**PERCORSO NASCITA E DISEGUAGLIANZE : NUMERI E RIFLESSIONI**

**\*Guarda L, \*Pironi V, \*Ricci P.**

***\*Osservatorio Epidemiologico ATS Val Padana***

**Premessa**

La gravidanza e il parto sono eventi strettamente collegati tra loro e costituiscono momenti diversi di una medesima condizione organica e psicologica della donna. Questa la ragione principale che ha indotto il Ministero della Salute in primis a discutere di *Percorso Nascita* e non di *Evento Nascita*, nella fondata convinzione che l’evento sia momento di un percorso molto più articolato e complesso che parte addirittura prima del concepimento per arrivare ben oltre la nascita del bambino, comprendendo quindi ampiamente anche il periodo dell’allattamento al seno.

Questa visione olistica ha poi prodotto, in atti legislativi a livello nazionale e regionale, indicazioni orientate a considerare l’iter assistenziale nel suo insieme, al fine di fornire suggerimenti per azioni migliorative che, agendo anche in singoli step del percorso, potessero influire positivamente sull’*outcome* relativo al benessere del neonato e della madre.

Il titolo assegnato è stato quindi inteso nel senso lato di valutazione delle prassi assistenziali inerenti il percorso nascita, con particolare attenzione alle criticità di sistema generatrici di disuguaglianze sociali, nella consapevolezza che il target interessato da questo fenomeno risulta composto per oltre un terzo da popolazione straniera. Non solo quindi difficoltà linguistiche e di accesso ai Servizi che la differenza comporta, ma anche distanza culturale che può incidere maggiormente in un ambito, quello della nascita, per sua natura coinvolgente aspetti psico-sociali prima ancora che prettamente sanitari.

La relazione segue quindi un tragitto parallelo movendo dall’analisi della popolazione fertile, per passare alla gravidanza, quindi alla nascita ed infine al neonato, cercando in ogni passaggio gli aspetti che meglio descrivano il fenomeno e ne mettano in evidenza punti di forza e di debolezza.

Lo scopo è appunto quello di produrre numeri (dati) e stimolare riflessioni attorno al tema.

**Materiali e metodi**

Tutti i percorsi assistenziali sono ormai tracciabili con precisione nei flussi informativi che ad ogni livello, ospedaliero e territoriale, raccolgono con precisione notizie relative a *chi-fa-cosa-dove-come-quando*.

Basta quindi saper leggere, interpretare e integrare queste fonti per ottenere quadri esaurienti non solo dell’assistenza ricevuta dagli utenti, ma anche degli esiti occorsi.

In questo caso ci si è avvalsi del flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), del Certificati di assistenza al parto (CedAP), della Nuova Anagrafe Regionale (NAR), dei flussi di attività dei Consultori Familiari delle due ex ASL di Mantova e Cremona e della Banca Dati Assistito (BDA)[[1]](#footnote-1).

**La popolazione fertile**

Come noto, lo stato di salute materno influenza in modo importante l’esito della gravidanza e l’*outcome* neonatale.

La tabella che segue esprime in termini di *Odds Ratio*, ovvero di rischio inteso come “probabilità in più” di subire gli eventi avversi della riproduzione (EAR) (riportati in colonna) che a Mantova corrono le donne gravide affette da patologie croniche (descritte in riga) rispetto a quelle che non lo sono.

Il valore di OR >1 indica “le volte in più” in cui si corre il rischio, per cui ad esempio l’OR riferito alle Malformazioni Congenite (MC) pari a 2,06 nelle diabetiche dice che per queste donne la probabilità di generare figli affetti da malformazioni congenite è più che doppia rispetto alle donne che diabetiche non sono.

La deprivazione socio-economica, accodata in riga alle patologie croniche, è stata ottenuta dalla presenza o meno di esenzione per reddito o per status (disoccupata, in mobilità ecc).

È chiara e netta l’associazione causale che intercorre tra patologie croniche della madre e potenziale esito avverso della riproduzione, da cui il fondamento oggettivo dell’affermazione che la *“salute al femminile è la salute di tutti”.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EAR** | **diabete** | **ipertensione** | **dislipidemia** | **asma** | **deprivazione** |
| **Nato di basso peso** |  | **5,64** | **4,52** | **2,63** |  |
| **Nato pretermine** | **1,51** | **5,57** | **5,31** | **3,46** |  |
| **MC nei nati** | **2,06** |  |  |  |  |
| **Abortività Spontanea** |  |  |  |  | **1,34** |

La recente costituzione della Agenzia per la Tutela della Salute Val Padana (ATS), risultante dalla fusione delle due ex ASL di Mantova e Cremona, come da Decreto regionale 23/2015, ha offerto lo spunto per un’analisi comparata tra le due provincie, anche in coerenza con la *mission* dell’Osservatorio Epidemiologico che prevede la valutazione di appropriatezza delle strutture sanitarie e socio-sanitarie presenti sull’intero territorio ATS tramite l’impiego d’indicatori di processo e di esito.

Il confronto è risultato metodologicamente corretto per la sostanziale omogeneità tra le due provincie della caratteristiche demografiche della popolazione femminile in età fertile, 15-49 anni.

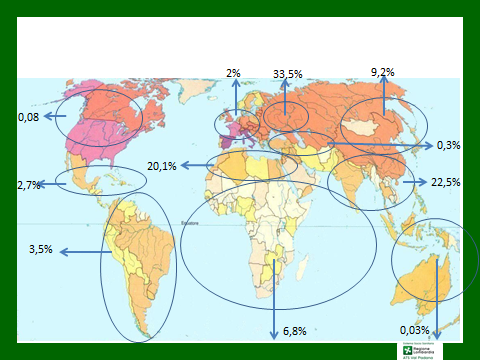
Come si evince dalla sottostante rappresentazione, la quota di popolazione target italiana, pari all’80%, genera il 64.9 % dei parti, mentre quella straniera, pari al 20% e quindi numericamente di molto inferiore, raggiunge ben il 35,1%, producendo di conseguenza un rapporto nettamente a favore di quest’ultima.

**Popolazione F 15-49 anni Mamme**

Sostanziale è anche la diversa composizione per classi di età nel confronto italiane/straniere della popolazione target. Decisamente più attempate risultano infatti le mamme italiane, come di seguito analiticamente evidenziato.

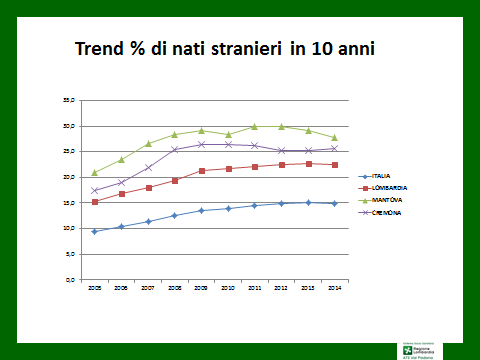
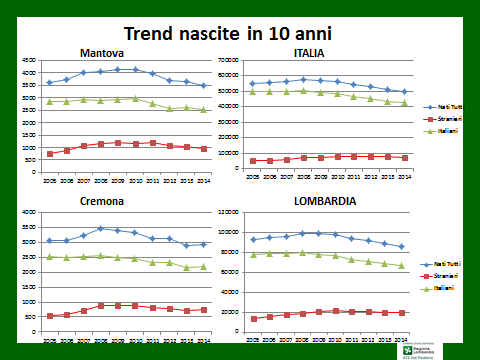
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Classi di età**  **pop femminile 15-49 aa** | **% Mamme**  **Italiane** | **% Mamme**  **Straniere** |
| 15-18 | 0,1% | 1,0% |
| 19-24 | 1,3% | 9,0% |
| **25-29** | **4,4%** | **16,0%** |
| 30-34 | 7,9% | 10,2% |
| 35-39 | 5,8% | 5,8% |
| 40-49 | 0,8% | 0,7% |
| Età media al parto | 33,8 | 28,9 |

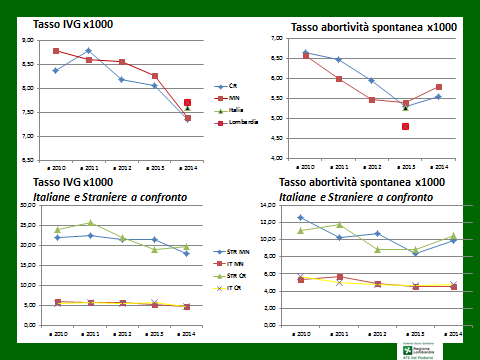
La provenienza della componente straniera è davvero molteplice e copre praticamente tutte le aree del mondo, rendendo ancore più complesso l’approccio assistenziale per queste donne. La percentuale maggiore risulta comunque di origine indiana/Asia sud-orientale, seguita dal nord-Africa.



Il trend delle nascite e della percentuale dei nati stranieri è simile nelle due provincie ed in linea con il dato regionale e nazionale, registrando una flessione costante dal 2010. Anche la numerosità dei nati stranieri, tradizionalmente più fecondi, tende a stabilizzarsi negli ultimi anni, verosimile segno che la crisi economica ha investito anche questa parte della popolazione.

I tassi di abortività spontanea e volontaria sono simili nelle due provincie e in linea con quelli regionali e nazionali.

****

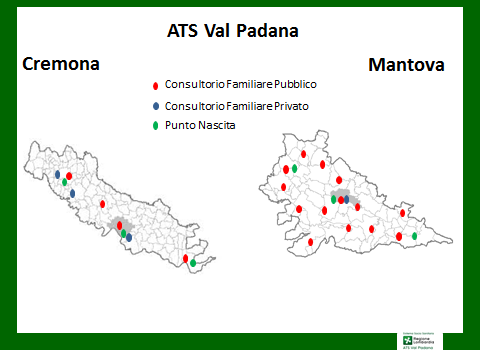
****

**La gravidanza**

La popolazione delle due provincie è simile per struttura, ma un po’ diversa per numerosità, come da tabella che segue.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicatori** | Mantova | Cremona |
| Residenti | 415.000 | 361.000 |
| Nati vivi | 3496 | 2922 |
| Nati morti | 12 | 6 |
| Deceduti | 4336 | 3884 |

I Punti Nascita (PN) e i Consultori Familiari (CF) pubblici e privati accreditati, che costituiscono modulatori rispettivamente ospedalieri e territoriali dell’assistenza, mostrano una densità di distribuzione molto diversa tra le due ex ASL, come risulta dalla figura che segue.

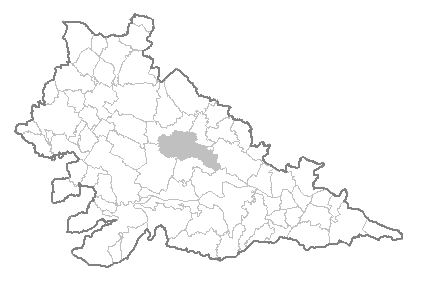


I Punti Nascita dell’ATS sono 6, tutti pubblici e distribuiti in 3 ASST omogeneamente sul territorio. Ad eccezione di uno, tutti superano la soglia dei 500 nati/anno (anno 2015), discrimine universalmente considerato come livello minimo necessario a garantire sufficiente qualità assistenziale, che dipende non solo dagli operatori sanitari e dalla tecnologia disponibile, ma in gran parte anche dal volume quotidiano dell’esperienza specifica realizzata in sede.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DISTRETTO ATS** | **Punti Nascita** | **Nati 2015** |
| **Crema** | Crema | 798 |
| **Cremona** | Cremona | 1248 |
| Oglio Po | 434 |
| **Mantova** | Mantova | 1616 |
| Asola | 577 |
| Pieve | 614 |

L’attività dei Consultori Familiari risente ragionevolmente della loro maggiore presenza sul territorio per quanto concerne l’assistenza alla gravidanza, che raggiunge il 43% a Mantova e solo 21% a Cremona. Per la certificazione dell’IVG, prestazione certamente meno complessa, si rivolge invece al consultorio il 44% delle donne a Cremona e il 35% a Mantova.

Per quanto riguarda la mobilità extra-regione per parto di gravide residenti in ATS, diversa è la proporzione tra Mantova e Cremona, anche in ragione dell’attrazione frontaliera dei Punti Nascita, come si mostra in figura.

[](http://www.google.it/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi2htnD34vMAhUD0xQKHdUSC6gQjRwIBw&url=http://www.paesionline.it/mantova/mappa_mantova.asp&bvm=bv.119408272,d.d24&psig=AFQjCNEbxMyX-VaDN_bQdHPmGzRPM01umA&ust=1460641418066000)Cremona Mantova

**17,3%**

**R. Lombardia**

**72,7%**

**75,2%**

**1,2%**

**Extra-Regione**

**10%**

**Extra-regione**

**23,5%**

**R. Lombardia**

*Gli indicatori di assistenza alla gravidanza*presi in considerazione sono i seguenti:

* frequenza delle visite in gravidanza
* numero medio di ecografie ostetriche
* prima visita tardiva (≤12 settimane)
* indagini prenatali invasive
* parto pretermine (<37 settimane)
* taglio cesareo
* taglio cesareo nelle prime classi di Robson
* parto-analgesia
* mortalità materna

Nel confronto tra frequenze di accertamenti clinici e strumentali, non emergono differenze di comportamento assistenziale nelle gravidanze fisiologiche e patologiche, talché questo percorso non differenziato si configura come inappropriato e suscettibile di azioni correttive, in coerenza con le Linee Guida Nazionali relative all’assistenza alla gravidanza fisiologica.

Frequenza visite

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Gravidanza fisiologica** | | | **Gravidanza patologica** | | |
| 0 | 1-4 | 4+ | 0 | 1-4 | 4+ |
| **Cremona** | 0,7 | 7,5 | 91,8 | 0,6 | 6,5 | 92,9 |
| **Mantova** | 0,4 | 5,5 | 94,1 | 0,3 | 3,6 | 96,1 |
| **Italia** | 1,4 | 11,8 | 86,8 | 1,8 | 10,5 | 87,7 |

Numero medio ecografie ostetriche

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Gravidanza fisiologica** | **Gravidanza patologica** |
| **Cremona** | 4,8 | 5,2 |
| **Mantova** | 5,0 | 5,7 |
| **Lombardia** | 4,7 | 5,4 |
| **Italia** | 5,3 | 5,4 |

La prima visita tardiva (>12 settimane) e la mancata esecuzione della ecografia morfologica sono indicatori di un basso livello assistenziale e di una difficoltà di accesso ai Servizi.

Gli istogrammi che seguono mostrano la frequenza di questi indicatori negativi per territorio e per nazionalità.

% di gravidanze con prima vista tardiva % di gravidanze senza ecografia morfologica

La differenza percentuale viene riportata come Odds Ratio (OR) che esprime la “probabilità in più”, cioè il rischio, che l’evento si verifichi nel confronto tra i due insiemi.

Le straniere presentano una probabilità più che tripla di accedere in ritardo alla prima visita sia a Mantova che a Cremona, con un OR rispettivamente pari a 3,39 ed a 3,30, mentre la mancanza della ecografia morfologica per le straniere mostra una probabilità più che doppia di verificarsi a Cremona (OR= 2,76), disuguaglianza non presente invece a Mantova. La scolarità alta e l’occupazione risultano comunque sempre fattori che proteggono da questo svantaggio.

Relativamente alla diagnosi prenatale, si registra nelle donne residenti in provincia di Mantova un maggior ricorso alla diagnostica invasiva, soprattutto per quanto concerne la villocentesi, ampiamente preferita alla più tardiva amniocentesi. Una differenza che spicca sia nel confronto regionale che nazionale e sulla quale vale la pena riflettere.

Le donne italiane accedono più frequentemente a questa prassi diagnostica rispetto alle straniere e la condizione di occupata appare in ogni caso un elemento favorente (OR=1,56 a Cremona e OR=1,26 a Mantova).

% diagnosi prenatale invasiva % diagnosi prenatale invasiva per nazionalità

Il parto preterminepresenta percentuali simili ed in linea con i riferimenti regionali e nazionali, ma a Cremona le straniere mostrano una probabilità maggiore (42% in più) di partorire prima della 37esima settimana (OR =1,42).

% parti pretermine % parti pretermine per nazionalità

Il parto con taglio cesareo è largamente praticato sia a Mantova che a Cremona, anche se quest’ultima risulta più in linea con il dato regionale. Disaggregando per le classi di Robson, si osserva che nelle prime (1,2a, 3, 4a), riferite a condizioni fisiologiche di gravidanza in cui le indicazioni al taglio cesareo dovrebbero quindi essere eccezionali, la frequenza è maggiore di quasi un terzo a Mantova, sia nelle italiane che nelle straniere. Un’inappropriatezza che non può essere attribuita in toto alla struttura ospedaliera, ma all’intero percorso assistenziale intra ed extra ospedaliero.

% parto cesareo % parto cesareo prime classi di Robson

La parto-analgesia nel parto vaginale, prestazione prevista dai LEA nazionali, è assicurata più a Mantova che a Cremona ed interessa in percentuale maggiore le donne italiane rispetto alle straniere che quindi risultano più svantaggiate in entrambe le aree territoriali.

La mortalità materna è definita come la morte durante la gravidanza, o nei 42 giorni dopo un evento ostetrico, aborto spontaneo o IVG, ed è un fenomeno raro nei Paesi con sviluppo occidentale, ma sempre attentamente monitorato in quanto nella maggior parte dei casi imputabile a *sub-standard care* e quindi prevenibile. Il Ministero della Salute insieme all’Istituto Superiore di Sanità (ISS), in accordo con le indicazioni europee, ha da tempo avviato un sistema di sorveglianza attiva in diverse regioni italiane, tra cui anche la Lombardia. La collaborazione con i Servizi regionali ci ha permesso di studiare e quantificare esattamente il fenomeno, nonché di contestualizzare i nostri dati con quelli nazionali sui quali è apparso allineato. Il tasso di riferimento è 11,8.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Mantova | Cremona |
| Numeratore\* | 4 | 4 |
| Denominatore\*\* | 38.491 | 31.616 |
| Tasso x100.000 | 10,39 | 12,65 |

**\*N° di decessi per cause dirette entro 42 gg dall’evento ostetrico**

**\*\*N° nati vivi nel periodo**

**Il neonato**

Si sono valutati gli *outcome* sfavorevoli per il neonato espressi come punteggio Apgar <7 al 5° minuto e peso alla nascita <2500 e <1500 grammi. La successiva disaggregazione per nazionalità della madre ha offerto spunto per rilevare differenze tra i due target.

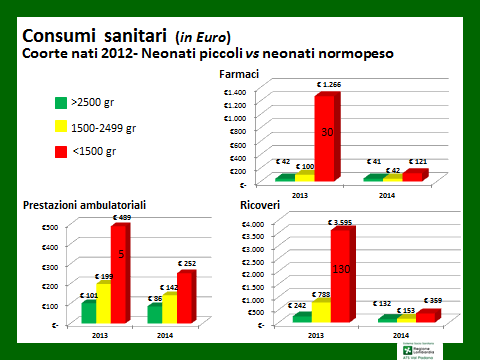
Esprimendo ancora il confronto tra tassi di Mantova e Cremona in termini di OR, quest’ultimo risulta abbastanza omogeneo per quanto attiene al basso punteggio Apgar essendo simili i tassi percentuali. Nella disaggregazione per nazionalità emerge però un rischio doppio per i neonati di Cremona di ottenere un Apgar score <7 al 5° minuto di vita (OR= 2,05).

Anche per il peso alla nascita non si rilevano differenze importanti tra le due ex-ASL di Mantova e Cremona; le percentuali di neonati piccoli e molto piccoli sono simili tra le due provincie.

La disaggregazione per nazionalità della madre mostra però chiaramente come l’essere straniera costituisca un rischio quasi triplo di incorrere in questo esito sfavorevole, che si osserva trasformando i tassi percentuali nei rispettivi OR in grado di meglio esprimere la differenza: OR =2,98 a Cremona e OR= 2,70 a Mantova.

Il basso peso alla nascita costituisce un importante problema di sanità pubblica in quanto comporta esiti rilevanti nei primi anni di vita del bambino in termini di consumi sanitari intesi come accessi ai Servizi e quindi bisogno sanitario espresso. Nella figura che segue sono illustrati i consumi di ricoveri, prestazioni ambulatoriali e farmaci, tradotti in valore di Euro al solo scopo di consentirne una sommatoria, relativamente ad una coorte di nati in provincia di Mantova nel 2011 seguiti nel primo e nel secondo anno di vita, al netto dell’anno di nascita non considerato per l’intera coorte.

È evidente il gradiente di spesa, e quindi di bisogno assistenziale, che sussiste tra nato normo-peso e nato molto piccolo e che produce una spesa nel primo anno maggiorata di 30 volte per i farmaci, di 5 volte per le prestazioni ambulatoriali e di 130 volte per i ricoveri. Un divario veramente notevole che da una parte pesa il bisogno assistenziale e dall’altra sottolinea per le attività di assistenza alla gravidanza dei Consultori Familiari la necessità di un rinforzo delle azioni preventive rivolte al controllo di questa condizione tanto sfavorevole.



Unicamente per la popolazione di Mantova, in cui l’informazione era disponibile, è stato rilevato il tasso di allattamento al seno esclusivo registrato fino alla 4° visita pediatrica (8° mese di vita del bambino) attraverso l’analisi dei bilanci di salute compilati dai pediatri di famiglia. Un vero e proprio tesoro d’informazioni per monitoraggi prospettici ad ampio raggio che purtroppo non si è ancora riusciti a trasformare in flusso informativo corrente, che per altro si porrebbe in alternativa a molte ed onerose puntuali rilevazioni ad hoc.

È ormai pacifica l’importanza di un allattamento esclusivo al seno almeno fino al 6° mese di vita, pratica benefica non solo per la salute e il benessere del neonato e della madre nell’immediato, ma anche come azione preventiva di dimostrata efficacia per patologie in età infantile ed adulta, quali allegrie alimentari, asma, atopie, sovrappeso e obesità. Consolidati sono pure gli effetti benefici dell’allattamento al seno per lo sviluppo psico-motorio in quanto favorente una corretta relazione madre-bambino.

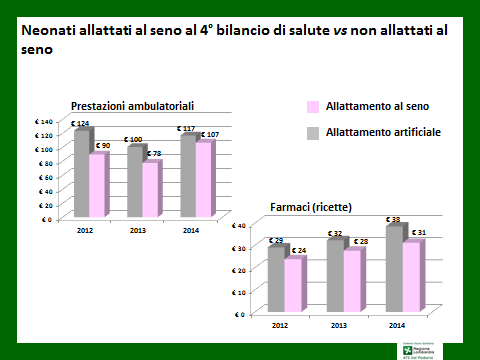
Anche in questo caso la disaggregazione per nazionalità ha offerto lo spunto per rilevare sia differenze di target che fattori favorenti per la continuazione dell’allattamento materno.

La nazionalità straniera in questo solo caso risulta un fattore protettivo (OR=1,99), mentre la più alta scolarità si conferma ancora una volta nel proprio ruolo di promotore di migliori condizioni di salute (OR=1,46).

In occasione della rilevazione campionaria di Regione Lombardia condotta nel 2012 mediante questionari distribuiti durante sedute vaccinali, la percentuale di bambini allattati al seno al 3° appuntamento vaccinale (5-6 mese di vita) raggiungeva a Mantova il 27%. Un valore inferiore a quello rilevato nel 2014, che si attesta attorno al 33%, dal flusso dei bilanci di salute redatti dai pediatri di famiglia e relativo non ad un campione, ma alla totalità dei bambini residenti nello stesso territorio.

Attraverso la coorte dei nati nel 2011, ristretta ovviamente ai soli nati normo-peso, è stato possibile stimare il vantaggio di salute per i bambini allattati al seno al 4° bilancio, circa 8° mese di vita, nel confronto con quelli allattati con latte artificiale.

Per tutti i bambini della coorte si sono misurati i consumi sanitari di farmaci e prestazioni ambulatoriali che sono apparsi più elevati nei bambini alimentati con latte artificiale.



Poiché il significato di tale differenza sta necessariamente nel diverso stato di salute delle due sub-coorti, con svantaggio di salute per i bambini alimentati a latte artificiale, in accordo con la letteratura scientifica, ne deriva l’ovvia esigenza di promuovere l’informazione ma soprattutto di favorire la pratica dell’allattamento al seno in ogni setting opportuno.

**Conclusioni**

La sottostante tabella riepilogativa consente di esprimere un giudizio sintetico sulla conduzione del percorso nascita in ATS disaggregata nelle sue 2 province corrispondenti alle ex-ASL di Mantova e Cremona.

Quanto più l’OR risulta >1 tanto maggiore è la probabilità (in più) che l’evento accada e, di converso, quanto più l’OR risulta <1 tanto minore è la probabilità di questo stesso accadere, mentre un OR vicino alla parità (=) indica l’indifferenza della variabile esaminata, ma anche ciò può rivestire un significato importante nell’interpretazione dei dati.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OR** | | **Cremona** | | | **Mantova** | | |
| **STRANIERA** | **OCCUPATA** | **LIVELLO**  **STUDI** | **STRANIERA** | **OCCUPATA** | **LIVELLO**  **STUDI** |
| **ASSISTENZA IN GRAVIDANZA** | **Prima visita tardiva** | **3,39** | **0,53** | **0,79** | **3,30** | **0,62** | **0,68** |
| **No ecomorfologica** | **2,76** | **0,56** | **=** | **=** | **=** | **=** |
| **Diagnosi prenatale invasiva** | **0,55** | **1,56** | **=** | **0,53** | **1,26** | **=** |
| **PARTO** | **Parto analgesia** | **0,31** | **nd** | **Nd** | **0,32** | **nd** | **nd** |
| **Cesareo prime classi di Robson** | **=** | **=** | **=** | **=** | **1,35** | **=** |
| **NEONATO** | **Nato prematuro** | **1,42** | **=** | **=** | **=** | **=** | **=** |
| **Nato <2500 gr** | **=** | **=** | **=** | **=** | **=** | **=** |
| **Nato <1500 gr** | **2,98** | **=** | **=** | **2,70** | **=** | **=** |
| **Apgar<7** | **2,05** | **=** | **=** | **=** | **=** | **=** |
| **Allattato al 4 bilancio vs non allattato** | **nd** | **nd** | **Nd** | **1,99** | **=** | **1,46** |

Emerge chiaramente che le donne straniere mostrano valori più elevati di probabilità rispetto alle italiane (OR) per le condizioni sfavorevoli, quali prima visita tardiva in gravidanza, assenza di eco-morfologica, nato prematuro, nato sottopeso, basso punteggio Apgar, mentre più bassi valori di probabilità per gli eventi favorevoli, quali la parto-analgesia. Unico vantaggio per le straniere la maggiore probabilità (OR) di allattare al seno, verosimilmente collegata a comportamenti radicati nei Paesi d’origine.

Il livello di istruzione e l’occupazione innalzano per tutte le donne la probabilità degli eventi favorevoli e riducono quella degli eventi sfavorevoli, mitigando quindi le diseguaglianze sociali.

Complessivamente Mantova attutisce maggiormente queste diseguaglianze in ragione di una presenza ed attività dei consultori storicamente più strutturata e capillare, certamente favorita, a differenza di Cremona, da un programma pluridecennale di screening per la diagnosi precoce (pap test) del cervico-carcinoma effettuata presso queste stesse strutture territoriali, diventate quindi più familiari ed attrattive per la popolazione femminile.

Va infine sottolineata l’importanza crescente degli eventi avversi della riproduzione (EAR) negli studi di epidemiologia ambientale, in ragione della ipersuscettibilità alle *noxe* ambientali degli organismi in accrescimento, in grado di agire anche direttamente sul nostro patrimonio genetico condizionandone l’attività (epigenetica). Anche gli studi condotti dall’Osservatorio Epidemiologico sul polo industriale di Mantova (SIN) e sul polo del pannello truciolare del viadanese si sono dimostrati coerenti con tale asserto.

**Bibliografia essenziale di riferimento**

1. [Progetto Obiettivo Materno-Infantile -POMI - D.M. del 24/4/2000, Gazzetta Ufficiale n. 131 del 7 giugno 2000: *Salute della donna e consultori familiari*](http://www.epicentro.iss.it/focus/consultori/Estratto_Pomi.pdf).
2. [Piano nazionale della prevenzione 2014-2018](http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_045549_REP%20156%20%20PUNTO%205%20%20ODG.pdf)- Ministero della Salute.
3. Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2015-2018.
4. Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010 ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, le province, i comuni e le comunita' montane sul documento concernente «Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualita', della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo». (Rep. atti n. 137/CU) (11A00319).
5. Ministero della Salute, *Certificato di assistenza al parto (CeDAP) Analisi dell’evento nascita - Anno 2013*, 2015.
6. Regione Lombardia, Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri, *Certificato di assistenza al parto (CedAP) in regione Lombardia, analisi dell’evento nascita 2014,* Milano 2016.
7. World Health Organization, *Marketing of breast-milk substitutes: National implementation of the international code,* Status Report 2016.
8. World Health Organization, *The EPC training package*, 2016.
9. Ending Preventable Stillbirths study group: Frøen JF, Lawn JE, Heazell A E P, Flenady V, de Bernis L, Kinney MV, Blencowe H, Hopkins Leisher S. *Ending preve*
10. *ntable stillbirths, An Executive Summary for the Lancet’s Series*, 2016.
11. World Health Organization, *Safe Childbirth Checklist and Implementation Guide*, 2015
12. World Health Organization, *Trends in maternal mortality: 1990 to 2015*, Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division, 2015.
13. World Health Organization, [*WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections*](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/peripartum-infections-guidelines/en/), 2015.
14. World Health Organization, [*WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-guidelines/en/), 2015.
15. World Health Organization, [*State of InequalIty Reproductive, maternal, newborn and child health*](http://www.who.int/gho/health_equity/report_2015/en/), 2015.
16. World Health Organization, [*Who Statement on Caesarean Section Rates*](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/), 2015.
17. Ministero della Salute, Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare sulla Promozione dell’Allattamento al Seno (TAS). *Allattamento al seno nelle Strutture Sanitarie in Italia*. Report sulla Survey Nazionale. Revisione 2015.
18. Giovannini M, Banderali G, Radaelli G, Carmine V, Riva E, Agostoni C. *Monitoring breastfeeding rates in Italy:national surveys* *1995 and 1999*. Acta Paediatr 2003.
19. Davanzo R, De Cunto A. *Breastfeeding promotion and neonatological practices.* Early Human evelopment 2013.
20. American College of Obstetricians and Gynecologists Women's Health Care Physicians; *Committee on Health Care for Underserved Women. Committee Opinion No. 570: breastfeeding in underserved women: increasing initiation and continuation of breastfeeding*. Obstet Gynecol. 2013.
21. Istat. Anno 2013. *Gravidanza, parto e allattamento*, 2014.
22. Ministero della Salute e delle Politiche Sociali. *7 azioni per la vita del tuo bambino. Materiale informativo per gli operatori. Genitori Più*. ULSS 20, Verona. 2009
23. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. *Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. Lancet*. 2002.
24. Luan NN, Wu QJ, Gong TT, Vogtmann E, Wang YL, Lin B. *Breastfeeding and ovarian cancer risk: a metaanalysis of epidemiologic studies*. Am J Clin Nutr. 2013 .
25. Bartick M, Reinhold A. *The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric* *cost analysis.* Pediatrics. 2010 .
26. Cattaneo A, Ronfani L, Burmaz T, Quintero-Romero S, Macaluso, Di Mario S. *Infant feeding and cost of health care: a cohort study.* Acta Paediatr. 2006.

1. **Nuova Anagrafe Assistiti.** Raccoglie le variabili socio-anagrafiche di tutti gli assistiti residenti nei comuni dell’ATS, compreso l’indirizzo di residenza/domicilio. È aggiornata in tempo reale dalle anagrafi comunali con una latenza di circa un mese e concorre ad implementare la Nuova Anagrafe Regionale (NAR).

   **Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).** Ilflusso SDO registra tutti i ricoveri occorsi nella popolazione residente avvenuti nel periodo esaminato in qualsiasi struttura pubblica o privata accreditata dell’intero territorio nazionale. La registrazione comprende diagnosi, interventi, accertamenti e terapie eventualmente effettuati durante il ricovero.

   **Banca Dati Assistito (BDA).** La Banca Dati Assistito è un prodotto epidemiologico che raccoglie e riassume tutti i consumi sanitari dei residenti nell’anno di calendario. Tali consumi (ricoveri, prestazioni ambulatoriali, farmaci, riabilitazione, ricoveri in strutture socio- sanitarie ecc.) sono codificati in modo dettagliato, consentendo di mappare le diverse patologie e quindi categorizzare tutti gli assistiti in funzione del stato di salute individuale.

   **Certificati di Assistenza al Parto (CedAP)**. Il flusso CedAP riguarda la certificazione che ogni struttura che assiste al parto è tenuta a compilare e inviare in Regione. Il CedAP è costituito da tre parti relative rispettivamente alle caratteristiche socio-demografiche dei genitori, alla gravidanza e al parto ed infine al neonato. Raccoglie molte informazioni utili al monitoraggio dell’assistenza in gravidanza ed al parto, nonché variabili sociali necessarie per tracciare profili definiti di utenti, quali occupazione e scolarità di entrambi i genitori. Ha il limite di essere esclusivamente di natura regionale, quindi se una parte delle residenti partorisce extra-regione, tale quota non è coperta dal flusso CedAP.

   **Bilanci di salute.** I pediatri di famiglia seguono il bambino nel primo anno di vita effettuando almeno 6 visite mediche finalizzate al controllo della crescita, dell’alimentazione e dello sviluppo neuro-motorio del bambino. I risultati sono strutturati in un flusso informatico ricco altresì di altri *items* di cotesto (fumo passivo, aspetti relazionali, attività ludica) che compongo un’immagine articolata della salute del bambino e del suo benessere. [↑](#footnote-ref-1)