareo hanno una probabilità elevatissima di subire un nuovo taglio cesareo. Il tasso di cesarei nelle donne già cesarizzate ha una variabilità in regione ancora maggiore dei cesarei stessi. Il valore massimo è del 92% il valore minimo del 45%. È evidente che il primo cesareo ha un'influenza molto rilevante nel condizionare il tasso complessivo.

L'età della donna al momento del parto è un altro fattore che influisce sul cesareo. A questo proposito negli ultimi anni si è assistito ad un doppio fenomeno: l'avanzare dell'età delle donne che partoriscono e l'avanzare dell'età a cui si ha il primo figlio. Le donne di oltre 35 anni che partorivano nel 1989 erano il 12% e sono aumentate fino al 20% nel 1998. Di queste ben il 35% è al primo figlio. Se questo trend continua è possibile che nei prossimi anni il livello dei cesarei possa aumentare.

Per quanto riguarda la programmazione regionale l'intervento sui punti nascita si è concretizzato anche nella chiusura di sei centri a minor volume di attività in quanto si è ritenuto che questi centri, a causa della loro ridotta attività, non fossero in grado di garantire i livelli organizzativi e qualitativi necessari.

***L'esperienza dell'Ospedale di Bolzano. Valutazioni di Sergio Messini, Primario Divisione di Ostetricia e Ginecologia***

Presso l'Ospedale di Bolzano avvengono circa il 30% di tutte le nascite della Provincia Autonoma di Bolzano.

Sulla percentuale di taglio cesareo incidono molti fattori, alcuni non governabili in ambito sanitario, quale in particolar modo, l'aggressività legale.

Nella nostra divisione si è cercato di dare importanza ai fattori organizzativi ed umani che interagiscono nel processo decisionale relativo alla tipologia di parto.

Si è individuato un team dedicato principalmente all'ostetricia, potendo così incrementare l'esperienza e, conseguentemente, ridurre i fattori empatici di «paura» del parto vaginale, che possono spesso favorire la impropria decisione alla risoluzione cesarea del parto. Si è data autonomia di gestione del travaglio fisiologico alle ostetriche, nell'ambito di precise direttive, così che esse si dedichino con maggior impegno all'assistenza al parto vaginale. Si sono definite linee guida precise sulle indicazioni al parto cesareo, per cui, per esempio, il pregresso parto cesareo non è indicazione in sé alla reiterazione del parto operativo.

Si è dotato il punto nascita di alta tecnologia, quale la pulsiossimetria fetale e l'elettrocardiografia fetale. Si è contemporaneamente curato «l'ambiente parto», strutturando unità singole travaglio-parto per permettere ampia adattabilità delle forme di travaglio e/o parto e con ciò tranquillità alle partorienti ed ai relativi partners, riducendo così fattori impropri di distocia dinamica su base psico-endocrina.

***Raccomandazioni Osservasalute***

È urgente una riduzione della proporzione di tagli cesarei in tutte le Regioni italiane, ma soprattutto nelle Regioni centro meridionali per avvicinarsi ai valori di riferimento raccomandati.

Particolare attenzione dovrà essere posta da quelle regioni in cui esiste un trend in aumento negli anni 2000 e 2001.

***Note conclusive***

Alcune riflessioni generali riguardano il fatto che soprattutto nelle regioni del Nord e del Centro vi è una minore propensione delle donne ad avere figli rispetto alle regioni del Sud e comunque una tendenza a scegliere la maternità in età più elevate. Questo si traduce in bassi tassi di natalità e fecondità e, probabilmente, in più alti rapporti di abortività spontanea.

Più difficile la lettura complessiva dei dati riguardanti il tasso di abortività volontaria che può riconoscere molteplici e controversi determinanti.

L'analisi della mortalità infantile mostra come in alcune regioni, in particolare del Nord (Friuli Venezia Giulia) e Centro, ma anche in alcune regioni del Sud (Molise), si siano raggiunti valori dell'indicatore in linea con quelli dei paesi del Nord Europa, segnalando in particolare *trend* temporali in ulteriore diminuzione. Per converso la maggior parte delle regioni del Sud mostra proporzioni di tagli cesarei più elevati di quelli delle regioni del Centro – Nord. Per questo indicatore pesano verosimilmente più che determinanti socio – economici o ambientali o legati agli stili di vita (importanti nel determinare il tasso di mortalità infantile insieme alla tipologia e qualità dei servizi sanitari) modalità organizzative loco – regionali e differenti pratiche professionali.