

Bologna 13 novembre 2014

Trend dei TC in Emilia Romagna

... ovvero Ostetrico che
passione!

Fabio Facchinetti

Sara Balduzzi

Giulia Dante

Giulia Pedrielli



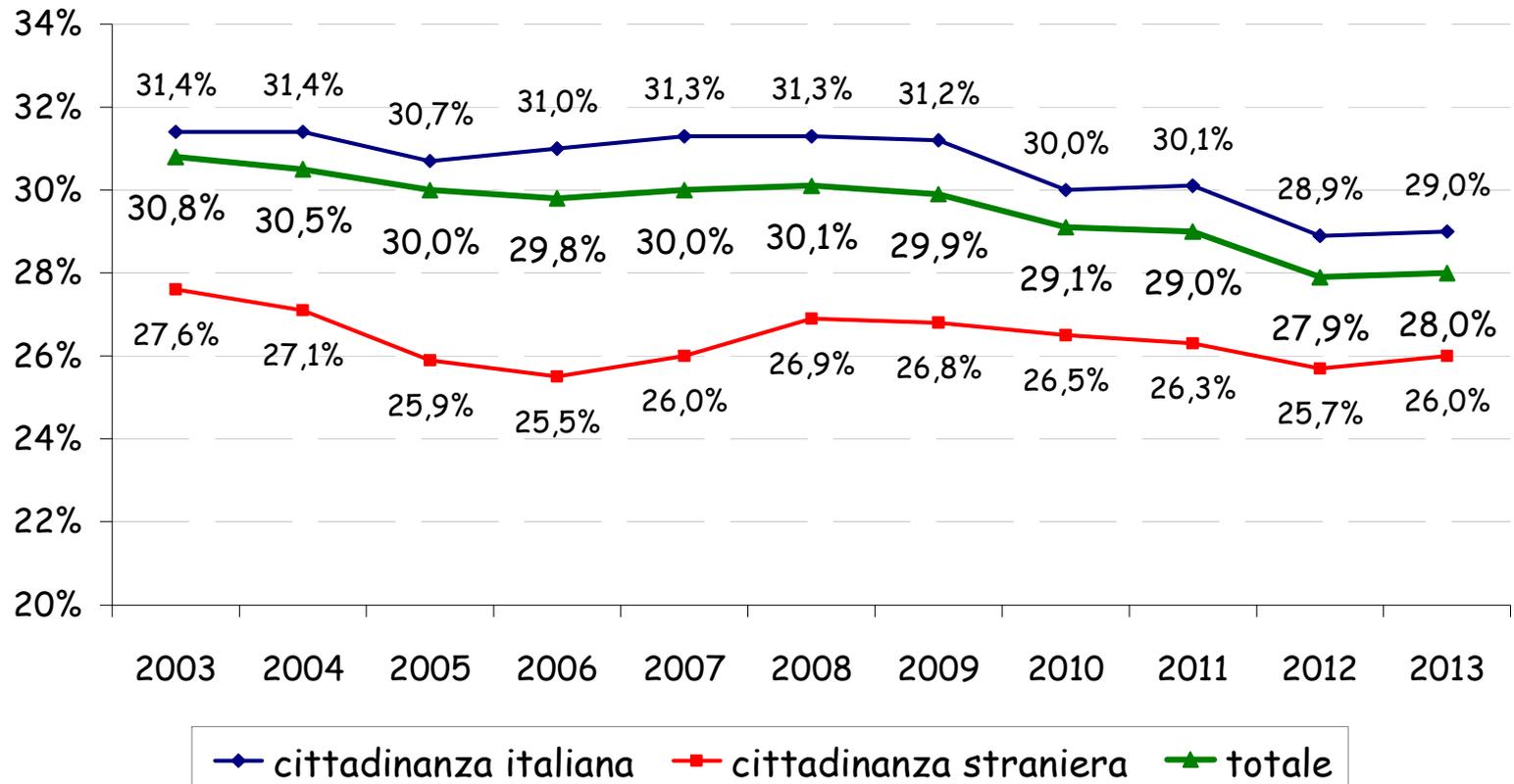
*University of Modena & Reggio Emilia
Mother-Infant & .. Depts.*



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

La diminuzione. Davvero?! Perché??

Parti cesarei

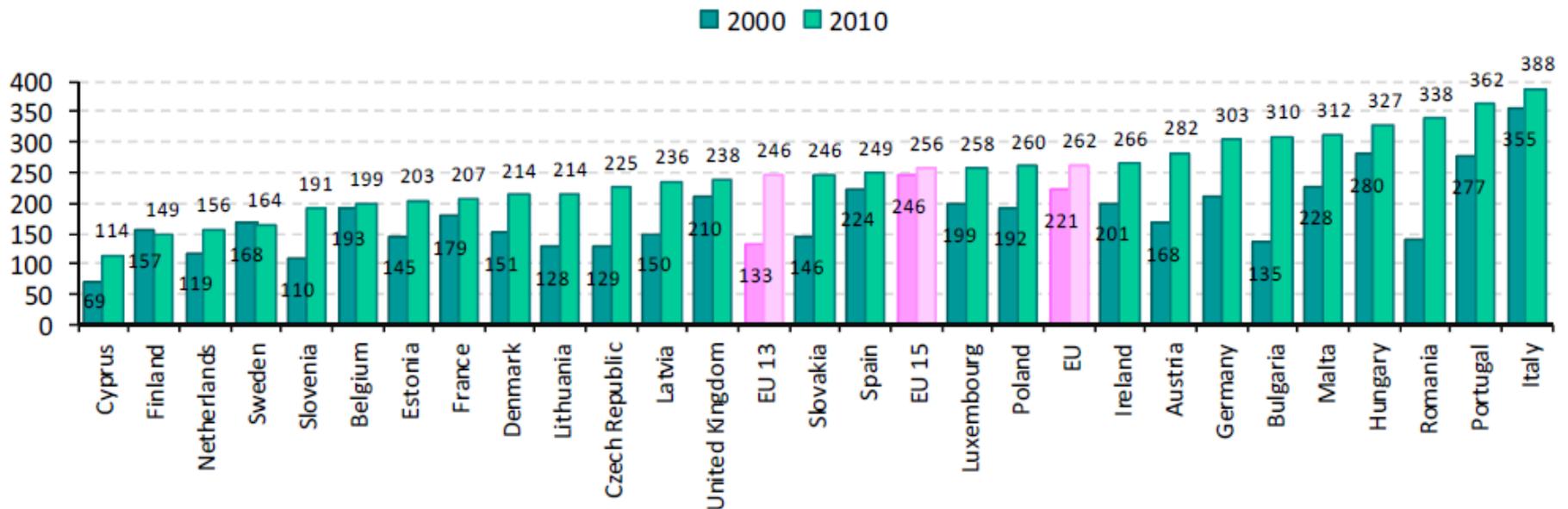


30.1%

28.0%

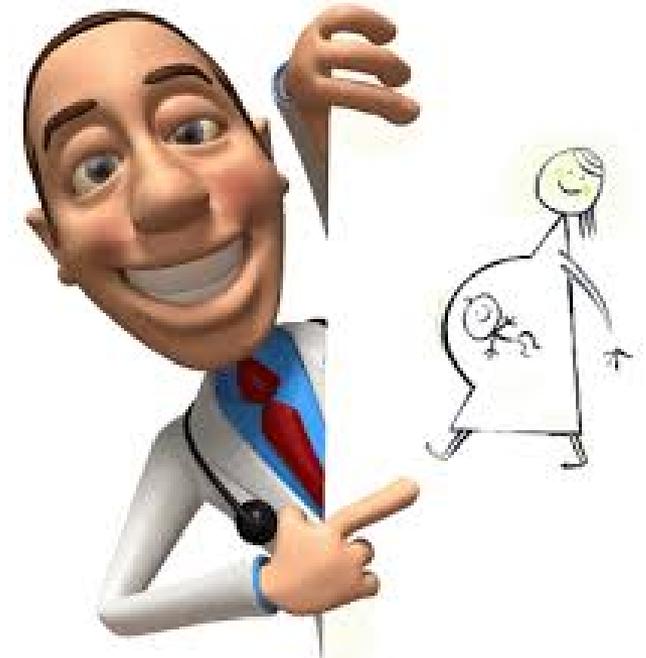
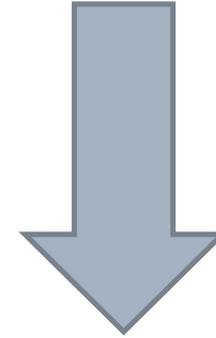
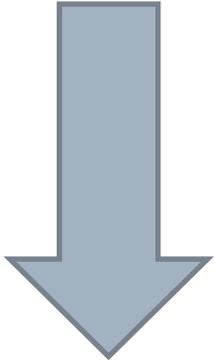
Nel frattempo, in Europa...

CAESAREAN SECTION PER 1.000 LIVE BIRTHS: TREND 2000-2010



http://www.hope.be/03activities/quality_eu-hospitals/key_figures/12-health_care_activities-caesarean_sections.pdf

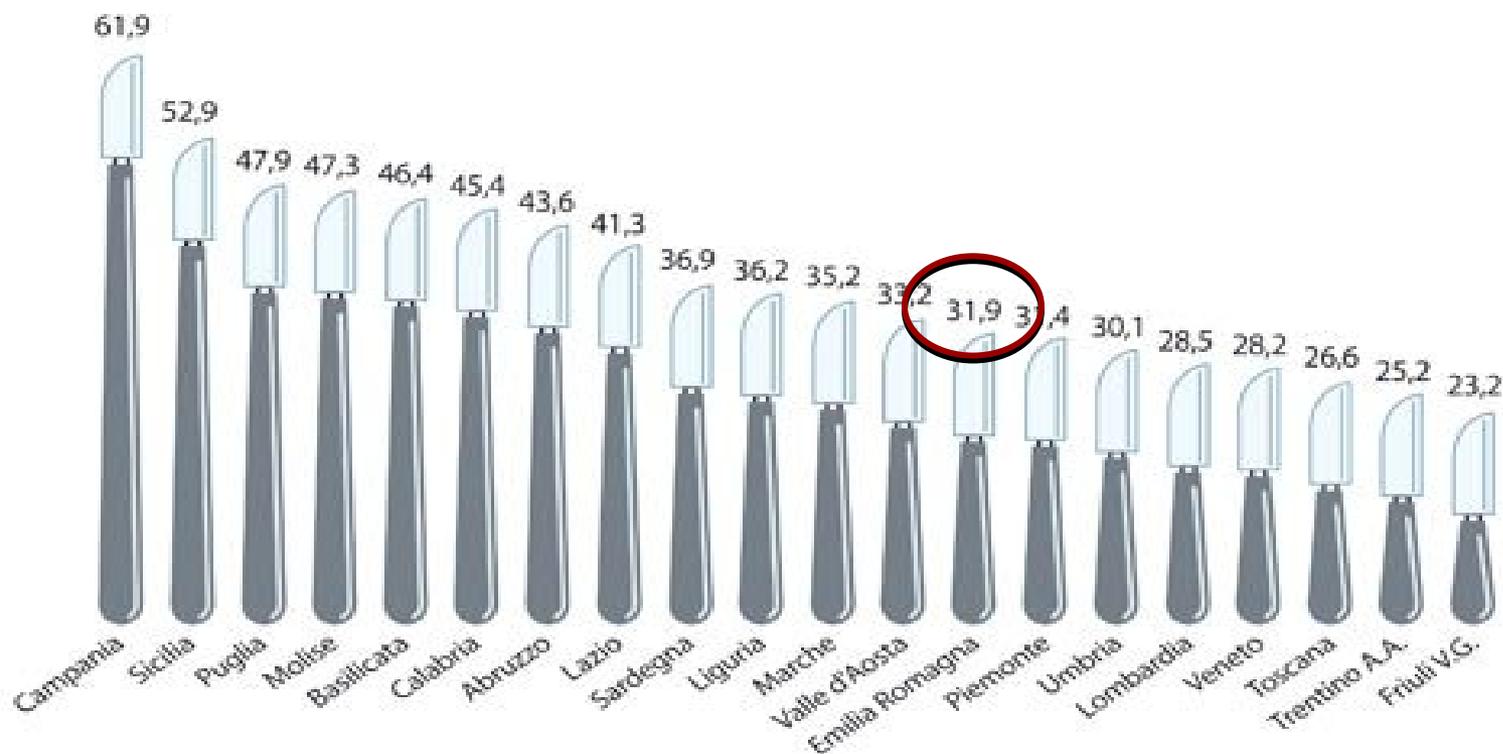
LA DIVERSA INCIDENZA A CHI/COSA E' DOVUTA?



Taglio cesareo

Solo quando serve

LG ISS
2011



MALASANITÀ il caso di Messina

In Sicilia il 52% dei bebè viene alla luce con il bisturi

La Regione corre ai ripari: tariffa unica per tutti i tipi di parto

ANTONIO FIASCONARO PALERMO. In Sicilia si continua sempre più a partorire con il bisturi. Nel 2009 i parti nell'isola sono stati 48.364: 24.024 attraverso il taglio cesareo, mentre in 21.884 casi, la nascita è avvenuta in maniera spontanea, cioè con il parto vaginale. In sostanza quasi il 50 per cento dei parti avvengono in un'operazione. Le percentuali più elevate di cesarei vengono registrate nelle case di cura private rispetto agli ospedali pubblici e nelle strutture che assistono un basso numero di parti annui. Il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, proprio ieri ha parlato a tal proposito che «la proliferazione di tagli cesarei può essere anche dovuta a forme di non trasparenza. Non bisogna lucrare nel settore delicato della sanità».

LE TARIFFE
2.359 EURO il parto con taglio cesareo
1.945 EURO il parto vaginale con sterilizzazione (rachischiamo)
1.489 EURO il parto con complicanze

E' IN USO IN BELGIO, NORVEGIA E SVEZIA il cesareo? Già operativo un test che aiuta il medico a decidere

ROMA. Cesareo o no? Un test semplice aiuta il medico a decidere tra taglio cesareo e parto naturale e aiuta anche le donne lunghe ore di travaglio doloroso e inutili, nonché talvolta causa di complicazioni, come spesso avviene. «L'aspetto troppo tempo in sala parto prima di decidere per un taglio cesareo, inutile aspettare ore e prolungare il travaglio. Il test è stato condotto alla Liverpool University e al Liverpool Women's Hospital. Il test si basa sulla misura della concentrazione di acido lattico (indicatore di muscoli sovraccaricati) nel liquido amniotico: se questa sostanza è presente in elevate quantità, difficilmente la donna ce la farà a partorire in modo naturale e allora serve il cesareo, inutile aspettare ore e prolungare il travaglio. Il test, spiegato da un Libby di Obstetare, è già in uso in vari ospedali in Belgio, in Norvegia e in Svezia e potrebbe aiutare a evitare cesarei inutili o tardivi. L'annoso problema del parto cesareo ha varie facce: da una parte ci sono i cesarei programmati, spesso troppo, più di quelli realmente necessari; basti pensare che, secondo una recente indagine condotta dalla Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo), in Italia i tagli cesarei sono circa il 38% di tutti i parti, superando di gran lunga i valori registrati negli altri Paesi europei che si attestano intorno al 20-25%. L'eccesso di cesarei programmati si può ascrivere a svariate cause, da una parte la richiesta delle future madri di avere un parto indolore, che però spesso cozza con la carenza di anestesisti dedicati, oggi presenti solo nel 34% dei punti nascita; ma poi dall'altra ci sono i medici che, sempre più impauriti dai crescenti casi di contenzioso medico-legale, preferiscono la via sicura del cesareo. Ma non è solo questo il problema, ci sono anche i cesarei non programmati, quelli che si verificano quando, spesso dopo lunghe e dolorose ore di travaglio, la donna non ce la fa a partorire in modo naturale. In questi casi i medici somministrano anche un farmaco che stimola le contrazioni uterine, l'ossitocina.

alle strutture pubbliche sia a quelle private, le varie tipologie di parto, «c'è una evidente distorsione del sistema», ha spiegato Russo - che non trova nessuna spiegazione epidemiologica e che incide pesantemente sui conti della Regione siciliana senza in alcun modo offrire maggiori garanzie di sicurezza alle pazienti. Spesso il ricorso al parto cesareo è motivato da una carenza di informazioni che viene fornita alle gestanti o da una cattiva organizzazione ospedaliera, ma ci sono anche ragioni economiche che orientano le scelte delle strutture: con i attuali tariffe, infatti, la Regione rimborsa una cifra quasi doppia per un parto cesareo. Da qui la scelta di uniformare le tariffe e sono convinto che questa decisione produrrà nel giro di pochi mesi un aumento dei parti naturali che riporterà correttamente la Sicilia al livello delle altre regioni. Il decreto, che prende atto delle risultanze del tavolo tecnico appostamente istituito, prevede un rimborso di 1.900 euro per tutte e tre le principali classificazioni di parto (38): che finora sono state remunerate in modo diverso: il parto vaginale senza complicazioni viene pagato inizialmente 1.489 euro; quello con rachischiamo 1.945 euro; quello con cesareo senza complicanze 2.359 euro e quello con complicanze 2.960 euro. «Rappresenta una media ponderata delle tre tariffe. Il decreto prevede inoltre che la tariffa del parto vaginale venga aumentata di altri 300 euro se effettuato in un'ambulanza - per cui i costi di parti saranno presto emanate nuove linee guida - o a una donna che ha già avuto in passato un parto cesareo. «Le linee guida ministeriali - ha aggiunto Russo - sottolineano come al maggiore ricorso alla pratica chirurgica non corrisponda una riduzione del rischio materino-fetale. I dati, che mettono in cattiva luce la Sicilia, ci impongono un cambio di tendenza e confermano l'esigenza di mettere in atto al più presto una radicale riorganizzazione dell'area materno-infantile. Anche in questo caso bisogna incidere profondamente sugli aspetti culturali e della comunicazione oltre che della trasparenza: chiederemo agli operatori di offrire alle donne in gravidanza una adeguata informazione riguardo alla gestazione e alle diverse modalità di parto seguendo proprio le raccomandazioni contenute nelle linee guida».

I parti in Sicilia

Table with 2 columns: Ospedale, Cesarei (senza complicazioni), Naturali. Lists various hospitals in Sicily and their respective cesarean and natural birth rates.

IL LIBRO Dalla sicurezza alle istruzioni, Elisabetta Malvagna racconta tutti gli aspetti della nascita di un bambino tra le mura domestiche

Macè anche chi sceglie di nascere in casa

TIZIANA LEONE ROMA. Nell'Italia dei parti cesarei, in cui le nascite per via chirurgica sono il 38% del totale contro una media europea del 15%, c'è chi va controtesta e sceglie di partorire in casa. Un ritorno alle origini, alle tradizioni, alla cultura delle nonne che molti vedono come una scelta «folle, presuntuosa e snob», che razzierebbe il nostro Stato rimborsa e che in Italia viene praticata da un 2,3% delle donne, contro il 30% delle olandesi. A raccontare il misterioso viaggio nel parto in casa è Elisabetta Malvagna nel suo libro «Istruzioni per l'uso», edito da Rea e presentato il nostro più frequente è: «Ma è sicuro?». Considerate che il 90% della popolazione che attualmente vive sulla Terra è nata in casa - si legge nel capitolo dedicato alla «sicurezza» - Chi sceglie di partorire in casa ha in genere fra i 30 e i 40 anni, una cultura me-

dio-superiore, è pluripara, con una precedente esperienza ospedaliera non recente». Ad occuparsi del parto fra le mura domestiche non è il ginecologo, ma l'ostetrica, figura-chiave se si decide di mettere al mondo il proprio bambino senza uscire di casa. Il parto in casa va selezionato a giudizio del libro Marta Campiotti, ostetrica che ha fatto nascere circa 530 bambini in casa e ha 25 anni di esperienza alle spalle. Le condizioni sono: baste sui criteri oggettivi: la donna deve essere sana, avere una gravidanza fisiologica, non deve essere il diabetico, l'emoglobinica deve essere pari o superiore a 0,5, il bambino deve essere a termine, non essere pretermico, il peso deve essere inferiore ai 2,6 chilogrammi e non superiore ai 4,2-4,5 chilogrammi e bisogna valutare anche il bacino della madre. La gravidanza deve essere seguita dall'ostetrica almeno dalla seconda metà. L'ospedale deve essere a 30-40 mi-

nuti di distanza, anche se ciò che conta è quando si decide di trasferire il parto in casa: importante è che l'ostetrica riconosca il momento e non tergiversi. In Italia la maggioranza delle donne si sente più sicura a partorire in ospedale, ma quello che spinge alcune donne a scegliere di restare in casa è il bisogno di vivere un momento così importante in un luogo intimo ed evitare interventi inutili e costosi. Il libro spiega che, secondo una ricerca olandese realizzata nel 2009 su 530 mila nascite e pubblicata sul «British Journal of Obstetrics and Gynaecology», il 60 per cento delle donne in casa, se la gravidanza non è a rischio, è sicuro come in ospedale. In realtà in Italia, più che la natura della nascita, è la logica del cesareo, visto che ormai il 40 per cento dei parti non avviene grazie a un intervento chirurgico. Un numero elevato, considerato che alla fine degli

italiana. Il motivo, dice il tam tam delle corse, è in parte anche pecuniario. Una nascita naturale senza complicazioni rende per il tariffario nazionale dell'ospedale 1489,46 euro, più 407 euro per giorno di ricovero. Il cesareo vale quasi mille euro in più, (2359,69) e più del doppio (3371) in caso di complicazioni. Ma non è solo in Italia che la moda dei cesarei dilaga, anche negli Stati Uniti, patria del fast-food, la natura è adeguata ai ritmi frenetici del quotidiano, permettendo ai nuovi bambini di nascere in perfetto orario di ufficio. Molte sono le mamme-vip che hanno preferito l'alternativa del parto in casa. Cindy Crawford e Elle McPherson hanno dato alla luce i loro figli in casa. Gisela Bundchen ha partorito Benjamin nella vasca da bagno. In Italia hanno fatto questa scelta Giorgia, Pamela Vilforesi, Anna Oxa, Eleonora Brigliadori, Chiara Giordano (moglie di Raoul Bova) e la moglie di Claudio Bisio.



VIP CASALINCHI. La modella Elle McPherson ha partorito in casa. Gisela Bundchen nella vasca da bagno

il Giornale.it
 politica
 55% streaming

Home Politica Mondo Cronache Blog Economia Sport Cultura Te

Chiara 55% streaming - 30% playlist online - 15% on st

Condividi:
 f t
 (8+1)

Commenti:
 [Redacted]

Parti cesarei, Italia da record

Nel nostro Paese chirurgici quattro parti su dieci, un tasso quasi doppi
 al resto dell'Europa. Sforato il limite raccomandato dall'Oms, soprattu
 Italia

Redazione - Gio, 11/02/2010 - 20:24

IlFattoQuotidiano.it / Donne di Fatto / Passate parola

È NATA Mia LA NUOVA APP DE IL FATTO QUOTIDIANO

**“Uso inappropriato del parto cesareo”.
 Ministero manda ispezioni in tutta Italia**

*I carabinieri del Nas
 Renato Balduzzi, effe
 pubbliche e private. I
 naturali supera il 60
 visto che un taglio è j
 rispetto a quella cor*

inGenere
 Dati • Politiche • Questioni di genere

Home Articoli News Ricerche Agenda Recensioni Video Numeri

Articolo sanità - spesa pubblica

**Troppi parti cesarei in Italia
 Il triplo del resto d'Europa**



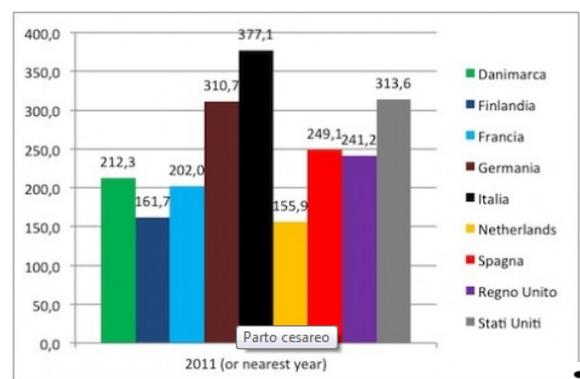
il tempo per sopravvivere tra casa e lavoro

LA 27 VENTISETTESIMA ora

MAR 21
**Ospedale inefficiente? Il parto è cesareo
 In Campania il dato più “aberrante”**

di Giovanna Pezzuoli
 Tags: parto cesareo, rivista ingenero, sprechi sanitari

”
 377 bambini su 1000 in Italia nascono per via chirurgica. La rivista on-line inGenere illustra i dati e dimostra abusi e incongruenze di questa anomalia



IMMAGINA, PUOI **FAS**

Musica senza limiti con **DEEZER** **29€ al mese** Scopri l'offerta

Condividi:
 f t
 (8+1)

Commenti:
 [Redacted]

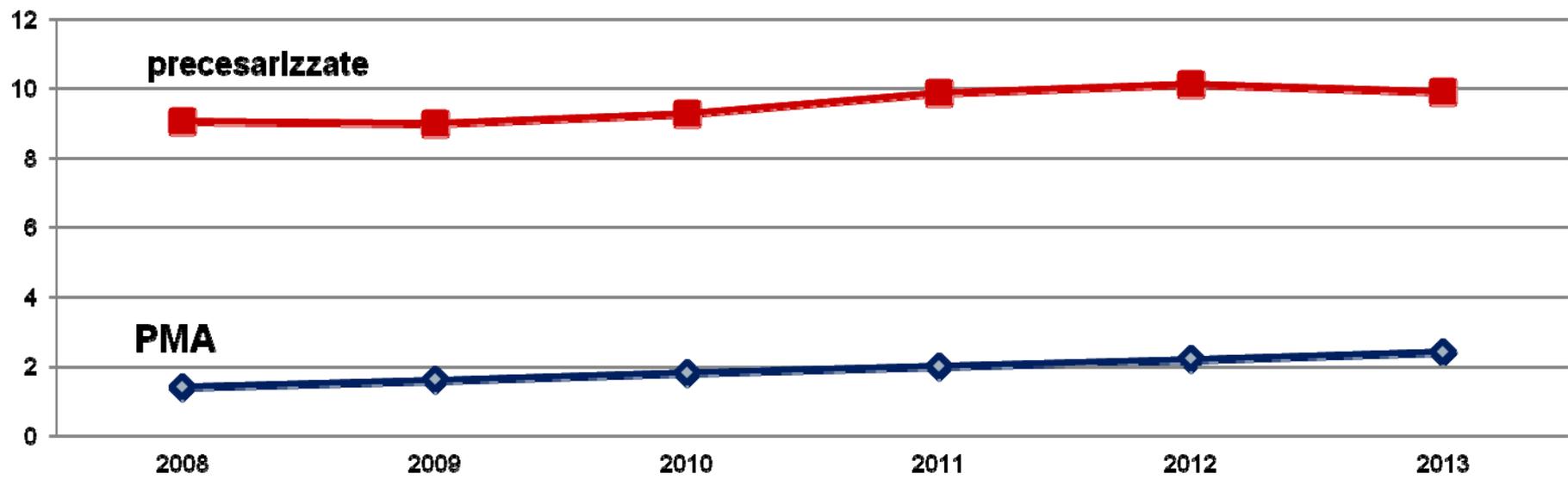
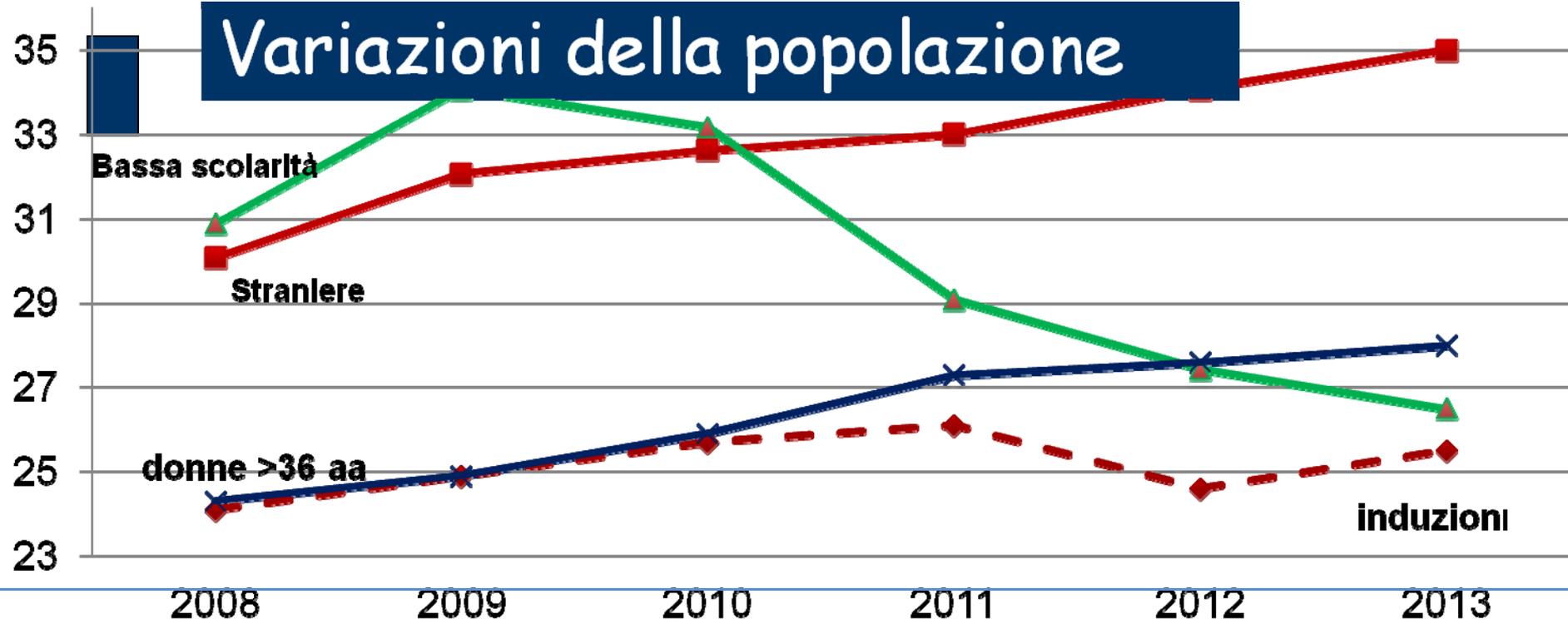
Troppi parti cesarei, cartellino rosso all'Italia

Disattese le direttive dell'Oms. La Turco: «Regole più severe»

Tanti, troppi tagli cesarei in Italia

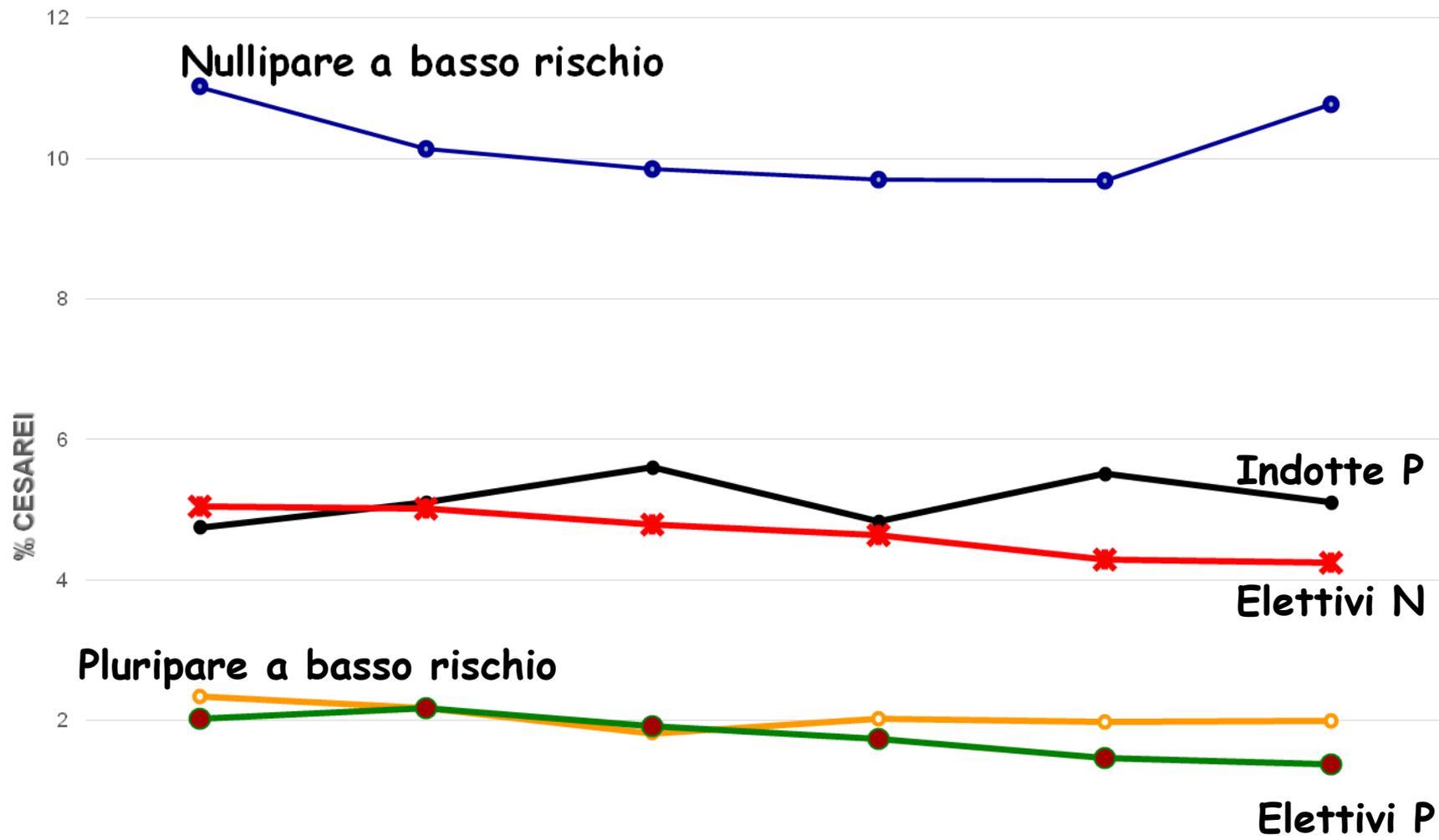
Serena Donati
 Istituto Superiore di Sanità

Variazioni della popolazione



Fattori che influenzano il ricorso a TC in regione			
Età madre (24-28)	-	Anno (2008)	
28 – 31	1.31 (1.26;1.37)	2009	0.97 (0.92;1.02)
32 – 35	1.55 (1.48;1.62)	2010	0.92 (0.88;0.97)
≥36	1.98 (1.88;2.07)	2011	0.89 (0.85;0.94)
		2012	0.90 (0.86;0.95)
Cesarei precedenti	1	18.42 (17.22;19.69)	2013
	>=2	67.94 (54.50;84.70)	
		Parti precedenti sì	0.19 (0.18;0.20)
Procreazione assistita		1.47 (1.33; 1.61)	
Nazionalità non italiana		1.13 (1.09;1.17)	
Travaglio Indotto		2.54 (2.46;2.62)	Tipo di ospedale (non Hub)
Scolarità	Media	1.12 (1.08;1.16)	HUB non universitario
	Bassa	1.25 (1.20;1.31)	HUB universitario (PR, MO, BO, FE)
Peso neonato	LGA	1.59 (1.52;1.66)	
	SGA	1.57 (1.50;1.65)	

CLASSI DI ROBSON NEL TEMPO



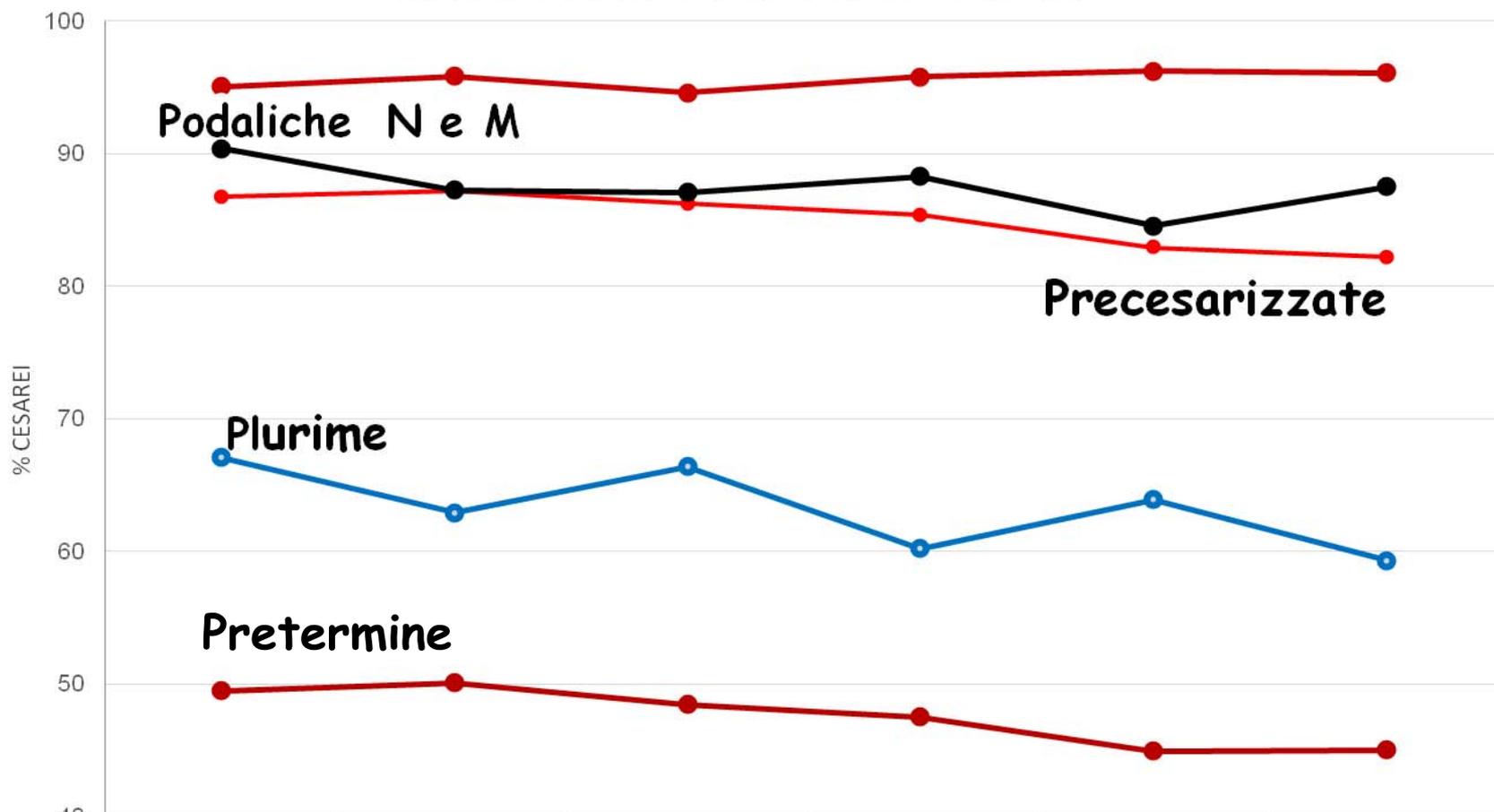
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
I	11,02	10,14	9,85	9,7	9,68	10,77
III	2,34	2,18	1,82	2,03	1,98	2
IV a	4,75	5,11	5,61	4,83	5,51	5,1
IIb	5,04	5,02	4,79	4,64	4,29	4,24
IVb	2,03	2,18	1,92	1,74	1,46	1,37

CLASSI IIb e IVb

(-1.4%)

	2008-2009	2012-2013
	OR (IC95%)	OR (IC95%)
Età della madre (24 -28)		
28 – 31	1.31 (1.19;1.44)	1.31 (1.18;1.46)
32 – 35	1.75 (1.59;1.92)	1.73 (1.56;1.92)
≥36	2.79 (2.54;3.06)	2.83 (2.56;3.13)
Parti precedenti	0.34 (0.32;0.36)	0.30 (0.28;0.32)
Procreazione assistita	1.44 (1.21;1.70)	1.41 (1.21;1.64)
Nazionalità Non italiana	0.86 (0.80;0.92)	0.99 (0.92;1.07)
Scolarità Media	1.10 (1.02;1.18)	1.16 (1.08;1.25)
Bassa	1.27 (1.17;1.38)	1.37 (1.25;1.50)
Dimensione neonato (AGA)		
LGA	1.22 (1.12;1.33)	1.28 (1.17;1.41)
SGA	1.10 (1.00;1.21)	1.15 (1.04;1.27)
Tipologia di ospedale (non HUB)		
HUB universitario (PR, MO, BO, FE)	0.79 (0.74;0.85)	0.75 (0.69;0.81)
HUB non universitario	0.84 (0.78;0.90)	0.89 (0.82;0.95)

CLASSI DI ROBSON NEL TEMPO



	2008	2009	2010	2011	2012	2013
V	86,72	87,14	86,22	85,335	82,91	82,17
VI	95,06	95,81	94,55	95,76	96,2	96,07
VII	93,85	92,14	92,41	91,2	93,3	93,76
VIII	90,36	87,21	87,06	88,23	84,52	87,46
IX	67,04	62,9	66,39	60,18	63,89	59,3
X	49,45	50,08	48,42	47,5	44,91	45,02

PRETERMINE (- 4.4%)

	2008-2009	2012-2013
	OR (IC95%)	OR (IC95%)
Età della madre (24 – 28)		
28 – 31	1.19 (0.97;1.46)	1.05 (0.85;1.32)
32 – 35	1.79 (1.47;2.19)	1.08 (0.87;1.34)
≥36	2.03 (1.66;2.49)	1.54 (1.24;1.91)
Parti precedenti	0.49 (14.19;25.53)	0.48 (0.41;0.57)
Cesarei precedenti 1	19.03 (14.19;25.53)	13.71 (10.49;17.92)
2+	176.70 (43.49;717.95)	151.89 (47.90;481;63)
Procreazione assistita	1.28 (0.86;1.91)	2.40 (1.58;3.63)
Nazionalità non italiana	0.85 (0.73;0.98)	0.96 (0.82;1.12)
Scolarità Media	0.92 (0.78;1.09)	1.06 (0.89;1.26)
Bassa	1.05 (0.87;1.27)	1.19 (0.98;1.46)
Dimensione neonato (AGA)		
SGA	3.42 (2.65;4.42)	2.72 (2.13;3.48)
Tipologia di ospedale		
HUB universitario (PR, MO, BO, FE)	1.56 (1.34;1.83)	1.83 (1.54;2.19)
HUB non universitario	1.36 (1.15;1.61)	1.61 (1.34;1.93)



Non esiste evidenza circa la modalità del parto nel prematuro

Infant

There were very little data of relevance to the three main (primary) outcomes considered in this review: There was no significant difference between planned immediate caesarean section and planned vaginal delivery with respect to birth injury to infant (risk ratio (RR) 0.56, 95% confidence interval (CI) 0.05 to 5.62; one trial, 38 women) or birth asphyxia (RR 1.63, 95% CI 0.84 to 3.14; one trial, 12 women). The only cases of birth trauma were a laceration of the buttock in a baby who was delivered by caesarean section and mild bruising in another allocated to the group delivered vaginally.

The difference between the two groups with regard to perinatal deaths was not significant (0.29, 95% CI 0.07 to 1.14; three trials, 89 women) and there were no data specifically relating to neonatal admission to special care and/or intensive care unit.

Mother

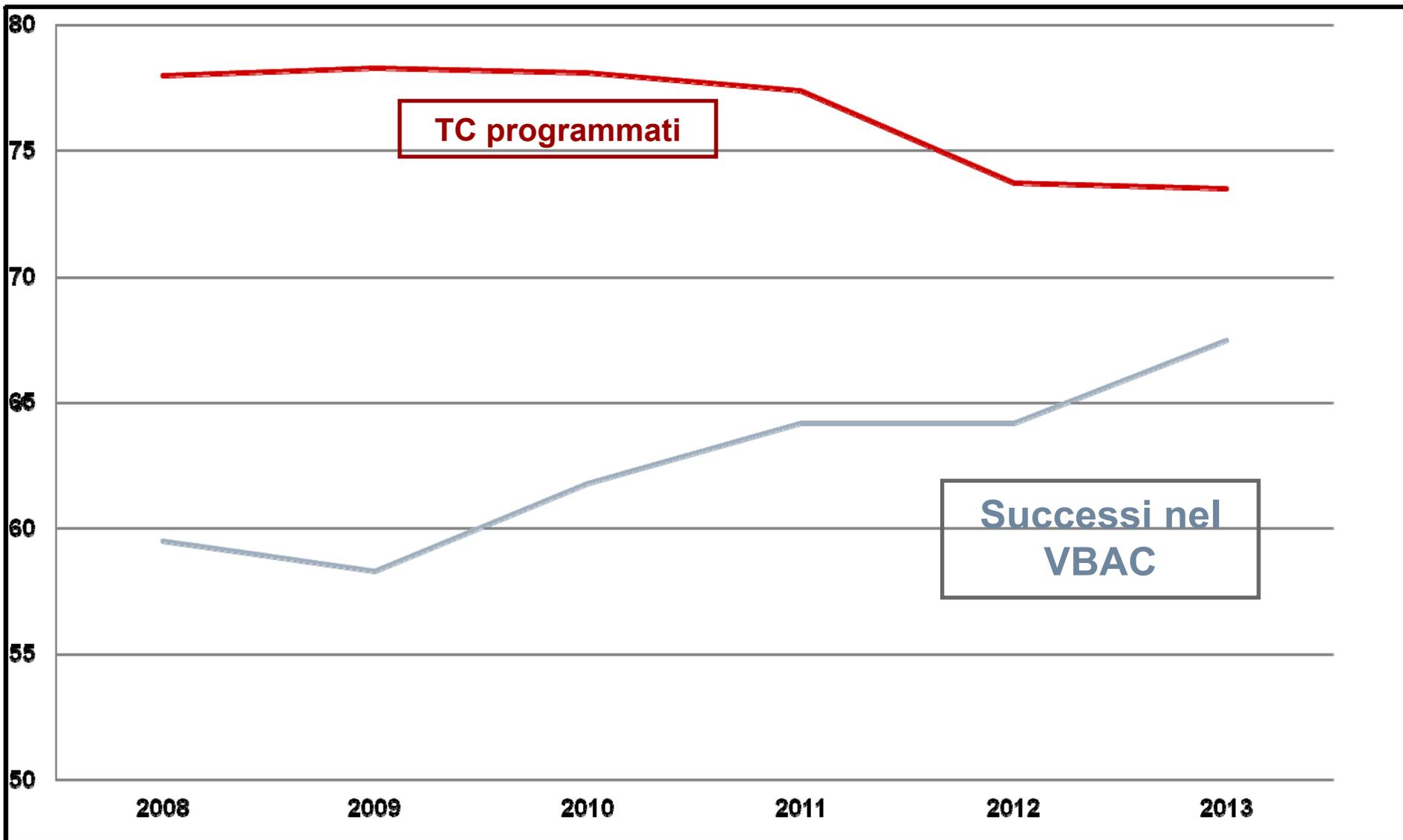
There were no data reported on maternal admissions to intensive care. However, there were seven cases of major maternal postpartum complications in the group allocated to planned immediate caesarean section and none in the group randomised to vaginal delivery (RR 7.21, 95% CI 1.37 to 38.08; four trials, 116 women).

There is not enough evidence to evaluate the use of a policy of planned immediate caesarean delivery for preterm babies. Further studies are needed in this area, but recruitment is proving difficult.

CLASSE V (- 4.5%)

	2008-2009	2012-2013
	OR (IC95%)	OR (IC95%)
Età della madre (24 -28)		
28 – 31	0.99 (0.78;1.25)	1.32 (1.08;1.62)
32 – 35	1.00 (0.79;1.26)	1.49 (1.22;1.81)
≥36	1.25 (0.99;1.59)	1.98 (1.61;2.42)
Procreazione assistita	0.89 (0.35;2.31)	2.35 (0.84;6.58)
Nazionalità non italiana	0.70 (0.60;0.81)	0.85 (0.74;0.97)
Scolarità (alta)		
Media	1.18 (0.98;1.42)	1.30 (1.12;1.51)
Bassa	1.13 (0.93;1.37)	1.29 (1.09;1.53)
Dimensione neonato (AGA)		
LGA	1.28 (1.01;1.63)	1.16 (0.96;1.41)
SGA	0.78 (0.62;0.98)	0.88 (0.71;1.09)
Tipologia di ospedale (non HUB)		
HUB universitario (PR, MO, BO, FE)	0.87 (0.74;1.02)	0.74 (0.64;0.88)
HUB non universitario	0.86 (0.72;1.02)	0.53 (0.46;0.61)

ALLENARSI MIGLIORA LE PERFORMANCES



PRECESARIZZATA



- Italiana di 33 anni
- Gravidanza spontanea
- Travaglio spontaneo
- Bassa scolarità

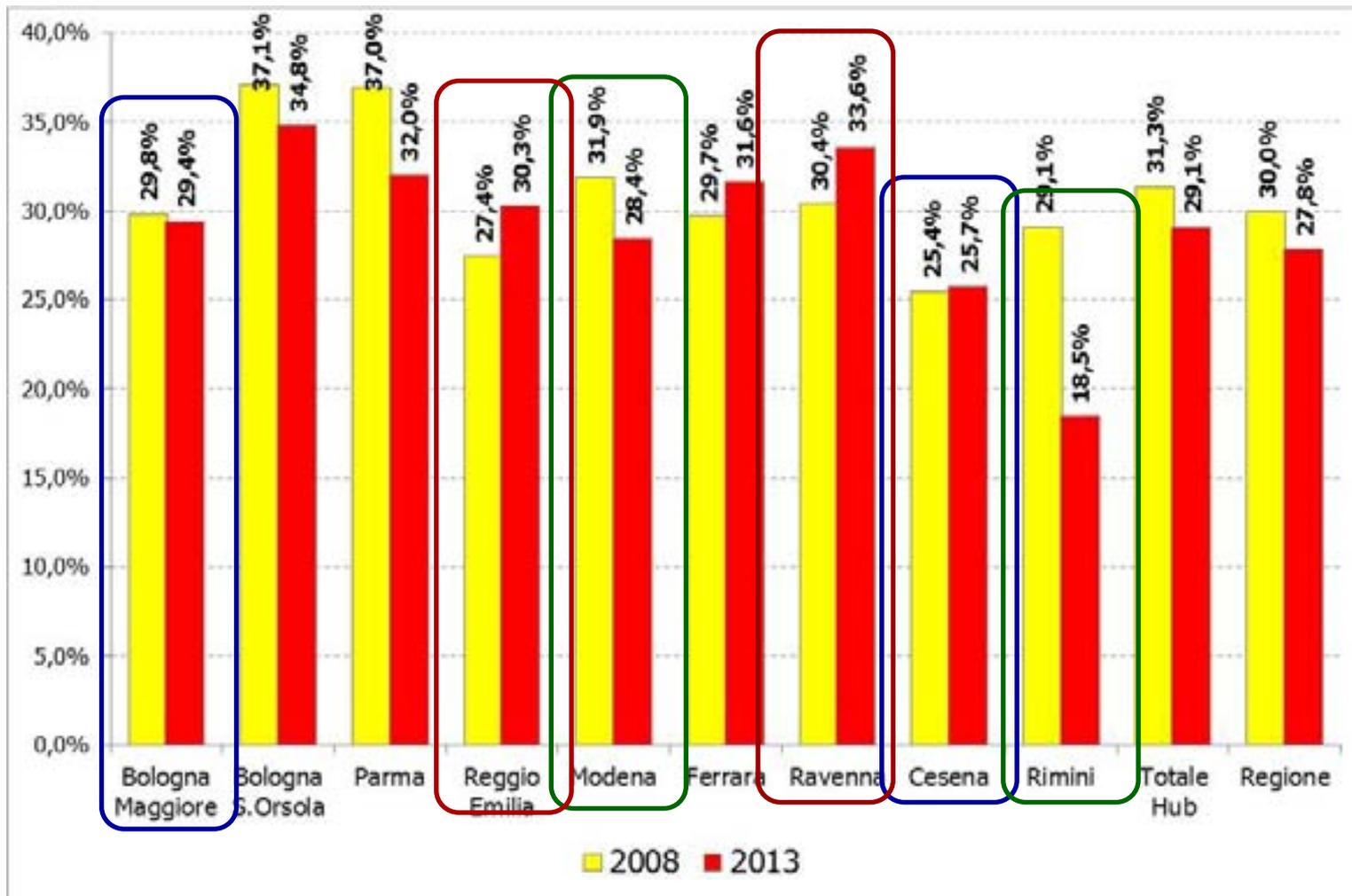
Nel 2008

**44%
Probabilità
di TC**

Nel 2013

**37.4%
Probabilità di
TC**

variabilità tra i Centri



Comparative analysis of international cesarean delivery rates using 10-group classification identifies significant variation in spontaneous labor

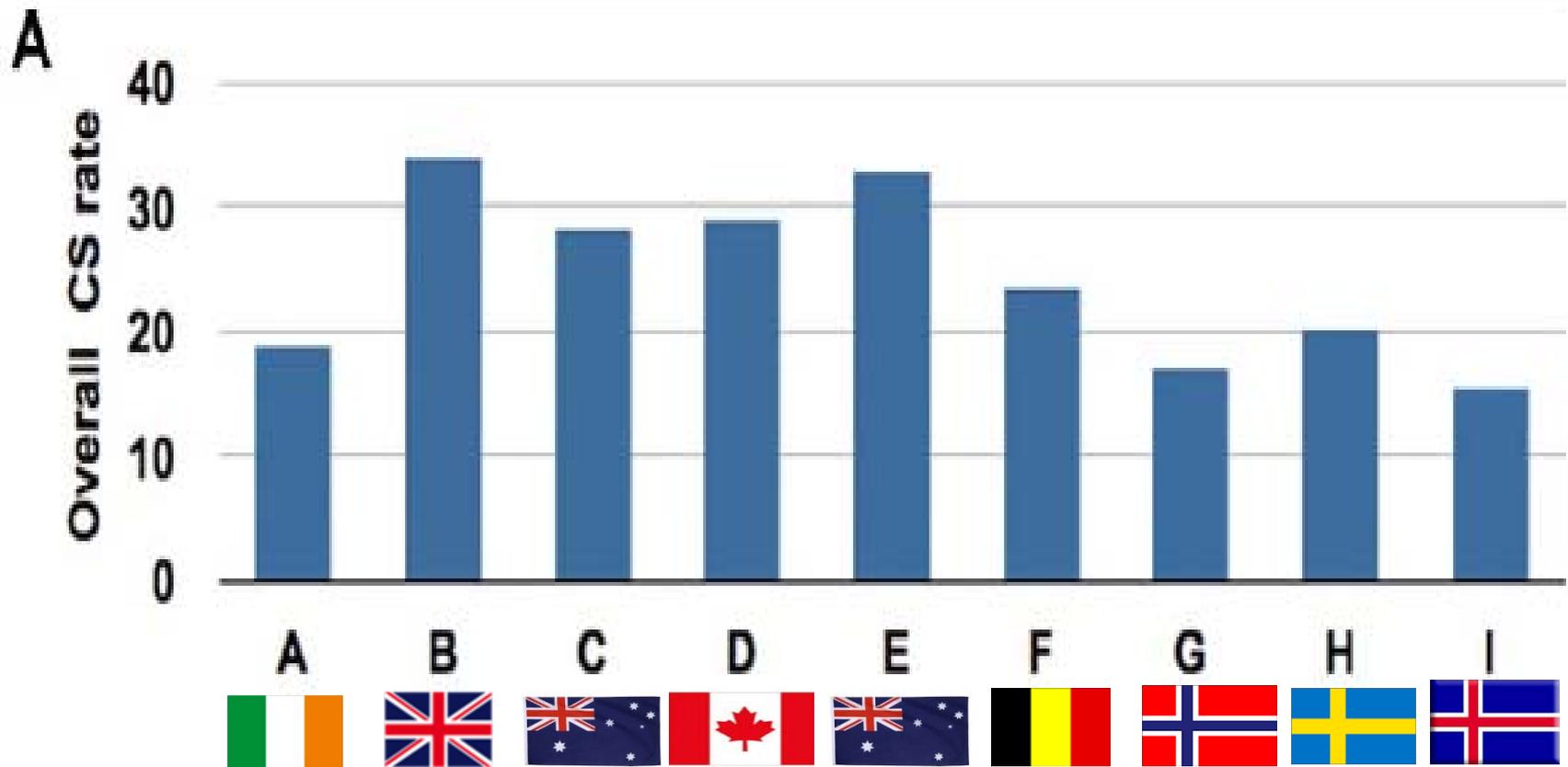
Donal J. Brennan, PhD; Michael S. Robson, MD; Martina Murphy, RN; Colm O'Herlihy, MD

Am J Obstet Gynecol 2009;201:308.e1-8.

- **More than 47,000 deliveries were examined in 9 different International Centers**
- **The aim of this study is to apply the 10-group classification to highlight both international differences and common factors in CS practices**

FIGURE 1

Overall CS rates and term singleton cephalic nullipara CS rates



Il resto del mondo, e noi

TABLE 3

Analysis of variation of CS rates in individual groups in 47,402 deliveries from 9 international obstetric cohorts

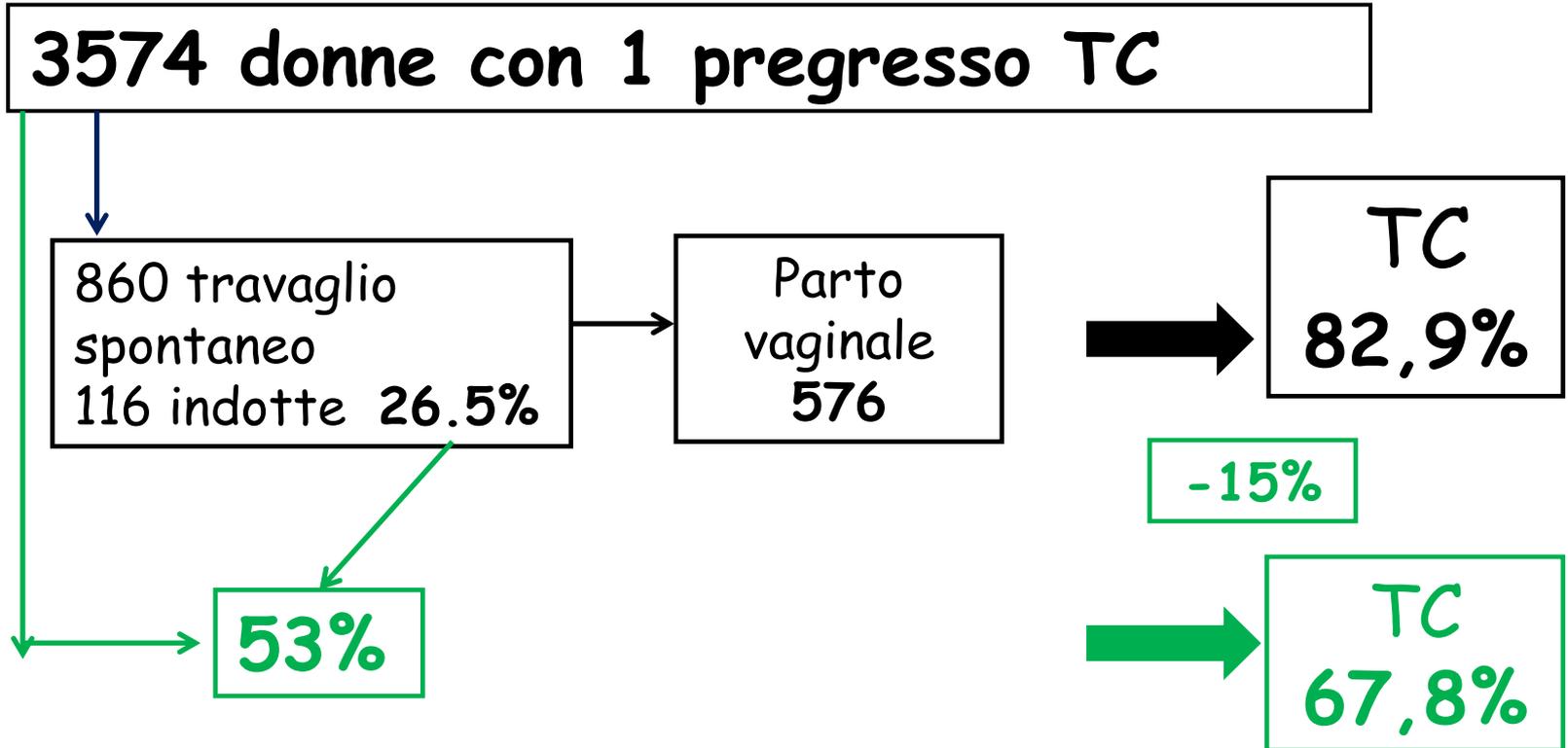
Group	Mean	Minimum	Maximum	ER	CV	Ratio of highest to lowest rate
1	13.11	5.66	20.63	10.77	42.1	3.65
2	40.37	26.47	53.92	NA	22.6	2.04
3	2.7	0.82	4.93	2	48.8	6.03
4	20.78	11.57	43.25	NA	49.6	3.74
5	67.33	51.48	80.79	82.17	18.3	1.57
6	90.69	69.93	98.67	96.01	9.61	1.41
7	86.88	66.18	97.56	93.76	11.5	1.47
8	57.69	34.72	74.67	87.46	20.4	2.15
9	98.38	90.00	100.0	NA	3.54	1.11
10	35.28	22.29	46.65	45.02	24.5	2.09

CS, cesarean section; CV, coefficient of variation; SD, standard deviation.

Brennan. International cesarean rates using 10-group classification. *Am J Obstet Gynecol* 2009.

CAVALCARE IL TREND...

IPOSTESI a) CLASSE V



TC in ER da 28 a 23,8%
(in x anni)

CLASSE V: complicanze

U.S.A

17740

73.2%
PARTI
VAGINALI

4754 TC

109
ROTTURE
D'UTERO
0,61% (0,5 - 0,9)

93
Deiscenze
della sutura

E - R

4775

PARTO
VAGINALE
62.8 %

1776 TC

ROTTURE D'UTERO
ATTESE = 28 (20 - 43)

In 6 anni!

CAVALCARE IL TREND...

IPOTESI b) CLASSE IIb/IVb

2090 donne hanno indicazione /scelto il TC elettivo

5,60% della popolazione

28%

4,8% della popolazione (-20%)

26.8%

3,36 % della popolazione (-30%)

24.6%

Finalmente leader...



Figura 1. Percentuale di tagli cesarei in Europa (Fonte: European Perinatal Health Report, dicembre 2008).

in breve...

- La diminuzione dei TC in Regione non è casuale, ma si tratta di un trend, peraltro opposto a quanto si sta realizzando in Europa
- Ciò riguarda soprattutto le donne precesarizzate (+ travagli), le gravidanze pretermine e gli elettivi
- Benché le caratteristiche di popolazione siano mutate (+attempate, + straniera, +PMA, -bassa scolarità), sembrano i professionisti (e le donne?) ad aver mutato approccio al parto
- L'interpretazione dei dati è comunque limitata dalla disomogeneità tra i vari punti nascita

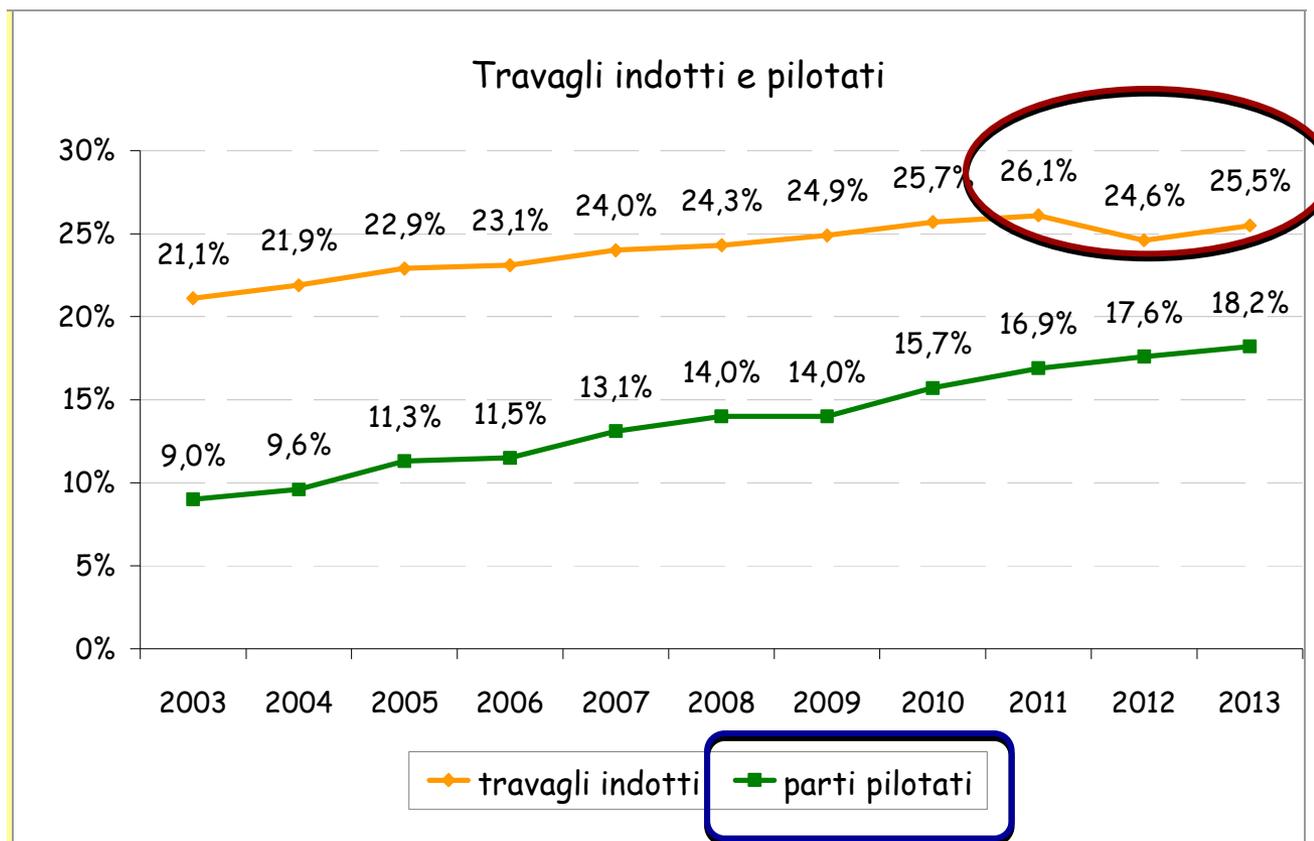




In breve ...

induzione del travaglio

se si escludono i parti senza travaglio: **25.5%** di induzioni
(il 20.8% sul totale dei parti)



PARTOPRETERMIN



- Donna italiana
- 32/34 anni
- Gravidanza spontanea
- Travaglio spontaneo
- SGA
- Scolarità bassa
- HUB

- Donna straniera
- 32/34 anni
- Gravidanza spontanea
- Travaglio spontaneo
- SGA
- Scolarità bassa
- HUB

< 34

W

2008
TC nel

2013
TC nel

2008
TC nel

2013
TC nel

PARTOPRETERMIN



- Donna italiana
- 32/34 anni
- Gravidanza spontanea
- Travaglio spontaneo
- AGA
- Scolarità bassa
- HUB

- Donna straniera
- 32/34 anni
- Gravidanza spontanea
- Travaglio spontaneo
- AGA
- Scolarità bassa
- HUB

< 34

W

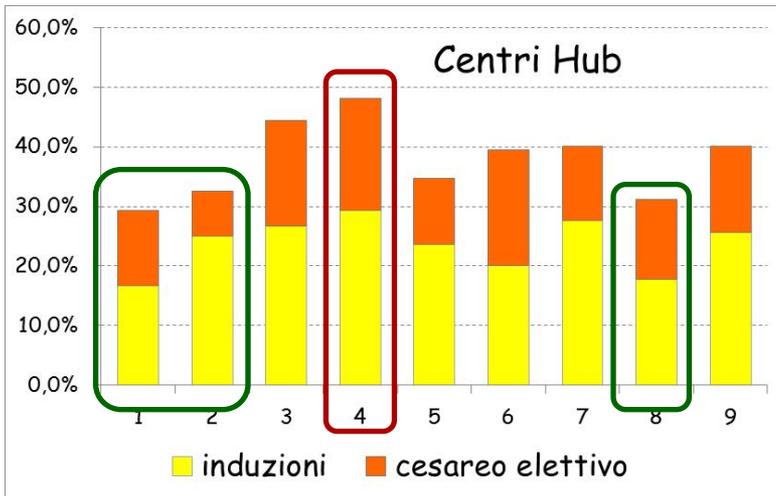
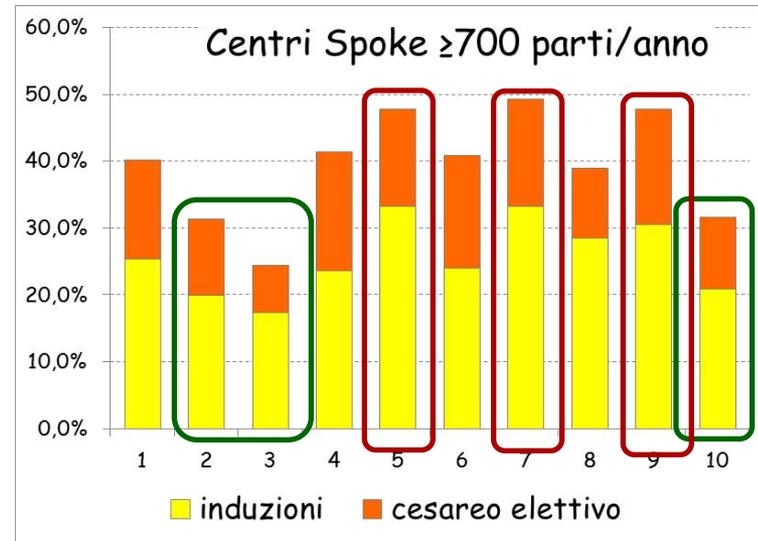
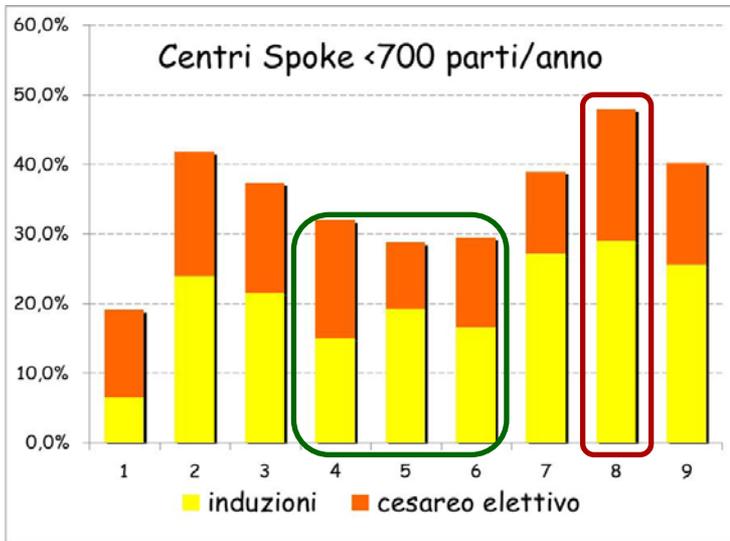
2008
TC nel

2013
TC nel

2008
TC nel

2013
TC nel

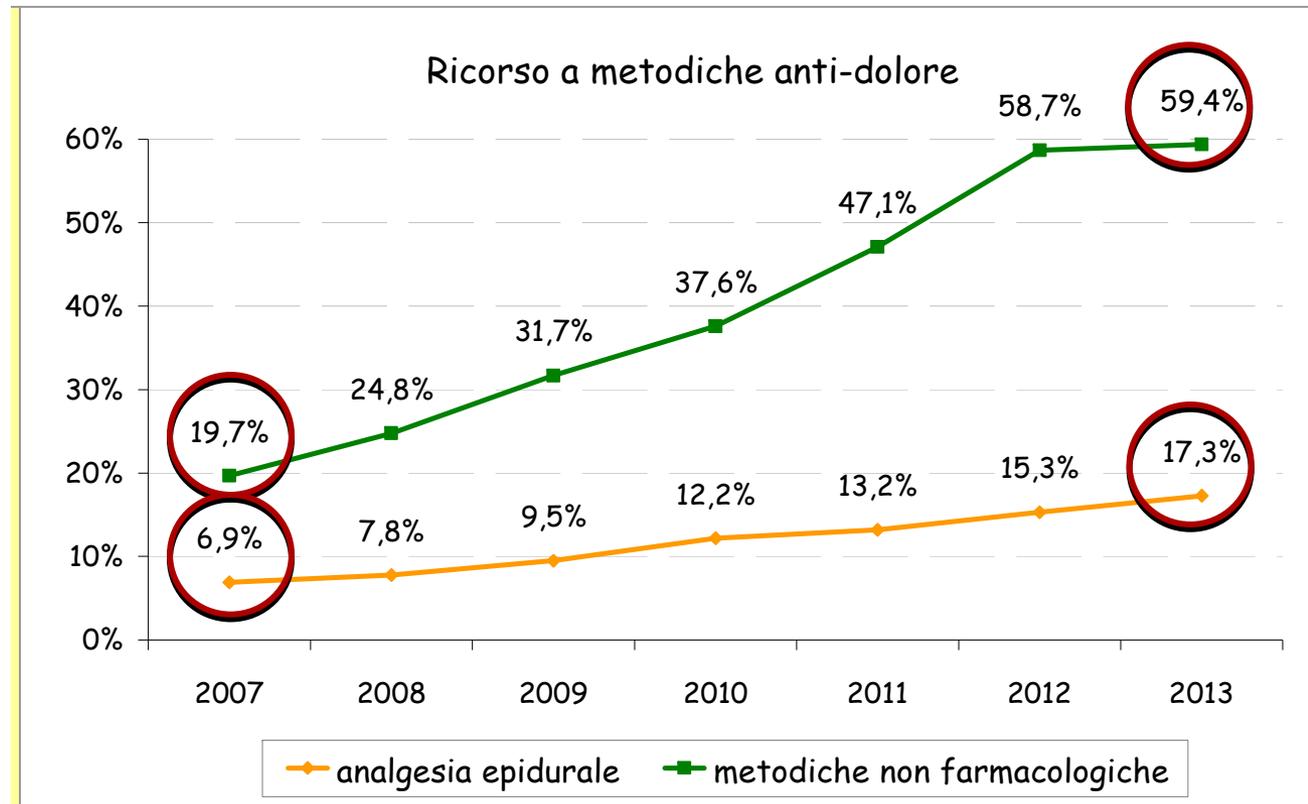
induzione e .. cesareo elettivo



si osserva un'ampia variabilità sia per quanto riguarda le induzioni che il cesareo elettivo nei diversi raggruppamenti dei Centri (volume di attività)

analgesia in corso di travaglio

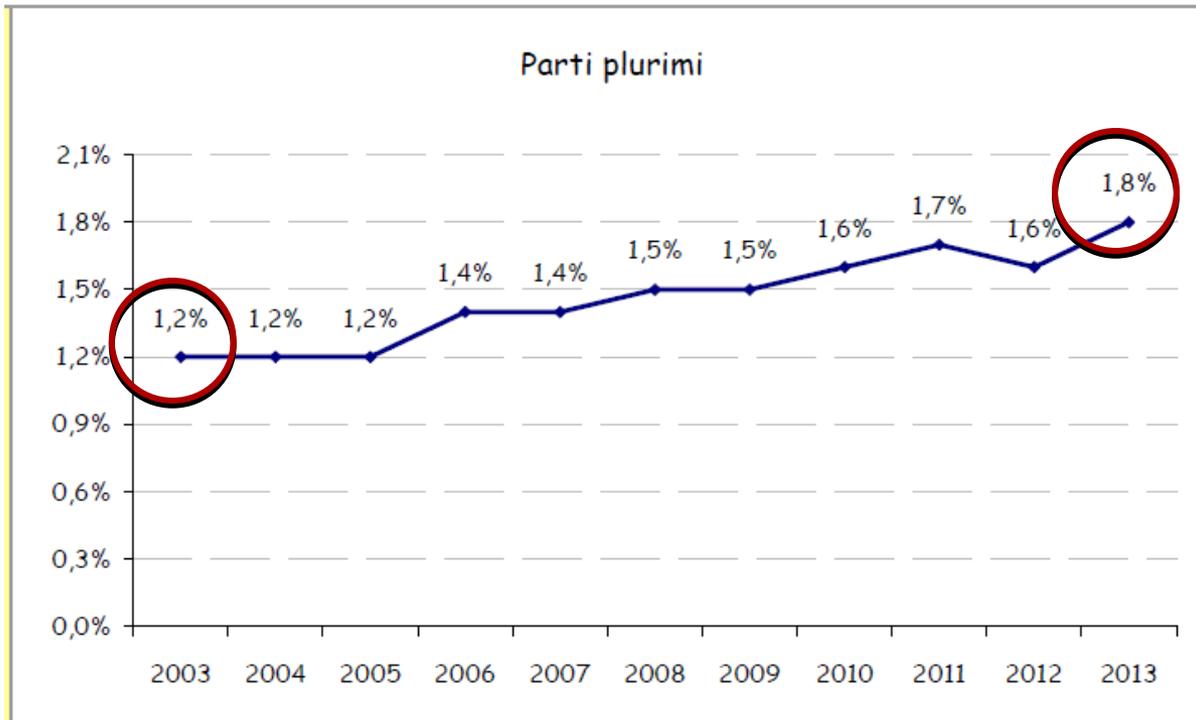
netto incremento del ricorso a metodiche anti-dolore
(sia epidurale sia non farmacologiche)



- nel **21.8%** non viene adottato alcun intervento (??)

frequenza parto cesareo in Italia

gravidanze plurime



la frequenza è del
24.1%
in caso di PMA
(1.2% nella restante
popolazione)

2003

... **789** nati da parti plurimi

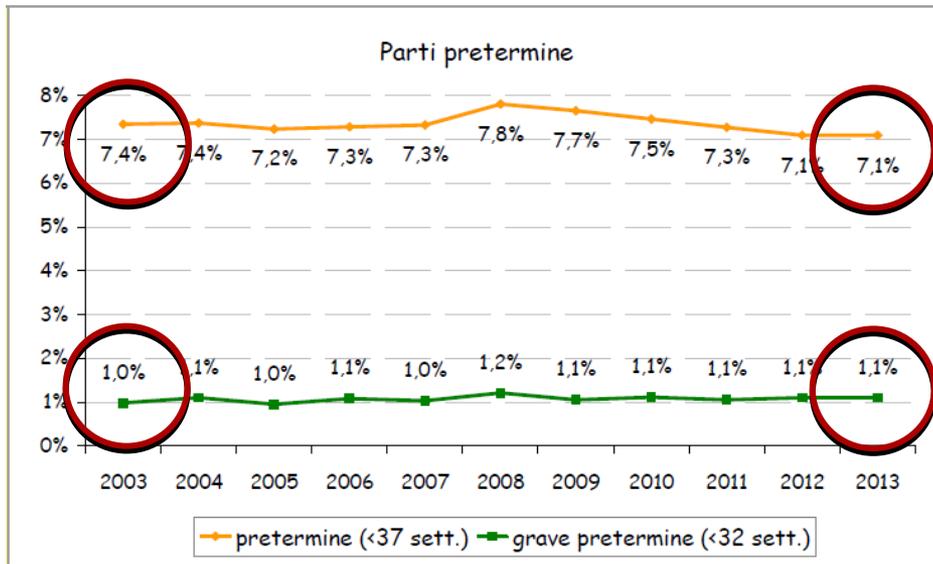


2013

... **1365** nati da parti plurimi (**143 VLBW**)

programmazione

il parto pretermine



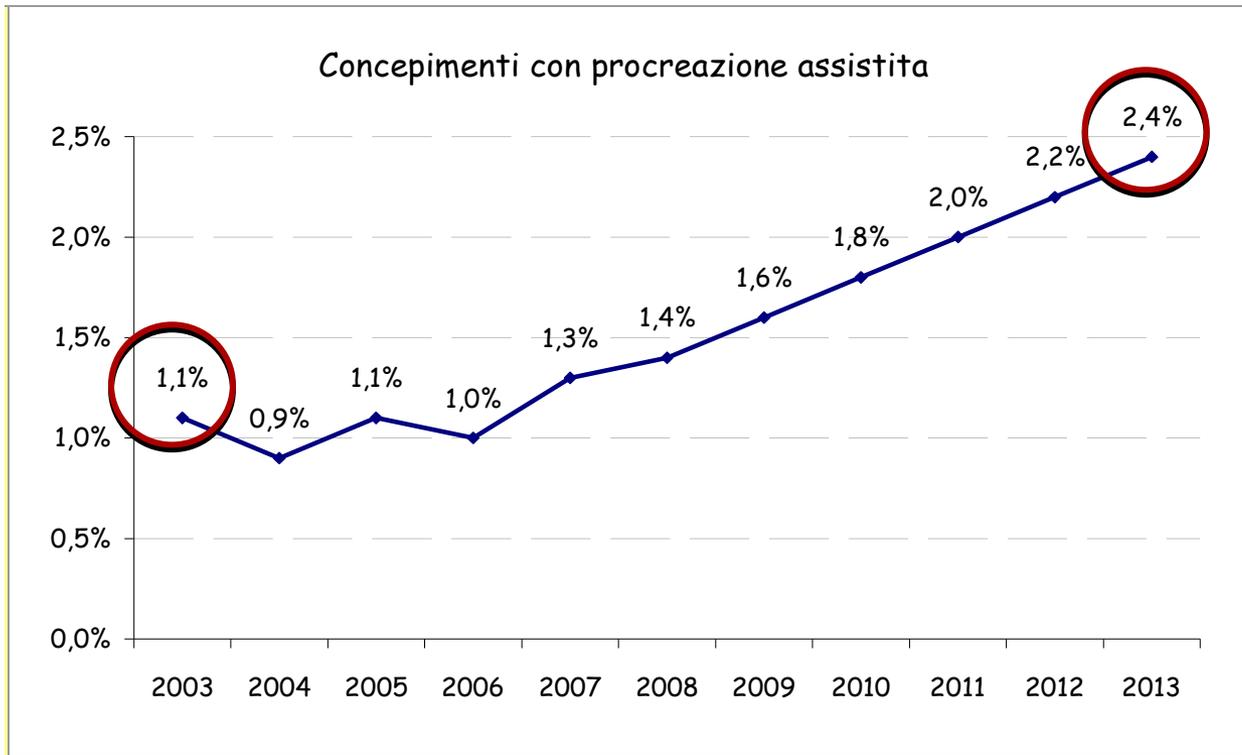
non si osserva l'aumento della frequenza di parti pretermine, da tante parti enunciata

la frequenza, sovrapponibile a quella di molti Paesi europei, è assai diversa da quella osservata negli USA



cautela nel valutare studi condotti negli USA

premessa: la procreazione assistita



aumento
frequenza:
da 1.1% al 2.4%
(da
360 a 884 donne)

nel CedAP non ci sono informazioni relative alla struttura presso la quale è stata attuata la PMA

..ma ci sono dati sulle "conseguenze"

- aumento delle gravidanze plurime (24.1% vs. 1.3%)
- aumento dei nati pretermine (21.6% vs. 6.7%) **OR: 3.8**
- aumento dei nati basso peso (29.3% vs. 6.5%) **OR: 6.3**



questi dati sono utilizzati nella programmazione delle risorse ?
in particolare le risorse neonatologiche
in Centri ove vi è ampia offerta di PMA

obesità e sovrappeso

prevenzione
primaria

17.8% sovrappeso;
7.9% obesità (il 2.4% di classe 2 e 3)

<i>Calcolo ODDS RATIO</i>	Sovrappeso		Obesità 1	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Multipare vs. primipare	1.92	1.77 - 2.09	1.55	1.41 - 1.70
Cittadine straniere vs. cittadine italiane	1.54	1.46 - 1.63	1.25	1.13 - 1.38
Scolarità medio bassa vs. alta scolarità	2.02	1.87 - 2.17	2.62	2.30 - 2.99

<i>Calcolo ODDS RATIO</i>	Obesità 2 o 3		Sottopeso o grave magrezza	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Multipare vs. primipare	1.61	1.40 - 1.86	0.66	0.60 - 0.71
Cittadine straniere vs. cittadine italiane	0.63	0.53 - 0.74	0.89	0.81 - 0.97
Scolarità medio bassa vs. alta scolarità	4.34	3.49 - 5.39	0.76	0.68 - 0.84
Fumatrici vs. non fumatrici nei 5 anni prec.			1.47	1.26 - 1.72

