

Università di Napoli Federico II

Facoltà di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Sanità Pubblica
Sezione di Igiene

Regione Campania

Assessorato alla Sanità
Direzione Generale
per la Tutela della Salute
Osservatorio Epidemiologico

*Sistema di Sorveglianza della Natalità,
Natimortalità e Difetti Congeniti
con il Certificato di Assistenza al Parto*



**RAPPORTO
SULLA NATALITÀ
IN CAMPANIA**

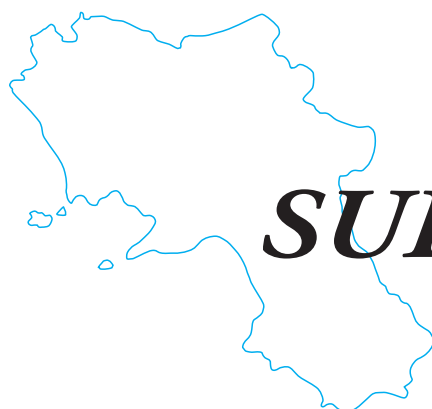
2013

A cura di

*Maria Triassi, Aniello Pugliese, Esmeralda Castronuovo,
Domenico Esposito, Maria Passaro*

Napoli, Luglio 2015

*Sistema di Sorveglianza della Natalità,
Natimortalità e Difetti Congeniti
con il Certificato di Assistenza al Parto*



**RAPPORTO
SULLA NATALITÀ
IN CAMPANIA**

2013

A cura di

*Maria Triassi, Aniello Pugliese, Esmeralda Castronuovo,
Domenico Esposito, Maria Passaro*

Università degli Studi di Napoli Federico II
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Sanità Pubblica
Sezione di Igiene
Responsabile: Prof.ssa M. Triassi
Via Pansini, 5 - 80131 Napoli
Tel. 081 7463360 - Fax 081 7463352
Email: triassi@unina.it

Regione Campania
Assessorato alla Sanità
Direzione Generale
per la Tutela della Salute
Responsabile: Dott. M. Vasco
Osservatorio Epidemiologico
Responsabile: Dr. R. Pizzuti
Centro Direzionale - Isola C/3 - Napoli
Tel. 081 7969426
Email: oer@regione.campania.it

Sistema di Sorveglianza della Natalità in Campania

Responsabile Scientifico

Maria Triassi

Responsabile del procedimento

Barbara Morgillo

*Analisi e interpretazione dei dati, stesura del Rapporto Regionale,
formazione degli operatori*

Maria Triassi, Aniello Pugliese, Esmeralda Castronuovo, Domenico Esposito, Maria Passaro

Compilazione e informatizzazione dei CedAP

Operatori dei Centri Nascita

Coordinamento: circuito informativo, stage di formazione

Antonella Cristofanini, Maria Passaro

Controllo di qualità dei dati, stesura dei Rapporti di ASL

Responsabili e Referenti CedAP dei SEP

A. Simonetti, P. Nasti (NA1 Centro). A. Parlato,

P. Russo, F. Peluso, M. Pelliccia (NA 2 Nord).

F. Giugliano, R. Palombino, G. Manetta, (NA 3 Sud).

M.A. Ferrara, M. D'Alessio (Avellino).

A. Citarella, E. Zollo (Benevento).

A.L. Caiazzo, A. D'Alessandro, M.G. Panico,

C. Ronga, G. Della Greca, A. Trani (Salerno).

D. Protano, A. D'Argenzio, F. Bergamasco (Caserta).

D.G. Tucci, V. De Martino (Università Federico II - Dip. Sanità Pubblica).

Gestione informatica

Vincenzo Formisano

Indice

Presentazione	pag.	9
----------------------------	------	---

IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLA NATALITÀ IN CAMPANIA

Metodologia

1. Circuito informativo. Verifica di qualità dei dati	»	13
2. Elaborazione e analisi dei dati	»	14
3. Copertura del sistema, completezza e accuratezza dei dati	»	14
4. Formazione e aggiornamento degli operatori	»	15

Risultati

1. Contesto socio-demografico: fecondità e natalità	»	16
2. Tassi di Mortalità Materna	»	21
3. Tassi di Mortalità Feto-Infantile	»	22
4. Caratteristiche socio-demografiche dei genitori	»	25
4.1. Nati per stato civile della madre	»	25
4.2. Nati per livello di istruzione e condizione lavorativa materna e paterna	»	27
4.3. Nati per classe di età materna e paterna	»	30
4.4. Nati da cittadini immigrati	»	31
5. Gravidanza	»	33
5.1. Anamnesi ostetrica: ordine di nascita, abortività	»	33
5.2. Cure prenatali: epoca della prima visita, numero di visite e di ecografie in gravidanza	»	35
5.3. Diagnosi prenatale	»	36
5.4. Decorso della gravidanza	»	37
5.5. Nati da procreazione assistita (PA)	»	37
6. Nati per caratteristiche fetali	»	42
6.1. Nati per mese di nascita, sesso e vitalità	»	42
6.2. Nati per classe di età gestazionale	»	44
6.3. Nati per genere del parto	»	47
6.4. Nati per classe di peso	»	50
6.5. Nati per presentazione e genere del parto	»	53
6.6. Indice di Apgar a 5 minuti	»	54
7. Caratteristiche dei parti	»	55
7.1. Mobilità intra ed extraregionale per il parto	»	55
7.2. Nati per luogo del parto	»	57
7.3. Nati per tipo di parto	»	61
7.4. Caratteristiche materne, neonatali e tipo di parto	»	64
7.5. Classificazione dei parti secondo Robson	»	66
7.6. Caratteristiche dei centri nascita della Campania	»	68
Bibliografia	»	71
Tabelle e figure	»	75
<i>Allegato</i> : Modello CedAP	»	125

Elenco delle figure e delle tabelle

- Tab. 1 Copertura del sistema
- Tab. 2 Dati omessi per singola variabile
- Tab. 3 Italia e Regioni Italiane: scenario demografico, anno 2013 (Istat)
- Fig. 1 Italia e Campania: popolazione femminile per classe di età, anno 2013 (Istat)
- Fig. 2 Regioni Italiane: saldo migratorio, anno 2013 (Istat)
- Fig. 3 Regioni Italiane: tasso di crescita naturale, anno 2013 (Istat)
- Fig. 4 Nati in Italia, Lombardia e Campania, anni 2001-2013 (Istat)
- Tab. 4 Nati per stato civile della madre
- Tab. 5 Caratteristiche materne e neonatali per cittadinanza materna, nati singoli
- Fig. 5 Livello di istruzione materna per stato civile
- Fig. 6 Livello di istruzione dei genitori uguale o inferiore ad 8 anni: 2008-2013 (dati CedAP)
- Tab. 6 Nati per livello di istruzione materna
- Tab. 7 Nati per livello di istruzione paterna
- Tab. 8 Nati per condizione lavorativa materna
- Tab. 9 Nati per condizione lavorativa paterna
- Fig. 7 ASL della Campania per numero di nati, proporzione di padri non occupati e di madri con istruzione uguale o inferiore ad 8 anni
- Tab. 10 Nati per classe di età materna
- Fig. 8 Nati per classe di età materna, anni 2009-2013
- Tab. 11 Principali Paesi di provenienza delle madri e dei padri stranieri
- Fig. 9 Nati da madri e padri stranieri per Paese di provenienza
- Fig. 10 Nati da almeno un genitore immigrato
- Fig. 11 Distribuzione percentuale delle donne italiane e straniere in Campania per classe di età, anno 2013 (Istat)
- Tab. 12 Nati per ordine di nascita
- Tab. 13 Nati per epoca della prima visita
- Tab. 14 Caratteristiche socio-demografiche e epoca della prima visita
- Tab. 15 Caratteristiche socio-demografiche e numero di visite, nati singoli
- Tab. 16 Numero di ecografie, nati singoli
- Tab. 17 Frequenza dell'amniocentesi per età materna
- Tab. 18 Caratteristiche socio-demografiche e indagini invasive di diagnostica prenatale (età materna > 34 anni)

- Fig. 12 Distribuzione per genere dei parti da Procreazione Assistita
- Fig. 13 Distribuzione dei parti dopo procedure di Procreazione Assistita nelle ASL della Campania
- Tab. 19 Nati da Procreazione Assistita per residenza materna - Metodo utilizzato per la Procreazione Assistita
- Tab. 20 Nati per vitalità e provincia di residenza
- Tab. 21 Fattori di rischio per natimortalità nei nati singoli
- Tab. 22 Nati per classe di età gestazionale
- Tab. 23 Parti per genere, tipo e classe di età gestazionale
- Tab. 24 Nati vivi e nati morti per genere, classe di età gestazionale e di peso
- Tab. 25 Nati per presentazione e genere del parto
- Tab. 26 Nati per classe di peso
- Fig. 14 Nati per classi di peso e livello della struttura di nascita
- Tab. 27 Fattori di rischio per basso peso, nati singoli
- Tab. 28 Indice di Apgar a 5' e caratteristiche dei nati
- Tab. 29 Mobilità legata al parto nella Regione Campania
- Tab. 30 Nati per tipologia della struttura di nascita
- Tab. 31 Nati per dimensione della maternità e tipo di struttura
- Tab. 32 Principali caratteristiche dei nati in strutture pubbliche e private
- Fig. 15 Nati da Taglio Cesareo nelle strutture pubbliche e private della Campania, anni 2003-2013
- Fig. 16 Caratteristiche materne per tipo di struttura
- Fig. 17 Numero di nati, proporzione di cesarei e di VLBW in strutture con e senza Terapia Intensiva Neonatale
- Tab. 33 Nati singoli per tipo di parto
- Fig. 18 Nati da taglio cesareo e da parto vaginale per età gestazionale
- Tab. 34 Fattori di rischio per taglio cesareo nei nati singoli
- Fig. 19 Nati da taglio cesareo per ordine di nascita e classe di età materna
- Fig. 20 Età media al parto e parto cesareo in Italia e Campania, anni 2000-2012 (HFA)
- Fig. 21 Percentuale di parti e proporzione di cesarei nei 10 gruppi di Robson
- Fig. 22 Percentuale di parti in strutture pubbliche e private nei 10 gruppi di Robson
- Fig. 23 Proporzione di cesarei in strutture pubbliche e private nei 10 gruppi di Robson
- Tab. 35 Dati relativi alle singole maternità della Campania, anno 2013

Presentazione

Il “Rapporto sulla Natalità in Campania anno 2013”, è giunto alla quindicesima pubblicazione. In questo Rapporto, curato dal Dipartimento di Sanità Pubblica dell’Università Federico II di Napoli, in convenzione con l’Osservatorio Epidemiologico Regionale, sono presentati i dati sulle nascite relativi a 54.365 CedAP, pervenuti da 68 centri nascita, con una copertura del sistema di sorveglianza sulla natalità attestata al 98,2% dei nati.

La Campania continua ad essere una delle regioni più giovani d’Italia, caratterizzata da una prevalenza di donne in età fertile molto alta rispetto a quella di altre regioni italiane, con una percentuale del 46,9% di tutta la popolazione femminile residente nell’anno 2013. Tuttavia, nonostante tale favorevole contesto, il tasso di fecondità totale (TFT) pari a 1,36 figli per donna, continua a ridursi e risulta inferiore nuovamente alla media nazionale italiana (1,39 figli per donna). Analogamente, il tasso di natalità pari al 9,1‰, pur restando il più alto tra le regioni italiane (insieme al Lazio), è in continua diminuzione in tutte le province campane, con la sola eccezione di Benevento. Così il numero di nati in regione da madri residenti continua a diminuire, passando da 61.800 nel 2007 a 52.785 nel 2013 (dati Istat). La persistente crisi economica ha giocato sicuramente un ruolo importante nelle scelte procreative delle coppie, imponendo loro un rinvio della scelta genitoriale. Così continua lentamente ad aumentare l’età media al parto delle donne che attualmente si attesta intorno ai 31 anni, pur restando inferiore al valore medio nazionale di 32,1 anni. Le difficoltà economiche delle famiglie sono evidenziate anche dal fatto che solo il 13% dei nati presenta un ordine di nascita superiore a due. La recente legge di stabilità 2015 ha introdotto importanti misure a favore delle famiglie con figli (“bonus bebè” e stanziamenti a favore delle famiglie con quattro e più figli).

In relazione alle informazioni sulle caratteristiche dei parti e dei nati, provenienti dai dati CedAP, sembra essersi arrestato il trend in aumento dei parti provenienti da una procreazione medicalmente assistita (11,8‰); tuttavia tra queste gravidanze si segnala ancora una percentuale di parti trigemellari superiore alla media italiana. L’analisi degli esiti delle gravidanze indica che la proporzione dei nati più vulnerabili è simile a quella delle altre regioni italiane: in particolare i gemelli sono il 3,8% del totale e quelli con peso molto basso alla nascita

l'1,1%. Tuttavia nel 2013 viene segnalato un tasso di parti pretermine in aumento (7,7%) ed un incremento del tasso dei nati con basso peso (8,07%). Se confermati, questi dati sarebbero da collegare alle persistenti difficoltà economiche ed assistenziali incontrate dalle donne nell'attuale percorso nascita. Il tasso di natimortalità, pari al 2,5 ‰, è tra i più bassi d'Italia; questo dato, ormai stabile negli anni, costituisce l'unico elemento positivo registrato in una regione che presenta numerose lacune da colmare nel settore perinatale.

I dati CedAP rispecchiano da anni il pesante divario socio-economico esistente tra la Campania e le Regioni Settentrionali. L'analisi dei dati permette di individuare in particolare tre gruppi di madri a maggior rischio socio-sanitario: le immigrate, le nubili e le donne con basso livello di istruzione, caratterizzati da tardivo inizio delle visite in gravidanza e da peggiori esiti neonatali. Questo dato, tuttavia, solo in parte giustifica i più alti tassi di mortalità neonatale che continuano ad essere registrati in Campania e su cui incide evidentemente anche un'organizzazione delle cure perinatali e neonatali insoddisfacente. In una regione sottoposta ancora al commissariamento per la Sanità, l'assistenza alla gravidanza e al parto continuano ad essere fortemente rappresentate (45,5% dei nati) dal settore privato dove è documentato un maggior rischio di medicalizzazione dell'evento nascita. Al numero eccessivo di controlli ed ecografie prenatali, si associa ancora una volta una percentuale di ricorso al taglio cesareo molto elevata, del 60,4%; valore purtroppo stabile da anni a livello regionale, ma con ampie differenze legate all'area geografica, alla dimensione ed alla tipologia dei centri nascita. Tali differenze non sempre sono coerenti con le caratteristiche delle gravide assistite, anzi i tassi più alti di taglio cesareo si registrano dove si ricoverano partorienti a basso rischio ostetrico, e in particolare nei punti nascita, ancora numerosi (21 centri), che assistono meno di 500 nati per anno. È necessario pertanto un piano di riorganizzazione dei punti nascita e dei centri di assistenza neonatale, che parta da una attenta valutazione integrata dei dati epidemiologici rilevati dai CedAP e dalle SDO e dei dati qualitativi ricavabili dagli operatori impegnati nel percorso nascita delle strutture regionali. Il costituito Comitato Percorso Nascita Regionale e i relativi Comitati Aziendali in fase di costituzione potrebbero rappresentare un importante strumento di programmazione per realizzare finalmente anche nella nostra Regione un settore perinatale di livello europeo.

È doveroso ringraziare i Referenti dei Servizi di Epidemiologia e Prevenzione e dei Centri Nascita della Campania per il grande e continuo impegno nel rendere efficiente il Flusso Informativo CedAP, mediante una continua acquisizione e valutazione dei dati utili all'attività di sorveglianza.

MARIA TRIASSI

DATI EPIDEMIOLOGICI RELATIVI ALLA NATALITÀ IN CAMPANIA NEL 2013

Superficie Km ² (Istat)	13.670,9
Abitanti (densità per Km ² 422) (Istat)	5.766.810
Donne di 15-49 anni (Istat)	46,9%
Madri con scolarità < 8 anni	35,4%
Età media delle madri al parto	30,7 anni
Età media delle madri al parto del primo figlio	29,2 anni
Padri occupati	82,4%
Nati vivi da madri residenti	51.830
Nati da madri immigrate	6,4%
Tasso di natimortalità	2,5‰
Parti da Procreazione Assistita	11,8‰
Nati da Procreazione Assistita	15,5‰
Parti pretermine	7,41%
Nati pretermine	7,69%
Parti gemellari	1,85%
Gemelli	3,78%
Nati di peso < 2.500 grammi	8,07%
Nati di peso < 1.500 grammi	1,1%
Nati di peso > 3.999 grammi	3,8%
Nati con Indice di Apgar a 5min. < 7	0,7%
Totale centri nascita	68
Centri nascita con numero di nati per anno < 500	21
Nati nei centri nascita privati	45,5%
Parti Cesarei	60,4%
Nati da parto cesareo	61,0%

IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLA NATALITÀ IN CAMPANIA

METODOLOGIA

1. Circuito informativo. Verifica di qualità dei dati

Il Rapporto Annuale sulla Natalità in Regione Campania si basa sui dati epidemiologici raccolti, per ogni nato, dai Certificati di Assistenza al Parto (CedAP) e sui dati Istat per la descrizione del contesto demografico.

I principi della metodologia per il sistema di sorveglianza sono coerenti con la Circolare Ministeriale n. 15 (Modalità di attuazione del Decreto 16 luglio 2001, n. 249); è stato utilizzato il modello CedAP proposto dal Ministero, tranne per la codifica del numero di visite in gravidanza, che è stata semplificata* per evitare distorsioni (vedi allegato al presente Rapporto).

In ciascun centro nascita, gli operatori incaricati informatizzano i dati CedAP utilizzando il programma EPIDATA, appositamente configurato e annualmente aggiornato; successivamente i file vengono inviati ai Servizi di Epidemiologia e Prevenzione (SEP) delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) territorialmente competenti. In ogni SEP un referente ha il compito di verificare la qualità dei dati: in particolare vengono eliminati i CedAP che risultano duplicati o inutilizzabili per la carenza di informazioni, si correggono eventuali incongruenze e si effettua il recupero dei dati omessi con inchiesta telefonica.

I file sono quindi inviati all'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) ed infine al Dipartimento di Sanità Pubblica - Sezione di Igiene dell'Università Federico II di Napoli dove viene effettuato un ulteriore controllo di qualità dei dati: per i CedAP che presentano diagnosi di vitalità dubbia, si richiede ai SEP un'ulteriore verifica presso i centri nascita. Invece, per i dati relativi ai gemelli, si provvede al loro recupero quando sono riportati i dati di uno solo di essi.

* A = nessuna visita, B = 1-4 visite, C = oltre 4 visite.

La valutazione di incongruenze tra variabili fondamentali quali, sesso, vitalità, genere, peso, età gestazionale, permette di verificare che la distribuzione dei dati omessi non generi distorsioni. L'OER inoltra ogni 6 mesi i file definitivi al Ministero della Salute e all'Ufficio Statistico Regionale come previsto dalla normativa nazionale vigente.

2. Elaborazione e analisi dei dati

Per l'elaborazione dei dati viene utilizzato il programma EPI-INFO 3. Per l'anno 2013, le analisi riguardano i dati epidemiologici presenti in 54.365 CedAP, di cui 51.958 relativi a nati da madri residenti in Campania, 1.955 da madri non residenti in Campania, 452 relativi ai casi in cui manca il dato della residenza o si tratta di madri residenti all'estero.

In tutte le tabelle e le figure presenti nel rapporto sono considerati globalmente i nati, vivi e morti, singoli e gemelli a meno che non diversamente specificato. L'analisi dei dati socio-demografici è stata condotta considerando il numero dei parti pari a 49.156, il numero dei nati riportati nelle tabelle e nelle figure può essere non sovrapponibile, in relazione al variare della frequenza di dati mancanti per le singole variabili.

Riguardo alla nazionalità delle madri, il termine "non italiana" o "immigrata" o "straniera" si riferisce a "donna straniera proveniente da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)"; i dati relativi a 168 nati da madri non italiane, provenienti da paesi a basso flusso migratorio, non sono stati considerati nell'elaborazione delle tabelle.

Per i confronti con gli anni precedenti è fatto riferimento ai dati CedAP e ad elaborazioni sui dati pubblicati dall'Istat.

La suddivisione delle ASL rispetta le indicazioni della legge regionale¹: per ciascuna delle province di Caserta, Avellino, Benevento e Salerno è prevista una sola ASL, per la provincia di Napoli le ASL sono tre: ASL Napoli 1 Centro, ASL Napoli 2 Nord, ASL Napoli 3 Sud. I risultati sono presentati sotto forma di distribuzioni di frequenza semplici, tabelle di contingenza multiple e tassi grezzi. Per valutare la significatività statistica delle differenze per alcune variabili è stato calcolato il rischio relativo (RR) con analisi univariata.

3. Copertura del sistema, completezza e accuratezza dei dati

La raccolta dei CedAP relativi all'anno 2013 è stata completata il 31/07/2014.

Entro tale data, alla Sezione di Igiene del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università Federico II di Napoli sono pervenuti 54.405 CedAP compilati da 68 centri nascita campani.

A causa di dati incongruenti, incompleti o duplicati, sono state escluse 40 schede CedAP, in diminuzione rispetto agli anni precedenti, pertanto l'analisi è stata condotta su 54.365 CedAP

La copertura del sistema, pari al 98,2% per l'anno 2013, è valutata confrontando il numero di nati vivi da madri residenti risultante dai CedAP con il dato Istat, nonostante quest'ultimo includa anche i nati fuori regione da madri residenti in Campania (Tab. 1). In tutte le province si riconferma per l'anno 2013 un miglioramento della copertura: Napoli 100%, Salerno 95,3%, Benevento 93,1%, Avellino 96,8%, Caserta 93,8%. Le percentuali di dati omessi per le singole variabili presenti nella scheda CedAP non sono diminuite e sono sempre elevate per le cause di natimortalità (Tab. 2). Nell'anno 2013 sono stati notificati nei CedAP 167 casi di malformazioni.

4. Formazione e aggiornamento degli operatori

La sorveglianza della natalità, basata sui dati CedAP ha avuto inizio in Campania nel 1998² con una Convenzione tra l'Osservatorio Epidemiologico Regionale e il Dipartimento di Scienze Mediche Preventive dell'Università Federico II di Napoli e ha permesso di produrre dal 1999 un Rapporto Annuale sulla Natalità in Regione Campania. I Rapporti sono disponibili sul sito www.cedapcampania.org. Dal 1° gennaio 2002 il flusso informativo CedAP si è uniformato al dettato ministeriale³ che ha reso obbligatoria la sorveglianza sulle nascite in tutte le Regioni Italiane e ha prodotto le linee-guida per la raccolta, informatizzazione e trasmissione dei dati con modalità omogenea. L'attività è stata sempre integrata con la formazione degli operatori dei centri nascita e dei Servizi di Epidemiologia e Prevenzione (SEP) delle ASL, punto di riferimento per l'organizzazione della sorveglianza; sono organizzati annualmente corsi di epidemiologia perinatale nei distretti sanitari delle province campane e in tali occasioni è fornito materiale didattico e vengono discusse linee-guida e percorsi metodologici dell'attività di sorveglianza⁴⁻⁵. Inoltre, per individuare e discutere le criticità del sistema nonché per valutare prospettive di miglioramento, si riunisce trimestralmente presso l'OER, il tavolo tecnico regionale costituito dai referenti dei SEP, dell'OER e del Dipartimento di Sanità Pubblica. I professionisti del settore, per migliorare la raccolta e la qualità dei dati, hanno da tempo proposto una semplificazione del modello CedAP, con l'integrazione di tutti i sistemi informativi già operanti in Campania nel settore perinatale⁶, come già sperimentato in altre realtà⁷.

RISULTATI

1. Contesto socio-demografico: fecondità e natalità

Bilancio demografico in Italia e in Campania

Negli ultimi anni si registrano sostanziali cambiamenti delle dinamiche demografiche nazionali e regionali, legati soprattutto ai mutamenti sociali ed economici che sono in atto. Come nei precedenti rapporti, al fine di dare una quadro generale del contesto in cui si collocano i dati della natalità in Campania, si riportano quelli desunti dalle elaborazioni Istat relativi al bilancio demografico in Italia e Campania.

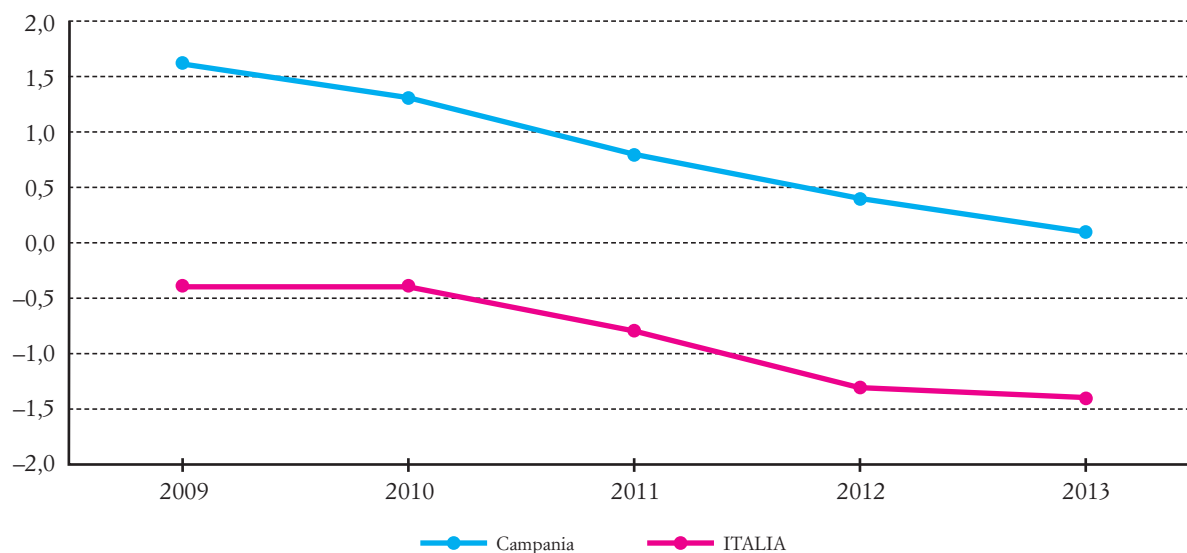
Al 1° gennaio 2014 i residenti in Italia sono 60.782.668 (+2% rispetto al 2012) di cui 4.922.085 stranieri, pari all'8% dei residenti (7,4% nel 2013 e 6,8% nel 2012). La Campania, alla stessa data, conta 5.869.965 residenti (+1,7% rispetto al 2012), di cui 203.823 sono stranieri (3,4 ogni 100 residenti).

Rispetto al dato nazionale e alle altre Regioni, la Campania continua a configurarsi come una delle regioni più "giovani" con il più basso indice di vecchiaia e il tasso di natalità tra i più elevati (Tab. 3). La Campania è la Regione che presenta la più alta percentuale di donne in età feconda (15-49 anni), che costituisce il 46,9% delle donne residenti in Campania (43,1% in Italia) (Fig. 1). Diminuisce lievemente la quota di popolazione 0-14 anni al 15,7% (16% nel 2012), permanendo comunque più elevata della proporzione registrata a livello nazionale, pari al 13,9% (14% nel 2012).

Per tutte le regioni si osserva un notevole incremento del saldo migratorio totale che, in Campania passa dallo 0,5‰ del 2012 al 17,1‰ del 2013 (Fig. 2). Le consistenti variazioni osservate per tutte le Regioni dei tassi del saldo migratorio, sono dovute al confronto effettuato dall'Istat tra le anagrafi e gli esiti del Censimento del 2011. Le operazioni di revisione hanno riguardato prevalentemente iscrizioni di cittadini non censiti ma effettivamente residenti e cancellazioni di individui non residenti al Censimento, ma presenti nelle liste anagrafiche⁸.

In riferimento invece alla sola dinamica naturale nel periodo 2009-2013, si osserva una diminuzione, sia a livello nazionale che regionale. Il tasso di crescita naturale che permane negativo in gran parte delle regioni (Tab. 3 e Fig. 3), in Campania scende in cinque anni di 1,4, passando dall' 1,5 del 2009 allo 0,4 del 2012 e 0,1 del 2013 (Fig. 1.A). La Regione si colloca così per la prima volta in una condizione di crescita zero.

**Fig. 1.A - Tasso crescita naturale per 1.000 abitanti
Italia e Campania, anni 2009-2013**

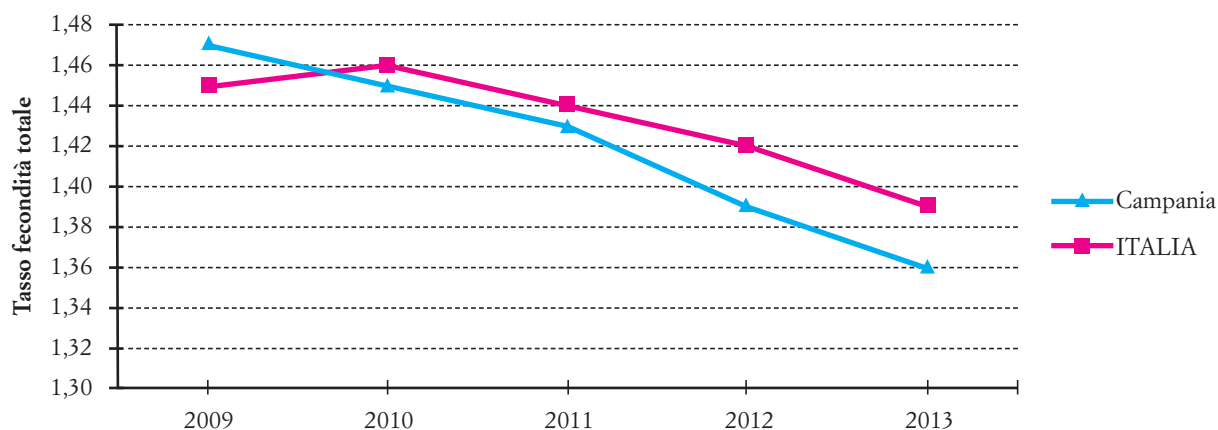


Tassi di Fecondità

La figura 1.B presenta l'andamento del tasso di fecondità (TFT) in Italia e Campania negli ultimi 5 anni (2009-2013). Prosegue in Campania anche nel 2013 la diminuzione del TFT avviatasi dal 2010 quando, per la prima volta risulta inferiore a quello medio italiano. Nel 2013 il numero medio di figli per donna comprese le straniere, nella Regione scende a 1,36 (1,47 nel 2009 e 1,39 nel 2012) e a 1,85 se si considerano solo le donne straniere. Per le italiane il TFT nel 2013 è pari a 1,39 (1,42 nel 2012) (Fig.1. B), mentre per le cittadine straniere è di 2,10⁹.

Osservando il TFT nelle diverse regioni (Tab. 3), nessuna regione del Mezzogiorno presenta un livello di fecondità superiore a quello medio nazionale (1,39). Tra le regioni del Nord il Trentino-Alto Adige presenta il livello di fecondità più alto (1,63), a cui seguono la Lombardia (1,48) e l'Emilia Romagna (1,46). Nelle regioni del Centro il TFT è mediamente pari al dato nazionale (1,39) con il livello più alto osservato per il Lazio (1,43) e il più basso per l'Abruzzo (1,31). Il Molise (1,17), la Basilicata (1,12) e la Sardegna (1,12) presentano i più bassi TFT del Paese.

Fig. 1.B - Tasso di fecondità totale (TFT): Italia e Campania, anni 2009-2013

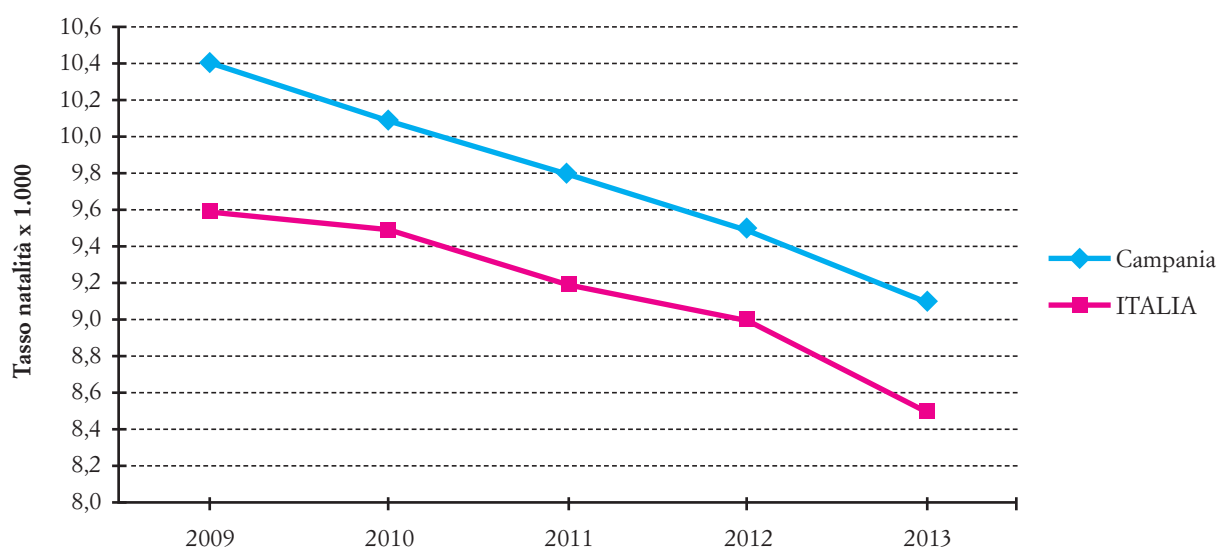


Tassi di Natalità

Secondo le stime Istat⁹ sono 514.308 i nati vivi in Italia al 1° gennaio 2014, 19.878 in meno rispetto al 1° gennaio 2013, e 52.785 i nati da madri residenti in Campania (10,2% dei nati in Italia), 2.054 in meno rispetto all'anno precedente.

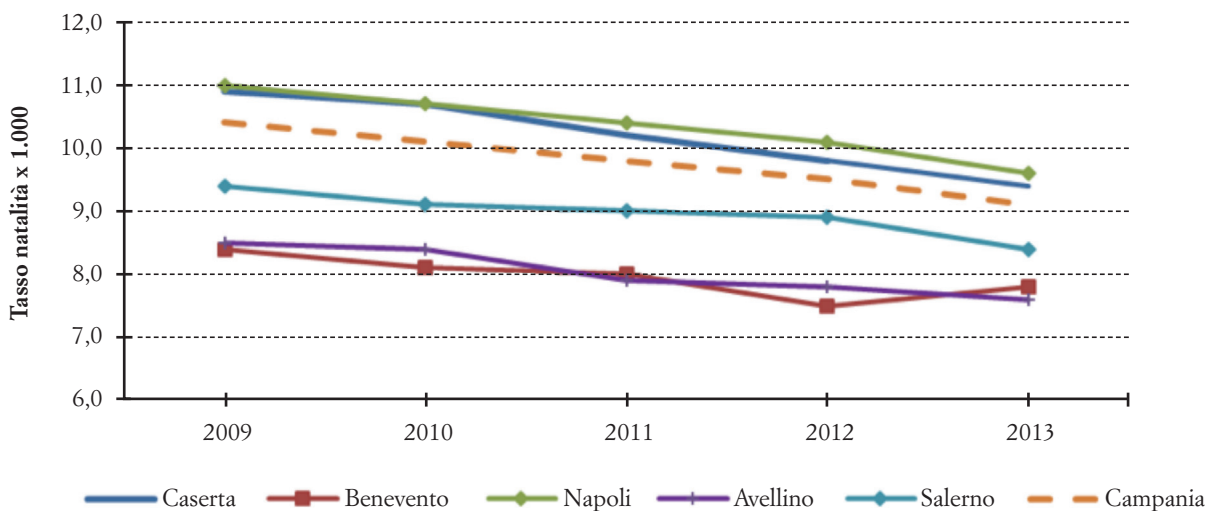
Anche se la Campania negli ultimi 5 anni mostra un tasso di natalità più elevato rispetto al dato italiano, l'andamento osservato per il periodo 2009-2013 conferma una progressiva riduzione della natalità (Fig. 1.C). Dal 2009 al 2013, il tasso di natalità è sceso costantemente in Italia dal 9,6% all'8,5% e in Campania dal 10,4 % al 9,1%.

Fig. 1.C - Tasso di natalità per 1.000: Italia e Campania, anni 2009-2013



Tra le Province Campane (Fig. 1.D), il tasso di natalità è più alto della media regionale nelle province di Napoli (9,6‰) e Caserta (9,4‰) che fanno registrare un'età media materna al parto rispettivamente di 30,6 e 31,8 anni. Il tasso più basso della media regionale si osserva nelle province di Salerno (8,4‰), di Avellino (7,6‰) e Benevento (7,8‰), con un'età materna al parto di 31,4 anni per Avellino e 31,8 anni per Benevento e Salerno. Nel periodo 2009-2013 per tutte le province campane si registra un calo della natalità (Fig. 1.D). Solo per la provincia di Benevento dal 2012 al 2013 si osserva un lieve aumento ma non significativo, del tasso di natalità: da 7,6‰ a 7,8‰.

Fig. 1.D - Tasso di natalità per 1.000 nelle province Campane, anni 2009-2013



A livello nazionale nel 2013 l'Istat rileva per la prima volta anche una diminuzione dei nati con almeno un genitore straniero: sono circa 104 mila (3.239 in meno rispetto al 2012), pari al 20,2% del totale dei nati (28% nel Nord e 8% nel Mezzogiorno). Si osserva, inoltre, anche un lieve calo dei nati da entrambi i genitori stranieri, passati da 79.894 del 2012 a 77.705 nel 2013.

Il decremento osservato a livello nazionale non si registra invece per la Campania: nel 2013, rispetto al 2012, il contributo dei nati da almeno un genitore straniero è aumentato passando dal 6% al 6,6% e, tra questi, il 62% è rappresentato da nati da genitori entrambi stranieri.

L'analisi degli aspetti socio-demografici emersi dai dati Istat mostra che, a partire dal 2009, vi è stato un considerevole calo delle nascite in tutte le aree del Paese. In Campania e nelle altre regioni del Mezzogiorno il decremento della natalità si è osservato già tra il 1995 e il 2008, anni in cui nelle regioni del Centro e del Nord si sono registrati incrementi compresi tra l'11% del Trentino Alto Adige e il 30% della Lombardia, dovuti soprattutto alla presenza delle cittadine straniere. Tale fenomeno si può osservare nella figura 4, dove sono confrontati i trend della natalità della Campania e della Lombardia nel periodo 2001-2013. A partire dal 2005 in Campania si evidenzia una progressiva e costante diminuzione dei nati con un calo complessivo di 14.490 nascite (-22%) mentre per la Lombardia il trend sale fino al 2009, per poi iniziare a diminuire a partire dal 2010, con un decremento di 6.861 nascite (-11%) dal 2009 al 2013.

I cambiamenti della struttura della popolazione femminile in età feconda e la concomitante crisi economica sono da considerarsi i principali fattori legati alla denatalità. Già da alcuni anni si è esaurito il contributo dato dalle "baby-boomers" (donne nate negli anni 60') ormai uscite dall'esperienza riproduttiva, mentre le donne in età feconda fino a 30 anni, nate dal 1998 al 1983, sono poco più della metà delle donne con oltre 30 anni. All'effetto struttura, che si prevede sarà soprattutto evidente per i prossimi 10-15 anni, si aggiunge lo spostamento della maternità verso età sempre più avanzate e la propensione, sempre più evidente, ad una minore fecondità delle coorti di donne più giovani. Nel 2013 l'età media al parto delle donne di cittadinanza italiana residenti in Campania è di 31,1 anni, stesso valore rilevato a livello nazionale, mentre per le straniere è pari a 28,2 (28,5 a livello nazionale). Negli ultimi anni, inoltre, si osserva un minor contributo alle nascite anche da parte delle donne straniere, per le quali inizia ad evidenziarsi una diminuzione della fecondità, a cui si unisce anche il loro avanzamento di età: dal 2005 al 2013 in Italia la quota di donne straniere in età 35-49 anni, sul totale delle donne straniere in età feconda (15-49 anni) è aumentata di 6 punti percentuali¹⁰.

Anche se in Campania il contributo delle straniere alla natalità rispetto al 2012 è lievemente aumentato, l'effetto del calo delle nascite tra le straniere sta avendo un notevole impatto nelle aree del Centro e del Nord; ne rappresenta un esempio il decremento della natalità nel periodo 2009-2013 osservato in Lombardia (-11%), regione in cui le straniere hanno contribuito negli anni precedenti in modo considerevole alla natalità.

La Campania, dove per la prima volta si è rilevata una dinamica naturale a crescita zero, permane ancora una delle regioni italiane con il più alto tasso di natalità (9,1‰), grazie alla presenza di una maggiore proporzione di donne in età feconda (46,9%).

In questo contesto, la crisi economica incide in termini di contrazione degli investimenti per le politiche sociali e di aumento di famiglie in condizioni di disagio economico, fattori che agiscono nel verso di una minore stabilità e quindi procrastinazione delle nascite o anche rinuncia alla maternità sia per le donne italiane che per le donne straniere¹¹, soprattutto per i problemi di sostenibilità economica ed organizzativa¹².

Il calo della natalità negli ultimi anni si registra in quasi tutti i paesi europei. Dall'inizio della crisi, si è invertito il trend del numero totale di nati vivi in Europa, dopo una precedente tendenza al rialzo. Tra il 2008 e il 2011, il numero totale di nati vivi è sceso del 3,5%; i Paesi che hanno registrato un calo rispetto all'anno precedente sono 31. In molti paesi del Nord Europa e dell'Europa Occidentale, il TFT è superiore a 1,7, mentre nell'Europa Orientale e Meridionale, prevale il modello di bassa fertilità. Nei prossimi anni si prevede una chiara divisione tra Nord e Europa Occidentale con un relativo alto livello di fertilità, l'Europa orientale con un basso livello di fertilità e l'Europa centrale e meridionale, con una fertilità leggermente più alta, ma ancora al di sotto di 1,5 nati vivi per donna¹³. A livello internazionale l'Italia nell'UE27 si trova al decimo posto e l'aumento del tasso di fecondità registrato fino al 2008 è stato principalmente determinato dalla crescita della presenza di donne immigrate nelle nostre regioni.

Come sottolineato, può essere molto difficile distinguere tra una diminuzione 'naturale' delle nascite dovuta alla lenta contrazione delle donne in età feconda e al conseguente calo del tasso di fertilità, dall'impatto di uno shock occasionale, come una crisi economica. Una recessione, come quella attualmente presente in Europa, può influenzare la fertilità con il suo impatto diretto a livello individuale, a causa dell'incertezza economica che potrebbe essere mitigata da opportuni interventi di supporto governativi¹⁴.

2. Tassi di Mortalità Materna

La mortalità e morbosità materna grave, correlata alla gravidanza, travaglio e parto continuano a rappresentare un importante indicatore dell'efficacia e appropriatezza del percorso nascita. In Italia esse costituiscono uno degli eventi sentinella da segnalare al

Ministero della Salute nell'ambito del Sistema Informativo per il monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES)¹⁵.

Il progetto pilota dell'Istituto Superiore di Sanità-Regioni, condotto retrospettivamente mediante recod-linkage tra registri di mortalità e schede di dimissione ospedaliera, negli anni compresi tra il 2006 e 2012, ha dimostrato, nelle sei regioni italiane partecipanti (Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia), una sottostima del 59% del rapporto di mortalità materna (9,8/100.000 nati vivi) rispetto al dato Istat (4,0/100.000 nati vivi). Nello stesso studio la Campania ha evidenziato un tasso grezzo di mortalità materna (11,6/100.000 nati vivi), superiore a quello medio italiano¹⁶.

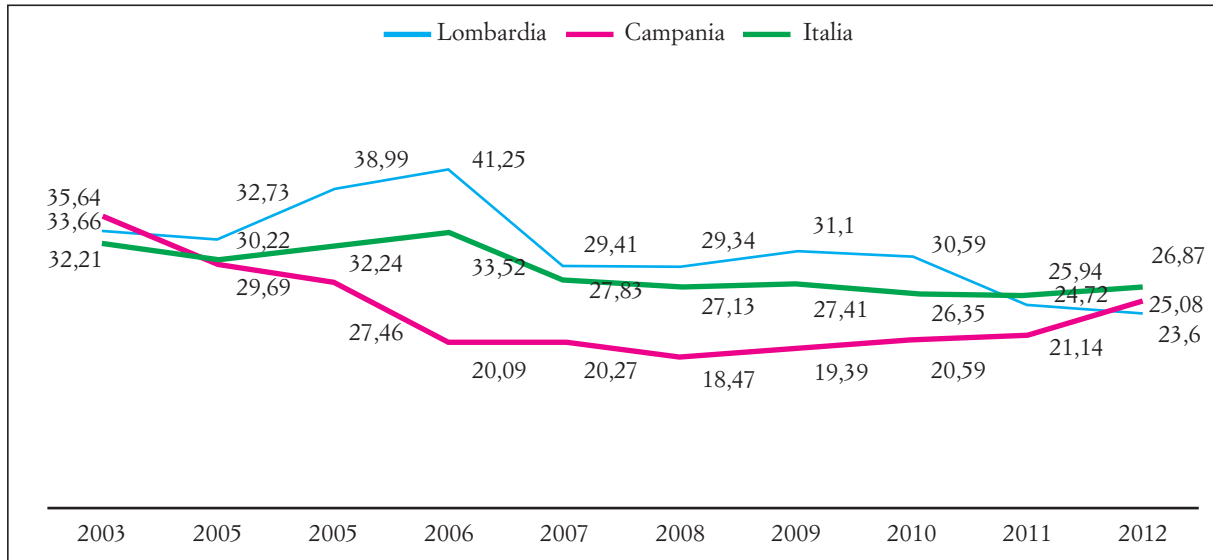
Nel 2013 è stato intrapreso uno studio prospettico, con la collaborazione delle stesse sei regioni precedentemente coinvolte, mediante segnalazione dei casi incidenti da parte dei presidi sanitari (sorveglianza attiva). I risultati di questo studio, tuttora in corso, permetteranno di ottenere non solo una stima più precisa del problema, ma anche di conoscere il differente peso delle cause dirette e indirette sulla mortalità materna.

3. Tassi di Mortalità Feto-Infantile¹⁷

Nella figura 3.A sono riportati i tassi di natimortalità in Campania, Lombardia e Italia. La scelta della Lombardia per il confronto regionale è motivata dal fatto che questa regione, pur presentando il più elevato numero di nati in Italia, rappresenta ormai da anni il "gold standard" per i suoi bassi tassi di mortalità perinatale e infantile.

Il tasso di natimortalità in Campania, dopo il notevole calo registrato tra il 2005 e il 2010, appare in aumento anche se le differenze con il tasso lombardo e italiano sono minime. Complessivamente il tasso di natimortalità in Campania è diminuito negli ultimi dieci anni del 25% circa.

Fig. 3.A - Tassi (per 10.000 nati) di NatiMortalità, anni 2003-2012



Nelle due figure sottostanti (3.B e 3.C) sono riportati i tassi di mortalità neonatale (dal 1° al 29° giorno di vita) e infantile (primo anno di vita) in Italia, Lombardia e Campania. I dati mostrano:

1. Tassi di mortalità neonatale e infantile più elevati in Campania rispetto a quelli della Lombardia e a quelli medi italiani.

Fig. 3.B - Tassi (per 10.000 nati vivi) di Mortalità neonatale, anni 2003-2012

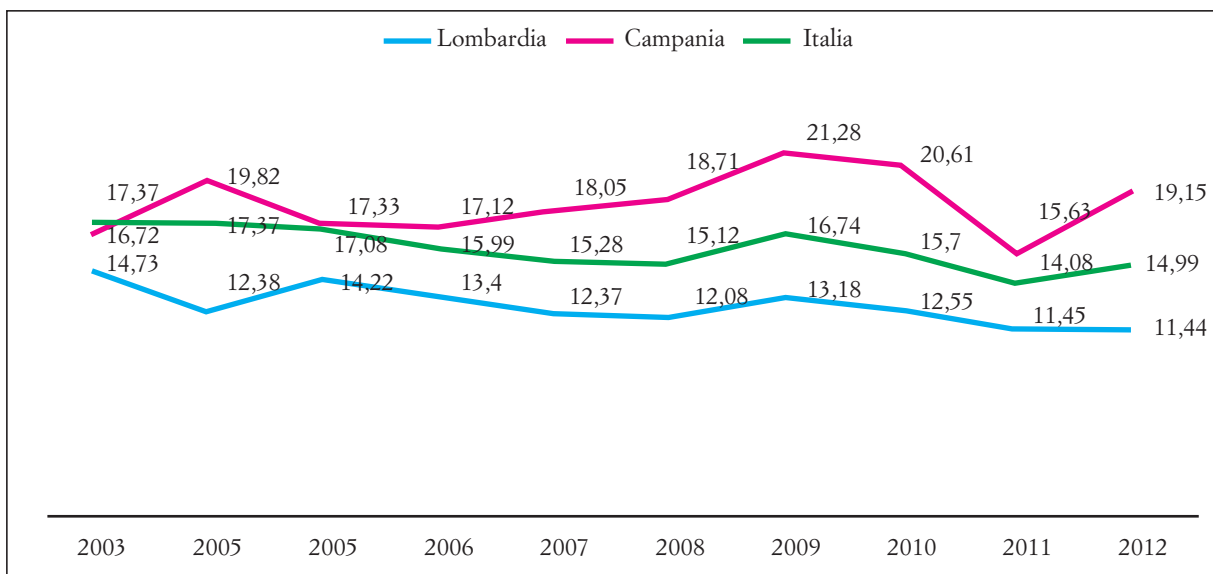
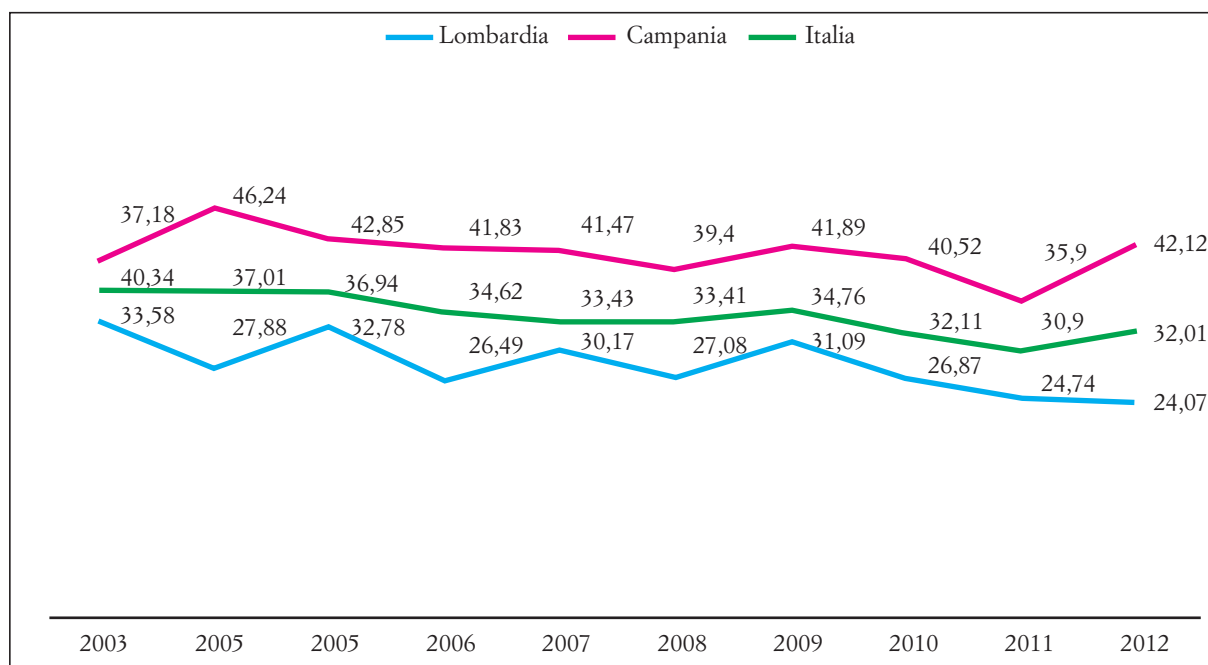


Fig. 3.C - Tassi (per 10.000 nati vivi) di Mortalità Infantile, anni 2003-2012



2. Negli ultimi dieci anni i tassi di mortalità in Campania sono rimasti immutati, se non addirittura peggiorati, come nel caso della mortalità infantile. All'opposto nello stesso periodo in Lombardia è diminuita sensibilmente sia la mortalità neonatale (-22,3%) che la infantile (-28,3%), mentre in Italia è diminuita la sola mortalità infantile (-20,6%).

Questi dati confermano che l'attuale modello organizzativo delle cure perinatali e neonatali in Campania produce risultati insoddisfacenti, nonostante la presenza di un numero elevato di centri di terapia intensiva neonatale (n° 14) e la disponibilità di un efficiente servizio di trasporto neonatale (STEN). Appare urgente e non più rimandabile l'accreditamento in Campania dei centri nascita e di assistenza neonatale, sia pubblici che convenzionati, secondo quanto già stabilito dagli standard nazionali¹⁸.

4. Caratteristiche socio-demografiche dei genitori

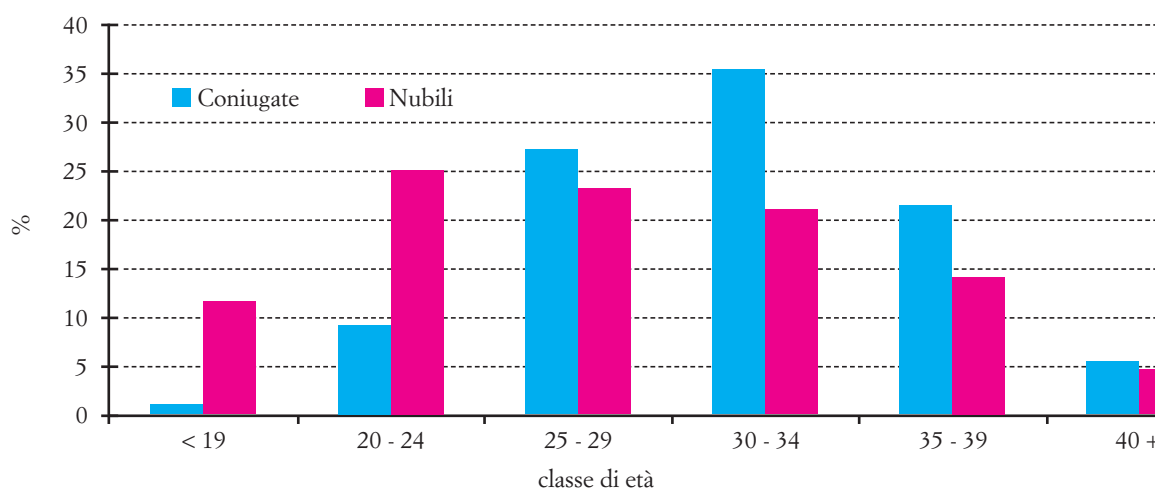
4.1. NATI PER STATO CIVILE DELLA MADRE

In tabella 4 sono presentati i dati per ASL di residenza sullo stato civile delle madri. Complessivamente, nel 2013 i nati da donne coniugate sono l'80,7% a fronte dell'87,2% del 2009 e l'82,6% del 2012. Negli ultimi cinque anni, pertanto, si assiste ad un costante aumento di nati da donne nubili.

Le nubili nel 2013 rappresentano il 17,4% (11,2% nel 2009 e 15,6% nel 2012), mentre permane stabile intorno al 2%, la proporzione di nati da donne separate, vedove e divorziate. Nei dati CedAP, non è presente l'informazione sulla condizione di convivente o come nel CedAP del Lazio, l'informazione sul riconoscimento legale del nato da parte del padre. La mancanza di queste informazioni non consente di rilevare quante siano le convivenze tra partner celibi e nubili e, quindi quante siano tra le madri nubili le donne realmente sole in una condizione di maggiore fragilità.

La tabella 4 dimostra che la proporzione di partorienti nubili non è omogenea nelle ASL Campane: dal 23,7% di Napoli Centro, al 19,1% di Salerno, al 16,6% di Napoli Nord al 15,8% di Napoli Sud. Nelle ASL di Caserta, Benevento e Avellino la percentuale di madri nubili è pari a circa il 13%. Le madri nubili rispetto alle coniugate hanno un'età mediana più bassa (27,6 aa vs 31,1aa) e proporzioni molto più elevate di minorenni e adolescenti (11,7% vs 1,1%) e di giovani donne con età 20-24 anni (25,1% vs 9,2%) (Fig. 4.A)

Fig. 4.A - Distribuzione per classi di età di madri nubili e coniugate. Campania, anno 2013



Analizzando lo stato civile separatamente tra donne straniere e italiane (Tab.5), si osserva una proporzione molto più elevata di donne nubili tra le straniere (38,6% vs 16,3%). Questo dato è opposto a quanto rilevato nella Regione Emilia Romagna dove, tra le madri straniere, le nubili sono il 20,2% a fronte del 40% delle madri italiane¹⁹. La prevalenza delle madri nubili tra le straniere rispetto alle italiane emersa in Campania, potrebbe indicare che nella Regione vi è una quota di donne immigrate in una condizione di maggiore instabilità. Per una valutazione più accurata sarebbe però opportuno effettuare un'indagine ad hoc. La percentuale di madri nubili con basso livello di istruzione (46,5%) è significativamente più alta delle coniugate (32,6%) (Fig. 5).

L'analisi sull'andamento di alcune caratteristiche delle madri nubili negli ultimi 5 anni (2009-2013) mostra un lieve, ma non significativo decremento, della proporzione di madri nubili con un livello di istruzione molto basso: 7,8% nel 2013 vs 8,4% del 2012 e 8,2% del 2010. Nei 5 anni si osserva, inoltre, una minore proporzione di madri nubili che ricorrono a procedure invasive di diagnostica prenatale che dal 10,9% nel 2009 passano al 9,5% del 2013. In netta diminuzione rispetto al 2009 è il tasso di natimortalità tra le nubili che dal 4,2‰ (2009) scende al 2,4‰ (2013).

Caratteristiche delle madri nubili: proporzione di madri nubili, scolarità, ricorso a procedure di diagnostica prenatale, tasso di natimortalità. Campania, anni 2009-2013

	2009	2010	2011	2012	2013
Nati da nubili (%)	11,2	12,5	14,1	15,7	17,4
Scolarità materna ≤ 5 anni (%)	7,7	8,2	8,1	8,4	7,8
Diagnosi prenatale invasiva (%)	10,9	10,9	10,6	10,4	9,5
Tasso di natimortalità (‰)	4,2	3,4	3,9	2,8	2,4

Continua a crescere in Campania, nonostante il calo complessivo del numero dei nati, la proporzione di madri nubili, aumentata di 2.560 unità (+40%) negli ultimi 5 anni considerati, passando dal 11,2% del 2009 al 17,4% del 2013. Tale valore resta comunque molto più basso rispetto a quello del Centro-Nord, dove i nati da genitori non coniugati rappresentano il 32% del totale²⁰. Il dato della Campania, in linea con quanto osservato per il Sud (17,7%), indica la persistenza di comportamenti familiari più tradizionali nei riguardi del matrimonio. Le madri nubili ri-

spetto alle coniugate presentano una consistente quota di madri adolescenti e minorenni. Nei 5 anni considerati, tra le nubili rimane abbastanza stabile la quota di donne con un livello di scolarità molto basso mentre è in netto calo il tasso di natimortalità.

Un'analisi multivariata svolta per valutare i determinanti della condizione di nubile, qui non riportata, suggerisce che tra le madri nubili residenti in Campania, è presente una condizione di maggior disagio socio-economico (titolo di studio basso, l'essere disoccupata/in cerca di prima occupazione e l'essere nata in un Paese a forte pressione migratoria).

4.2. NATI PER LIVELLO DI ISTRUZIONE E CONDIZIONE LAVORATIVA MATERNA E PATERNA

Negli ultimi 6 anni si registra una progressiva diminuzione della proporzione di nati da madri con un basso livello d'istruzione (8 anni o meno) che dal 42% del 2008 è passata al 35,4% del 2013, di cui il 12,4% solo con istruzione elementare. Per lo stesso periodo tale decremento si osserva anche per i padri: la proporzione di nati da padri con 8 o meno anni di scolarità dal 45,5% del 2008 scende al 37,6% nel 2013. Scende anche la quota dei nati da entrambi i genitori con scolarità uguale o inferiore a 5 anni che, da 734 nel 2012, passa a 561 nel 2013 (Fig. 6).

La descrizione per ASL del livello di istruzione materna e paterna (Tabb. 6 e 7 e Figg. 4.B e 4.C) mostra per entrambi i genitori il più basso livello d'istruzione (elementare e media inferiore) nelle ASL Napoli Centro, Napoli Nord e Caserta, mentre nelle ASL di Avellino, Benevento e Salerno si riscontra un maggior livello di istruzione medio alto. Nella ASL Napoli Centro si osserva la più alta percentuale di madri (6,6%) e padri (5,7%) con il solo titolo di studio elementare.

Nel 2013 diminuisce la quota degli occupati, in particolare dal 38% di madri e 83,7% di padri nel 2012, il valore scende rispettivamente al 37,2 % e all'82,4 % nel 2013. In linea con gli anni precedenti, le percentuali maggiori di genitori occupati si rilevano nelle province di Avellino, Benevento e Salerno e di non occupati nella provincia di Napoli (Tabb. 8 e 9).

Nelle ASL di Napoli e provincia e nell' ASL di Caserta, come illustrato dalla figura 7, vi è la maggiore prevalenza di madri con basso livello di istruzione e di padri non occupati, entrambi indicatori di svantaggio socioeconomico.

Fig. 4.B - Livello d'istruzione materna per ASL di residenza

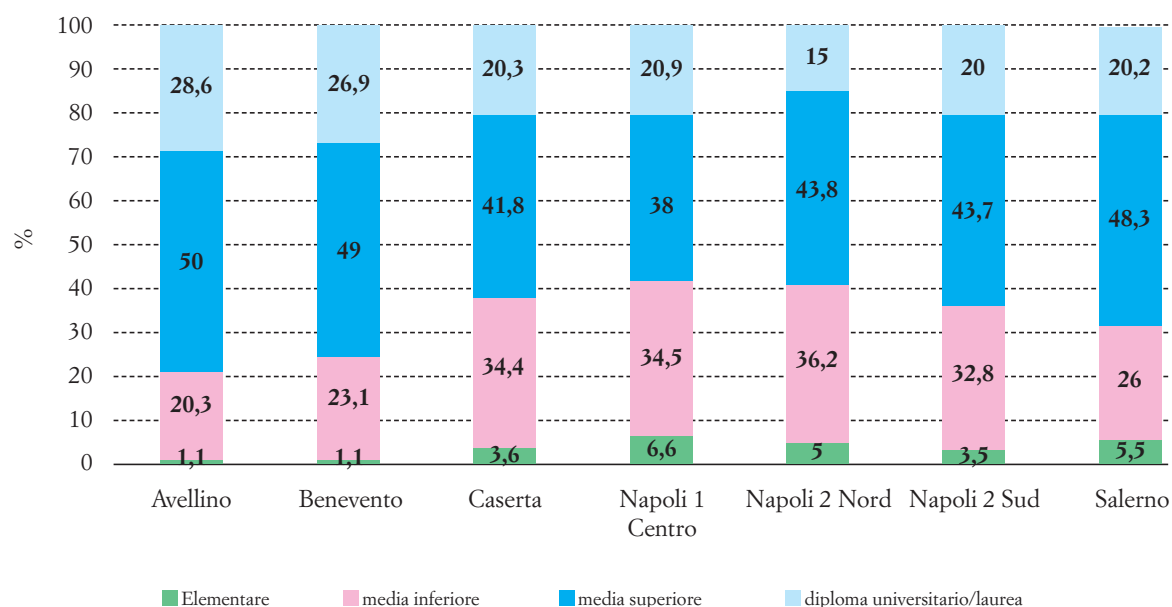
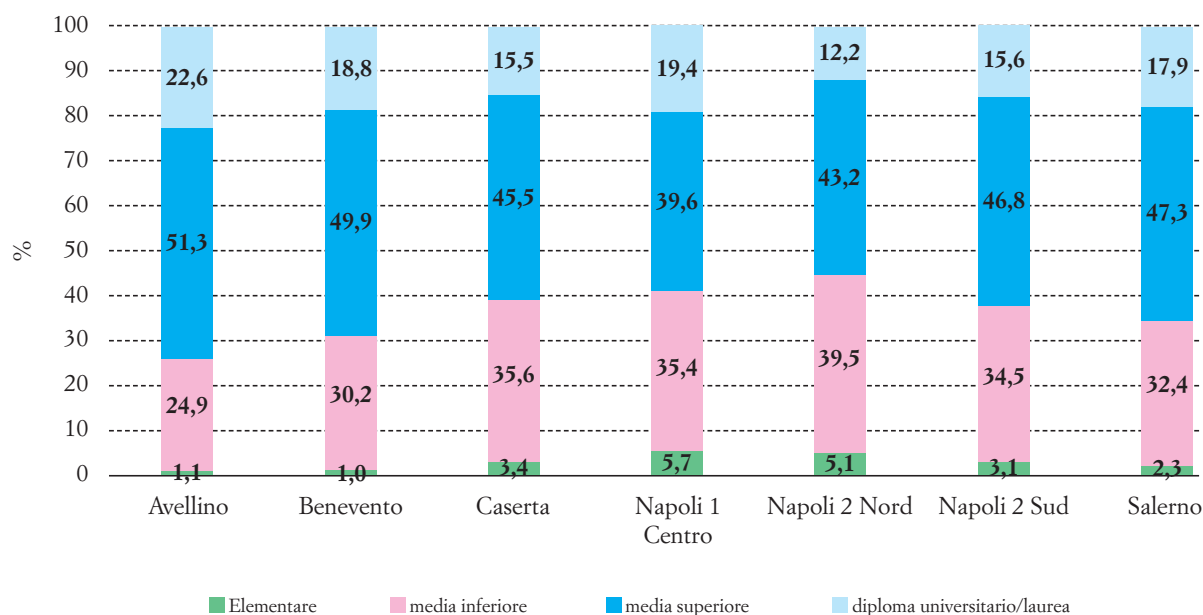


Fig. 4.C - Livello d'istruzione paterna per ASL di residenza



In Campania permane elevata la quota di madri con bassa scolarità (35,8%), caratteristica come è noto, associata a peggiori esiti perinatali. Non sembra, infatti, diminuire il differenziale negativo rispetto alle regioni settentrionali. Come riportato dal rapporto BES 2014 dell'Istat²¹, in termini

di istruzione e formazione (quote di diplomati e laureati) aumenta il divario tra il Nord e il Mezzogiorno. Ad esempio, il tasso di uscita precoce dal sistema di istruzione e formazione è in Campania più elevato rispetto al dato nazionale (22,2% vs 17% a livello nazionale). Nel 2013, si registra, però, un lieve incremento dei diplomati (dal 47,3% del 2011 al 50,9% del 2013) maggiore della media nazionale dove la quota di diplomati tra 25-64 anni è passata dal 56% del 2011 al 58,2% nel 2013.

A fronte del lieve miglioramento del livello culturale, non si riscontra però nessun aumento dei livelli occupazionali. Nel 2013 si registra, infatti, un'ulteriore diminuzione della percentuale di padri e di madri occupate. I maggiori livelli di disoccupazione, pure legati alla sfavorevole congiuntura economica, sono da attribuire anche alla ormai decennale presenza nel Sud Italia di un debole mercato del lavoro. Perdita dell'occupazione o mancata partecipazione al mercato del lavoro sono tra i principali determinanti sociali ed economici che possono produrre esiti sfavorevoli sulla salute. È necessario che le politiche sanitarie pongano sempre più attenzione, con programmi specifici, ai gruppi esposti ad un maggior svantaggio sociale. È fondamentale contrastare quei fattori di rischio che producono esiti perinatali e neonatali sfavorevoli con interventi mirati di educazione alla salute e accompagnamento della donna, sia durante il corso della gravidanza sia successivamente alla nascita del bambino. Come rilevato dai dati CedAP, i più alti livelli di disagio sociale si riscontrano nella popolazione delle periferie napoletane e in quella residente nel territorio dell'ASL Napoli Nord e della provincia di Caserta. È prioritario programmare tempestivamente interventi su quest'area della Regione prevedendo un'integrazione tra politiche sanitarie e sociali. Si sottolinea che in questi territori si rilevano anche le più alte proporzioni di nati pretermine e/o con basso peso alla nascita. A riguardo si segnala che presso la struttura dell'Azienda Ospedaliera Cardarelli di Napoli, è attualmente attivo un progetto, denominato "Fiocchi in Ospedale", che ha lo scopo di contribuire al miglioramento del benessere delle mamme, dei bambini e delle loro famiglie durante il percorso nascita. Il progetto, promosso da Save the Children Italia, ha avuto inizio in Italia nel settembre 2012. Centri Pilota di "Fiocchi in Ospedale", oltre al Cardarelli di Napoli, sono anche il Niguarda di Milano e il Policlinico di Bari. Punto forte del progetto è l'attivazione di uno sportello all'interno o presso reparti materno-infantili, che ha la funzione di promuovere la cooperazione tra i reparti di ostetricia e pediatria, nella presa in carico e cura della mamma e del bambino e migliorare la collaborazione tra le unità psicologiche e materno-infantile per la presa in carico dei casi di malessere genitoriale e di disagio socio-economico. Nei casi particolarmente critici (mamme sole, giovani, neomamme straniere, donne in condizioni di povertà economica, emergenza abitativa) è attuata una sorta di "dimissione

protetta” di accompagnamento sociale. È anche prevista la mediazione culturale per le mamme straniere. Tra settembre 2012 e marzo 2014 complessivamente il progetto ha raggiunto 6.241 tra mamme e familiari, 2.093 mamme si sono avvalse direttamente di un servizio e sono stati presi in carico complessivamente 430 bambini²².

4.3. NATI PER CLASSE DI ETÀ MATERNA E PATERNA

Nel 2013 i nati da madri di età inferiore a 20 anni sono 1.555, dato stabile rispetto al 2012 (1.661). Essi rappresentano circa il 3% del totale, di cui il 32,9% (52,8% nel 2012) da nati da madri minorenni. Rispetto al 2012, i nati da ambedue genitori di età inferiore a 20 anni sono diminuiti, passando da 270 a 225, e di questi 40 sono nati da genitori entrambi minorenni. L'analisi disaggregata per ASL (Tab.10) conferma, anche per il 2013, la presenza di una maggiore percentuale di madri adolescenti, in particolare di minorenni, nelle ASL di Napoli e provincia. Dal 2008 al 2013 la percentuale di nati da madri di età tra i 20 e i 29 anni scende dal 40,7% al 38,4%, mentre sale da 52% a 53% quella dei nati da madri di 30-39 anni e da 4,2% a 5,6% quella di nati da madri di 40 e più anni. Maggiori percentuali di madri ultraquarantenni sono presenti nelle ASL di Avellino, Benevento, Salerno e Napoli Centro.

I dati CedAP della Campania relativi al periodo 2009-2013 (Fig. 8) indicano fino al 2010 un modesto decremento della proporzione di nati da madri di 20-29 anni.

L'età media al parto (30,7 aa) e al primo figlio (29,2 aa) rimangono stabili rispetto al 2012; per le cittadine immigrate l'età media al parto è pari a 28,9 anni. L'età media dei padri è di 34 anni.

Nel 2013 in Italia l'età media al parto è di 32,1 anni per le italiane (29,8 aa nel 1995), e 29,8 anni per le straniere; in Campania l'età media al parto si mantiene su un valore più basso pari a 30,7 anni²⁰.

Anche se più lentamente, è evidente anche in Campania lo spostamento della maternità verso età sempre più avanzate, sia per le madri di cittadinanza italiana che immigrate. Rispetto al livello nazionale, nel 2013 la Campania presenta ancora una quota consistente di nati da ragazze minorenni che rappresenta lo 0,9% del totale dei nati (circa lo 0,4% in Italia)²⁰. Le madri minorenni si concentrano soprattutto nelle ASL del capoluogo regionale e della sua provincia, indicando un'esposizione maggiore di rischio sociale verosimilmente nei quartieri più degradati dell'area metropolitana.

4.4 NATI DA CITTADINI IMMIGRATI

Nel 2013 i nati in Campania da madri provenienti da paesi a forte pressione migratoria (PFPM) sono 3.369 pari, analogamente al 2012, al 6,4% dei nati in Campania. I Paesi maggiormente rappresentati sono la Romania (24,5%) e l'Ucraina (10,9%), a cui segue il Marocco (9,6%), la Cina (6,7%) e la Polonia (6,4%). Le madri provenienti da questi cinque Paesi costituiscono il 58% delle madri straniere in Campania (Tab. 11).

Per quanto riguarda il dato sulla cittadinanza del padre, l'informazione non è presente nell'11% dei casi. Il numero assoluto di madri è superiore a quello dei padri per ogni nazionalità di provenienza (Fig. 9). Considerando solo i nati di cui è nota la nazionalità di entrambi i genitori di cui almeno uno è straniero (2.862 coppie), il 56,5% ha entrambi i genitori immigrati, il 37,8% ha la madre immigrata e il padre italiano e solo nel 5,6% dei nati la madre è italiana e il padre è immigrato (Fig. 10).

La distribuzione percentuale per gruppi di età, riportata dall'Istat, indica che tra le donne immigrate vi è una maggiore presenza nelle classi di età feconda (Fig. 11). I dati CedAP rilevano che nel 2013 l'età media al parto delle madri immigrate è 29 anni (28,6 nel 2012), mentre per i padri immigrati è 32,3 anni (33,6 nel 2012). Scende rispetto al 2012 il TFT delle madri immigrate da 2,1 a 1,8.

Tra le madri straniere il 68,5% partorisce in strutture pubbliche (74,3% nel 2012) vs il 53,5% delle madri italiane. In tabella 5 è presentata l'analisi di alcune caratteristiche materne e neonatali per i soli nati singoli. Tra le madri immigrate presenti in Regione il 75,9% è rappresentato dalla classe di età 20-34 anni, rispetto al 71% delle madri italiane; nel 5,1% sono adolescenti a fronte del 2,9% delle italiane. Meno frequenti sono, invece, le nascite dopo i 34 anni (18,9% vs 26,1%). Sono coniugate il 58,2% contro l'81,9% delle madri italiane e più della metà ha un livello di istruzione medio-basso, 56,4% verso il 34,4% delle donne italiane. Entrambe le categorie di madri, immigrate e italiane, in un caso su due sono primipare. Come atteso, le madri immigrate rispetto alle italiane presentano una maggiore prevalenza di esiti sfavorevoli: il 7,1% dei nati è pretermine vs il 5,8% delle italiane. La proporzione di gemelli è pari al 2,7% per le immigrate vs il 3,7% per le italiane. Alcuni indicatori dell'assistenza alla gravidanza e al parto continuano ad indicare differenze significative tra immigrate e campane: tra le donne immigrate sono maggiori le percentuali di inizio tardivo delle cure (24,1% vs 9,5% delle italiane), il numero medio di ecografie è inferiore a quello delle italiane (5,4 vs 6,3) (Tab. 5).

La crisi economica degli ultimi 5 anni che coinvolge numerosi Paesi Europei, ha dato inizio ad un rallentamento della crescita dell'immigrazione tradizionale. I paesi dell'Europa meridionale, in particolare la Spagna e l'Italia, sono i principali protagonisti dei flussi migratori: gli immigrati in Europa dal milione di unità del periodo 1995-2000 sono passati ai 4,3 milioni del quinquennio successivo e, nonostante la crisi, ai 3,9 dell'ultimo periodo²³.

In Italia nel 2013 le immigrazioni dall'estero sono scese a 307 mila, pari a un tasso del 5,1 per mille. La Campania al 1° gennaio 2014 conta 203.823 stranieri (3,4 ogni 100 residenti) aumentati rispetto al 2012 di 32.885 unità. Circa la metà (48,4%) risiede nella provincia di Napoli, dove esistono maggiori possibilità lavorative nei settori del commercio e dei servizi²⁴. Nelle province di Salerno e Caserta risiedono rispettivamente il 22,4% e il 19,4%; ad Avellino e Benevento si registrano percentuali più basse pari al 6,1% e al 3,6%. La comunità Ucraina è la più numerosa con 41.511 presenze (22,8%), segue il Marocco con 16.770 (11,2%), lo Sri Lanka con 11.955 presenze (8,3%) e la Cina con 10.718 (7,4%)²⁵.

Rispetto ad altre aree italiane gli immigrati in Campania si caratterizzano per un'età media più alta (il 38,3% ha più di 40 anni e il 16,3% meno di 18) e per la prevalenza di donne provenienti in maggioranza dall'Europa orientale, attratte da un'offerta lavorativa prevalentemente nel campo dell'assistenza familiare.

I dati CedAP rilevano che nel 2013 continua a crescere in Campania la proporzione di nati dalle coppie miste, composte da madre immigrata e padre italiano (37,8% vs 35,9 del 2012 e 32,9% del 2011) e a diminuire la quota dei nati da ambedue i genitori immigrati (56,5% vs 58,8 del 2012 e 60,4 del 2011).

Le donne immigrate non riescono ancora a fruire di un'assistenza sanitaria adeguata per la difficoltà di accesso ai servizi, la cui disponibilità non sempre tiene conto della possibilità delle lavoratrici di assentarsi dal lavoro e per problemi di comunicazione. Le immigrate, nonostante la più giovane età, continuano a rappresentare un gruppo sociale più vulnerabile rispetto alle donne campane come si evidenzia dai peggiori esiti delle gravidanze emersi dai dati CedAP, in particolare maggior proporzioni di nati pretermine e di basso peso.

Le branche specialistiche più richieste negli ambulatori dedicati dell'ASL Napoli Centro, sono la pediatria e l'ostetricia e ginecologia e tra le immigrate il numero di ricoveri per cause ostetriche è triplo rispetto alle italiane. Il ricorso all'IVG delle straniere, stabilizzato negli ultimi anni su valori pari a 4 volte quello delle italiane, corrisponde al 34,2% del dato nazionale e incide soprattutto sui tassi delle regioni settentrionali dove sono più numerose le straniere²⁶.

Tuttavia l'offerta assistenziale per gli immigrati sta migliorando ed è fruibile anche dagli stranieri temporaneamente presenti nelle strutture sanitarie pubbliche e negli ambulatori dei Distretti Sanitari delle ASL ad essi dedicati²⁷. Il Dipartimento Materno-Infantile, Area Donne, e il Servizio Attività Socio-Sanitarie Cittadini Immigrati della ASL Napoli 1 Centro pubblicizzano diffusamente l'offerta di salute agli immigrati sul territorio cittadino; il servizio di diagnosi precoce dei tumori della sfera genitale femminile è esteso a tutte le immigrate, residenti e non residenti nel capoluogo regionale²⁸⁻²⁹.

5. Gravidanza

5.1. ANAMNESI OSTETRICA: ORDINE DI NASCITA, ABORTIVITÀ

La tabella 12 presenta la distribuzione dei nati per ordine di nascita e per residenza materna. Analogamente agli anni precedenti, i primogeniti sono il 51,8 % del totale, i secondogeniti il 35,1% e i terzogeniti il 10,3%. I nati di ordine superiore a 3 sono il 2,7% del totale (n = 1.437), di cui il 57,7% (n = 829) ha la madre con un basso livello d'istruzione. I dati relativi ai precedenti aborti mostrano una situazione stabile rispetto agli anni precedenti. Tra le madri di figli primogeniti (51,8%), hanno dichiarato precedenti aborti il 10,9% delle donne (il 9,7% nel 2012), di cui: 89,6% spontanei e 8,8% volontari, nell'1,6% dei casi sono stati riferiti sia aborti spontanei che interruzioni volontarie di gravidanza (IVG).

Le madri pluripare (il 48,2%) hanno riferito una precedente gravidanza abortiva nel 21,8% dei casi (il 22,2% nel 2012) di cui: l'89,3% spontanei, il 6,8% IVG e il 3,9% sia aborti spontanei che IVG.

Pregressa abortività per ordine di nascita

	Precedenti aborti (%)	Modalità aborti (%)	
Primo ordine di nascita	10,9%	Aborti Spontanei	89,6%
		IVG	8,8%
		A.S.+IVG	1,6%
Successivi ordini di nascita	21,8%	Aborti Spontanei	89,3%
		IVG	6,8%
		A.S.+IVG	3,9%

La distribuzione dei nati per ordine di nascita non mostra variazioni rispetto al biennio precedente e si conferma la relazione tra parità elevata e basso livello di istruzione.

Dai dati riportati dal Ministero della Salute³⁰, in Campania nel 2013 il tasso di abortività (numero delle IVG per 1'000 donne tra 15-49 anni), rispetto al 2012 scende dal 7,4‰ al 7,2‰ (in Italia dal 7,9‰ al 7,6‰ in Italia). Si sottolinea che il valore italiano rimane tra i più bassi di quelli osservati nei paesi industrializzati

La tendenza alla diminuzione del ricorso all'IVG nel 2013 si rileva per tutte le Regioni dove i valori vanno da un massimo di 9,0‰ del Piemonte e della Valle d'Aosta ad un minimo di 4,7‰ della Basilicata.

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2013 - tassi di abortività: dati 2013 vs 2012

REGIONE	Tasso per 1000 donne 15-49 anni		VAR. %
	2013	2012	
ITALIA SETTENTRIONALE	7,8	8,1	-3,4
Piemonte	9,0	9,4	-4,4
Valle d'Aosta	9,0	8,8	2,4
Lombardia	7,7	7,9	-2,4
Bolzano	5,1	4,4	16,1
Trento	6,7	7,4	-9,0
Veneto	5,4	5,6	-3,8
Friuli Venezia Giulia	6,8	7,1	-4,1
Liguria	9,9	10,0	-1,0
Emilia Romagna	9,6	10,2	-5,4
ITALIA CENTRALE	8,3	8,8	-4,8
Toscana	8,5	8,9	-5,3
Umbria	8,6	9,0	-4,6
Marche	6,1	6,4	-5,8
Lazio	8,8	9,2	-4,3
ITALIA MERIDIONALE	7,4	7,7	-4,2
Abruzzo	7,9	8,1	-3,1
Molise	6,0	6,6	-8,8
Campania	7,2	7,4	-2,8
Puglia	8,8	9,4	-6,3
Basilicata	4,7	4,6	3,3
Calabria	5,8	6,1	-4,5
ITALIA INSULARE	6,4	6,4	-1,0
Sicilia	6,6	6,6	0,3
Sardegna	5,6	5,9	-5,9
ITALIA	7,6	7,9	-3,7

Fonte: Relazione del Ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78). Dati preliminari 2013 e dati definitivi 2012.

5.2. CURE PRENATALI: EPOCA DELLA PRIMA VISITA, NUMERO DI VISITE E DI ECOGRAFIE IN GRAVIDANZA

In Campania nel 2013 il 48,4% (il 46,4% nel 2012) delle donne ha effettuato la prima visita prima dell'ottava settimana, il 41,3% (il 43,2% nel 2012) tra l'ottava e l'undicesima settimana e il 10,2% (il 10,4% nel 2012) dopo l'undicesima settimana (Tab. 13). La maggiore percentuale di donne che effettuano tardivamente la prima visita si osserva nelle ASL Napoli Centro e Napoli Sud, le percentuali più basse nelle ASL di Caserta, Avellino e Benevento.

Rispetto al 2012 è aumentata la proporzione di donne che non hanno effettuato visite (il 4% vs il 3,4%) e contestualmente si osserva anche una diminuzione della quota di donne che hanno effettuato da 1 a 4 visite già osservata nel 2012 (12,1% vs 13,5% del 2012).

Il minor ricorso alle visite mediche durante la gravidanza (ritardo della prima visita e insufficiente numero di visite) permane associato ad alcuni fattori di svantaggio sociale, quali basso livello di istruzione materna, età materna inferiore a 20 anni, cittadinanza straniera e basso reddito (partner non occupato) (Tabb. 14 e 15).

Il numero medio di ecografie effettuate in gravidanza risulta stabile negli ultimi cinque anni: 6,3 per le italiane e 5,4 per le immigrate (Tab. 16). Persiste un'elevata proporzione di madri che hanno effettuato più di 6 ecografie (66,9%) come già osservato negli anni precedenti (il 65% nel 2012). Il 10,4% ha effettuato meno di 4 ecografie (il 9,9% nel 2012) e di queste il 2,3% ha effettuato un solo esame ecografico. Il 93,4% delle gestanti effettua l'ecografia dopo la 22a settimana di gestazione e fra queste nello 0,2% dei casi (151 donne) l'esame ecografico è l'unico effettuato durante tutta la gravidanza, mentre non ha effettuato alcuna ecografia l'1,1% delle donne (nel 2012 era lo 0,7%). Hanno effettuato la prima visita dopo l'undicesima settimana di gestazione e meno di tre ecografie in gravidanza 279 donne. Si presenta invariato il valore relativo al numero medio di ecografie effettuate nelle gravidanze interrotte tra le 28 e 36 settimane (6,3) e nelle gravidanze a termine (6,2).

L'analisi del numero di ecografie praticate per ASL di residenza, mostra valori più bassi della media regionale nelle ASL di Avellino e Benevento.

Studi condotti dall'Istituto Superiore di Sanità e dall'Istat rilevano l'eccessivo ricorso a procedure diagnostiche in gravidanza senza nessuna evidenza scientifica della loro necessità ed efficacia. L'eccessiva medicalizzazione del percorso nascita è inappropriata ed è causa di un

*aumento evitabile dei costi e può, inoltre, creare nelle donne una dipendenza e perdita di controllo nei processi decisionali*³¹.

*L'eccesso di visite e di ecografie in gravidanza è stato più volte discusso in questo rapporto, soprattutto considerando che non sembrano esservi riduzioni significative negli anni. L'OMS già nel 1985 raccomandava la personalizzazione dell'assistenza e il ricorso minimo necessario alla tecnologia nel parto, sottolineando come la gravidanza non è una malattia ma un processo naturale e normale durante il quale ogni donna ha il diritto di ricevere un'assistenza appropriata*³². In Italia, il Ministero della Salute, con il D.M. 245 del 1998, definiva gli esami appropriati per il controllo della gravidanza fisiologica indicando un massimo di 8 visite e 3 ecografie³³. Il D.M. è stato recepito dalla regione Campania con la stesura delle "Linee-guida per l'assistenza alla gravidanza e al Parto normale" deliberate con la D.G.R. n. 2413/2003. Dai dati del 2013 emerge, come per gli anni precedenti, l'eccessiva medicalizzazione del percorso nascita, diversamente da quanto suggerito dall'OMS, dalle Società Scientifiche e dalle Linee Guida Nazionali e Regionali^{34, 35,36,37,38}. All'eccesso di medicalizzazione riscontrato in una numerosa quota di gestanti, si contrappone un consistente gruppo che invece non accede nemmeno al minimo di indagini previste dai protocolli. La diseguaglianza nell'accesso alle cure così come i conseguenti esiti sfavorevoli della gravidanza sono determinati da fattori di svantaggio sociale: "le donne con minori risorse economiche e/o culturali hanno una maggiore probabilità di ricevere e richiedere cure perinatali inferiori a quelle definite normali secondo la pratica medica italiana"³⁹. È necessario intervenire con adeguati programmi di prevenzione che riducano il fenomeno e recuperino una pratica clinica appropriata.

5.3. DIAGNOSI PRENATALE

L'analisi dei dati CedAP 2013, relativa alla frequenza d'uso di indagini prenatali invasive, ha evidenziato il ricorso ad almeno un'indagine invasiva (amniocentesi, villocentesi o funicolocentesi) nel 11,2% (n = 5.482) delle gestanti (il 10% nel 2012): il 94,1% solo amniocentesi, il 2% solo fetoscopie/funicolocentesi, il 2,4% solo prelievi dai villi coriali e l'1,5% più di una indagine.

Le donne con età superiore a 34 anni (Tab. 17) eseguono l'amniocentesi nel 24,1% dei casi (il 26,7% nel 2012) contro il 5,8% delle donne con età inferiore o uguale a 34 anni (il 6,2% nel 2012). L'analisi tra alcuni fattori socio-economici e ricorso ad indagini prenatali, mostra che tra le donne over 34 anni il minor ricorso alle indagini prenatali invasive è pre-

valente fra le donne più svantaggiate socialmente e culturalmente: bassa scolarità, straniere, nubili, senza un reddito sicuro (Tab. 18).

In Campania si registra un moderato ricorso alla diagnosi prenatale invasiva. Come si rileva dai dati CedAP, la percentuale delle amniocentesi effettuate è pari al 10,6%. Stimando il numero di donne in età a rischio, cioè di età >34 anni, pari a 12.854 (il 26,2% delle gravide), la percentuale delle amniocentesi effettuate dovrebbe risultare ben superiore al valore riscontrato. E' molto importante, comunque, che la donna nella sua scelta di eseguire o meno un'indagine prenatale sia ben informata e consapevole delle implicazioni di un esito positivo.

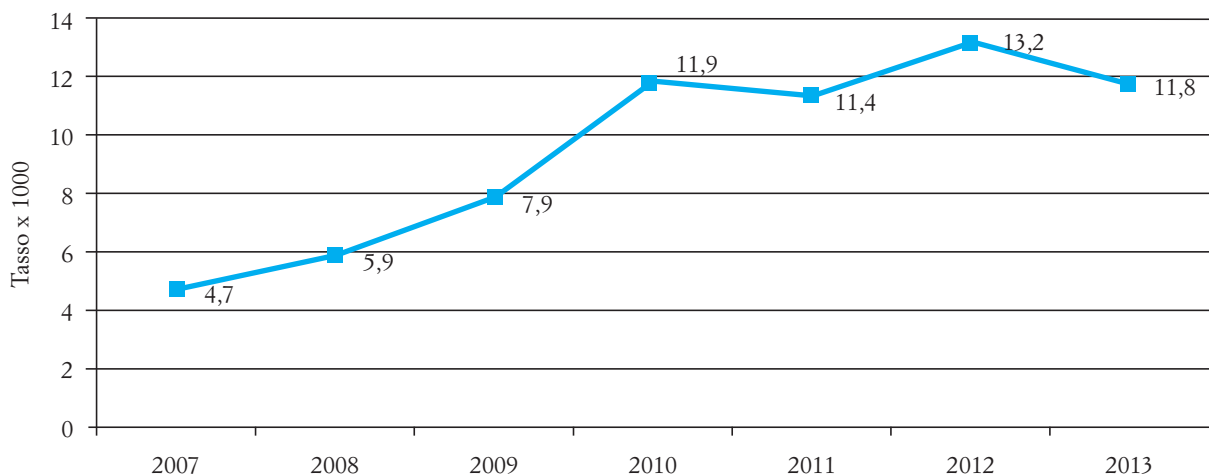
5.4. DECORSO DELLA GRAVIDANZA

Il Sistema di Sorveglianza evidenzia la presenza di un decorso patologico in gravidanza in 1.235 casi pari al 2,4% del totale (il 2,2% nel 2012). Nelle gravidanze interrotte prima del termine è indicato un decorso patologico in 450 casi su 3.697 (il 12,2%). Tra i 134 casi esitati in morte fetale in 18 casi si è rilevato un decorso patologico e di questi la notifica della patologia in gravidanza è stata registrata in un solo caso.

5.5 NATI DA PROCREAZIONE ASSISTITA (PA)

Nel 2013 i parti da PA sono 581 su 49.156 (11,8 ‰), di cui 444 singoli (76,4%), 119 bigemini (20,5%), 18 trigemini (3,1%), nessun quadrigemino. Si rileva un arresto del progressivo incremento dei parti da PA che era stato registrato a partire dall'anno 2007 (Fig. 5.A).

Fig.5.A - Parti dopo procedure di PA, anni 2007-2013



La figura 12 mostra invece la distribuzione per genere dei parti da PA negli ultimi cinque anni. Nel 2013 nella PA circa una gravidanza su quattro (23,6%) è gemellare, con una leggera diminuzione dei parti singoli. Tra le gravidanze gemellari da PA, solo i bigemini aumentano, mentre i parti di ordine superiore diminuiscono.

L'età media delle madri è di 34,6 anni e quella dei padri di 37,4 anni; si conferma, come negli anni precedenti, un'età media superiore a quella dei genitori con procreazione naturale, con una tendenza ad un ulteriore progressivo incremento dell'età. La distribuzione dei parti per età materna mostra una proporzione più elevata nella fascia >34 anni, con un netto incremento rispetto all'anno precedente (60,9% vs il 42,4 del 2012). Il livello di istruzione è superiore a otto anni nell'87,1% delle gravide sottoposte a PA, contro il 62,7% delle altre. La proporzione di TC è molto elevata nei parti provenienti da una PA, rispetto agli altri.

Confronto tra alcune caratteristiche dei parti nella PA e nella Procreazione naturale nel 2012 e nel 2013

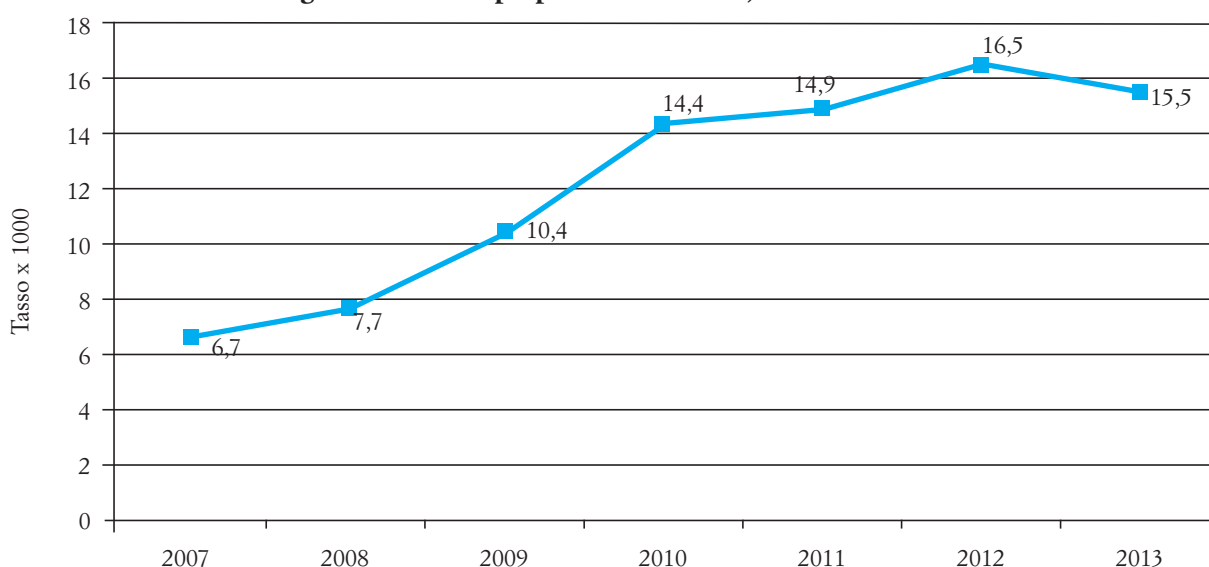
Anno 2012	Età media madri	Età media padri	Madri di > 34 anni	Scolarità materna > 8 anni	Parti Gemellari	Parti con TC
Procreazione assistita	33,6	36,7	42,4%	70,6%	21,6%	75,9%
Procreazione naturale	30,5	34,0	25,2%	63,3%	1,7%	59,3%
Anno 2013	Età media madri	Età media padri	Madri di > 34 anni	Scolarità materna >8 anni	Parti Gemellari	Parti con TC
Procreazione assistita	34,6	37,4	60,9%	87,1%	23,6%	98,3%
Procreazione naturale	30,6	34,0	34,2%	62,7%	1,5%	60,8%

La figura 13 descrive la mobilità intraregionale per ricorso al parto delle donne sottoposte a procedure di PA. Come negli anni precedenti, la maggior parte di questi parti avviene nelle ASL di Caserta e Napoli Centro, dove afferiscono, per la particolare concentrazione di strutture di terzo livello, un gran numero di donne provenienti da altre ASL, in particolare dalle ASL Napoli Nord e Napoli Sud.

I **nati da PA** sono 736 su 50711 (15,5‰); tale proporzione risulta in lieve decremento rispetto all'anno precedente. Tuttavia il numero dei nati da PA e il relativo tasso è più che

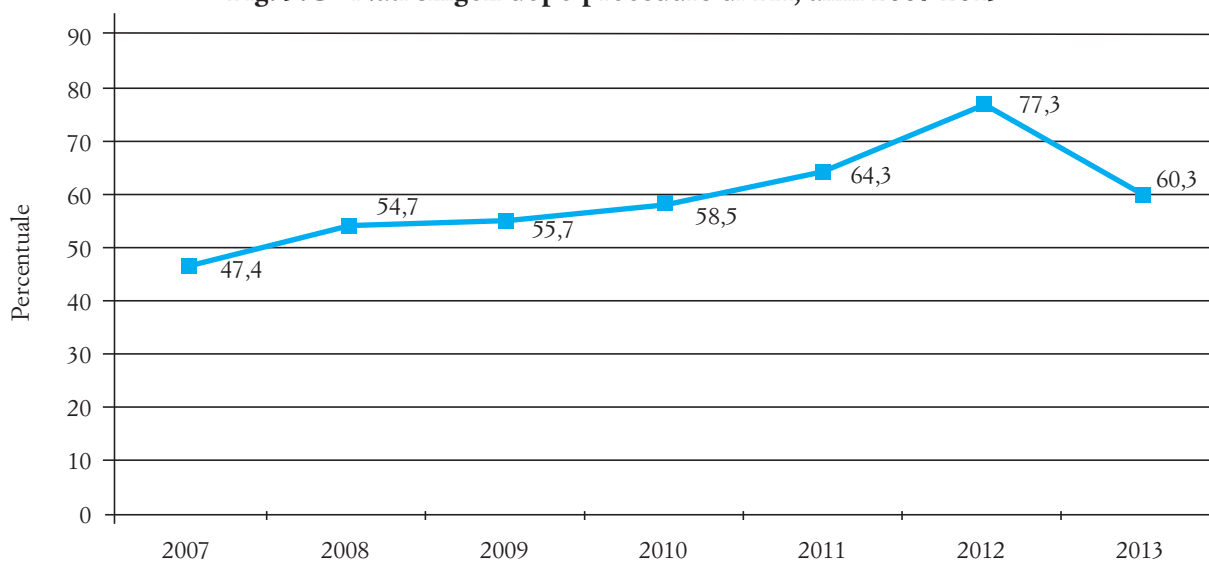
raddoppiato in sette anni, da 374 neonati, pari al 6,7‰ nel 2007 a 736 neonati nel 2013 (Fig. 5.B).

Fig. 5.B - Nati dopo procedure di PA, anni 2007-2013



Nel 2013, fra i nati da PA, il 60,3% sono singoli, percentuale in riduzione rispetto ai due anni precedenti (Fig. 5.C); sono, invece, gemelli il 39,7% dei nati da PA (32,3% bigemini e 7,3% trigemini).

Fig. 5.C - Nati singoli dopo procedure di PA, anni 2007-2013



I nati pretermine da PA sono il 33,7% contro il 7,3% dei nati da procreazione naturale; sono di peso < 2500 grammi il 34,6% contro il 7,5% degli altri. La distribuzione dei nati da PA per provincia di residenza materna non è omogenea; come negli anni passati si osserva una prevalenza maggiore di nati da PA tra le residenti nella provincia di Caserta (24,9%), rispetto alla media regionale (13,8%) (Tab. 19).

Nel 2013 il metodo più utilizzato è la fecondazione in vitro con successivo impianto di embrioni nell'utero (FIVET 53,8%), seguita dalla fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma (ICSI 31,3%), e poi dalla stimolazione farmacologica con gonadotropine (ulteriormente diminuita al 8,9% nel 2013). Meno utilizzati sono gli altri metodi: la inseminazione intrauterina (IUI 3,8%) e il trasferimento dei gameti nella tuba di Falloppio (GIFT 2,1%) (Tab. 19).

L'ultima relazione del Ministro della Salute sullo stato di attuazione della legge sulla procreazione medica assistita in Italia⁴⁰, relativo all'attività dei centri di PA nell'anno 2012, conferma invariata la presenza di 40 centri in Campania, che si colloca insieme alla Sicilia (40 centri) al terzo posto, dopo Lombardia (58 centri) e Lazio (51 centri). I centri di I livello (solo tecniche di inseminazione artificiale e crioconservazione dei gameti maschili) sono sempre 15, di cui 1 pubblico. I centri di II-III livello (tecniche di fecondazione a fresco, prelievo chirurgico di gameti maschili, crioconservazione dei gameti maschili e femminili e degli embrioni) sono 25, di cui solo 8 pubblici. Nel complesso rispetto al passato nessuna variazione è stata registrata nel tipo di servizio offerto e dei 40 centri presenti in Campania, ben 31 sono privati (77,5%). Proprio a causa della scarsa disponibilità di centri pubblici, in Campania nel 2012 il numero di cicli iniziati con le più complesse tecniche a fresco (n° 4664), sono stati eseguiti nel 71,3% dei casi in centri privati, mentre in Italia solo nel 35,5%. La tendenza è quella dell'aumento dei centri privati; infatti l'ultimo censimento dei centri di PA, al 31/01/2014, pubblicato nell'ultimo rapporto sopra citato, segnala in Campania un aumento di altri 4 centri, dei quali solo 1 pubblico. Nonostante queste difficoltà di accesso al servizio pubblico, nel 2012, i Centri Campani hanno sottoposto a trattamenti di PA con tecniche a fresco 4.664 donne, delle quali l'88,8% con residenza in regione, al quarto posto per numero di pazienti dopo la Lombardia (13.473), il Lazio (6.711) e la Toscana (6.633). Tuttavia la distribuzione dei cicli di PA effettuate con tecniche a fresco, per milioni di donne residenti in età fertile (15-45 anni) riporta in Campania 4099 cicli, numero molto più basso rispetto a quello registrato in Lombardia (8384), Toscana (10491)

e Lazio (7367); questo dato fa ipotizzare una migrazione extraregionale delle coppie richiedenti una PA.

In Campania, nel 2013, la percentuale dei parti dopo PA (11,8%), è stazionaria rispetto ai tre anni precedenti. Infatti sembra al momento essersi esaurito l'incremento registrato tra il 2009 e il 2010, verosimilmente determinato dalla sentenza n° 151/2009 della Corte Costituzionale che aveva limitato il numero degli embrioni da impiantare, aumentando così le probabilità di successo delle procedure a fresco. Tuttavia, nonostante l'incremento registrato negli ultimi anni, la proporzione di parti da PA resta in Campania inferiore a quella dell'Emilia-Romagna (24%) e della Toscana (24%).

I dati CedAP, relativi alle principali tecniche di PA, riportano una distribuzione completamente diversa da quella registrata dal Rapporto del Ministero (ICSI = 59,3%; Inseminazione Semplice = 19,5%; FIVET = 11,2%; altre tecniche = 10%). Questa difformità potrebbe essere giustificata dalla riservatezza nella raccolta di questo dato sensibile da parte delle donne. I parti singoli dopo PA (76,4%) sono invariati rispetto al passato, con percentuale simile alla media nazionale (80%): tuttavia, sebbene in netto calo rispetto agli anni precedenti, ancora una volta in Campania, si rileva una percentuale di parti trigemellari (3,1%), più elevata rispetto alla media italiana (1,4%) ed europea (1%). Questo dato continua ad essere preoccupante poiché le gravidanze plurigemellari espongono a un più elevato rischio di parto pretermine e di esiti neonatali sfavorevoli.

In Campania le donne che si sottopongono alla PA hanno un livello di istruzione superiore a quello delle donne con procreazione naturale. Anche l'età media delle madri (34,6 anni) e dei padri (37,4 anni) è in aumento, a conferma della tendenza da parte delle coppie a procrastinare nel tempo la scelta di una gravidanza.

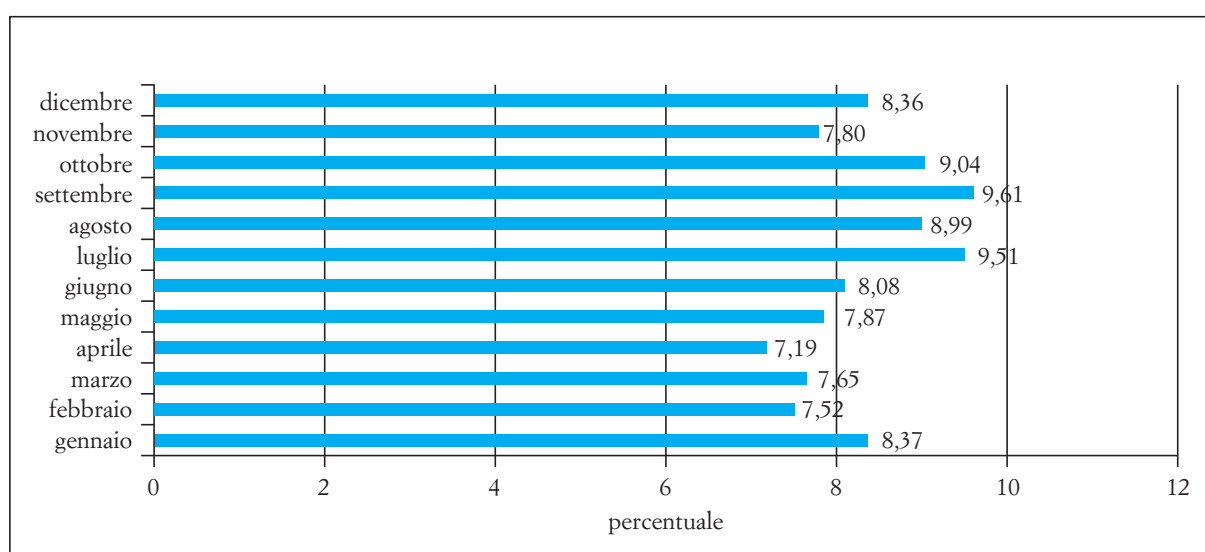
Infine va sottolineato che lo scenario della procreazione assistita sta subendo in Italia ulteriori notevoli cambiamenti. Infatti, la sentenza n° 162/2014 della Corte Costituzionale ha sancito l'illegittimità del divieto alla fecondazione eterologa. A breve quindi, anche le coppie con i requisiti richiesti, avranno a disposizione in Italia la possibilità di ricorrere all'eterologa, limitando il ricorso alla migrazione all'estero.

6. Nati per caratteristiche fetali

6.1. NATI PER MESE DI NASCITA, SESSO E VITALITÀ

Nella figura 6.A è riportata la distribuzione percentuale dei nati singoli per mese di nascita. Si osserva una lieve prevalenza dei nati nel trimestre estivo, da luglio a settembre.

Fig. 6.A - Distribuzione percentuale dei nati singoli per mese di nascita



Nel 2013 sono stati registrati **54.365** nati, 27.715 maschi e 26.563 femmine. Il sesso non è riportato in 87 schede. Il rapporto maschi/femmine, è pari a 1,05. I 124 casi in cui non è riportata la vitalità (0,2%) sono stati considerati nati vivi.

In complesso, a monte della residenza materna, nel 2013 i nati morti sono 134 su 54.365. Il tasso di natimortalità è 2,47%, in riduzione rispetto agli anni precedenti; i nati morti maschi sono 74, le femmine 59 (rapporto M/F = 1,26). Per 6 nati morti non è nota la residenza della madre oppure la residenza è fuori regione; i tassi per provincia di residenza materna non mostrano differenze statisticamente significative (Tab. 20).

Tra i nati morti il 41,3 % sono a termine e il 8,5% gemelli. La distribuzione per peso evidenzia 41 nati con peso inferiore a 1500 grammi, 36 con peso tra 1500-2499 grammi, 46 con peso compreso tra 2500 e 3999 grammi e 6 macrosomi. In 7 casi non è stato riportato il peso. Il 49,3% dei nati morti nasce con il taglio cesareo. Nella tabella che segue sono riportati i tassi di natimortalità e le caratteristiche dei nati morti, negli ultimi sei anni (2008-2013).

Caratteristiche dei nati morti. Anni 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Tasso (IC 95%)	2,44‰ (2,05-2,84)	3,22‰ (2,77-3,68)	3,18‰ (2,73-3,64)	3,03‰ (2,59-3,49)	3,23‰ (2,77-3,71)	2,47‰ (2,06-2,89)
A termine	36%	37,8%	35,7%	44,7%	40,1%	41,3%
Gemelli	10,3%	10,0%	15,2%	6,3%	13,8%	8,5%
TC	49%	51,3%	52,2%	56,3%	46,7%	49,3%

In tabella 21 sono riportati i tassi di natimortalità nei nati singoli per alcuni fattori di rischio fetali e materni: i tassi più alti sono associati, come sempre, alla prematurità e al basso peso. Tra i fattori di rischio sociali risulta statisticamente significativa solo l'età materna avanzata. Come per gli anni precedenti, la carenza di dati (56,7%) relativi alle malattie materne e fetali nonché al momento della morte, non ha permesso di approfondire le cause della natimortalità. Tuttavia nei 58 casi in cui era compilato questo dato, l'epoca riportata era quella prima del travaglio in 34 casi, durante il travaglio in 2 casi e sconosciuto in 22 casi.

In Italia il tasso di natimortalità è tra i più bassi al mondo, collocandosi nel 2009 (2,7‰) all'11° posto tra 193 Paesi e preceduto solo, tra i Paesi ad alta natalità, dalla Germania (2,4‰) e dal Giappone (2,6‰)⁴¹. Anche in Campania il tasso è stabile da alcuni anni, con un valore tra 2,5‰ e 3‰, simile a quello registrato nelle maggiori regioni italiane. Sebbene i casi non siano numerosi, costituiscono pur sempre un serio problema di sanità pubblica, soprattutto quando si presenta inaspettato in gravidanze a basso rischio. Purtroppo un evento così grave continua a non ricevere una compilazione accurata nel certificato CedAP, nonostante si stia consolidando, almeno nei centri nascita di terzo livello, la consuetudine all'applicazione almeno parziale di corretti protocolli diagnostici⁴² ormai da tempo disponibili.

In particolare viene con maggiore frequenza compilata la cartella neonatale del nato morto⁴³ ed effettuato il riscontro autoptico del feto e lo studio anatomopatologico della placenta, i cui referti tuttavia non vengono sempre registrati nei CedAP, poiché non ancora disponibili al momento della compilazione.

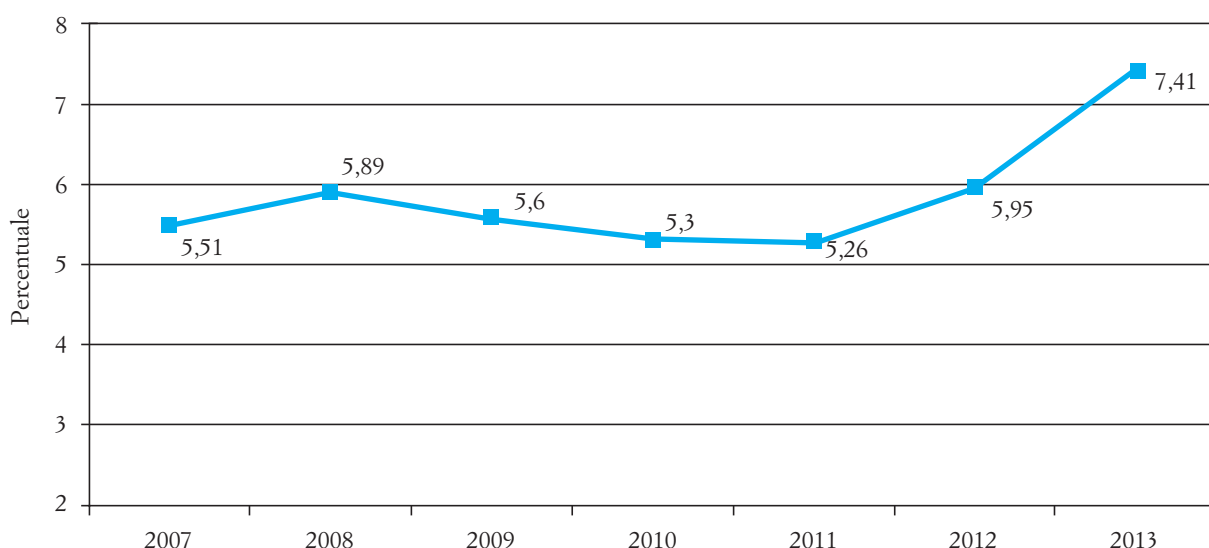
Dal punto di vista assistenziale andrebbero maggiormente sensibilizzati gli operatori alla importanza della produzione del dato epidemiologico sulla natimortalità, indicatore importante per individuare patologie materne e placentari, spesso sconosciute o sottovalutate, che, se adeguatamente individuate e curate, contribuiscono ad evitare la ripetizione dell'evento⁴⁴.

6.2. NATI PER CLASSE DI ETÀ GESTAZIONALE

Per l'anno 2013 la percentuale dei dati omessi relativi alla data dell'ultima mestruazione (9,6%) è in aumento. Pertanto, come negli anni precedenti, si è deciso di continuare ad utilizzare il dato dell'età gestazionale, compilato nel CedAP.

A monte della selezione per residenza materna, i **parti pretermine** (età gestazionale < 37 settimane) sono 3.943 su 53.267 pari al 7,41%, percentuale in notevole incremento rispetto agli anni precedenti (Fig. 6.B).

Fig. 6.B - Parti Pretermine, anni 2007-2013



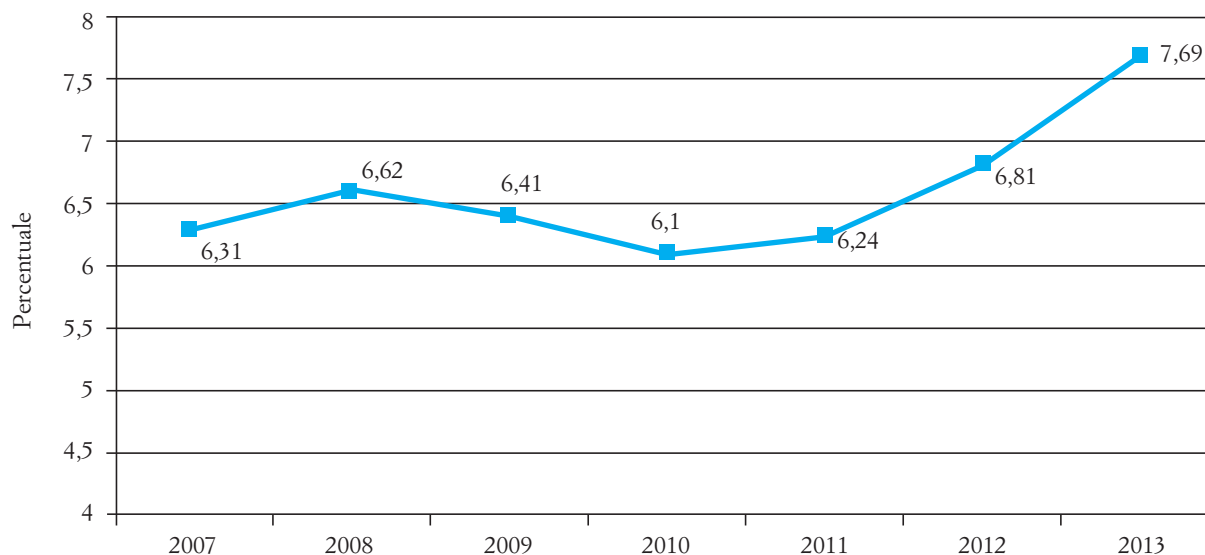
Nel 2013 i parti pretermine singoli sono 3.410 pari al 6,53% (erano il 5,15% nel 2012), mentre quelli gemellari sono 533 pari al 52,7% (52,3% nel 2012).

Numero dei Parti Pretermine per Genere, anno 2013

Parti	Pretermine	Totale	%
Singoli	3.410	52.282	6,53
Gemellari	533	1.012	52,7

I **nati pretermine**, invece, sono 4.138 su 53.831 pari al 7,69%, anche in questo caso proporzione significativamente più elevata degli ultimi anni (Fig. 6.C).

Fig. 6.C - Nati Pretermine, anni 2007-2013



Nella tabella che segue sono riportati i tassi dei parti pretermine e quelli dei nati pretermine negli ultimi sei anni (2008-2013).

Tassi e Limiti di Confidenza dei Parti e dei Nati Pretermine. Anni 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Parti	5,89% (I.C. 5,70-6,08)	5,60% (I.C. 5,41-5,79)	5,30% (I.C. 5,01-5,44)	5,26% (I.C. 5,07-5,44)	5,95% (I.C. 5,75-6,15)	7,40% (I.C. 7,18-7,62)
Nati	6,62% (I.C. 6,43-6,83)	6,41% (I.C. 6,21-6,61)	6,10% (I.C. 5,89-6,28)	6,24% (I.C. 6,04-6,43)	6,81% (I.C. 6,60-7,02)	7,69% (I.C. 7,46-7,91)

L'analisi per ASL di residenza materna evidenzia che i nati pretermine da madri campane sono 3.950 su 51.616 nati, pari al 7,66%, dato in aumento rispetto al passato, con percentuali maggiori nelle ASL di Napoli Centro (9,7%) e Benevento (8,6%) (Tab. 22). La proporzione di nati con severa prematurità (< 32 settimane) presenta una sostanziale stabilità (1,05%) rispetto agli anni precedenti, come pure quella dei nati post-termine

(0,94%) che è, come di consueto, inferiore a quella registrata in altre regioni quali il Lazio (1,5%) e l'Emilia-Romagna (1,3%) (Tab. 23).

La tabella 24 descrive le modalità di parto per età gestazionale e genere dei neonati. La frequenza del Taglio Cesareo (TC) in tutti i nati singoli è stabile (59,9%), con una proporzione maggiore nei singoli pretermine (68,4%) rispetto a quelli a termine (59,4%). Il 91,8% dei gemelli nasce con taglio cesareo. Nelle età gestazionali molto basse (< 32 settimane) la scelta del taglio cesareo risulta più frequente nelle gravidanze gemellari (79,1%), piuttosto che in quelle singole (60,3%). L'utilizzo del Taglio Cesareo, rispetto al parto vaginale, nelle gravidanze singole molto pretermine (< 32 settimane) è nel complesso stabile negli ultimi anni. Tuttavia il taglio cesareo è maggiormente utilizzato tra 28-31 settimane (68,3%) piuttosto che tra 22-27 settimane (44,3%).

Si conferma invariato l'orientamento ostetrico sulla scelta dell'età gestazionale per il Taglio Cesareo elettivo nei nati a termine singoli: l'età gestazionale più frequente continua ad essere la 38^a settimana (45,1%) seguita dalla 39^a (28,2%) (Fig. 18).

I neonati pretermine con età gestazionale compresa tra 34⁺¹-36⁺⁶ settimane, definiti come "Late Preterm Newborns" (LPN), sono a rischio per esiti sfavorevoli a breve e lungo termine⁴⁵⁻⁴⁶, poichè presentano, rispetto ai neonati a termine, maggiori problemi respiratori e metabolici alla nascita ed esiti sfavorevoli neurosensoriali a distanza. Nel 2013 i LPN in Campania sono 3079 e costituiscono il 5,9% di tutti i nati, in aumento rispetto al dato del 2012 (5,1%) e il 71,6% di tutti i pretermine. Di essi sono singoli 2.348 neonati (76,3%) e gemelli 731 (23,7%). La distribuzione per classe di peso mostra che i LPN con peso < 1500 grammi sono il 2,2%, tra 1500 e 2499 grammi sono il 41,4%, superiore a 2500 gr. il 56,4%. La scelta della tipologia del centro nascita è influenzata dall'età gestazionale: infatti il parto degli LPN singoli avviene prevalentemente (70%) nei centri di 3° livello a 34 e 35 settimane (in particolare, 34 settimane: 74,6%; 35 settimane: 66,3%) e in quelli di 1° e 2° livello a 36 settimane (65,1%).

In Campania nel 2013 è stata registrata una proporzione più elevata di nati pretermine (7,7%), a conferma del trend in continuo incremento già segnalato nei precedenti rapporti. Per la prima volta il tasso campano dei nati pretermine risulta simile ai dati riportati in altre regioni italiane: Emilia-Romagna (7,1%), Toscana (7,2%)¹⁹ e Lazio (8,1%)⁴⁷. In assenza di particolari cambiamenti nella struttura della popolazione, in particolare per

quanto riguarda il numero di immigrati, c'è da ipotizzare che il progressivo incremento dei nati pretermine e, come vedremo, anche di quelli con basso peso alla nascita, potrebbe associarsi a quello di altri indicatori che segnalano un peggioramento delle condizioni di salute ed assistenziali della popolazione materna campana.

Il dato del maggiore utilizzo del taglio cesareo nelle gravidanze molto pretermine (< 32 settimane) potrebbe essere correlato ad un ancora controverso vantaggio di questo tipo di parto sugli esiti neonatali e su quelli a distanza nei neonati con peso molto basso alla nascita⁴⁸.

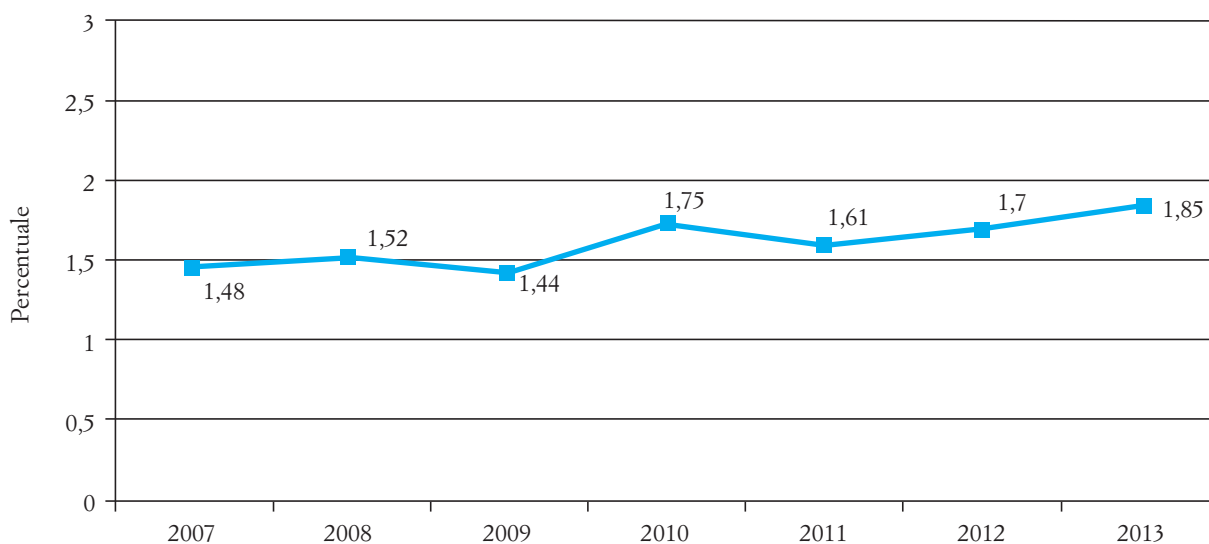
Viene confermato che l'età gestazionale più frequentemente scelta dai ginecologi per l'effettuazione del taglio cesareo elettivo è la 38^a settimana, epoca che appare ancora anticipata rispetto ai suggerimenti scientifici che indicano invece nella 39^a settimana l'epoca più corretta, ai fini di minimizzare il rischio di problemi respiratori nei neonati a termine⁴⁹⁻⁵⁰. La più bassa proporzione di parti post-termine rispecchia, invece, una scelta assistenziale orientata a interrompere la gravidanza con taglio cesareo entro la 41^a settimana.

La proporzione dei "late preterm newborns" (LPN) (5,9%) è in aumento, in sintonia con l'incremento del numero dei nati pretermine. I dati evidenziano una scelta assistenziale nell'individuare, nei centri di terzo livello, la sede più frequente per la nascita di questi neonati, con una percentuale tanto più elevata quanto più bassa è l'età gestazionale. Resta tuttavia ancora elevata la percentuale di neonati che, a 34 e 35 settimane, nasce in centri di primo e secondo livello, alcuni dei quali non completamente attrezzati per fornire loro un'adeguata assistenza.

6.3. NATI PER GENERE DEL PARTO

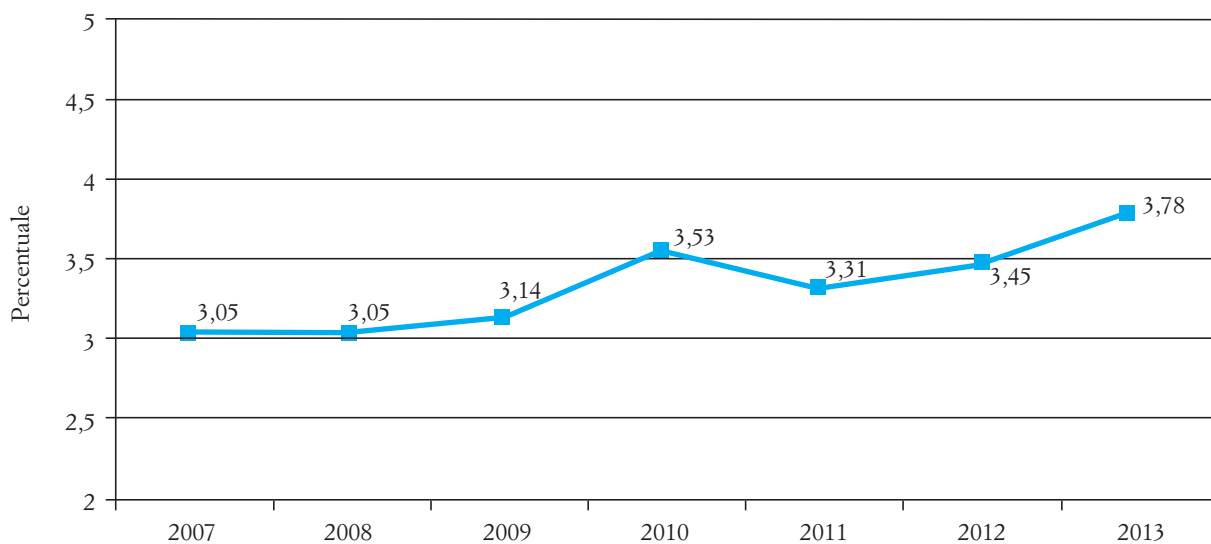
A prescindere dalla residenza materna, i **parti gemellari** sono 985 su 53.267 pari al 1,85%, in aumento rispetto agli anni precedenti (Fig. 6.D). La proporzione dei parti plurimi risulta simile a quella dell'Emilia-Romagna del 2013 (1,8%) e più alta di quella riportata per l'Italia nel 2011 dal Ministero della Salute (1,6%)⁵¹. Di questi parti 940 sono bigemini e 45 trigemini. Nel 2013 non è stato segnalato nessun parto quadrigeno.

Fig. 6.D - Parti Gemellari, anni 2007-2013



A prescindere dalla residenza materna, i nati da parti plurimi sono 2.015 su 53.205, pari al 3,78%. Si conferma il significativo aumento proporzionale del numero di gemelli (Fig. 6.E).

Fig. 6.E - Percentuale Gemelli, anni 2007-2013



Nella tabella che segue sono riportati i tassi dei parti gemellari e quelli dei gemelli degli ultimi sei anni (2008-2013).

**Percentuale e Intervalli di Confidenza dei parti gemellari e di gemelli.
Anni 2008-2013**

Anni	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Parti gemellari	1,52 (I.C. 1,42-1,62)	1,43 (I.C. 1,33-1,53)	1,75 (I.C. 1,64-1,86)	1,61 (I.C. 1,51-1,71)	1,70 (I.C. 1,59-1,81)	1,85 (I.C. 1,73-1,96)
Gemelli	3,05 (I.C. 2,91-3,19)	3,14 (I.C. 2,99-3,27)	3,53 (I.C. 3,38-3,68)	3,31 (I.C. 3,16-3,45)	3,45 (I.C. 3,30-3,60)	3,78 (I.C. 3,62-3,94)

La tabella 23 evidenzia la distribuzione dei gemelli per tipo di parto e classe di età gestazionale. Confermando il dato degli anni precedenti, la proporzione complessiva dei gemelli nati da taglio cesareo è elevata (91,8%). I gemelli a termine nascono con taglio cesareo nel 92,2% dei parti, quelli pretermine tra 29 e 36 settimane di età gestazionale nel 93,7%. Invece tra i gemelli nati ad età gestazionale < 28 settimane, la proporzione di nati con taglio cesareo è il 55,2%, invariata negli ultimi anni.

La tabella 24 mostra la distribuzione dei gemelli per vitalità e classi di età gestazionale e di peso. Il 45,7% dei gemelli nasce a termine, il 54,3% nasce pretermine; in particolare il 18% nasce prima della 34^a settimana e il 36% tra 34 e 36 settimane.

Il 63% dei gemelli ha un peso inferiore a 2500 grammi e il 10,6% ha un peso inferiore a 1500 grammi. I gemelli costituiscono il 34,7% di tutti i nati vivi con peso < 1500 grammi (VLBW).

La tabella 25 mostra la distribuzione dei gemelli per presentazione. Similmente ai dati della letteratura, la presentazione di podice dei gemelli è 4,8 volte quella dei singoli e questo potrebbe giustificare la maggiore proporzione di gemelli nati da taglio cesareo.

La frequenza di gravidanze multiple, stabile sulla percentuale dell'1,43% fino al 2009, ha visto un incremento negli ultimi quattro anni fino all'1,85% del 2013, associabile in buona parte al maggiore frequenza della PA.

In Campania, a differenza delle altre Regioni, si è assistito solo parzialmente ad una riduzione delle gravidanze trigemellari, come invece ci si attenderebbe in seguito all'applicazione da parte dei centri di assistenza delle nuove regole sulla PA.

I gemelli rappresentano il 33,4% dell'intero gruppo di VLBW, neonati a maggior consumo di risorse in terapia intensiva neonatale. Questo dato suggerisce la necessità di una riorga-

nizzazione della rete assistenziale perinatale; infatti, la notevole parcellizzazione delle Terapie Intensive Neonatali, presente in Campania, rende difficile, al bisogno, assistere i plurigemelli in un unico reparto, rendendo inevitabile il trasferimento di una parte di essi in altre strutture.

Il ricorso al taglio cesareo in caso di gravidanza gemellare a termine è quasi la regola in Campania, sebbene le linee guida del Ministero della Salute⁵² suggeriscano il parto per via vaginale nelle gravidanze bicoriali biamniotiche, quando entrambi i feti sono in presentazione cefalica. Inoltre recentemente è stato dimostrato che non vi è alcun vantaggio sugli esiti fetali e neonatali, a breve e lungo termine, del taglio cesareo vs il parto vaginale, nei parti gemellari con il primo feto in posizione cefalica, eseguiti tra 32 e 36 settimane di età gestazionale⁵³.

Si conferma intorno al 50% la proporzione di gemelli nati con taglio cesareo ad età gestazionali inferiori a 28 settimane. Questo dato conferma la maggiore attenzione ostetrica alle gravidanze gemellari che si interrompono molto precocemente, pur in presenza di un peso fetale atteso molto basso.

6.4. NATI PER CLASSE DI PESO

Il peso alla nascita è riportato nel CedAP nel 99,5% dei casi. Il peso infatti non è noto solo in 354 casi. Il peso medio nei nati vivi singoli maschi è pari a 3.247 ± 491 grammi, nelle femmine singole 3.118 ± 464 grammi.

La distribuzione per classe di peso di tutti i nati vivi e nati morti è descritta, per genere, nella tabella che segue:

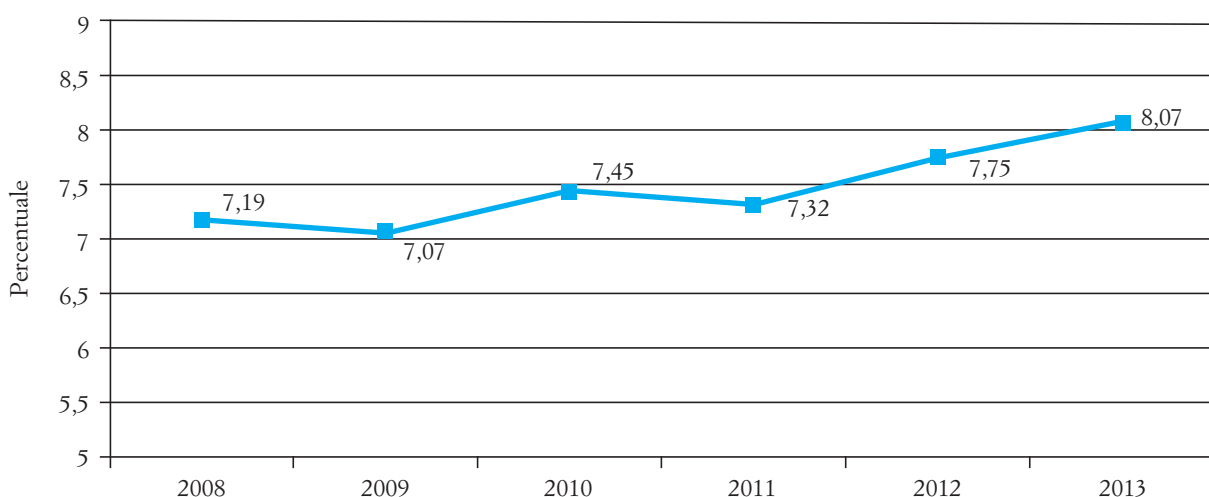
Nati per genere e classe di peso

Classi di Peso Grammi	Singoli		Gemelli		Totale	
	n°	%	n°	%	n°	%
< 1000	182	0,35	76	3,88	258	0,48
1000-1499	208	0,40	131	6,68	339	0,63
1500-1999	457	0,88	301	15,35	758	1,40
2000-2499	2.275	4,37	728	37,12	3.003	5,56
2500-3999	46.894	90,09	722	36,81	47.616	88,16
4000 +	2.034	3,91	3	0,15	2.037	3,77
Totale	52.050	100	1.961	100	54.011	100

I nati con peso inferiore a 2500 grammi (LBW) sono 4.358 pari al 8,07% del totale; quelli con peso inferiore a 1500 grammi (VLBW) sono 597 pari all'1,1%.

In figura 6.F si osserva il trend in aumento nel corso degli ultimi sei anni dei LBW.

Fig. 6.F - Percentuale di Nati con peso < 2500 gr. (LBW), anni 2008-2013



I nati di peso superiore a 3999 grammi sono il 3,8%, percentuale stabile rispetto agli anni precedenti e sempre inferiore a quella riportata negli ultimi anni nelle altre regioni italiane (Emilia-Romagna: 6,9%; Toscana: 5,9%; Lazio: 5,2%; Italia 5,3%).

Nella tabella seguente è riportato l'andamento negli ultimi sei anni della proporzione e i relativi intervalli di confidenza dei nati di basso peso (LBW), di peso molto basso (VLBW) e di macrosomi.

Nati per classe di peso, anni 2008-2013

Classi di Peso (grammi)	2008	2009	2010	2011	2012	2013
< 2500	7,19% (I.C. 6,98-7,40)	7,07% (I.C. 6,86-7,27)	7,45% (I.C. 7,23-7,66)	7,32% (I.C. 7,11-7,54)	7,75% (I.C. 7,52-7,97)	8,07% (I.C. 7,84-8,30)
< 1500	0,89% (I.C. 0,82-0,97)	0,86% (I.C. 0,79-0,94)	0,91% (I.C. 0,83-0,98)	0,94% (I.C. 0,86-1,02)	1,09% (I.C. 1,01-1,17)	1,10% (I.C. 1,01-1,19)
4000 +	3,92% (I.C. 3,76-4,08)	3,85% (I.C. 3,69-4,00)	3,78% (I.C. 3,62-3,93)	3,86% (I.C. 3,70-4,02)	4,02% (I.C. 3,85-4,18)	3,77% (I.C. 3,61-3,93)

La tabella 26 mostra la distribuzione dei nati per classe di peso e ASL di residenza materna. Anche in questo caso la proporzione di LBW (7,99%) è superiore a quella degli anni precedenti: si evidenziano differenze non significative nella distribuzione per ASL di residenza materna (dal 7% di Avellino al 9,1% di Benevento).

La figura 14 mostra la distribuzione percentuale di neonati, per classe di peso e livello dei centri nascita. La percentuale dei neonati con peso alla nascita = >2500 grammi che nasce nei 14 centri di III livello è pari al 32,8% e aumenta al 51,3% per quelli con peso tra 1500 e 2499 gr. L'88,8% dei VLBW (peso < 1500 gr.) nasce nei centri nascita di III livello. Questa quota è inferiore a quella riportata nell'anno precedente (91,9%), soprattutto per la percentuale di neonati con peso < 1000 gr. che si è ridotta dal 93,6% all'83,7%.

La tabella 27 riporta i principali fattori di rischio associati al basso peso alla nascita. Come segnalato nei precedenti rapporti, la condizione di non occupazione materna e paterna, lo stato civile di nubile, l'età avanzata della madre, la condizione di immigrata e il basso livello di istruzione, risultano essere fattori di rischio significativamente associati al basso peso. È probabile che i vari fattori di rischio sociale, talora contemporaneamente presenti, possano determinare un inadeguato accesso alle cure prenatali e ciò può causare prematurità e basso peso alla nascita.

I nati a termine con peso inferiore a 2500 grammi sono, tra i gemelli 383 su 1907 (20,1%) e tra i nati singoli, 1.713 su un totale di 51.485 (3,33%). Tra quest'ultimi, il 8,3% presenta un peso alla nascita < 2000 grammi, esito di un importante ritardo di crescita intrauterina.

In Campania la percentuale dei nati di peso basso (<2500 grammi) è sempre stata tra le più alte in Italia. Tuttavia nel 2013 la percentuale riscontrata (8,07%) è in ulteriore incremento e ben superiore a quella riportata in altre regioni italiane (7,2% nel Lazio, 7% in Emilia-Romagna, 7% in Toscana, 7,2% in Italia nel 2011). Inoltre, come già descritto, anche la proporzione di nati pretermine (7,7%) è in aumento ed essa è per la prima volta sovrapponibile a quella di altre regioni (7,9% nel Lazio⁵⁴, 7,2% in Toscana e 7,1% in Emilia-Romagna⁵⁵) e superiore a quella italiana del 2011 (6,6%). Poiché l'analisi dei fattori di rischio per basso peso continua ad evidenziare un importante ruolo dei fattori di rischio sociale: cittadinanza straniera, stato civile di nubile, basso reddito e basso livello di istruzione, è ipotizzabile che il peggioramento delle condizioni economiche di ampi strati di popolazione campana, determinata dalla crisi economica, possa essere stato uno dei fattori causali dell'incremento del numero di neonati prematuri e/o con basso peso alla nascita.

Inoltre, anche quest'anno è documentato, tra i neonati singoli a termine, una elevata proporzione di neonati di basso peso (3,3%). Questo dato conferma l'ipotesi già documentata⁵⁶ di una maggiore incidenza di nati con ritardo di crescita intrauterina nella popolazione campana. L'interazione di fattori di rischio sociali con altri eventi avversi, quali l'obesità e altre malattie croniche, potrebbe determinare la maggiore incidenza osservata di nati con ritardo di crescita. Il ricovero o il trasferimento di gestanti a rischio di parto molto pretermine in centri di III livello costituisce una prassi ormai consolidata, pur in presenza di una molteplicità di punti nascita. Tuttavia nell'ultimo anno la percentuale di VLBW nati in centri di III livello si è ridotta, soprattutto a causa della quota di neonati con peso < 1000 grammi. Questo dato, se confermato, sarebbe preoccupante poiché gli esiti a breve e lungo termine di questi neonati sono influenzati dalla qualità e tempestività delle cure erogate durante il ricovero della madre e, spesso, durante le prime 72 ore di vita del neonato. Non è chiaro se questo risultato possa essere stato influenzato dalla chiusura, avvenuta nel corso del 2012, del reparto di Ostetricia dell'Ospedale S.S. Annunziata, dove pure permane attivo un reparto di Terapia Intensiva Neonatale. A livello regionale sarebbe necessario rivalutare, anche alla luce dei già descritti dati negativi sulla mortalità neonatale, l'opportunità della presenza a Napoli di ben tre TIN privi di maternità (ospedali: Santobono, Monaldi e S.S. Annunziata).

6.5. NATI PER PRESENTAZIONE E GENERE DEL PARTO

I nati in presentazione podalica sono risultati il 3,4% del totale, percentuale simile a quella degli anni precedenti. La presentazione podalica è segnalata nel 2,9% dei nati singoli e nel 17,1% dei gemelli (Tab. 25). I nati singoli con presentazione podalica nascono da parto vaginale solo nel 4,6% dei casi al primo parto e nel 7,8% ai parti successivi.

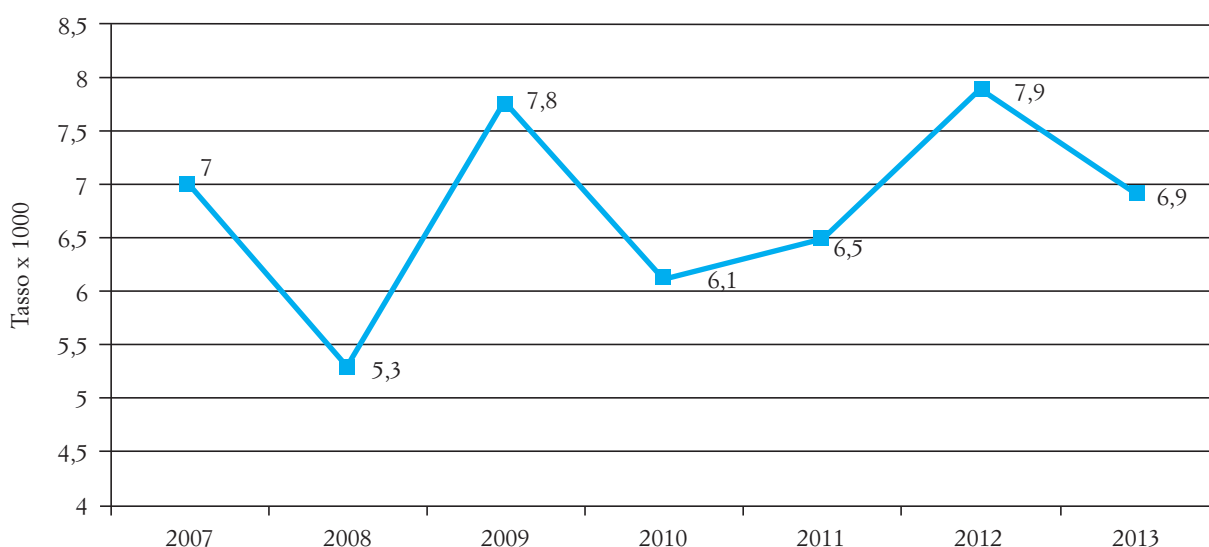
La proporzione di nati in presentazione podalica è inferiore a quella registrata in altre regioni italiane (Lazio 4,5%, Emilia Romagna 4,6%, Toscana 3,7%); tuttavia potrebbe trattarsi di una sottonotifica del dato, specie nel caso di parto con TC elettivo. L'utilizzo del TC nei casi di presentazione podalica è in accordo con le nuove linee guida del Ministero della Salute⁵² che suggeriscono, in caso di gravidanza a termine con feto singolo in presentazione podalica, di praticare un taglio cesareo programmato che però non deve essere effettuato prima della 39^a settimana compiuta di età gestazionale.

6.6. INDICE DI APGAR A 5 MINUTI

La tabella 28 riporta la distribuzione dei nati secondo tre classi di indice di Apgar a 5 minuti: 1-3, 4-6 e 7-10. In considerazione della bassa frequenza dell'evento, la proporzione della sofferenza alla nascita viene riportata per mille.

Un punteggio di Apgar a 5 minuti < 4, correlato a grave sofferenza, si osserva con una percentuale del 2,5‰, di poco superiore al dato del 2012 (2,1‰); una sofferenza lieve (punteggio 4-6) nel 4,4‰ dei nati, percentuale inferiore a quella del 2012 (5,8‰). Nel complesso è rilevato un punteggio di Apgar < 7 nel 6,9‰, dato simile a quello riportato negli anni precedenti (Fig. 6.G).

Fig. 6.G - Tasso dei nati con indice di Apgar a 5 minuti < a 7, anni 2007-2013



I nati singoli presentano un indice di Apgar < 7 a 5' nel 5,9‰ dei casi (< 4 nel 2,3 ‰), i gemelli nel 33,2‰ (< 4 nel 7,7 ‰). Un indice di Apgar < a 7 a 5', pur in presenza di numerosi dati omessi, è riportato frequentemente nei nati singoli di peso molto basso (261‰) e in quelli con età gestazionale < 33 settimane (225‰).

I nati singoli a termine in presentazione di vertice, presentano dopo un parto spontaneo, una incidenza di Apgar < 7 del 2,8‰, quelli nati dopo taglio cesareo elettivo del 2,6‰ e quelli nati da cesareo in travaglio del 3,5‰.

Nonostante i limiti di accuratezza e riproducibilità nella rilevazione, l'indice di Apgar conserva un ruolo importante nella valutazione della sofferenza perinatale e si correla bene con gli esiti neurologici e cognitivi a distanza⁵⁷. I dati mostrano una percentuale (0,2%) di indice di Apgar 1-3 a 5' analoga a quella riportata dal Rapporto Italiano del 2010 (0,3%)⁵⁸ e simile a quella riportata da alcune regioni italiane (Toscana 0,3%, Emilia-Romagna 0,1% e Marche 0,1%). Per i neonati con grave depressione alla nascita e sindrome ipossico-ischemica anche in Campania, come nelle altre regioni italiane, è ormai disponibile una rete assistenziale a Napoli (Ospedali: II Policlinico, Cardarelli, S.S. Annunziata, Villa Betania, Monaldi) e provincia (Caserta: Ospedale S. Sebastiano; Benevento: Ospedale Rummo) per il trattamento del neonato asfittico con ipotermia moderata⁵⁹, terapia per la quale esistono ormai dati inconfutabili di efficacia⁶⁰.

7. Caratteristiche dei parti

7.1. MOBILITÀ INTRA ED EXTRAREGIONALE PER IL PARTO

Nel 2013 i nati in Regione Campania, compresi i nati morti, sono 54.365, di cui il 3,6% (n = 1.955) nati da madri non residenti. I CedAP in cui manca ogni indicazione relativa alla residenza materna sono 452, nel 2012 erano 623.

Mobilità extraregionale

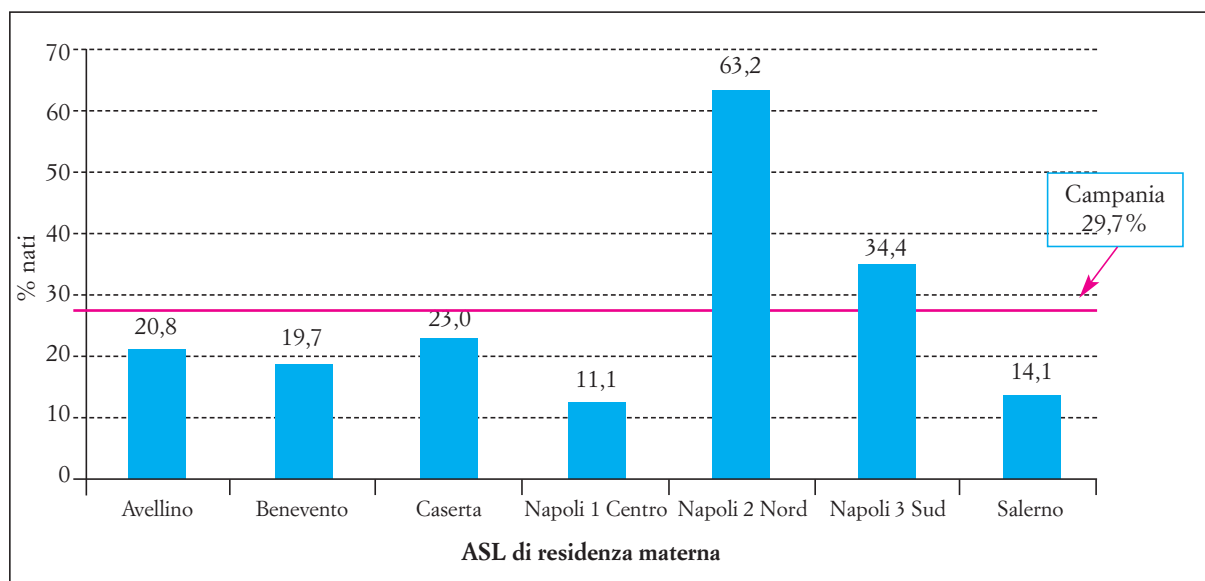
Non sono pervenuti CedAP relativi a donne residenti in Campania che hanno partorito in altre regioni; delle 1955 madri residenti in altre regioni il 67% sono nate in Campania e ritornate per il parto nel luogo di origine; i nati da residenti al Nord Italia sono il 32,5%, i nati da residenti al Centro il 50,2% e i nati da residenti nel Mezzogiorno il 17,2%. In particolare il 30,3% dei nati da madri non residenti in Regione proviene dalla Regione Lazio.

Mobilità intraregionale

Nella tabella 29 sono riportati i nati per ASL di nascita e ASL di residenza materna. In Campania il 71,1% delle nascite avviene nelle strutture appartenenti alla ASL di residenza materna; la percentuale di madri assistite nell'ASL di residenza è molto variabile ed è pari all'88,8% per l'ASL Napoli 1 Centro, all' 85,8% per l'ASL di Salerno, all' 80,3% per la ASL di Benevento, al 79,1% per la ASL di Avellino, al 77,0% per la ASL di Caserta, al

65,6% per la ASL di Napoli 3 Sud e al 36,7% per l'ASL Napoli 2 Nord. Nella ASL Napoli 1 Centro sono assistiti 17.232 nati, di questi 8.352, pari al 48,4%, sono nati da madri residenti in altre ASL; persiste un flusso migratorio verso i centri nascita del capoluogo dalle altre ASL e prevalentemente, dalle ASL Napoli 2 Nord, Napoli 3 Sud e Caserta. In Campania il 29,7 % (n = 15.049) delle nascite avviene in strutture diverse dall' ASL di residenza materna; la proporzione di queste nascite per ciascuna ASL è riportata nella figura 7.A. Come si osserva, la mobilità all'interno della Regione riguarda soprattutto le madri residenti nelle ASL Napoli 2 Nord (63,2%) e Napoli 3 Sud (34,4%). Nel 70% circa dei casi tale mobilità è diretta verso i centri nascita della ASL Napoli 1 Centro. Dei 1856 nati da madri residenti a Caserta, che hanno partorito in altre ASL, circa il 56% è assistito in centri della ASL Napoli 1 Centro. Per le ASL di Benevento, Avellino e Caserta la mobilità interessa circa il 20% dei nati da madri residenti.

Fig. 7.A - Proporzion di nati in ASL diversa da quella di residenza materna



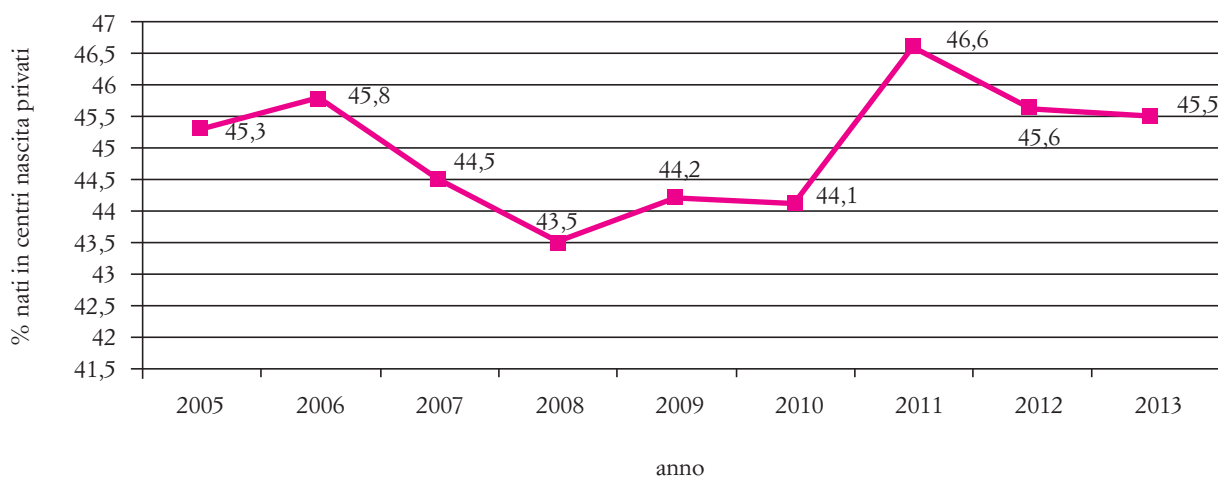
Come negli anni precedenti, un elevato numero di partorienti della provincia di Napoli e di Caserta migra per il parto verso il capoluogo regionale, in cui vi sono ancora molti centri nascita pubblici e privati, anche di piccole e medie dimensioni. Tale fenomeno è costante nel tempo ed è solo in parte legato alla concentrazione di centri nascita in grado di assistere gravidanze e neonati patologici; spesso per le gestanti che ricorrono al privato, la scelta del luogo del parto è condizionata soprattutto dal legame con il ginecologo di fiducia.

7.2. NATI PER LUOGO DEL PARTO

In Campania nel 2013, sono attivi 68 centri nascita, 39 pubblici e 29 privati, di cui solo uno non convenzionato con il Sistema Sanitario Nazionale. L'analisi riguarda tutti i 68 centri nascita che hanno inviato i dati, compreso il centro nascita privato non convenzionato, Clinica Ruesh.

Nel 2013 i **neonati assistiti nelle strutture pubbliche** sono 29.650 (54,5%), quelli assistiti nelle Case di Cura private 24.715 (45,5%). Come si evince dalla tabella 30 la distribuzione territoriale delle Case di Cura in Campania non risulta omogenea: nella ASL di Benevento non vi sono centri nascita privati, mentre nell'ASL Napoli 3 Sud il numero dei centri nascita privati è nettamente superiore rispetto ai pubblici e assiste il 70% circa dei nati. Nelle ASL di Avellino, Napoli Sud e Caserta più della metà dei neonati nasce in strutture private (Tab. 30). Come si evince dalla figura 7.B, la percentuale dei nati in centri nascita privati ha subito dopo il 2010 un incremento e si mantiene costante negli ultimi anni.

Fig. 7.B - Percentuale dei nati nei centri nascita privati della Regione Campania, anni 2005-2013



Nella tabella 31 le strutture pubbliche e private sono suddivise in base al **numero di nati per anno**. Le strutture con meno di 500 nati sono circa un terzo del totale (21 su 68), analogamente a quanto riscontrato nel 2011 e nel 2012, sono in prevalenza pubbliche ed assistono il 12,6% del totale dei nati. Le strutture con numero di nati tra 500 e 999, sono 25 ed assistono il 34,5% dei nati, quelle con numero di nati tra 1000 e 1499 sono 18 ed assi-

stano il 38,4% dei nati. Infine le strutture con un numero di nati uguale o superiore a 1.500 sono 4 ed assistono il 14,4% di tutti i nati.

La tabella 32 riporta il numero di nati per **tipologia di struttura e caratteristiche neonatali**. Nelle strutture pubbliche rispetto alle private, si registra una maggiore proporzione di nascite gemellari, nati di peso molto basso e pretermine (rispettivamente 4,3%, 1,7% e 2,9%, vs il 2,9%, 0,4% e 0,7%). Resta simile la proporzione di nati in presentazione podalica (3,4% vs 3,3%).

Si conferma un alto tasso di Tagli Cesarei nei centri nascita privati (73,1%) nettamente superiore a quello delle strutture pubbliche (51,1%). Nel periodo 2003-2013 il tasso di TC nei centri nascita privati è passato dal 68,7% al 73,1%, mentre nei centri pubblici dal 50,4% al 51,1% (Fig. 15).

L'analisi delle caratteristiche materne per tipologia di struttura (Fig. 16) ha fatto rilevare una maggiore proporzione di madri straniere, con bassa scolarità (≤ 8 anni), nubili e di età superiore a 34 anni nei centri nascita pubblici rispetto a quelli privati.

Nella figura 17 sono confrontate le proporzioni dei nati di peso molto basso (VLBW) e i nati da TC per centri nascita dotati di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) ($n = 14$) e centri nascita senza TIN ($n = 54$). Le due bolle del grafico rappresentano i due gruppi di strutture, ogni bolla ha una dimensione proporzionale al numero totale di nati assistiti. Sull'ordinata è riportata la percentuale di nati di peso molto basso e sull'ascissa la proporzione di TC; le due linee tratteggiate indicano la media regionale di nati di peso inferiore ai 1500 grammi (VLBW) (10,0%) e di TC (61,0%). Nel gruppo di strutture ad alto rischio, dotate di TIN sono assistiti 18.777 neonati, nel gruppo senza TIN 35.300. Osservando la posizione di ciascuna bolla, come atteso, si vede che la proporzione di neonati VLBW è maggiore nel gruppo delle strutture dotate di TIN (2,8% vs 0,2%). Rispetto alla proporzione di TC, i due gruppi di strutture presentano, invece, una posizione diversa da quella attesa, in quanto essa è molto più elevata nel gruppo dei centri nascita a basso rischio, non dotati di posti letto di TIN (67,1% vs 49,6%).

I documenti tecnici regionali per la riqualificazione della rete ospedaliera⁶¹⁻⁶² da anni evidenziano la necessità di razionalizzare la distribuzione e le dimensioni dei Centri Nascita in Regione. Tuttavia i centri nascita attivi in Regione sono ancora numerosi. Attualmente in Campania sono attive 68 strutture che assistono mediamente 799 nati per anno, in Emilia Romagna in 31 strutture sono mediamente assistiti 1200 nati e nel Lazio in 45 strutture 1204 nati. In Italia sono attivi 567 centri nascita che assistono mediamente 954 nati.

**Numero nati, centri nascita e media di nati assistiti per struttura
Italia, Emilia Romagna, Lazio e Campania***

Regione	Totale nati	Numero Centri Nascita	Numero medio di nati assistiti per struttura
Emilia Romagna	38.057	31	1.227
Lazio	51.053	45	1.135
Italia 2011	541.206	567	954
Campania	54.365	68	799

*Archivio dati CedAP Nazionali (anno 2011) e regionali (anno 2013)

Negli anni 2009-2013 sono stati dismessi 13 centri nascita ma, attualmente, operano ancora 21 strutture con meno di 500 nati per anno, che assistono il 12,6% dei nati, solo 3,7 punti percentuali in meno rispetto al 2009.

**Numero di centri nascita,
dimensioni e percentuale assistiti, anni 2009-2013**

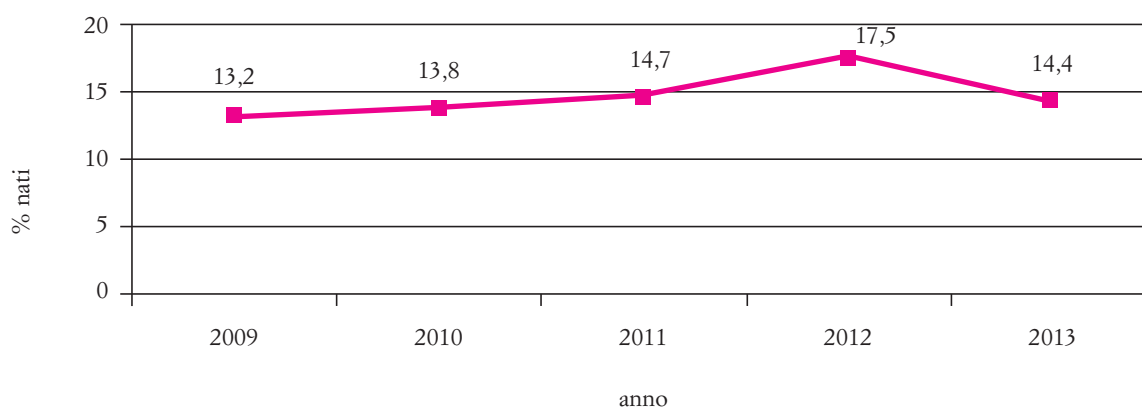
Anno	2009	2010	2011	2012	2013
N centri nascita	81	79	73	70	68
N centri nascita < 500 nati/anno	29	29	21	22	21
% nati assistiti in centri nascita < 500 nati/anno	16,3	15,2	11,2	13,1	12,6

Come evidenziato dal Piano Nazionale Esiti (PNE)⁶³ a livello nazionale, a dicembre del 2012, sono ancora 128 le strutture che effettuano in Italia meno di 500 parti l'anno. Il fenomeno coinvolge quasi tutte le Regioni, ma è la Campania la prima Regione con 21 strutture che effettuano meno di 500 parti l'anno. Al secondo posto la Sicilia con 19, cui seguono la Puglia e il Lazio con 10 strutture e Lombardia e Sardegna con 9. Se si analizza il numero di eventi nascita in Italia, su un totale di 554.428 parti, ne risultano 39.430, pari al 7,1% del totale, effettuati nelle strutture di dimensioni molto piccole, mentre in Campania nelle strutture delle stesse dimensioni sono assistiti il 13,1% dei nati. Il 27 novembre 2012 la Commissione Igiene e Sanità del Senato ha pubblicato un documento sul Percorso Nascita in cui l'eccesso di centri nascita con un numero di nati per anno inferiore ai 500 in Campania è citato tra le criticità su cui intervenire³¹.

Solo 4 centri nascita assistono un numero di nati pari o superiore a 1.500, il 14,4% del totale dei nati (13,2% nel 2009); di questi, 3 hanno ruolo di centri di riferimento per le gravidanze ad alto rischio.

In alcune regioni italiane, come l'Emilia Romagna ed il Lazio, è già da tempo in atto una ristrutturazione della rete ospedaliera in direzione di una razionalizzazione dell'offerta; in Emilia Romagna le strutture con numero di nati pari o superiore a 1.500 per anno sono 7 e nel Lazio 13, più numerose che in Campania. Inoltre la dimensione di queste strutture, intesa come numero medio di neonati assistiti per anno, è nettamente maggiore in queste regioni (2.765 in Emilia Romagna, 2.486 nel Lazio e 1.956 in Campania). Inoltre, in Emilia Romagna il 52% e nel Lazio il 63,3% dei nati è stato assistito in queste grandi strutture, mentre in Campania solo il 14,4% nasce nelle strutture di maggiori dimensioni. Tale valore si mantiene stabile negli ultimi cinque anni ad eccezione del picco osservato nel 2012 (Fig. 7.C).

Fig. 7.C - Percentuale dei nati assistiti in centri nascita con ≥ 1500 nati, anni 2009-2013



Il modello di rete delle strutture perinatali previsto dal Piano Ospedaliero della Campania fa riferimento a tre livelli di cure⁶⁴, ma i dati disponibili non ci permettono di suddividere le strutture in base a questi livelli.

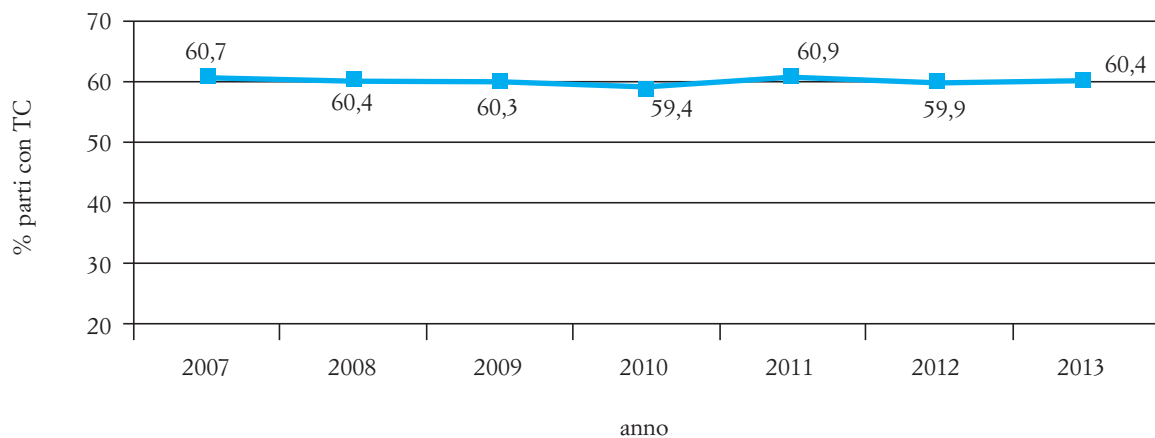
La Campania è una regione in cui le strutture private, convenzionate e non convenzionate, sono numerose, ed assistono il 45,5% dei nati, percentuale stabile negli ultimi anni, nonostante la riduzione del numero dei centri nascita. La stessa tipologia di strutture assiste a livello nazionale solo l' 11,9 % dei neonati , nel Lazio il 16,0% ed in Emilia Romagna solo l'1,0%⁵¹. La proporzione di TC nei centri nascita privati è superiore di 22 punti percentuali rispetto a quelli pubblici: tale dato è costante nel tempo e non è riferibile alla differenza di rischio tra po-

polazioni di gravide e di neonati. Infatti, se si prendono in considerazione solo le gestanti a basso rischio di taglio cesareo, cioè quelle a termine con feto singolo in presentazione di vertice senza precedenti anamnestici di parto cesareo, si osserva che, la proporzione di TC in queste gestanti nelle Case di Cura è pari al 57,2%, e negli Ospedali è pari solo al 32,7%. Il dato epidemiologico, confermato da anni, mette in luce che l'eccesso di TC riguarda in particolare le strutture private e le gravidanze a basso rischio, rispetto alle quali le scelte dei professionisti non sono in linea con i protocolli e le linee guida elaborati a livello locale, nazionale ed internazionale. Come viene suggerito dalle ultime linee guida sul taglio cesareo, sul versante organizzativo, sarebbe utile che il costituente Comitato Permanente del Percorso Nascita Regionale⁶⁵, tenendo conto degli standard per la valutazione dei punti nascita⁶⁶⁻⁶⁷ "verificasse la possibilità di sviluppare una rete assistenziale, a livello regionale, in modo da concentrare l'assistenza di elevata complessità in poche strutture di riferimento e demandare ai centri satelliti l'assistenza dei casi a basso rischio, in un rapporto di maggiore prossimità con gli assistiti".

7.3. NATI PER TIPO DI PARTO

In Campania nel 2013 su 53.234 parti, indipendentemente dalla residenza materna e dal genere dei nati, il 38,3% avviene per via vaginale, l'1,3% per via vaginale operativa e il 60,4% con taglio cesareo. La Campania, nel 2013 registra ancora un'elevata proporzione di TC, invariata rispetto agli anni precedenti (Fig. 7.D).

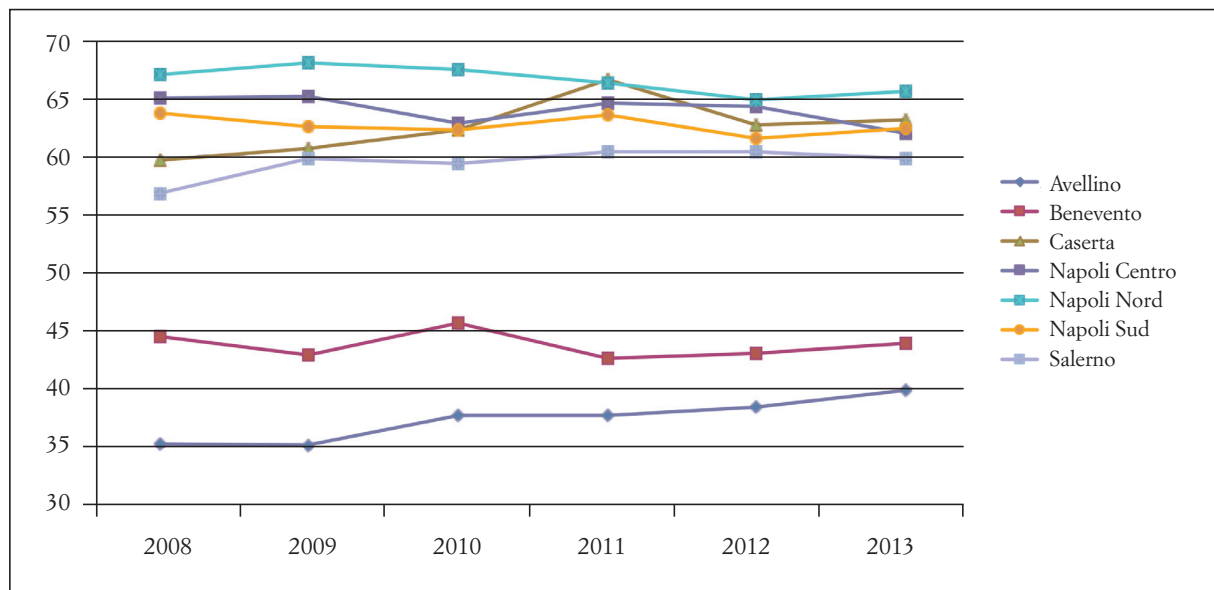
Fig. 7.D - Percentuale di Parti con Taglio Cesareo in Campania, anni 2007-2013



La proporzione dei nati da TC è pari al 61%. Nel 2013 il numero dei nati singoli è pari a 49.995, di questi 29.985 pari al 60% sono nati da TC. Nella tabella 33 per ciascuna ASL è riportata la proporzione di nati singoli per tipo di parto: la proporzione di TC varia da un minimo di 30,0% per la ASL di Avellino a un massimo di 65,5% per la Asl Napoli Nord. Nella tabella è anche evidente che la proporzione di parti strumentali è maggiore nelle ASL di Avellino e Benevento, in cui la percentuale di tagli cesarei è minore.

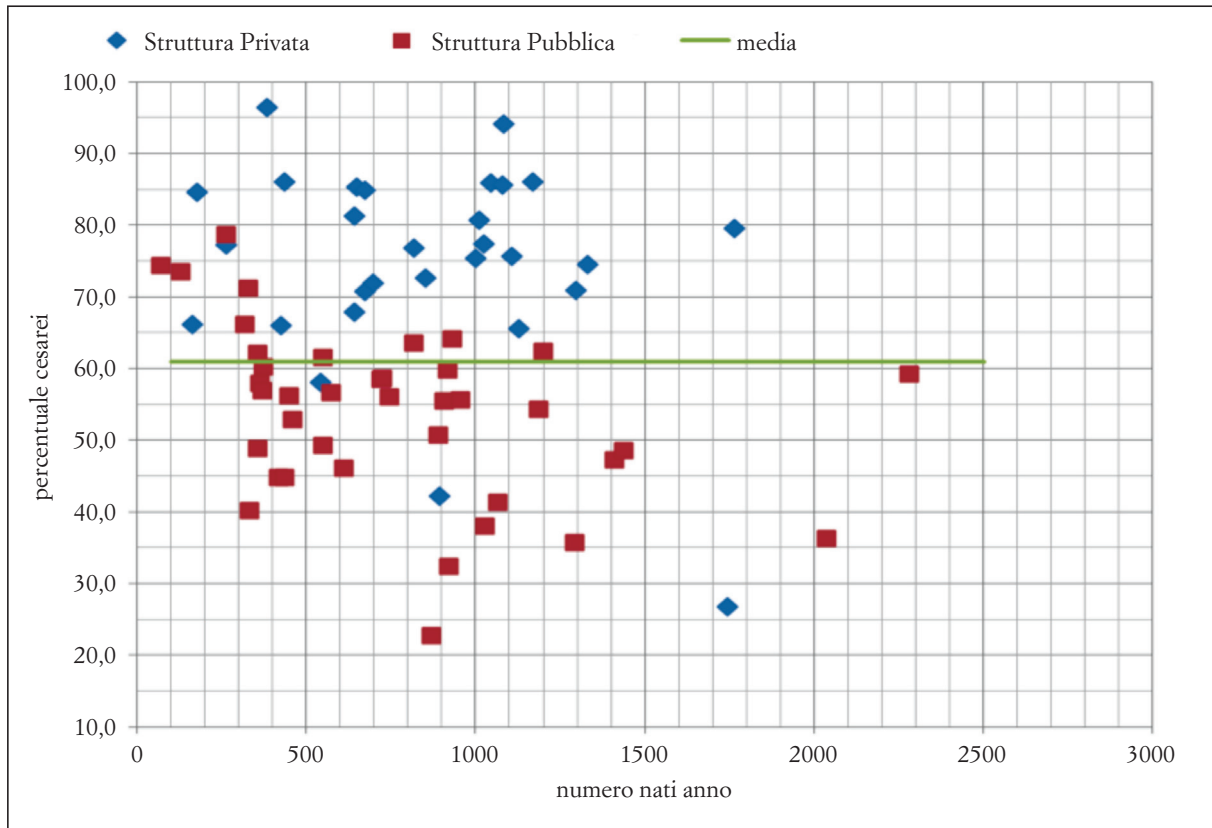
La figura 7.E riporta le percentuali di tagli cesarei tra i nati singoli, nel periodo 2008-2013, per ASL di evento. Si osserva con evidenza una più bassa e persistente percentuale di cesarei nelle ASL di Avellino e Benevento. All'opposto nelle altre cinque ASL la percentuale di cesarei resta superiore al 60% circa. Tra queste ultime, la sola ASL di Caserta presenta un trend in diminuzione negli ultimi due anni.

Fig. 7.E - Proporzioni di nati da TC per ASL di evento, anni 2008-2013



La figura 7. F evidenzia la differente distribuzione dei centri nascita per dimensioni, tipologia e percentuale dei nati da TC. Si nota che su 29 centri nascita privati solo 3 presentano una percentuale di TC inferiore alla media regionale (61%) mentre su 39 centri nascita pubblici 29 presentano una percentuale inferiore alla media.

Fig. 7.F - Distribuzione dei Centri Nascita per Dimensioni e Percentuale dei nati da TC



In Italia, nel 2013, secondo il Piano Nazionale Esiti⁶³, la percentuale di parti cesarei primari è pari al 26%, in Campania ammonta al 50%. Mentre nel 2008 tutte le regioni del Sud avevano valori di media superiori ai valori nazionali, nel 2013 Basilicata, Calabria e Sicilia si avvicinano al valore medio nazionale. Rimangono ancora molto evidenti le differenze tra le regioni del Nord Italia con valori intorno al 20% e le regioni del Sud con valori prossimi al 40% e che, nel caso della Campania, arrivano e sono stabili da anni al 50%.

Il regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera, approvato in conferenza Stato Regioni del 5 Agosto 2014, definendo il tasso di tagli cesarei un indice di appropriatezza per l'assistenza al parto, fissa, quale standard qualitativo, al 25% la quota massima di cesarei primari per le maternità con più di 1000 parti e al 15% per le maternità con meno di 1000 parti.

Nonostante le precedenti e le attuali indicazioni del Ministero della Salute⁶⁸ recepite dalla Regione⁶⁹⁻⁷⁰ l'alta percentuale di TC in Campania, è rimasta stabile negli anni e dimostra che le dimensioni e la gravità del problema sono invariate. Esistono ampie differenze tra le pro-

porzioni di TC nelle ASL, che si mantengono stabili nel tempo e non sono riconducibili alla tipologia delle strutture o alle caratteristiche della popolazione, ma spesso sono dovute a scelte degli operatori che intervengono chirurgicamente anche in gestanti che non evidenziano problemi clinici e nelle quali il parto cesareo rappresenta un rischio aggiuntivo⁷¹.

7.4. CARATTERISTICHE MATERNE, NEONATALI E TIPO DI PARTO

La figura 18 mostra la distribuzione per età gestazionale dei nati da TC e da parto vaginale. L'età gestazionale in cui si rileva la massima proporzione di parti cesarei elettivi e in travaglio (79,9%), è la 38° settimana; per i parti vaginali (65,6%) è la 40° settimana. I nati a termine da TC di elezione sono 21.633 e rappresentano da soli il 65,1% di tutti i nati da TC.

Principali tipi di parto per E.G. Nati singoli a termine. Campania anni 2008-2013

Età gestazionale (settimane)	Vaginale		Cesareo di elezione		Cesareo in travaglio	
	n°	%	n°	%	n°	%
37	6.848	5,4	14.107	10,4	5.604	11,1
38	20.064	15,8	63.512	47,0	15.264	30,2
39	38.620	30,5	38.809	28,7	12.938	25,6
40	39.744	31,3	12.016	9,0	9.354	18,5
41	19.602	15,5	5.628	4,2	6.350	12,6
42	1.899	1,5	983	0,7	968	2,0
Totale parti	126.777	100,0	135.055	100,0	50.478	100,0

La tabella 24 riporta la modalità del parto per genere dei neonati e classe di età gestazionale: il TC è il tipo di parto più utilizzato nei neonati a termine sia essi singoli che gemelli. Nella tabella 34 sono presentati la proporzione di TC e il rischio relativo grezzo per alcuni fattori materni, fetali e per tipologia della struttura. La proporzione di parti con TC, che è sempre superiore al 50%, aumenta in presenza di fattori di rischio fetale (nascita pretermine, basso peso, presentazione anomala). Il rischio di parto con TC aumenta del 47% se il parto avviene in una struttura privata e risulta ridotto del 26% nel caso di madri straniere.

La figura 19 evidenzia le variazioni della proporzione di TC in relazione alla parità e all'età materna. La proporzione di TC cresce con l'età materna a prescindere dalla parità ed è sempre superiore al 50% in tutte le classi di età e per tutte le parità.

Per i nati da madri di età inferiore a 20 anni, si registra negli ultimi tre anni una lieve diminuzione del tasso di TC per i primi parti.

Percentuale di Nati da TC da Madri di età < 20, anni 2009-2013

Anno	2009	2010	2011	2012	2013
primo parto	54,8	50,4	52,4	53,2	50,6
parti successivi	48,8	45,3	48,2	59,5	51,5

La figura 20 mostra come si sono modificate, a partire dal 2000, l'età media al parto e la proporzione di TC in Italia e in Campania. Dal 2000 al 2012 l'età media al parto è passata in Italia da 30,2 a 31,8 anni mentre in Campania da 29,0 a 30,7 anni. Osservando il trend dei parti con TC, emerge che nel periodo 2000-2012, in Campania si è registrato un aumento del tasso di TC di 7,8 punti percentuale, valore nettamente superiore all'aumento rilevato a livello nazionale, pari al 3,4 a fronte di un innalzamento dell'età media materna al parto simile in Campania e in Italia.

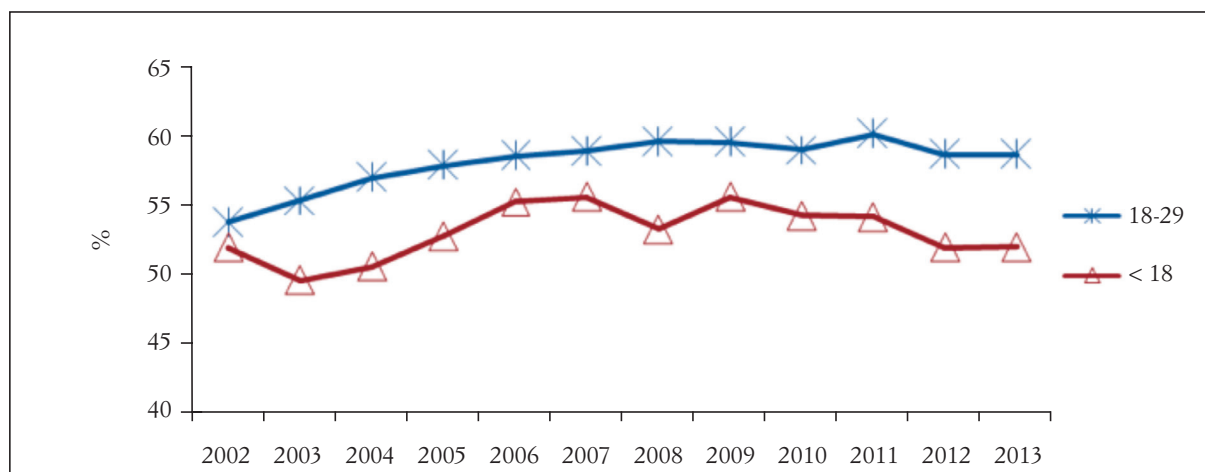
In Campania il principale fattore di rischio di partorire con TC è rappresentato dal luogo del parto, superiore del 47% per le donne che sono assistite in strutture private, anche se in queste è assistita una popolazione di gestanti a minore rischio ostetrico, per fattori materni e neonatali. Le madri immigrate che vivono una situazione di disagio sociale e di inadeguatezza delle cure prenatali e che partoriscono in proporzione minore in strutture private, presentano un rischio di essere sottoposte a taglio cesareo nettamente inferiore rispetto alle madri italiane (0,74 vs 1). Tuttavia la percentuale di nati da madri straniere con TC è in aumento negli ultimi anni, dal 40,4% del 2009 al 45,1% del 2013.

Nelle adolescenti la proporzione di nati singoli da parto cesareo è pari al 50,3%; contenere il ricorso al TC nelle donne più giovani, oltre che ridurre rischi aggiuntivi per la salute e la fertilità della stessa donna nelle età successive, è anche un provvedimento efficace per ottenere una riduzione della proporzione di tagli cesarei negli anni successivi.

Nella figura 7.G (dati Istat), è evidenziata la proporzione di TC in donne giovani e giovanissime in Campania nel periodo 2002-2012. La proporzione di TC fino al 2011 mostra un marcato incremento in ambo le classi di età e solo un lieve decremento dal 2012. Queste donne

sono quelle che con maggiore probabilità sceglieranno di affrontare una nuova gravidanza e sono destinate ad affrontare un nuovo intervento laparotomico, in quanto l'effettuazione di un parto vaginale dopo un TC è molto rara in Campania (5,0%).

Fig. 7.G - Proporzione di TC nelle donne con età inferiore a 29 anni, 2002-2013



Fonte Istat: HFA dicembre 2014

7.5. CLASSIFICAZIONE DEI PARTI SECONDO ROBSON

Anche quest'anno viene riportata la tabella con la classificazione di Robson⁷² per l'analisi dei dati relativi al TC al fine di effettuare confronti con gli anni precedenti o con altre regioni e meglio comprendere i problemi che sono a monte dell'eccesso di cesarei.

Classificazione di Robson

1. Nullipara, feto singolo, presentazione cefalica, a termine, travaglio spontaneo
2. Nullipara, feto singolo, presentazione cefalica a termine, travaglio indotto o TC prima del travaglio
3. Pluripara (escluso pregresso TC) feto singolo, presentazione cefalica, a termine, travaglio spontaneo
4. Pluripara (escluso pregresso TC) feto singolo, presentazione cefalica, a termine, travaglio indotto o TC prima del travaglio
5. Pregresso TC, feto singolo, a termine, presentazione cefalica
6. Tutti i podice in nullipara
7. Tutti i podice in multipara (inclusi pregressi TC)
8. Parti gemellari (inclusi pregressi TC)
9. Presentazioni diverse dal vertice e dal podice (inclusi pregressi TC)
10. Tutti i parti singoli di vertice con feto pretermine (inclusi pregressi TC)

Questa classificazione identifica 10 classi diverse di parto mutuamente esclusive in relazione a: parità, durata della gravidanza, modalità del travaglio, parto semplice o plurimo, presentazione del neonato. I dati CedAP 2013 hanno informazioni complete, per la suddivisione nei gruppi Robson, in 51.088 parti.

La figura 21 presenta il peso percentuale di ciascuna classe sul totale dei parti in Regione e la proporzione dei TC sul totale dei parti del gruppo. Il primo gruppo è il più ampio per proporzione di parti (30,5%) e il cesareo è effettuato nel 39,6% dei casi. Nel secondo gruppo (14,3%) viene praticato un TC nell'86,3% dei casi. Nel terzo gruppo (17,3%) la proporzione di TC è pari a 10,1%. Il quarto gruppo (2,5%) presenta un tasso di TC pari a 62,7%. Il quinto gruppo (23,6%) registra un'altissima percentuale di TC pari al 94,9%. I gruppi dal sesto al nono, presentano un significativo elemento di distocia e complessivamente ammontano al 7,0% dei parti e presentano mediamente percentuali di TC pari al 90%. Il decimo gruppo (4,8%) presenta una percentuale di TC pari al 62,3%.

Nella figura 22 sono presentate le proporzioni di parti in ciascuna classe di Robson per tipo di struttura (pubblica/privata). La proporzione di parti che rientrano nel quinto gruppo, cioè i parti di donne che sono già state sottoposte a cesareo, è significativamente maggiore nelle strutture private che nelle pubbliche (28,7% vs 19,7%). Negli Ospedali Pubblici, invece, è maggiore la proporzione di parti del primo e terzo gruppo, che affrontano un travaglio spontaneo (32,1% e 20,4% vs 28,5% e 13,3%). Nel secondo (gestanti sottoposte a induzione o a un TC prima del travaglio) le proporzioni di partorienti sono inferiori nel pubblico rispetto al privato (11,9% vs 17,5%), mentre nel quarto gruppo le proporzioni sono uguali. La proporzione di tagli cesarei in ciascun gruppo di Robson, eccetto che per i gruppi sei e sette, è sempre maggiore nelle Case di Cura (Fig. 23). Le differenze più rilevanti nel ricorso al TC tra strutture pubbliche e private sono presenti soprattutto nei primi quattro gruppi, che sono i più numerosi e riguardano gestanti in cui sono assenti i fattori di distocia considerati.

Dal 2009 al 2013 non vi sono significative differenze tra la distribuzione percentuale dei parti nei dieci gruppi. In particolare non si registra nessuna variazione significativa nell'ampiezza del quinto gruppo, quello in cui sono comprese le donne con pregresso TC (24,2% nel 2009 vs 23,6% nel 2013; è diminuita la percentuale di cesarei nel secondo gruppo (nullipara con travaglio indotto o TC in assenza di travaglio) passata dal 93,9% del 2009 al 86,3% del 2013; tra le gestanti appartenenti a questo secondo gruppo è diminuita la percentuale di TC

in quelle assistite nelle strutture pubbliche (91% del 2009 vs 75,1 % del 2013), mentre resta invariata nelle strutture private.

In Campania la proporzione di TC (60,4%) è molto più alta della media nazionale(36,7%) e di altre regioni come l'Emilia Romagna (28,5%).All'alta percentuale di TC in Campania sicuramente contribuisce la proporzione di donne con pregresso TC, ma se anche eliminiamo dal calcolo il quinto gruppo di Robson, la proporzione di TC si riduce dal 59,6% al 48,7%, e resta comunque molto più alta di quella della Emilia Romagna e dell'Italia.

In base ai dati presentati è chiaro che gli interventi finalizzati alla riduzione della proporzione di TC devono essere indirizzati anzitutto verso le gestanti a termine di gravidanza con feto singolo in posizione cefalica senza un'anamnesi di pregresso TC, corrispondenti ai gruppi di Robson dal primo al quarto. La proporzione di TC è risultata molto differente tra le donne in cui il travaglio è spontaneo, comprese nel primo e nel terzo gruppo (39,6% e 10,1%), e tra quelle in cui il travaglio è indotto o assente ,comprese nel secondo e quarto gruppo (86,3% e 62,7%). Infatti, l'assenza di un travaglio spontaneo si associa a un marcato incremento della quota di TC e questo dato è più evidente nelle strutture private, ove non si rilevano modificazioni del tasso di cesarei . In questo contesto è fondamentale affiancare ad interventi di politica sanitaria azioni rivolte alla formazione e informazione dei professionisti e delle gestanti.

7.6. CARATTERISTICHE DEI CENTRI NASCITA DELLA CAMPANIA

Nella tabella 35 sono elencati i 68 Centri Nascita attivi in Campania, suddivisi per ASL di appartenenza territoriale. Per ogni centro è riportato il numero dei nati nel 2013, la percentuale di nati da TC in totale e al primo figlio, nonché il numero di nati con peso inferiore a 1500 grammi. I dati delle strutture dotate di posti letto di TIN sono riportati in grassetto. Per ciascuna ASL i centri nascita sono ordinati in base alla proporzione di nati da TC, per cui è possibile valutare l'ampia variabilità di tale dato, che, a livello regionale, presenta un minimo di 22,8% e un massimo di 96,3%. Le percentuali dei nati da TC sul totale dei nati, sia in Regione che nei singoli centri non presentano significative differenze rispetto alle corrispondenti percentuali dei nati da TC al primo figlio. Nella tabella che segue sono evidenziate le proporzioni di parti con taglio cesareo in base alla dimensione e tipologie delle strutture.

Proporzione di nati con TC per dimensione e tipologia delle strutture

N. nati per anno	% TC private	% TC pubbliche
> 1500	53,3	48,4
1000 - 1499	80,2	46,9
500 - 999	70,5	50,0
< 500	80,3	43,1

La proporzione di parti con TC è nettamente maggiore nelle strutture private rispetto a quelle pubbliche ; inoltre, la differenza nella percentuale di TC tra strutture pubbliche e private si riduce in quelle in cui nascono oltre 1.500 nati per anno. Tuttavia nell’ambito delle due strutture private con oltre 1.500 nati per anno la percentuale di taglio cesareo presenta un’ampia variabilità che va dal 26,8% (Clinica Malzoni) al 79,5% (Clinica Tasso). I centri nascita che dispongono di posti letto di TIN in Campania sono 14, di cui 3 privati: 4 centri sono nella città di Napoli, 1 nella provincia di Napoli, 2 nella provincia di Caserta, 2 nella provincia di Avellino, 2 nella provincia di Benevento, 3 nella provincia di Salerno. Inoltre, presso le Aziende Ospedaliere Santobono-Pausilipon e Monaldi, nonché presso il presidio ospedaliero SS Annunziata di Napoli sono attivi altri 3 reparti di TIN. Questi ultimi non sono elencati perché non hanno un reparto di maternità e ricoverano solo neonati trasferiti da altre strutture.

Dal 2005 al 2013 le nascite in Campania si sono ridotte del 12,4%, passando da 62.599 a 52.785 (dati Istat); la riduzione ha interessato anche i punti nascita che, nello stesso periodo, sono passati da 89 a 68. Tale riduzione ha interessato i centri nascita sia pubblici che privati. La proporzione di nati nei centri pubblici è lievemente diminuita negli ultimi cinque anni, passando dal 55,8% nel 2009 al 54,5% nel 2013. L’eccessivo frazionamento dei punti nascita rappresenta una criticità che caratterizza ancora l’assistenza perinatale nella nostra regione. Infatti nel 2012 risultano ancora attivi 21 punti nascita di dimensioni molto piccole (< 500 nati/anno) e 25 di dimensioni piccole (500-1000 nati/anno), con una percentuale complessiva di nati pari al 47,1%.

In Campania l’eccessivo frazionamento dei centri nascita influisce fortemente sulle modalità del parto e sugli esiti neonatali. In particolare la percentuale di parti cesarei è rimasta invariata

dal 2005 al 2012, con valori superiori al 60%. Nei centri nascita privati la percentuale varia notevolmente: dal 79,5% della Clinica Tasso con 1.764 nati, senza reparto TIN, ad appena 26,8% della Clinica Malzoni con 1.744 nati, con reparto TIN. Tuttavia, nella maggior parte dei casi, i centri nascita privati registrano percentuali di parti cesarei ben superiori al 60%, mostrando così di non tener in alcun conto delle indicazioni nazionali e regionali sulla necessità di ridurre il tasso di TC, che è uno dei principali indicatori di salute per l'appropriatezza e l'efficacia delle cure perinatali. Ciò è confermato dalle percentuali simili di TC alla prima e alle successive gravidanze.

Per quanto riguarda le cure intensive neonatali si sottolinea quando già più volte segnalato: nonostante risultino attivi ben 17 reparti TIN, il numero dei posti letto per cure intensive e sub-intensive neonatali è talora insufficiente a contenere l'elevato numero di neonati patologici che necessitano di assistenza intensiva, a causa dei problemi respiratori, che colpiscono i nati da T.C. elettivo così numerosi in regione. Tra i 14 centri TIN, provvisti di punto nascita, nove hanno dimensioni inadeguate, in quanto operano in collegamento con reparti ostetrici in cui nascono meno di 1.500 neonati per anno. Le TIN delle Aziende Sanitarie Monaldi e Santobono, centri di riferimento regionale per l'assistenza ai neonati con problemi cardiocirurgici e chirurgici, non dispongono invece di un reparto maternità, ove assistere le gestanti alle quali sia stata fatta diagnosi prenatale di malformazioni fetali. Nel 2012, inoltre, è stato chiuso il reparto di maternità dell'Ospedale SS Annunziata di Napoli, che invece continua a disporre di posti letto TIN, ove vengono assistiti solo neonati outborn "reclutati" con il servizio di trasporto neonatale. Questo tipo di organizzazione delle cure intensive neonatali appare davvero irrazionale e spiega il frequente trasferimento di neonati patologici, talora paradossalmente da centri di terzo livello ad altri centri di livello analogo, anche nel caso sia stata effettuata una corretta diagnosi prenatale e le gestanti a rischio siano state correttamente indirizzate verso strutture di terzo livello.

BIBLIOGRAFIA

- 1) L.R. n. 16 del 28.11.2008 “*Misure Straordinarie di Razionalizzazione e Riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale per il Rientro dal Disavanzo*”
- 2) Delibera Regionale n. 5426/96, BURC 58/96
- 3) Decreto Ministero della Salute, n. 249, 16 luglio 2001, n. 249; LG 19-12-2001
- 4) R. Arsieri, A. Pugliese e M. Saporito. Coordinamento di M. Triassi. “*Guida alla compilazione, archiviazione, elaborazione ed utilizzo dei dati di natalità*”. Napoli 1998
- 5) Corsi di aggiornamento:
 - I, 6-7-8 novembre 2002: Elaborare e interpretare i dati prodotti dai sistemi informativi sulle nascite.*
 - II, 6-7 novembre 2003: L'uso dei dati prodotti dai sistemi informativi sulle nascite.*
 - III, 10-11 novembre 2004: Analisi dei dati e valutazione del sistema informativo sulle nascite.*
 - IV, 25 novembre 2005: Produrre dati di qualità.*
 - V, 23-24 novembre 2006: La sorveglianza epidemiologica per migliorare la salute materno-infantile in Campania. Focus su: Natimortalità - Difetti congeniti - Taglio cesareo.*
 - VI, 4 dicembre 2007: Epidemiologia per l'azione: dai dati CedAP alle strategie di tutela della salute materno-infantile.*
 - VII, 2 dicembre 2008: Per un Registro Perinatale di livello europeo- Il circuito informativo del CedAP e le sue potenzialità.*
 - VIII, 11 dicembre 2009: I determinanti delle disuguaglianze nel percorso nascita.*
 - IX, 15 dicembre 2010: L'organizzazione delle cure perinatali: appropriatezza ed efficacia.*
 - X, 13 dicembre 2011: Il punto sulla natalità in Campania.*
 - XI, 11 dicembre 2012: Nascere in Campania. Riflessioni in tema di appropriatezza.*
 - XII, 11 dicembre 2013: Epidemiologia della salute materna nel periodo perinatale*
 - XIII, 10 dicembre 2014: La riproduzione umana in un mondo che cambia: denatalità-fecondità*Le relazioni dei Corsi sono disponibili sul sito internet www.cedapcampania.org
- 6) Registri attivi in Campania: difetti congeniti, cardiopatie congenite, malattie rare, infezioni congenite, ipotiroidismo malattie metaboliche
- 7) Salmaso L. et al “*How current data can guide mother-infant health planning. An insight into data sources*”. *Epid.Prev.*2006 May-June, 30(3):178/90.
- 8) Contact Centre dell'Istat
- 9) Istat. Indicatori demografici. Stime anno 2013. (<http://dati.istat.it/>)
- 10) Istat. “*Tendenze demografiche e trasformazioni sociali: “nuove sfide per il sistema di welfare”* in “*La situazione del Paese*”. Rapporto annuale 2014, (<http://www.istat.it/it/archivio/120991>)
- 11) Istat: *Natalità e fecondità della popolazione residente - anno 2013*. Roma, 27 novembre 2013. (<http://www.immigrazione.it/docs/2013/rapp-istat-27-11-2013.pdf>)
- 12) M. De Curtis “*Economic Recession and Maternal and Child Health in Italy*”. *Lancet* 2014. May 3;383 (9928:15467)

- 13) Lanzieri G.P. “Towards a Baby recession in Europe. Differential fertility trends during the economic crisis”. Eurostat, Statistics in focus 13/2013
- 14) F.C. Bollari e G. Dalla Zuanna. “Nei Paesi Moderni nascono ancora bambini”. Rivista il Mulino, 1-2015
- 15) Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in Sanità”. Dicembre 2009
- 16) Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS) (www.ISS.it/itoss)
- 17) Istat “Health for All_Italia”, gennaio 2015
- 18) Agenzia Nazionale Servizi Sanitari Regionali (A.ge.na.s.): “Gli standard per la valutazione dei punti nascita” novembre, 2012
- 19) Giunta Regionale Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali. La nascita in Emilia Romagna. “11° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP)”. Anno 2013-Novembre 2014
- 20) Istat. “Natalità e fecondità della popolazione residente”. Anno 2013 - novembre 2014. (<http://www.istat.it/it/archivio/140132>)
- 21) Rapporto BES 2014. “Il benessere equo e sostenibile in Italia”. Istat, anno 2014
- 22) F. Romana, E. Scana Ballona. “Mamme in arrivo”. Save the Children Italia Onlus; febbraio 2015
- 23) XXIII Rapporto immigrazione. “Tra crisi e diritti umani”. Caritas e Migrantes 2013
- 24) Istat. “La Popolazione Straniera Residente in Italia Bilancio-anno 2012. Roma, 26 luglio 2013. (<http://www.istat.it>)
- 25) Istat. “Cittadini non Comunitari regolarmente soggiornanti-Tavole anno 2012-2013”. Roma, 30 luglio 2013. (<http://www.istat.it>)
- 26) Relazione del Ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l’interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78). 08/ott/2012
- 27) P. Castagna, L. Guarnieri, G. Lorido, A. Franco, G. Notorio, R. Buondonno. “VIII Report - Servizio Attività Sociosanitarie Cittadini Immigrati”. Napoli 2010
- 28) R. Papa, I. Mele, M.A. Di Palma. “Si fa presto a dire screening”. Rapporto sullo screening per la diagnosi precoce dei tumori della sfera genitale femminile nella città di Napoli, 2004-2008
- 29) R. Papa, “Dati del Dipartimento Materno-Infantile” ASL Napoli 1 Centro, 2011
- 30) Relazione del Ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l’interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78). “Dati preliminari 2013 e dati definitivi 2012”. Roma, 14 ottobre 2013
- 31) 12ª Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica. Indagine conoscitiva “Nascere sicuri”, 21 settembre 2010, autorizzazione Presidente del Senato 23 settembre 2010
- 32) WHO (1985). “Appropriate technology for birth”. Lancet, 2,436-7
- 33) Ministero della Sanità, Decreto ministeriale 10/09/1998. “Aggiornamento del Decreto Ministeriale 06/03/1995 concernente l’aggiornamento del decreto ministeriale 14/04/1984 recante i protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità”. Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n. 245 del 20/10/1998

- 34) Regione Campania - Assessorato alla Sanità – ARSAN. “Linee-guida per l’assistenza alla gravidanza e al Parto normale” (D.G.R. n. 2413 del 25-7-2003)
- 35) Department of Reproductive Health and Research RHR, World Health Organization, WHO Antenatal Care Randomized Trial: “Manual for the Implementation of the New Model”. G neva: World Health Organization; 2001. URL: 3
- 36) Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, Piano Nazionale Linee Guida. “Linee Guida per la Gravidanza e il Parto” 2010
- 37) Registro Campano Difetti Congeniti
- 38) Atti parlamentari: Bassoli e Bianconi. “Il Percorso Nascita e la Situazione dei Punti Nascita riguardo all’individuazione di criticit  specifiche circa la tutela della salute della donna e del feto”. Documento approvato dalla 12^a Commissione permanente (Igiene e Sanit ) del Senato nella seduta del 27 novembre 2012
- 39) Pinnelli A. e Fiori F. “Le cure prenatali: protocolli, pratica medica e competenza delle donne.” in Pinnelli A., Racioppi F. e Terzera L., Genere, famiglia e salute, Franco Angeli, Milano (2007)
- 40) “Relazione del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (anno 2012)” Roma, 30 giugno 2014
- 41) *Current Worldwide Stillbirth rate*, World Health Organization, viewed 13th May, 2011
- 42) Baronciani D., Bulfamante G., Facchinetti F. “La natimortalit : un audit clinico e miglioramento della pratica assistenziale”. www.saperidoc.it
- 43) Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri (9 luglio 1999)
- 44) “Proceedings of the stillbirth summit 2011” in <http://www.biomedcentral.com/bmcpregnancychildbirth/supplements/12/S1>
- 45) Kugelman A., Colin AA. “Late preterm infants: near term but still in a critical developmental time period” *Pediatrics*, Oct, 2013
- 46) Gunay F. “Is Late Preterm Birth a risk factor for hypertension in childhood” *Eur. J. Pediatr.* 2013; Dec 29
- 47) Regione Lazio “Le nascite nel Lazio, anno 2013” - Gennaio 2015
- 48) Zhu JJ, Bao YY, Zhang GL, Ma LX, Wu MY. “No relationship between mode of delivery and neonatal mortality and neurodevelopment in very low birth weight infants aged two years” *World J Pediatr*, August, 2014
- 49) Tita AT et All. “Timing of elective repeat caesarean delivery at term and neonatal outcomes” *N Engl J Med* 2009; 360; 111-20
- 50) Ehrenthal DB et All. “Neonatal outcomes after implementation of guidelines limiting elective delivery before 39 weeks of gestation” *Obstet Gynecol* 2011 nov; 118(5):1047-55
- 51) Ministero della Salute “CedAP-Analisi dell’evento nascita. Anno 2011”, dicembre 2014
- 52) Ministero della Salute “Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole”, Roma, 2012
- 53) Barrett Jon FR et All “A Randomized Trial of Planned Cesarean or Vaginal Delivery for Twin Pregnancy” *BMJ*, oct, 2013

- 54) Regione Lazio. “Le nascite nel Lazio- Anno 2012”
- 55) Regione Emilia-Romagna “La nascita in Emilia-Romagna. 8° rapporto sui dati del CedAP- Anno 2013”
- 56) Lauria L., Saporito M. “Comparison of stillbirth and neonatal mortality in two italian regions: Lombardia and Campania” Epidemiol. Prev., 2004; 28 (4-5); 217
- 57) Ehrenstein V. et All “Association of Apgar score at five minutes with long-term neurologic disability and cognitive function in a prevalence study of Danish conscripts” BMC Pregnancy Childbirth, 2009;2;9;14
- 58) Ministero della Salute “CedAP-Analisi dell’evento nascita. Anno 2010”, luglio 2013
- 59) Gruppo di Studio di Neurologia Neonatale della SIN “Raccomandazioni per l’assistenza al neonato con encefalopatia ipossico-ischemica candidato al trattamento ipotermico”, 2° Edizione, Biomedica, 2012
- 60) Edwards AD et All “Neurological outcomes at 18 months of age after moderate hypothermia for perinatal hypoxic ischaemic encephalopathy: synthesis and meta-analysis of trial data” BMJ, 2010,340,363
- 61) DGRC 2161 del 14/12/07: intervento progettuale per la razionalizzazione dei centri nascita
- 62) Decreto 49 del 27/9/10 sul riassetto della rete ospedaliera e territoriale
- 63) Agenzia Nazionale Servizi Sanitari Regionali (A.ge.na.s.). “Piano Nazionale Esiti”, Novembre 2013
- 64) DGRC n. 2068 - 12 novembre 2004 - Approvazione Linee Guida Regionali per l’ottimizzazione dell’assistenza ospedaliera in Neonatologia e Pediatria d’urgenza
- 65) Decreto n.16 febbraio 2015-Accordo Conferenza unificata (n.rep.atti 137/CU) sul documento concernente “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e della appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”. Conferma recepimento Accordo e costituzione del “Comitato Permanente per il Percorso Nascita regionale(CPNR) e dei Comitati Aziendali (CRNA)
- 66) Agenzia Nazionale Servizi Sanitari Regionali (A.ge.na.s.). “Gli Standard per la Valutazione dei Punti Nascita”, Novembre 2012
- 67) Conferenza Stato Regioni, rep. atti n. 98/CU del 5 agosto 2014 “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”
- 68) Conferenza Stato Regioni, rep. atti n. 137/CU del 16 dicembre 2010 “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”
- 69) Delibera N. 118 del 2 febbraio 2005: “Indicazioni per la riduzione della incidenza del T.C. in Regione Campania”; delibera n. 2161 del 14 dicembre 2007:” disincentivi tariffari per il ricorso improprio al TC”; delibera n. 2162 del 14 dicembre 2007: “razionalizzazione dei punti nascita”
- 70) Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 532 del 29/10/2011: recepimento Linee di indirizzo sopra citate. Conferenza Stato regione anno 2010
- 71) Giani U., Bruzzese D., Pugliese A., Saporito, M., Triassi M. “Risk factors analysis for Elective Caesarean Section in Campania region, Italy.” Epidemiologia e Prevenzione 2011 Mar-Apr; 35 (2): 101-110
- 72) Robson M.S.: “Can we reduce the caesarean section rate?” Best Practice & Research Clin. Obst. Gynaecol., Vol. 15 n. 1, 179-194, 2001

TABELLE E FIGURE

Tabella 1
COPERTURA DEL SISTEMA *
NATI VIVI PER PROVINCIA DI RESIDENZA MATERNA: CONFRONTO CEDAP/ISTAT

PROVINCE	CedAp 2013	ISTAT 2013	COPERTURA %
Avellino	3162	3267	96,8
Benevento	2055	2208	93,1
Caserta	8054	8582	93,8
Napoli	29802	29535	100,9
Salerno	8757	9193	95,3
Campania	51830	52785	98,2

* Nati da madri residenti in Campania.

Tabella 2
DATI OMESSI PER SINGOLA VARIABILE *

VARIABILE	%	VARIABILE	%
Codice Fiscale	44,1	Ecografia oltre le 22 settimane	3,8
Data di Nascita Madre	0,2	Data Ultima Mestruazione	9,6
Cittadinanza	0,6	Età Gestazionale	1,8
Comune di Nascita Madre	2,7	Procreazione assistita	6,7
Comune di Residenza Madre	0,5	Metodo utilizzato nella Procreazione Assistita	3,9
ASL di appartenenza	3,6	Data del Parto	0,1
Stato Civile	3,1	Ora	2,1
Data Matrimonio	25,0	Genere del parto	0,1
Data Ultimo Parto	37,2	Numero Maschi nei Gemelli	2,0
Precedenti Gravidanze	0,7	Numero Femmine nei Gemelli	1,7
Aborti precedenti	7,1	Ordine di Nascita nei Gemelli	4,0
IVG	9,8	Presenza Ostetrica/o	5,4
Parti Precedenti	4,1	Presenza Ginecologo/a	2,3
Dai Quali Nati Vivi	0,7	Presenza Pediatra	5,2
Dai quali Nati Morti	7,4	Presenza Anestesista	19,7
TC Precedenti	4,5	Altro Personale	25,7
Condizione Lavorativa Madre	11,6	Altri Presenti	77,8
Posizione nella Professione Madre	4,2	Profilassi RH	41,5
Ramo di Attività Madre	8,1	Luogo del Parto	1,2
Titolo di Studio Madre	15,7	Tipo di Travaglio	34,5
Data di Nascita Padre	15,5	Presentazione	4,2
Comune di Nascita Padre	17,5	Modalità del Parto	0,1
Cittadinanza Padre	12,1	Sesso	0,2
Condizione Lavorativa Padre	21,2	Genitali Esterni	3,9
Posizione nella Professione Padre	5,4	Peso	0,5
Ramo di Attività Padre	9,1	Lunghezza	9,3
Titolo di Studio Padre	24,7	Circonferenza Cranica	9,5
Consanguineità	42,1	Vitalità	0,2
Visite di Controllo	2,1	Apgar a 5 minuti	1,4
Prima visita a settimane	3,0	Rianimazione	2,4
Numero di ecografie	2,8	Presenza di Malformazione	3,2
Amniocentesi	9,7	Certificante	14,8
Decorso Gravidanza	6,5	Matricola	48,4
Prelievo Villi Coriali	11,5	Malattia Feto e/o Madre	98,0
Fetoscopia	11,9	Momento morte del nato morto	56,7
Difetto di Accrescimento	11,7	Distretto (solo ASL NA1)	61,

* Schede eliminate perché duplicati o prive di informazioni indispensabili: 40.

Tabella 3
ITALIA E REGIONI ITALIANE: SCENARIO DEMOGRAFICO,
ANNO 2013 (PER 1.000 RESIDENTI) (Istat)

REGIONI	TASSO DI FECONDITÀ *	TASSO DI NATALITÀ	TASSO DI CRESCITA NATURALE	SALDO MIGRATORIO TOTALE	INDICE DI VECCHIAIA
Piemonte	1,42	8,1	-3,3	17,5	182,5
V.Aosta	1,43	8,3	-1,8	7,6	153,7
Lombardia	1,48	8,9	-0,3	18,4	147,6
Trentino-A. Adige	1,63	9,9	1,4	10,1	122,7
Veneto	1,42	8,6	-0,9	10,1	146,8
Friuli-V.Giulia	1,37	7,7	-3,9	10,0	191,8
Liguria	1,34	7,0	-6,8	23,8	238,2
Emilia-Romagna	1,46	8,6	-2,2	17,8	170,1
Toscana	1,35	7,9	-3,4	18,9	187,5
Umbria	1,37	8,3	-3,1	14,9	181,9
Marche	1,34	8,2	-2,7	7,9	172,5
Lazio	1,43	9,1	-0,4	55,2	149,3
Abruzzo	1,31	8,2	-2,7	18,9	170,0
Molise	1,17	7,2	-4,1	8,5	183,3
Campania	1,36	9,1	0,1	17,1	106,4
Puglia	1,28	8,3	-0,6	10,2	134,6
Basilicata	1,12	7,1	-3,2	7,0	158,6
Calabria	1,28	8,5	-1,1	12,4	139,3
Sicilia	1,37	8,8	-1,0	19,8	131,0
Sardegna	1,12	7,2	-2,0	16,2	169,2
ITALIA	1,39	8,5	-1,4	19,7	151,4

* Stima.

Figura 1
ITALIA E CAMPANIA: POPOLAZIONE FEMMINILE PER CLASSE DI ETÀ,
ANNO 2013 (Istat)

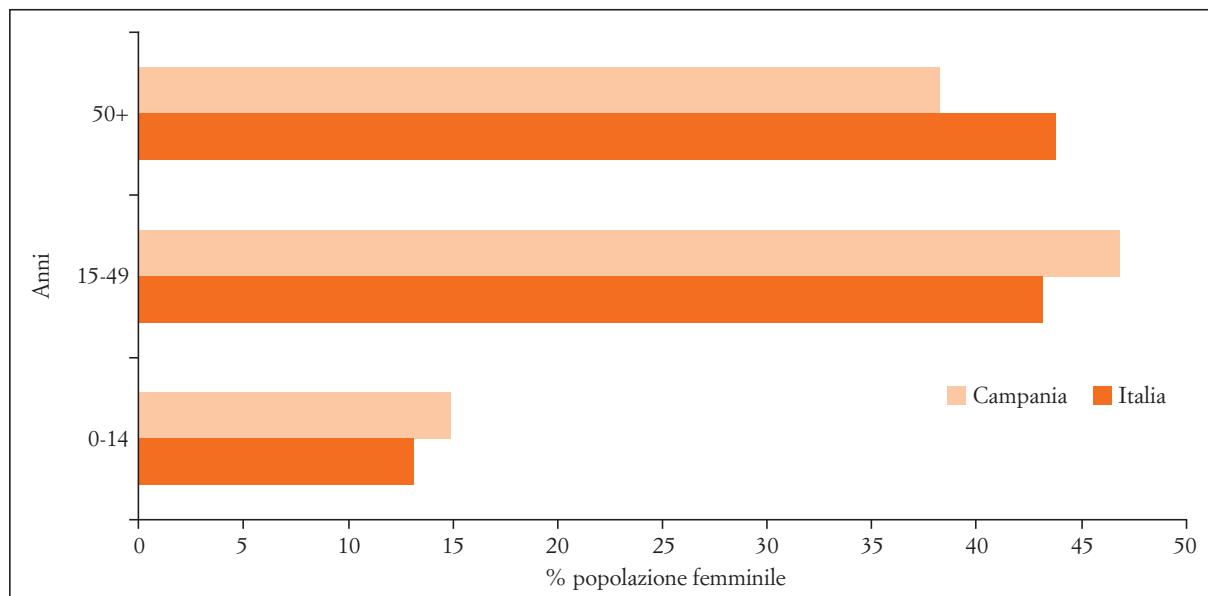


Figura 2
REGIONI ITALIANE: SALDO MIGRATORIO, ANNO 2013 (Istat)

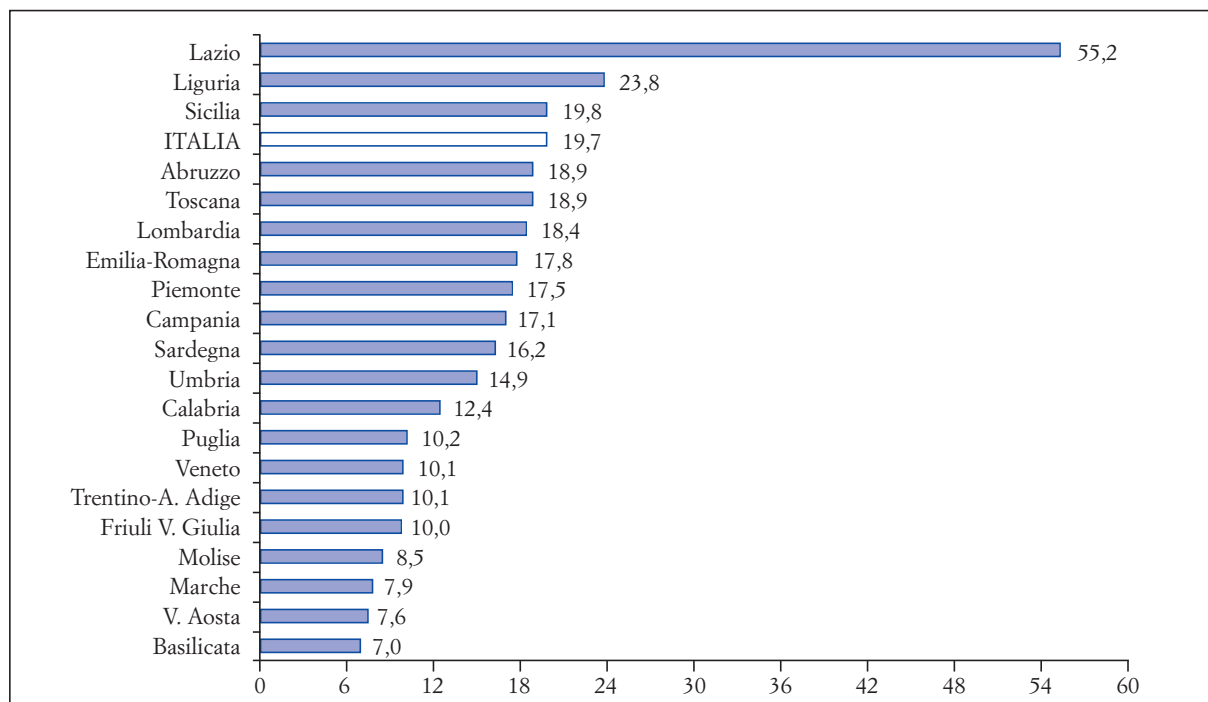


Figura 3

REGIONI ITALIANE: TASSO DI CRESCITA NATURALE, ANNO 2013 (Istat)

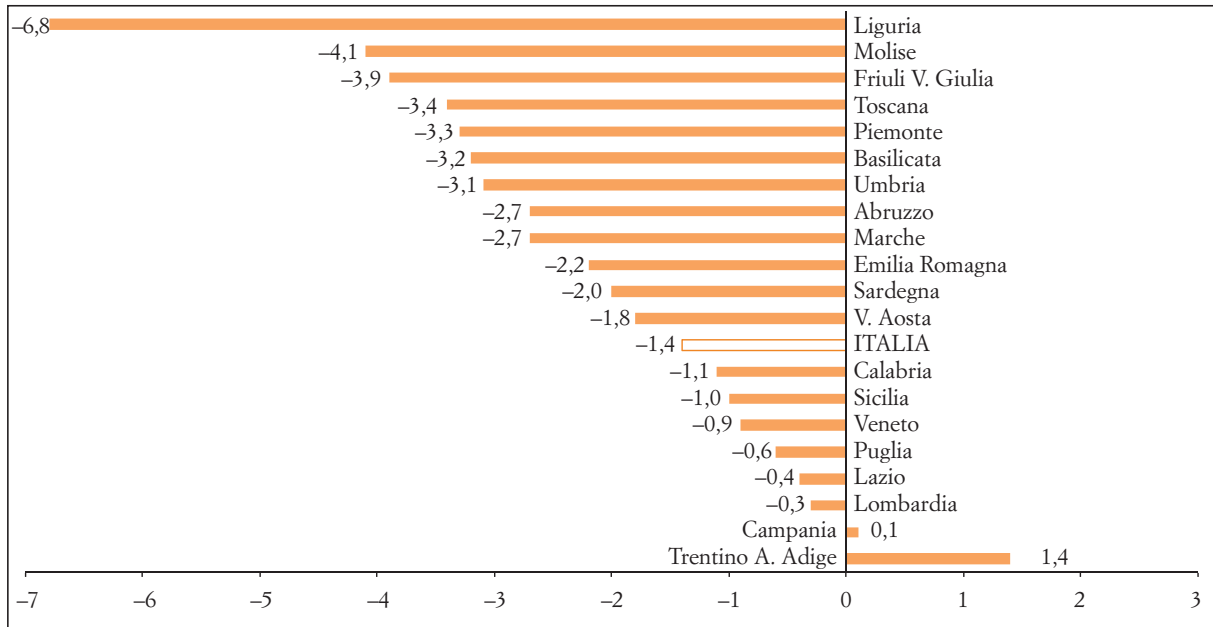


Figura 4

NATI IN ITALIA, LOMBARDIA E CAMPANIA, ANNI 2001-2013 (Istat)

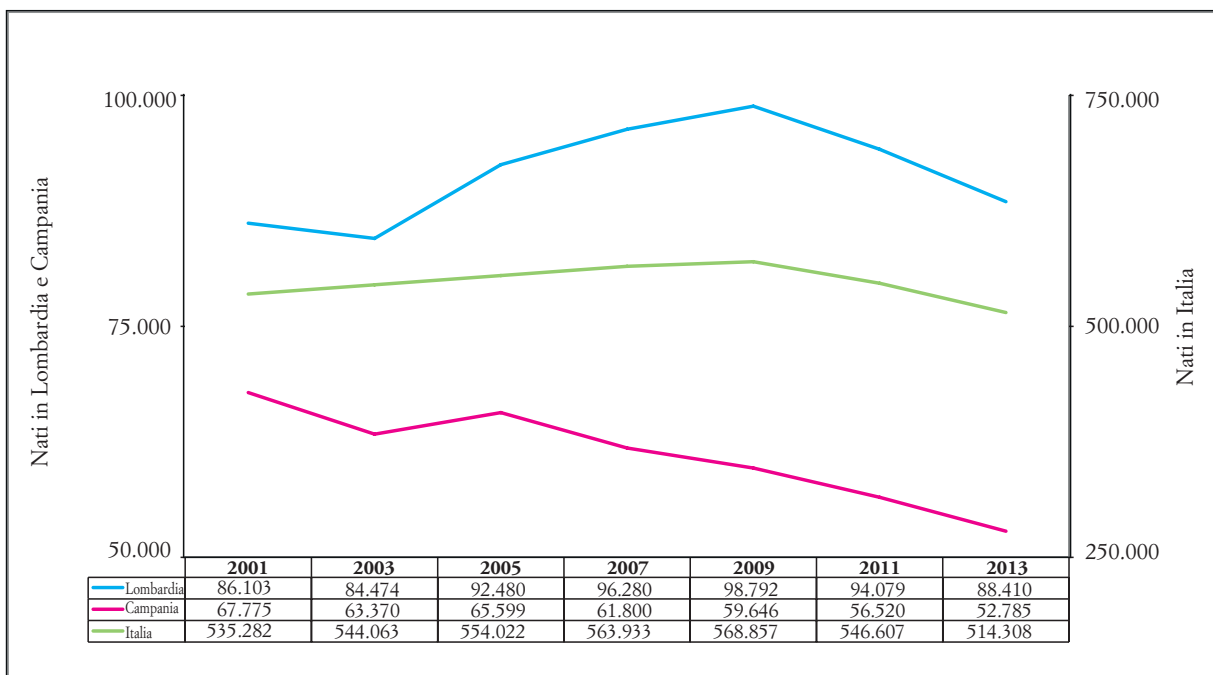


Tabella 4
NATI PER STATO CIVILE DELLA MADRE

ASL	Coniugata	%	Nubile	%	Altro *	%	Totale
Avellino	2.734	85,5	412	12,9	50	1,6	3.196
Benevento	1.725	84,1	279	13,6	47	2,3	2.051
Caserta	6.308	84,9	1.004	13,5	118	1,6	7.430
Napoli 1 Centro	7.119	74,0	2.284	23,7	222	2,3	9.625
Napoli 2 Nord	8.058	81,7	1.634	16,6	167	1,7	9.859
Napoli 3 Sud	8.072	82,6	1.541	15,8	165	1,7	9.778
Salerno	6.821	78,6	1.653	19,1	201	2,3	8.675
Campania	40.837	80,7	8.807	17,4	970	1,9	50.614

* Comprende: divorziate, separate, vedove.

Tabella 5
CARATTERISTICHE MATERNE E NEONATALI PER CITTADINANZA MATERNA,
NATI SINGOLI

		ITALIANE	%	NON ITALIANE	%
Classe di età materna	< 20 anni	1.399	2,9	168	5,1
	20-34 anni	34.423	71,0	2.481	75,9
	> 34 anni	12.654	26,1	619	18,9
Ordine di nascita	primo figlio	24.634	51,7	1.600	49,6
	secondo figlio e oltre	23.034	48,3	1.625	50,4
Scolarità materna	elementare/media inf.	14.089	34,4	1.549	56,4
	livelli superiori	26.913	65,6	1.199	43,6
Stato civile	nubile	7.686	16,3	1.210	38,6
	coniugata	38.588	81,9	1.823	58,2
	altro	870	1,8	100	3,2
Età gestazionale	< 37 sett.	2.807	5,8	227	7,1
	≥ 37 sett.	45.451	94,2	2.990	92,9
Peso nascita	< 2500 grammi	2.859	5,9	223	6,8
	≥ 2500 grammi	45.495	94,1	3.046	93,2
Vitalità	nati vivi	48.344	99,8	3.263	99,7
	nati morti	107	0,2	11	0,3
Epoca prima visita	≤ 11 settimane	42.814	90,5	2.269	75,9
	> 11 settimane	4.486	9,5	719	24,1

Figura 5
LIVELLO DI ISTRUZIONE MATERNA PER STATO CIVILE

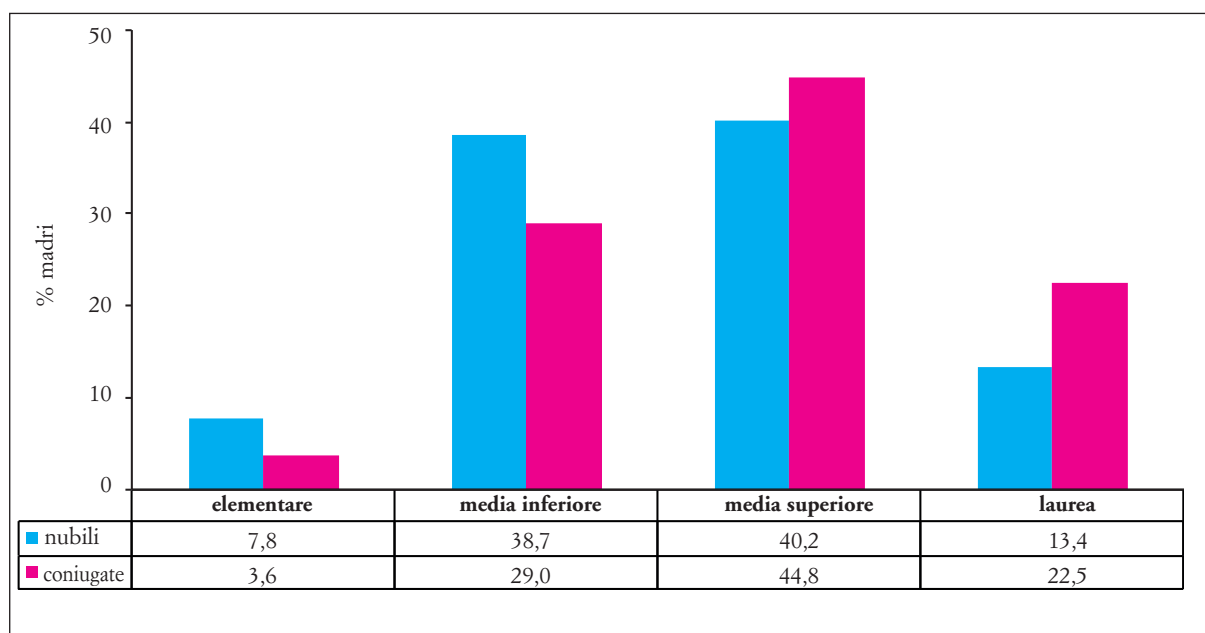


Figura 6
LIVELLO DI ISTRUZIONE DEI GENITORI UGUALI O INFERIORI AD 8 ANNI: 2008-2013

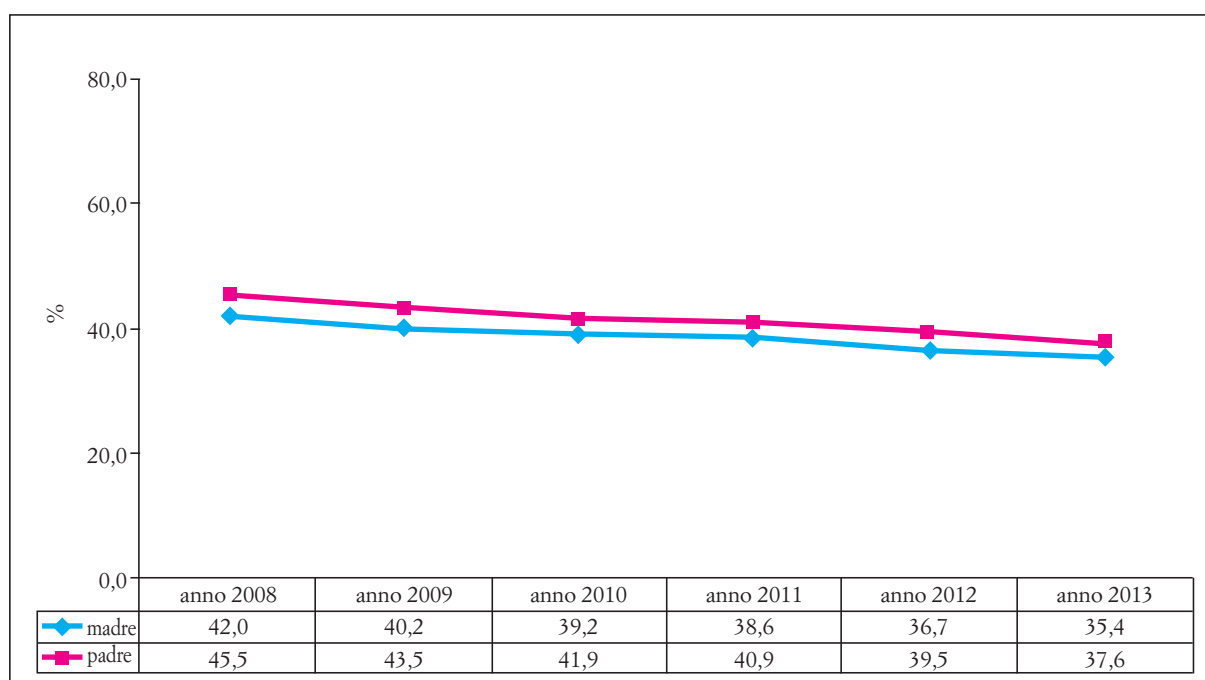


Tabella 6
NATI PER LIVELLO DI ISTRUZIONE MATERNA

ASL	Elementare %	Media Inferiore %	Media Superiore %	Diploma Univers. %	Laurea %	Totale
Avellino	33 1,1	626 20,3	1.540 50,0	195 6,3	686 22,3	3.080
Benevento	21 1,1	462 23,1	980 49,0	56 2,8	481 24,1	2.000
Caserta	230 3,6	2.183 34,4	2.654 41,8	189 3,0	1.096 17,3	6.352
Napoli 1 Centro	519 6,6	2.694 34,5	2.971 38,0	250 3,2	1.385 17,7	7.819
Napoli 2 Nord	400 5,0	2.914 36,2	3.522 43,8	263 3,3	941 11,7	8.040
Napoli 3 Sud	300 3,5	2.774 32,8	3.698 43,7	278 3,3	1.414 16,7	8.464
Salerno	450 5,5	2.146 26,0	3.981 48,3	377 4,6	1.290 15,6	8.244
Campania	1.953 4,4	13.799 31,4	19.346 44,0	1.608 3,7	7.293 16,6	43.999

Tabella 7
NATI PER LIVELLO DI ISTRUZIONE PATERNA

ASL	Elementare %	Media Inferiore %	Media Superiore %	Diploma Univers. %	Laurea %	Totale
Avellino	32 1,1	709 24,9	1.459 51,3	143 5,0	501 17,6	2.844
Benevento	20 1,0	597 30,2	985 49,9	44 2,2	328 16,6	1.974
Caserta	198 3,4	2.106 35,6	2.690 45,5	132 2,2	783 13,3	5.909
Napoli 1 Centro	403 5,7	2.516 35,4	2.817 39,6	198 2,8	1.181 16,6	7.115
Napoli 2 Nord	374 5,1	2.891 39,5	3.166 43,2	213 2,9	677 9,2	7.321
Napoli 3 Sud	248 3,1	2.747 34,5	3.727 46,8	232 2,9	1.013 12,7	7.967
Salerno	144 2,3	2.005 32,4	2.930 47,3	243 3,9	866 14,0	6.188
Campania	1.419 3,6	13.571 34,5	17.774 45,2	1.205 3,1	5.349 13,6	39.318

Nati da ambo i genitori con scolarità ≤ a 5 anni: 561

Tabella 8
NATI PER CONDIZIONE LAVORATIVA MATERNA

ASL	Occupata	%	Altro	%	Totale
Avellino	1.448	46,8	1.645	53,2	3.093
Benevento	1.008	49,9	1.014	50,1	2.022
Caserta	2.583	37,1	4.378	62,9	6.961
Napoli 1 Centro	2.987	34,5	5.667	65,5	8.654
Napoli 2 Nord	2.863	31,0	6.369	69,0	9.232
Napoli 3 Sud	3.228	35,5	5.862	64,5	9.090
Salerno	3.034	43,0	4.022	57,0	7.056
Campania	17.151	37,2	28.957	62,8	46.108

Tabella 9
NATI PER CONDIZIONE LAVORATIVA PATERNA

ASL	Occupato	%	Altro	%	Totale
Avellino	2.532	88,3	337	11,7	2.869
Benevento	1.744	88,1	236	11,9	1.980
Caserta	5.321	84,0	1.010	16,0	6.331
Napoli 1 Centro	5.692	76,0	1.795	24,0	7.487
Napoli 2 Nord	6.219	80,2	1.536	19,8	7.755
Napoli 3 Sud	6.793	81,1	1.586	18,9	8.379
Salerno	5.604	88,3	744	11,7	6.348
Campania	33.905	82,4	7.244	17,6	41.149

Figura 7
ASL DELLA CAMPANIA PER NUMERO DI NATI (DIMENSIONE DELLE BOLLE),
PROPORZIONE DI PADRI NON OCCUPATI E DI MADRI CON ISTRUZIONE UGUALE O INFERIORE AD 8 ANNI

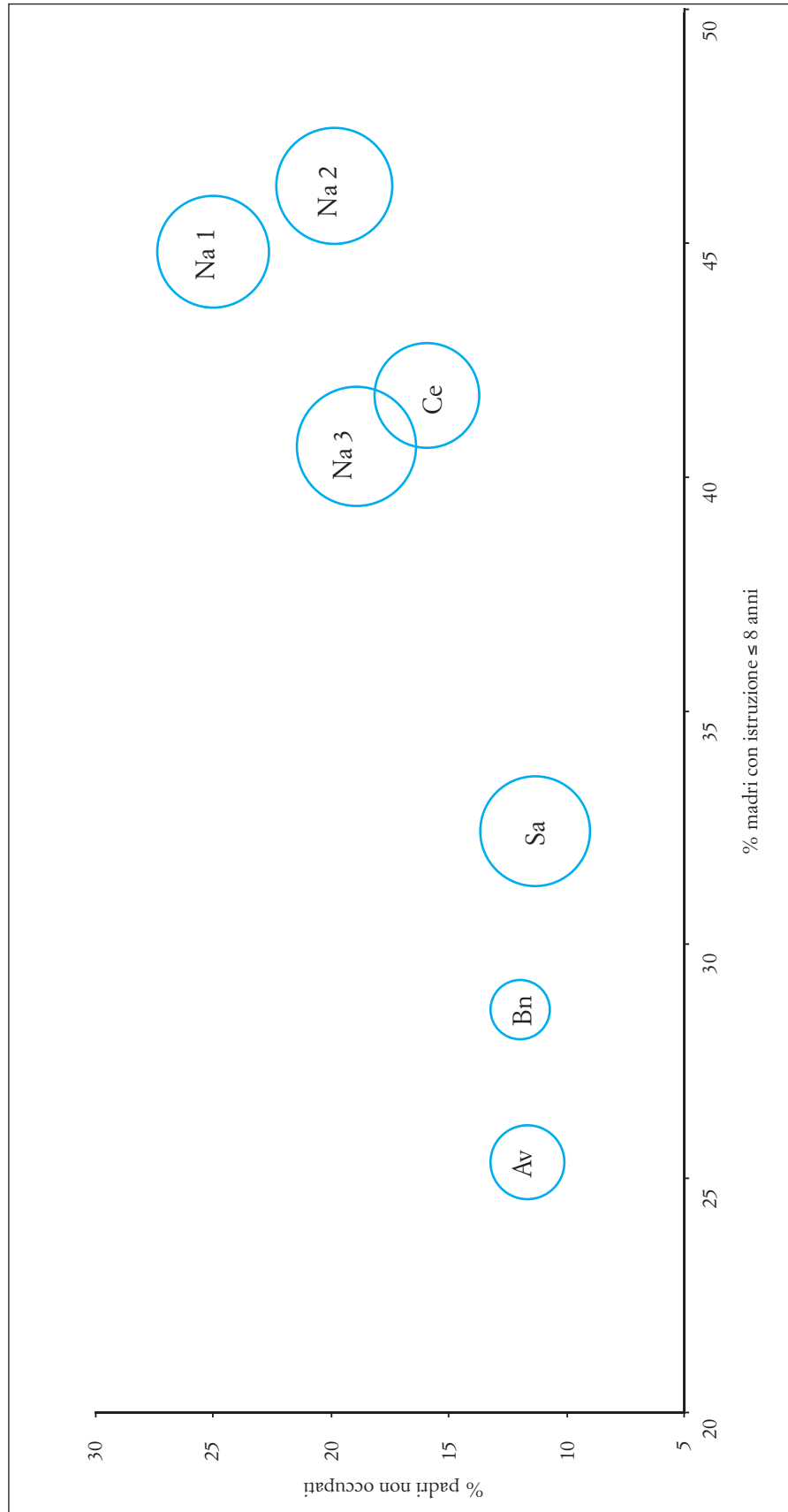


Tabella 10
NATI PER CLASSE DI ETÀ MATERNA

ASL	<18	%	18-19	%	20-29	%	30-34	%	35-39	%	40+	%	Totale
Avellino	20	0,6	41	1,3	1.048	33,1	1.089	34,4	770	24,3	202	6,4	3.170
Benevento	7	0,3	29	1,4	694	33,6	710	34,4	478	23,2	145	7,0	2.063
Caserta	61	0,8	147	1,8	3.165	39,2	2.700	33,4	1.585	19,6	417	5,2	8.075
Napoli 1 Centro	159	1,6	287	2,9	3.825	38,8	2.944	29,8	2.041	20,7	613	6,2	9.869
Napoli 2 Nord	114	1,1	227	2,3	4.120	40,9	3.337	33,1	1.830	18,1	457	4,5	10.085
Napoli 3 Sud	103	1,0	200	2,0	3.891	39,4	3.282	33,2	1.936	19,6	476	4,8	9.888
Salerno	48	0,5	111	1,3	3.172	36,2	2.945	33,6	1.916	21,9	576	6,6	8.768
Campania	512	1,0	1.042	2,0	19.915	38,4	17.007	32,8	10.556	20,3	2.886	5,6	51.918

Età media al parto 30,7 anni.

Italiane 30,8 anni; basso flusso emigratorio 32,8 anni; alto flusso migratorio 28,9 anni.

Età media al primo figlio 29,2 anni.

Nati da ambo i genitori adolescenti (<20 anni): 225.

Nati da ambo i genitori minorenni (<18 anni): 40.

Figura 8
NATI PER CLASSE DI ETÀ MATERNA, ANNI 2009-2013

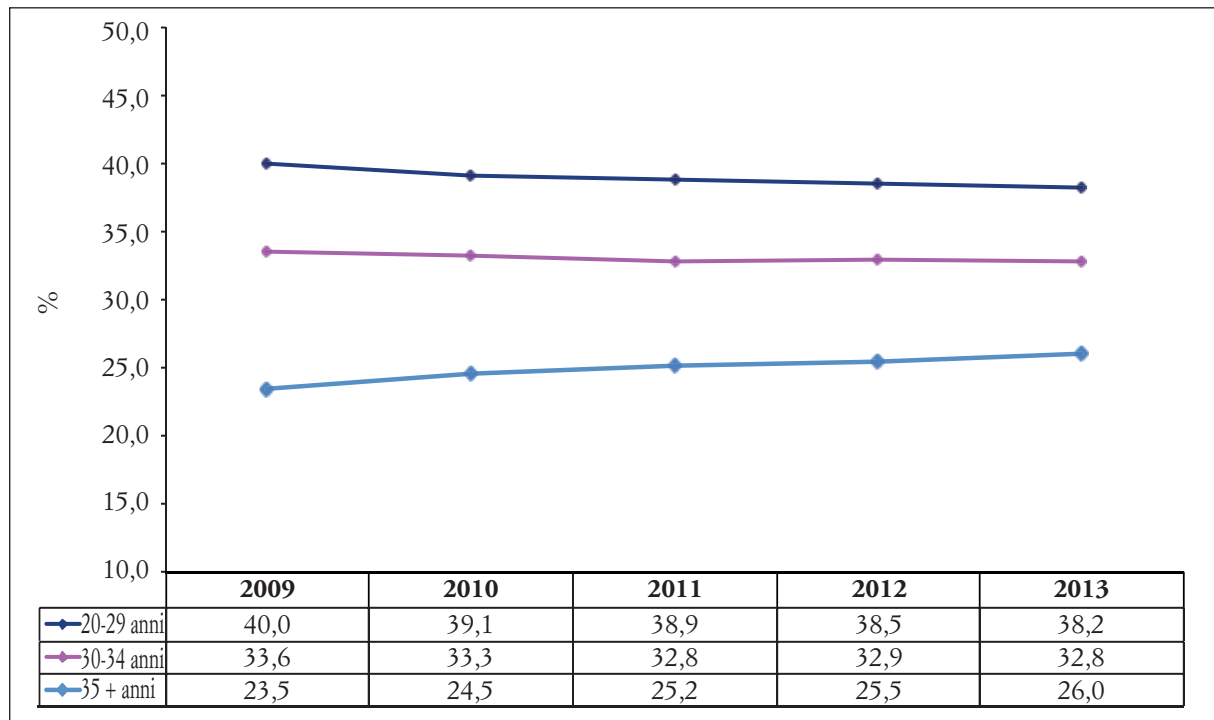


Tabella 11

PRINCIPALI PAESI DI PROVENIENZA DELLE MADRI E DEI PADRI STRANIERI *

Paese	numero madri	%	Paese	numero padri	%
RRomania	824	24,5	Romania	416	23,3
Ucraina	366	10,9	Marocco	280	15,7
Marocco	322	9,6	Cina	160	9,0
Cina	225	6,7	Ucraina	150	8,4
Polonia	214	6,4	Albania	131	7,3
Sri Lanka	168	5,0	Sri Lanka	94	5,3
Albania	141	4,2	India	62	3,5
Nigeria	117	3,5	Nigeria	47	2,6
Russia	93	2,8	Tunisia	45	2,5
Brasile	90	2,7	Bangladesh	38	2,1
Bulgaria	70	2,1	Polonia	27	1,5
India	68	2,0	Algeria	27	1,5
Filippine	55	1,6	Repubblica di Serbia	26	1,5
Cuba	50	1,5	Bulgaria	22	1,2
Bangladesh	47	1,4	Pakistan	22	1,2
Altri paesi	519	15,4	Altri paesi	240	13,4
Totale	3.369	100,0	Totale	1.787	100,0

* Non sono considerati 168 madri e 60 padri provenienti da paesi a basso flusso migratorio.

Figura 9
NATI DA MADRI E PADRI STRANIERI PER PAESE DI PROVENIENZA

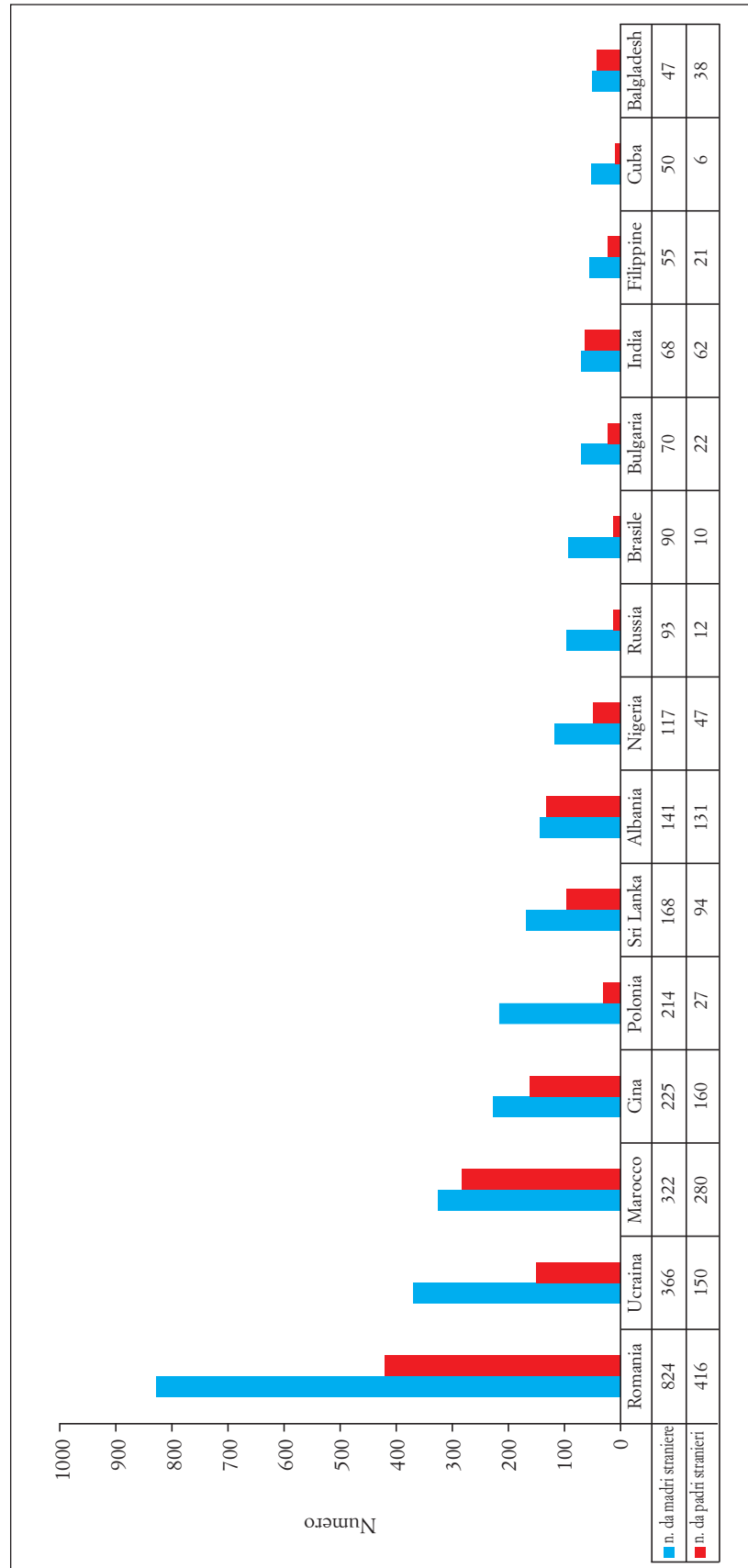
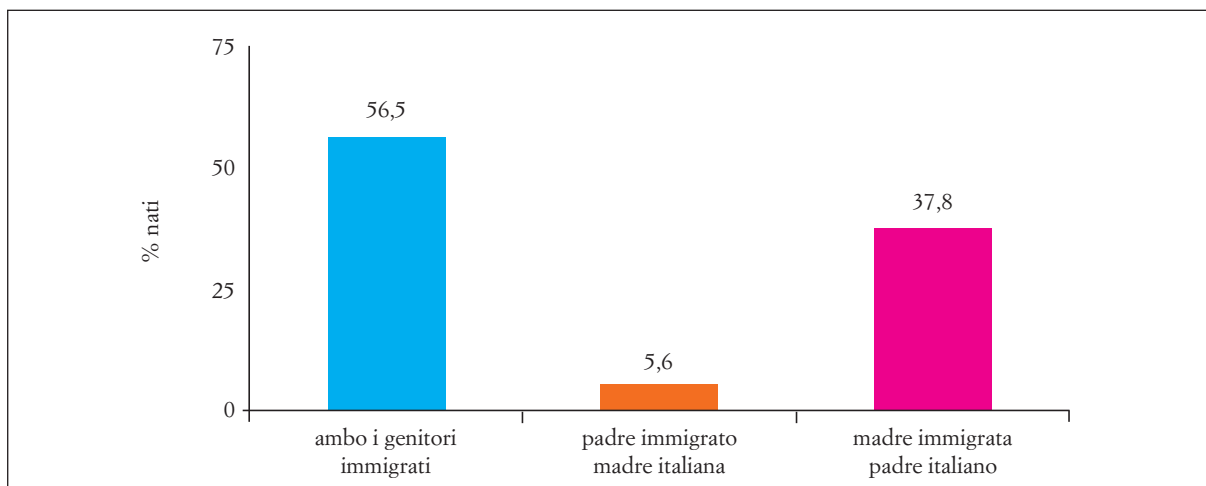


Figura 10
NATI DA ALMENO UN GENTORE IMMIGRATO *



* Dati relativi a 2.862 coppie di cui è nota la nazionalità.

Figura 11
DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DONNE ITALIANE E STRANIERE
IN CAMPANIA PER CLASSE DI ETÀ, ANNO 2013 (Istat)

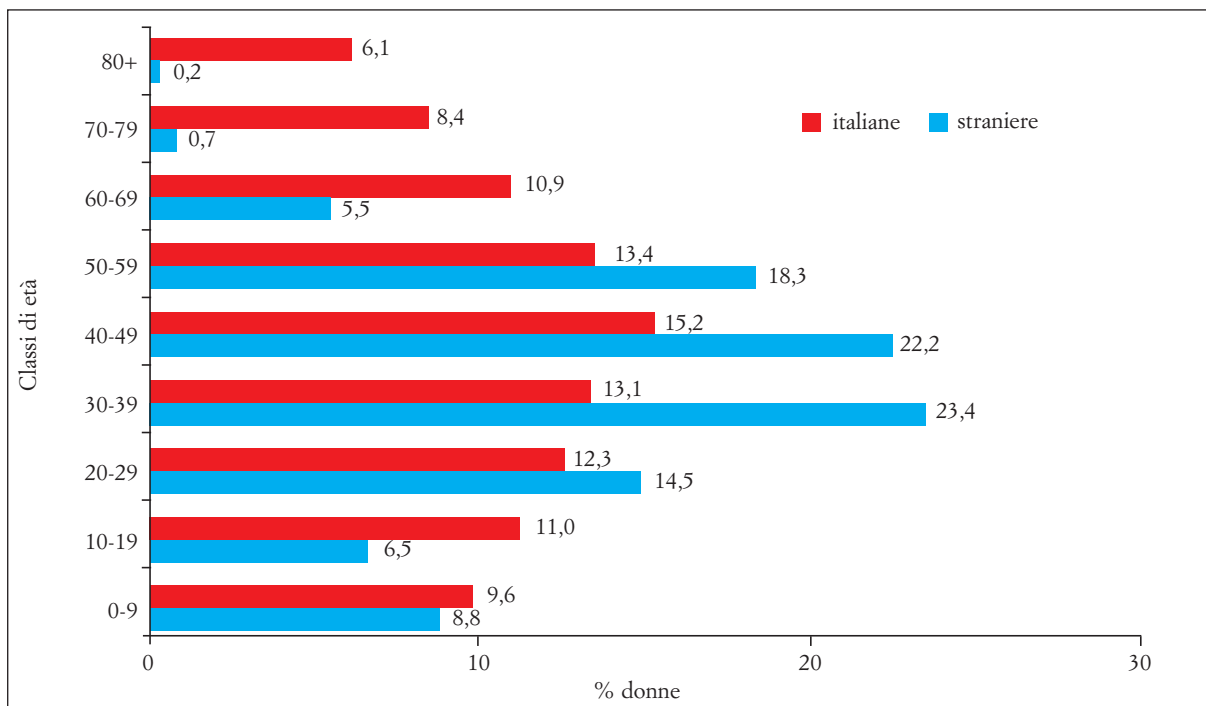


Tabella 12 - NATI PER ORDINE DI NASCITA

ASL	1	%	2	%	3	%	> 3	%	Totale
Avellino	1.642	52,0	1.159	36,7	285	9,0	69	2,2	3.155
Benevento	1.027	50,0	769	37,5	212	10,3	45	2,2	2.053
Caserta	3.999	50,9	2.800	35,6	833	10,6	230	2,9	7.862
Napoli 1 Centro	5.288	54,5	3.254	33,5	883	9,1	277	2,9	9.702
Napoli 2 Nord	4.804	49,1	3.516	36,0	1.137	11,6	319	3,3	9.776
Napoli 3 Sud	4.853	49,7	3.514	36,0	1.122	11,5	282	2,9	9.771
Salerno	4.811	55,5	2.886	33,3	786	9,1	179	2,1	8.662
Campania	26.424	51,8	17.898	35,1	5.258	10,3	1.401	2,7	50.981

Tabella 13 - NATI PER EPOCA DELLA PRIMA VISITA

ASL	< 8 sett.	%	8-11 sett.	%	> 11 sett.	%	TOTALE
Avellino	1.195	38,0	1.812	57,6	139	4,4	3.146
Benevento	1.236	60,3	720	35,1	94	4,6	2.050
Caserta	4.537	58,1	2.781	35,6	490	6,3	7.808
Napoli 1 Centro	4.213	43,3	3.905	40,2	1.606	16,5	9.724
Napoli 2 Nord	5.064	51,2	4.008	40,6	812	8,2	9.884
Napoli 3 Sud	3.919	41,2	4.395	46,2	1.206	12,7	9.520
Salerno	4.265	51,4	3.219	38,8	818	9,9	8.302
Campania	24.429	48,4	20.840	41,3	5.165	10,2	50.434

Donne che non hanno eseguito visite: 2.133 (4,0%).

Donne che hanno eseguito tra 1 e 4 visite: 6.450 (12,1%).

Donne che hanno eseguito più di 4 visite: 44.663 (83,9%).

Tabella 14
CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE E EPOCA DELLA PRIMA VISITA

	≤ 11 SETTIMANE	%	> 11 SETTIMANE	%	RR	I.C. 95%
Classe di età materna	< 20 anni	1.287	83,6	252	1,60	1,43-1,80
	20-34 anni	33.528	89,8	3.825	1	
	> 34 anni	12.468	90,6	1.299	0,92	0,87-0,98
Ordine di nascita	primo figlio	24.353	90,0	2.694	1	
	secondo figlio e oltre	22.176	89,5	2.609	1,06	1,00-1,11
Cittadinanza materna	italiana	44.592	90,6	4.616	1	
	non italiana	2.481	76,7	753	2,48	2,32-2,66
Scolarità materna	elementare/media inf.	13.573	86,3	2.146	1,49	1,42-1,57
	livelli superiori	26.287	90,9	2.646	1	
Condizione lavorativa paterna	occupato	31.274	90,7	3.192	1	
	non occupato	6.015	83,0	1.228	1,83	1,72-1,95

Tabella 15
CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE E NUMERO DI VISITE, NATI SINGOLI

CARATTERISTICHE	1-4 VISITE	%	> 4 VISITE	%	RR	I.C. 95%
Classe di età materna	< 20 anni	292	19,5	1.202	80,5	1,59 1,43-1,77
	20-34 anni	4.452	12,3	31.785	87,7	1
	> 34 anni	1.700	12,8	11.607	87,2	1,04 0,99-1,10
Ordine di nascita	primo figlio	3.294	12,7	22.709	87,3	1
	secondo figlio e oltre	3.067	12,7	21.136	87,3	1,00 0,96-1,05
Cittadinanza materna	italiana	5.493	11,5	42.222	88,5	1
	non italiana	913	29,4	2.193	70,6	2,55 2,40-2,71
Scolarità materna	elementare/media inf.	2.278	15,0	12.922	85,0	1,22 1,16-1,28
	livelli superiori	3.473	12,3	24.687	87,7	1
Condizione lavorativa paterna	occupato	4.157	12,2	29.793	87,8	1
	non occupato	1.226	17,5	5.790	82,5	1,43 1,35-1,51

Tabella 16
NUMERO DI ECOGRAFIE, NATI SINGOLI

ASL	0	%	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	6+	%	TOTALE
Avellino	10	0,3	8	0,3	14	0,4	455	14,4	393	12,5	423	13,4	1.848	58,6	3.151
Benevento	38	1,8	10	0,5	9	0,4	337	16,4	383	18,6	271	13,2	1.008	49,0	2.056
Caserta	12	0,2	36	0,5	67	0,8	839	10,6	597	7,6	848	10,7	5.503	69,6	7.902
Napoli 1 Centro	28	0,3	19	0,2	110	1,1	683	7,0	1.147	11,8	1.221	12,6	6.515	67,0	9.723
Napoli 2 Nord	10	0,1	23	0,2	68	0,7	822	8,3	1.049	10,6	1.230	12,5	6.673	67,6	9.875
Napoli 3 Sud	13	0,1	21	0,2	120	1,3	641	6,7	994	10,5	1.225	12,9	6.489	68,3	9.503
Salerno	445	5,4	20	0,2	115	1,4	842	10,1	384	4,6	727	8,7	5.781	69,5	8.314
Campania	556	1,1	137	0,3	503	1,0	4.619	9,1	4.947	9,8	5.945	11,8	33.817	66,9	50.524

Numero medio di ecografie: 6,3 per le italiane; 5,4 per le immigrate.

Donne con un numero di ecografie < 3 e prima visita > 11 settimane: 279.

Numero medio di ecografie in gravidanze interrotte a meno di 37 settimane: 6,3.

Numero medio di ecografie in gravidanze a termine: 6,2.

Tabella 17
FREQUENZA DELL'AMNIOCENTESI PER ETÀ MATERNA

Età materna	AMNIOCENTESI					
	Eseguita		Non eseguita		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
≤ 34 anni	2.091	5,8	34.102	94,2	36.193	73,8
> 34 anni	3.103	24,1	9.751	75,9	12.854	26,2
Totale	5.194	10,6	43.853	89,4	49.047	100,0

Numero di donne che hanno eseguito una fetoscopia/funicolocentesi: 171 su 47.887 (0,36%).

Numero di donne che hanno eseguito un prelievo di villi coriali: 198 su 48.115 (0,41%).

Tabella 18
CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE E INDAGINI INVASIVE DI DIAGNOSTICA PRENATALE (ETÀ MATERNA > 34 ANNI)

CARATTERISTICHE	ESEGUITA *	%	NON ESEGUITA	%
Ordine di nascita	primo figlio	1.167	3.272	73,7
	secondo figlio e oltre	1.945	5.989	75,5
Scolarità materna	elementare/media inf.	586	2.485	80,9
	livelli superiori	2.458	5.808	70,3
Cittadinanza	italiana	3.095	8.844	74,1
	immigrata	66	491	88,2
Stato civile	nubile	417	1.192	74,1
	coniugata	2.586	7.721	74,9
Condizione lavorativa paterna	occupato	2.597	6.696	72,1
	non occupato	244	933	79,3

* Per indagine eseguita si intende almeno una tra amniocentesi, fetoscopia/funicolocentesi, prelievi villi coriali.

Figura 12
DISTRIBUZIONE PER GENERE DEI PARTI DA PROCREAZIONE ASSISTITA

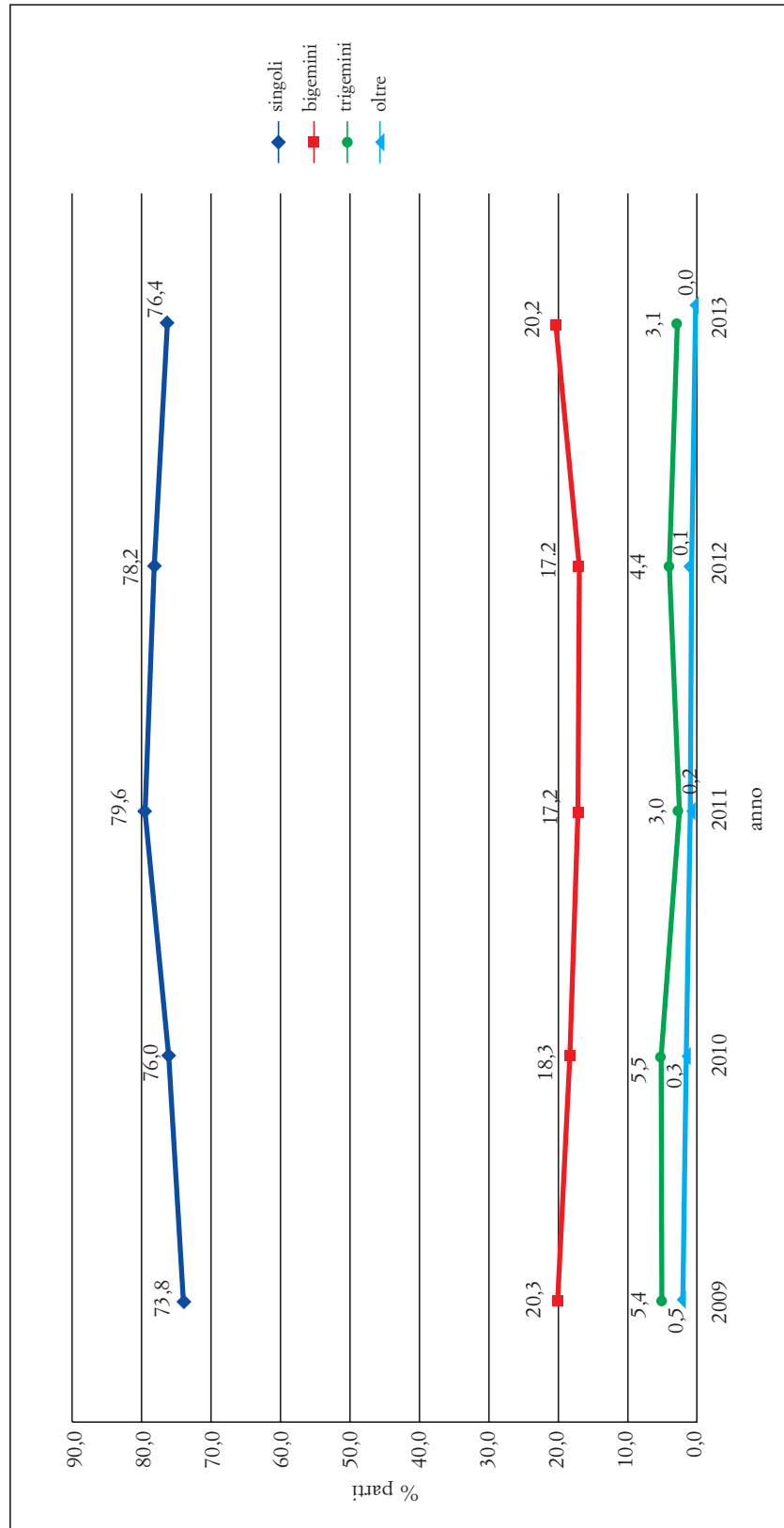


Figura 13
DISTRIBUZIONE DEI PARTI DOPO PROCEDURE DI PROCREAZIONE ASSISTITA NELLE ASL DELLA CAMPANIA

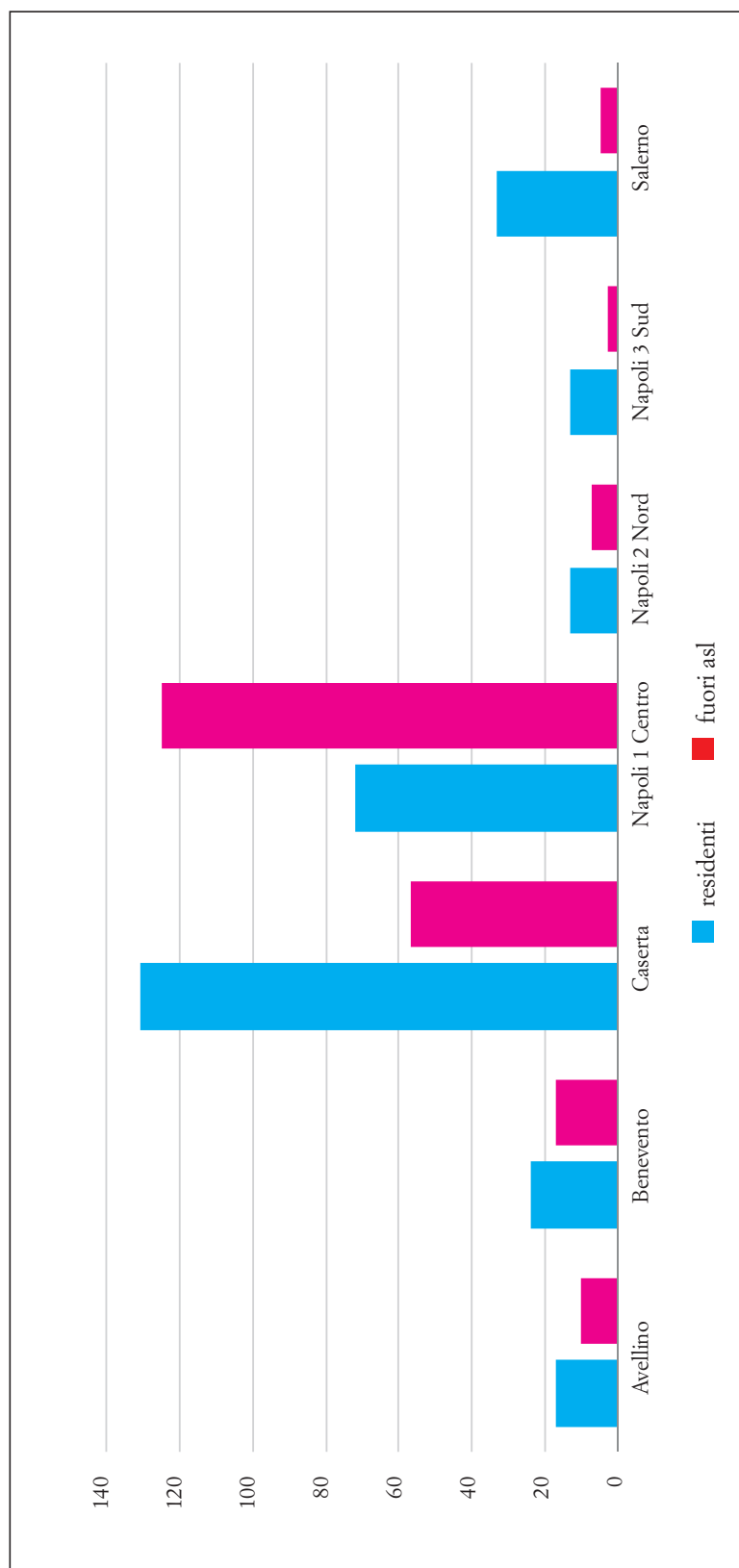


Tabella 19
NATI DA PROCREAZIONE ASSISTITA PER RESIDENZA MATERNA

Residenza	Nati	%	TOTALE
Avellino	37	11,8	3.139
Benevento	36	17,7	2.036
Caserta	185	24,9	7.418
Napoli 1 Centro	119	13,4	8.897
Napoli 2 Nord	139	15,1	9.190
Napoli 3 Sud	93	9,6	9.690
Salerno	63	7,7	8.177
Campania	672	13,8	48.547

Età media delle madri: 34,5 anni.

Età media dei padri: 37,3 anni.

METODO UTILIZZATO PER LA PROCREAZIONE ASSISTITA

Metodo	N.	%
FFarmacologico	42	8,9
IUI	18	3,8
GIFT	10	2,1
FIVET	253	53,8
ICSI	147	31,3
Totale	470	100,0

Metodo non riportato 25, altro metodo 177

Tabella 20
NATI PER VITALITÀ E PROVINCIA DI RESIDENZA

PROVINCE	TOTALE NATI	NATI MORTI	TASSO ‰	I.C. AL 95%
Avellino	3.170	8	2,5	1,2-5,2
Benevento	2.063	8	3,9	1,8-8,0
Caserta	8.082	28	3,5	2,4-5,1
Napoli	29.874	72	2,4	1,9-3,1
Salerno	8.769	12	1,4	0,7-2,5
Campania	51.958	128	2,5	2,1-2,9

Tabella 21
FATTORI DI RISCHIO PER NATIMORTALITÀ NEI NATI SINGOLI

		TOTALE	NATI MORTI	TASSO ‰	RR	I.C. 95%
Età gestazionale	< 37 sett.	3.062	68	22,2	21,2	14,8-30,5
	≥ 37 sett.	48.789	51	1,0	1	
Peso nascita	< 2500 grammi	3.122	63	20,2	19,0	13,2-27,4
	≥ 2500 grammi	48.928	52	1,1	1	
Classe di età materna	< 20 anni	1.581	3	1,9	0,9	0,30-2,98
	20-34 anni	37.161	75	2,0	1	
	≥ 35 anni	13.372	42	3,1	1,6	1,07-2,27
Cittadinanza materna	non italiana	3.434	11	3,2	1,5	0,78-2,70
	italiana	48.451	107	2,2	1	
Scolarità materna	elementare/media inf.	15.715	33	2,1	0,9	0,58-1,32
	livelli superiori	28.279	68	2,4	1	
Stato civile	nubile	8.987	22	2,4	1,1	0,72-1,82
	coniugata	40.611	87	2,1	1	

Tabella 22
NATI PER CLASSE DI ETÀ GESTAZIONALE

ASL	< 37 settimane		37-41 settimane		> 41 settimane		Totale
	N.	%	N.	%	N.	%	
Avellino	193	6,1	2.942	92,8	34	1,1	3.169
Benevento	178	8,6	1.861	90,3	21	1,0	2.060
Caserta	578	7,2	7.356	91,8	81	1,0	8.015
Napoli 1 Centro	949	9,7	8.766	89,4	94	1,0	9.809
Napoli 2 Nord	774	7,8	9.073	91,1	114	1,1	9.961
Napoli 3 Sud	639	6,5	9.133	92,6	90	0,9	9.862
Salerno	639	7,3	8.055	92,2	46	0,5	8.740
Campania	3.950	7,7	47.186	91,4	480	0,9	51.616

Tabella 23
PARTI PER GENERE, TIPO E CLASSE DI ETÀ GESTAZIONALE

Genere	TIPO PARTO	CLASSI DI ETÀ GESTAZIONALE						TOTALE			
		< 28 settimane		28-31 settimane		32-36 settimane		≥ 37 settimane		N.	%
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%		
Singoli	Spontaneo	73	55,7	82	31,3	803	30,0	19.208	39,3	20.166	38,8
	Cesareo	58	44,3	179	68,3	1.861	69,6	29.007	59,4	31.105	59,9
	Strumentale	0	0,0	1	0,4	9	0,3	648	1,3	658	1,3
	Totale	131	100,0	262	100,0	2.673	100,0	48.863	100,0	51.929	100,0
Gemelli	Spontaneo	13	44,8	3	6,0	25	5,9	33	7,6	74	7,9
	Cesareo	16	55,2	47	94,0	398	93,6	400	92,2	861	91,8
	Strumentale	0	0,0	0	0,0	2	0,5	1	0,2	3	0,3
	Totale	29	100,0	50	100,0	425	100,0	434	100,0	938	100,0

Tabella 24

NATI VIVI E NATI MORTI PER GENERE, CLASSE DI ETÀ GESTAZIONALE E DI PESO

	NATI VIVI				NATI MORTI				TOTALE		
	Singoli		Plurimi		Singoli		Plurimi				
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	
Età gestazionale (settimane)	≤ 27	120	0,2	55	2,8	11	9,2	5	45,5	191	0,4
	28-31	239	0,5	109	5,5	23	19,3	1	9,1	372	0,7
	32-36	2.635	5,1	902	45,8	34	28,6	4	36,4	3.575	6,6
	37-41	48.237	93,2	901	45,8	51	42,9	1	9,1	49.190	91,4
	> 41	501	1,0	2	0,1	0	0,0	0	0,0	503	0,9
	Totale	51.732	100,0	1.969	100,0	119	100,0	11	100,0	53.831	100,0
Peso (grammi)	250-499	40	0,1	7	0,4	5	4,3	2	20,0	54	0,1
	500-999	129	0,2	63	3,2	8	7,0	4	40,0	204	0,4
	1000-1499	188	0,4	129	6,6	20	17,4	2	20,0	339	0,6
	1500-2499	2.702	5,2	1.027	52,6	30	26,1	2	20,0	3.761	7,0
	2500-3999	46.848	90,2	722	37,0	46	40,0	0	0,0	47.616	88,2
	> 3999	2.028	3,9	3	0,2	6	5,2	0	0,0	2.037	3,8
	Totale	51.935	100,0	1.951	100,0	115	100,0	10	100,0	54.011	100,0

Tabella 25
NATI PER PRESENTAZIONE E GENERE DEL PARTO

PRESENTAZIONE	SINGOLI		PLURIMI		TOTALE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Vertice	48.397	96,6	1.572	81,7	49.969	96,0
Podice	1.429	2,9	330	17,1	1.759	3,4
Altro	287	0,6	23	1,2	310	0,6
Totale	50.113	100,0	1.925	100,0	52.038	100,0

Tabella 26
NATI PER CLASSE DI PESO

ASL	< 1000	%	1000 ÷ 1499 gr.	%	1500 ÷ 2499 gr.	%	2500 ÷ 3999 gr.	%	≥ 4000 gr.	%	Totale
Avellino	7	0,2	17	0,5	199	6,3	2.806	88,5	140	4,4	3.169
Benevento	17	0,8	23	1,1	147	7,1	1.771	86,0	102	5,0	2.060
Caserta	31	0,4	51	0,6	578	7,2	7.022	87,8	319	4,0	8.001
Napoli 1 Centro	50	0,5	70	0,7	680	6,9	8.722	88,7	315	3,2	9.837
Napoli 2 Nord	40	0,4	50	0,5	684	6,8	8.909	88,9	343	3,4	10.026
Napoli 3 Sud	48	0,5	54	0,5	681	6,9	8.687	88,0	402	4,1	9.872
Salerno	38	0,4	54	0,6	614	7,0	7.708	88,2	330	3,8	8.744
Campania	231	0,4	319	0,6	3.583	6,9	45.625	88,2	1.951	3,8	51.709

Peso < 2.500 e età gestazionale ≥ 37 settimane: 2.099.

Peso ≥ 2.500 e età gestazionale < 37 settimane: 1.854.

Peso medio: maschi = 3.210 grammi, femmine = 3.084 grammi.

Figura 14

NATI PER CLASSI DI PESO E LIVELLO DELLA STRUTTURA DI NASCITA

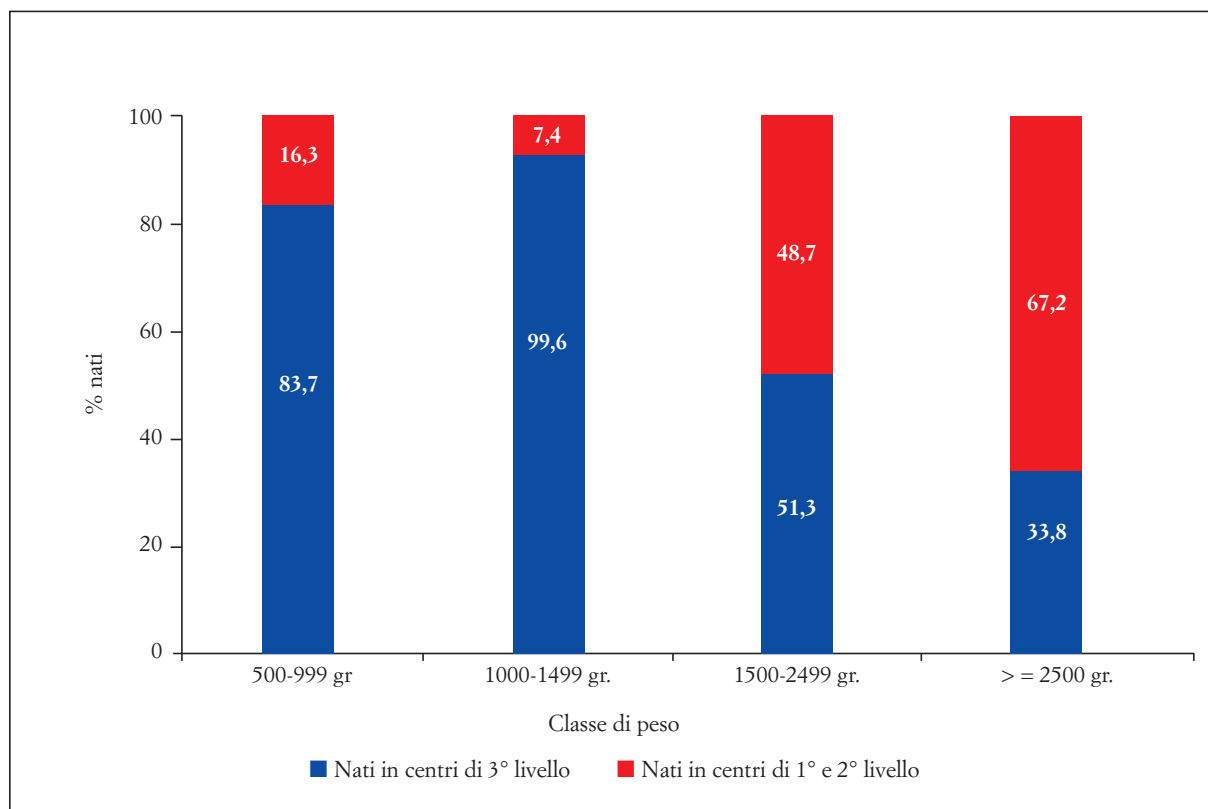


Tabella 27
FATTORI DI RISCHIO PER BASSO PESO, NATI SINGOLI

		TOTALE NATI	LBW	%	RR	I.C. 95%
Condizione lavorativa della madre	non occupata	28872	1875	6,5	1,20	1,11-1,29
	occupata	17116	929	5,4	1	
Condizione lavorativa del padre	non occupato	7139	512	7,2	1,27	1,15-1,39
	occupato	33840	1915	5,7	1	
Stato civile della madre	nubile	8957	633	7,1	1,25	1,15-1,36
	coniugata	40524	2288	5,6	1	
Classe di età materna	< 20 anni	1579	100	6,3	1,12	0,93-1,37
	20-34 anni	37083	2088	5,6	1	
	35 + anni	13350	929	7,0	1,24	1,15-1,33
Cittadinanza	non italiana	3429	237	6,9	1,17	1,03-1,33
	italiana	48354	2859	5,9	1	
Scolarità materna	elementare/media inf.	15689	1056	6,7	1,20	1,12-1,30
	livelli superiori	28207	1580	5,6	1	
Epoca della prima visita	> 11 settimane	5235	302	5,8	0,96	0,85-1,08
	≤ 11 settimane	45320	2727	6,0	1	

Tabella 28
INDICE DI APGAR A 5' E CARATTERISTICHE DEI NATI

	Apgar < 4		Apgar 4 - 6		Apgar ≥ 7	
	N.	%	N.	%	N.	%
Totale nati	1.132	2,5	237	4,4	53.210	993,1
GEMELLI	15	7,7	50	25,5	1.893	966,8
SINGOLI						
Totale	117	2,3	187	3,6	51.284	994,1
Maschi	69	2,6	111	4,2	26.171	993,2
Femmine	48	1,9	75	3,0	25.108	995,1
< 1.500	19	55,1	71	205,8	255	739,1
< 33 settimane	22	49,0	79	175,9	348	775,1
Parto spontaneo *	27	1,4	27	1,4	18.839	997,1
Cesareo elezione *	40	2,1	9	0,5	19.162	997,4
Cesareo in travaglio *	12	1,9	10	1,6	6.176	996,5

* Nati a termine, di vertice.

Tabella 29
MOBILITÀ LEGATA AL PARTO NELLA REGIONE CAMPANIA

		ASL di evento							
		Avellino	Benevento	Caserta	Napoli 1 Centro	Napoli 2 Nord	Napoli 3 Sud	Salerno	Totale
ASL di residenza		Avellino	311	13	93	9	128	106	3.170
		Benevento	1.657	174	58	5	13	4	2.063
		Caserta	130	6.226	1.055	393	98	25	8.082
		Napoli 1 Centro	10	127	8.780	280	609	29	9.881
		Napoli 2 Nord	10	857	4.870	3.714	535	34	10.101
		Napoli 3 Sud	9	151	2.132	237	6.491	512	9.892
		Salerno	16	22	244	10	598	7.531	8.769
Totale		3.652	2.143	7.570	17.232	4.648	8.472	8.241	51.958

Tabella 30

NATI PER TIPOLOGIA DELLA STRUTTURA DI NASCITA

ASL	STRUTTURE PUBBLICHE			STRUTTURE PRIVATE			TOTALE NATI
	N.	NATI	%	N.	NATI	%	
Avellino	3	1.795	47,2	2	2.007	52,8	3.802
Benevento	2	2.213	100,0	0	0	0,0	2.213
Caserta	6	3.606	43,8	6	4.624	56,2	8.230
Napoli 1 Centro	10	9.986	55,3	8	8.063	44,7	18.049
Napoli 2 Nord	4	2.819	58,8	2	1.973	41,2	4.792
Napoli 3 Sud	4	2.711	31,0	8	6.047	69,0	8.758
Salerno	10	6.520	76,5	3	2.001	23,5	8.521
Campania	39	29.650	54,5	29	24.715	45,5	54.365

Tabella 31

NATI PER DIMENSIONE DELLA MATERNITÀ E TIPO DI STRUTTURA

DIMENSIONE (NATI/ANNO)	STRUTTURE PUBBLICHE			STRUTTURE PRIVATE			TOTALE STRUTTURE		
	N.	NATI	%	N.	NATI	%	N.	NATI	%
<500	15	5.026	17,0	6	1.848	7,5	21	6.874	12,6
500-999	15	11.686	39,4	10	7.084	28,7	25	18.770	34,5
1.000-1.499	7	8.621	29,1	11	12.275	49,7	18	20.896	38,4
1.500-1.999	0	0	0,0	2	3.508	14,2	2	3.508	6,5
> 2.000	2	4.317	14,6	0	0	0,0	2	4.317	7,9
Totale	339	29.650	100	29	24.715	100	68	54.365	100

Tabella 32
PRINCIPALI CARATTERISTICHE DEI NATI
IN STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE

CARATTERISTICHE	STRUTTURE PUBBLICHE (29.650 NATI)		STRUTTURE PRIVATE (24.715 NATI)	
	N.	%	N.	%
Gemelli	1.287	4,3	728	2,9
Peso < 1500 g	510	1,7	87	0,4
Età gestazionale < 34 sett.	852	2,9	166	0,7
Nati di podice	1.001	3,4	758	3,3
Nati da Cesareo	15.121	51,1	18.050	73,1

Figura 15
NATI DA TAGLIO CESAREO NELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE
DELLA CAMPANIA, ANNI 2003-2013

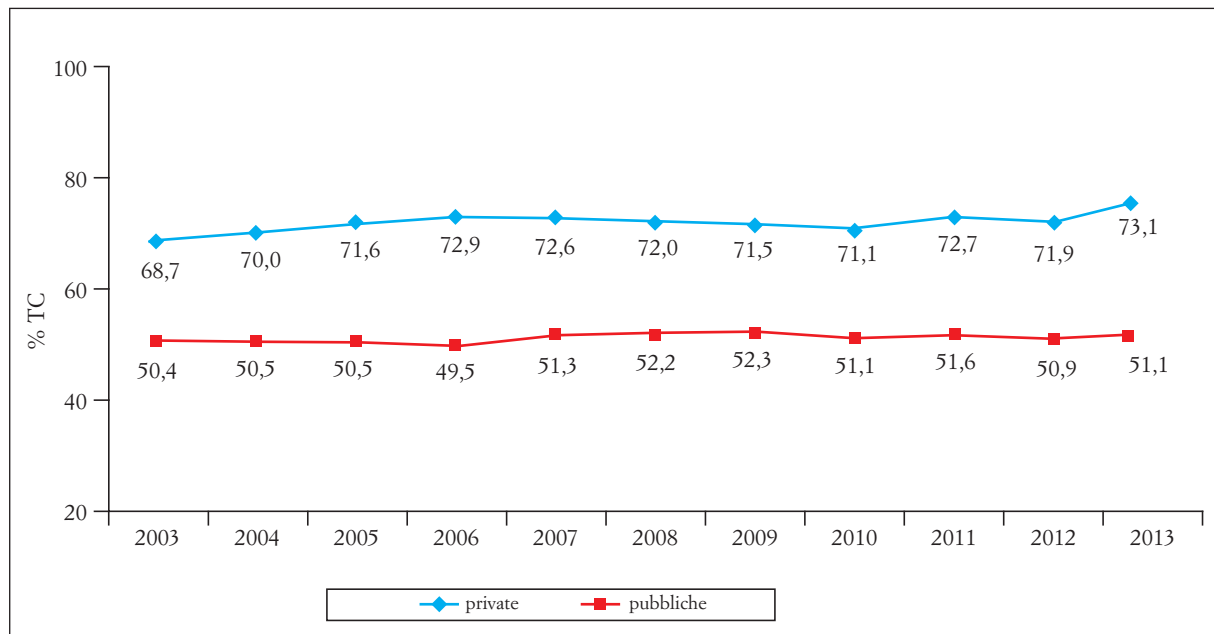


Figura 16
CARATTERISTICHE MATERNE PER TIPO DI STRUTTURA

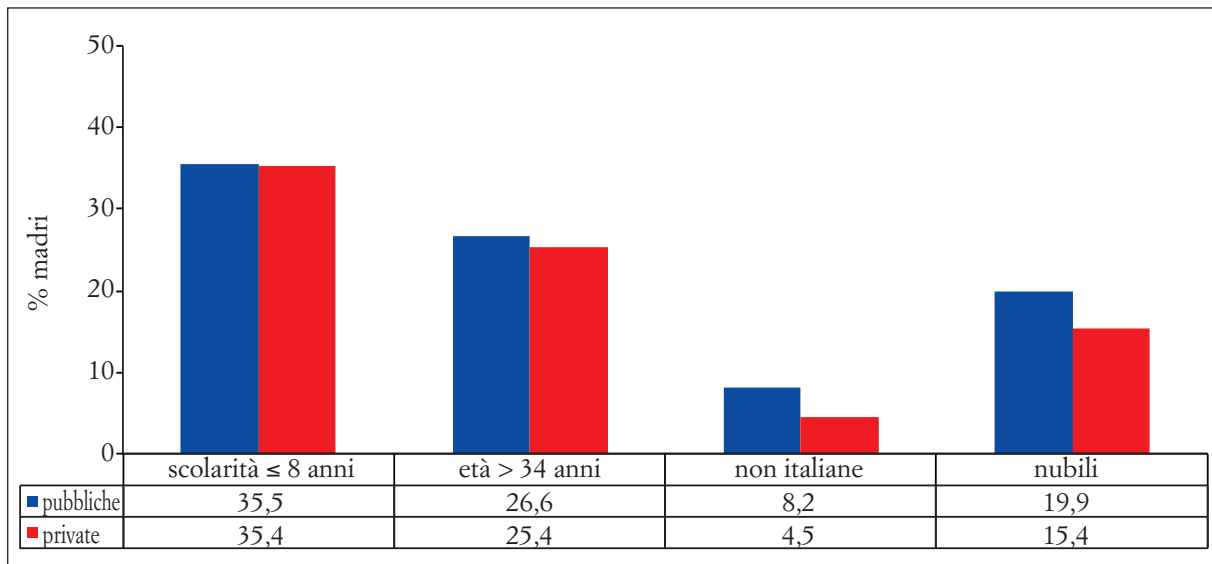


Figura 17
NUMERO DI NATI (DIMENSIONE DELLE BOLLE), PROPORZIONE DI CESAREI E DI VLBW IN STRUTTURE CON E SENZA TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

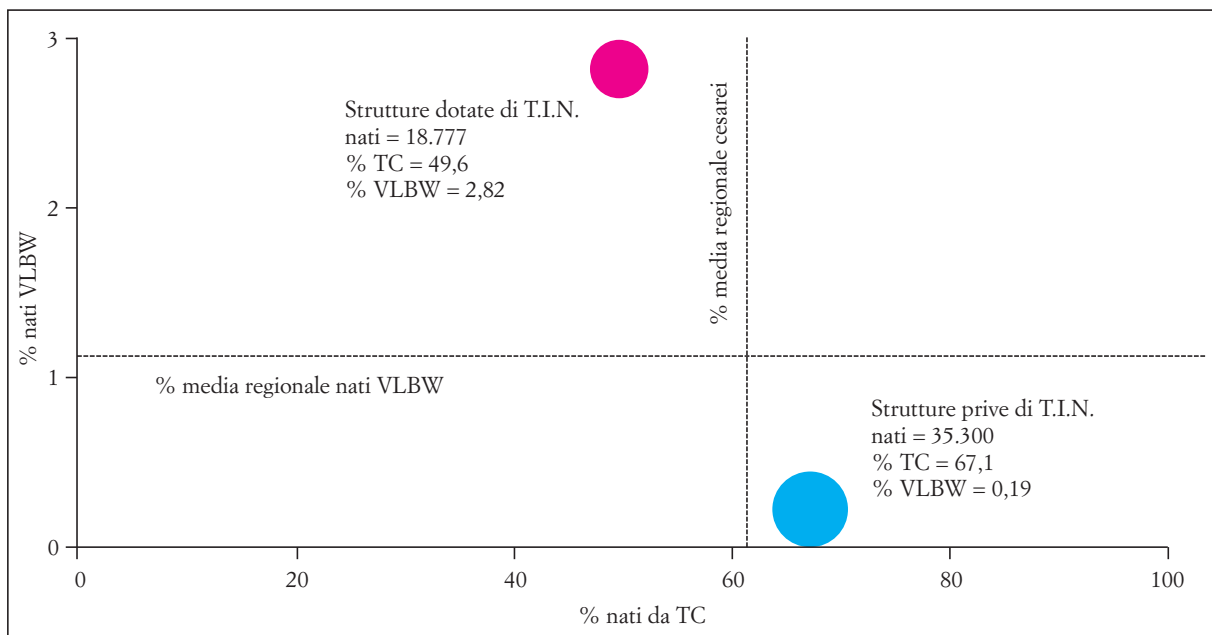


Tabella 33
NATI SINGOLI PER TIPO DI PARTO

ASL	Spontaneo		Cesareo di elezione		Cesareo in travaglio		Strumentale		Altro *		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	N.
Avellino	1.940	52,7	1.051	28,6	411	11,2	272	7,4	6	0,2	3680	
Benevento	1.129	54,1	477	22,9	363	17,4	41	2,0	77	3,7	2087	
Caserta	2.860	36,1	3.548	44,8	1.155	14,6	59	0,7	299	3,8	7921	
Napoli 1 Centro	6.432	37,5	8.451	49,3	2.085	12,2	96	0,6	91	0,5	17155	
Napoli 2 Nord	1.591	34,3	1.826	39,3	1.198	25,8	7	0,2	20	0,4	4642	
Napoli 3 Sud	3.076	36,0	4.416	51,6	896	10,5	150	1,8	14	0,2	8552	
Salerno	3.284	39,9	3.292	40,0	1.615	19,6	33	0,4	9	0,1	8233	
TOTALE	20.312	38,9	23.061	44,1	7.723	14,8	658	1,3	516	1,0	52270	

(*) Per altro si intende Cesareo dopo Strumentale.

Figura 18

NATI DA TAGLIO CESAREO E DA PARTO VAGINALE PER ETÀ GESTAZIONALE

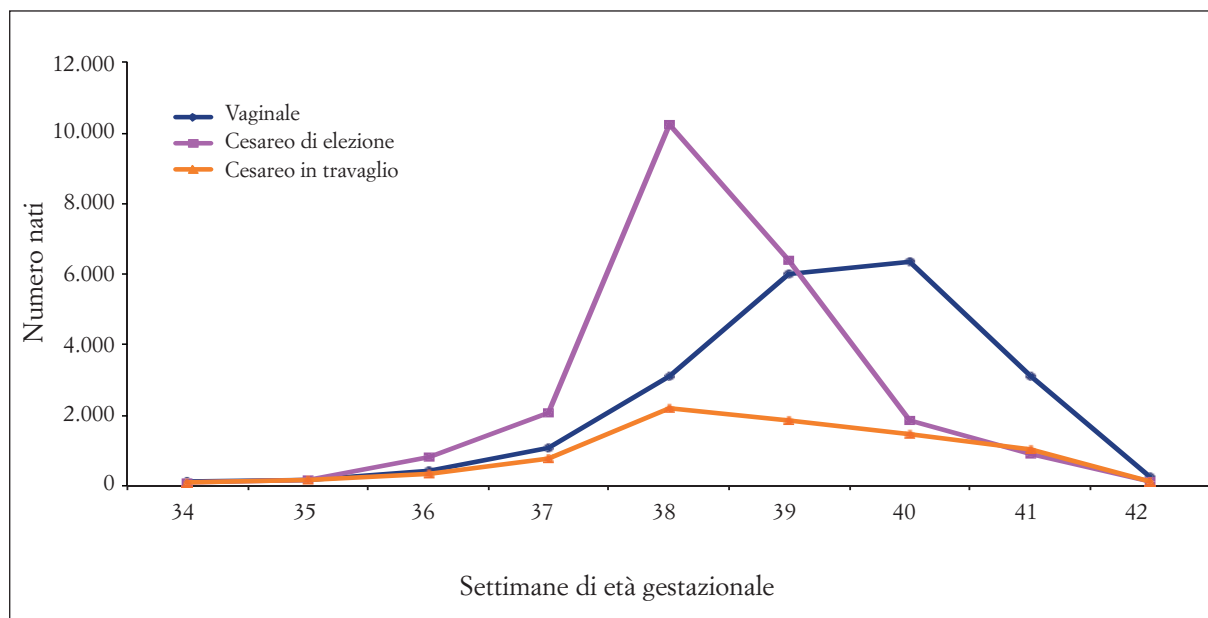


Tabella 34
FATTORI DI RISCHIO PER TAGLIO CESAREO NEI NATI SINGOLI

		NATI	CESAREI	%	R.R.	I.C. 95%
Età gestazionale	pretermine	3.066	2.098	68,4	1,15	1,12-1,18
	a termine	48.863	29.007	59,4	1	
Peso nascita	< 2500 grammi	3.124	2.205	70,6	1,19	1,16-1,22
	≥ 2500 grammi	48.959	28.979	59,2	1	
Presentazione	podice	1.429	1.348	94,3	1,65	1,63-1,68
	vertice	48.397	27.642	57,1	1	
Ordine di nascita	1	26.455	15.387	58,2	0,95	0,93-0,96
	2+	24.862	15.274	61,4	1	
Classe di età materna	< 20 anni	1.584	797	50,3	0,86	0,82-0,91
	20-34 anni	37.214	21.733	58,4	1	
	> 34 anni	13.389	8.724	65,2	1,12	1,10-1,13
Cittadinanza	non italiana	3.436	1.549	45,1	0,74	0,71-0,77
	italiana	48.517	29.564	60,9	1	
Luogo del parto	privato	23.970	17.366	72,4	1,47	1,45-1,49
	pubblico	28.300	13.934	49,2	1	

Figura 19

NATI DA TAGLIO CESAREO PER ORDINE DI NASCITA E CLASSE DI ETÀ MATERNA

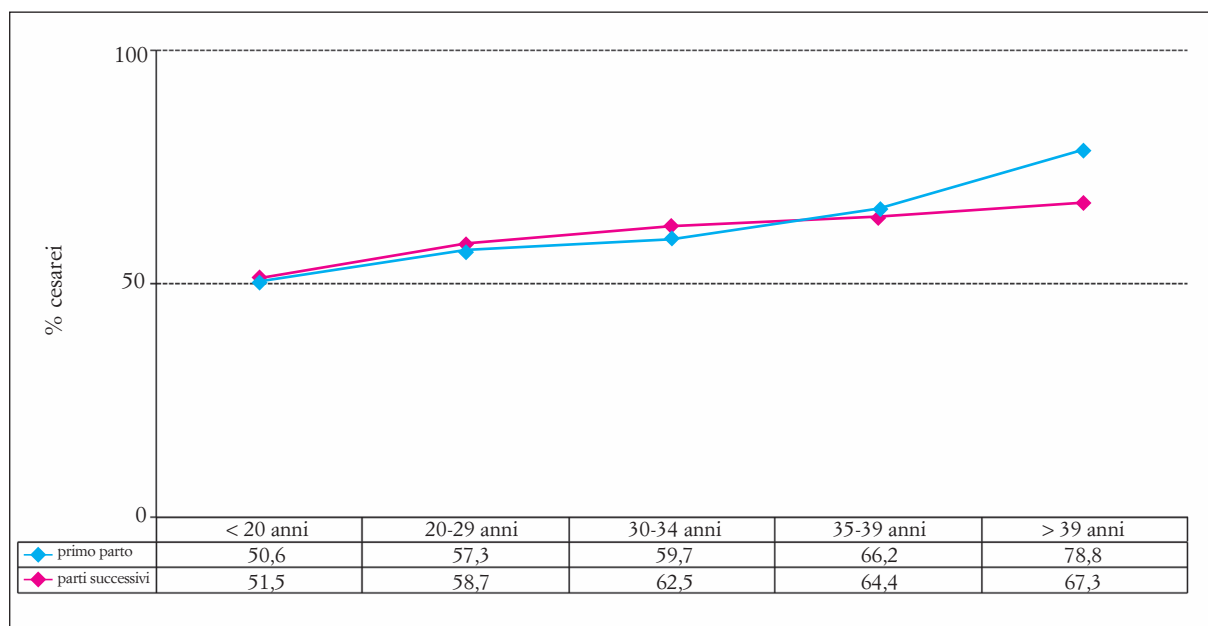


Figura 20
ETÀ MEDIA AL PARTO E PARTO CESAREO IN ITALIA E CAMPANIA, ANNI 2000-2012 (HIFA)

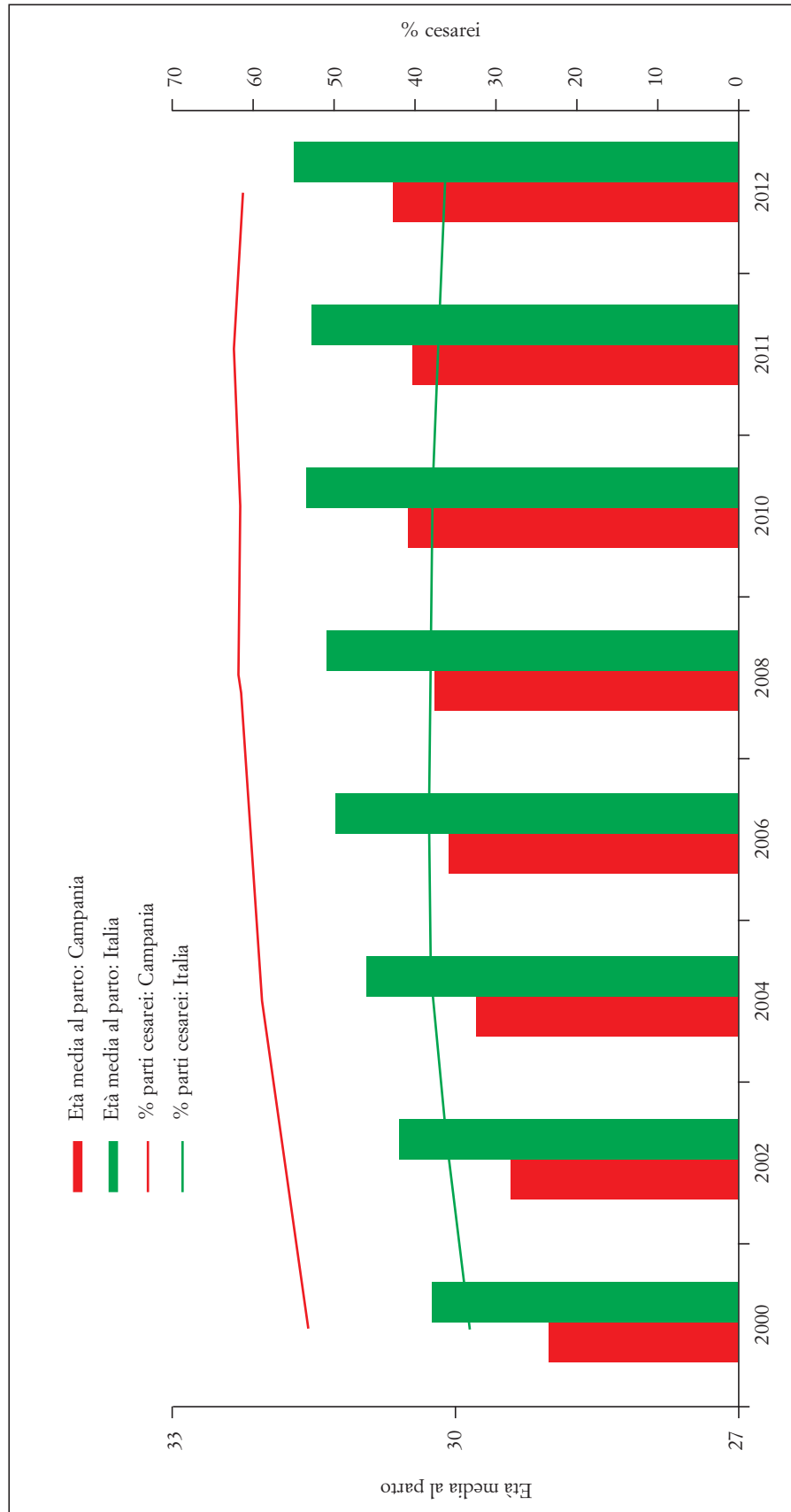
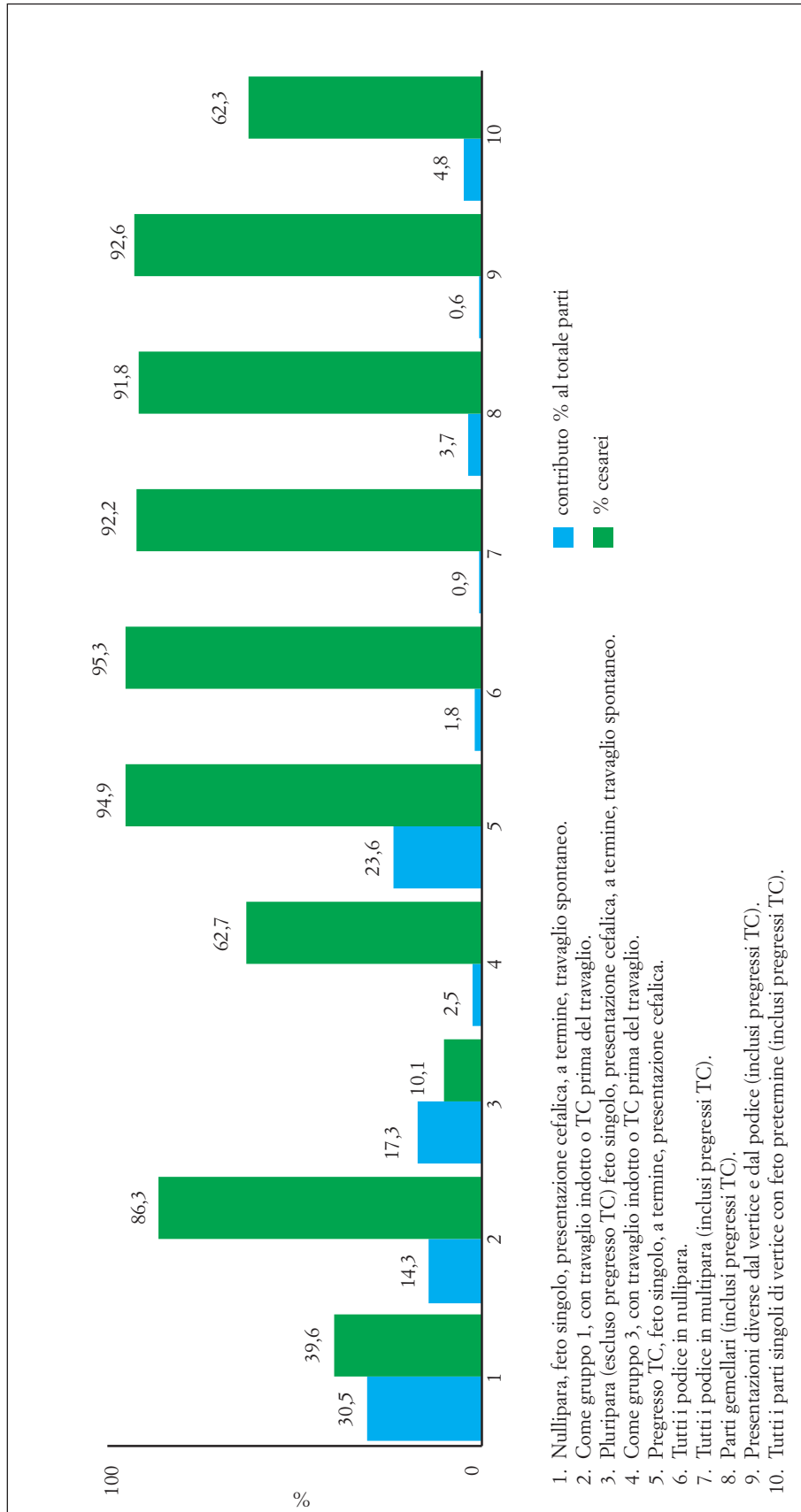
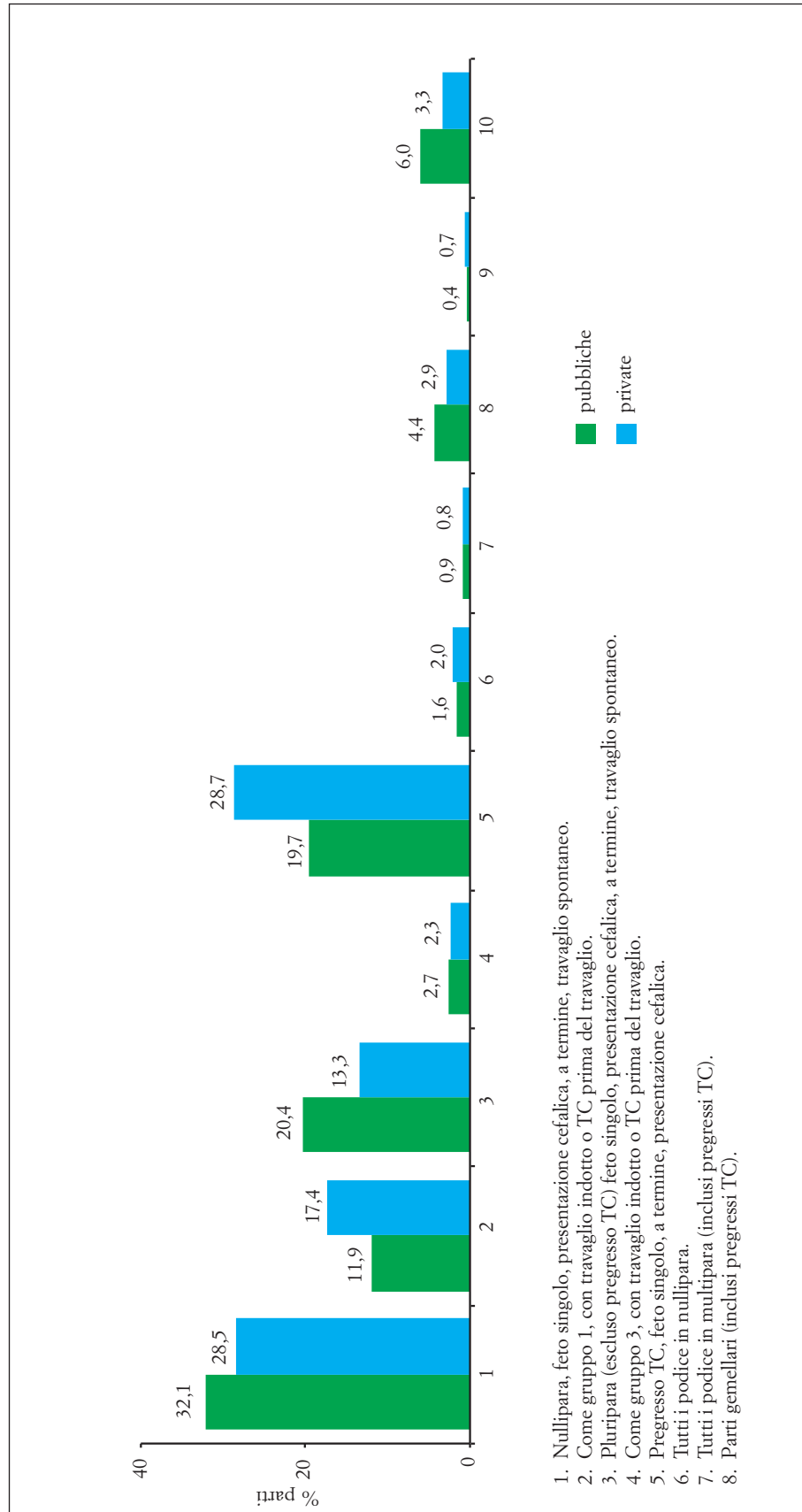


Figura 21
PERCENTUALE DI PARTI E PROPORZIONE DI CESAREI NEI 10 GRUPPI DI ROBSON



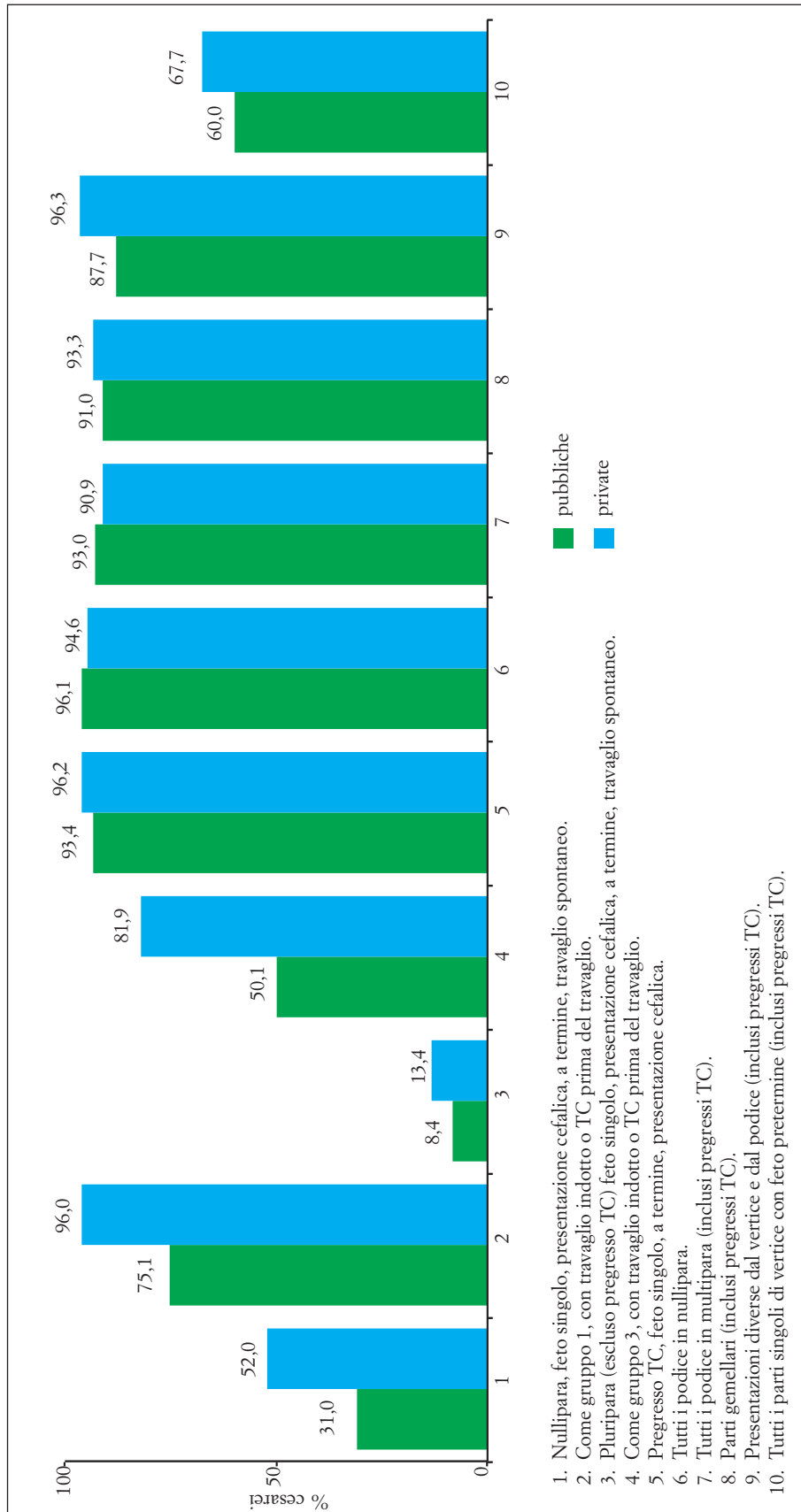
1. Nullipara, feto singolo, presentazione cefalica, a termine, travaglio spontaneo.
2. Come gruppo 1, con travaglio indotto o TC prima del travaglio.
3. Pluripara (escluso pregresso TC) feto singolo, presentazione cefalica, a termine, travaglio spontaneo.
4. Come gruppo 3, con travaglio indotto o TC prima del travaglio.
5. Pregresso TC, feto singolo, a termine, presentazione cefalica.
6. Tutti i podice in nullipara.
7. Tutti i podice in multipara (inclusi pregressi TC).
8. Parti gemellari (inclusi pregressi TC).
9. Presentazioni diverse dal vertice e dal podice (inclusi pregressi TC).
10. Tutti i parti singoli di vertice con feto pretermine (inclusi pregressi TC).

Figura 22
PERCENTUALE DI PARTI IN STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE NEI 10 GRUPPI DI ROBSON



1. Nullipara, feto singolo, presentazione cefalica, a termine, travaglio spontaneo.
2. Come gruppo 1, con travaglio indotto o TC prima del travaglio.
3. Pluripara (escluso pregresso TC) feto singolo, presentazione cefalica, a termine, travaglio spontaneo.
4. Come gruppo 3, con travaglio indotto o TC prima del travaglio.
5. Pregresso TC, feto singolo, a termine, presentazione cefalica.
6. Tutti i podice in nullipara.
7. Tutti i podice in multipara (inclusi pregressi TC).
8. Parti gemellari (inclusi pregressi TC).

Figura 23
PROPORZIONE DI CESAREI IN STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE NEI 10 GRUPPI DI ROBSON



1. Nullipara, feto singolo, presentazione cefalica, a termine, travaglio spontaneo.
2. Come gruppo 1, con travaglio indotto o TC prima del travaglio.
3. Pluripara (escluso pregresso TC) feto singolo, presentazione cefalica, a termine, travaglio spontaneo.
4. Come gruppo 3, con travaglio indotto o TC prima del travaglio.
5. Pregresso TC, feto singolo, a termine, presentazione cefalica.
6. Tutti i podice in nullipara.
7. Tutti i podice in multipara (inclusi pregressi TC).
8. Parti gemellari (inclusi pregressi TC).
9. Presentazioni diverse dal vertice e dal podice (inclusi pregressi TC).
10. Tutti i parti singoli di vertice con feto pretermine (inclusi pregressi TC).

Tabella 35

DATI RELATIVI ALLE SINGOLE MATERNITÀ DELLA CAMPANIA, ANNO 2013*

ASL	ISTITUTO	Totale nati	Nati da TC	%	Nati da TC primo figlio	%	nati di peso < 1.500 gr.
Napoli 1 Centro	Fondazione Evangelica Betania - Napoli	2.037	740	36,3	343	33,3	70
	C. di C. Mediterranea - Napoli	895	378	42,2	217	40,5	0
	P.O. Incurabili - Napoli Ovest	611	282	46,2	134	42,1	3
	P.O. Buonconsiglio Fatebenefratelli - Napoli	1.411	666	47,2	358	43,9	27
	P.O. S. Maria di Loreto Mare - Napoli Est	889	451	50,7	238	51,5	4
	P.O. S. Gennaro - Napoli Ovest	461	244	52,9	132	49,8	2
	A.O. Cardarelli - Napoli	906	502	55,4	207	49,8	54
	P.O. S. Giovanni Bosco - Napoli Est	747	419	56,1	180	52,9	1
	P.O. S. Paolo - Napoli Ovest	574	325	56,6	137	49,3	0
	A.U. Policlinico Federico II - Napoli	2.280	1.350	59,2	596	53,4	91
	C. di C. Santa Patrizia - Napoli	853	619	72,6	273	74,4	0
	P.O. G. Capilupi - Capri	70	52	74,3	27	77,1	0
	C. di C. Tasso - Napoli	1.764	1.403	79,5	750	79,8	1
	C. di C. Ruesh - Napoli	176	149	84,7	67	85,9	0
	C. di C. Internazionale Villa Bentinck - Napoli	1.080	925	85,6	482	86,4	1
	C. di C. Villa delle Quercie - Napoli	1.044	896	85,8	517	85,7	0
Clinica Sanatrix - Napoli	1.168	1.005	86,0	543	85,4	0	
C. di C. Villa Cinzia - Napoli	1.083	1.019	94,1	627	94,3	1	
Napoli 2 Nord	P.O. Rizzoli - Lacco Ameno	356	174	48,9	76	45,0	2
	P.O. Civile S. Giovanni di Dio - Frattamaggiore	726	426	58,7	116	44,4	0
	P.O. S. Giuliano - Giugliano In Campania	919	550	59,8	259	62,0	4
	P.O. S. Maria Delle Grazie - Pozzuoli	818	520	63,6	243	62,6	0
	C. di C. Villa Dei Fiori - Acerra	1.332	992	74,5	405	74,6	15
	C. di C. Villa Maione - Villaricca	641	521	81,3	268	79,8	4
Napoli 3 Sud	P.O. S. Leonardo - Castellammare di Stabia	870	198	22,8	92	21,4	4
	P.O. De Luca e Rossano - Vico Equense	922	299	32,4	109	25,4	2
	Presidio Ospedaliero S. Maria della Pietà - Nola	548	270	49,3	117	41,8	6
	P.O. - Torre Ann. - Boscotrecase	371	211	56,9	66	47,5	2
	C. di C. S. Lucia - San Giuseppe Vesuviano	426	281	66,0	151	65,7	2
	C. di C. La Madonnina - San Gennaro Vesuviano	643	436	67,8	208	65,0	0
	C. di C. Madonna di Lourdes - Massa di Somma	1.298	921	71,0	430	69,7	1
	C. di C. Villa Stabia - Castellammare di Stabia	697	501	71,9	232	66,7	0
	C. di C. M. Rosaria - Pompei	1.108	838	75,6	385	75,3	1
	C. di C. A. Grimaldi - San Giorgio a Cremano	819	629	76,8	325	74,0	2
	C. di C. S.M. La Bruna - Torre del Greco	673	571	84,8	225	82,1	3
	C. di C. Trusso - Ottaviano	383	369	96,3	233	97,5	2
TOTALE PROVINCIA DI NAPOLI		31.599	20.132	63,7	9.768	61,7	305

* I dati in grassetto riguardano le strutture che assistono neonati in terapia intensiva.

Il centro nascita C.di C. SANTA MARIA DELLA SALUTE - SANTA MARIA CAPUA VETERE non è più attivo.

Segue: Tabella 35

DATI RELATIVI ALLE SINGOLE MATERNITÀ DELLA CAMPANIA, ANNO 2013*

ASL	ISTITUTO	Totale nati	Nati da TC	%	Nati da TC primo figlio	%	nati di peso < 1.500 gr.
AV	C. di C. Malzoni Villa dei Platani - Avellino	1.744	468	26,8	256	27,8	14
	A.O. S.G. Moscati Avellino - Avellino	1.067	441	41,3	232	39,5	26
	P.O. A. Landolfi - Solofra	372	224	60,2	126	66,0	0
	Presidio Ospedaliero - Ariano Irpino	356	221	62,1	97	63,0	1
	C. di C. S. Rita S.p.A. - Atripalda	263	203	77,2	111	84,1	1
BN	A.O. G. Rummo - Benevento	1.027	391	38,1	208	38,2	36
	P.O. Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli - Benevento	1.186	644	54,3	339	57,8	25
CE	A.O. San Sebastiano - Caserta	1.292	462	35,8	196	31,6	41
	P.O. Maddaloni	420	188	44,8	67	36,8	3
	Presidio Ospedaliero S. G. Moscati - Aversa	954	531	55,7	219	51,4	4
	P.O. Marcianise	550	338	61,5	141	55,1	1
	C. di C. Pineta Grande - Castel Volturno	1.127	738	65,5	577	74,0	38
	C. di C. Santa Maria della Salute - S.M. Capua V.	165	109	66,1	47	62,7	0
	Clinica San Michele - Maddaloni	672	475	70,7	219	68,7	0
	P.O. Ave Gratia Plena - Piedimonte Matese	128	94	73,4	52	74,3	2
	Villa Del Sole - Caserta	1.000	754	75,4	337	73,9	0
	Presidio Ospedaliero San Rocco - Sessa Aurunca	262	206	78,6	106	80,9	1
	Casa di Cura Villa Fiorita SpA - Capua	1.012	816	80,6	397	82,0	0
	C. di C. San Paolo - Aversa	648	553	85,3	275	84,1	1
SA	Plesso Ospedaliero Immacolata - Sapri	333	134	40,2	67	39,0	1
	P.O. Amico G. Fucito - Mercato San Severino	436	195	44,7	110	43,0	0
	P.O. Civile Umberto I - Nocera Inferiore	1.437	698	48,6	321	44,6	36
	P.O. Maria SS. Addolorata - Eboli	449	252	56,1	121	55,3	0
	Plesso Ospedaliero L. Curto - Polla	364	211	58,0	81	52,9	0
	C. di C. Malzoni - Agropoli	543	315	58,0	162	59,1	0
	P.O. Villa Malta - Sarno	720	421	58,5	186	54,9	1
	A.O. S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona - Salerno	1.201	749	62,4	538	62,5	38
	Presidio P.O. S. Maria della Speranza - Battipaglia	932	597	64,1	294	63,4	19
	P.O. S. Luca - Vallo della Lucania	319	211	66,1	112	73,2	1
	P.O. S. Maria Incoronata dell'Olmo - Cava de Tirreni	329	234	71,1	213	70,1	2
	Hippocratica SpA Villa del Sole - Salerno	1.023	792	77,4	411	77,3	0
	C. di C. Tortorella S.p.A. - Salerno	435	374	86,0	201	86,3	0
TOTALE CAMPANIA		54.365	33.171	61,0	6.819	57,2	597

* I dati in grassetto riguardano le strutture che assistono neonati in terapia intensiva.
Il centro nascita C.di C. SANTA MARIA DELLA SALUTE - SANTA MARIA CAPUA VETERE non è più attivo.

Allegato: CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO ATTUALMENTE UTILIZZATO

SEZIONE GENERALE			
Distretto		Istituto	
Azienda USL		Comune di evento	
Madre: Cognome		Nome	
<small>STAMPATELLO</small>		<small>STAMPATELLO</small>	
Codice Fiscale			
SEZIONE A - INFORMAZIONI SUI GENITORI			
Madre: Data nascita		Cittadinanza	
		Comune di nascita	
Comune di residenza		Regione	
Azienda USL		Data matrimonio	
		Data ultimo parto	
Stato civile nubile = 1; coniugata = 2; separata = 3; divorziata = 4; vedova = 5			
Precedenti gravidanze sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> aborti spontanei IVG			
Parti precedenti dai quali: nati vivi nati morti T.C. precedenti			
Condiz. lavorativa	Posiz. professione	Ramo di attività	Titolo di studio
occupato 1	imprenditore, professionista 1	agricoltura, caccia e pesca 1	laurea 1
disoccupato 2	altro lavoratore autonomo 2	industria 2	dip. univ. / laurea breve 2
in cerca di prima occupazione 3	dipendente: dirig. o direttivo 3	commercio, servizi, alberghi 3	dip. media superiore 3
studente 4	dipendente: impiegato 4	pubblica amministrazione 4	dip. media inferiore 4
casalinga 5	dipendente: operaio 5	altri servizi privati 5	lic. elem. / nessun titolo 5
altro (pensionato, inabile, ecc.) 6	altro lavoratore dipendente 6		
Padre: Data nascita		Cittadinanza	
		Comune di nascita	
Condizione lavorativa		Posizione nella professione	
Ramo di attività		Titolo di studio	
<small>Codificare con le stesse modalità utilizzate per i dati relativi alla madre</small>			
Consanguineità figli di fratelli/sorelle = 1; figli di primi cugini = 2; figli di secondi cugini = 3			
SEZIONE B - INFORMAZIONI SULLA GRAVIDANZA			
Visite di controllo n. prima visita di controllo settimane ecografie n.			
Amniocentesi sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Decorso gravidanza: fisiologico sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> patologico sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
Prelievo villi coriali sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Fetoscopia/funicolocentesi sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Difetto di accrescimento fetale sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
Ecografia > 22 settimane sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Data ultima mestruazione Età gestazionale sett.			
Procreazione assistita sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Solo farmaci FIVET IUI			
GIFT ICSI Altre tecniche			
SEZIONE C - INFORMAZIONI SUL PARTO E SUL NEONATO			
Data del parto ora semplice <input type="checkbox"/> plurimo <input type="checkbox"/> n° maschi n° femmine			
Ordine di nascita nel presente parto in caso di parto plurimo			
Sanitari presenti: Ostetrica/o <input type="checkbox"/> Ostetrico-ginec. <input type="checkbox"/> Pediatra/neonat. <input type="checkbox"/> Anestes. <input type="checkbox"/> Altro personale			
Altri presenti: Padre <input type="checkbox"/> Altro familiare <input type="checkbox"/> Altra persona			
Profilassi Rh praticata sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
LUOGO DEL PARTO	TIPO TRAVAGLIO	PRESENTAZIONE	MODALITÀ
Ist. pubblico o privato <input type="checkbox"/>	Spontaneo <input type="checkbox"/>	Vertice <input type="checkbox"/> Podice <input type="checkbox"/>	Spontaneo <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/>
Abitazione privata <input type="checkbox"/>	Indotto con farmaci <input type="checkbox"/>	Fronte <input type="checkbox"/> Bregma <input type="checkbox"/>	TC Elezione <input type="checkbox"/>
Altra struttura <input type="checkbox"/>	Indotto con amnioressi <input type="checkbox"/>	Faccia <input type="checkbox"/> Spalla <input type="checkbox"/>	TC in travaglio <input type="checkbox"/>
Altrove <input type="checkbox"/>			Forcipe <input type="checkbox"/> Ventosa <input type="checkbox"/>
			Altro

Allegato: CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO ATTUALMENTE UTILIZZATO

SEZIONE C2 - INFORMAZIONI SUL NEONATO

Maschio genitali esterni: maschili peso gr. lunghezza cm
Femmina femminili circonferenza cranica cm
Indeterminati nato vivo nato morto
Apgar a 5 minuti Necessità di rianimazione sì no Presenza di malformazioni sì no
Firma del certificante Medico-chirurgo Ostetrica/o Matricola n.

SEZIONE D - INFORMAZIONI SULLE CAUSE DI NATI-MORTALITÀ

Malattia principale del feto: descrivere
Altra malattia del feto: descrivere
Malattia principale della madre interessante il feto: descrivere
Altra malattia della madre interessante il feto: descrivere
Altra circostanza rilevante descrivere
Momento della morte: prima del travaglio durante il travaglio durante il parto sconosciuto
Esami strumentali in caso di malformazione (Rx, cariotipo etc.) sì no
Fotografie in caso di malformazioni sì no
Riscontro autoptico: la causa di morte individuata è stata confermata dall'autopsia
il risultato dell'autopsia sarà disponibile in seguito
non effettuato

SEZIONE E - INFORMAZIONI SULLA PRESENZA DI MALFORMAZIONI

Malformazione diagnosticata
Malformazione diagnosticata
Malformazione diagnosticata
Descrizione cariotipo
Età gestazionale alla diagnosi di malformazione settimane
Età neonatale alla diagnosi di malformazione giorni
Malformazione fratelli sì no
Malformazione madre sì no
Malformazione padre sì no
Malformazione genitori: madre sì no
Malformazione genitori: padre sì no
Malformazione parenti: madre sì no
Malformazione parenti: padre sì no
Malattie insorte in gravidanza
Descrizione
Malattie insorte in gravidanza
Descrizione
Il Medico accertatore Matricola n.

Stampato su carta riciclata nel mese di luglio 2015
nello Stabilimento della Poligrafica F.lli Ariello s.a.s.
Tel. 081 5441323 - Fax 081 5644708
E-mail: elenaari@tin.it

Questo prodotto è stato realizzato nel rispetto delle regole stabilite dal sistema di gestione qualità conforme ai requisiti ISO 9001:2008 valutato da Bureau Veritas Italia S.p.A. e coperto dal certificato numero 209065

