

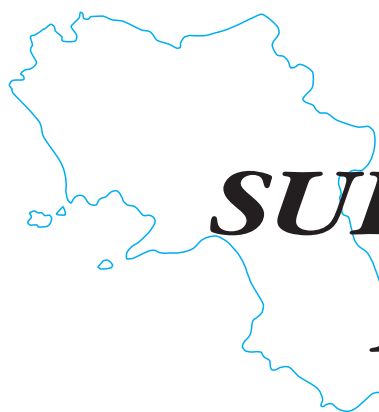
Università di Napoli Federico II

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

Regione Campania

Assessorato alla Sanità
Area Assistenza Sanitaria
Osservatorio Epidemiologico

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



RAPPORTO SULLA NATALITÀ IN CAMPANIA

2012

Napoli, Giugno 2014

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



**RAPPORTO
SULLA NATALITÀ
IN CAMPANIA**

2012

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
Area Assistenza Sanitaria
Responsabili:
Dott. M. Vasco, Dott. A. D'Ascoli
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	»	15
4. Formazione e aggiornamento degli operatori	»	15

Risultati

1. Contesto socio-demografico: fecondità e natalità nelle Regioni Italiane	»	17
2. Mortalità feto-infantile	»	19
3. Nati da cittadini immigrati	»	20
4. Caratteristiche socio-demografiche dei genitori	»	24
4.1. Nati per stato civile della madre	»	24
4.2. Nati per livello di istruzione e condizione lavorativa materna e paterna	»	25
4.3. Nati per classe di età materna e paterna	»	26
5. Gravidanza	»	27
5.1. Anamnesi ostetrica: ordine di nascita, abortività	»	27
5.2. Cure prenatali: epoca della prima visita, numero di visite e di ecografie in gravidanza	»	28
5.3. Diagnosi prenatale	»	31
5.4. Decorso della gravidanza	»	31
5.5. Nati da procreazione assistita	»	31
6. Nati per caratteristiche fetali	»	36
6.1. Nati per sesso e vitalità	»	36
6.2. Nati per classe di età gestazionale	»	38
6.3. Nati per genere del parto	»	41
6.4. Nati per classe di peso	»	44
6.5. Nati per presentazione e genere del parto	»	47
6.6. Indice di Apgar a 5 minuti	»	47
7. Caratteristiche dei parti	»	48
7.1. Mobilità intra ed extraregionale per il parto	»	48
7.2. Nati per luogo del parto	»	51
7.3. Nati per tipo di parto	»	54
7.4. Caratteristiche materne, neonatali e tipo di parto	»	56
7.5. Classificazione dei parti secondo Robson	»	58
7.6. Caratteristiche dei centri nascita della Campania	»	60
Tabelle e figure	»	65
<i>Allegato: Modello CedAP</i>	»	117

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 2012 (Istat)
- Fig. 1 Regioni Italiane: saldo migratorio, anno 2012 (Istat)
- Fig. 2 Regioni Italiane: tasso di crescita naturale, anno 2012 (Istat)
- Fig. 3 Italia e Campania: popolazione femminile per classe di età, anno 2012 (Istat)
- Fig. 4 Nati in Italia, Lombardia e Campania, anni 2001-2012 (Istat)
- Fig. 5 Tassi di natimortalità, mortalità neonatale e postneonatale in Italia, Lombardia, Lazio e Campania, anno 2011 (Istat)
- Fig. 6 Tasso di mortalità infantile e di natimortalità in Lombardia e Campania, anni 2000-2010 (Istat)
- Fig. 7 Nati da genitori stranieri nelle Regioni Italiane, anno 2012 (Istat)
- Tab. 4 Principali Paesi di provenienza delle madri e dei padri stranieri
- Fig. 8 Nati da madri e padri stranieri per Paese di provenienza
- Fig. 9 Nati da almeno un genitore immigrato
- Fig. 10 Distribuzione percentuale delle donne italiane e straniere in Campania per classe di età, anno 2012
- Tab. 5 Caratteristiche materne e neonatali per cittadinanza materna, nati singoli
- Tab. 6 Nati per stato civile della madre
- Fig. 11 Livello di istruzione materna per stato civile
- Tab. 7 Nati per livello di istruzione materna
- Tab. 8 Nati per livello di istruzione paterna
- Fig. 12 Livello di istruzione dei genitori inferiore o uguale a 8 anni, anni 2008-2012
- Tab. 9 Nati per condizione lavorativa materna
- Tab. 10 Nati per condizione lavorativa paterna
- Fig. 13 ASL della Campania per numero di nati, proporzione di padri non occupati e di madri con istruzione uguale o inferiore ad 8 anni
- Tab. 11 Nati per classe di età materna
- Fig. 14 Nati per classe di età materna, anni 2008-2012
- 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
- Tab. 19 Nati da Procreazione Assistita per residenza materna - Metodo utilizzato per la Procreazione Assistita
- Fig. 15 Distribuzione dei parti dopo procedure di Procreazione Assistita nelle ASL della Campania
- Fig. 16 Distribuzione per genere dei parti da procreazione assistita
- Tab. 20 Nati per vitalità e provincia di residenza materna
- Tab. 21 Fattori di rischio per natimortalità nei nati singoli
- Tab. 22 Nati per classe di età gestazionale
- Tab. 23 Nati per genere, tipo di parto 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
- Fig. 17 Nati di peso < 1500 grammi per livello della struttura di nascita
- Tab. 26 Nati per classe di peso
- 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. 18 Caratteristiche materne per tipo di struttura
- Fig. 19 Nati da taglio cesareo nelle strutture pubbliche e private della Campania, anni 2002-2012
- Fig. 20 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. 21 Nati da taglio cesareo e da parto vaginale per età gestazionale
- Fig. 22 Nati da taglio cesareo per ordine di nascita e classe di età materna
- Tab. 34 Fattori di rischio per taglio cesareo nei nati singoli
- Fig. 23 Età media al parto e parto cesareo in Italia e Campania, anni 2000-2011
- Fig. 24 Percentuale di parti e proporzione di cesarei nei 10 gruppi di Robson
- Fig. 25 Percentuale di parti in strutture pubbliche e private nei 10 gruppi di Robson
- Fig. 26 Proporzione di cesarei in strutture pubbliche e private nei 10 gruppi di Robson
- Tab. 35 Dati relativi alle singole maternità della Campania, anno 2012

Presentazione

Nel presente “Rapporto sulla Natalità in Campania anno 2012”, sono presentati i dati sulle nascite relativi a 56.663 CedAP, pervenuti da 70 centri nascita. La copertura del sistema di sorveglianza sulla natalità è progressivamente aumentata negli anni e attualmente è pari al 98,2% dei nati.

La Regione Campania è una delle regioni più giovani d'Italia, caratterizzata da una percentuale di donne in età fertile molto alta rispetto a quella di altre regioni italiane, seppur in progressiva diminuzione; infatti tale percentuale scende dal 42,3% dell'anno 2008 al 39,9% del 2012. Inoltre, il tasso di fecondità totale (TFT) pari a 1,39 figli per donna, continua a ridursi e per la prima volta risulta di poco inferiore alla media nazionale italiana (1,42 figli per donna). Analogamente, il tasso di natalità pari al 9,5‰, pur restando uno dei più alti tra le regioni italiane, è in continua diminuzione, raggiunge quello della Lombardia (9,4‰) ed è inferiore, per la prima volta, a quello di regioni come il Lazio (9,6‰). Sebbene l'arrivo di quote crescenti di immigrati, abbia reso positivo un saldo migratorio totale tradizionalmente negativo in Campania, nell'ultimo quinquennio, il numero di nati in regione è passato da 60.635 a 54.839. La crisi economica che ha caratterizzato gli ultimi anni, e il mutamento della condizione femminile che ha visto molte donne proseguire negli studi e immettersi nel mondo del lavoro, hanno giocato sicuramente un ruolo importante nelle scelte procreative. Il decremento delle nascite è, in parte, ascrivibile allo spostamento dell'età media al parto verso età sempre più avanzate; il 53% delle partorienti in Campania ha un'età compresa tra i 30-39 anni; si innalza sempre di più l'età media al parto che si attesta intorno ai 31 anni, di poco inferiore al valore medio nazionale di 31,4 anni.

I dati CedAP rispecchiano da anni il pesante divario socio-economico esistente tra la Campania e le Regioni Settentrionali. Nella nostra Regione agiscono sfavorevolmente, sulle dinamiche riproduttive, condizioni socio economiche più sfavorevoli, rappresentate da alti tassi di disoccupazione e da un basso livello medio di scolarizzazione dei genitori, in un contesto sociale di carenza del sistema welfare indirizzato al sostegno della genitorialità. L'analisi dei fatti permette di individuare tre gruppi di madri a maggior rischio socio-sanitario: le adole-

scenti, le nubili e le immigrate, caratterizzate da peggiori esiti della gravidanza e del parto che bisognerebbe meglio tutelare durante il percorso nascita.

In una regione sottoposta ancora al commissariamento per la Sanità e caratterizzata dalla necessità di riorganizzazione del settore perinatale, l'assistenza alla gravidanza e al parto continuano ad essere fortemente sostenute dal settore privato dove è documentato un maggior rischio di medicalizzazione dell'evento nascita ed il conseguente spreco di risorse economiche ed umane. Al numero eccessivo di controlli ed ecografie prenatali, si associa ancora una volta una percentuale di ricorso al Taglio Cesareo (TC), molto elevata, del 60%; 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 TC si registrano dove si ricoverano partorienti a basso rischio ostetrico, e in particolare nei punti nascita, ancora numerosi, che assistono meno di 500 nati per anno.

Sicuramente è urgente un piano di riorganizzazione dei punti nascita, ma è anche necessaria per la nostra regione una valutazione integrata dei dati epidemiologici rilevati dai CedAP e dalle SDO e di dati qualitativi ricavabili dagli operatori impegnati nel percorso nascita delle strutture regionali.

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 3,4%, quelli con peso molto basso alla nascita l'1,09%, i pretermine sotto le 32 settimane di età gestazionale lo 0,9% del totale dei nati.

Il tasso di natimortalità, pari al 3,2 ‰, è tra i più bassi d'Italia; al contrario il tasso di mortalità neonatale, che comunque decresce negli anni, è ancora superiore a quelli delle regioni settentrionali (2,7‰ contro il 1,9‰ della Lombardia); questo dato suggerisce la necessità di una razionalizzazione della rete assistenziale a partire dal numero e, soprattutto, dalla distribuzione dei centri di terapia intensiva neonatale nel territorio campano.

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

Infine un particolare ringraziamento ai consulenti scientifici Roberta Arsieri e Maurizio Saporito per la collaborazione nella realizzazione dell'ultimo Corso di Epidemiologia Perinatale e per i loro preziosi suggerimenti durante la realizzazione del presente Rapporto.

MARIA TRIASSI

DATI EPIDEMIOLOGICI RELATIVI ALLA NATALITÀ IN CAMPANIA NEL 2012

Superficie Km ² (Istat)	13.670,95
Abitanti (densità per Km ² 422, Istat)	5.769.750
Donne di 15-44 anni (Istat)	40,8%
Madri con scolarità < 8 anni	37,1%
Età media delle madri al parto	30,6 anni
Età media delle madri al parto del primo figlio	29,0 anni
Padri occupati	83,7%
Nati vivi da madri residenti	53.872
Nati da madri immigrate	6,4%
Tasso di natimortalità	3,23‰
Parti da Procreazione Assistita	13,2‰
Nati da Procreazione Assistita	16,5‰
Parti pretermine	5,95%
Nati pretermine	6,81%
Parti gemellari	1,70%
Gemelli	3,45%
Nati di peso < 2.500 grammi	7,75%
Nati di peso < 1.500 grammi	1,09%
Nati di peso > 3.999 grammi	4,02%
Nati con Indice di Apgar a 5min. < 7	0,8%
Totale centri nascita	70
Centri nascita con numero di nati per anno < 500	22
Nati nei centri nascita privati	45,6%
Parti Cesarei	60,0%

IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLA NATALITÀ IN CAMPANIA

METODOLOGIA

1. Flusso 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 del 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 gravidanza¹, 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 provvede con inchiesta telefonica al recupero dei dati omessi.

I file sono inviati all'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) e quindi 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 di ricontrollarne i dati 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. La valutazione incrociata di alcune variabili fondamentali quali, sesso, vitalità, genere,

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

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 il 2012 le analisi riguardano i dati epidemiologici presenti in 56.663 CedAP, di cui 54.045 relativi a nati da madri residenti in Campania, 1.995 da madri non residenti in Campania, 623 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. In caso di parto gemellare, i dati socio-demografici vengono riferiti al primo gemello, 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 con alto flusso migratorio”; i dati relativi a 155 nati da madri non italiane, provenienti da paesi a basso flusso migratorio, non sono stati considerati nell'elaborazione delle tabelle.

Nel presente Rapporto non viene fatta distinzione tra Case di Cura convenzionate con il Sistema Sanitario Nazionale e Case di Cura non convenzionate: queste ultime sono rappresentate dalla Clinica Villa del Sole e dalla Clinica Ruesh, che per l'anno 2012 è risultata attiva a partire dal 29 maggio; pertanto, nell'analisi per luogo del parto, le strutture assistenziali sono state suddivise in due sole categorie: pubbliche e private.

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 regionale²: per le province di Caserta, Avellino, Benevento e Salerno è prevista una sola ASL, per la provincia di Napoli le ASL sono tre.

² La L.R. n. 16 del 28.11.2008 “Misure Straordinarie di Razionalizzazione e Riqualficazione del Sistema Sanitario Regionale per il Rientro dal Disavanzo” prevede, all'art. 2 comma 1 lettera b, che “entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale definisce le procedure per l'attuazione del processo di razionalizzazione delle Aziende sanitarie locali, che deve completarsi entro il 30 giugno”.

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 2012 è stata completata il 31/07/2013.

Entro tale data, alla Sezione di Igiene del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università Federico II di Napoli sono pervenuti 56.663 CedAP compilati da 70 centri nascita campani. L'Ospedale SS. Annunziata, centro di terzo livello, chiuso nel corso dell'anno, non ha inviato i dati CedAP relativi ai propri nati per cui, nell'elaborazione del presente rapporto, la suddetta struttura non viene considerata. Le schede inutilizzabili, a causa dei dati incongruenti o incompleti o perché risultate duplicate sono state 180, in diminuzione rispetto agli anni precedenti.

La copertura del sistema, calcolata confrontando il numero di nati vivi da madri residenti risultante dai CedAP con il dato Istat per il 2012, è pari al 98,2% (Tab.1). In tutte le province si è verificato un miglioramento: a Napoli la copertura attualmente è del 100%, a Salerno del 97,2%, a Benevento del 94,4%, ad Avellino del 97,2%, a Caserta del 93,3%. 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 2012 sono stati notificati nei CedAP 203 casi di malformazioni.

4. Formazione e aggiornamento degli operatori

La sorveglianza della natalità, basata sui dati CedAP ha avuto inizio in Campania nel 1998³ 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

³ Delibera Regionale n. 5426/96, BURC 58/96.

al dettato ministeriale⁴ 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 SEP coinvolti nella sorveglianza; sono stati organizzati corsi di epidemiologia perinatale nei distretti sanitari delle province campane e in tali occasioni è stato fornito materiale didattico e sono state discusse linee-guida e percorsi metodologici dell'attività di sorveglianza^{5,6}. 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 perinatale⁷, come già sperimentato in altre realtà⁸. Inoltre, il coinvolgimento dei Consultori Familiari nella sorveglianza epidemiologica della natalità, potrebbe contribuire alla continuità delle cure nel percorso nascita.

⁴ Decreto Ministero della Salute, n. 249, 16 luglio 2001, n. 249; LG 19-12-2001.

⁵ Guida alla compilazione, archiviazione, elaborazione ed utilizzo dei dati di natalità. A cura di R. Arsieri, A. Pugliese e M. Saporito. Coordinamento di M. Triassi, Napoli 1998.

⁶ 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*

Le relazioni dei Corsi sono disponibili sul sito INTERNET www.cedapcampania.org.

⁷ Registri attivi in Campania: difetti congeniti, cardiopatie congenite, malattie rare, infezioni congenite, ipotiroidismo malattie metaboliche.

⁸ Salmaso L. et al.: *Epidemiol. Prev.* 2006 May-June, 30 (3): 178/90. "How current data can guide mother-infant health planning. An insight into data sources".

RISULTATI

1. Contesto socio-demografico: fecondità e natalità nelle Regioni Italiane

Al 1° gennaio 2013 i residenti in Italia risultano 59.685.227 di cui 4.387.721 stranieri (7,4 ogni 100 residenti, contro il 6,8% dell'anno precedente). Rispetto al 1° gennaio 2012, complessivamente si osserva un incremento di 291.020 unità (+0,5%) anche se si conferma la tendenza alla diminuzione delle nascite, già osservata negli anni 2009-2011. Infatti nel 2012 le nascite sono state 534.186, di cui l'81% nati da madri italiane e il 19% da madri straniere, 12.399 in meno rispetto all'anno precedente (-2,3%). La Campania conta 5.769.750 residenti, che rappresentano il 9,6% dei residenti in Italia. I nati da genitori residenti sono 54.839, pari al 10,2% dei nati in Italia nel 2012. Gli stranieri residenti sono 170.938, pari al 3% del totale dei residenti in Campania. I 3.292 nati da madre straniera, rappresentano il 6% del totale di nati in Regione. Come negli anni precedenti rispetto al dato nazionale e alle altre Regioni Italiane, la Campania ha un numero di donne in età feconda, un tasso di natalità tra i più elevati, e un basso indice di vecchiaia (Tab. 3 e Fig. 3). I residenti da 0 a 14 anni sono 929.113, il 16% dei residenti, laddove la proporzione nazionale è del 14%. Cambia in Campania il segno del saldo migratorio totale: dal -1,5‰ del 2011 al +0,5‰ nel 2012 (Fig. 1). Nell'insieme, quindi, il Sud acquista popolazione, presumibilmente a seguito dell'aumento delle migrazioni dall'estero e dei nati di cittadinanza straniera (figli di genitori entrambi stranieri residenti in Regione). In riferimento invece alla sola dinamica naturale, il tasso di crescita naturale che permane negativo in gran parte delle regioni, in Campania è sceso dall'1,5 del 2011 allo 0,4 del 2012, avvicinandosi per la prima volta a una condizione di crescita zero.

Negli anni 2007-2012⁹, il numero medio di figli per donna (TFT), comprese le straniere, è salito in Italia da 1,35 a 1,42 figli. Il Nord con un TFT di 1,48 è la macroarea italiana con la più alta fecondità, il Centro registra un valore pari a quello nazionale, mentre il Mezzogiorno registra un valore del 1,33. In Campania, dove il TFT è sceso da 1,43 del 2011 a 1,39 del 2012, si rileva per la prima volta un valore inferiore alla media nazionale⁹ con uno scarso contributo delle straniere alla fecondità regionale: 6% a fronte di percentuali che nel Centro-Nord variano dall'11% al 24%. Nello stesso periodo il tasso di natalità è dimi-

⁹ Istat. I. Istat: il tuo accesso diretto alla statistica Italiana. Roma. (<http://dati.istat.it/>).

nuito in Italia dal 9,5‰ al 9,0 ‰, il livello più basso mai registrato; in Campania dal 10,7‰ al 9,6‰¹⁰.

Tra le Province Campane il tasso di natalità è più alto nelle province di Napoli (10,5‰) e Caserta (9,7‰), che presentano un'età media al parto di 30,5-30,8 anni. Al contrario, dove il tasso è più basso, nelle province di Salerno (8,9‰), di Avellino (7,8‰) e Benevento (7,4‰), si registra un'età materna al parto più alta, rispettivamente di 31,4 e 31,6 e 32 anni. A partire dal 2009 si rileva un calo delle nascite in tutte le aree del Paese, mentre 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 2000-2012. In Campania è evidente una progressiva diminuzione dei nati con un calo complessivo pari al 16,7%, mentre per la Lombardia la curva continua a salire fino al 2010, si stabilizza nel 2011 e inizia a scendere nel 2012 con un decremento di nati pari a circa -6% negli ultimi due anni. La diminuzione delle nascite, se in parte è da attribuire all'uscita dall'esperienza riproduttiva del baby boomers, ovvero la generazioni di donne nate a metà degli anni 60, va soprattutto inquadrato nell'attuale congiuntura economica sfavorevole che sta agendo nel verso di una procrastinazione delle nascite sia per le donne italiane che per le donne straniere¹¹, per problemi di sostenibilità economica ed organizzativa¹².

Il Tasso di Fecondità Totale nell'Unione Europea è costantemente diminuito dalla metà del 1960 fino alla fine del secolo. Tuttavia, negli ultimi anni il TFT è leggermente cresciuto in molti Stati membri passando da un minimo di 1,46 nel 2002 a 1,57 nel 2011. Il lieve aumento del TFT osservato negli ultimi anni può, in parte, essere attribuito a un processo di catching-up a seguito di una cultura generale orientata al rinvio della riproduzione. Quando le donne partoriscono più avanti negli anni, il Tasso di Fecondità Totale tende a diminuire in un primo momento, prima di un successivo recupero. Nel 1980, il divario tra il tasso più alto (3,2 nati vivi per donna in Irlanda) e il tasso più basso (1,5 nati vivi per donna in Lussemburgo) è stato di 1,7 nati vivi per

¹⁰ Istat. Indicatori demografici. Stime anno 2012. (<http://dati.istat.it/>).

¹¹ Istat. Natalità e fecondità della popolazione residente - anno 2012. 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 (9928:1546-7).

donna; nel 1990 la differenza era diminuita a 1,1 nati vivi per donna, e nel 2011 si è ridotto ulteriormente a 0,8 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. Negli ultimi tre anni i nati da genitori entrambi stranieri sono aumentati di 2.800 unità. Nel solo 2012 sono stati circa 80 mila pari al 15% del totale dei nati in Italia. Se a questi si aggiungono i nati da coppie miste si registrano circa 107 mila nati (20,1% del totale delle nascite) che compensano quasi per intero il saldo naturale negativo della popolazione italiana¹¹. Il contributo alla natalità è maggiore nelle regioni del Nord dove risiede il 61,8% della popolazione straniera complessiva, rispetto al Centro (24,2% degli stranieri residenti) e al Sud (14%)¹⁴; il TFT delle straniere è più alto nelle regioni del Nord (2,48 figli per donna) e più basso al Sud. In Campania il TFT delle cittadine straniere è 2,1 figli per donna e ciò è dovuto al fatto che il Sud in generale e la Campania in particolare, non sono in grado di accogliere e dare stabilità a un elevato numero di migranti, con conseguente basso contributo da parte delle straniere al bilancio riproduttivo della Campania. Per i prossimi anni, in considerazione di fattori contingenti, quali la congiuntura economica sfavorevole in Italia e i cambiamenti socio-politici nei paesi con attuale forte pressione migratoria, è difficile stabilire in quale misura le immigrate potranno mutare il quadro demografico italiano. Le immigrate tendono ad assumere comportamenti riproduttivi analoghi a quelli del paese ospitante, infatti, nel periodo 2008-2012, si assiste ad un calo della fecondità da 2,65 a 2,37, ed allo spostamento in avanti dell'età materna al parto da 27,5 a 28,4 anni¹⁵. Le dinamiche demografiche positive del Nord-Europa e della Francia, paesi in cui vige un solido sistema di welfare a sostegno della genitorialità e in cui c'è una forte attenzione alla promozione dell'istruzione e all'entrata nel mondo del lavoro delle donne, suggeriscono che esiste una relazione tra contesto socio-economico e tendenza alla riproduzione.

2. Mortalità feto-infantile

In figura 5 sono riportati alcuni tassi regionali di natimortalità, mortalità neonatale e mortalità post-neonatale registrati dall'Istat nel 2011. Il tasso di natimortalità in Campania con-

¹³ Eurostat 2013 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/main_tables).

¹⁴ Istat. Annuario Statistico Italiano 2013: capitolo 2 -Popolazione

¹⁵ Istat. Anni 2008-2012. Natalità e Fecondità della popolazione residente.

tinua ad essere tra i più bassi in Italia, a conferma di una tendenza documentata a partire dal 2005; tuttavia, come anche per altre regioni italiane, si rileva una discordanza in difetto dei tassi riportati dall'Istat rispetto a quelli calcolati con i dati CedAP. Questa differenza potrebbe derivare dalle caratteristiche dei flussi informativi.

I tassi di mortalità neonatale (1° mese di vita) sono invece in Campania più alti rispetto a quelli della Lombardia e del Lazio e a quelli medi italiani (Fig. 6). Nonostante si continui ad osservare una significativa e costante riduzione dei tassi di mortalità infantile in tutte le macroaree (Nord, Centro e Mezzogiorno), permangono disparità geografiche tra Nord e Sud che rappresentano una delle più gravi disuguaglianze esistenti nel nostro Paese. Studi di sorveglianza sugli esiti dei neonati di peso molto basso alla nascita (VLBW) confermano in Campania tassi di mortalità neonatale superiori a quelli nazionali, come documentato dal Vermont Oxford Network, organismo internazionale che si occupa della raccolta di dati clinici relativi a neonati estremamente prematuri e di cui fa parte l'Italian Neonatal Network¹⁶.

**Tassi di mortalità ospedaliera nei VLBW, anno 2012
(Vermont Oxford Database)**

Classi di peso (grammi)	Campania		Network Italiano (INN)	
	Nati	% deceduti	Nati	% deceduti
< 501	16	93,8	153	79,1
501-750	55	58,2	609	46,1
751-1000	95	23,2	869	14,3
1001-1250	96	6,3	994	4,6
1250-1500	158	2,5	1527	2,4
Totale	420	18,8	4152	14,7

3. Nati da cittadini immigrati

In tabella 4 è presentata la distribuzione dei paesi di provenienza delle madri e dei padri stranieri emersa dall'analisi dei dati CedAP: si segnala che sono stati esclusi dall'analisi 155 casi di donne provenienti da paesi a basso flusso migratorio. Come si osserva, nel 2012 i nati in Campania da madri straniere, provenienti da paesi a forte pressione migratoria,

¹⁶ Vermont Oxford Network, database 2012.

sono 3.473, il 6,4% dei nati in Campania. Il 54,7% delle partorienti proviene da nazioni del continente europeo: tale percentuale è in prevalenza dovuta all'apporto delle rumene (26,4% del totale), mentre è stabile quella delle madri provenienti dall'Africa (12%). Il numero assoluto di madri è superiore a quello di padri per ogni nazionalità di provenienza (Fig. 8). Nel 58,8% dei casi i nati hanno entrambi i genitori con la cittadinanza straniera, nel 35,7% la madre è immigrata e il padre italiano e nel 5,4% la madre è italiana e il padre immigrato (Fig. 9). Ha un partner italiano il 45,4% delle madri immigrate da paesi europei, mentre molto più basse sono queste percentuali per le madri asiatiche (21,4%) e per le madri africane (16,5%). Solo una minoranza di madri italiane (157, pari allo 0,34%) ha un partner proveniente da paesi a forte pressione migratoria. La distribuzione percentuale per gruppi di età, riportata dall'Istat, indica tra le donne immigrate maggiori proporzioni di donne in età feconda (Fig. 10).

L'analisi dei CedAP relativa ai nati da donne immigrate mostra che l'età media al parto è 33,6 anni per i padri e 28,6 per le madri. Una differenza di età superiore a 10 anni tra padre e madre si riscontra in 438 su 2.401 (18,2%) nati da coppie in cui almeno uno dei genitori è immigrato. Tale evenienza è più frequente quando il padre è italiano e la madre immigrata (257 su 438 casi), meno frequente in caso contrario (12 su 438 casi), e si verifica in 169 casi su 438 se ambedue i genitori sono immigrati.

Il TFT delle donne immigrate in Campania è 2,1 vs 1,37 delle donne campane. La tabella 5 riporta, per i soli nati singoli, alcune caratteristiche materne e neonatali per cittadinanza materna. Si evidenzia che: le madri straniere in Campania nel 77,8% dei casi hanno un'età tra i 20-34 anni, non sono coniugate nel 37,5% dei casi vs il 14,3% delle madri italiane e hanno un livello di istruzione medio-basso nel 57,2% dei casi vs il 35,3% delle donne italiane. Le nascite da adolescenti per le immigrate sono circa 1 su 20 rispetto a 1 su 30 delle italiane, mentre sono meno frequenti le nascite dopo i 34 anni (17,1% vs 25,8%).

In poco più della metà dei casi, sia le donne immigrate che italiane hanno un figlio unico (primo ordine di nascita 51,9% e 51,3%), mentre tra le donne immigrate si osserva una maggiore prevalenza di nati pretermine (6,5% vs 5,9% delle italiane), di nati con basso peso (7% vs 5,6%) e un più elevato tasso di natimortalità (0,6% vs 0,3% delle italiane). Il tasso di gemellarità è pari al 2,8% per le immigrate vs il 3,5% per le italiane.

Alcuni indicatori dell'assistenza alla gravidanza e al parto evidenziano differenze significative tra immigrate e campane: tra le donne immigrate sono maggiori le percentuali di

inizio tardivo delle cure, 22,9% vs 9,6% delle italiane (Tab. 5); il numero medio di eco-grafie è inferiore a quello delle italiane, 5,3 vs 6,2 (Tab. 16). Riguardo alla tipologia della struttura di assistenza al parto, le immigrate partoriscono soprattutto nelle strutture pubbliche (74,3%); esse rappresentano l'8,9% del totale nelle strutture pubbliche e il 3,7% in quelle private (Fig. 18).

In Italia gli stranieri residenti all'1-1-2013 ammontano a 4.387.721 con un incremento di 334.000 rispetto alla rilevazione del 2012. Essi rappresentano il 7,4% del totale dei residenti e la loro distribuzione percentuale, 61,8% al Nord, 24,2% al Centro, 14% nel Mezzogiorno, rispecchia la differente possibilità di trovare lavoro nelle tre macroaree e di stabilizzarsi in esse. Alla stessa data sono residenti in Campania 170.938 stranieri, che rappresentano il 3% della popolazione residente, ma si registra un incremento del flusso rispetto all'anno precedente pari al 12,5% ed ancora superiore per le femmine, che sono il 56,8% degli stranieri residenti in Campania. Dei 170.938 stranieri, circa la metà (48,4%) risiede nella provincia di Napoli, dove esistono maggiori possibilità lavorative nei settori del commercio e dei servizi¹⁷, nelle province di Salerno e Caserta il 22,4% e il 19,4% mentre 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%)¹⁸.

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. Nel 2012 rispetto al 2011, in Campania si è osservato un aumento della proporzione di nati dalle coppie miste, composte da madre immigrata e padre italiano (35,9 vs 32,9%) e un lieve decremento dei nati da ambedue i genitori immigrati (58,8 vs 60,4) (Fig. 9). I nati, di cui è nota la nazionalità di entrambi i genitori con almeno uno di essi straniero, sono 2891 pari al 5,2% del totale dei nati in Campania. Tale dato è in linea con la percentuale rilevata per tutte le regioni del Mezzogiorno (5% al Sud e 4,6% nelle Isole). A livello Nazionale, negli ultimi due anni, questa componente mostra una certa stabilità dopo anni di crescita costante dovuta soprattutto al-

¹⁷ Istat. La Popolazione Straniera Residente in Italia –Bilancio-anno 2012. Roma, 26 luglio 2013. (<http://www.istat.it>).

¹⁸ Istat. Cittadini non Comunitari regolarmente soggiornanti-Tavole anno 2012-2013. Roma, 30 luglio 2013. (<http://www.istat.it>).

l'andamento dei matrimoni misti¹⁹. Le donne immigrate non riescono a fruire di un'assistenza sanitaria adeguata per vari motivi, che vanno dalla difficoltà di accesso ai servizi, la cui disponibilità non sempre tiene conto della possibilità delle lavoratrici di assentarsi dal lavoro, ai problemi di comunicazione, alla carenza della rete familiare. Le immigrate, nonostante la più giovane età, si configurano come un gruppo sociale più vulnerabile delle donne campane, con bisogni di salute concentrati nel momento riproduttivo, come testimoniano i peggiori esiti delle gravidanze: eccesso di nati morti, di nati pretermine e di nati con basso peso (LBW). 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 tre 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 straniere²⁰.

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 dedicati²¹. 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 regionale^{22,23}.

¹⁹ Istat. Natalità e fecondità della popolazione residente - anno 2012. Roma, 27 novembre 2013. (<http://www.immigrazione.it/docs/2013/rapp-istat-27-11-2013.pdf>).

²⁰ 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.

²¹ P. Castagna, L. Guarnieri, G. Lorido, A. Franco, G. Notorio, R. Buondonno. VIII Report - Servizio Attività Sociosanitarie Cittadini Immigrati Napoli 2010.

²² 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.

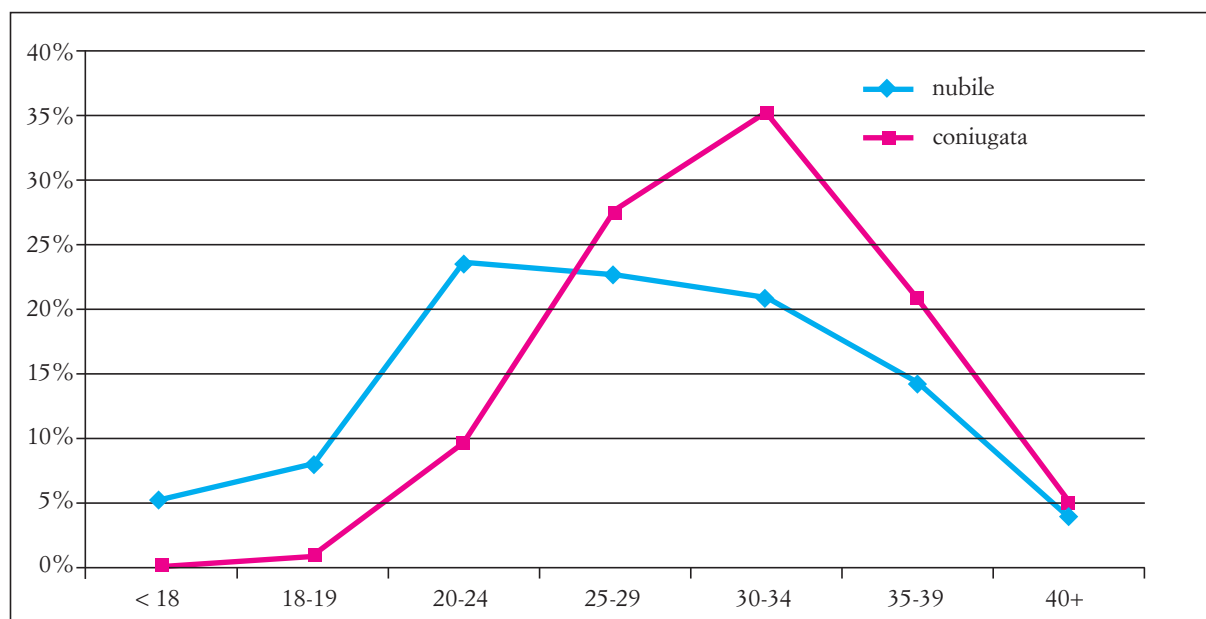
²³ R. Papa, Dati del Dipartimento Materno-Infantile, ASL Napoli 1 Centro, 2011.

4. Caratteristiche socio-demografiche dei genitori

4.1. NATI PER STATO CIVILE DELLA MADRE

Dal 2006 al 2012 i nati da donne coniugate sono diminuiti dall'89,6% all'82,6%, i nati da donne nubili sono aumentati dall'8,9% al 15,5%, sono invariate le percentuali di nati da donne separate, vedove e divorziate (Tab. 6). Il 62% delle madri nubili risiede nelle ASL di Napoli Centro e nelle ASL della Provincia di Napoli, il 18% nella provincia di Salerno, il rimanente 20% si distribuisce nelle province di Caserta, Avellino e Benevento. Come esposto nel grafico sottostante, al confronto con le coniugate, le madri nubili hanno un'età media inferiore (27,6 anni vs 31,1 delle coniugate) con proporzioni più elevate di minorenni (5,5% vs 0,2%) e di adolescenti (8,0% vs 0,9%), e proporzioni più basse di madri in età superiore ai 39 anni (4,2% vs 5,2%).

Distribuzione per gruppi di età di madri nubili e coniugate, anno 2012 (dati CedAP)



Tra le madri nubili, per tutti gli anni analizzati emerge una rilevante quota, pari a circa l'8%, di donne con un livello di istruzione molto basso, non superiore ai 5 anni di studio (Fig. 11). In esse è più raro il ricorso alle procedure invasive di diagnostica prenatale (Tab. 18) ed è maggiore il rischio di partorire un nato morto o un nato di basso peso (Tabb. 21,

27). L'evoluzione di alcune caratteristiche relative ai nati da madri nubili è descritta nella tabella sottostante.

Dati relativi ai nati da madri nubili in Campania, anni 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Nati da nubili (%)	10,5	11,2	12,5	14,1	15,7
Scolarità materna ≤ 5 anni (%)	8,3	7,7	8,2	8,1	8,4
Diagnosi prenatale invasiva (%)	11	10,9	10,9	10,6	10,4
Tasso di natimortalità (‰)	2,6	4,2	3,4	3,9	2,8

La quota di nati da madri nubili cresce in Campania ma molto più lentamente rispetto al Centro-Nord, dove ha raggiunto il 30%. Certamente influiscono sul fenomeno gli atteggiamenti tradizionali nei riguardi del matrimonio, che mantengono alla Campania il primato del maggiore tasso di nuzialità tra le regioni italiane (Campania 4,3%, Italia 3,5%)²⁴. Persiste nella Regione, anche nel 2012, la condizione di maggiore fragilità e disagio sociale delle madri nubili rispetto alle coniugate, con una più alta proporzione di madri adolescenti e minorenni, un livello di scolarità più basso, la loro maggior presenza in quartieri più degradati e esiti perinatali peggiori.

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

Nelle tabelle 7 e 8 è descritta la distribuzione dei nati per livello di istruzione materna e paterna: la percentuale di nati da madri con istruzione inferiore o uguale a 8 anni è del 37,1%, di cui il 12,2% solo con istruzione elementare. La figura 12 mostra l'andamento temporale del livello di istruzione dei genitori dal 2008 al 2012: nel periodo in oggetto la percentuale di nati da madri con 8 anni di scolarità o meno si è ridotta dal 42% al 37,1%. Le madri con il più basso livello di istruzione si riscontrano nelle ASL Napoli Centro e Napoli Nord: rispetto alla media regionale, nel capoluogo si riscontrano maggiori percentuali di madri sia con livello di istruzione basso sia di laureate. Nelle ASL di Avellino, Benevento e Salerno si riscontra un maggior livello di istruzione medio alto.

²⁴ Istat. Indicatori di nuzialità. Stime anno 2012.

Il livello di istruzione dei padri è migliorato, ma è ancora molto alta la quota (40,1%) di nati da padri con 8 o meno anni di scolarità. I nati da ambedue i genitori con scolarità uguale o inferiore a 5 anni sono diminuiti passando da 1.079 nel 2007 a 734 nel 2012.

Il 38% delle madri e l'83,7% dei padri risultano occupati, con percentuali maggiori di occupati ed occupate nelle province di Avellino, Benevento e Salerno e di non occupati e non occupate nel napoletano (Tabb. 9 e 10).

Nella figura 13 sono confrontate le ASL campane in relazione al numero di nati per anno e a due indicatori di disagio sociale: istruzione materna e occupazione paterna. Nei territori delle ASL di Napoli e della sua provincia e nella provincia di Caserta si rilevano proporzioni maggiori di madri con basso livello di istruzione e di padri non occupati.

In Campania il livello di istruzione dei genitori sta lentamente migliorando, ma persiste un differenziale negativo rispetto alle regioni settentrionali: il dato di maggior rilievo è l'alta percentuale di madri con bassa scolarità (37,1%), caratteristica, come è noto, associata a peggiori esiti perinatali.

La percentuale di padri e ancor più di madri occupate continua ad essere ai livelli più bassi del paese. Nella popolazione delle periferie napoletane²⁵ e in quella residente nel territorio dell'ASL Napoli Nord si raggiungono i più alti livelli di disagio sociale. In quest'ultima i dati CedAP evidenziano tassi di disoccupazione materna e paterna e percentuali di madri adolescenti e di madri con il più basso livello di istruzione superiori alla media regionale. Si sottolineano anche le alte proporzioni di nati pretermine e/o con basso peso alla nascita in questi territori.

4.3. NATI PER CLASSE DI ETÀ MATERNA E PATERNA

Nel 2012 i nati da madri di età inferiore a 20 anni sono stati 1.661, il 3,1% del totale, di cui il 52,8% costituito da minorenni. Rispetto al 2011 i nati da ambedue i genitori di età inferiore a 20 anni sono aumentati, passando da 245 a 270, e di questi 44 sono nati da genitori entrambi minorenni. L'analisi disaggregata per ASL (Tab. 11) conferma, anche per il 2012, la presenza di una maggiore percentuale di madri adolescenti, in particolare di minorenni, nelle ASL di Napoli e provincia. Dal 2008 al 2012 la percentuale di nati da madri di età tra i 20 e i 29 anni scende dal 40,7% al 38,7%, mentre sale da 52% a 53% quella dei nati

²⁵ "Profilo di comunità della città di Napoli 2006" a cura del Centro Interistituzionale per l'integrazione socio-sanitaria, Phoebus Edizioni, Napoli 2007.

da madri di 30-39 anni e da 4,2% a 5,2% 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 2008-2012 (Fig. 14) indicano fino al 2010 un modesto decremento della proporzione di nati da madri di 20-29 anni e un lieve incremento dei nati da madri di età più avanzata; nel periodo 2011-2012 si osserva, invece, una stabilizzazione del dato.

L'età media al parto (30,6 anni) e l'età media al primo figlio (29 anni) risultano stabili; per le cittadine immigrate l'età media al parto è di 28,6 anni. L'età media dei padri è risultata di 34,0 anni, mentre fanno registrare un'età superiore a 50 anni 412 padri e 31 madri.

In Europa il range dell'età media al parto varia dai 27 anni di Romania e Bulgaria ai 31 di Germania, Danimarca, Irlanda²⁶. In Italia, nel 2012, l'età media al parto è pari a circa 31 anni sia nel Centro-Nord che nel Mezzogiorno. Si conferma anche per il 2012 il valore più basso della Campania, pari a 30,6 anni²⁷.

Ormai anche nel Sud e in Campania le donne tendono a procrastinare le nascite verso età più avanzate, ma con maggiore lentezza rispetto alle altre regioni: il dato è coerente con la minore percentuale di donne occupate. La proporzione di nati da madri adolescenti, pur a tassi stabili (3%) è superiore a quella nazionale (1,7%) ed è maggiore nelle ASL del capoluogo regionale e della sua provincia; anche questo è un indicatore della concentrazione di rischio sociale presente in particolare nei quartieri più degradati dell'area metropolitana.

5. Gravidanza

5.1. ANAMNESI OSTETRICA: ORDINE DI NASCITA, ABORTIVITÀ

La tabella 12 riporta la frequenza dei nati per ordine di nascita e per residenza materna. I primogeniti sono il 51,6% del totale, i secondogeniti il 35,3%, i terzogeniti il 10,3%, i nati di ordine superiore a 3 sono il 2,8% del totale, il 56,3% dei nati di ordine uguale o superiore al terzo, nasce da una madre con bassa scolarità.

²⁶ Eurostat Statistic Database 2012.

²⁷ NoiItalia 100 statistiche per capire il paese in cui viviamo. Istat 2013.

Le madri di figli primogeniti hanno dichiarato precedenti aborti nel 9,7% dei casi, di cui 89,9% spontanei e 8,4% volontari; nella rimanente percentuale dell'1,7% sono stati riferiti sia aborti spontanei che interruzioni volontarie di gravidanza (IVG). Le madri con uno o più parti pregressi (48,4%) hanno riferito una precedente gravidanza abortiva nel 22,2% dei casi: l'89% ha avuto aborti spontanei, il 6,5% IVG, il 4,5% sia aborti spontanei che IVG.

Progressa abortività per ordine di nascita

	Precedenti aborti	Modalità aborti	
Primo ordine di nascita	9,7%	Aborti Spontanei	89,9%
		IVG	8,4%
		A.S.+IVG	1,7%
Successivi ordini di nascita	22,2%	Aborti Spontanei	89,0%
		IVG	6,5%
		A.S.+IVG	4,5%

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. Rispetto all'abortività, in Campania nel 2012 il tasso di IVG è risultato pari al 6,8‰ donne di età 15-49 anni, (7,8‰ in Italia), con un decremento rispetto al 2011 del 6,9%. La tendenza alla diminuzione del ricorso all'IVG, che si rileva anche a livello nazionale, in Campania potrebbe essere in parte spiegato dal minore numero di immigrate presente in regione. È stato evidenziato infatti che le immigrate hanno in generale, una tendenza al ricorso all'aborto tre volte maggiore rispetto alle italiane²⁸.

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

Nella tabella 13 è presentata l'epidemiologia del ricorso alle cure per settimane di gestazione e ASL di residenza. Complessivamente nel 2012 il 46,4% delle donne ha effettuato la prima

²⁸ 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 2012 e dati definitivi 2011. Roma, 13 settembre 2013.

visita prima dell'ottava settimana, il 43,2% tra l'ottava e l'undicesima settimana e il 10,4% dopo l'undicesima settimana. Si conferma, come per gli anni precedenti, la maggiore percentuale di donne che effettuano tardivamente la prima visita nelle ASL Napoli Centro e Napoli Sud, le percentuali più basse nelle ASL di Caserta, Avellino e Benevento. Rispetto al 2011, è stabile la proporzione di donne che non hanno effettuato visite (3,4%), mentre si osserva una riduzione delle donne che hanno effettuato da 1 a 4 visite (dal 15% al 13,5%) ed un aumento di coloro che hanno effettuato più di 4 visite (da 81,6% all'86,3%).

Il minor ricorso alle visite mediche durante la gravidanza (ritardo della prima visita e insufficiente numero di visite) risulta 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 quattro anni: 6,2 per le italiane e 5,3 per le immigrate (Tab. 16). Rispetto al 2011 risulta leggermente aumentata la percentuale di donne che hanno effettuato più di 6 ecografie (63,4% vs 65,4%); il 9,9% ha effettuato meno di 4 ecografie e di queste il 3,2% ha effettuato un solo esame ecografico. Non hanno effettuato ecografie lo 0,7% delle donne (nel 2011 era lo 0,4%). L'analisi del numero di ecografie praticate per ASL di residenza, mostra valori più bassi della media regionale nelle ASL di Avellino e Benevento. Hanno ricevuto le cure prenatali dopo l'undicesima settimana di gestazione e hanno effettuato meno di tre ecografie in gravidanza 281 donne.

Come negli anni precedenti, il numero medio di ecografie effettuate nelle gravidanze interrotte tra le 28 e 36 settimane è pari a 6 e per quelle a termine è pari a 6,2 simile alla media regionale. Il 98% delle gestanti effettua l'ecografia prevista dopo la 22^a settimana di gestazione.

Da molti anni in tutti i paesi sviluppati si registra un eccesso di visite e di ecografie in gravidanza, senza nessuna evidenza scientifica della loro necessità ed efficacia. Per contrastare questa tendenza, 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 appropriata²⁹. In Italia, il Ministero della Salute con il D.M. 245 del 1998 de-

²⁹ WHO (1985). "Appropriate technology for birth." Lancet, 2,436-7.

finiva gli esami appropriati per il controllo della gravidanza fisiologica indicando un massimo di 8 visite e 3 ecografie³⁰. Il D.M. è stato recepito nella 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. Su questo tema, una ricerca svolta nel 2007 dalla Società Italiana di Statistica³¹ ha messo in evidenza che il contesto, rappresentato dal medico curante e dall’ambiente, giocano un ruolo molto più importante degli aspetti individuali della gravidanza rilevando forti differenze territoriali secondo il tipo di cura che si considera. La maggiore criticità è emersa nel Mezzogiorno, dove è risultato evidente che le cure prenatali sono spesso inappropriate. Tale situazione, come analizzato dallo studio, mette in luce la presenza di una ginecologia basata sulle opinioni personali dei professionisti o sugli interessi economici, piuttosto che sulle conformità a protocolli ufficiali. Oltre a ciò, come emerso anche dai dati CedAP della Campania, sotto il profilo individuale lo studio ha mostrato diseguaglianze nell’accesso alle cure determinate 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”. Nel 2012 si assiste, dunque, ancora a una diffusa medicalizzazione del percorso nascita, in contrasto con quanto suggerito dall’OMS, dalle Società Scientifiche e dalle Linee Guida Nazionali e Regionali^{32,33,34,35,36}, e a difficoltà di accesso alle cure per le fasce sociali più svantaggiate. L’approccio ad un problema di natura così complessa necessita di molteplici interventi e di una sinergia tra diversi attori istituzionali e professionali, al fine di promuovere interventi di sanità pubblica che riducano il fenomeno e recuperino una pratica clinica appropriata.

³⁰ 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.

³¹ 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).

³² 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).

³³ Department of Reproductive Health and Research RHR, World Health Organization, WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model. Gèneva: World Health Organization; 2001. URL: http://www.who.int/rep_reductive_health/publications/RHR_01_30/index.html.

³⁴ Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, PNLG, Linee Guida per la Gravidanza e il Parto, 2010.

³⁵ Registro Campano Difetti Congeniti.

³⁶ Atti parlamentari: Sul Percorso Nascita e Sulla Situazione dei Punti Nascita con riguardo all’individuazione di criticità specifiche circa la tutela della salute della donna e del feto. Documento approvato dalla 12ª Commissione permanente (Igiene e Sanità) del Senato nella seduta del 27 novembre 2012. Relatrici Bassoli e Bianconi.

5.3. DIAGNOSI PRENATALE

L'analisi dei dati CedAP 2012 relativa alla frequenza d'uso di indagini prenatali invasive, ha evidenziato il ricorso ad almeno un'indagine invasiva (amniocentesi, villocentesi o funicolocentesi) nell'11,8% (n = 6.116) delle gestanti: il 95,4% solo amniocentesi, l'1,4% solo fetoscopie/funicolocentesi, il 2,1% solo prelievi dai villi coriali e l'1,1% più di una indagine. La tabella 17 presenta le amniocentesi effettuate per classe di età materna; come atteso si rileva una maggiore proporzione di donne con età superiore a 34 anni che eseguono l'amniocentesi rispetto alle donne di età uguale o inferiore (26,7% vs 6,2%). Anche per le indagini prenatali invasive si osserva una minor ricorso da parte delle donne più svantaggiate socialmente e culturalmente: bassa scolarità, straniere, nubili, senza un reddito sicuro (Tab. 18).

Come negli anni precedenti, dai dati CedAP emerge che in Campania il ricorso a procedure di diagnostica prenatale invasiva è meno frequente dell'atteso. Stimando il numero di donne in età a rischio, pari a 13.079 (25,1% delle gravide), e il numero di donne con anamnesi positiva per difetti congeniti, la percentuale delle amniocentesi effettuate dovrebbe risultare superiore al valore riscontrato (11,4%). Tuttavia i dati disponibili non permettono di stabilire se c'è un difetto di notifica o un reale sottoutilizzo delle procedure invasive di diagnosi prenatale.

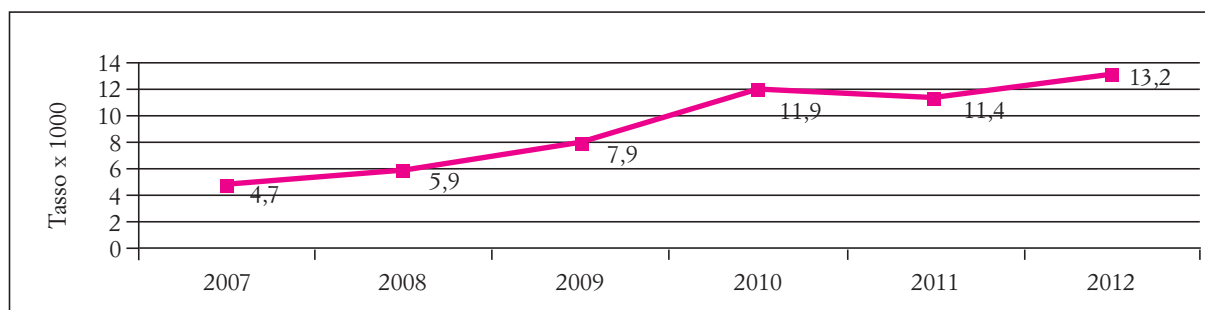
5.4. DECORSO DELLA GRAVIDANZA

Il Sistema di Sorveglianza evidenzia la presenza di un decorso patologico in gravidanza in 1.162 casi, pari al 2,2% del totale, sovrapponibile a quello degli anni precedenti. Nelle gravidanze interrotte prima del termine è indicato un decorso patologico in 447 casi su 3.586 (12,5%). Nei 29 casi esitati in morte fetale è segnalata la patologia in gravidanza in un solo caso (ipertiroidismo).

5.5. NATI DA PROCREAZIONE ASSISTITA (PA)

Nel 2012 i parti da PA sono 688 su 52.154 (13,2‰), di cui 532 singoli (77,3%), 125 bigemini (18,2%), 30 trigemini (4,4%), 1 quadrigemino (0,1%). Si rileva un ulteriore lieve aumento nell'ultimo triennio, dopo il significativo e progressivo incremento degli anni precedenti, come evidenziato dalla tabella che segue in cui sono riportati i tassi per mille degli ultimi sei anni.

Parti dopo procedure di PA, anni 2007-2012



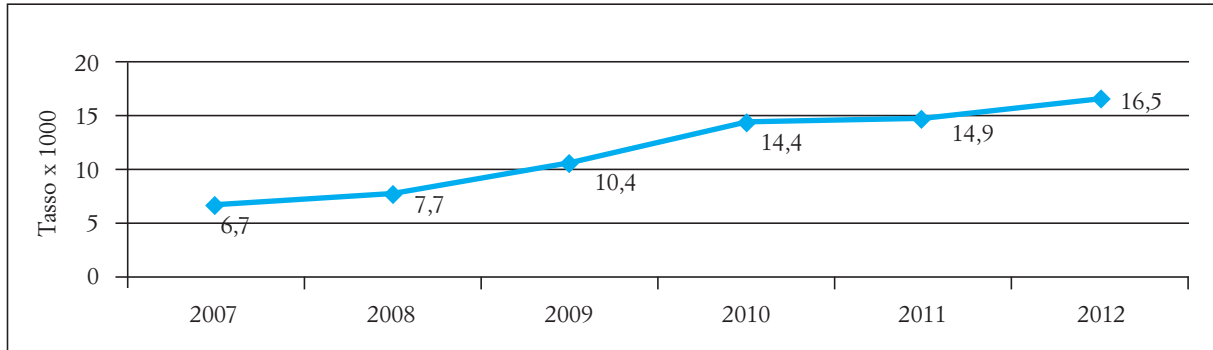
L'età media delle madri è di 33,6 anni e quella dei padri di 36,7 anni; si conferma, come negli anni precedenti, un'età media superiore a quella dei genitori con procreazione naturale, con una tendenza ad un progressivo incremento dell'età. La distribuzione dei parti per età materna mostra una proporzione più elevata nella fascia >34 anni (42,4%). Il livello di istruzione è superiore a otto anni nel 70,6% delle gravide sottoposte a PA, contro il 63,3% delle altre. La proporzione di TC è maggiore nei parti provenienti da una PA rispetto agli altri, anche in ragione dell'alta frequenza di parti gemellari.

Confronto tra alcune caratteristiche nella PA e nella Procreazione naturale

	Età media madri	Età media padri	Madri di >34 anni	Scolarità materna > 8 anni	Parti Gemellari	Nati da TC
Procreazione assistita	33,6	36,7	42,4%	70,6%	21,6%	71,4%
Procreazione naturale	30,5	34,0	25,2%	63,3%	1,7%	58,9%

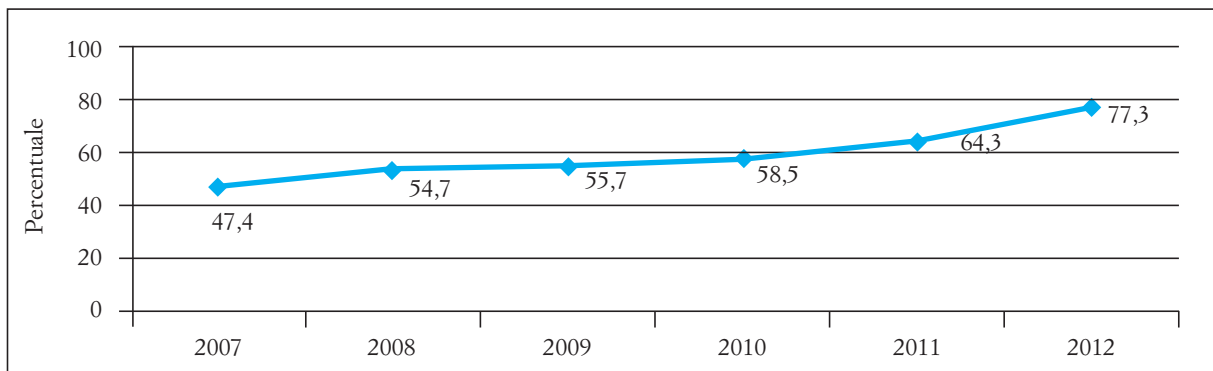
La figura 15 descrive la mobilità intraregionale per ricorso al parto delle donne sottoposte a procedure di PA. Come negli anni precedenti, la maggior parte di questi parti avviene nelle ASL di Caserta e Napoli Centro. Nella ASL di Napoli Centro afferisce un gran numero di donne provenienti da altre ASL, per la concentrazione in parte di strutture di terzo livello. Anche il numero dei nati da PA, valutato a monte della selezione per residenza materna, è in progressivo aumento, più che raddoppiato in sei anni, da 374 (6,7‰ dei nati) nel 2007 a 876/53.157 (16,5‰) nel 2012.

Nati dopo PA, anni 2007-2012



La figura 16 mostra la distribuzione per genere dei nati da PA negli ultimi cinque anni. I parti gemellari sono il 22,7% vs l'1,7% nelle gravidanze naturali; nel 2012 i neonati singoli sono il 77,3% dei nati da PA, in ulteriore progressivo aumento dal 2007; sono, invece, gemelli il 22,7% dei nati da PA, percentuale in decremento rispetto agli anni precedenti, soprattutto per la quota dei trigemini passati dal 11,4% nel 2008 al 4,4% nel 2012.

Nati singoli dopo PA, anni 2007-2012



I nati pretermine da PA sono il 22,6% vs il 5,6% dei nati da procreazione naturale, sono di peso < 2500 grammi il 22,6% vs il 6,4% degli altri. La distribuzione dei nati da PA per provincia di residenza materna non è omogenea; come nel 2011 si osserva una prevalenza maggiore tra le residenti nella provincia di Caserta (31,5‰), rispetto alla media regionale (16,2‰) (Tab. 19).

Nel 2012 si osserva, a differenza degli anni precedenti, che il metodo più utilizzato è la fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma (ICSI 37,5%), seguita

dalla fecondazione in vitro con successivo impianto di embrioni nell'utero (FIVET 36,7%) e dalla stimolazione farmacologica con gonadotropine (diminuita al 19,1% nel 2012). Meno utilizzati sono gli altri metodi: la inseminazione intrauterina (IUI 3,6%) e il trasferimento dei gameti nella tuba di Falloppio (GIFT 3,2%) (Tab. 19).

Lo stato di attuazione della legge sulla procreazione medica assistita in Italia³⁷ fa rilevare al 31/01/2013 la presenza di 40 centri in Campania, che si colloca insieme alla Sicilia (40 centri), al terzo posto dopo Lombardia (60 centri) e Lazio (52 centri). 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. I centri di I livello (solo tecniche di inseminazione artificiale e crioconservazione dei gameti maschili) sono 15 di cui 1 pubblico. Nel complesso dei 40 centri presenti in Campania, 31 sono privati (77,5%). Proprio a causa della scarsa disponibilità di centri pubblici, in Campania nel 2011 il numero di cicli iniziati con tecniche a fresco (FIVET e ICSI) su un milione di donne in età feconda (15-45 anni) è inferiore (3.929) rispetto ai dati riportati dalle regioni del Nord (Lombardia = 7.736) e del Centro (Lazio = 7.282) (Toscana = 9.242). Tuttavia, nel 2011, i Centri campani hanno sottoposto a trattamenti di PA ben 4.230 donne, delle quali l'88,5% con residenza in regione, collocandosi al quarto posto per numero di pazienti dopo la Lombardia (9.884), il Lazio (6.231) e la Toscana (5.154).

In Campania, nel 2012, sono in progressivo aumento i parti dopo PA (13,2‰), sebbene con proporzioni ancora inferiori a quelli registrati in Emilia-Romagna (22‰) o Toscana (24‰). In particolare aumentano i parti singoli dopo PA (77,3%) con percentuale simile alla media nazionale (79,5%): tuttavia, sebbene in netto calo rispetto agli anni precedenti, ancora una volta in Campania, si rileva una percentuale di parti con tre o più gemelli (4,5%), molto più elevata rispetto alla media italiana (1,4%) e questo dato continua ad essere preoccupante poiché le gravidanze plurigemellari espongono a un più elevato rischio di parto pretermine e di esiti neonatali sfavorevoli.

Le donne che si sottopongono alla PA hanno un livello di istruzione di poco superiore a quello delle donne con procreazione naturale. Anche se un maggiore livello di istruzione facilita, in presenza di sub-fertilità, l'accesso al percorso sanitario più idoneo alla realizzazione di un pro-

³⁷ “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 2010)” Roma, 19 luglio 2013.

getto riproduttivo, le forte aspettative di “maternità” spingono le coppie a superare le difficoltà economiche, e a sottoporsi ad una procedura di PA, spesso a pagamento. Anche in Campania l'età media delle donne che accedono alle tecniche di PA è superiore (33,6 anni) a quella delle altre, sebbene risulti ancora inferiore alla media italiana (36,5 anni). Questa caratteristica favorevole dovrebbe dar loro una maggiore probabilità di successo: infatti in Italia le percentuali di esiti negativi (incluse le morti intrauterine) delle gravidanze monitorate per tutte le tecniche di PA è condizionata dall'età materna e varia dal 37,8% nella fascia 40-42, a ben il 55,2% in quella di età superiore a 42 anni. Inoltre in Campania nel 2012 si registra per la prima volta una lieve prevalenza di nati da ICSI (37,5%) superiore a quella dei nati da FIVET (36,7%); potrebbe tuttavia essere presente ancora una notevole sottonotifica di gravidanze ICSI, poiché nei centri italiani che utilizzano le tecniche a fresco è generalmente scelta la ICSI (84%) più che la FIVET (16%). Infine va sottolineato che lo scenario della procreazione assistita sta subendo in Italia notevoli cambiamenti. Infatti, la sentenza n° 151/2009 della Corte Costituzionale³⁸ ha modificato l'articolo 14 comma 2 della legge 40, come segue: “Le tecniche di produzione degli embrioni non devono creare un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario”. Di conseguenza la sentenza sta determinando, anche in Campania, seppure più lentamente rispetto al Nord e al Centro, una riduzione della percentuale di gravidanze plurigemellari, una contrazione dell'applicazione del congelamento degli ovociti ed una diminuzione del numero di embrioni congelati; contemporaneamente si sta osservando un aumento del numero di cicli da scongelamento. Altri problemi restano ancora irrisolti, quali la possibilità di diagnosi genetica nella fase di preimpianto, per le coppie portatrici di anomalie genetiche. Per quanto riguarda la fecondazione eterologa, pure vietata dalla legge 40, si sono aperte invece favorevoli prospettive per le coppie richiedenti, dopo la recente favorevole sentenza della Corte Costituzionale: questa prospettiva potrebbe limitare l'attuale ricorso alla migrazione all'estero delle coppie fermamente intenzionate ad avere un figlio anche ricorrendo alla fecondazione eterologa.

³⁸ <http://www.cortecostituzionale.it>.

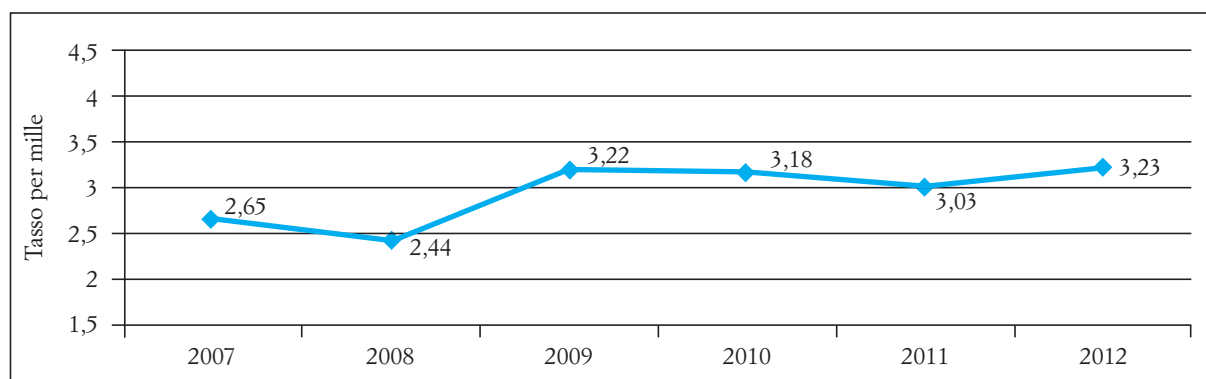
6. Nati per caratteristiche fetali

6.1. NATI PER SESSO E VITALITÀ

Nel 2012 sono stati registrati 56.663 nati, 29.124 maschi e 27.435 femmine. Il sesso non è riportato in 104 schede. Il rapporto maschi/femmine, è pari a 1,07.

In complesso, a monte della residenza materna, nel 2012 i nati morti sono 182 su 56.336. Per 9 nati morti non è nota la residenza della madre oppure la residenza è fuori regione. I dati omessi rispetto alla vitalità sono lo 0,4%; il tasso di natimortalità è 3,23‰, stabile rispetto agli anni precedenti; i nati morti maschi sono 89, le femmine 93 (rapporto M/F = 0,96); i tassi per provincia di residenza materna non mostrano differenze statisticamente significative (Tab. 20).

Tasso di natimortalità in Campania. Dati CeDAP, anni 2007-2012



Tra i nati morti il 40,1% sono a termine e il 13,8% gemelli. La distribuzione per peso evidenzia 53 nati con peso inferiore a 1500 grammi, 41 con peso tra 1500-2499 grammi, 62 con peso compreso tra 2500-3999 grammi e 9 macrosomi. In 17 casi non è stato riportato il peso. Il 46,7% dei nati morti nasce con il taglio cesareo.

Caratteristiche dei nati morti. Anni 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012
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)
A termine	36%	37,8%	35,7%	44,7%	40,1%
Gemelli	10,3%	10,0%	15,2%	6,3%	13,8%
TC	49%	51,3%	52,2%	56,3%	46,7%

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 risultano statisticamente significativi: l'età materna avanzata, la cittadinanza non italiana e il basso livello di istruzione.

Come per gli anni precedenti, la carenza di dati relativi alle malattie materne e fetali nonché al momento della morte (65,9%), non ha permesso di approfondire le cause della natimortalità.

Il tasso di natimortalità è stabile in Campania ormai da alcuni anni, con un valore del 3‰, simile a quello registrato nelle maggiori regioni italiane. 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 diagnostici³⁹ ormai da tempo disponibili.

In particolare viene con maggiore frequenza compilata la cartella neonatale del nato morto⁴⁰ 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 produzione del dato sulla natimortalità, indicatore importante per individuare patologie materne, spesso sconosciute o sottovalutate, che, se adeguatamente individuate e curate, contribuiscono ad evitare la ripetizione dell'evento⁴¹.

Si sottolinea ancora una volta che persiste in Italia il limite per la registrazione di natimortalità, ancora fissato a 180 giorni, entro il quale le perdite fetali sono registrate come aborti spontanei. Per questo motivo il tasso di natimortalità non descrive in maniera accurata il problema delle perdite fetali tardive, poiché i feti, morti tra 22 e 25 settimane, non sono inseriti nel computo della natimortalità, pur trattandosi di perdite fetali potenzialmente evitabili alla luce dei moderni progressi della medicina perinatale; di questi feti non si sa nulla, poiché inseriti nei dati di abortività spontanea che sono poco studiati. Sarebbe quindi opportuno che

³⁹ Baronciani D., Bulfamante G., Facchinetti F. (a cura di) "La natimortalità: un audit clinico e miglioramento della pratica assistenziale" in www.saperidoc.it.

⁴⁰ Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri (9 luglio 1999).

⁴¹ Monari F., Facchinetti F. "Management of subsequent pregnancy after antepartum stillbirth. A review" J. Mater. Fetal Neonatal Med, 2010, Oct; 23(10), 1073-84.

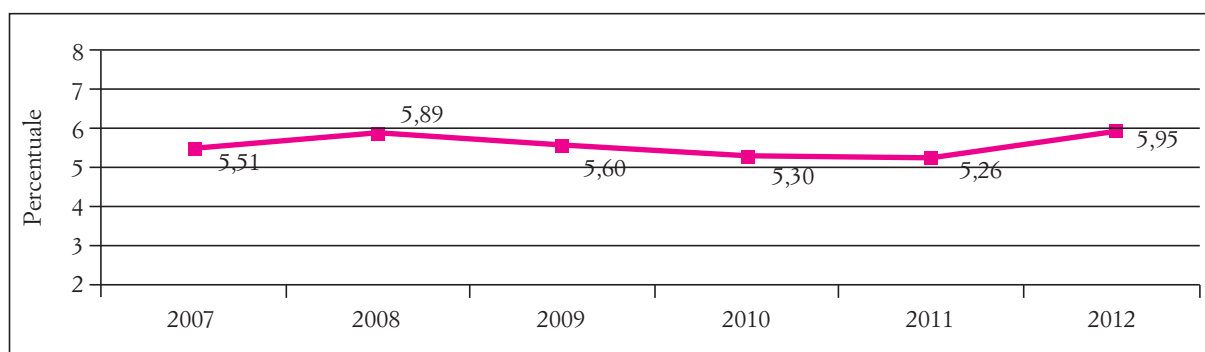
il Ministero della Salute riducesse il limite della registrazione a 22 settimane, come d'altronde avviene in altri Paesi Europei.

6.2. NATI PER CLASSE DI ETÀ GESTAZIONALE

Per l'anno 2012 la percentuale dei dati omessi relativi alla data dell'ultima mestruazione (5,7%) è in calo. Tuttavia, sebbene si sarebbe potuto calcolare l'età gestazionale per ogni singola gravidanza, si è deciso di utilizzare il dato dell'età gestazionale, riportato nel CedAP, per dare continuità al metodo degli anni precedenti.

A monte della selezione per residenza materna, i parti di età gestazionale < 37 settimane sono 3.261 su 54.776 pari al 5,95%, percentuale in lieve incremento rispetto agli anni precedenti.

Parti Pretermine, anni 2007-2012



I nati pretermine sono 3.822 su 56.106, pari al 6,81%, anche in questo caso proporzione significativamente più elevata degli ultimi tre anni.

Nati Pretermine, anni 2007-2012



Parti e Nati Pretermine. Anni 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012
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)
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)

Nel 2012 i parti pretermine singoli sono 2.766 pari al 5,14%, mentre quelli gemellari sono 495 pari al 52,3%.

Numero dei Parti Pretermine per Genere. Anno 2012

	Pretermine	Totale	%
Singoli	2.766	53.830	5,14
Gemellari	495	946	52,3

L'analisi per ASL di residenza materna (Tab. 22) evidenzia che i nati pretermine da madri campane sono 3.614 su 53.575 nati, pari al 6,74%, dato stabile rispetto al passato, con percentuali maggiori nelle ASL di Salerno e Avellino. La proporzione di nati con severa prematurità (< 32 settimane) presenta una sostanziale stabilità (0,9%) rispetto agli anni precedenti, come pure quella dei nati post-termine (1%) che è, come di consueto, inferiore a quella registrata in altre regioni quali il Lazio (1,6%) e l'Emilia-Romagna (1,4%).

La tabella 23 descrive le modalità di parto per età gestazionale e genere dei neonati. La frequenza del TC in tutti i nati singoli è stabile (59,4%), con una proporzione maggiore nei singoli pretermine (64,7%) rispetto a quelli a termine (59,1%). L'89,6% dei gemelli nasce con taglio cesareo.

Nelle età gestazionali molto basse (< 32 settimane) la scelta del taglio cesareo risulta più frequente nelle gravidanze gemellari (81,1%), piuttosto che in quelle singole (56,7%). L'utilizzo del taglio cesareo, rispetto al parto vaginale, nelle gravidanze singole molto pretermine (< 32 settimane) è nel complesso stabile (circa il 55%) negli ultimi anni. Tuttavia il taglio cesareo è maggiormente utilizzato tra 28-31 settimane (66,7%) piuttosto che tra 22-27 settimane (38,3%).

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 (43,9%) seguita dalla 39^a (28,5%) (Fig. 21).

I neonati pretermine con un'età gestazionale compresa tra 34+1 e 36+6 settimane, definiti come "Late Preterm Newborns" (LPN), sono a rischio per esiti sfavorevoli a breve e lungo termine^{42,43}, poichè presentano, rispetto ai neonati a termine, maggiori problemi respiratori e metabolici alla nascita ed esiti sfavorevoli neurosensoriali a distanza. I LPN in Campania sono 2.583 e costituiscono il 5,1% di tutti i nati. Di essi sono singoli 2.128 neonati (74,6%) e costituiscono il 74,7% di tutti i pretermine. La distribuzione per classe di peso mostra che i LPN < 1500 grammi sono il 2,3%, tra 1500 e 2499 grammi sono il 43,8%, superiori a 2500 grammi il 53,9%. La scelta della tipologia del centro nascita è influenzata dall'età gestazionale: infatti il parto degli LPN avviene prevalentemente nei centri di 3° livello a 34 e 35 settimane (34 settimane: 85,5%; 35 settimane: 68,1%) e in quelli di 1° e 2° livello a 36 settimane (57,3%).

Si conferma in Campania una proporzione più bassa di nati pretermine (6,8%) rispetto ai dati riportati in altre regioni italiane: Emilia-Romagna (7,1%), Toscana (7,2%) e Lazio (8%)⁴⁴. Il trend è tuttavia in aumento e il tasso dei parti e dei nati pretermine è il più elevato degli ultimi sei anni. Se confermato nel futuro, il dato 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. In letteratura in realtà è dimostrato un effetto protettivo del taglio cesareo sugli esiti neonatali, in particolare la mortalità, solo tra 22 e 25 settimane⁴⁵, epoca nella quale, invece, in Campania è utilizzato prevalentemente il parto vaginale.

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 ri-

⁴² Engle W.A, et All "Late Preterm Infants: a population at risk" Pediatrics 2007; 120, 1390-1401.

⁴³ Gunay F "Is Late Preterm Birth a risk factor for hypertension in childhood" Eur. J. Pediatr. 2013; Dec 29.

⁴⁴ Regione Emilia-Romagna "9° Rapporto sui dati CedAP" – Anno 2012.

⁴⁵ Malloy MH "Impact of Cesarean Section on Neonatal Mortality rates among very preterm infants in the United States, 2000-2003" Pediatrics 2008, 122 (2), 285-292.

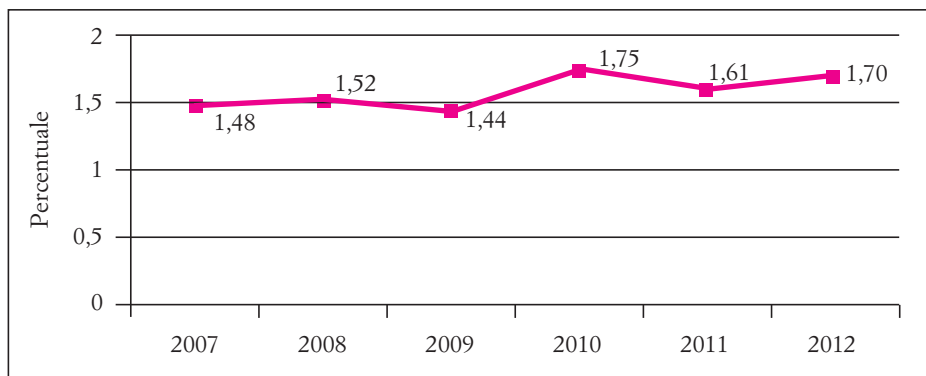
spetto ai suggerimenti scientifici che indicano invece nella 39^a settimana l'epoca più corretta, ai fini di minimizzare il rischio di problemi respiratori nei neonati a termine^{46,47}. La più bassa proporzione di parti post-termine rispecchia, invece, una scelta assistenziale orientata a interrompere la gravidanza con taglio cesareo entro la 41^a settimana.

La proporzione dei "late preterm newborns" (5,1%) è sovrapponibile a quella riportata in Emilia-Romagna (5,2%). 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 939 su 55.149 pari all'1,70% (I.C. 95%: 1,59-1,81), in lieve incremento rispetto al 2011.

Percentuale di Parti Gemellari, anni 2007-2012



Di questi parti 881 sono bigemini, 56 trigemini e 2 quadrigemini. La proporzione dei parti plurimi risulta più alta di quella riportata per l'Italia nel 2010 dal Ministero della Salute (1,6%)⁴⁸.

⁴⁶ Tita AT et All. "Timing of elective repeat caesarean delivery at term and neonatal outcomes" N Engl J Med 2009; 360; 111-20.

⁴⁷ Ehrental 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.

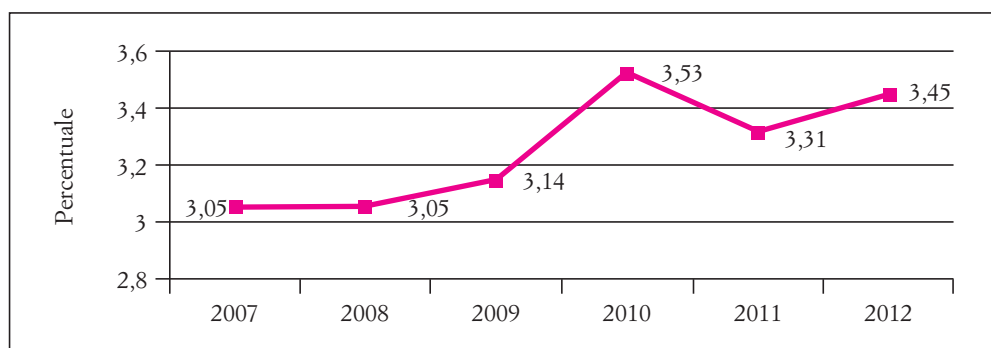
⁴⁸ Ministero della Salute "CedAP-Analisi dell'evento nascita. Anno 2010", luglio 2013.

Nati per genere del parto, anni 2011-2012

Anno	Bigemini		Trigemini		Quadrigeni		Totale	
	N	da PA	N	da PA	N	da PA	N	da PA
2011	865	110 (12,8%)	36	19 (52,7%)	2	1 (50%)	903	130 (14,4%)
2012	881	125 (14,2%)	56	56 (53,6%)	2	1 (50%)	939	156 (17,7%)

A prescindere dalla residenza materna, i nati da parti plurimi sono 1.938 su 56.168 pari al 3,45% (I.C. 95%: 3,30-3,60). L'aumento del numero dei gemelli, registrato a partire dal 2010, si associa al medesimo incremento registrato per le gravidanze da PA.

Percentuale di Gemelli, anni 2007-2012

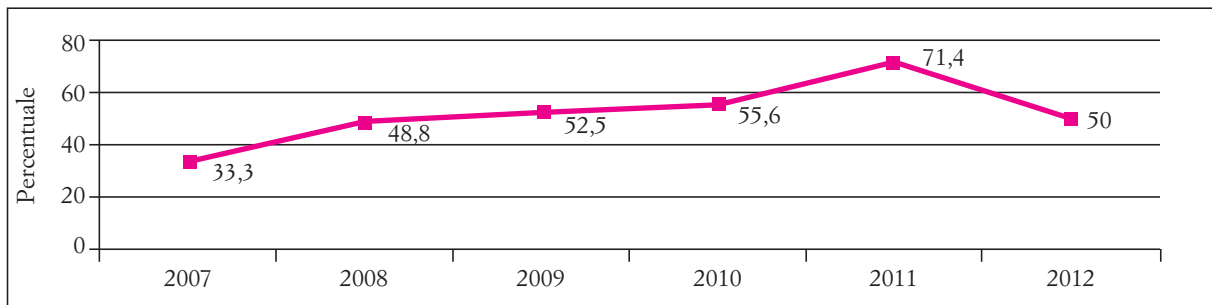


Tasso di parti gemellari e di gemelli; percentuale di gemelli da PA, anni 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012
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)
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)
Gemelli da PA	11,7%	14,5%	17,8%	14,4%	17,7%

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 (89,6%): i gemelli a termine nascono con taglio cesareo nel 92% dei parti, quelli pretermine nell' 87,5% mentre, tra i gemelli nati ad età gestazionale < 28 settimane, è in calo la proporzione di nati con taglio cesareo (50%).

Gemelli di E.G. < 28 settimane, nati con taglio cesareo, anni 2007-2012



La tabella 24 mostra la distribuzione dei gemelli per vitalità e classi di età gestazionale e di peso. Il 46,5% dei gemelli nasce a termine, il 53,6% nasce pretermine; in particolare l'8,5% nasce prima della 32^a settimana e il 45% tra 33 e 36 settimane. L'età gestazionale nella quale nasce il maggior numero di gemelli è la 37^a con 508 nati, pari al 26,3%.

Il 65,1% dei gemelli ha un peso inferiore a 2500 grammi e il 10,6% ha un peso inferiore a 1500 grammi. I gemelli costituiscono il 33,4% di tutti i nati vivi con peso < 1500 grammi (VLBW).

La tabella 25 mostra la distribuzione dei gemelli per presentazione. Conformemente ai dati della letteratura, la presentazione di podice dei gemelli è 5,6 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'1,4% fino al 2009, ha visto un incremento fino all'1,7% negli ultimi tre anni, associabile in buona parte al maggiore ricorso alla PA. 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 riorganizza-

zione 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 alcuni 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 Salute⁴⁹ suggeriscano il parto per via vaginale nelle gravidanze bicoriali biamniotiche, quando entrambi i feti sono in presentazione cefalica. Mancano ancora in letteratura dati certi sulla migliore modalità di parto nella gravidanza gemellare, poiché gli studi sono resi difficili dalle variabili caratteristiche di questo tipo di gravidanza (corionicità, presentazione fetale, ect).

Rispetto agli anni precedenti è inferiore la proporzione di gemelli nati con taglio cesareo ad età gestazionali inferiori a 28 settimane. Tuttavia il dato che il 50% di queste gravidanze gemellari si concludano con taglio cesareo, può essere considerato un indicatore di una maggiore attenzione ostetrica alle gravidanze gemellari che si interrompono molto precocemente.

6.4. NATI PER CLASSE DI PESO

Il peso alla nascita è riportato nel CedAP nel 99,5% dei casi. Il peso medio per i nati singoli maschi è pari a 3.227 ± 527 grammi, per le femmine 3.092 ± 498 grammi.

La distribuzione per classe di peso di tutti i nati, a prescindere dalla residenza materna, è descritta nella tabella che segue

Nati per classe di peso

Grammi	Singoli		Gemelli		Totale	
	n°	%	n°	%	n°	%
< 1000	184	0,30	70	3,6	254	0,45
1000-1499	223	0,40	133	6,9	356	0,64
1500-2499	2.680	5,00	1.045	54,5	3.725	6,66
2500-3999	48.691	90,10	669	34,9	49.360	88,23
≥ 4000	2.245	4,20	2	0,1	2.247	4,02
Totale	54.023	100	1.919	100	55.942	100

I nati con peso inferiore a 2500 grammi (LBW) sono 4.335 pari al 7,75% del totale, di cui 610 (1,09%) con peso inferiore a 1500 grammi (VLBW).

⁴⁹ Ministero della Salute “Taglio cesareo: una scelta appropriate e consapevole”, Roma, 2012.

I nati di peso superiore a 3999 grammi sono il 4,02%, percentuale stabile rispetto agli anni precedenti e sempre inferiore a quella riportata nelle altre regioni italiane (Emilia-Romagna: 6,7%; Toscana: 5,9%; Lazio: 5,3%; Italia 5,3%).

I nati a termine con peso inferiore a 2500 grammi sono, tra i nati singoli, 1.721 su un totale di 50.931 (3,38%) e tra i gemelli 421 su 892 (47,2%).

Nella tabella seguente è riportato l'andamento negli ultimi cinque anni della proporzione dei nati di basso peso (LBW), di peso molto basso (VLBW) e di macrosomi, a monte della residenza materna.

Nati per classe di peso, anni 2008-2011

Classi di Peso (grammi)	2008	2009	2010	2011	2012
< 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)
< 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)
> 3999	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)

La tabella 26 mostra la distribuzione dei nati per classe di peso e ASL di residenza materna. La proporzione di LBW (7,70%) è sovrapponibile a quella degli anni precedenti: si evidenziano solo differenze minime nella distribuzione per provincia di residenza materna (dal 7,3% di Caserta e Benevento, all'8% di Salerno).

Il 91,9% dei VLBW nasce nei 14 centri nascita di III livello forniti di terapia intensiva neonatale: questa quota è sovrapponibile a quella riportata negli anni precedenti e non sembra aver risentito della chiusura di una importante Maternità di terzo livello nel corso dell'anno (Ospedale S.S. Annunziata). La proporzione di VLBW nati e assistiti in centri di terzo livello è di poco superiore nella classe di peso 500-999 grammi (93,6%), rispetto a quella di peso 1000-1499 grammi (91,1%) (Fig. 17).

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 molto giovane o 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, come per la natimortalità, anche in questo caso i vari fattori

di rischio sociale, talora contemporaneamente presenti, potrebbero determinare un' inadeguato accesso alle cure prenatali.

I nati a termine con peso inferiore a 2500 grammi sono tra i gemelli 421 su 892 (47,2%) e tra i singoli 1.721 su 51.064 (3,3%). Tra quest'ultimi, il 9% 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 pari o lievemente superiore (7,75%) a quella riportata in altre regioni italiane (7,1% nel Lazio, 7% in Toscana e 6,7% in Emilia-Romagna^{50,51}). La proporzione di nati pretermine continua invece ad essere inferiore (6,81%) a quella delle altre regioni: questo dato conferma l'ipotesi già documentata⁵² di una maggiore incidenza di nati con ritardo di crescita intrauterina nella popolazione campana. Infatti, 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. In tale contesto l'interazione di fattori di rischio con altri eventi avversi, quali l'obesità e la frequenza di altre malattie croniche, potrebbero determinare la maggiore incidenza di nati con basso peso osservata.

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. Nell'ultimo anno la percentuale di VLBW nati in centri di III livello è stata alta (91,9%), interessando anche la quota di nati con peso estremamente basso alla nascita (< 1000 grammi). Questo risultato è soddisfacente 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. A fronte di questo traguardo raggiunto, persiste il problema del trasferimento di neonati VLBW da centri di III livello, ove correttamente nascono, ad altri centri di pari livello a causa della parcellizzazione dei posti letto, più che per una loro globale carenza. In particolare la chiusura, nel corso del 2012, del reparto di Ostetricia dell'Ospedale S.S. Annunziata, con la permanenza della Terapia Intensiva Neonatale, ha determinato un aumento del numero di neonati VLBW nati in maternità di terzo livello e trasferiti dopo la nascita nelle tre TIN privi di maternità, presenti

⁵⁰ Regione Lazio "Le nascite nel Lazio- Anno 2011".

⁵¹ Regione Emilia-Romagna "La nascita in Emilia-Romagna. 8° rapporto sui dati del CedAP- Anno 2012".

⁵² Lauria L., Saporito M. "Comparison of stillbirth and neonatal mortality in two italian regions: Lombardia and Campania" Epidemiol. Prev., 2004; 28 (4-5); 217.

nella città di Napoli (ospedali: Santobono, Monaldi e, appunto, S.S. Annunziata). I dati del Vermont Oxford Network suggeriscono infatti che questo problema è ancora rilevante, poiché nel 2012 risultano registrati al Network campano, come “outborn”, ben 70 su 420 neonati VLBW (16,7%).

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 16,4% dei gemelli (Tab. 25). Nella presentazione podalica il taglio cesareo è utilizzato nel 94,2% di tutti i nati singoli.

La proporzione della presentazione podalica è inferiore a quella registrata in altre regioni italiane (Lazio 4,7%, Emilia Romagna 4,3%, 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 Salute⁵³ 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.

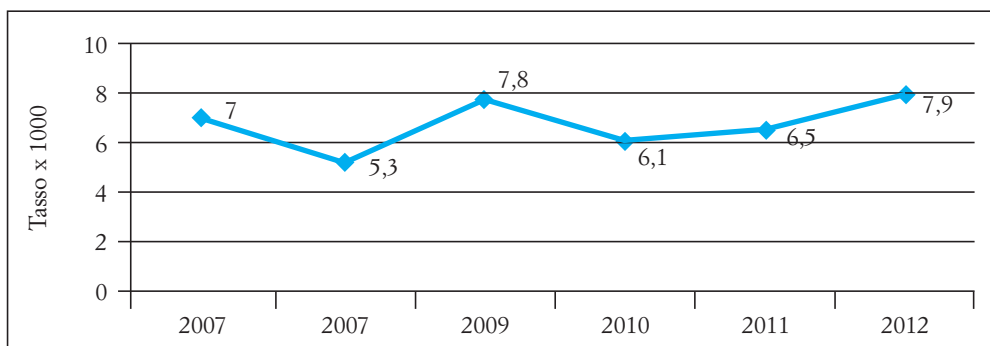
6.6. INDICE DI APGAR A 5 MINUTI

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 2,1‰, di poco inferiore al dato del 2011 (2,5‰); una sofferenza lieve (punteggio 4-6) nel 5,8 ‰ dei nati, percentuale superiore a quella del 2011 (4,1‰). Nel complesso è rilevato un punteggio di Apgar < 7 nel 7,9‰, dato simile a quello riportato negli anni precedenti.

⁵³ Ministero della Salute “Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole”, Roma, 2012.

Percentuale dei nati con indice di Apgar < 7 a 5'



I nati singoli presentano un indice di Apgar < 7 a 5' nel 6,8% dei casi (< 4 nel 2,1 %), i gemelli nel 42,1% (< 4 nel 2,6 %). Un indice di Apgar < 7 a 5', pur in presenza di numerosi dati omessi, è riportato frequentemente nei nati singoli di peso molto basso (299%) e in quelli con età gestazionale < 33 settimane (271%).

I nati singoli a termine in presentazione di vertice, presentano dopo un parto spontaneo, una incidenza di Apgar < 7 del 4,4%, quelli nati dopo taglio cesareo elettivo il 2,3% e quelli nati da cesareo in travaglio del 3,1%.

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 distanza⁵⁴. 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%)⁵⁵ e simile a quella riportata da alcune regioni italiane (Toscana 0,3%, Emilia-Romagna 0,1% e Lazio 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 per il trattamento del neonato asfittico con ipotermia moderata⁵⁶, terapia per la quale esistono ormai dati inconfutabili di efficacia⁵⁷.

⁵⁴ 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.

⁵⁵ Ministero della Salute "CedAP-Analisi dell'evento nascita. Anno 2010", luglio 2013.

⁵⁶ 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.

⁵⁷ 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.

7. Caratteristiche dei parti

7.1. MOBILITÀ INTRA ED EXTRAREGIONALE PER IL PARTO

Nel 2012 i nati in Regione Campania, compresi i nati morti, sono risultati 56.663, di cui il 3,5% (n = 1.995) nati da madri non residenti. I CedAP in cui manca ogni indicazione relativa alla residenza materna sono 623, valore lievemente inferiore al 2011 (n = 670).

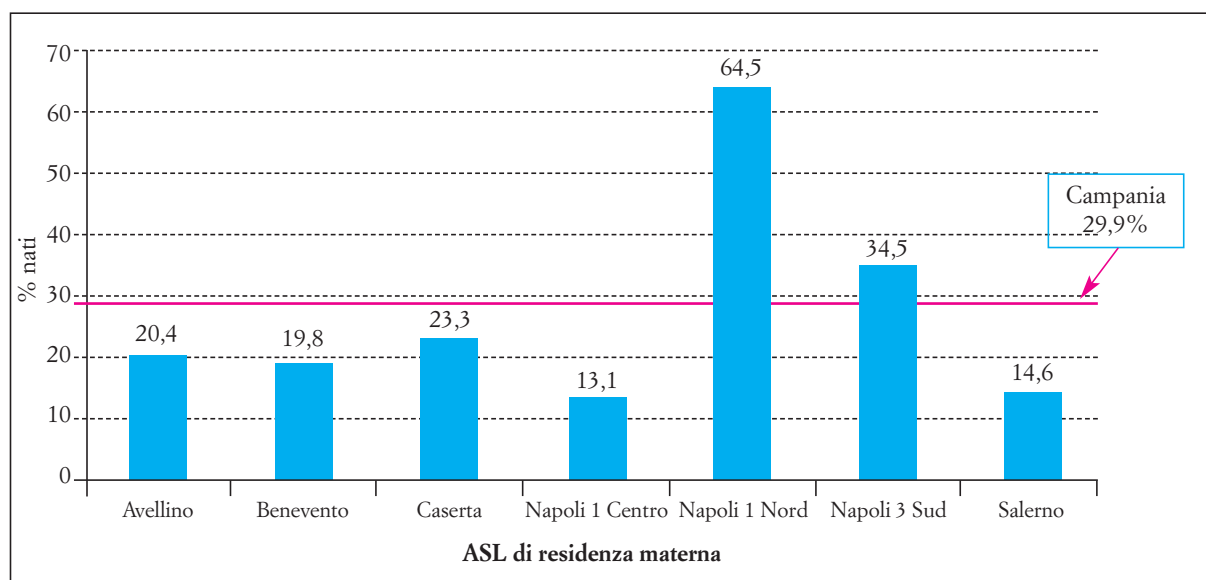
Mobilità extraregionale

Non sono pervenuti CedAP relativi a donne residenti in Campania che hanno partorito in altre regioni; il 70,0% delle madri non residenti sono nate in Campania e ritornate per il parto nel luogo di origine; i nati da madri residenti al Nord Italia sono il 33,6%, i nati da residenti al Centro il 40,8% e i nati da residenti nel Mezzogiorno il 26,1%.

Mobilità intraregionale

Nella tabella 29 sono riportati il numero di nati per ASL di nascita e ASL di residenza materna. In Campania il 29,7% (n = 15.641) delle nascite avviene in strutture che insistono in ASL diverse dalla ASL di residenza materna. La figura seguente riporta per ciascuna ASL, la proporzione di nascite avvenute in una ASL diversa da quella di residenza materna. Come si osserva, la mobilità all'interno della Regione riguarda soprattutto le madri residenti nelle ASL Napoli Nord e Napoli Sud: rispettivamente il 64,5% e 34,5% delle nascite avviene in altra ASL e di queste, nel 78% e nel 30,8% dei casi la mobilità è verso la ASL Napoli Centro. Per le ASL di Benevento, Avellino e Caserta la mobilità interessa circa il 20% dei nati da madri residenti, di cui il 35% è assistito nei centri nascita della ASL Napoli Centro.

Proporzione di nati in Asl diversa da quella di residenza materna



Rispetto agli ultimi anni, permane per il 2012 invariato il dato riguardante la migrazione di un numero molto alto di partorienti dalla provincia di Napoli e di Caserta verso il capoluogo regionale, in cui vi sono molti centri nascita pubblici e privati. Tale fenomeno è costante nel tempo ed è, in parte, legato alla concentrazione di centri nascita in grado di assistere gravidanze e neonati patologici. Tuttavia nella città di Napoli sono numerosi anche i centri nascita di piccole e medie dimensioni, cui si rivolgono molte gestanti per le quali la scelta del luogo del parto è condizionata soprattutto dal legame con il ginecologo di fiducia. In Campania, infatti, la maggioranza delle gravide ricorre al privato per l'assistenza in gravidanza e ciò può rappresentare un problema per le gestanti che sono disposte a partorire in strutture distanti dal proprio pur di conservare il legame con il proprio ginecologo al momento del parto.

La frammentazione dei centri nascita nel territorio campano evidenzia l'urgenza di razionalizzare la rete di assistenza perinatale, soprattutto nell'area napoletana, perché sia in grado di garantire la presa in carico e la continuità assistenziale attraverso l'integrazione tra territorio ed ospedale e la realizzazione di reti dedicate al tema materno-infantile⁵⁸.

⁵⁸ 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 intervenire.

7.2. NATI PER LUOGO DEL PARTO

In Campania nel 2012, sono stati attivi 71 centri nascita, 40 pubblici e 31 privati, di cui 29 convenzionati con il Sistema Sanitario Nazionale. Nel corso dell'anno sono stati chiusi il centro nascita dell'ospedale SS. Annunziata, che non ha inviato dati e la Clinica San Michele di Piano di Sorrento che ha inviato dati; quindi, l'analisi sulle strutture riguarda i 70 centri nascita che hanno inviato i dati, compreso i due centri di nascita privati non convenzionati che non sono tenuti ad inviare le SDO.

Nel 2012 i neonati assistiti nelle strutture pubbliche sono 30.767 (54,4%), quelli assistiti nelle Case di Cura private 25.896 (45,6%). Nella tabella 30 le strutture pubbliche e private sono aggregate per ASL di residenza materna.

In Campania, la distribuzione delle Case di Cura da sempre non risulta omogenea: nella ASL di Benevento non vi sono centri nascita privati, mentre nell'ASL Napoli Sud il numero dei centri nascita privati è maggiore dei pubblici. Nelle ASL di Avellino, Napoli Sud e Caserta più della metà dei neonati nasce in strutture private. Nella tabella 31 le strutture pubbliche e private sono suddivise in base al numero di nati per anno: i dati del 2012 analogamente al 2011, mostrano che le strutture con meno di 500 nati sono quasi un terzo del totale (22 su 70), in prevalenza sono pubbliche ed assistono il 13,1% del totale dei nati. Le strutture con un numero di nati uguale o superiore a 1.500 sono 5 ed assistono il 17,4% di tutti i nati.

La tabella 32 riporta il numero di nati per caratteristiche neonatali e per tipologia di struttura. Nelle strutture pubbliche rispetto alle private, si registra una maggiore proporzione di nascite gemellari, nati di peso molto basso e pretermine (rispettivamente 3,9%, 1,6% e 2,6%, vs 3%, 0,4% e 0,6%) mentre è simile la proporzione di nati in presentazione podalica (3,4% vs 3,3%).

L'analisi delle caratteristiche materne per tipologia di struttura (Fig. 18) ha fatto rilevare una maggiore proporzione di madri straniere, con bassa scolarità (< a 8 anni), nubili e di età superiore a 34 anni nei centri nascita pubblici rispetto a quelli privati.

Per quanto riguarda le modalità del parto, si conferma un incremento costante dei nati da TC con tassi nettamente superiori nei centri nascita privati: nel periodo 2002-2012 il tasso di TC nei centri nascita privati è passato dal 65,3% al 71,9%, mentre nei centri pubblici dal 49,3% al 50,9% (Fig. 19).

Nel grafico della figura 20 sono confrontate le proporzioni dei nati di peso molto basso (VLBW) e i nati da TC per centri nascita dotati di TIN (n = 14) e centri nascita senza TIN (n = 56). 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) (10,8 %) e di TC (60,4%). Nel gruppo di strutture dotate di TIN sono assistiti 18.954 neonati, nel gruppo senza TIN, vi sono state 37.333 nascite. Osservando la posizione di ciascuna bolla, come ci si aspettava, 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 di centri nascita non dotati di posti letto di TIN (68,5% vs 49,8%).

Si evidenzia sempre di più la necessità di razionalizzare la distribuzione e le dimensioni dei Centri Nascita, in Regione, come previsto dai documenti tecnici regionali per la ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera^{59,60}. Nel periodo 2006-2012 sono stati dismessi 15 centri nascita ma, attualmente, operano ancora 22 strutture con meno di 500 nati per anno. I centri nascita che assistono un numero di nati pari o superiore a 1.500 per anno sono solo 5, di cui 3 hanno ruolo di centri di riferimento per le gravidanze ad alto rischio. Gli altri centri nascita dotati di reparti di TIN hanno dimensioni inferiori e due di questi assistono meno di 1.000 partorienti per anno.

In alcune regioni italiane è già da tempo in atto una ristrutturazione della rete ospedaliera in direzione di una razionalizzazione dell'offerta; nella tabella che segue alcuni dati relativi alle strutture perinatali di queste regioni sono confrontati con quelli campani. Come rilevato anche negli anni precedenti, le strutture con numero di nati pari o superiore a 1.500 per anno sono più numerose in Emilia Romagna e in Lazio che in Campania e la dimensione di queste strutture, intesa come numero medio di neonati assistiti per anno, è nettamente maggiore in queste regioni (rispettivamente 2.586 e 2.592 contro 1.977). Inoltre, in Emilia Romagna e in Lazio circa il 60% dei nati è stato assistito in queste grandi strutture, mentre in Campania solo il 17,5% nasce nelle strutture di maggiori dimensioni.

⁵⁹ DGRC 2161 del 14/12/07: intervento progettuale per la razionalizzazione dei centri nascita.

⁶⁰ Decreto 49 del 27/9/10 sul riassetto della rete ospedaliera e territoriale.

**Emilia Romagna, Lazio e Campania, anno 2012:
centri nascita con numero di nati per anno \geq 1500**

	E. Romagna	Lazio	Campania
Numero centri	9	13	5
Media nati per centro	2.586	2.592	1.977
Percentuale assistiti per regione	60,2%	62,1%	17,5%

Il modello di rete delle strutture perinatali previsto dal Piano Ospedaliero della Campania fa riferimento a tre livelli di cure⁶¹, ma i dati disponibili non ci permettono di suddividere le strutture in base a questi livelli.

Dal confronto tra i centri nascita che dispongono di posti letto di TIN, cui afferisce una popolazione selezionata per un maggior livello di rischio materno-fetale, e centri nascita senza posti letto di TIN, è emerso che la proporzione di TC è molto più elevata in questi ultime. Tale dato indica la necessità di monitorare il ricorso al TC per valutare se e quanto esso sia effettuato nei parti a basso rischio. La Campania è una regione in cui le strutture private, convenzionate e non convenzionate, sono più numerose, ed assistono il 45,6% dei nati, mentre a livello nazionale la stessa tipologia di strutture assiste solo il 18,5% dei neonati (CedAP, dati nazionali 2010).

La proporzione di TC nei centri nascita privati è superiore di 21 punti percentuali rispetto a quelli pubblici: tale dato è costante nel tempo e non è riferibile alla differenza tra le popolazioni di gravide e di neonati nelle casistiche cliniche. Infatti, la differenza tra la proporzione di TC rilevata nelle Case di Cura e negli Ospedali aumenta 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. La proporzione di TC in queste gestanti a basso rischio nelle Case di Cura è pari al 58%, negli Ospedali è pari al 34,5%. 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 promuovere a livello regionale lo sviluppo di reti

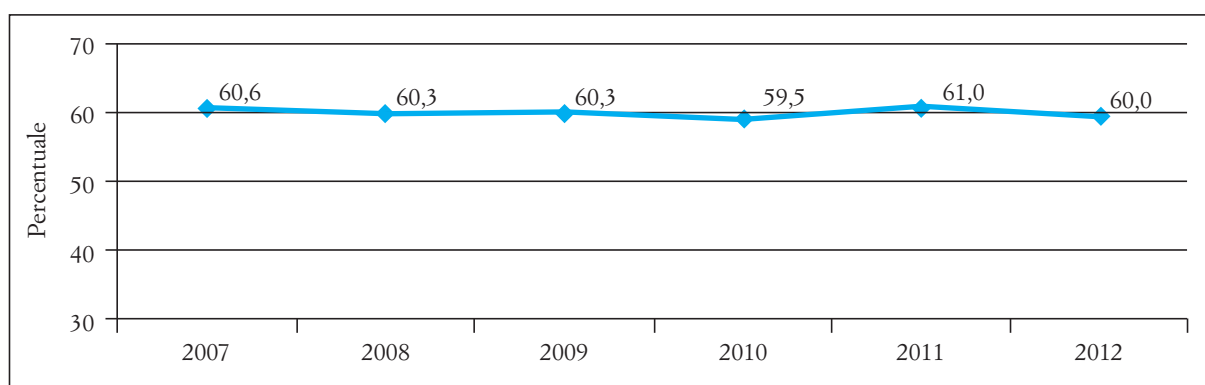
⁶¹ DGRC n. 2068 - 12 novembre 2004 - Approvazione Linee Guida Regionali per l'ottimizzazione dell'assistenza ospedaliera in Neonatologia e Pediatria d'urgenza.

*assistenziali basate sul modello hub & spoke, 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*⁶².

7.3. NATI PER TIPO DI PARTO

La Campania, nel 2012, registra ancora un'elevata proporzione di TC; infatti su 55.154 parti, indipendentemente dalla residenza materna e dal genere dei nati, ben 33.015 sono parti cesarei, la percentuale è pari al 60,0%, valore praticamente invariato rispetto agli anni precedenti.

Percentuale di Parti con Taglio Cesareo. Dati CeDAP, anni 2007-2012

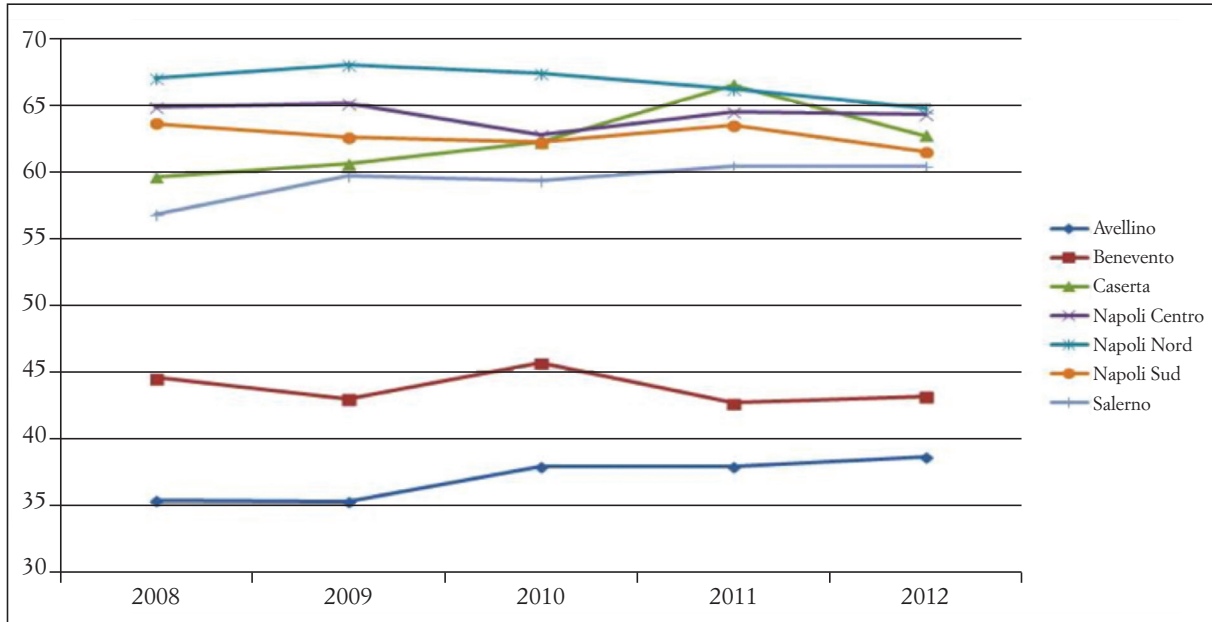


Nella tabella 33 per ciascuna ASL di residenza materna è evidenziata la proporzione di nati singoli per tipo di parto: la proporzione di TC varia da un minimo di 40,6% per la ASL di Avellino a un massimo di 66,7% per la ASL Napoli Nord. Nella tabella è anche evidente che la proporzione di parti strumentali è maggiore nelle ASL di Avellino e Benevento, in cui la percentuale di tagli cesarei è minore.

La figura seguente si riferisce alle differenze tra nati singoli da TC nel periodo 2008-2012 per ASL di evento. Le ampie differenze che si evidenziano tra ASL sono piuttosto stabili nel tempo. In particolare, nel quinquennio indicato la proporzione di nati da TC è aumentata dal 35,3% a 38,5% nella provincia di Avellino, dal 59,6% a 62,7% nella provincia di Caserta e dal 56,8% a 60,4% nella provincia di Salerno.

⁶² Istituto Superiore di Sanità, Sistema Nazionale Linee Guida “Taglio Cesareo: una scelta appropriata e consapevole” gennaio 2012.

Proporzione di nati da TC per ASL di evento, 2008-2012



Le differenze tra le proporzioni di TC, relative alle diverse ASL, sono molto ampie e non sono riferibili solo al tipo e alle dimensioni delle strutture e alle caratteristiche della popolazione assistita. Numerose ricerche hanno dimostrato, infatti, che l'eccesso di TC è legato alla scelta degli operatori di intervenire chirurgicamente anche in gestanti che non evidenziano problemi clinici, nelle quali l'intervento chirurgico può rappresentare un rischio aggiuntivo non giustificabile^{63, 64}. Il Ministero della Salute segnala periodicamente la necessità di intervenire sul fenomeno dell'eccessiva proporzione di TC e, recentemente, ha ribadito queste indicazioni⁶⁵, che sono state recepite dagli organismi regionali⁶⁶ e inserite in vari provvedimenti normativi miranti a ridurre il ricorso al TC e a supportare il parto fisiologico⁶⁷.

⁶³ Signorelli C., Cattaruzza M.S., Osborn J.F. "Risk factors for caesarean section in Italy: results of a multi-centre study. *Public Health*." 1995 May; 109 (3): 191-9.

⁶⁴ 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.

⁶⁵ 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".

⁶⁶ 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.

⁶⁷ Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 532 del 29/10/2011: recepimento Linee di indirizzo sopra citate.

7.3. CARATTERISTICHE MATERNE, NEONATALI E TIPO DI PARTO

La figura 21 mostra la distribuzione per età gestazionale dei nati da TC e da parto vaginale. Il TC è il tipo di parto più utilizzato tra 36 e 38 settimane di età gestazionale. Gli interventi di elezione effettuati in neonati a termine sono 22.732 e rappresentano il 72% del totale dei TC. La tabella 23 riporta la modalità del parto per genere dei neonati e classe di età gestazionale: il TC è il tipo di parto più utilizzato in tutte le età gestazionali, per i nati singoli e per i gemelli, con la sola eccezione dei nati singoli di età gestazionale inferiore a 28 settimane partoriti prevalentemente per via vaginale. L'età gestazionale in cui si rileva la massima proporzione di parti per i TC elettivi e in travaglio è 38 settimane; per i parti vaginali è 40 settimane. Questa marcata differenza si riscontra in tutti i parti espletati dal 2008 al 2012, come evidenziato nella tabella seguente.

Tipo di parto per E.G., nati singoli a termine, Campania 2008-2012

Età gestazionale (settimane)	Vaginale		Cesareo di elezione		Cesareo in travaglio	
	n°	%	n°	%	n°	%
37	5.789	5,4	12.023	10,6	4.837	11,2
38	16.948	15,8	53.266	47,0	13.071	30,3
39	32.628	30,5	32.413	28,6	11.103	25,8
40	33.414	31,2	10.153	9,0	7.903	18,3
41	16.498	15,4	4.713	4,2	5.339	12,4
42	1.653	1,5	854	0,8	855	2,0
Totale parti	106.930	100,0	113.422	100,0	43.108	100,0

Nella tabella 34 sono presentati la proporzione di TC e il rischio relativo grezzo per alcuni fattori materni, fetali e per tipologia della struttura. In presenza di fattori di rischio fetale (nascita pretermine, basso peso, presentazione anomala) la proporzione di parti con TC aumenta ma è comunque superiore al 50%, anche in assenza di tali fattori. Il rischio di parto con TC aumenta del 44% se il parto avviene in una struttura privata e risulta ridotto del 32% nel caso di madri straniere.

La figura 22 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 comunque superiore al 50% in tutte le classi di età e per tutte le parità. Rispetto ai dati

del 2011 si rileva un aumento della proporzione di cesarei anche nelle donne di età inferiore a 20 anni.

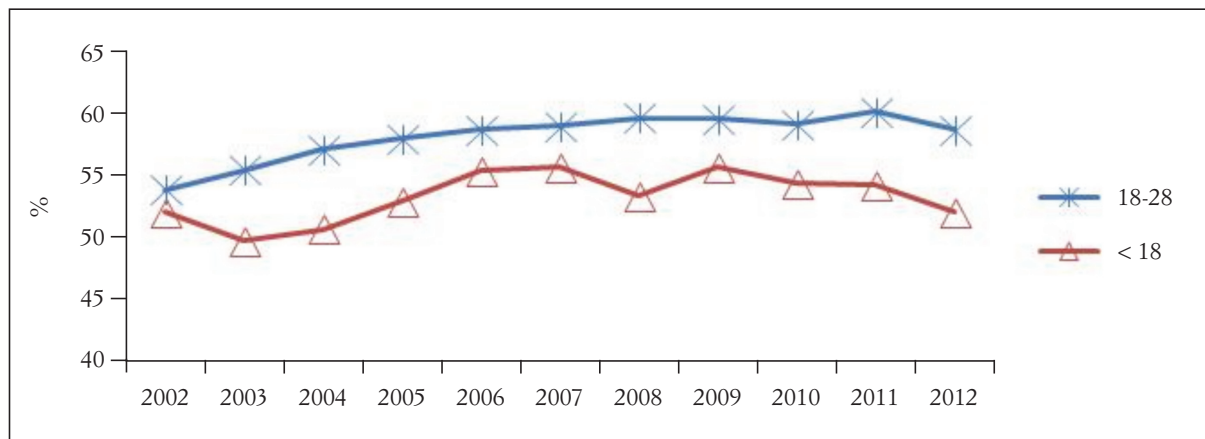
La figura 23 mostra come si sono modificate, a partire dal 2000, l'età media al parto e la proporzione di TC in Italia e in Campania. Dal 2000 al 2011 l'età media al parto è passata in Italia da 27,6 anni a 31,7 mentre in Campania da 27,9 anni a 30,7. Osservando il trend dei parti con TC, emerge che nel periodo 2000-2011, in Campania si è registrato un aumento del tasso di TC nettamente superiore all'aumento rilevato a livello nazionale (53,4%-62,4% vs 33,2%-37,6) a fronte di un innalzamento dell'età media al parto in Campania più moderato rispetto ai valori medi nazionali. Il dato della Campania è inoltre di gran lunga superiore a quello nazionale e negli anni non si è purtroppo registrata nessuna inversione di tendenza.

Il 59,1% dei TC è effettuato al di fuori del travaglio ed in gestanti a termine. In Campania il rischio di partorire con TC è superiore del 44% per le donne che sono assistite in strutture private rispetto a quelle assistite in strutture pubbliche, anche se nelle strutture private è assistita una popolazione di gestanti a minore rischio ostetrico. Infatti nelle strutture private è minore la proporzione di madri con età superiore a 34 anni, di immigrate, di donne con basso livello di scolarità e di nati di basso peso, rispetto alle strutture pubbliche.

Le madri immigrate vivono una situazione di disagio sociale e di inadeguatezza delle cure prenatali, come dimostrato dai peggiori esiti perinatali (maggiore proporzione di nati di basso peso e pretermine), ma presentano un rischio di essere sottoposte a taglio cesareo nettamente inferiore rispetto alle madri italiane.

È da segnalare che la proporzione di TC nelle adolescenti al di sotto dei 20 anni è pari al 53,2% in quelle al primo parto (n = 813) e al 59,5% in quelle con parti precedenti (n = 110). L'uso estensivo del TC in donne molto giovani, in assenza di specifiche indicazioni rappresenta un rischio per la salute e la fertilità nelle età successive. Contenere il ricorso al TC nelle donne più giovani è anche un provvedimento efficace per ottenere una riduzione della proporzione di tagli cesarei negli anni successivi. Nel grafico che segue, basato su 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 nel 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 (5,2%).

Proporzione di TC nelle donne con età inferiore a 29 anni, 2002-2012



Fonte Istat: HFA dic. 2013

7.5. CLASSIFICAZIONE DEI PARTI SECONDO ROBSON

La classificazione di Robson⁶⁸ è utilizzata a livello nazionale e internazionale per l'analisi dei dati relativi al TC, in quanto è utile per comprendere i problemi che sono a monte dell'eccesso di cesarei, effettuare confronti tra realtà assistenziali diverse e ipotizzare correttivi.

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)

⁶⁸ Robson M.S.: "Can we reduce the caesarean section rate?" Best Practice & Research Clin. Obst. Gynaecol., Vol. 15 n. 1, 179-194, 2001.

Questa classificazione riconosciuta a livello internazionale identifica 10 classi diverse di parto mutuamente esclusive. I dati CedAP avevano informazioni complete per la suddivisione nei gruppi Robson di 53.587 nati. La figura 24 rappresenta il contributo percentuale di ciascun gruppo sul totale dei parti in Campania e la proporzione di TC nei parti del gruppo. Il primo gruppo è il più ampio per proporzione di parti (30,9%) e il cesareo è effettuato nel 39,2% dei casi. Nel secondo gruppo (13,7%) viene praticato un TC nell'88,9% dei casi. Nel terzo gruppo (17,7%) la proporzione di TC è pari a 9,6%. Il quarto gruppo (2,5%) presenta un tasso di TC pari a 68,6%. Il quinto gruppo (23,5%) registra un'altissima percentuale di TC pari al 94,9%. I gruppi dal sesto al nono, che presentano un significativo elemento di distocia, rappresentano il 6,9% dei parti ed evidenziano mediamente percentuali di TC attorno al 90%. Il decimo gruppo (4,7%) presenta una percentuale di TC pari al 62,1%.

Nella figura 25 sono presentate le proporzioni di parti in ciascuna classe di Robson per tipo di struttura (pubblica/privata). Nelle strutture private è maggiore la proporzione di parti che rientrano nel quinto gruppo, cioè i parti di donne che sono già state sottoposte a cesareo (29,5% vs 18,5%). Negli ospedali pubblici, invece, è maggiore la proporzione di parti del primo e terzo gruppo, che affrontano un travaglio spontaneo (34,8% e 21,4% vs 26,3% e 13,3%).

Nel secondo e quarto gruppo (gestanti sottoposte a induzione o a un TC prima del travaglio) sono inferiori le proporzioni di partorienti nel pubblico (9,8% e 2,5% vs 18,5% e 2,5%).

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. 26). Le differenze più rilevanti nel ricorso al TC sono presenti soprattutto nei primi quattro gruppi, che sono i più numerosi e riguardano gestanti in cui sono assenti i fattori di distocia considerati.

La tabella che segue mostra la suddivisione percentuale dei parti nei 10 gruppi di Robson, in Campania e in Emilia Romagna.

Suddivisione dei parti nei 10 gruppi di Robson in Campania ed Emilia Romagna nel 2012

Gruppi di Robson	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Campania	30,9	13,7	17,7	2,5	23,5	1,8	0,9	3,5	0,7	4,7
E. Romagna	30,0	16,2	25,5	7,2	10,1	2,2	1,2	1,6	0,6	5,5

La differenza più rilevante tra le due regioni riguarda il quinto gruppo di Robson, cioè quello in cui sono comprese le donne con pregresso TC. L'ampiezza di questo gruppo è pari al 10,1% del totale dei parti in Emilia Romagna e al 23,5% dei parti in Campania.

L'Emilia Romagna nel 2012 registra una proporzione di TC pari al 27,9%, dato inferiore alla media nazionale (37,5%), contro il 60,5% della Campania. Una delle cause del differenziale riscontrato rispetto all'Emilia Romagna è, certamente, l'elevata proporzione di donne con pregresso taglio cesareo rilevata in Campania. Ma, se eliminiamo dal calcolo il quinto gruppo di Robson, la proporzione di TC si riduce da 59,2% a 48,3% e resta molto più elevata di quella dell'Emilia Romagna.

In base ai dati presentati è chiaro che gli interventi miranti 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 comprese nel primo e nel terzo gruppo (39,2% e 9,6%), in cui il travaglio è spontaneo, e quelle nel secondo e quarto gruppo (88,9% e 68,6%), in cui il travaglio è indotto o assente. 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. 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 70 Centri Nascita della Campania che hanno inviato i dati CedAP suddivisi per ASL di appartenenza. Per ogni centro è riportato il numero dei nati nel 2012, la percentuale di nati da TC e il numero di nati con peso inferiore a 1500 grammi. I dati delle strutture dotate di posti letto di TIN sono riportati in grassetto e, per semplificare la tabella, le Aziende Ospedaliere e Universitarie sono elencate nell'ambito territoriale della ASL in cui operano, pur essendo aziende autonome.

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 19,7% e un massimo di 91,2%. Le maggiori percentuali di TC si rilevano nelle Case di Cura private. Nella tabella che segue sono evidenziate le differenze relative alla proporzione di parti con taglio cesareo in base alla dimensione e alla tipologia delle strutture.

Proporzione di parti con TC per dimensione e tipologia delle strutture. Campania, anno 2012

N. nati per anno	% TC private	% TC pubbliche
> 1500	55,2	52,3
1000 - 1499	77,9	47,9
500 - 999	70,9	50,0
< 500	77,2	55,0

La proporzione di parti con TC è nettamente maggiore nelle strutture private rispetto a quelle pubbliche e, nell'ambito di ciascun gruppo, è maggiore nelle strutture in cui i parti per anno sono meno numerosi; 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 strutture private con oltre 1.500 nati per anno la percentuale di taglio cesareo presenta un'ampia variabilità che va dal 27,1% (Clinica Malzoni) all'81,3% (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 2012 le nascite in Campania si sono ridotte del 12,4%, passando da 62.599 a 54.839 (dati Istat); la riduzione ha interessato anche i punti nascita che, nello stesso periodo, sono passati da 89 a 70. Tale riduzione ha interessato i centri nascita sia pubblici che privati, con una distribuzione percentuale di nati rimasta però invariata nel tempo (circa 54% nei centri pubblici). Se è vero che, in particolare negli ultimi due anni, si è cercato di affrontare il problema dell'eccessivo frazionamento dei punti nascita, tale criticità caratterizza ancora l'assistenza perinatale nella nostra regione. Infatti nel 2012 risultano ancora attivi 22 punti nascita di dimensioni molto piccole (< 500 nati/anno) e 28 di dimensioni piccole (500-1000 nati/anno), con una percentuale complessiva di nati pari al 51,3%, diminuita dal 2005 al

2012 di soli 3,6 punti percentuali. La tabella seguente evidenzia che il numero medio di nati per punto nascita in Campania è nettamente inferiore, sia rispetto alla media nazionale che a quella calcolata in Emilia Romagna e Lazio, regioni che hanno attuato un programma di regionalizzazione dell'assistenza perinatale.

Nati per punto nascita in Italia, Emilia Romagna, Lazio e Campania *

	Italia (anno 2010)	E. Romagna (anno 2012)	Lazio (anno 2012)	Campania (anno 2012)
Totale nati	544.873	39.415	54.225	56.663
Punti nascita	531	31	45	70
Nati/punto nascita	1.026	1.271	1.205	809

* Archivio dati CedAP nazionali e regionali

In Campania l'eccessivo frazionamento dei centri nascita e il continuo rinvio dell'accreditamento delle strutture perinatali secondo il livello delle cure erogate, 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: dall' 81,3% della Clinica Tasso con 2.050 nati, senza reparto TIN, ad appena 27,1% della Clinica Malzoni con 1.909 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.

Per le cure intensive neonatali si sottolinea quanto già segnalato⁶⁹: nonostante risultino attivi ben 17 reparti TIN, il numero dei posti letto per cure intensive e sub-intensive neonatali è talora insufficiente a contenere il numero di neonati patologici trasferiti fuori regione. Nove di questi reparti su 14 forniti pure di centro-nascita, 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'as-

⁶⁹ D.G.R. Campania n. 2068 - Approvazione Linee Guida Regionali per l'ottimizzazione dell'assistenza ospedaliera in Neonatologia e pediatria d'urgenza.

sistenza 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.

TABELLE E FIGURE

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

PROVINCE	CedAp 2012	ISTAT 2012	COPERTURA %
Avellino	3252	3344	97,2
Benevento	2003	2122	94,4
Caserta	8291	8888	93,3
Napoli	30818	30716	100,3
Salerno	9498	9769	97,2
Campania	53862	54839	98,2

* Nati da madri residenti in Campania.

Tabella 2
DATI OMESSI PER SINGOLA VARIABILE *

VARIABILE	%	VARIABILE	%
Codice Fiscale	43,5	Data Ultima Mestruazione	5,7
Data di Nascita Madre	0,3	Età Gestazionale	1,7
Cittadinanza	1,2	Procreazione assistita	6,0
Comune di Nascita Madre	2,5	Metodo utilizzato nella Procreazione Assistita	4,4
Comune di Residenza Madre	0,8	Data del Parto	0,1
ASL di appartenenza	1,5	Ora	0,9
Data Matrimonio	23,3	Genere del parto	0,7
Data Ultimo Parto	25,9	Numero Maschi nei Gemelli	2,1
Precedenti Gravidanze	0,8	Numero Femmine nei Gemelli	2,8
Aborti precedenti	6,2	Ordine di Nascita nei Gemelli	6,1
IVG	8,7	Presenza Ostetrica/o	2,6
Parti Precedenti	3,7	Presenza Ginecologo/a	0,9
Dai Quali Nati Vivi	0,9	Presenza Pediatra	1,9
Dai quali Nati Morti	6,8	Presenza Anestesista	20,1
TC Precedenti	4,5	Altro Personale	25,3
Condizione Lavorativa Madre	10,9	Altri Presenti	71,6
Posizione nella Professione Madre	4,0	Profilassi RH	44,3
Ramo di Attività Madre	9,3	Luogo del Parto	1,2
Titolo di Studio Madre	16,2	Tipo di Travaglio	33,2
Data di Nascita Padre	14,0	Presentazione	2,4
Comune di Nascita Padre	15,8	Modalità del Parto	0,1
Cittadinanza Padre	12,1	Sesso	0,2
Condizione Lavorativa Padre	19,8	Genitali Esterni	0,7
Posizione nella Professione Padre	4,4	Peso	0,5
Ramo di Attività Padre	9,8	Lunghezza	8,9
Titolo di Studio Padre	22,6	Circonferenza Cranica	9,5
Consanguineità	40,4	Vitalità	0,4
Visite di Controllo	1,3	Apgar a 5 minuti	1,0
Prima visita a settimane	2,6	Rianimazione	2,1
Numero di ecografie	2,5	Presenza di Malformazione	2,4
Amniocentesi	9,0	Certificante	10,4
Decorso Gravidanza	5,8	Matricola	42,4
Prelievo Villi Coriali	10,6	Malattia Feto e/o Madre	98,1
Fetoscopia	11,1	Momento morte del nato morto	65,9
Difetto di Accrescimento	11,2	Distretto (solo ASL NA1)	62,0
Ecografia oltre le 22 settimane	3,2		

* Schede eliminate perché duplicati o prive di informazioni indispensabili: 180.

Tabella 3
ITALIA E REGIONI ITALIANE: SCENARIO DEMOGRAFICO,
ANNO 2012 (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	8,5	-3,1	6,8	179,5
V. Aosta	1,43	9,3	-0,8	10,5	151,2
Lombardia	1,51	9,4	-0,2	9,8	143,4
Trentino - A. Adige	1,63	10,2	1,7	8,3	119,8
Bolzano	1,67	10,7	2,4	7,3	113,8
Trento	1,6	9,8	0,9	9,4	131,8
Veneto	1,46	9,1	-0,5	6,3	143,1
Friuli - V. Giulia	1,39	8,1	-3,8	7,1	189,7
Liguria	1,38	7,4	-6,5	5,1	233,7
Emilia Romagna	1,47	9,0	-2,3	10,6	167,9
Toscana	1,39	8,5	-3,4	10,2	184,6
Umbria	1,38	8,6	-3,2	6,6	179,5
Marche	1,37	8,6	-2,5	5,4	170,2
Lazio	1,46	9,6	-0,5	10,9	144,1
Abruzzo	1,34	8,5	-2,5	7,2	165,4
Molise	1,18	7,4	-4,1	4,8	178,8
Campania	1,39	9,5	0,4	0,5	102,4
Puglia	1,29	8,6	-0,4	0,6	129,6
Basilicata	1,2	7,8	-2,6	0,3	154,0
Calabria	1,29	8,7	-1,2	1,1	135,6
Sicilia	1,41	9,3	-1,0	1,0	125,0
Sardegna	1,14	7,6	-1,9	3,5	162,9
ITALIA	1,42	9,0	-1,3	6,2	147,2

Figura 1
REGIONI ITALIANE: SALDO MIGRATORIO, ANNO 2012 (Istat)

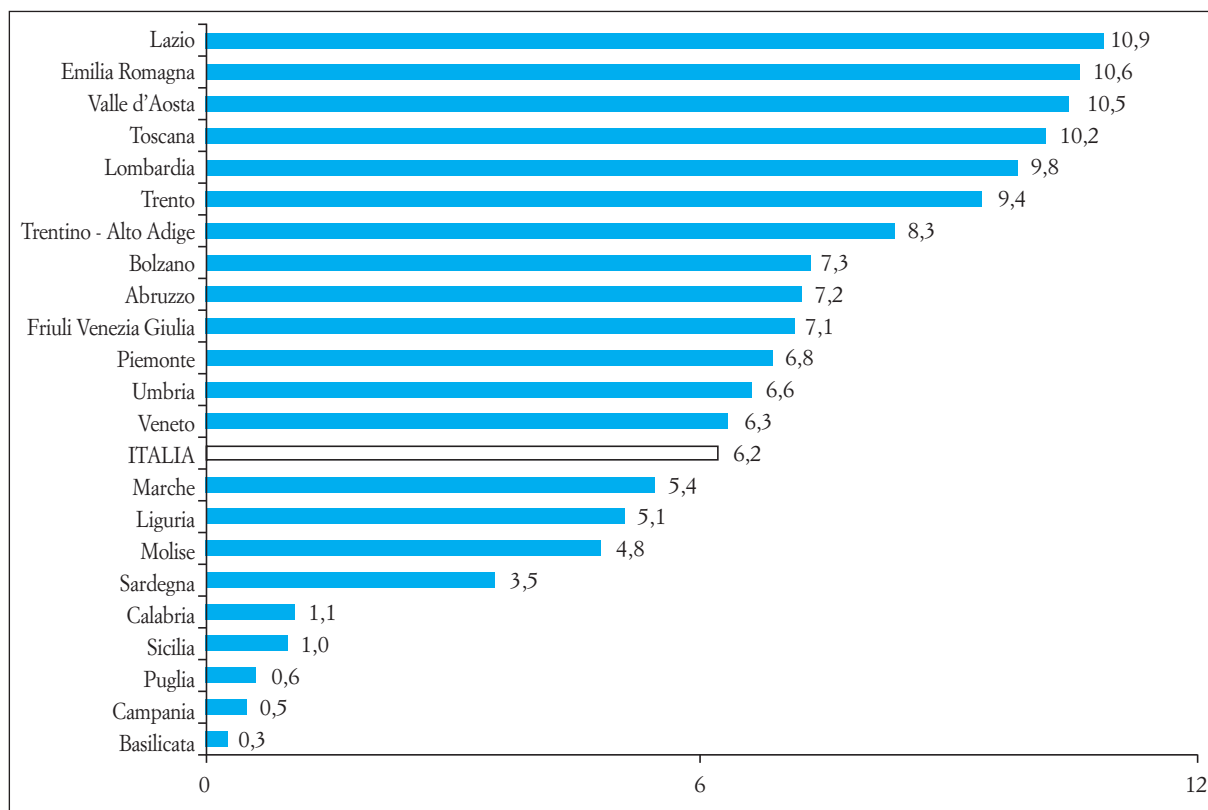


Figura 2

REGIONI ITALIANE: TASSO DI CRESCITA NATURALE, ANNO 2012 (Istat)

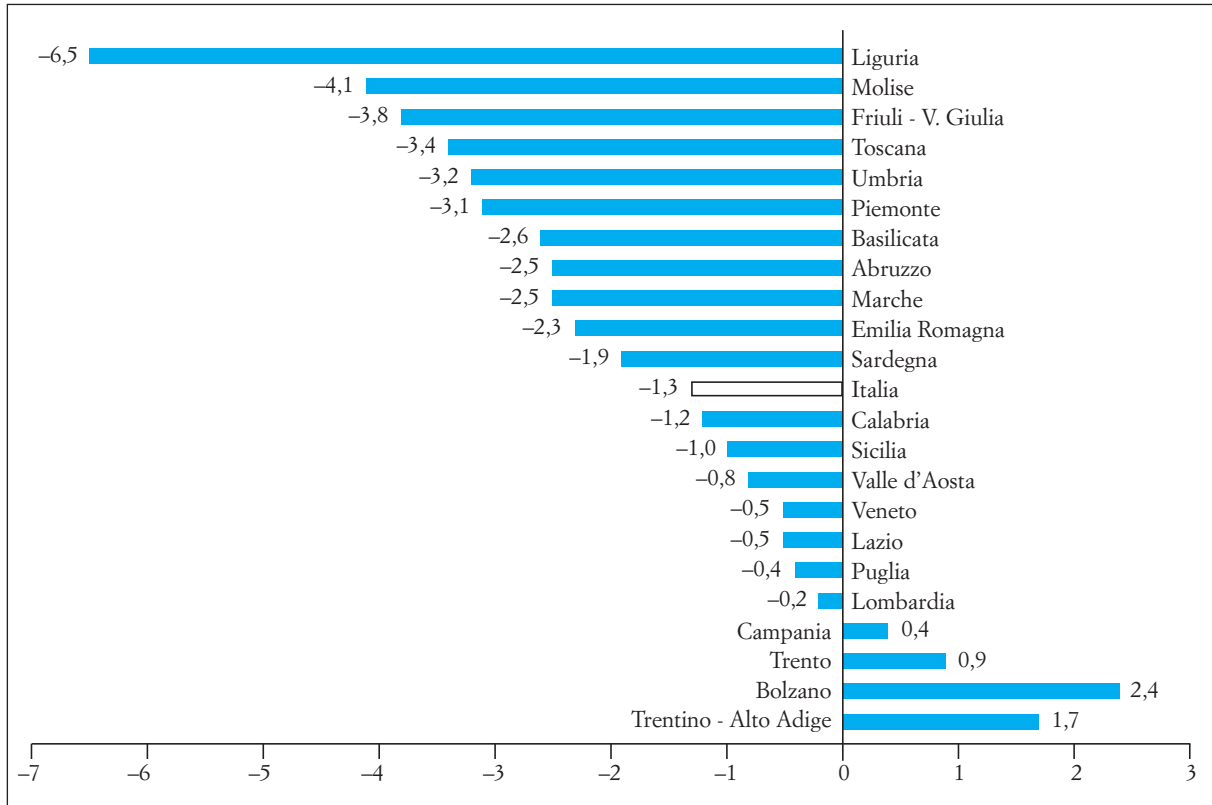


Figura 3
ITALIA E CAMPANIA: POPOLAZIONE FEMMINILE PER CLASSE DI ETÀ,
ANNO 2012 (Istat)

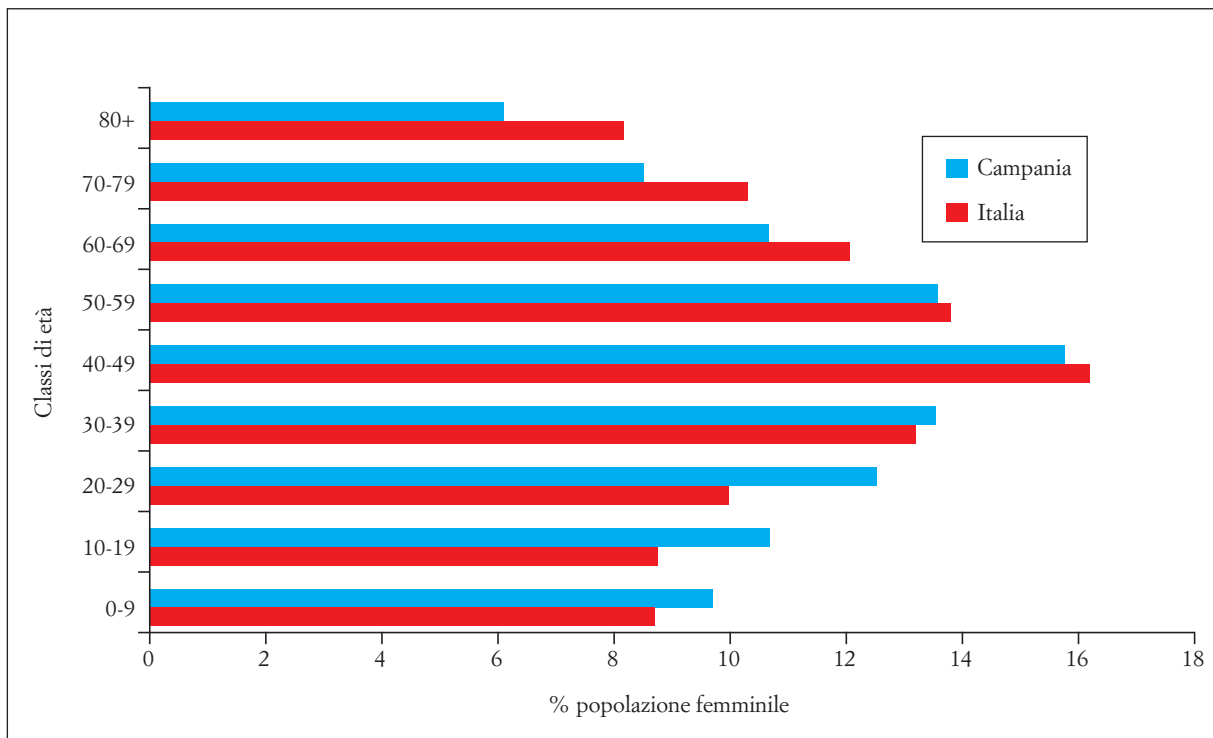


Figura 4
NATI IN ITALIA, LOMBARDIA E CAMPANIA, ANNI 2001-2012 (Istat)

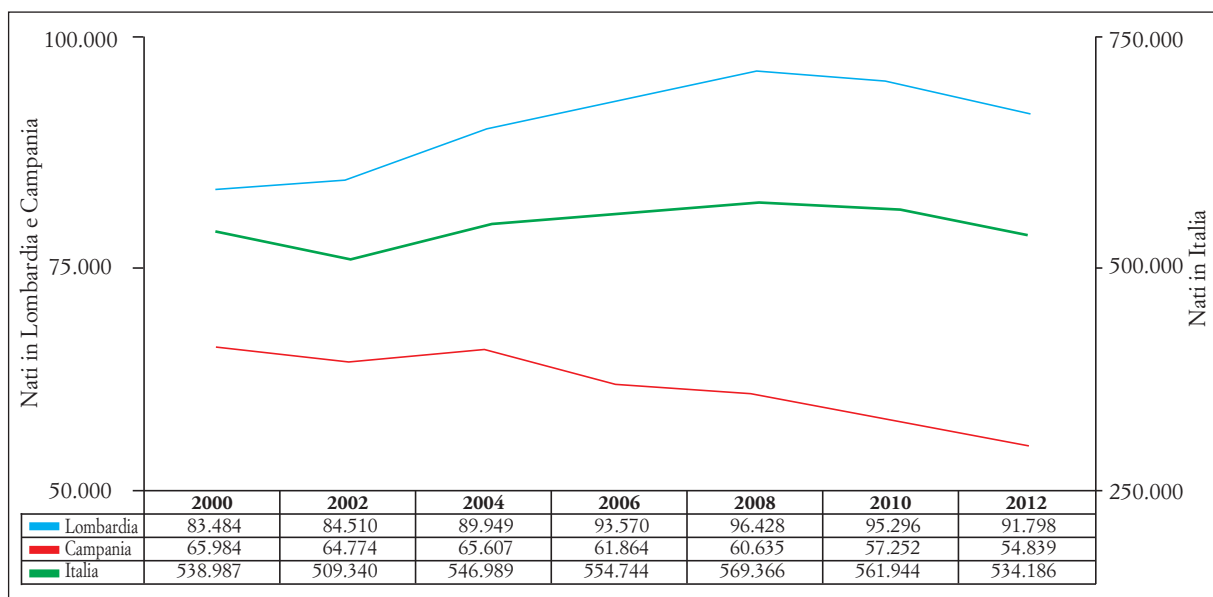


Figura 5

**TASSI DI NATIMORTALITÀ, MORTALITÀ NEONATALE E POST-NEONATALE (X 10.000)
IN ITALIA, LOMBARDIA, LAZIO E CAMPANIA, ANNO 2011 (Istat)**

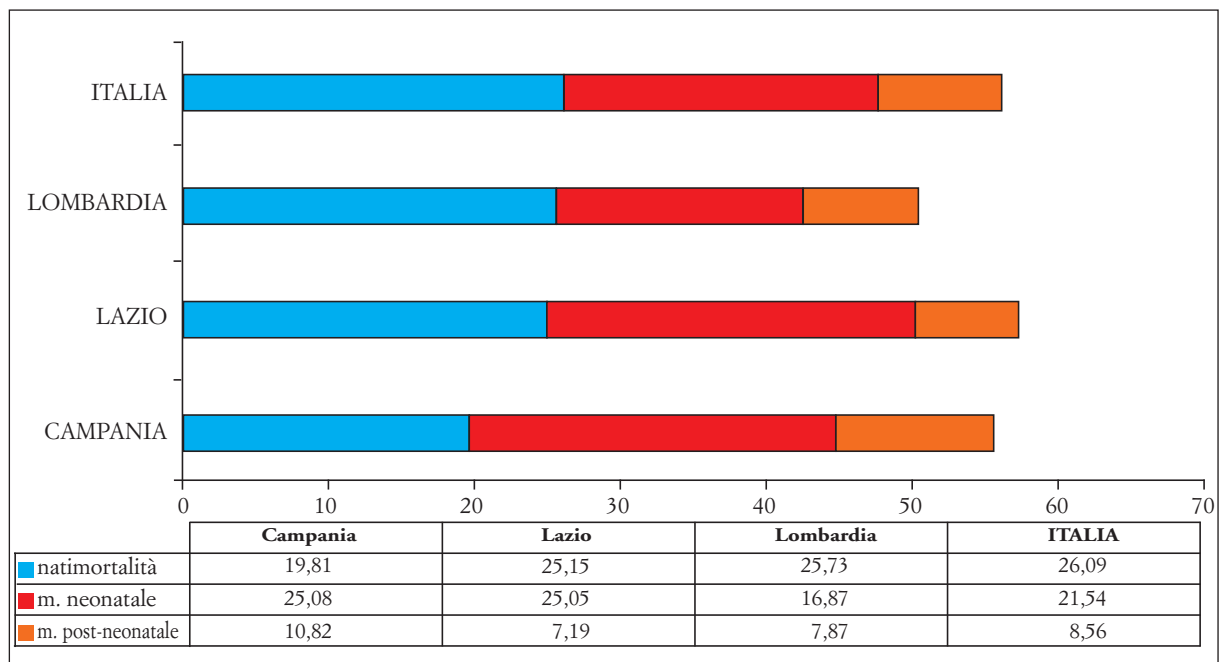


Figura 6
TASSO DI MORTALITÀ INFANTILE E DI NATIMORTALITÀ IN LOMBARDIA E CAMPANIA, ANNI 2000-2010 (Istat)

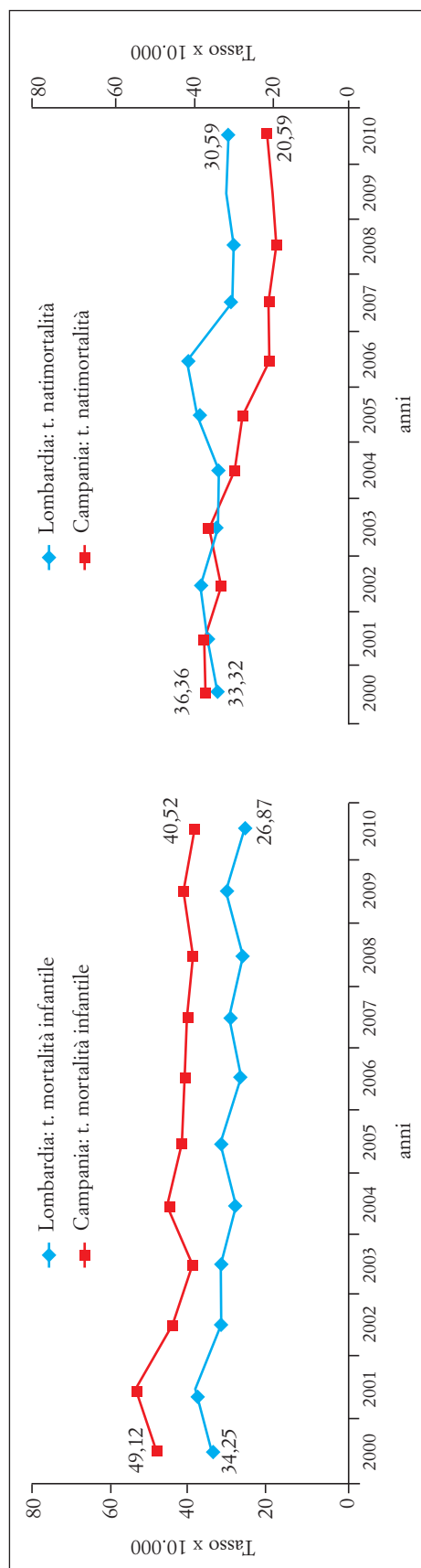


Figura 7

NATI DA GENITORI STRANIERI NELLE REGIONI ITALIANE, ANNO 2012 (Istat)

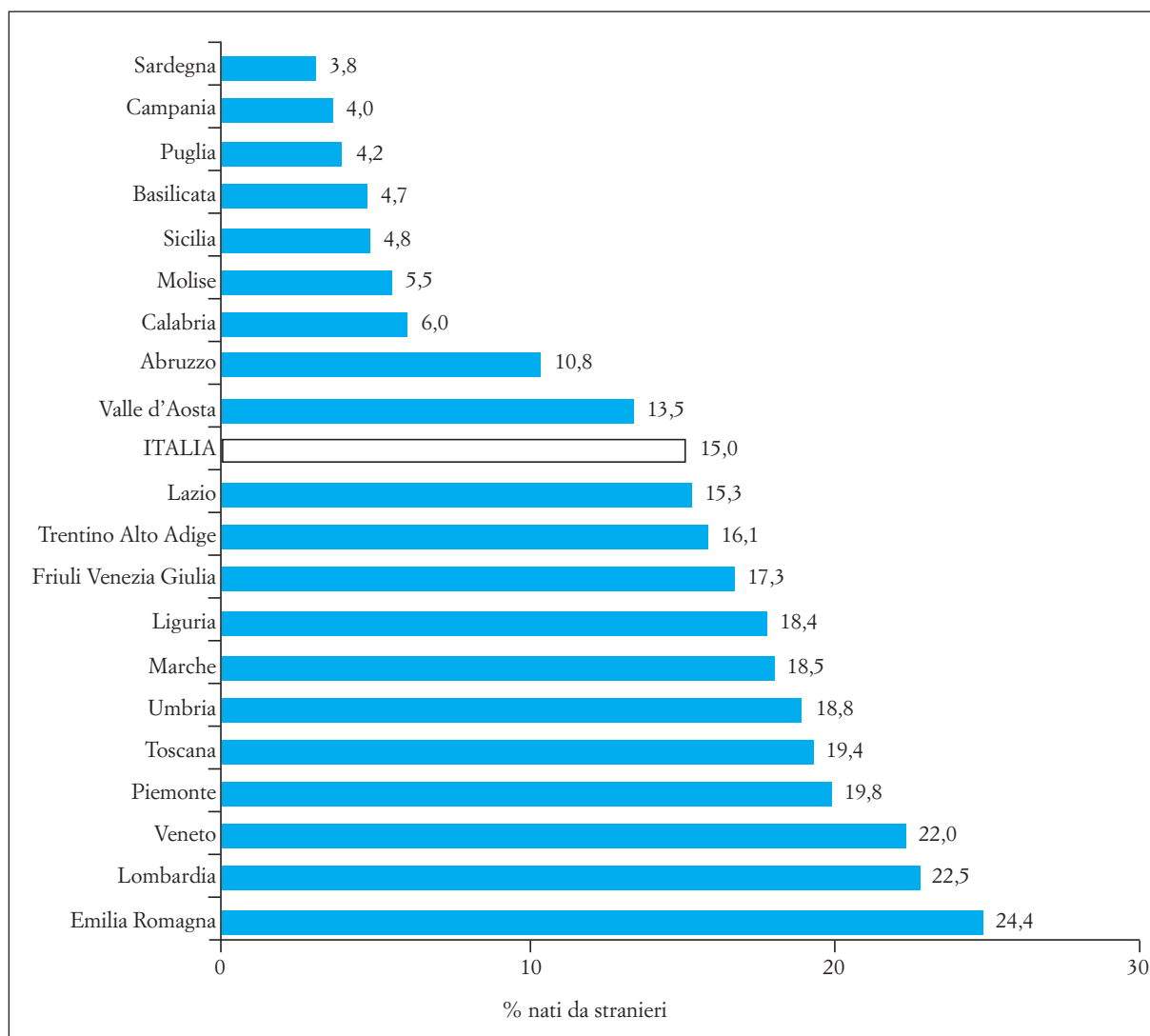


Tabella 4

PRINCIPALI PAESI DI PROVENIENZA DELLE MADRI E DEI PADRI STRANIERI *

Paese	numero madri	%	Paese	numero padri	%
Romania	918	26,4	Romania	493	26,4
Ucraina	403	11,6	Marocco	253	13,6
Marocco	271	7,8	Cina	179	9,6
Cina	231	6,7	Ucraina	172	9,2
Polonia	202	5,8	Albania	117	6,3
Albania	154	4,4	Sri Lanka	74	4,0
Nigeria	145	4,2	Nigeria	62	3,3
Sri Lanka	130	3,7	India	53	2,8
Bulgaria	101	2,9	Bulgaria	47	2,5
Russia	78	2,2	Algeria	37	2,0
Brasile	68	2,0	Tunisia	37	2,0
India	68	2,0	Bangladesh	34	1,8
Filippine	51	1,5	Senegal	33	1,8
Cuba	47	1,4	Repubblica di Serbia	31	1,7
Repubblica di Serbia	44	1,3	Polonia	27	1,4
Altri paesi	562	16,2	Altri paesi	218	11,7
Totale	3473	100,0	Totale	1867	100,0

* Non sono considerati 155 madri e 54 padri provenienti da paesi a basso flusso migratorio.

Figura 8
NATI DA MADRI E PADRI STRANIERI PER PAESE DI PROVENIENZA

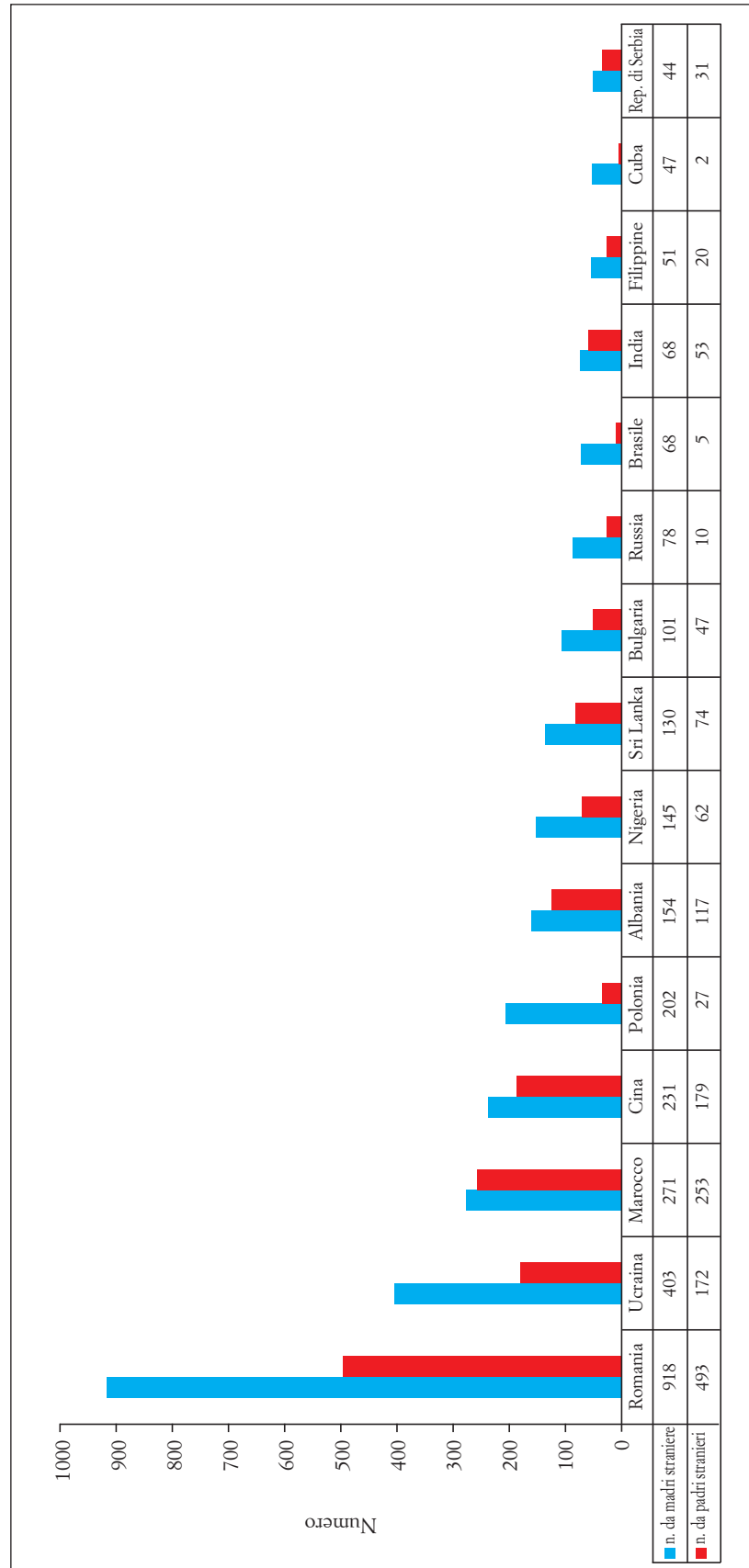
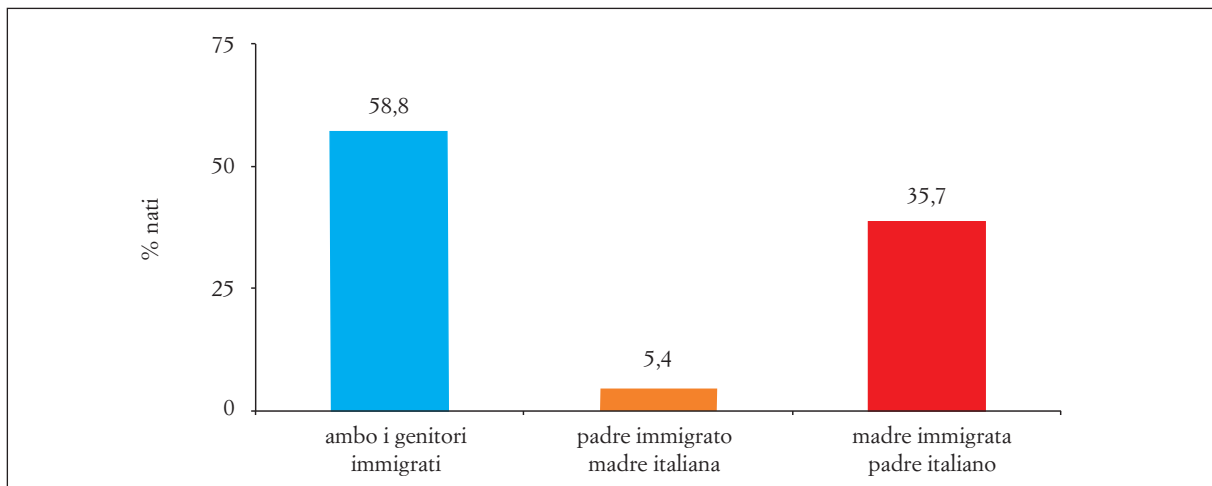


Figura 9
NATI DA ALMENO UN GENITORE IMMIGRATO *



* Dati relativi a 2.891 coppie in cui almeno un genitore è straniero.

Figura 10
DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DONNE ITALIANE E STRANIERE IN CAMPANIA PER CLASSE DI ETÀ, ANNO 2012 (Istat)

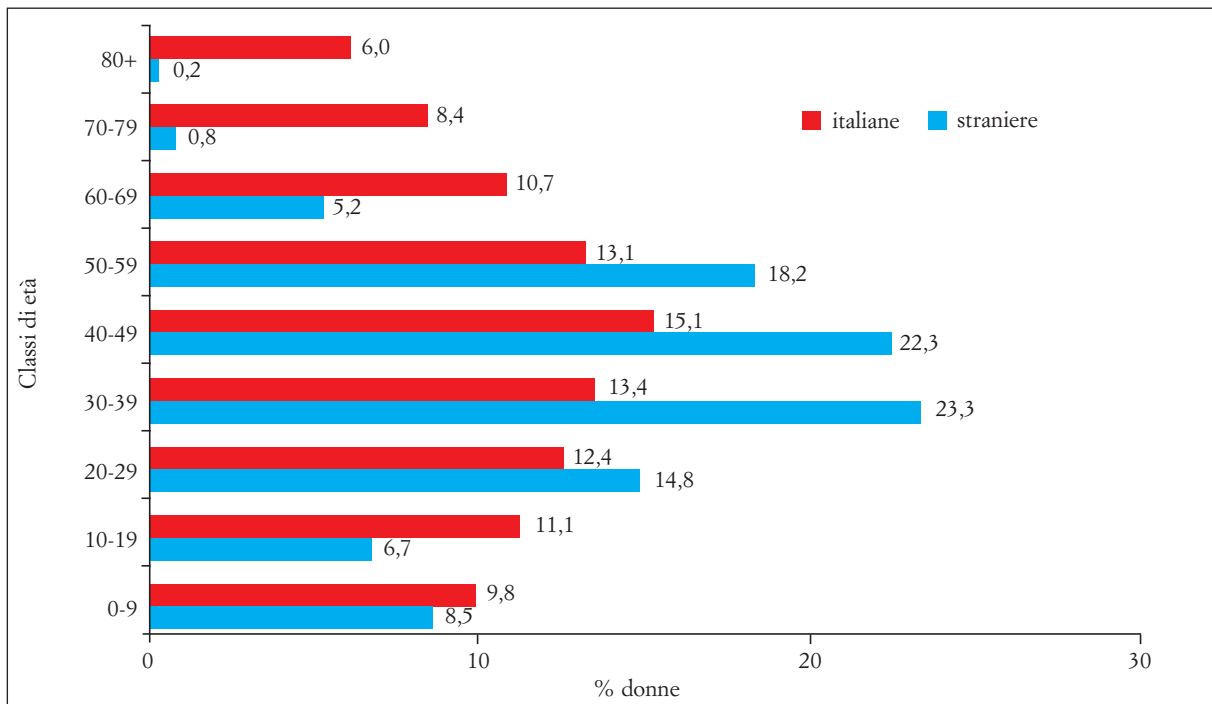


Tabella 5
CARATTERISTICHE MATERNE E NEONATALI PER CITTADINANZA MATERNA,
NATI SINGOLI

		ITALIANE	%	NON ITALIANE	%
Classe di età materna	<20 anni	1.489	3,0	179	5,1
	20-34 anni	35.734	71,2	2.733	77,8
	>34 anni	12.960	25,8	602	17,1
Ordine di nascita	primo figlio	25.264	51,3	1.805	51,9
	secondo figlio e oltre	23.975	48,7	1.671	48,1
Scolarità materna	elementare/media inf.	14.954	35,3	1.760	57,2
	livelli superiori	27.447	64,7	1.316	42,8
Stato civile	nubile	7.000	14,3	1.258	37,5
	coniugata	41.026	83,8	1.987	59,2
	altro	915	1,9	113	3,4
Età gestazionale	<37 sett.	2.507	5,0	225	6,5
	≥37 sett.	47.444	95,0	3.225	93,5
Peso nascita	<2500 grammi	2.799	5,6	246	7,0
	≥2500 grammi	47.260	94,4	3.264	93,0
Vitalità	nati vivi	49.964	99,7	3.492	99,4
	nati morti	130	0,3	22	0,6
Epoca prima visita	≤11 settimane	44.646	90,4	2.553	77,1
	> 11 settimane	4.746	9,6	757	22,9

Tabella 6
NATI PER STATO CIVILE DELLA MADRE

ASL	Coniugata	%	Nubile	%	Altro *	%	Totale
Avellino	2.790	86,2	394	12,2	64	1,7	3.238
Benevento	1.724	86,6	232	11,7	39	1,7	1.990
Caserta	6.569	86,2	932	12,2	114	1,5	7.619
Napoli Centro	7.446	76,0	2.121	21,6	154	2,4	9.801
Napoli Nord	8.843	83,7	1.514	14,3	182	1,9	10.561
Napoli Sud	8.137	83,6	1.441	14,8	166	1,6	9.736
Salerno	7.748	82,0	1.479	15,7	226	2,3	9.444
Campania	43.257	82,6	8.113	15,5	945	1,9	52.389

* Comprende: divorziate, separate, vedove.

Figura 11
LIVELLO DI ISTRUZIONE MATERNA PER STATO CIVILE

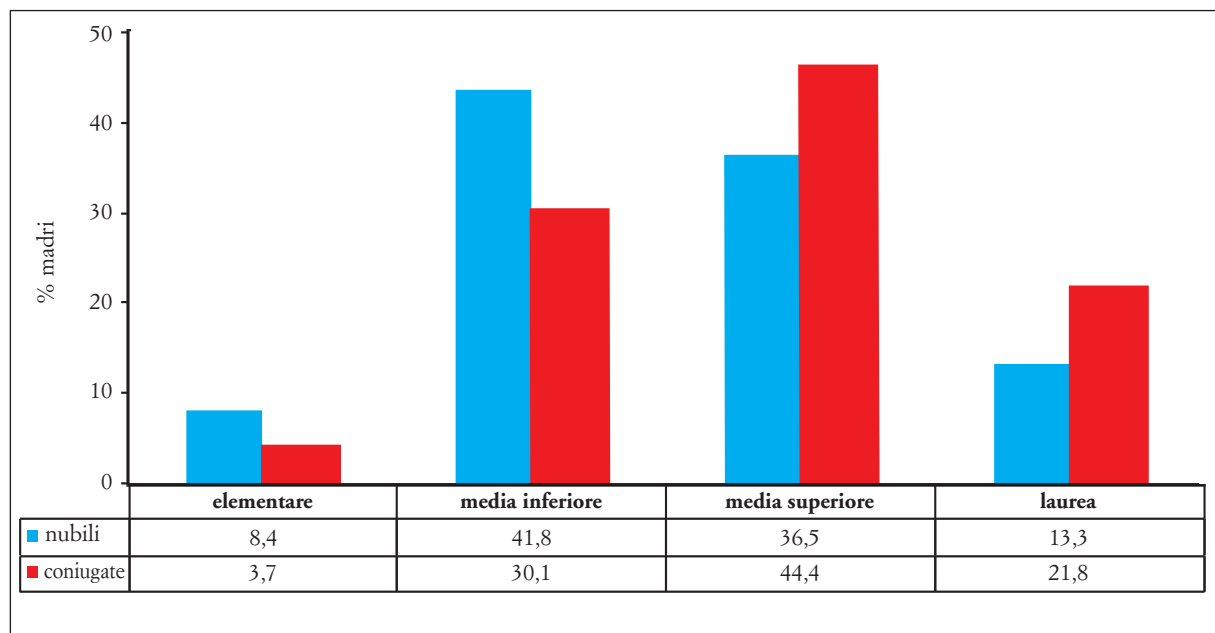


Tabella 7
NATI PER LIVELLO DI ISTRUZIONE MATERNA

ASL	Elementare	%	Media Inferiore	%	Media Superiore	%	Diploma Univers.	%	Laurea	%	Totale
Avellino	36	1,2	677	21,7	1.589	50,8	181	5,8	642	20,5	3.125
Benevento	18	0,9	493	25,5	904	46,7	57	2,9	464	24,0	1.936
Caserta	297	4,6	2.290	35,5	2.638	40,8	214	3,3	1.019	15,8	6.458
Napoli 1 Centro	581	7,3	2.874	36,3	2.841	35,9	258	3,3	1.357	17,2	7.911
Napoli 2 Nord	625	7,4	3.065	36,5	3.459	41,2	295	3,5	951	11,3	8.395
Napoli 3 Sud	311	3,6	2.986	34,6	3.697	42,9	287	3,3	1.338	15,5	8.619
Salerno	204	2,2	2.415	26,6	4.475	49,4	276	3,0	1.697	18,7	9.067
Campania	2.072	4,6	14.800	32,5	19.603	43,1	1.568	3,4	7.468	16,4	45.511

Nati da ambo i genitori con scolarità ≤ 5 anni: 734.

Tabella 8
NATI PER LIVELLO DI ISTRUZIONE PATERNA

ASL	Elementare	%	Media Inferiore	%	Media Superiore	%	Diploma Univers.	%	Laurea	%	Totale
Avellino	40	1,4	774	26,2	1.533	51,8	163	5,5	449	15,2	2.959
Benevento	30	1,6	604	31,8	908	47,7	41	2,2	319	16,8	1.902
Caserta	267	4,5	2.308	38,6	2.554	42,7	165	2,8	693	11,6	5.987
Napoli 1 Centro	483	6,6	2.768	38,0	2.688	36,9	214	2,9	1.128	15,5	7.281
Napoli 2 Nord	491	6,5	3.035	39,9	3.134	41,2	225	3,0	715	9,4	7.600
Napoli 3 Sud	260	3,2	3.032	36,9	3.683	44,9	226	2,8	1.008	12,3	8.209
Salerno	199	2,5	2.574	31,7	3.948	48,6	193	2,4	1.203	14,8	8.117
Campania	1.770	4,2	15.095	35,9	18.448	43,9	1.227	2,9	5.515	13,1	42.055

Figura 12
LIVELLO DI ISTRUZIONE DEI GENITORI INFERIORE O UGUALE A 8 ANNI, ANNI 2008-2012

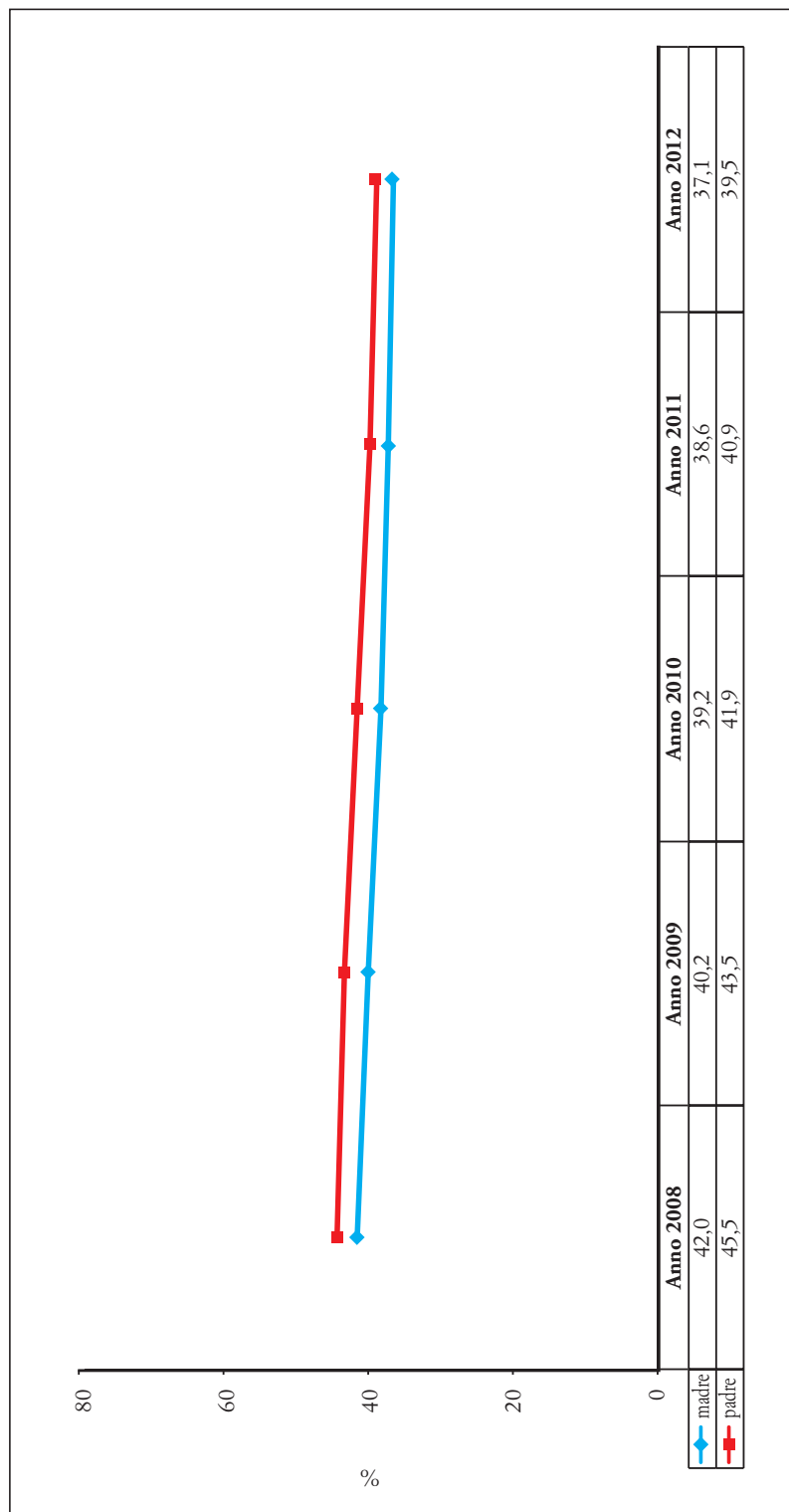


Tabella 9
NATI PER CONDIZIONE LAVORATIVA MATERNA

ASL	Occupata	%	Altro	%	Totale
Avellino	1.549	49,0	1.613	51,0	3.162
Benevento	958	48,9	1.002	51,1	1.960
Caserta	2.573	36,8	4.426	63,2	6.999
Napoli 1 Centro	2.966	34,7	5.573	65,3	8.539
Napoli 2 Nord	3.004	31,0	6.685	69,0	9.689
Napoli 3 Sud	3.225	35,8	5.788	64,2	9.013
Salerno	4.100	45,4	4.937	54,6	9.037
Campania	18.375	38,0	30.024	62,0	48.399

Tabella 10
NATI PER CONDIZIONE LAVORATIVA PATERNA

ASL	Occupato	%	Altro	%	Totale
Avellino	2.658	89,5	312	10,5	2.970
Benevento	1.688	88,2	225	11,8	1.913
Caserta	5.418	84,6	983	15,4	6.401
Napoli 1 Centro	5.783	76,7	1.758	23,3	7.541
Napoli 2 Nord	6.666	81,8	1.484	18,2	8.150
Napoli 3 Sud	6.948	82,5	1.477	17,5	8.425
Salerno	7.347	89,5	859	10,5	8.206
Campania	36.508	83,7	7.098	16,3	43.606

Figura 13
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

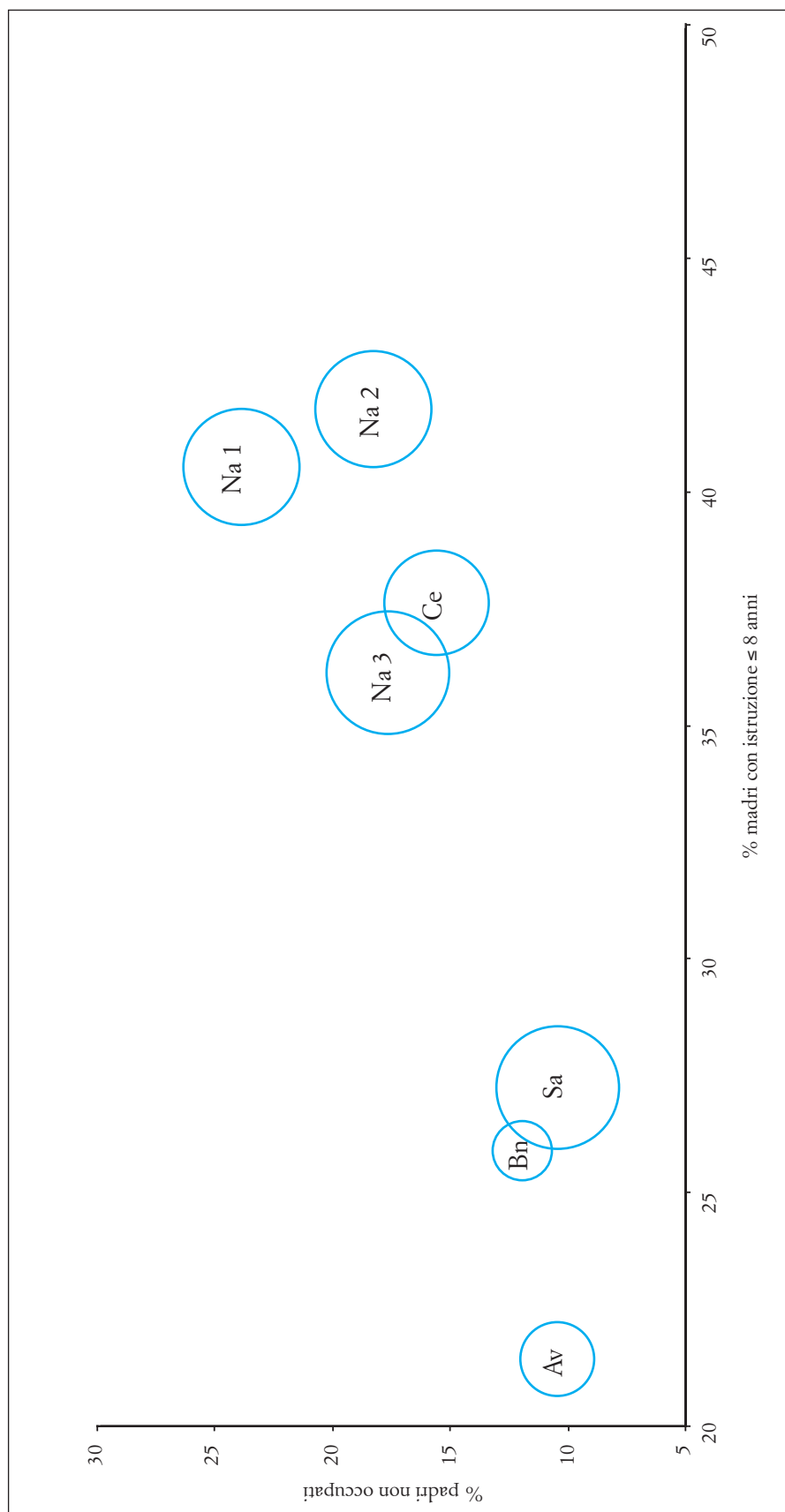


Tabella 11
NATI PER CLASSE DI ETÀ MATERNA

ASL	< 18	%	18-19	%	20-29	%	30-34	%	35-39	%	40+	%	Totale
Avellino	18	0,6	35	1,1	1.096	33,6	1.112	34,1	796	24,4	205	6,3	3.262
Benevento	7	0,3	24	1,2	622	30,9	713	35,5	515	25,6	129	6,4	2.010
Caserta	56	0,7	148	1,8	3.372	40,7	2.794	33,7	1.525	18,4	395	4,8	8.290
Napoli 1 Centro	178	1,8	299	3,0	3.977	39,4	2.982	29,5	2.074	20,5	589	5,8	10.099
Napoli 2 Nord	139	1,3	243	2,2	4.436	41,0	3.569	33,0	1.983	18,3	457	4,2	10.827
Napoli 3 Sud	128	1,3	214	2,2	3.939	39,9	3.293	33,4	1.821	18,5	471	4,8	9.866
Salerno	48	0,5	124	1,3	3.402	35,7	3.241	34,0	2.136	22,4	578	6,1	9.529
Campania	574	1,1	1.087	2,0	20.844	38,7	17.704	32,9	10.850	20,1	2.824	5,2	53.883

Età media al parto 30,6 anni.

Italiane 30,7 anni; basso flusso emigratorio 32,4 anni; alto flusso migratorio 28,6 anni.

Età media al primo figlio 29,0 anni.

Nati da ambo i genitori adolescenti (< 20 anni): 270.

Nati da ambo i genitori minorenni (< 18 anni): 44.

Figura 14
NATI PER CLASSE DI ETÀ MATERNA, ANNI 2008-2012

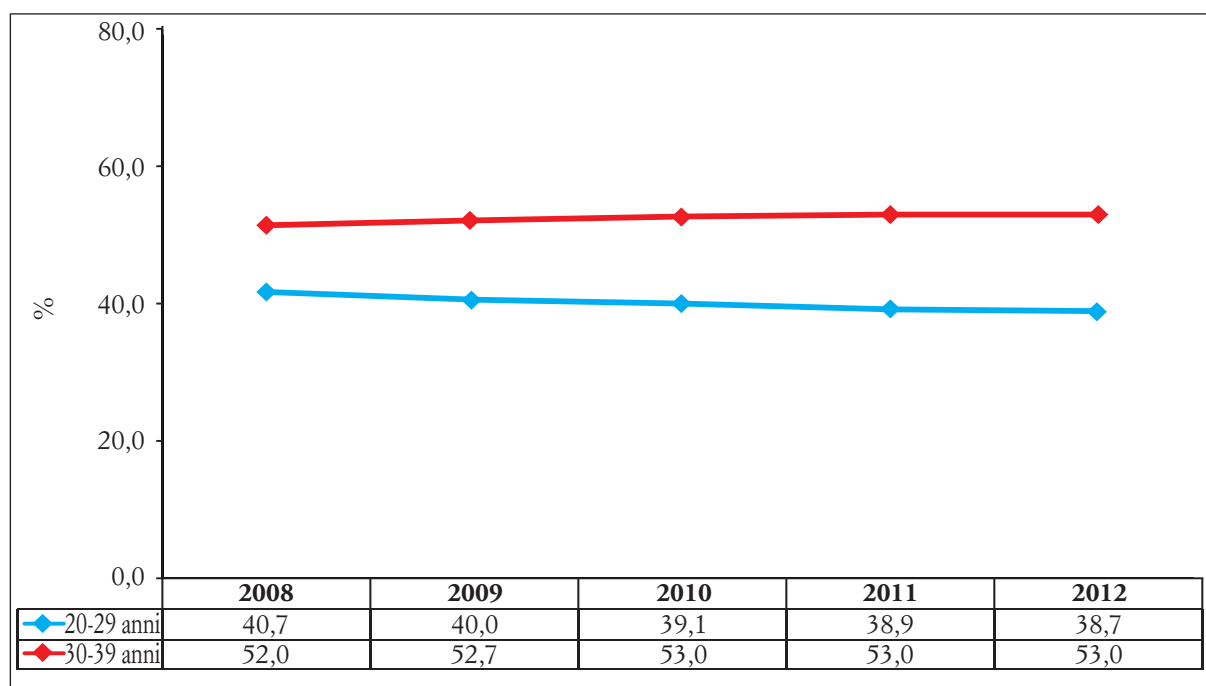


Tabella 12
NATI PER ORDINE DI NASCITA

ASL	1	%	2	%	3	%	> 3	%	Totale
Avellino	1.643	50,5	1.217	37,4	298	9,2	94	2,9	3.252
Benevento	1.034	51,6	738	36,9	186	9,3	44	2,2	2.002
Caserta	4.143	51,0	2.908	35,8	849	10,4	228	2,8	8.128
Napoli 1 Centro	5.485	55,3	3.222	32,5	945	9,5	270	2,7	9.922
Napoli 2 Nord	5.249	49,6	3.738	35,4	1.221	11,5	366	3,5	10.574
Napoli 3 Sud	4.838	49,5	3.573	36,6	1.085	11,1	275	2,8	9.771
Salerno	4.870	52,7	3.292	35,7	854	9,2	217	2,4	9.233
Campania	27.262	51,6	18.688	35,3	5.438	10,3	1.494	2,8	52.882

Tabella 13
NATI PER EPOCA DELLA PRIMA VISITA

ASL	< 8 sett.	%	8-11 sett.	%	> 11 sett.	%	TOTALE
Avellino	1.240	38,6	1.796	55,9	177	5,5	3.213
Benevento	1.250	62,8	669	33,6	72	3,6	1.991
Caserta	4.233	54,0	3.175	40,5	438	5,6	7.846
Napoli 1 Centro	4.563	45,9	3.795	38,2	1.574	15,8	9.932
Napoli 2 Nord	4.999	47,2	4.656	44,0	938	8,9	10.593
Napoli 3 Sud	4.051	41,5	4.435	45,5	1.264	13,0	9.750
Salerno	4.140	43,9	4.253	45,1	1.030	10,9	9.423
Campania	24.476	46,4	22.779	43,2	5.493	10,4	52.748

Donne che non hanno eseguito visite: 1.872 (3,4%).

Donne che hanno eseguito tra 1 e 4 visite: 7.314 (13,1%).

Donne che hanno eseguito più di 4 visite: 46.670 (83,5%).

Tabella 14

CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE E EPOCA DELLA PRIMA VISITA

	≤ 11 SETTIMANE	%	> 11 SETTIMANE	%	RR	I.C. 95%
Classe di età materna	< 20 anni	1.383	278	16,7	1,58	1,48-1,76
	20-34 anni	35.103	4.169	10,6	1	
	> 34 anni	12.756	1.275	9,1	0,86	0,81-0,91
Ordine di nascita	primo figlio	25.164	2.841	10,1	1	
	secondo figlio e oltre	23.179	2.850	10,9	1,08	1,03-1,13
Cittadinanza materna	italiana	46.397	4.905	9,6	1	
	non italiana	2.630	773	22,7	2,38	2,22-2,54
Scolarità materna	elementare/media inf.	14.668	2.422	14,2	1,48	1,40-1,55
	livelli superiori	26.869	2.850	9,6	1	
Condizione lavorativa paterna	occupato	34.124	3.535	9,4	1	
	non occupato	5.986	1.210	16,8	1,79	1,69-1,90

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	287	17,6	1.341	82,4	1,30 1,16-1,44
	20-34 anni	5.232	13,6	33.236	86,4	1
	> 34 anni	1.785	13,0	11.955	87,0	0,96 0,91-1,00
Ordine di nascita	primo figlio	3.636	13,3	23.686	86,7	1
	secondo figlio e oltre	3.618	14,1	21.954	85,9	1,06 1,02-1,11
Cittadinanza materna	italiana	6.333	12,6	43.910	87,4	1
	non italiana	948	28,5	2.375	71,5	2,26 2,13-2,40
Scolarità materna	elementare/media inf.	2.737	16,4	13.946	83,6	1,25 1,19-1,31
	livelli superiori	3.826	13,1	25.312	86,9	1
Condizione lavorativa paterna	occupato	4.831	13,0	32.321	87,0	1
	non occupato	1.325	18,8	5.721	81,2	1,45 1,37-1,53

Tabella 16
NUMERO DI ECOGRAFIE, NATI SINGOLI

ASL	0	%	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	6+	%	TOTALE
Avellino	14	0,5	14	0,4	13	0,4	425	13,8	502	16,3	466	15,1	1.655	53,6	3.089
Benevento	55	2,8	3	0,2	8	0,4	325	16,7	480	24,6	292	15,0	787	40,4	1.950
Caserta	34	0,4	32	0,4	71	0,9	588	7,7	723	9,5	924	12,2	5.228	68,8	7.600
Napoli 1 Centro	29	0,3	32	0,3	65	0,7	535	5,6	1.122	11,8	1.319	13,8	6.434	67,5	9.536
Napoli 2 Nord	20	0,2	33	0,3	142	1,4	645	6,3	1.214	11,9	1.376	13,5	6.756	66,3	10.186
Napoli 3 Sud	14	0,1	24	0,3	131	1,4	711	7,6	916	9,8	1.314	14,0	6.257	66,8	9.367
Salerno	202	2,2	28	0,3	153	1,7	1.065	11,7	509	5,6	1.029	11,3	6.136	67,3	9.122
Campania	368	0,7	166	0,3	583	1,1	4.294	8,4	5.466	10,7	6.720	13,2	33.253	65,4	50.850

Numero medio di ecografie: 6,2 per le italiane; 5,3 per le immigrate.

Donne con un numero di ecografie < 3 e prima visita > 11 settimane: 281.

Numero medio di ecografie in gravidanze interrotte a meno di 37 settimane: 6,1.

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	2.358	6,2	35.893	93,8	38.251	74,9
>34 anni	3.496	26,7	9.583	73,3	13.079	25,1
Totale	5.854	11,4	45476	88,6	51.330	100,0

Numero di donne che hanno eseguito una fetoscopia/funicolocentesi: 139 (0,28%).

Numero di donne che hanno eseguito un prelievo di villi coriali: 180 (0,36%).

Tabella 18

CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE E INDAGINI INVASIVE DI DIAGNOSTICA PRENATALE

CARATTERISTICHE	ESEGUITA *	%	NON ESEGUITA	%
Classe di età materna	< 20 anni	42	1.503	97,3
	20-34 anni	2.504	33.402	93,0
	> 34 anni	3.559	9.285	72,3
Ordine di nascita	primo figlio	2.742	22.850	89,3
	secondo figlio e oltre	3.199	20.664	86,6
Scolarità materna	elementare/media inf.	1.192	15.117	92,7
	livelli superiori	4.590	23.453	83,6
Cittadinanza	italiana	5.910	40.919	87,4
	non italiana	187	3.051	94,2
Stato civile	nubile	804	6.945	89,6
	coniugata	5.066	35.567	87,5
Condizione lavorativa paterna	occupato	4.988	30.556	86,0
	non occupato	481	6.365	93,0

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

Tabella 19
NATI DA PROCREAZIONE ASSISTITA PER RESIDENZA MATERNA

Residenza	N.	%	TOTALE
Avellino	42	13,0	3.233
Benevento	35	17,7	1.979
Caserta	239	31,5	7.598
Napoli 1 Centro	109	11,9	9.150
Napoli 2 Nord	164	16,0	10.227
Napoli 3 Sud	122	12,6	9.701
Salerno	86	9,6	9.002
Campania	797	15,7	50.890

METODO UTILIZZATO PER LA PROCREAZIONE ASSISTITA

Metodo	N.	%
Farmacologico	115	19,1
IUI	22	3,6
GIFT	19	3,2
FIVET	221	36,7
ICSI	226	37,5
Totale	603	100,0

Età media delle madri: 33,8 anni.

Età media dei padri: 37,0 anni.

Figura 15
DISTRIBUZIONE DEI PARTI DOPO PROCEDURE DI PROCREAZIONE ASSISTITA NELLE ASL DELLA CAMPANIA

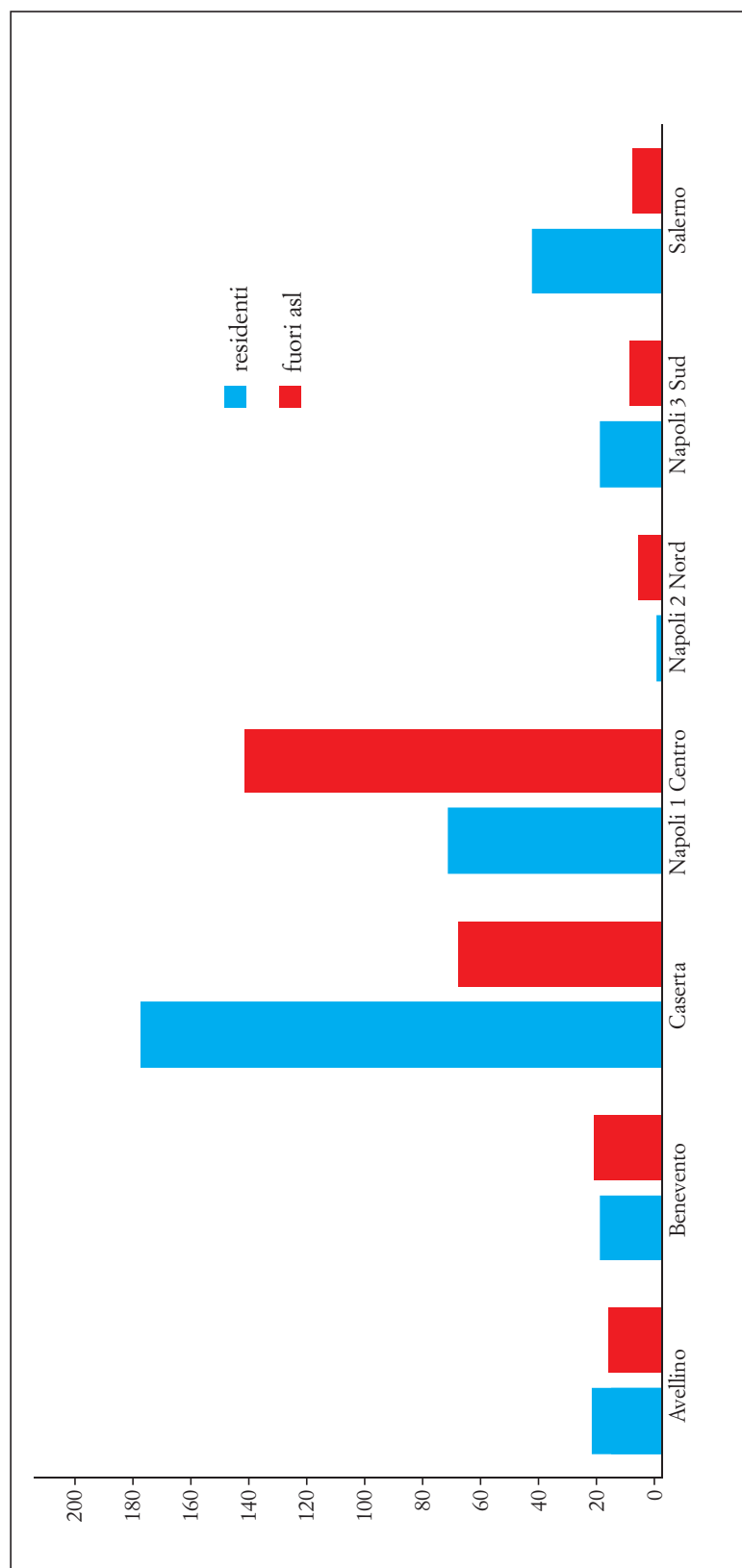


Figura 16
DISTRIBUZIONE PER GENERE DEI PARTI DA PROCREAZIONE ASSISTITA

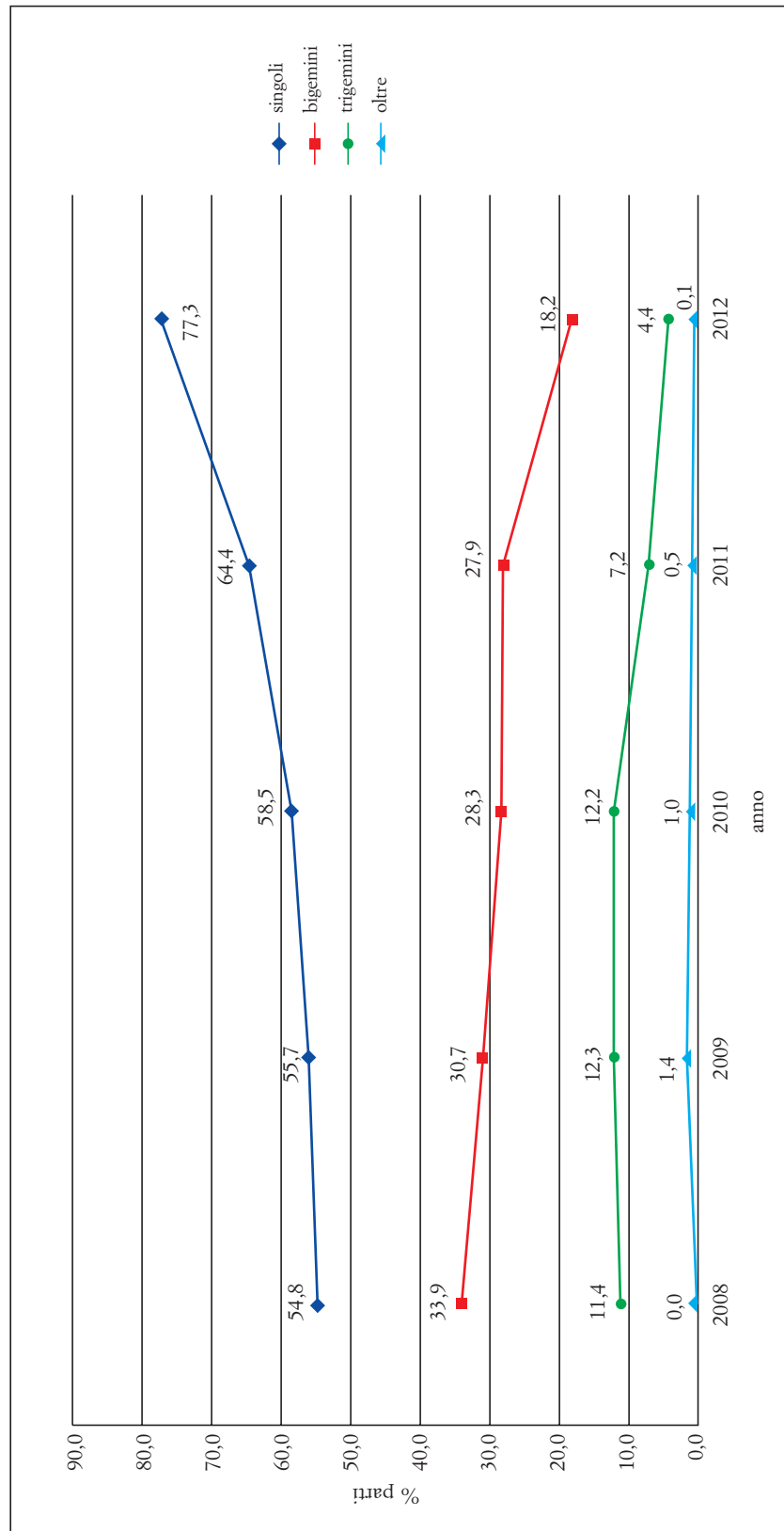


Tabella 20
NATI PER VITALITÀ E PROVINCIA DI RESIDENZA MATERNA

PROVINCE	TOTALE NATI	NATI MORTI	TASSO ‰	I.C. AL 95%
Avellino	3.266	14	4,3	2,4-7,4
Benevento	2.013	10	5,0	2,5-9,4
Caserta	8.321	30	3,6	2,5-5,2
Napoli	30.901	83	2,7	2,2-3,3
Salerno	9.534	36	3,8	2,7-5,3
Campania	54.035	173	3,2	2,8-3,7

Tabella 21
FATTORI DI RISCHIO PER NATIMORTALITÀ NEI NATI SINGOLI

		TOTALE	NATI MORTI	TASSO ‰	RR	I.C. 95%
Età gestazionale	< 37 sett.	2.755	86	31,2	24,5	17,8-33,7
	≥ 37 sett.	50.924	65	1,3	1	
Peso nascita	< 2500 grammi	3.082	75	24,3	17,3	12,5-23,9
	≥ 2500 grammi	50.866	70	1,4	1	
Classe di età materna	< 20 anni	1.684	2	1,2	0,5	0,11-1,86
	20-34 anni	38.602	100	2,6	1	
	≥ 35 anni	13.606	53	3,9	1,5	1,08-2,09
Cittadinanza materna	non italiana	3.514	22	6,3	2,4	1,53-3,77
	italiana	50.094	130	2,6	1	
Scolarità materna	elementare/media inf.	16.769	57	3,4	1,4	1,01-2,04
	livelli superiori	28.789	68	2,4	1	
Stato civile	nubile	8.318	23	2,8	1,0	0,63-1,54
	coniugata	43.130	121	2,8	1	

Tabella 22
NATI PER CLASSE DI ETÀ GESTAZIONALE

ASL	< 37 settimane		37-41 settimane		> 41 settimane		Totale
	N.	%	N.	%	N.	%	
Avellino	237	7,3	2.990	91,7	35	1,1	3.262
Benevento	142	7,1	1.840	91,6	26	1,3	2.008
Caserta	539	6,5	7.609	92,4	90	1,1	8.238
Napoli 1 Centro	635	6,3	9.260	92,4	123	1,2	10.018
Napoli 2 Nord	702	6,6	9.907	92,5	106	1,0	10.715
Napoli 3 Sud	644	6,6	9.072	92,3	114	1,2	9.830
Salerno	715	7,5	8.727	91,8	62	0,7	9.504
Campania	3.614	6,7	49.405	92,2	556	1,0	53.575

Tabella 23
NATI PER GENERE, TIPO DI PARTO 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.	%		
Singoli	Vaginale	79	61,7	79	33,3	818	34,1	20.890	40,9	21.866	40,6
	Cesareo	49	38,3	158	66,7	1.581	65,9	30.163	59,1	31.951	59,4
	Totale	128	100,0	237	100,0	2.399	100,0	51.053	100,0	53.817	100,0
Gemelli	Vaginale	23	50,0	8	6,8	98	11,3	71	8,0	200	10,4
	Cesareo	23	50,0	110	93,2	772	88,7	822	92,0	1.727	89,6
	Totale	46	100,0	118	100,0	870	100,0	893	100,0	1.927	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	108	0,2	42	2,2	20	13,2	4	16,0	174	0,3
	28-31	204	0,4	112	5,9	29	19,2	6	24,0	351	0,6
	32-36	2.357	4,4	859	45,2	37	24,5	9	36,0	3.262	5,9
	37-41	50.287	93,9	883	46,5	64	42,4	6	24,0	51.240	92,2
	> 41	572	1,1	4	0,2	1	0,7	0	0,0	577	1,0
	Totale	53.528	100,0	1.900	100,0	151	100,0	25	100,0	55.604	100,0
Peso (grammi)	250-499	53	0,1	6	0,3	5	3,4	2	10,5	66	0,1
	500-999	109	0,2	58	3,1	17	11,7	4	21,1	188	0,3
	1000-1499	200	0,4	130	6,9	21	14,5	3	15,8	354	0,6
	1500-2499	2.645	4,9	1.035	54,6	32	22,1	9	47,4	3.721	6,7
	2500-3999	48.561	90,3	666	35,1	61	42,1	1	5,3	49.289	88,2
	> 3999	2.235	4,2	2	0,1	9	6,2	0	0,0	2.246	4,0
Totale	53.803	100,0	1.897	100,0	145	100,0	19	100,0	55.864	100,0	

Tabella 25
NATI PER PRESENTAZIONE E GENERE DEL PARTO

PRESENTAZIONE	SINGOLI		PLURIMI		TOTALE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Vertice	51.082	96,4	1.556	81,7	52.638	95,9
Podice	1.526	2,9	313	16,4	1.839	3,4
Altro	366	0,7	36	1,9	402	0,7
Totale	52.974	100,0	1.905	100,0	54.879	100,0

Figura 17
NATI DI PESO < 1500 GRAMMI PER LIVELLO DELLA STRUTTURA DI NASCITA

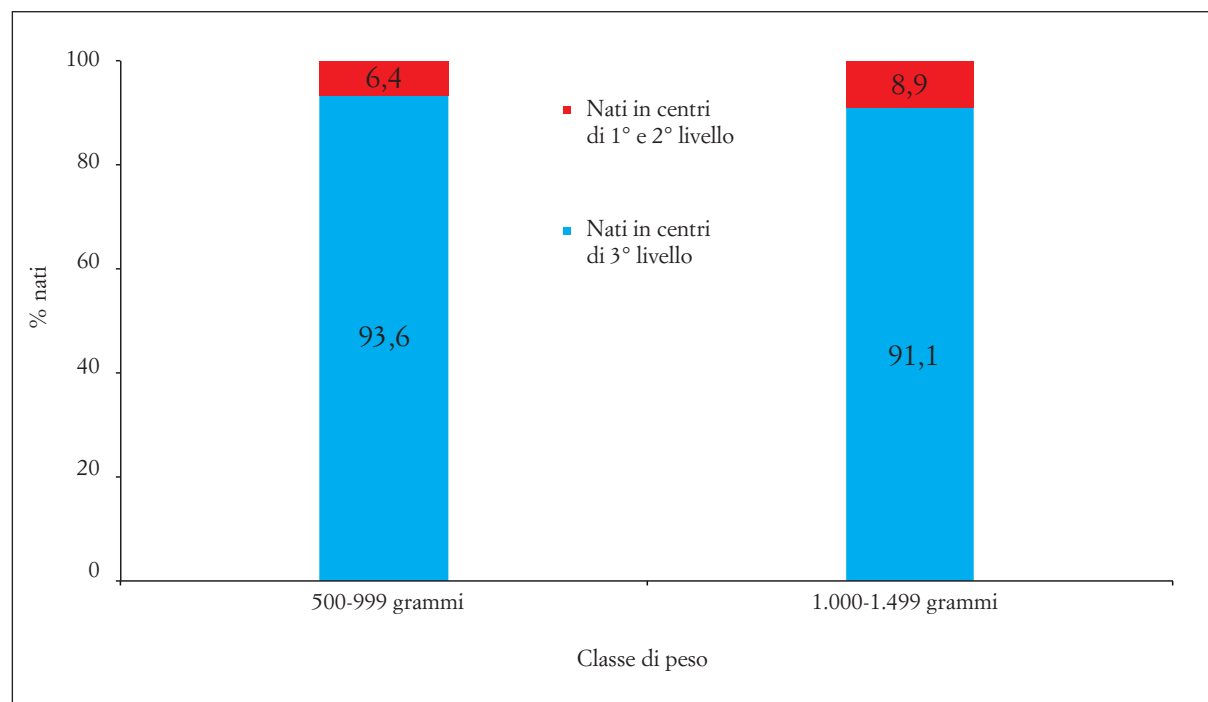


Tabella 26
NATI PER CLASSE DI PESO

ASL	< 1000	%	1000 ÷ 1499 gr.	%	1500 ÷ 2499 gr.	%	2500 ÷ 3999 gr.	%	≥ 4000 gr.	%	Totale
Avellino	8	0,2	22	0,7	227	7,0	2.850	87,5	151	4,6	3.258
Benevento	10	0,5	11	0,5	126	6,3	1.769	88,3	88	4,4	2.004
Caserta	32	0,4	47	0,6	525	6,3	7.367	89,1	299	3,6	8.270
Napoli 1 Centro	43	0,4	65	0,6	647	6,4	8.961	89,0	347	3,4	10.063
Napoli 2 Nord	48	0,4	47	0,4	745	6,9	9.549	88,5	400	3,7	10.789
Napoli 3 Sud	44	0,4	65	0,7	664	6,8	8.621	87,7	434	4,4	9.828
Salerno	53	0,6	67	0,7	639	6,7	8.326	87,6	415	4,4	9.500
Campania	238	0,4	324	0,6	3.573	6,7	47.443	88,3	2.134	4,0	53.712

Peso < 2.500 e età gestazionale ≥ 37 settimane: 2.154.

Peso ≥ 2.500 e età gestazionale < 37 settimane: 1.620.

Peso medio: maschi = 3.227 grammi, femmine = 3.092 grammi.

Tabella 27
FATTORI DI RISCHIO PER BASSO PESO, NATI SINGOLI

		TOTALE NATI	LBW	%	RR	I.C. 95%
Condizione lavorativa della madre	non occupata	29.914	1.810	6,1	1,11	1,03-1,28
	occupata	18.419	999	5,4	1	
Condizione lavorativa del padre	non occupato	7.041	440	6,2	1,10	1,00-1,22
	occupato	36.457	2.055	5,6	1	
Stato civile della madre	nubile	8.307	574	6,9	1,26	1,16-1,38
	coniugata	43.083	2.322	5,4	1	
Classe di età materna	< 20 anni	1.684	114	6,8	1,24	1,03-1,49
	20-34 anni	38.575	2.075	5,4	1	
	35 + anni	13.599	875	6,4	1,18	1,10-1,28
Cittadinanza	non italiana	3.510	246	7,0	1,24	1,09-1,40
	italiana	50.059	2.799	5,6	1	
Scolarità materna	elementare/media inf.	16.762	1.074	6,4	1,20	1,11-1,30
	livelli superiori	28.762	1.516	5,3	1	
Epoca della prima vista	> 11 settimane	5.541	265	4,8	0,84	0,74-0,95
	≤ 11 settimane	47.377	2.723	5,7	1	

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

	Apgar < 4		Apgar 4 - 6		Apgar ≥ 7	
	N.	%	N.	%	N.	%
Totale nati	119	2,1	325	5,8	55.457	992,1
GEMELLI	5	2,6	75	39,5	1.818	957,9
SINGOLI						
Totale	114	2,1	250	4,7	53.345	993,2
Maschi	55	2,0	129	4,7	27.476	993,3
Femmine	59	2,3	121	4,6	25.863	993,1
< 1.500	16	46,1	88	253,6	243	700,3
< 33 settimane	15	36,7	96	234,7	298	728,6
Parto spontaneo *	46	2,3	42	2,1	19.780	995,6
Cesareo elezione *	32	1,6	15	0,7	20.435	997,7
Cesareo in travaglio *	7	1,1	13	2,0	6.456	996,9

* Nati a termine, di vertice.

Tabella 29
MOBILITÀ LEGATA AL PARTO NELLA REGIONE CAMPANIA

	ASL di evento										Totale	
	Avellino	Benevento	Caserta	Napoli centro	Napoli nord	Napoli sud	Salerno					
ASL di residenza												
Avellino	2.548	275	16	113	15	114	120					3.201
Benevento	150	1.597	148	64	6	12	5					1.982
Caserta	169	112	6.079	1.060	423	102	15					7.960
Napoli 1 Centro	65	5	102	8.595	288	806	30					9.891
Napoli 2 Nord	54	16	858	5.315	3.811	539	20					10.613
Napoli 3 Sud	400	15	141	1.973	224	6.396	517					9.666
Salerno	391	16	25	263	10	649	8.014					9.368
Totale	3.777	2.036	7.369	17.383	4.777	8.618	8.721					52.681

Tabella 30
NATI PER TIPOLOGIA DELLA STRUTTURA DI NASCITA *

ASL	STRUTTURE PUBBLICHE			STRUTTURE PRIVATE			TOTALE NATI
	N.	NATI	%	N.	NATI	%	
Avellino	3	1.804	45,0	2	2.206	55,0	4.010
Benevento	2	2.156	100,0	0	0	0,0	2.156
Caserta	6	3.793	45,0	6	4.637	55,0	8.430
Napoli 1 Centro	10	10.160	53,8	9	8.716	46,2	18.876
Napoli 2 Nord	4	3.001	60,4	2	1.971	39,6	4.972
Napoli 3 Sud	4	2.798	31,1	9	6.212	68,9	9.010
Salerno	10	7.055	76,6	3	2.154	23,4	9.209
Campania	39	30.767	54,4	31	25.896	45,6	56.663

* Una struttura pubblica non ha fornito dati pertanto non risulta in tabella.

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	5.554	18,1	7	1.854	7,2	22	7.408	13,1
500-999	15	12.202	39,7	13	9.456	36,5	28	21.658	38,2
1.000-1.499	6	7.087	23,0	9	10.627	41,0	15	17.714	31,3
1.500-1.999	1	1.507	4,9	1	1.909	7,4	2	3.416	6,0
> 2.000	2	4.417	14,4	1	2.050	7,9	3	6.467	11,4
Totale	39	30.767	100	31	25.896	100	70	56.663	100

* Una struttura pubblica non ha fornito dati pertanto non risulta in tabella.

Tabella 32
PRINCIPALI CARATTERISTICHE DEI NATI
IN STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE

CARATTERISTICHE	STRUTTURE PUBBLICHE (30.767 NATI)		STRUTTURE PRIVATE (25.896 NATI)	
	N.	%	N.	%
Gemelli	1.198	3,9	760	3,0
Peso <1500 g	498	1,6	114	0,4
Età gestazionale < 34 sett.	803	2,6	166	0,6
Nati di podice	1.037	3,4	814	3,3
Nati da Cesareo	15.646	50,9	18.531	71,9

Figura 18
CARATTERISTICHE MATERNE PER TIPO DI STRUTTURA

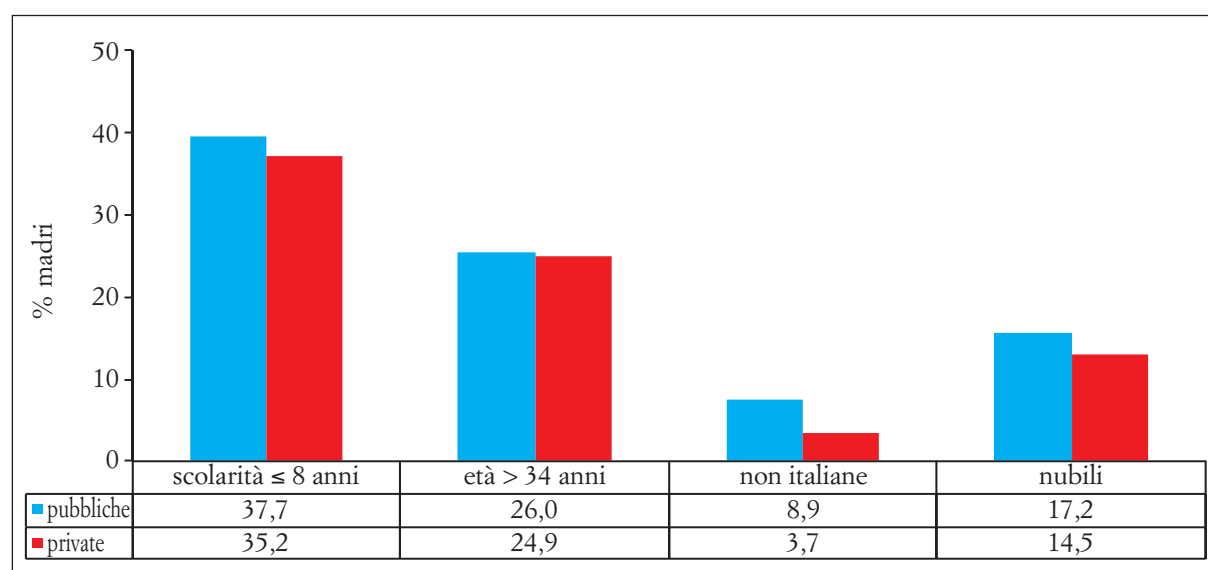


Figura 19
NATI DA TAGLIO CESAREO NELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE DELLA CAMPANIA, ANNI 2002-2012

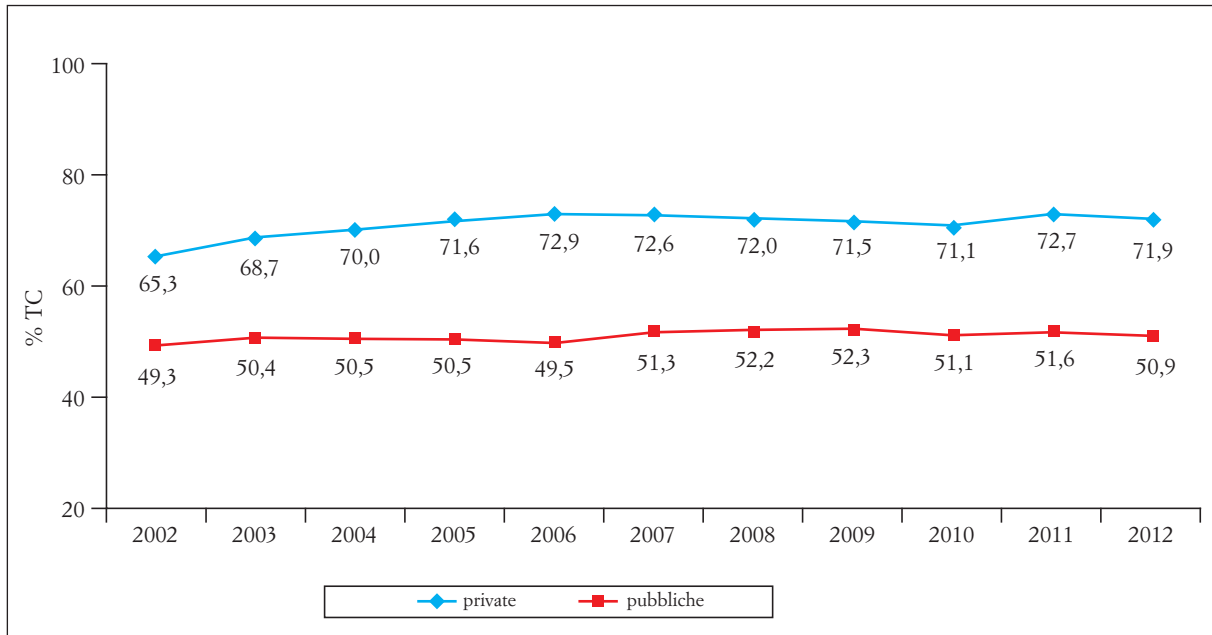


Figura 20
NUMERO DI NATI (DIMENSIONE DELLE BOLLE), PROPORZIONE DI CESAREI E DI VLBW IN STRUTTURE CON E SENZA TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

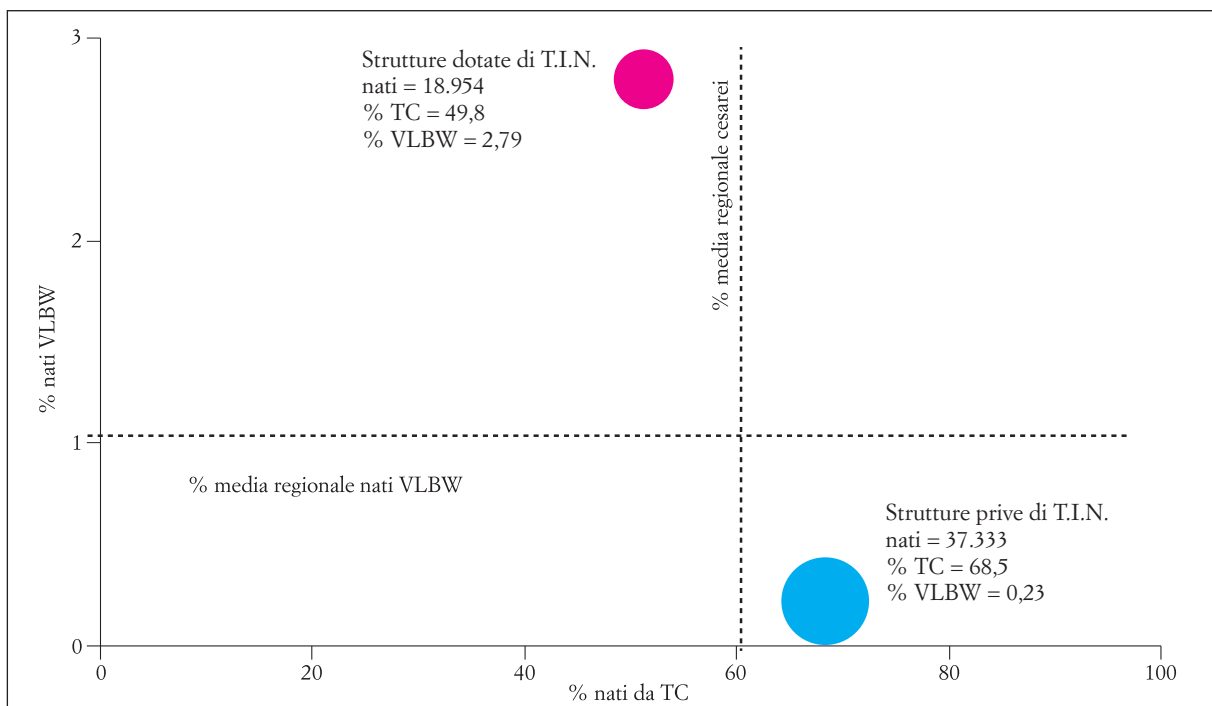


Tabella 33
NATI SINGOLI PER TIPO DI PARTO

ASL	Spontaneo		Cesareo di elezione		Cesareo in travaglio		Strumentale		Altro *		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Avellino	1.668	53,1	896	28,5	380	12,1	195	6,2	5	0,2	3.144	
Benevento	1.051	53,3	525	26,6	324	16,4	52	2,6	20	1,0	1.972	
Caserta	2.978	37,0	3.646	45,3	1.160	14,4	74	0,9	185	2,3	8.043	
Napoli 1 Centro	3.594	36,9	4.815	49,5	1.190	12,2	90	0,9	47	0,5	9.736	
Napoli 2 Nord	3.351	32,1	5.397	51,7	1.567	15,0	48	0,5	79	0,8	10.442	
Napoli 3 Sud	3.959	41,7	4.195	44,2	1.133	11,9	174	1,8	28	0,3	9.489	
Salerno	3.715	40,3	3.596	39,0	1.798	19,5	93	1,0	11	0,1	9.213	
Campania	20.316	39,0	23.070	44,3	7.552	14,5	726	1,4	375	0,7	52.039	

(*) Per altro si intende Cesareo dopo Strumentale.

Figura 21

NATI DA TAGLIO CESAREO E DA PARTO VAGINALE PER ETÀ GESTAZIONALE

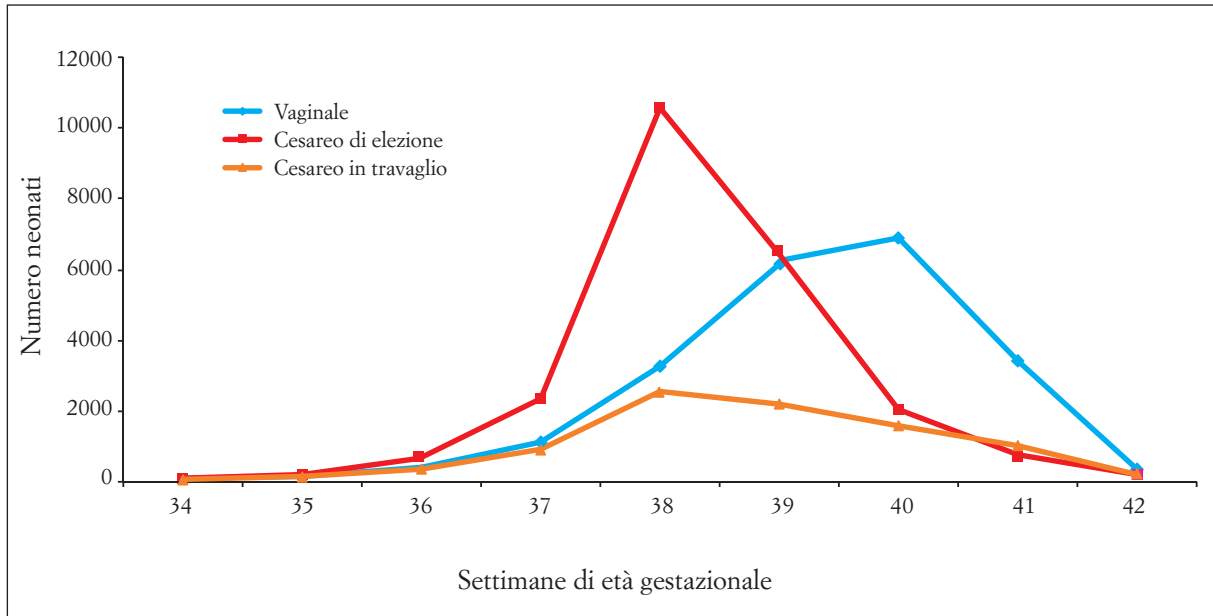


Figura 22

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

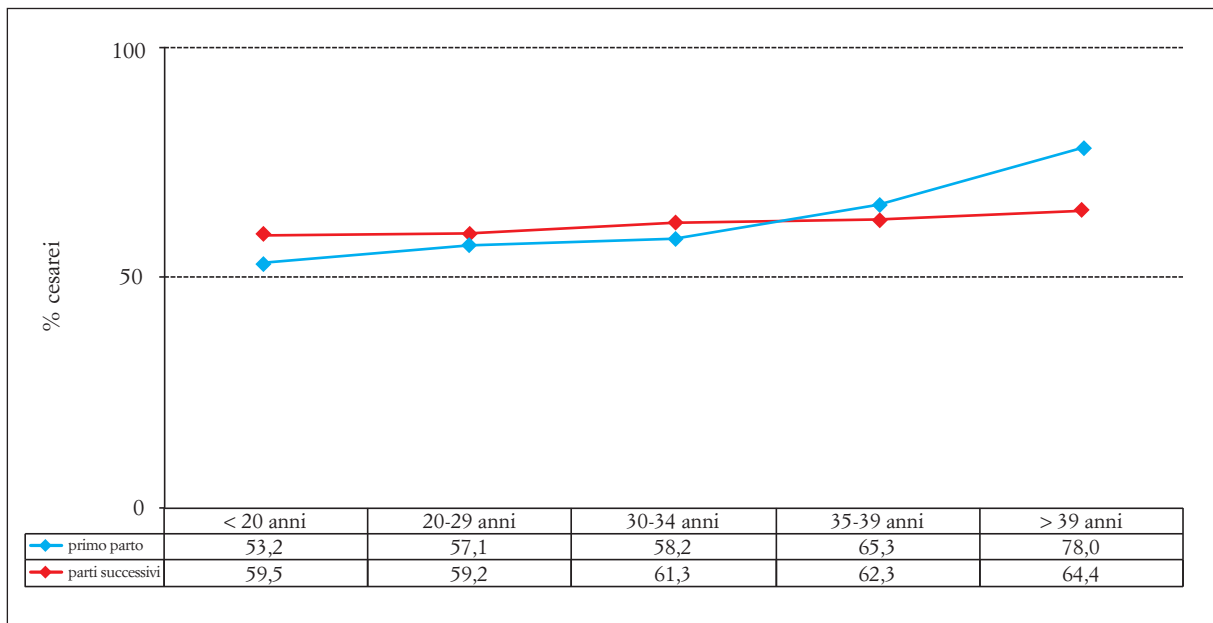


Tabella 34
FATTORI DI RISCHIO PER TAGLIO CESAREO NEI NATI SINGOLI

		NATI	CESAREI	%	R.R.	I.C. 95%
Età gestazionale	pretermine	2.766	1.788	64,6	1,09	1,03-1,15
	a termine	51.064	30.163	59,1	1	
Peso nascita	< 2500 grammi	3.087	2.098	68,0	1,16	1,09-1,22
	≥ 2500 grammi	50.931	29.953	58,8	1	
Presentazione	podice	1.526	1.438	94,2	1,65	1,53-1,77
	vertice	51.080	29.254	57,3	1	
Ordine di nascita	1	27.321	15.698	57,5	0,95	0,92-0,98
	2+	25.821	15.613	60,5	1	
Classe di età materna	<20 anni	1.686	898	53,3	0,92	0,84-1,00
	20-34 anni	38.703	22.475	58,1	1	
	>34 anni	13.642	8.703	63,8	1,10	1,06-1,13
Cittadinanza	non italiana	3.524	1.461	41,5	0,68	0,64-0,73
	italiana	50.213	30.465	60,7	1	
Luogo del parto	privato	24.783	17.636	71,2	1,44	1,40-1,48
	pubblico	29.413	14.526	49,4	1	

Figura 23
ETÀ MEDIA AL PARTO E PARTO CESAREO IN ITALIA E CAMPANIA, ANNI 2000-2011

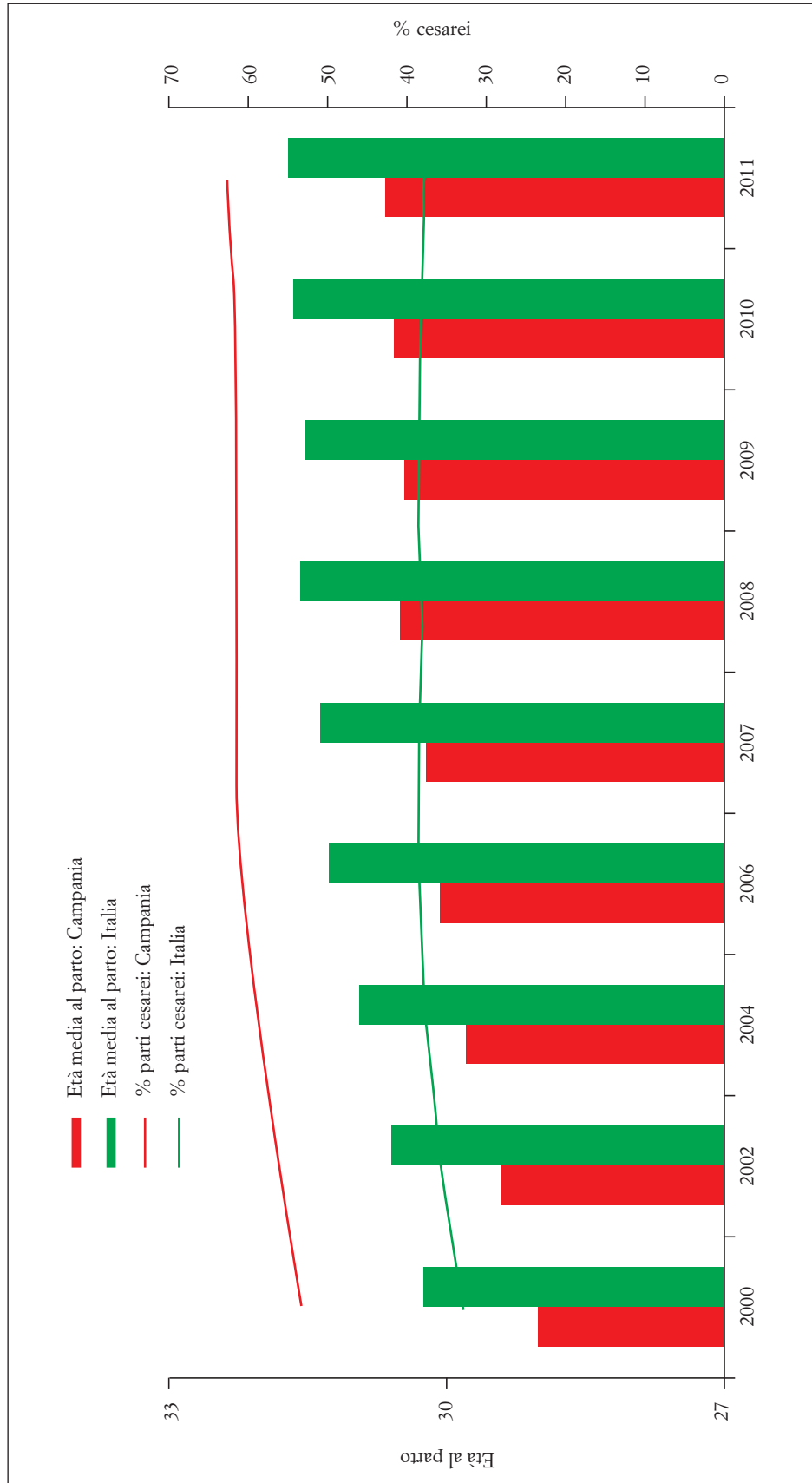
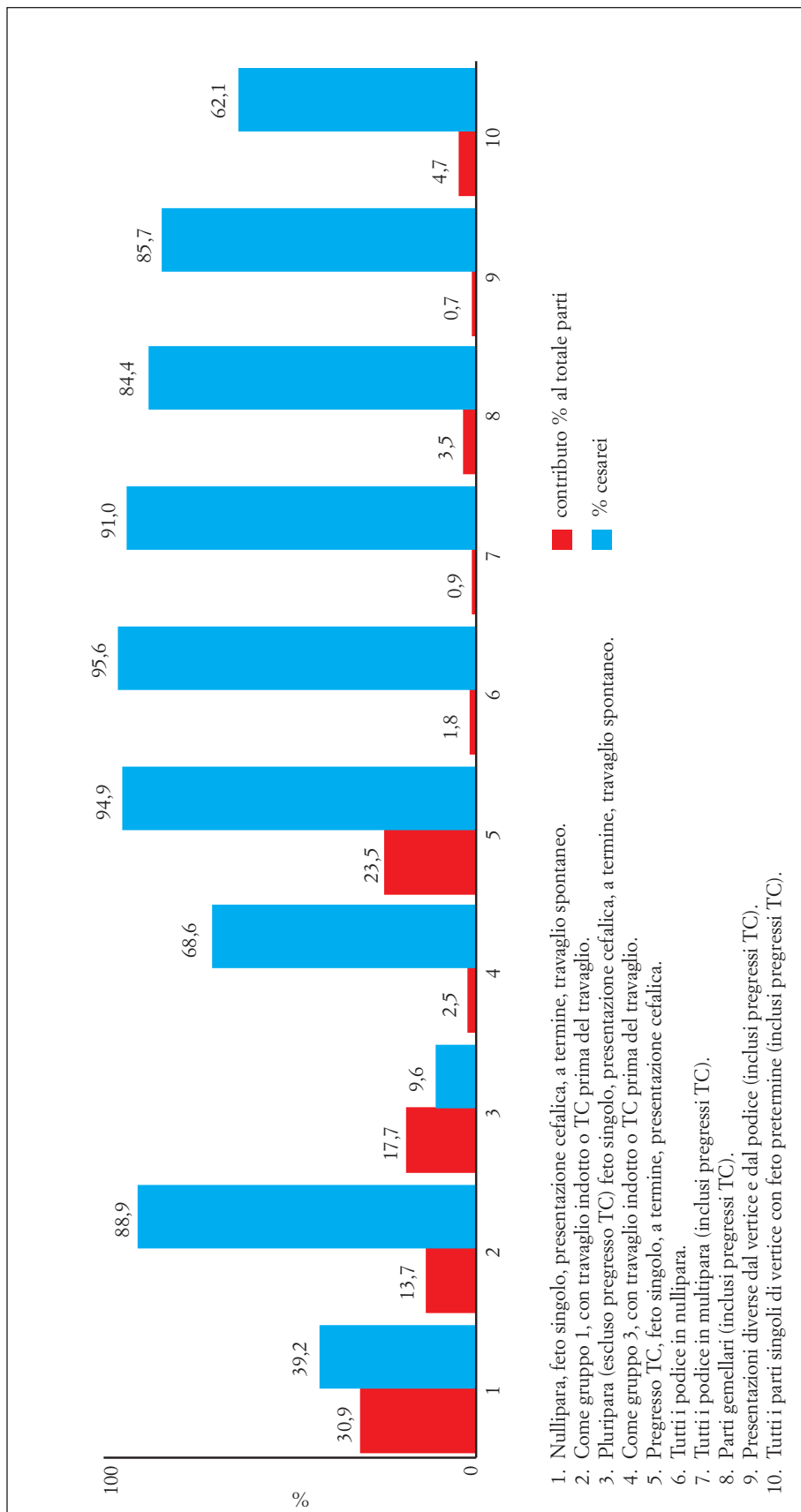
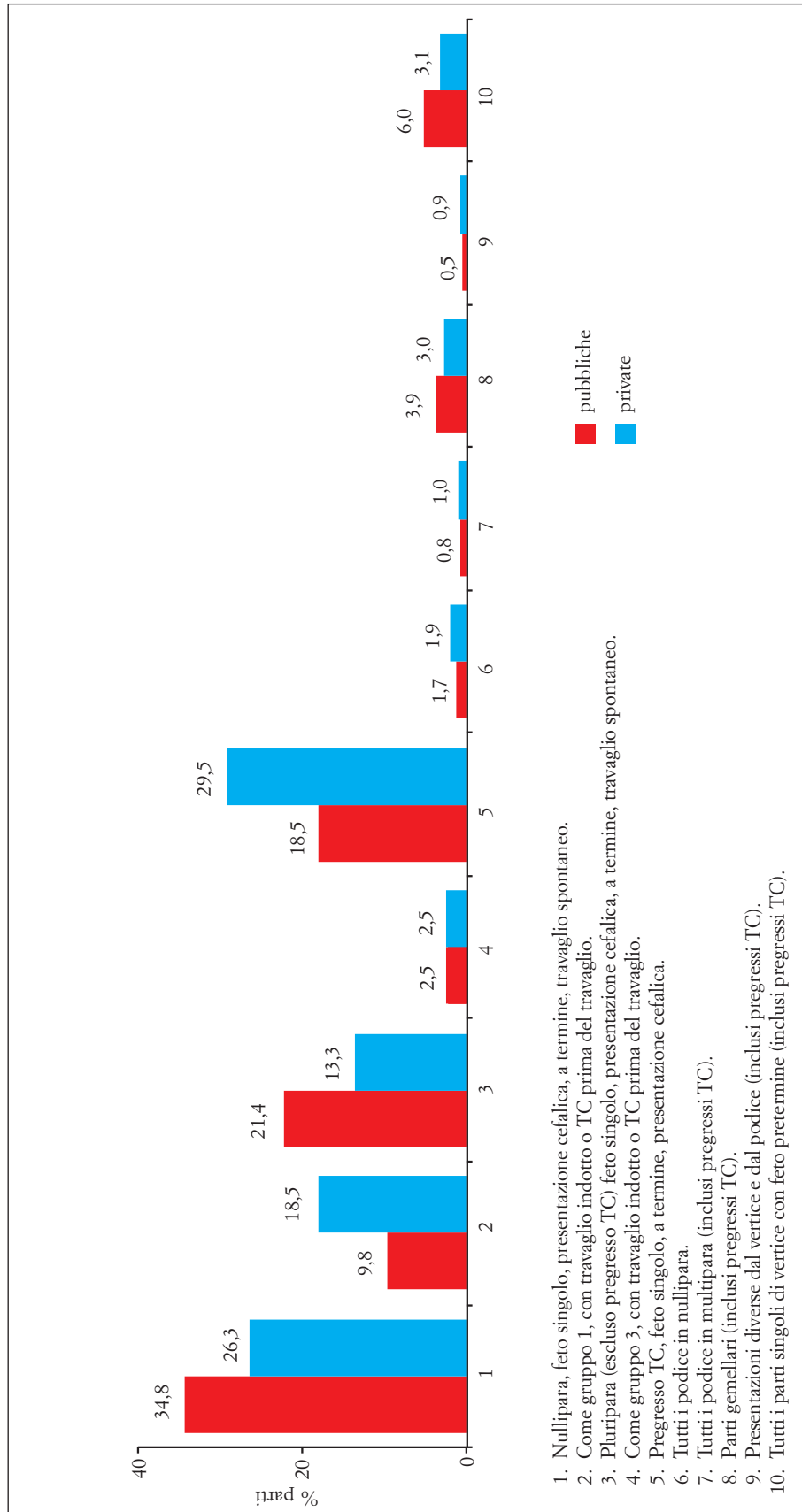


Figura 24
PERCENTUALE DI PARTI E PROPORZIONE DI CESAREI NEI 10 GRUPPI DI ROBSON



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 25
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 progresso TC) feto singolo, presentazione cefalica, a termine, travaglio spontaneo.
4. Come gruppo 3, con travaglio indotto o TC prima del travaglio.
5. Progresso TC, feto singolo, a termine, presentazione cefalica.
6. Tutti i podice in nullipara.
7. Tutti i podice in multipara (inclusi progressi TC).
8. Parti gemellari (inclusi progressi TC).
9. Presentazioni diverse dal vertice e dal podice (inclusi progressi TC).
10. Tutti i parti singoli di vertice con feto pretermine (inclusi progressi TC).

Figura 26
PROPORZIONE DI CESAREI IN STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE NEI 10 GRUPPI DI ROBSON

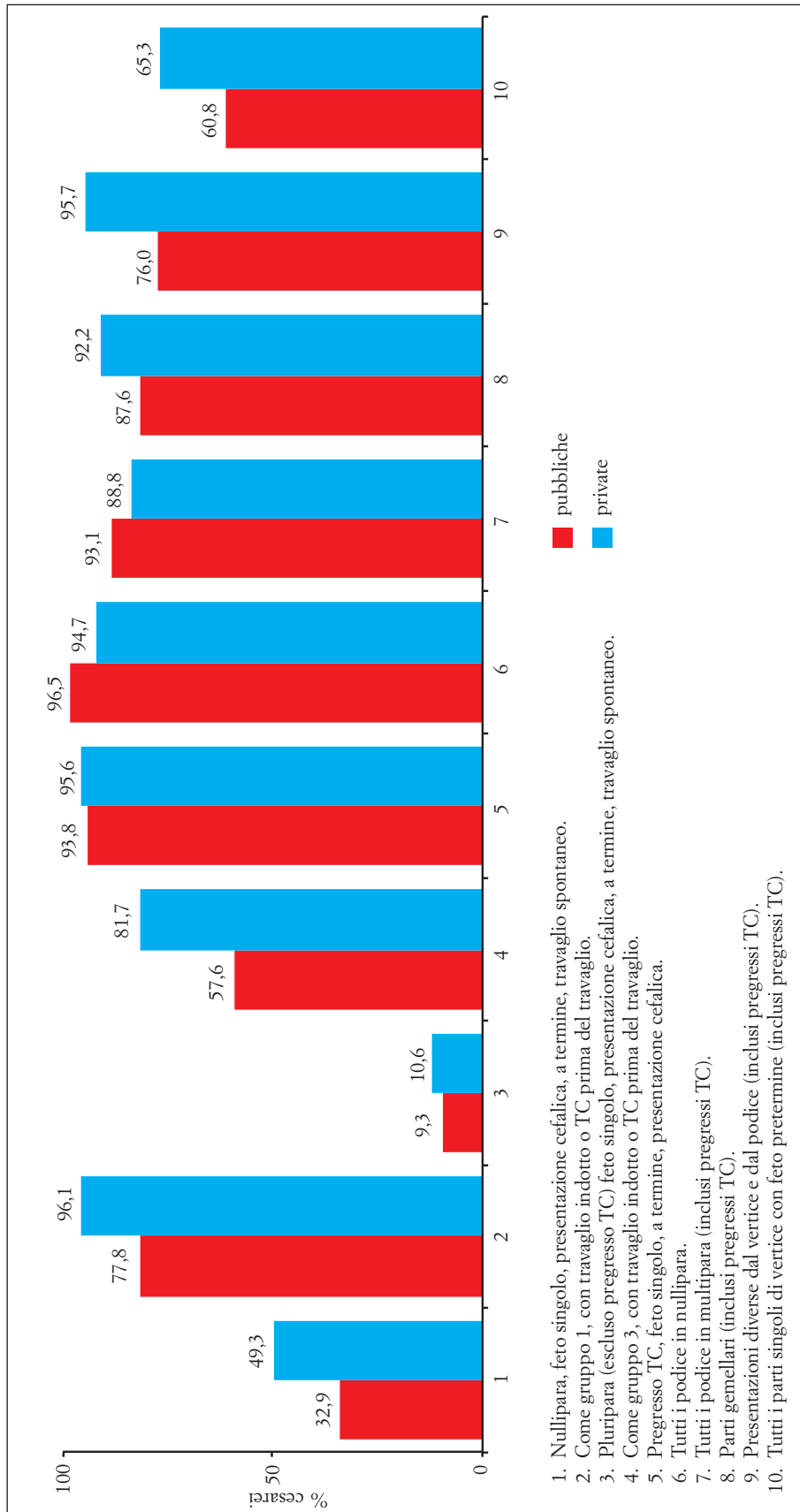


Tabella 35

DATI RELATIVI ALLE SINGOLE MATERNITÀ DELLA CAMPANIA, ANNO 2012*

ASL	ISTITUTO	Totale nati	Nati da TC	% TC	nati di peso < 1.500 gr.
Napoli 1 Centro	Fondazione Evangelica Betania - Napoli	2.006	780	38,9	62
	P.O. Buonconsiglio Fatebenefratelli - Napoli	1.195	479	40,2	28
	C. di C. Mediterranea - Napoli	985	443	45,0	1
	P.O. Incurabili - Napoli Ovest	625	286	45,8	1
	P.O. S. Gennaro - Napoli Ovest	455	218	47,9	1
	P.O. S. Giovanni Bosco - Napoli Est	815	433	53,3	4
	P.O. S. Maria di Loreto Mare - Napoli Est	957	539	56,3	4
	P.O. S. Paolo - Napoli Ovest	565	323	57,2	1
	A.O. Cardarelli - Napoli	1.044	641	61,5	43
	A.O.U. Policlinico Federico II - Napoli	2.411	1.538	63,8	124
	P.O. G. Capilupi - Capri	87	56	64,4	0
	C. di C. Santa Patrizia - Napoli	930	650	69,9	0
	C. di C. Ruesh - Napoli	90	69	76,6	0
	C. di C. Tasso - Napoli	2.050	1.667	81,3	0
	Clinica Sanatrix - Napoli	1.361	1.132	83,2	0
	C. di C. Villa delle Quercie - Napoli	989	846	85,6	0
	C. di C. Villa del Sole - Napoli	35	30	85,7	0
	C. di C. Internazionale Villa Bentinck - Napoli	1.218	1.064	87,4	1
	C. di C. Villa Cinzia - Napoli	1.058	965	91,2	3
	Napoli 2 Nord	P.O. Rizzoli - Lacco Ameno	375	162	43,2
P.O. S. Giuliano - Giugliano in Campania		997	494	49,5	0
P.O. S. Maria delle Grazie - Pozzuoli		896	539	60,2	4
P.O. Civile S. Giovanni d Dio - Frattamaggiore		733	503	68,6	2
C. di C. Villa dei Fiori - Acerra		1.298	990	76,3	9
C. di C. Villa Maione - Villaricca		673	533	79,2	2
Napoli 3 Sud	P.O. S. Leonardo - Castellammare di Stabia	900	177	19,7	4
	P.O. De Luca e Rossano - Vico Equense	916	257	28,1	2
	Presidio Ospedaliero S. Maria della Pieta - Nola	505	209	41,4	6
	P.O. - Torre Ann. - Boscotrecase	477	283	59,5	1
	C. di C. S. Lucia - San Giuseppe Vesuviano	481	295	61,3	0
	C. di C. La Madonnina - San Gennaro Vesuviano	505	340	67,3	1
	C. di C. Villa Stabia - Castellammare di Stabia	661	455	68,8	0
	C. di C. Madonna di Lourdes - Massa di Somma	1.314	932	70,9	0
	C. di C. A. Grimaldi - San Giorgio a Cremano	949	729	76,8	5
	C. di C. M. Rosaria - Pompei	1.089	852	78,2	2
	C. di C. S.M. La Bruna - Torre del Greco	737	606	82,2	5
	C. di C. S. Michele - Piano di Sorrento	7	6	85,7	0
	C. di C. Trusso - Ottaviano	469	403	85,9	1
TOTALE PROVINCIA DI NAPOLI		32.858	20.924	63,7	317

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

Segue: Tabella 35

DATI RELATIVI ALLE SINGOLE MATERNITÀ DELLA CAMPANIA, ANNO 2012*

ASL	ISTITUTO	Totale nati	Nati da TC	% TC	nati di peso < 1.500 gr.
AV	C. di C. Malzoni Villa dei Platani - Avellino	1.909	517	27,1	40
	A.O. S.G. Moscati Avellino - Avellino	1.012	364	36,0	16
	P.O. A. Landolfi - Solofra	433	225	52,0	0
	Presidio Ospedaliero - Ariano Irpino	359	216	60,2	0
	C. di C. S. Rita S.p.A. - Atripalda	297	224	75,4	2
BN	A.O. G. Rummo - Benevento	947	327	34,5	34
	P.O. Sacro Cuore di Gesu Fatebenefratelli - Benevento	1.209	603	49,9	14
CE	A.O. San Sebastiano - Caserta	1.194	421	35,7	31
	P.O. Maddaloni	471	206	43,7	0
	Presidio Ospedaliero S.G. Moscati - Aversa	959	516	53,8	3
	C. di C. Pineta Grande - Castel Volturno	1.031	617	59,8	32
	Clinica San Michele - Maddaloni	620	404	65,2	2
	P.O. Marcanise	653	426	65,2	2
	P.O. Ave Gratia Plena - Piedimonte Matese	210	138	65,7	1
	C. di C. Santa Maria della Salute - S.M. Capua Vetere	552	391	71,0	1
	Villa del Sole - Caserta	630	463	73,5	0
	Presidio Ospedaliero San Rocco - Sessa Aurunca	306	241	79,3	2
	Casa di Cura Villa Fiorita S.p.A - Capua	1.185	937	80,0	2
	C. di C. San Paolo - Aversa	619	527	85,1	1
SA	Plesso Ospedaliero Immacolata - Sapri	348	136	39,1	2
	P.O. Amico G. Fucito - Mercato San Severino	472	196	41,5	0
	P.O. Civile Umberto I - Nocera Inferiore	1.507	780	52,0	37
	C. di C. Malzoni - Agropoli	606	319	52,8	3
	P.O. Villa Malta - Sarno	798	467	58,6	4
	Plesso Ospedaliero L. Curto - Polla	411	249	60,6	3
	A.O. S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona - Salerno	1.433	884	61,7	32
	P.O. Maria SS. Addolorata - Eboli	416	259	62,3	3
	P.O. S. Maria Incoronata Dellolmo - Cava de Tirreni	380	237	63,4	0
	Presidio P.O. S. Maria della Speranza - Battipaglia	936	608	65,0	26
	P.O. S. Luca - Vallo della Lucania	354	230	65,0	1
	Hippocratica S.p.A Villa del Sole - Salerno	1.073	790	73,7	0
	C. di C. Tortorella S.p.A. - Salerno	475	404	85,2	1
TOTALE CAMPANIA		56.663	34.246	60,4	612

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

Allegato: CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO ATTUALMENTE UTILIZZATO

SEZIONE GENERALE			
Distretto Istituto			
Azienda USL Comune di evento			
Madre: Cognome		Nome	
STAMPATELLO		STAMPATELLO	
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		
SEZIONE B - INFORMAZIONI SULLA GRAVIDANZA			
Padre: Data nascita Cittadinanza Comune di nascita			
Condizione lavorativa Posizione nella professione			
Ramo di attività Titolo di studio			
Codificare con le stesse modalità utilizzate per i dati relativi alla madre			
Consanguineità figli di fratelli/sorelle = 1; figli di primi cugini = 2; figli di secondi cugini = 3			
SEZIONE C - INFORMAZIONI SUL PARTO E SUL NEONATO			
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			
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 giugno 2014
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



