

# 2 RICOVERI OSTETRICI IN VENETO

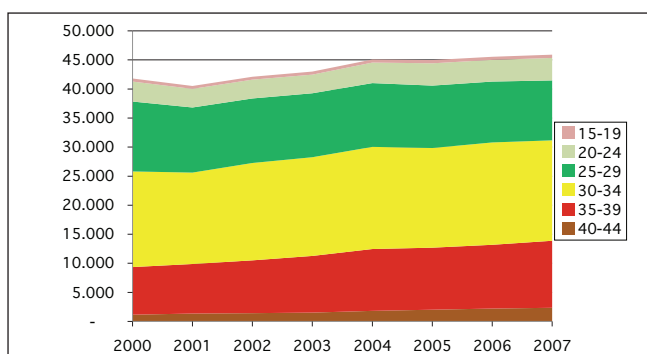
Trend 2000-2007

SER

Le SDO sono un utile strumento per ricostruire lo stato di salute e l'accesso alle cure in ambito ostetrico (E&P 2006;30(3):178-190). Adottando una classificazione per DRG e diagnosi simile a quella utilizzata in una serie di rapporti prodotti nella regione Lombardia ([www.sanita.regione.lombardia.it/pubblicazioni/ricoveri\\_ostetrici\\_2005.pdf](http://www.sanita.regione.lombardia.it/pubblicazioni/ricoveri_ostetrici_2005.pdf)), abbiamo ricostruito un quadro complessivo del ricorso alle cure ospedaliere per gravidanza, parto e puerperio (MDC 14) nella regione Veneto. Sono stati selezionati i ricoveri dei residenti in Regione (ricoverate in Veneto + mobilità passiva) nel periodo 2000-2007 per monitorare i principali trend temporali. Le ospedalizzazioni sono state classificate in ricoveri per parto vaginale (DRG 372-375), parto cesareo (DRG 370, 371), gravidanza ectopica (DRG 378), minaccia d'aborto / di parto prematuro (DRG 379, 382), patologie in gravidanza (DRG 383, 384), ricoveri post parto / aborto (DRG 376, 377), aborti spontanei (DRG 380, 381 con diagnosi principale 632, 634.x, 637.x), interruzioni volontarie di gravidanza (DRG 380, 381 con diagnosi principale 635.x). La popolazione di riferimento è quella dei residenti ISTAT di metà anno, ovviamente limitata al sesso femminile ed al range di età 15-49 anni, suddiviso in classi quinquennali.

In Figura 1 si può osservare come il numero dei ricoveri per parto delle residenti in Regione sia aumentato da circa 41800 a quasi 46000 nel periodo considerato (+9.9%); nel contempo è aumentata l'età media al parto, e la percentuale di ricoveri in donne con almeno 35aa è cresciuta dal 22% al 30% (dato l'esiguo numero di parti, non compare in Figura la classe di età 45-49).

Figura 1. Numero di ricoveri per parto per età della madre, residenti in Veneto, trend 2000-2007.



Per quanto riguarda i tassi di ricovero per parto, questi si avvicinano per difetto (sottostimandoli dell'1-2%) ai tassi di fecondità, poiché includono la natimortalità e non tengono conto dei parti a domicilio e dei parti gemellari. I tassi aumentano in tutte le classi di età, ma in misura maggiore nelle donne di 20-24 aa (principalmente per l'apporto delle straniere residenti, v. articolo successivo) e in quelle di 35-39 aa (principalmente per un effetto di "posticipazione" della gravidanza tra le donne con cittadinanza italiana) (Figura 3). Inoltre nello stesso periodo si verificano anche

un aumento della popolazione in età fertile oltre i 40 anni (+23%) ed una forte contrazione della popolazione residente di età compresa tra i 20 e i 29 anni (-18%). Questa dinamica demografica fa sì che l'incremento del tasso grezzo di ricovero per parto, pari all'8% (da 38 a 41 ricoveri per 1000 donne), sia minore di quello standardizzato pari al 15% (standard = popolazione Veneto 2000).

Figura 2. Donne residenti in Veneto per classe di età, confronto 2000-2007.

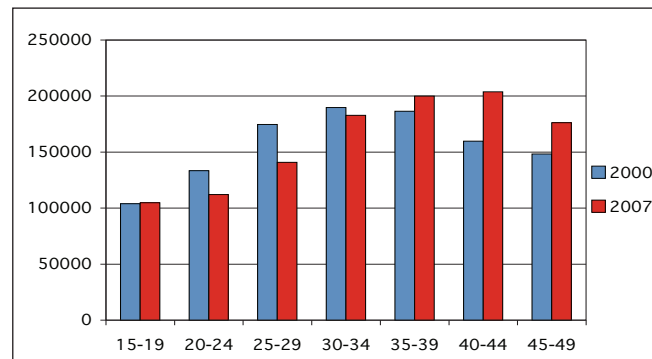
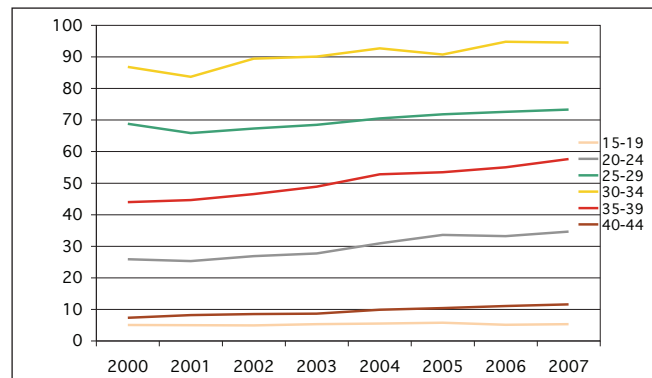


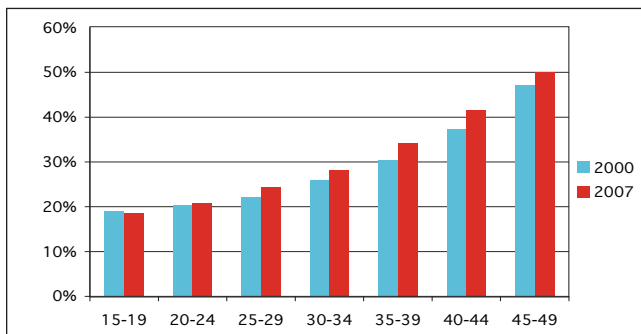
Figura 3. Tassi di ricovero per parto età-specifici (x1000 donne residenti in Veneto), andamento 2000-2007.



Considerando i differenti trend temporali, mentre i ricoveri per parto non aumentano più in modo consistente dopo il 2004 (Figura 1), i tassi età specifici continuano nella loro dinamica positiva (Figura 3). Questo perché nel contempo rimangono sostanzialmente stabili o addirittura si riducono le popolazioni nelle classi di età più fertili (25-39 anni), e tale fenomeno sembrerebbe essere destinato ad acuirsi nel prossimo futuro: come si vede in Figura 2, si stanno per affacciare al culmine dell'età riproduttiva coorti di nascita (donne nel 2007 in età 15-24 anni) "decimate" dal crollo demografico degli anni '80.

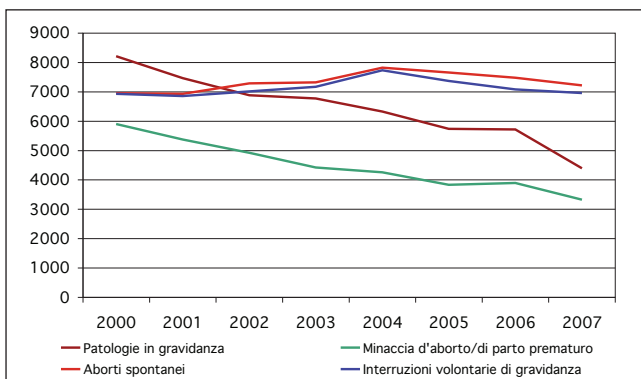
Per quanto riguarda le modalità del parto, è da segnalare un incremento dei ricoveri con taglio cesareo, che ora si avvicinano al 30% del totale (Figura 4). Il ricorso al cesareo aumenta progressivamente con l'età della donna; peraltro nel periodo considerato aumenta in tutte le classi di età tranne che tra le più giovani, e particolarmente marcato risulta l'incremento tra i 35 ed i 39 aa (proprio dove si è registrato un forte trend in aumento dei ricoveri per parto). E' da segnalare che la percentuale di parti cesarei è aumentata dal 2000 al 2004, per rimanere stabile negli anni successivi.

Figura 4. Percentuale di parti cesarei per classe di età, residenti in Veneto, confronto 2000-2007.



Per quanto riguarda gli altri ricoveri ostetrici più frequenti, si è registrato nel periodo in studio un crollo del numero di ricoveri per minaccia di aborto o di parto prematuro (-44%), e per patologie in gravidanza (-47%), probabilmente per l'eliminazione di ricoveri per accertamenti o comunque per lo spostamento a setting assistenziali più appropriati (Figura 5). I ricoveri per aborto spontaneo ed interruzione volontaria di gravidanza presentano un andamento altalenante, con un picco nel 2004-2005 ed un successivo ritorno a valori vicini a quelli di inizio periodo; andamento simile hanno dunque anche i tassi grezzi di abortività spontanea (6.3 per 1000 residenti nel 2000 e 6.4 nel 2007) e volontaria (6.3 nel 2000 e 6.2 nel 2007). Infine, i ricoveri post parto/aborto e quelli per gravidanza ectopica appaiono stabili nel tempo, oscillando rispettivamente attorno ai 600 ed ai 500 all'anno (dati non mostrati nel grafico).

Figura 5. Andamento dei più frequenti ricoveri ostetrici (escluso parto), residenti in Veneto, 2000-2007.



Se si rapportano invece i ricoveri per aborto spontaneo a quelli per parto (approssimando così un rapporto di abortività), si può notare come il rischio di aborto spontaneo cresca drasticamente con l'età a partire dai 35 anni (Tabella 1), e come il rapporto tra aborti spontanei e parti diminuisca nell'arco temporale di osservazione soprattutto una volta standardizzato per età (tenendo dunque conto dello spostamento delle gravidanze verso classi di età più mature, a maggior rischio).

Tabella 1. Rapporto tra ricoveri per aborto spontaneo (ABS) e ricoveri per parto, per classe di età: residenti in Veneto, confronto 2000-2007.

	ABS/RIC PARTO	
	2000	2007
15-19	0.17	0.17
20-24	0.14	0.11
25-29	0.13	0.11
30-34	0.14	0.12
35-39	0.22	0.20
40-44	0.56	0.47
45-49	1.67	1.42
totale	0.17	0.16
rapp std	0.17	0.14

In Tabella 2 si può osservare come il rapporto di abortività volontaria sia maggiore sotto i 25 e sopra i 40 anni, e che comunque in queste fasce di età vada diminuendo (tranne che tra le giovanissime) dal 2000 al 2007.

Tabella 2. Rapporto tra ricoveri per interruzione volontaria di gravidanza (IVG) e ricoveri per parto, per classe di età: residenti in Veneto, confronto 2000-2007.

	IVG/RIC PARTO	
	2000	2007
15-19	0.96	0.98
20-24	0.41	0.29
25-29	0.14	0.14
30-34	0.09	0.10
35-39	0.15	0.13
40-44	0.42	0.25
45-49	0.97	0.64
totale	0.17	0.15

L'analisi delle SDO consente di delineare il quadro complessivo dei ricoveri ostetrici delle residenti nella nostra Regione, e di evidenziarne i principali trend temporali. A partire dalle diagnosi SDO si potrebbero ricostruire con più accuratezza i tassi di fecondità e dunque i rapporti di abortività volontaria e spontanea (Epidemiologia & Prevenzione 2006;30(3):178-190). Bisogna però considerare che lo scarto tra parti e nati vivi è comunque molto limitato (1-3%).

Per approfondimenti di secondo livello, sono disponibili flussi informativi specifici. Le nascite sono rilevate dal flusso CEDAP (attualmente sono disponibili un report nazionale 2005 ed alcuni report regionali più aggiornati). Per gli aborti spontanei e le interruzioni volontarie di gravidanza esistono due flussi ISTAT dedicati (modelli D11 e D 12, t), che raccolgono dati da tutti gli istituti di cura. Il ritorno informativo è costituito da tavole di dati scaricabili dal sito dell'ISTAT (alcuni indicatori sono anche consultabili tramite il programma "Health for all"); per l'IVG una sintesi dei dati è presentata in una relazione annuale del Ministero della Salute. Una criticità rilevante è che, mentre il flusso IVG ha un buon grado di completezza, il flusso informativo degli aborti spontanei soffre di una sottotifica che per di più varia nel tempo e nello spazio, rendendo problematiche analisi di trend temporali o confronti tra Regioni. Questo si aggiunge al problema ineliminabile rappresentato dal fatto che parte degli aborti spontanei alle età gestazionali più precoci non richiede comunque l'ospedalizzazione. La regione Lazio, avendo integrato i modelli D11/D12 nel flusso SDO, si garantisce una rilevazione completa; proprio per tale motivo risulta artificiosamente essere la Regione con il più alto tasso di abortività spontanea in base ai dati ISTAT. Basandosi sui dati di ospedalizzazione, il rischio di abortività spontanea nel Veneto sembra essersi ridotto nelle classi di età più avanzate. Comprendere se ciò costituisca un artefatto legato al minor ricorso al ricovero ospedaliero o un trend reale sarebbe di grande rilevanza anche tenuto conto dell'avanzamento dell'età media al parto, almeno tra le donne con cittadinanza italiana.

Per informazioni: Ugo Fedeli  
 ugo.fedeli@ulssasolo.ven.it