
Rapporto nascita Regione Emilia Romagna anno 2007

D. Baronciani

CeVEAS

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

SaPeRiDoc
Sistema di Informazione per la Sorveglianza e la Prevenzione delle Malattie e degli Eventi

Indice: "andamento 2003-2007"

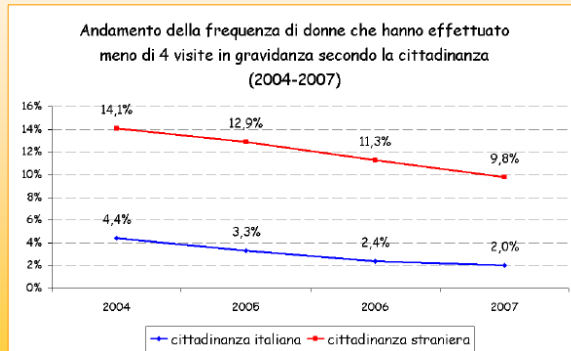
➔ la gravidanza

➔ il parto

➔ la nascita

appropriatezza assistenza gravidanza

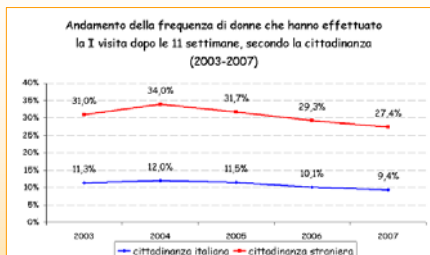
- ☀ il 3.7% delle donne effettua un numero insufficiente di visite in gravidanza (1-3)
- ☀ si osserva un miglioramento nel periodo 2004-2007



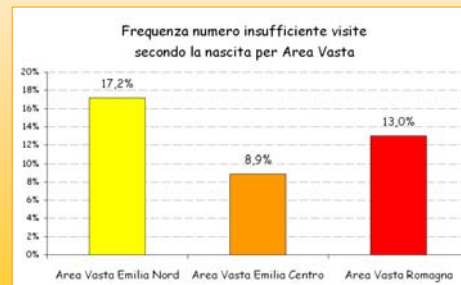
☀ Toscana (2004): 5,6%

appropriatezza assistenza gravidanza

- ☀ il 13,8% delle donne effettua la prima visita dopo le 11 settimane e.g.
- ☀ modesto decremento

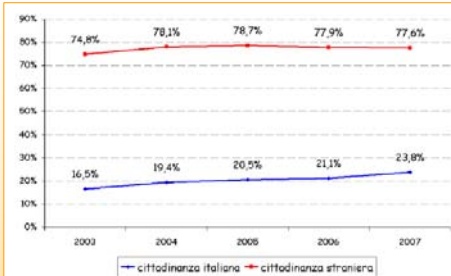


- ☀ la frequenza risulta maggiore nell'Area Vasta Emilia Nord (17,2%)



☀ Piemonte (2004): 11,0%, Umbria (2004): 9,3%, Campania (2006): 19,2%

servizio utilizzato "prevalentemente"

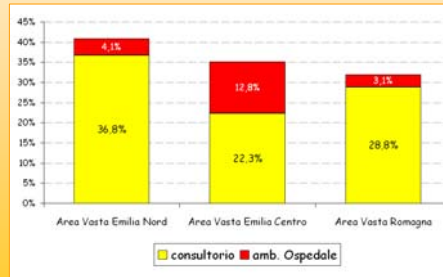


✳ il 37% delle donne si rivolge al Servizio pubblico (30.6% consultorio)

✳ modesto incremento (più elevato per italiane)

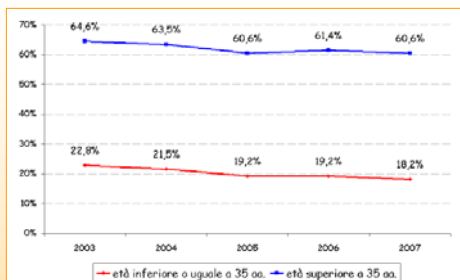
✳ in termini assoluti: da 9.677 a 14.741 donne

✳ discrete variazioni secondo l'Area Vasta



✳ Piemonte (2004): servizio pubblico 26.0%; consultorio 9.0%

"almeno" una indagine prenatale invasiva



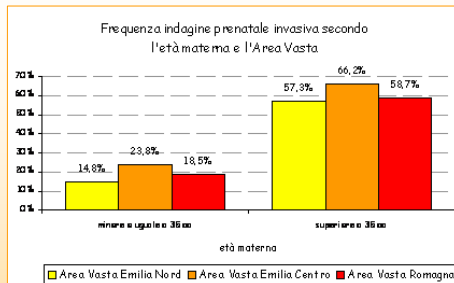
✳ 28.1% si sottopone ad almeno un'indagine prenatale invasiva (18.2% ≤ 35 aa; 60.6% >35 aa)

✳ modesto decremento per entrambi i gruppi

✳ tra 28-31 aa (valori salgono dal 10% al 20%)

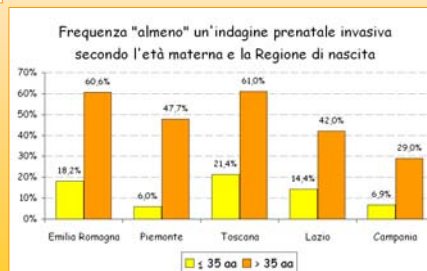


"almeno" una indagine prenatale invasiva



☀ nell'Area Vasta Emilia Nord, minore frequenza di indagini (in particolare <35 aa)

☀ ampie differenze regionali con andamento "speculare" nei due gruppi di età



corsi di accompagnamento alla nascita

new entry

☀ il 26.9% delle donne frequenta i corsi

- il 16.7% presso consultorio pubblico
- il 9.1% presso struttura ospedaliera
- l' 1.1% presso struttura privata

☀ la frequenza dei corsi è più elevata:

- donne con alta scolarità: OR 5.0 (IC: 4.6-5.4)
- donne italiane OR 6.8 (IC: 6.2-7.5)
- donne primipare: OR 10.7 (IC: 9.9-11.5)

☀ la frequenza dei corsi c/ consultori (vs. ospedale) vede una maggiore presenza di donne con "svantaggio"

* dati mancanti: elaborazione su 27.699 donne

abitudine al fumo in gravidanza

new entry

☀ il 17.6% delle donne ha fumato nei 5 anni precedenti

- il 21.7% ha smesso prima della gravidanza
- il 41.6% ha smesso durante la gravidanza
- il 36.7% ha continuato a fumare

➡ il 6.5% dei feti è esposto al fumo materno

☀ cittadinanza straniera: minor frequenza_fumatrici (9.3% vs 20.4%) ma maggior rischio di continuare (OR 1.3; 1.1-1.6)

☀ scolarità medio-bassa: maggior frequenza_fumatrici (20.3% vs 12.5%) e maggior rischio di continuare (OR 2.8; 2.3-3.3)

* dati mancanti: elaborazione su 28.832 donne

Indice: "andamento 2003-2007"

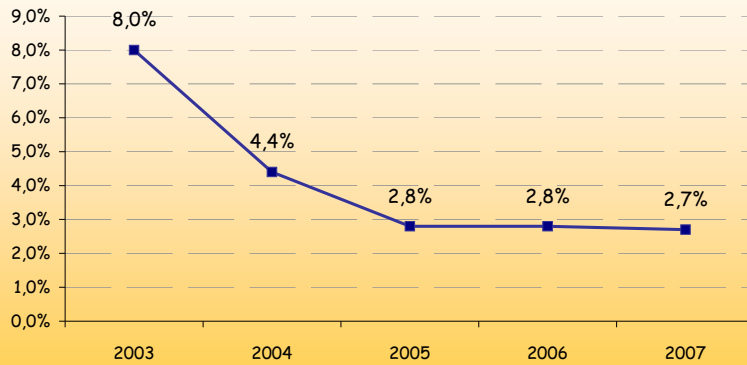
➡ la gravidanza

➡ il parto

➡ la nascita

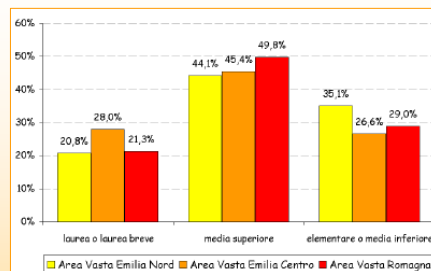
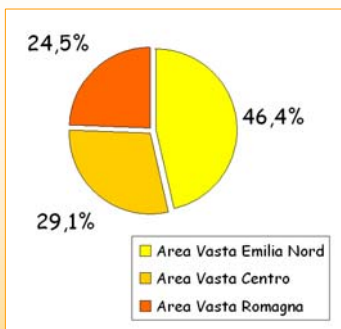
percentuale nati in ospedali <500 parti/anno

Percentuale di nati in ospedali con <500 nati/anno

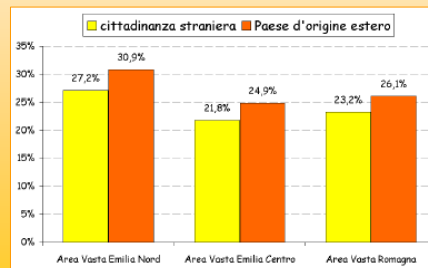


☀ Piemonte (2004): 9.5%, Toscana (2004): 8.5%, Lazio (2007): 35.1%; Campania: 45.8%

distribuzione nati per Area Vasta

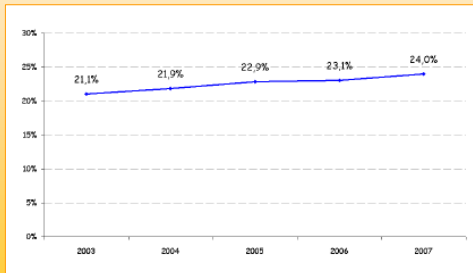


☀ nell'Area Vasta Emilia Nord, maggior frequenza donne con fattori di svantaggio



frequenza induzione travaglio (esclusi TCe)

- ☀ nel 24.0% delle donne è stato indotto il travaglio
 - nel 39.7% dopo le 42 settimane e.g.
 - nel 27.7% tra 40 e 41 settimane e.g.
 - nel 17.1% tra 37 e 39 settimane e.g.
 - nel 25.8% ad età gestazionale <37 sett.

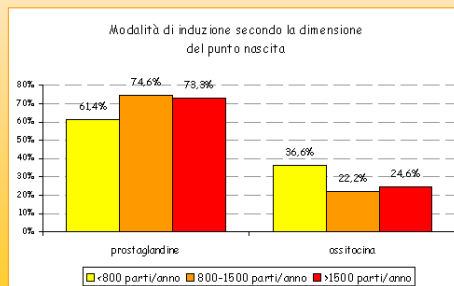
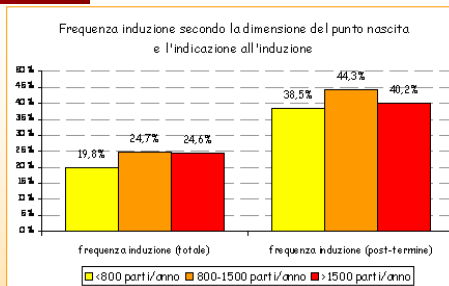


- ☀ la frequenza di induzione aumenta nel periodo 2003-2007 (dal 21.1% al 24.0%)

☀ Piemonte (2004): 16.0%, Umbria (2004): 13.4%, Sardegna (2004): 13.6%

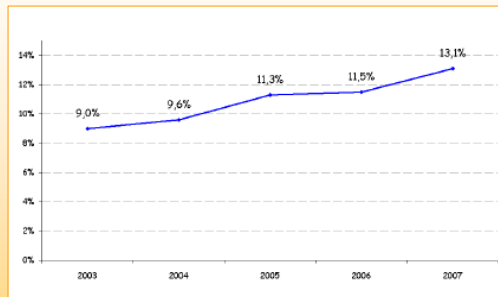
induzione e dimensione punto nascita

- ☀ la maggior frequenza di induzione si osserva nei punti nascita di medie dimensioni



- ☀ nei punti nascita di piccole dimensioni si osserva un maggior utilizzo di ossitocina

frequenza parti pilotati (esclusi TC e indotti)



☀ la frequenza di parti pilotati aumenta nel periodo 2003-2007 (dal 9.0% al 13.1%)

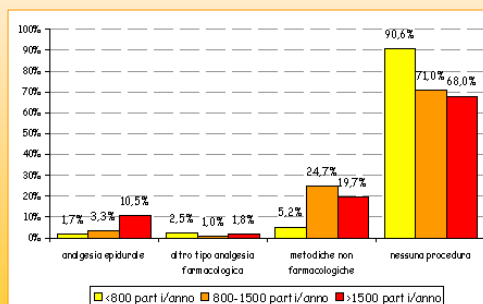
N.B.: nel 2007 il cambiamento nelle modalità di registrazione del dato non ha modificato la dimensione del fenomeno (invariate le differenze osservate tra i diversi punti nascita)

analgesia in corso di travaglio

new entry

☀ il 28.2% ha utilizzato procedure di analgesia

- nel 19.7% metodiche non farmacologiche
- nel 6.9% analgesia epidurale
- nel 1.6% altro tipo analgesia farmacologica



☀ si osservano ampie variazioni tra i punti nascita

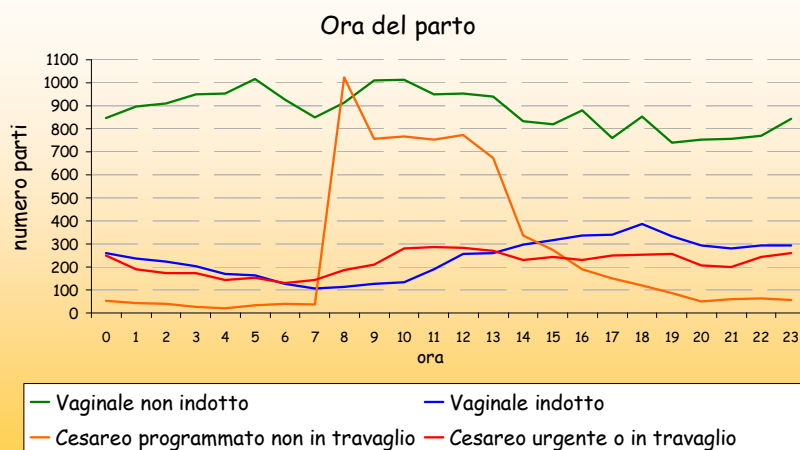
☀ nei punti nascita di piccole dimensioni il minor utilizzo (9.4%)

analgesia in corso di travaglio

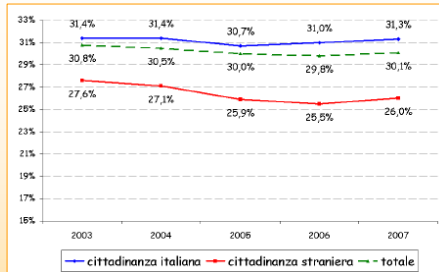
new entry

- ☀ l'analgesia epidurale è più frequente:
 - donne con alta scolarità: OR 6.0 (IC: 5.2-7.0)
 - donne italiane OR 4.5 (IC: 3.9-5.3)
 - donne primipare: OR 2.3 (IC: 2.1-2.6)
- ☀ l'analgesia epidurale è più frequente in donne che hanno frequentato il corso di accompagnamento alla nascita presso l'ospedale vs. consultorio: OR 4.0 (IC: 3.5-4.6)
- ☀ l'analgesia epidurale è più frequente in donne che hanno utilizzato l'ambulatorio ospedaliero vs. consultorio: OR 2.3 (IC: 1.9-2.9)

... la solita notizia

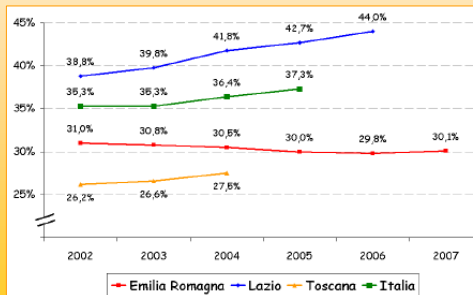


frequenza parti cesarei



lieve riduzione nella frequenza dei parti cesarei nel periodo 2003-2007 (maggiore nelle donne straniere)

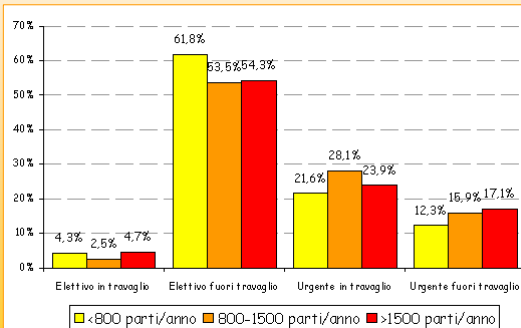
andamento in controtendenza rispetto all'aumento di altre Regioni



modalità parto cesareo e dimensione Centro

la frequenza di parti cesarei è uguale a:

- 30.1% nei punti nascita >1500 parti/anno
- 30.5% nei punti nascita 800-1500 parti/anno
- 28.7% nei punti nascita <800 parti/anno

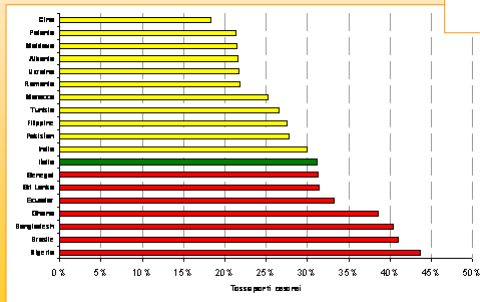
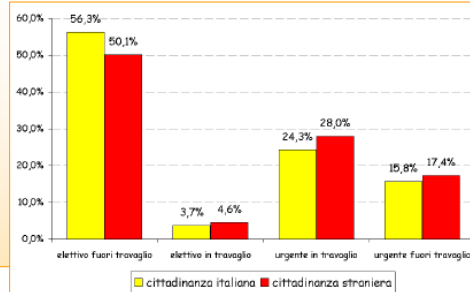


nei punti nascita <800 parti/anno è maggiore la proporzione di parti cesarei elettivi

ampia variabilità tra i Centri

parto cesareo e cittadinanza straniera

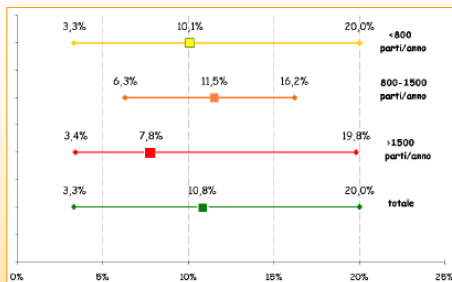
☀ il tasso di cesarei è inferiore nelle donne straniere solo per quanto riguarda i parti cesarei elettivi



☀ il tasso di cesarei è maggiore in alcune etnie rispetto a quello osservato nelle donne italiane

Classe I di Robson:

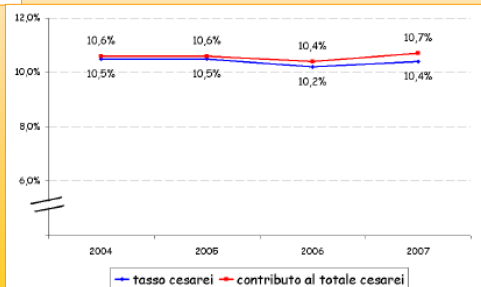
donne nullipare, parto a termine, travaglio spontaneo, feto singolo, presentazione cefalica



☀ ampia la variabilità tra i Centri

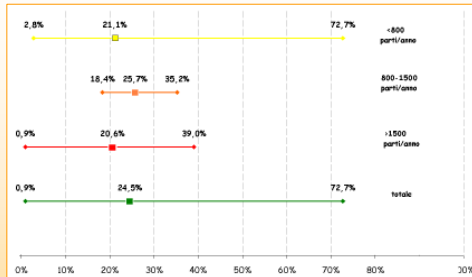
☀ minor frequenza nei Centri >1500 parti/anno

☀ stabile sia il tasso di cesarei che il contributo al totale dei cesarei



Classe IIa di Robson:

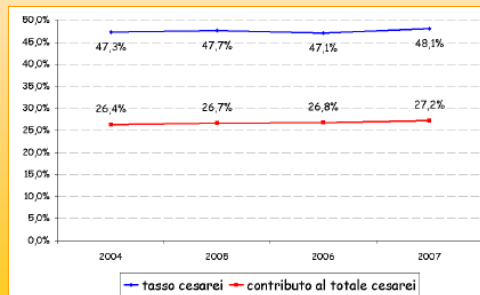
donne nullipare, parto a termine, **travaglio indotto**, feto singolo, presentazione cefalica



☀ ampia la variabilità tra i Centri

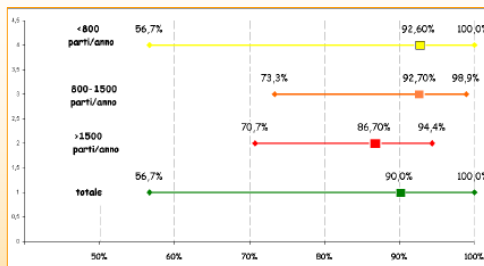
☀ minor frequenza nei Centri >1500 parti/anno

☀ lieve incremento del tasso di cesarei e del contributo al totale dei cesarei



Classe V di Robson:

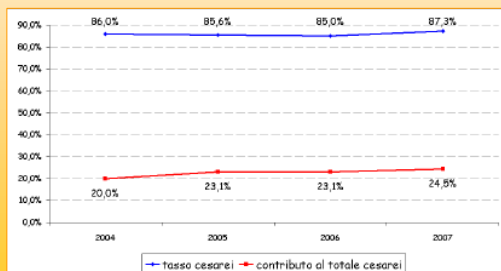
pregresso taglio cesareo, parto a termine, feto singolo, presentazione cefalica



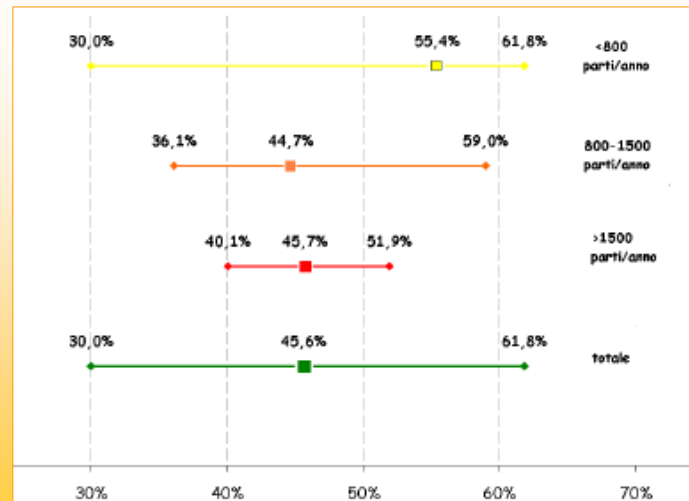
☀ ampia la variabilità tra i Centri

☀ minor frequenza nei Centri >1500 parti/anno

☀ lieve incremento del tasso di cesarei e maggior contributo al totale dei cesarei



partì ... "senza intervento medico"



Indice: "andamento 2003-2007"

➔ la gravidanza

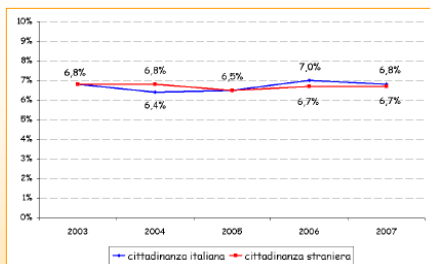
➔ il parto

➔ la nascita

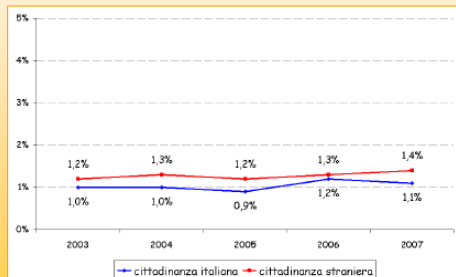
nascita pretermine

- ☀ stabile la frequenza di nati pretermine (~7.3%)
 - 49 nati a ≤ 24 settimane e.g. (33 a 24 sett.)
 - 92 nati a 25-27 settimane e.g.
 - 164 nati 25-27 settimane e.g.
 - 450 nati 31-33 settimane e.g.
- ☀ 748 nati pretermine (32-34 sett.) in punti nascita senza T.I.N. costituiscono un carico che richiede risorse assistenziali
- ☀ il problema dell'assistenza ai nati pretermine in punti nascita senza T.I.N. è particolarmente rilevante nell'Area Vasta Emilia Nord

nati di basso peso



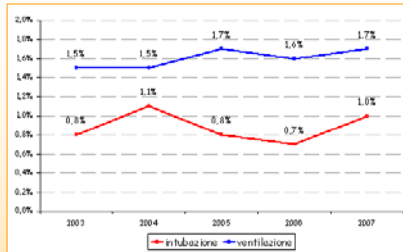
☀ 6.6% nati di basso peso (<2500g)



☀ 1.1% nati di peso molto basso (<1500g)

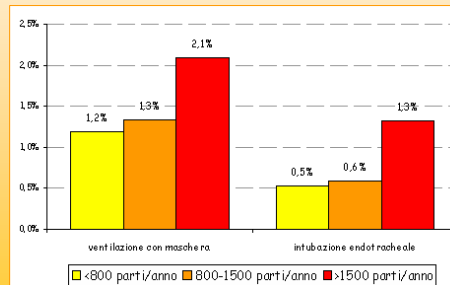
☀ fumo in gravidanza: LBW (OR:1.2) ; VLBW (OR 1.4)

rianimazione neonatale



lieve tendenza a incremento ventilazione manuale e oscillazione dato sull'intubazione

maggior frequenza manovre di rianimazione nei punti nascita con >1500 parti/anno



N.B.: alcune perplessità sull'attendibilità dei dati

.. le solite note dolenti, la solita diapositiva

i dati relativi ai natimorti (3%??) e alla presenza di malformazioni presentano importanti limiti di qualità che ne impediscono una analisi attendibile



migliorare la qualità della rilevazione

- differire la compilazione nei giorni successivi
- affidare la compilazione al pediatra
- attuare processi di formazione sul percorso diagnostico del nato morto e rilevazione malformazioni

io ho solo presentato i dati ...

La redazione del volume è stata curata da

Dante Baronciani	CeVEAS, Modena (Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria)
Vittorio Basevi	CeVEAS, Modena (Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria)
Sergio Battaglia	Servizio Sistema informativo sanità e politiche sociali
Camilla Lupi	Servizio Sistema informativo sanità e politiche sociali
Enrica Perrone	CeVEAS, Modena (Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria)
Simonetta Simoni	Servizio Sistema informativo sanità e politiche sociali
Eleonora Verdini	Servizio Sistema informativo sanità e politiche sociali

