

Questa rubrica propone Documenti sanitari, linee guida, linee di indirizzo o di intenti di interesse pediatrico commentati a cura dell'Associazione Culturale Pediatri.

Analisi dell'evento nascita – Dati CeDAP 2015

Commento a cura di Vittorio Basevi¹, Enrica Perrone²

1. Centro di documentazione sulla salute perinatale e riproduttiva, Regione Emilia-Romagna

2. Dipartimento di Scienze Biomediche e NeuroMotorie, Università di Bologna

I flussi correnti sono raccolte di dati realizzate senza che siano state sviluppate a priori domande di ricerca [1] e fanno parte dell'insieme di quelle informazioni routinarie di cui vi sono numerosi e diversi esempi: le schede di dimissione ospedaliera (SDO), gli archivi elettronici dei dipartimenti di cure primarie e ospedalieri, i bilanci di salute, i registri di patologia e tumori [2] e i registri nascita [3]. Queste informazioni offrono opportunità di ricerca per orientare le decisioni nella clinica, nella pianificazione dei servizi sanitari e in salute pubblica [4]. Governi e agenzie di finanziamento internazionali privilegiano l'uso di dati sanitari raccolti regolarmente come strumenti per produrre ricerca sulla salute e migliorare l'efficienza dell'assistenza sanitaria [5]. In ambito perinatale, i dati raccolti attraverso flussi correnti sono una preziosa risorsa per gli studi sugli esiti riproduttivi e di sorveglianza epidemiologica [3]. In Italia, i certificati di assistenza al parto (CedAP) rappresentano la più consistente fonte di informazioni sanitarie, epidemiologiche e socio-demografiche sull'evento nascita [6]. Il più recente rapporto nazionale elaborato attraverso i CedAP si riferisce al 2015 e riporta i dati relativi a 477.789 parti in 500 punti nascita, 126 dei quali (6.7%) hanno assistito meno di 500 parti e 202 (31.1%) hanno registrato un volume di 500-999 parti. I nati sono stati 484.936 e il rapporto rileva come, in tutte le aree del paese, prosegue il calo delle nascite iniziato nel 2008-9, attribuito alla modificazione della struttura per età della popolazione femminile e - in parte - alla diminuzione della propensione ad avere figli, contestuali a una diminuzione della fecondità delle donne straniere [6]. Ragioni e conseguenze del calo delle nascite e nesso fra economia e natalità sono materia nota ai lettori di questa rivista, che al tema ha dedicato un Forum nel 2016-17 [7]. Il rapporto è articolato in diversi capitoli nei quali vengono descritti il luogo del parto, le caratteristiche socio-demografiche delle madri, l'assistenza in gravidanza e la sua durata, il travaglio-parto, i nati, il ricorso alla procreazione medicalmente assistita. Un'analisi è specificamente rivolta a quello che il rapporto definisce "il ricorso eccessivo all'esplicitamento del parto per via chirurgica". L'affermazione è fondata sulle prove di efficacia disponibili. Infatti, sulla base dei risultati di revisioni sistematiche e di analisi condotte per identificare il tasso o l'intervallo entro il quale i tassi di taglio cesareo sono, a livello di popolazione, ottimali per gli esiti materni e fetoneonatali, l'Organizzazione mondiale della sanità (WHO) rileva che tassi di tagli cesarei fino a 10%-15% sono associati a riduzione della mortalità materna, neonatale e infantile e che, sopra questa percentuale, l'aumento del tasso di tagli cesarei non è più associato a riduzione della mortalità [8]. Un approfondimento successivo attribuisce una parte sostanziale dell'associazione tra

tagli cesarei e mortalità a fattori socio-economici e non osserva, nei paesi industrializzati, per tassi compresi tra 10% e 30%, alcun effetto sulla riduzione della mortalità [9]. In Italia, nel 2015, oltre un terzo (34.2%) dei parti è avvenuto con taglio cesareo, con notevole variabilità fra regioni e un riconoscibile gradiente nord-sud (da 20.5% in Valle d'Aosta a 59.1% in Campania). La propensione al taglio cesareo risulta maggiore nelle case di cura accreditate (52.5%) rispetto agli ospedali pubblici (31.9%). Il tasso di tagli cesarei viene analizzato con la classificazione di Robson, nella quale la popolazione delle donne che hanno partorito viene suddivisa in 10 classi (mutuamente esclusive) in relazione a parità, durata della gravidanza, modalità del travaglio, parto singolo o plurimo, presentazione del neonato e pregresso taglio cesareo [10]. Questa modalità consente, in maniera analitica e riproducibile, di monitorare la frequenza di taglio cesareo e di compararne i tassi, all'interno della stessa struttura nel tempo o fra strutture diverse, a livello locale, regionale, nazionale o globalmente. Anche considerando le classi I e III di Robson, nelle quali sono inclusi travagli di parto in donne (primipare e multipare, rispettivamente) prive di condizioni patologiche clinicamente rilevanti, si osserva una forte variabilità regionale del ricorso al taglio cesareo, con tassi inferiori alla media nazionale nelle regioni settentrionali e valori superiori al sud. Anche i dati europei [11] mostrano una grande variabilità nel ricorso al taglio cesareo, con i tassi inferiori (compresi fra 16%-17%) nei paesi nordici e nei Paesi Bassi e i tassi più elevati (40% circa e oltre) in Cipro, Romania, Bulgaria, Polonia e Ungheria. Italia e Svizzera sono classificati fra altri paesi con tasso elevato (attorno a 35%). La durata della gestazione - in Italia, nel 2015 - mostra una percentuale complessiva di parti pretermine pari a 6.9%. I parti fra 22 e 31 settimane di età gestazionale (extremely e very preterm) sono pari a 1% di tutte le nascite, quelli fra 32 e 34 settimane (moderate preterm) 0.8%, quelli fra 34 e 36 settimane (late preterm) 5%. I nati con peso basso (<2500 g) e molto basso (<1500 g) sono 7.4% e 1% dei nati vivi, rispettivamente [6]. In Europa, nel 2015, il tasso di parti pretermine varia da 6% a 12%. I tassi inferiori sono stati registrati nei paesi scandinavi, baltici e in Islanda e i tassi più elevati (pari o superiori all'8.5%) in Germania, Grecia, Ungheria e Cipro. Tassi equiparabili a quello italiano (fra 7% e 8% circa) sono stati registrati in Belgio, Romania, Portogallo, Austria, Inghilterra e Galles, Scozia, Bulgaria, Repubblica Ceca, Polonia, Spagna, Slovenia, Irlanda del Nord e Lussemburgo. Le nascite molto pretermine hanno rappresentato in Europa circa l'1% dei nati vivi (da 0.8% a 1.4%). La frequenza di nati di peso inferiore a 2.500 g varia da 4.2% a 10.6% dei nati vivi; quella dei nati di peso molto basso varia da 0.6% a 1.4%

dei nati vivi [11]. Nel nostro paese solo alcune regioni rendono disponibili rapporti locali dell'evento nascita, come per esempio la Provincia Autonoma di Trento [12], la Toscana [13] o la Lombardia [14]. Il rapporto dell'Emilia-Romagna [15] include una revisione della letteratura pertinente ai diversi temi trattati e una analisi dettagliata delle classi di Robson, elementi che facilitano l'interpretazione delle informazioni e la valutazione comparativa di efficacia e appropriatezza dell'assistenza fra i diversi punti nascita. Nella maggior parte dei casi, in Italia, i rapporti CedAP sono documenti descrittivi, la coorte dei nati e delle donne non viene seguita nel tempo e vengono utilizzate solo le informazioni raccolte al momento del parto [16]. In realtà, i flussi di dati correnti, per la loro relativa disponibilità e la numerosità della popolazione inclusa, potrebbero essere utilizzati anche per condurre studi analitici [17]. Le coorti di nascita, infatti - garantendo elevata potenza statistica e massima rappresentatività della popolazione di riferimento - costituiscono un disegno di studio più affidabile, rispetto agli studi caso-controllo o trasversali, per determinare il nesso causale tra potenziali fattori di rischio o di protezione nel periodo prenatale, perinatale e nel primo periodo di vita e la salute del neonato/bambino e adulto [16].

parto ed al neonato (Anno 2017). Testo integrale (data di consultazione 27.12.2018)

13. Puglia M, Fanti E, Dubini V, et al; Agenzia regionale di sanità della Toscana. Gravidanza e parto in Toscana. Serie In cifre - N. 13 novembre 2017. Testo integrale (data di consultazione 27.12.2018)

14. Campi R, Cartabia M, Miglio D et al. L'evento nascita in Lombardia: Rapporto CedAP 2016. Testo integrale (data di consultazione 27.12.2018)

15. Perrone E, Lupi C, Basevi V et al. La nascita in Emilia-Romagna. 15° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) - Anno 2017. Bologna: Regione Emilia-Romagna, 2018. Testo integrale (data di consultazione 27.12.2018)

16. C. Canova, G. Pitter, P. Schifano. Una revisione sistematica degli studi epidemiologici basati su coorti CeDAP in Italia. Possibile pensare a una coorte di nascita multicentrica? *Epidemiol Prev* 2016;40:439-52

17. Shah PS, Acharya G. Comparative effectiveness research using registries, databases, and networks in women's and children's health: Time to embrace the future? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2018;97:1285-6.

1. Spasoff RA. *Epidemiologic methods for health policy*. New York: Oxford University Press, 1999

2. Nicholls SG, Quach B, von Elm E, et al. The REporting of studies Conducted using Observational Routinely-collected health Data (RECORD) statement: methods for arriving at consensus and developing reporting guidelines. *PLoS ONE* 2015;10:e0125620

3. Ghosh RE, Ashworth DC, Hansell AL, et al. Routinely collected English birth data sets: comparisons and recommendations for reproductive epidemiology. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2016;101: F451-F457

4. Morrato EH, Elias M, Gericke CA. Using population-based routine data for evidence-based health policy decisions: lessons from three examples of setting and evaluating national health policy in Australia, the UK and the USA. *J Public Health* 2007;29:463-71

5. De Coster C, Quan H, Finlayson A, et al. Identifying priorities in methodological research using ICD-9-CM and ICD-10 administrative data: report from an international consortium. *BMC Health Serv Res* 2006; 6:77

6. Ministero della salute. *Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2015*. Roma: Ministero della salute, 2018. Testo integrale (data di consultazione: 27.12.2018)

7. Corchia C. *Denatalità in Italia. Da dove veniamo e dove stiamo andando*. Gangemi M e Siani P (a cura di). Castelnuovo di Napoli: IOD, 2017

8. Betrán AP, Torloni MR, Zhang J et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reprod Health* 2015;12:57

9. Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, et al. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG* 2016;123:745-53

10. Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, et al. A systematic review of the Robson classification for caesarean section: what works, doesn't work and how to improve it. *PLoS One* 2014;9:e97769

11. Euro-Peristat Project. *European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015*. November 2018. Testo integrale (data di consultazione 27.12.2018)

12. Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento. *Rapporto annuale sulla natalità in provincia di Trento. Assistenza in gravidanza, al*

Certificato di assistenza al parto (CeDAP)

Analisi dell'evento nascita - Anno 2015



Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica
Ufficio di Statistica