

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

2011

A cura di

Roberta Arsieri, Domenico Esposito, Aniello Pugliese

Maurizio Saporito e Maria Triassi

Napoli, Maggio 2013

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



***RAPPORTO
SULLA NATALITÀ
IN CAMPANIA***

2011

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*

Roberta Arsieri, Domenico Esposito, Aniello Pugliese, Maurizio Saporito, Maria Triassi

Compilazione e informatizzazione dei CedAP

Operatori dei Centri Nascita

Coordinamento: circuito informativo, Rapporti di ASL, stage di formazione

Michele Ambrosino, 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, Mariagrazia Pelliccia (NA 2 Nord).

R. Palombino, G. Manetta, F. Giugliano,

V. Greco (NA 3 Sud). E. Bianco, F. Natale, N. Forgione,

Maria Antonietta Ferrara, Marcella D'Alessio (Avellino).

A. Citarella, E. Zollo (Benevento). Anna Luisa Caiazzo, A. D'Alessandro,

Maria Grazia Panico, C. Ronga, G. Della Greca,

Annamaria Trani (Salerno). D. Protano, S. Moretta, A. D'Argenzio (Caserta).

Antonella Cristofanini, Annalisa Granata (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 | » | 22 |
| 4.1. Nati per stato civile della madre | » | 22 |
| 4.2. Nati per livello di istruzione e condizione lavorativa materna e paterna | » | 24 |
| 4.3. Nati per classe di età materna e paterna | » | 25 |
| 5. Gravidanza | » | 26 |
| 5.1. Anamnesi ostetrica: ordine di nascita, abortività | » | 26 |
| 5.2. Cure prenatali: epoca della prima visita, numero di visite e di ecografie in gravidanza | » | 27 |
| 5.3. Diagnosi prenatale | » | 29 |
| 5.4. Decorso della gravidanza | » | 30 |
| 5.5. Nati da procreazione assistita | » | 30 |
| 6. Nati per caratteristiche fetali | » | 34 |
| 6.1. Nati per sesso e vitalità | » | 34 |
| 6.2. Nati per classe di età gestazionale | » | 36 |
| 6.3. Nati per genere del parto | » | 38 |
| 6.4. Nati per classe di peso | » | 41 |
| 6.5. Nati per presentazione e genere del parto | » | 44 |
| 6.6. Indice di Apgar a 5 minuti | » | 44 |
| 7. Caratteristiche dei parti | » | 46 |
| 7.1. Mobilità intra e extraregionale per il parto | » | 46 |
| 7.2. Nati per luogo del parto | » | 47 |
| 7.3. Nati per tipo di parto | » | 50 |
| 7.4. Caratteristiche materne, neonatali e tipo di parto | » | 52 |
| 7.5. Classificazione dei parti secondo Robson | » | 54 |
| 7.6. Caratteristiche dei centri nascita della Campania | » | 58 |
| Tabelle e figure | » | 61 |
| <i>Allegato: Modello CedAP</i> | » | 113 |

Elenco delle figure e delle tabelle

- Tab. 1 Copertura del sistema CedAP
- Tab. 2 Dati omessi per singola variabile
- Tab. 3 Italia e regioni italiane: scenario demografico, anno 2011
- Fig. 1 Regioni italiane: saldo migratorio, anno 2011
- Fig. 2 Regioni Italiane: tasso di crescita naturale, anno 2011
- Fig. 3 Italia e Campania: popolazione femminile per classe di età, anno 2011
- Fig. 4 Nati in Italia, Lombardia e Campania, anni 2001-2011
- Fig. 5 Tassi di natimortalità, mortalità neonatale e postneonatale in Italia, Lombardia, Lazio e Campania, anno 2009
- Fig. 6 Tasso di natimortalità e mortalità infantile in Campania e Lombardia, anni 1999 - 2009
- Fig. 7 Nati da stranieri nelle regioni italiane, anno 2011
- 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 immigrate in Campania per classe di età, anno 2011 (Istat)
- 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
- Fig. 12 Livello di istruzione dei genitori ≤ 8 anni, anni 2007 - 2011
- Tab. 8 Nati per livello di istruzione paterna
- 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 2007-2011 (dati CedAP)
- 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 P.A. per residenza materna - Metodo utilizzato per la P.A.
- Fig. 15 Distribuzione dei parti dopo procedure di P.A. nelle ASL della Campania
- Fig. 16 Distribuzione per genere dei nati 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 2002-2011
- 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 1982-2010
- 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 2011

Presentazione

Nel presente “Rapporto sulla Natalità in Campania anno 2011”, sono analizzate le informazioni relative a 57.619 CedAP, pervenuti da 73 centri nascita, relativi a 54.930 nati vivi e 171 nati morti da madri residenti in Regione, 1848 nati da madri non residenti e 670 nati da madri di residenza sconosciuta. La copertura del sistema di sorveglianza sulla natalità è progressivamente aumentata negli anni e attualmente è pari al 97,2% dei nati.

In questo rapporto sono indicati sinteticamente i risultati epidemiologicamente salienti del sistema di sorveglianza per l’anno 2011.

Il tasso di fecondità totale (TFT) delle donne campane continua a scendere ed è pari a 1,43 figli per donna, superato da quelli di alcune regioni settentrionali, Lombardia, Veneto, Trentino, Emilia Romagna, dove risiede un maggior numero di donne straniere il cui TFT è pari o superiore a 2.

Il tasso di natalità, 9,9‰, è ancora il più alto tra le regioni italiane, dopo quello del Trentino Alto Adige, ma continua a diminuire e, nell’ultimo quinquennio il numero di nati in regione è passato da 61.800 a 58.212 nati vivi e più della metà sono primogeniti. Oltre al mutamento della condizione femminile, che vede molte donne proseguire negli studi e ricercare un posto di lavoro, altri fattori giocano un ruolo in questo fenomeno. La contrazione del periodo riproduttivo deriva dallo spostamento delle nascite verso età materne più avanzate, che in Campania è più lento rispetto alle regioni del Centro-Nord, ma è progressivo. Inoltre, il diffuso utilizzo del taglio cesareo (TC) determina una dilazione nella progettazione di nuove gravidanze e la conseguente frequente rinuncia ad affrontarle in età superiori ai 31 anni. A rendere difficile l’accettazione di un secondo figlio si aggiungono poi le crescenti difficoltà economiche delle famiglie e la carenza di un sistema di welfare indirizzato al sostegno della genitorialità.

Alcuni dati CedAP rispecchiano il pesante divario socio-economico esistente tra Campania e regioni settentrionali.

Le percentuali di genitori con bassi livelli di istruzione scendono molto lentamente, mentre crescono i tassi di disoccupazione. In tale contesto emergono tre gruppi di madri ad alto rischio

socio-sanitario, le adolescenti, le nubili e le immigrate su cui pesano maggiormente le carenze dei servizi socio-sanitari.

In una regione con scarse risorse economiche e con notevoli ritardi nella riorganizzazione del settore perinatale l'assistenza in gravidanza e al parto continua ad essere caratterizzata dalla medicalizzazione, che oltre all'impatto sulla salute psico-fisica delle madri e dei neonati, comporta un enorme spreco di risorse economiche e umane. L'abuso di controlli ed ecografie prenatali culmina con l'alto tasso di TC stabilmente attestato sulla percentuale del 60% 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 più alti tassi di TC si possono registrare dove si concentrano partorienti a basso rischio perinatale, motivo per il quale si ritiene che gli interventi efficaci per il contenimento dell'epidemia di TC debbano partire da questa problematica.

Relativamente agli esiti delle gravidanze, la proporzione dei nati più vulnerabili è simile a quella delle altre regioni italiane. Di tutti i nati vivi i gemelli sono il 3,3%, quelli con peso molto basso alla nascita lo 0,9%, i pretermine sotto le 32 settimane di età gestazionale lo 0,9%. Ciononostante il tasso di mortalità neonatale, che comunque in Campania decresce negli anni, è ancora superiore a quelli delle regioni settentrionali (3,1‰ contro il 2,2‰ della Lombardia). Il 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. Il tasso di natimortalità, pari al 3,1‰, è tra i più bassi d'Italia, probabilmente per la più giovane età media al parto delle madri campane e, soprattutto, per la minor quota di donne straniere residenti in regione.

Si ringraziano tutti gli attori dell'attività di sorveglianza per i risultati prodotti annualmente al fine di dare indicazioni per migliorare la salute materno-infantile nella nostra regione.

MARIA TRIASSI

PRINCIPALI DATI RELATIVI ALLE NASCITE IN CAMPANIA NEL 2011

| | |
|---|-----------|
| Superficie Km ² (Istat) | 13.595,34 |
| Abitanti (densità per Km ² 429, Istat) | 5.834.056 |
| Donne di 15-44 anni | 40,8% |
| Madri con scolarità < 8 anni | 38,6% |
| Età media delle madri al parto | 30,5 anni |
| Età media delle madri al parto del primo figlio | 29,0 anni |
| Padri occupati | 85,9% |
| Nati vivi | 57.445 |
| Nati da immigrate | 5,5% |
| Tasso di natimortalità | 3,03‰ |
| Parti da Procreazione Assistita | 11,4‰ |
| Nati da Procreazione Assistita | 14,9‰ |
| Nati pretermine | 6,24% |
| Parti gemellari | 1,61% |
| Gemelli | 3,31% |
| Nati di peso < 2.500 grammi | 7,32% |
| Nati di peso < 1.500 grammi | 0,94% |
| Nati di peso > 3.999 grammi | 3,86% |
| Nati con Indice di Apgar a 5min. <4 | 6,5‰ |
| Totale centri nascita | 73 |
| Centri nascita con numero di nati per anno < 500 | 21 |
| Percentuale di nati nei centri nascita privati | 46,6% |
| Nati da TC, singoli, da madri residenti | 60,5% |

IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLA NATALITÀ IN CAMPANIA

METODOLOGIA

1. Circuito informativo. Verifica di qualità dei dati

Il Rapporto Annuale sulla Natalità in Regione Campania si basa sulle informazioni raccolte, per ogni nato, con i Certificati di Assistenza al Parto (CedAP) e su elaborazioni dei dati Istat per la descrizione del contesto demografico.

Di seguito si riportano sinteticamente i principi della metodologia del sistema di sorveglianza, coerenti con la Circolare Ministeriale n. 15 (Modalità di attuazione del Decreto 16 luglio 2001, n. 249), tranne per la codifica del numero di visite in gravidanza¹, che è stata semplificata per evitare distorsioni.

In ciascun centro nascita gli operatori incaricati informatizzano i dati dei CedAP utilizzando il programma EPIDATA, appositamente configurato, e inviano i file ai Servizi di Epidemiologia e Prevenzione (SEP) della ASL territorialmente competente. In ogni SEP un referente effettua una verifica della qualità dei dati, che consiste nel correggere eventuali incongruenze o nell'eliminare le informazioni non coerenti. In questa fase, con inchiesta telefonica, si provvede al recupero dei dati omessi e al controllo della diagnosi di vitalità nei casi dubbi. La procedura di verifica comprende anche l'eliminazione dei CedAP che risultano duplicati o inutilizzabili per la carenza di informazioni. I file sono inviati all'Osservatorio Epidemiologico Regionale 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:

- 1) la selezione dei nati morti e la richiesta ai SEP di controllarne i dati presso i centri nascita,
- 2) il recupero dei dati relativi ai gemelli, quando sono riportati i dati di uno solo di essi,

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

3) il controllo dei casi di compilazione inappropriata e, ove possibile, la correzione ed il recupero di dati.

La valutazione incrociata di alcune variabili fondamentali quali, sesso, vitalità, genere, peso, età gestazionale, permette di verificare che la distribuzione dei dati omessi non generi distorsioni. L'Osservatorio Epidemiologico Regionale 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. Le analisi riguardano i dati epidemiologici presenti in 57.619 CedAP, di cui 55.101 relativi a nati da madri residenti in Campania, 1.848 da madri non residenti in Campania, 670 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. 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 significa "donna straniera proveniente da paesi con alto flusso migratorio". I nati da 162 madri non italiane, provenienti da paesi a basso flusso migratorio, non sono stati considerati nell'elaborazione dei dati. Nelle tabelle e nelle figure non è stata fatta distinzione tra Case di Cura convenzionate con il Sistema Sanitario Nazionale e Case di Cura non convenzionate, queste ultime rappresentate nel 2011 solo dalla Clinica Villa del Sole dove sono nati 147 bambini. 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.

Come per i Rapporti 2009-2010 la suddivisione delle ASL rispetta le indicazioni del legislatore². Si ricorda che per le province di Caserta, Avellino e Salerno è prevista una sola

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 2009".

ASL per provincia e che le 5 ASL in cui era distribuita la provincia di Napoli sono state ridotte a 3. La provincia di Benevento ha come nel passato una sola ASL.

I risultati sono rappresentati 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 2011 è stata conclusa il 31/05/2011.

Alla Sezione di Igiene del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università Federico II di Napoli sono pervenuti 57.619 CedAP inviati da 73 centri nascita campani attivi nel 2011. La copertura del sistema, calcolata confrontando il numero di nati vivi da madri residenti risultante dai CedAP con il dato Istat per il 2011, è pari al 97,2%. In tutte le province si è verificato nel tempo un miglioramento della copertura: a Napoli e Avellino la copertura supera il 98%, a Salerno è del 96,3%, a Benevento del 92,9%, mentre a Caserta è del 87,7%. Le schede inutilizzabili a causa dei dati incongruenti o incompleti o perché risultate duplicati sono state 450. 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). La presenza di malformazioni è stata notificata in 189 CedAP.

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 Osservatorio Epidemiologico Regionale e 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 tale attività è stata uniformata al dettato ministeriale⁴ che ha reso obbligatoria la sorveglianza sulle nascite in tutte le regioni e ha prodotto le linee-guida per effettuarla con modalità uniforme. Nel 1998 l'attività è stata

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

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

integrata con la formazione degli operatori dei centri nascita e dei SEP coinvolti nella sorveglianza, finalizzata all'aggiornamento sui temi di epidemiologia perinatale, della metodologia dell'intervista alle puerpere e delle metodiche di informatizzazione dei CedAP. Corsi di epidemiologia perinatale sono stati realizzati 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 sorveglianza⁵. Dal 2002 vengono organizzati Corsi Annuali di aggiornamento in Epidemiologia Perinatale per gli operatori dei centri nascita e dei SEP. I Corsi costituiscono anche l'occasione per fare il punto sulle criticità del sistema e per valutare prospettive di miglioramento⁶. Per la semplificazione della raccolta dei dati, viene da molti professionisti auspicato che si apportino modifiche al modello CedAP, che potrebbe essere semplificato, e che si proceda all'integrazione di tutti i sistemi informativi già operanti in Campania nel settore perinatale⁷, sulla scorta di quanto già sperimentato in altre realtà⁸. Anche il coinvolgimento dei Consulenti Familiari nella sorveglianza epidemiologica della natalità potrebbe contribuire a realizzare una razionale semplificazione e a garantire la continuità delle cure durante il percorso nascita.

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.*

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.: *How current data can guide mother-infant health planning. An insight into data sources and methodologies*, Epidemiol. Prev., 30 (3); 178-90, 2006.

RISULTATI

1. Contesto socio-demografico: fecondità e natalità nelle Regioni Italiane⁹

Al 1° gennaio 2012 i residenti in Italia sono 60 milioni 851mila, dei quali 55.992.000 sono italiani e 4.859.000 stranieri. Gli stranieri rappresentano l'8% della popolazione residente. I nati in Italia nel 2011 sono 556.000, l'82% da madri italiane e il 18% da madri straniere. La Campania conta 5.832.000 residenti, che rappresentano il 9,6% dei residenti in Italia. I nati da genitori residenti sono 56.520, il 10,3% dei 546.607 nati in Italia nel 2011. Gli stranieri residenti sono 176.000, pari al 3% del totale e i 3.125 nati da madre straniera sono il 5,5% del totale di nati in regione.

Rispetto al dato nazionale e alle altre Regioni Italiane la Campania, in ragione dei maggiori tassi di natalità relativi agli anni 70/80, conta una maggiore quota di donne in età feconda (figura 3), un tasso di natalità più elevato e un basso indice di vecchiaia (tab. 3). I ragazzi da 0 a 14 anni sono 954.052, il 16% dei residenti, laddove la proporzione nazionale è del 14%. Come in tutte le regioni del Sud-Italia, ad eccezione della Sardegna, anche in Campania il saldo migratorio è negativo, -1,5 nel 2011, a riprova di una tendenza a lasciare il luogo di nascita superiore a quella delle regioni settentrionali e centrali nelle quali è invece positivo (figura 1). Viceversa, il saldo naturale, -0,6 in Italia, è positivo in Campania (+ 1,2), dove il numero dei nati è superiore a quello dei morti (figura 2).

Negli anni 2007-2011⁹, il Tasso di Fecondità Totale per le donne residenti, comprese le straniere, è salito in Italia da 1,35 a 1,42 figli per donna. Con 1,48 figli per donna il Nord è la ripartizione italiana con la più alta fecondità, il Centro registra un valore di 1,38, mentre il Mezzogiorno si attesta a 1,35. Nel 2011 la Campania, con 1,43 figli per donna, è l'unica regione meridionale con un TFT superiore alla media nazionale¹⁰, peraltro non influenzato dall'esiguo numero di straniere residenti, il cui contributo alla fecondità regionale è dell'1%, contro percentuali che vanno dal 10 al 23% nel Centro-Nord.

Nello stesso periodo il tasso di natalità è diminuito in Italia dal 9,5‰ al 9,1‰ e in Campania dal 10,7‰ al 9,9‰¹¹.

Tra le province campane il tasso di natalità è più alto nelle province di Napoli (10,6‰) e Caserta (10,4‰) e si associa a un'età media al parto di 30,5-30,9 anni. Al contrario, dove

⁹ Demo Istat 2012.

¹⁰ Indicatori Demografici. Stime per l'anno 2011, ISTAT gennaio 2012.

¹¹ HFA dicembre 2012.

il tasso è più basso, nelle province di Salerno (9,0‰), di Avellino (8,1‰) e Benevento (8,2‰), si registra un'età materna al parto più alta, rispettivamente di 31,2 anni a Salerno, 31,5 ad Avellino, 31,7 a Benevento.

In conclusione si registra in Campania una progressiva diminuzione del numero di nati, sceso in un anno di 1.692 unità. La figura 4 evidenzia tale fenomeno nel confronto con la Lombardia, dove la curva continua a salire in relazione al crescente numero di nati da immigrate.

Il tasso totale di fecondità è calato in Unione Europea da una media di 2,5 nati vivi per donna negli anni 60 a circa 1,6 negli anni 2007/09. Solo l'Irlanda, la Francia e l'Islanda registrano tassi vicini a quello di rimpiazzo della coppia (2,1 figli per donna), e ben 17 paesi dell'U.E. registrano tassi di 1,5 figli per donna¹². In Italia si è osservato un progressivo decremento del tasso di fecondità fino agli ultimi tre anni quando ha cominciato a crescere in proporzione al numero di donne immigrate arrivate nelle nostre regioni. I nati da almeno un genitore straniero sono 79.587, il 14,3% dei nati in Italia e compensano quasi per intero il saldo naturale negativo della popolazione italiana. Il contributo alla natalità è maggiore nelle regioni del Nord dove risiede il 63,4% degli stranieri, rispetto al Centro (stranieri residenti 23,8%) e al Sud (12,8%)¹³. Il TFT delle immigrate è più alto nelle regioni del Nord (2,27 figli per donna), più basso al Sud. In Campania il TFT delle cittadine immigrate è 1,7 figli per donna e ciò spiega, oltre al fatto che il Sud in generale e la Campania in particolare non sono in grado di accogliere e dare stabilità a un maggior numero di migranti, il basso contributo delle straniere al bilancio riproduttivo della Campania.

Per i prossimi anni, in considerazione di fattori contingenti, congiuntura economica sfavorevole in Italia e cambiamenti socio-politici nei paesi con attuale forte pressione migratoria, è difficile stabilire in quale misura le immigrate possano mutare il quadro demografico italiano, anche perchè da qualche anno constatiamo che esse tendono ad assumere comportamenti riproduttivi analoghi a quelli del paese ospitante, come si evince dal calo della fecondità (da 2,31 a 2,04) e dallo spostamento in avanti dell'età materna al parto (da 27,9 a 28,6 anni) osservato nel biennio 2009-2011 per le immigrate¹⁴.

Le dinamiche demografiche positive del Nord-Europa e della Francia, paesi in cui vige un solido sistema di welfare a sostegno della genitorialità, in cui c'è attenzione alla promozione

¹² Eurostat 2012.

¹³ Caritas e Migrantes Dossier Statistico Immigrazione 22° Rapporto 2012.

¹⁴ Istat. Anni 2009-2011. *Natalità e Fecondità della popolazione residente.*

dell'istruzione e dell'entrata nel mondo del lavoro delle donne, suggeriscono che esiste una relazione tra contesto socio-economico e realizzazione dei progetti riproduttivi.

2. Mortalità feto-infantile

In figura 5 sono riportati alcuni tassi regionali di natimortalità, mortalità neonatale e mortalità post-neonatale registrati dall'Istat nel 2009 (ultimi dati disponibili). Il tasso di natimortalità in Campania continua 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 dei 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. 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) documentano in Campania tassi di mortalità neonatale superiori a quelli nazionali, pur in presenza di un progressivo miglioramento che necessita di ulteriori conferme¹⁵.

| Tassi di mortalità ospedaliera nei VLBW, anno 2011 (Vermont Oxford Database) | | | | |
|---|------------|-------------|------------------------|-------------|
| Classi di peso (grammi) | Campania | | Network Italiano (INN) | |
| | Nati | % deceduti | Nati | % deceduti |
| < 501 | 14 | 85,7 | 116 | 75,9 |
| 501-750 | 63 | 66,7 | 625 | 48,5 |
| 751-1000 | 82 | 12,2 | 877 | 14,3 |
| 1001-1250 | 86 | 2,3 | 1047 | 3,9 |
| 1250-1500 | 174 | 5,7 | 1639 | 3,8 |
| Totale | 419 | 18,1 | 4304 | 14,4 |

¹⁵ VERMONT OXFORD NETWORK, database 2011.

3. Nati da cittadini immigrati

Dai dati CedAP si rileva che nel 2011 i nati in Campania da madri straniere, provenienti da paesi a forte pressione migratoria sono 3.125, il 5,5 dei nati in Campania, quelli da donne provenienti da paesi a sviluppo avanzato sono 162 e non sono inclusi nelle analisi dei CedAP (tab. 4). Il 56,9% delle partorienti proviene da nazioni del continente europeo (tab. 4): tale percentuale è in progressivo aumento in particolare per l'apporto delle rumene (25% del totale), mentre è stabile, (11,7%), quella delle madri provenienti dall'Africa. Come è evidente, il numero assoluto di madri è superiore a quello di padri per ogni nazionalità di provenienza (figura 8). Nel 60,4% dei casi i nati hanno entrambi i genitori con la cittadinanza straniera, nel 32,9% la madre è immigrata e il padre italiano e nel 6,7% la madre è italiana e il padre immigrato (figura 9). Ha un partner italiano il 40% delle immigrate da paesi europei, mentre molto più basse sono queste percentuali per le africane (13,7%), le asiatiche (14,1%). Solo una minoranza di madri italiane (168, pari allo 0,35%) ha un partner proveniente da paesi a forte pressione migratoria.

La distribuzione percentuale per gruppi di età riportata dall'Istat evidenzia maggiori proporzioni di donne giovani tra le immigrate: le età più rappresentate sono tra 20 e 49 anni (figura 10). L'analisi dei CedAP relativa ai nati da immigrate mostra che l'età media al parto è 31,9 anni per i padri e 28,5 per le madri. Una differenza di età superiore a 10 anni tra padre e madre si riscontra in 387 su 2.591 (14,9%) 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 (223 su 387 casi), meno frequente in caso contrario (13 su 387 casi), e si verifica in 151 casi su 387 se ambedue i genitori sono immigrati.

Il TFT delle donne immigrate in Campania è l'1,70 contro 1,41 delle donne campane e, come si legge in tabella 5, le nascite riguardano nel 75,5% dei casi donne di 20-34 anni. Rispetto alle italiane, per le immigrate le nascite da adolescenti sono circa il doppio e sono meno frequenti le nascite da ultratrentaquattrenni. Le madri immigrate in Campania non sono coniugate nel 38,8% dei casi contro il 12,7% delle madri campane e hanno un livello di istruzione medio-basso nel 56,6% dei casi, contro il 37,7% delle donne campane (tab. 5).

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, 23,5% contro 10,5% delle italiane (tab. 5) e il numero medio di ecografie è inferiore a quello delle italiane, 5,2 contro il 6,1 (tab. 16). Riguardo alla tipologia della struttura di assistenza al parto, i figli delle immigrate rappresentano il 7,4% del totale nelle

strutture pubbliche, il 3,4% nelle private (figura 18). La quota di donne immigrate che partoriscono in strutture pubbliche è pari al 72,1%, mentre il tasso di tagli cesarei è per le immigrate del 40,8% contro il 61,5% delle italiane (tab. 34). Le immigrate hanno più frequentemente un figlio unico (primo ordine di nascita 51,6% contro 50,5% delle italiane), un rischio maggiore di partorire neonati pretermine (5,9% contro 4,9% delle italiane), di basso peso (6,8% contro 5,4%) mentre è identico il tasso di natimortalità (0,3%) (tab. 5); il tasso di gemellarità è pari al 2,0% per le immigrate contro il 3,3% per le italiane.

In Italia gli stranieri residenti al 1-1-2011 ammontano a 4.000.563 mila con un incremento di 328 mila unità in un anno. Essi rappresentano il 7,5% del totale dei residenti e la loro distribuzione percentuale, 57% al Nord, 25% al Centro, 18% nel Mezzogiorno, rispecchia la differente possibilità di trovare lavoro nelle tre aree e di stabilizzarsi in esse.

La Campania è la regione del Mezzogiorno che accoglie la quota più consistente di immigrati, circa la metà di quelli presenti nel Sud Italia. Al 1-1-2011 sono residenti in Campania 164.268 stranieri, ma con stime al 1-1-2012 di 176.000 stranieri. A tale data rappresentano il 2,8% della popolazione residente, ma si registra un incremento globale del flusso pari al 10% ed ancora superiore per le femmine (11%), che sono il 58% degli stranieri residenti in Campania.

La comunità Ucraina è la più numerosa con 37.391 presenze (22,8%), segue la Romania con 29.265 (17,8%) presenze e il Marocco con 13.377 (8,14%). Dei 164.268 stranieri, la quota più alta, 46%, risiede nella provincia di Napoli, dove esistono maggiori possibilità lavorative nei settori del commercio e dei servizi¹⁶, seguita da quelle di Salerno (23%), Caserta (20%), Avellino (2,6%) e Benevento (2,1%).

Rispetto ad altre aree italiane gli immigrati in Campania si caratterizzano per un'età media più alta (il 38% ha più di 40 anni e il 16% 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.

Si conferma l'aumento della proporzione di nati da ambedue i genitori immigrati che è passata nel quinquennio 2007-2011 dal 56,8% al 60,4%, a riprova di una più frequente stabilizzazione delle coppie immigrate anche in Campania.

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

¹⁶ stranierincampania.it Cidis Onlus e Cantiere Giovani.

carezza 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 nella sfera riproduttiva, 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 1 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 si è 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 straniere¹⁷.

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 dedicati¹⁸.

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^{19 20}.

4. Caratteristiche socio-demografiche dei genitori

4.1. NATI PER STATO CIVILE DELLA MADRE

Dal 2006 al 2011 i nati da donne coniugate sono diminuiti dall'89,6% all'84,1%, i nati da donne nubili sono aumentati dal 8,9% al 14,1%, sono invariate le percentuali di nati da donne separate, vedove e divorziate (tab. 6). Il 60% delle donne nubili risiede nelle ASL di Napoli Centro, in particolare nei Distretti 31 e 32²¹, e nelle ASL della Provincia

¹⁷ 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.

¹⁸ P. CASTAGNA, L. GUARNIERI, G. LORIDO, A. FRANCO, G. NOTORIO, R. BUONDONNO. VIII REPORT - Servizio Attività Sociosanitarie Cittadini Immigrati Napoli 2010.

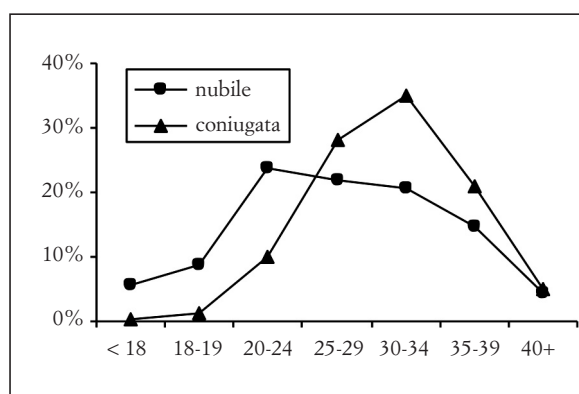
¹⁹ R. PAPA, I. MELE, M.A. DI PALMA, *Si fa presto a dire screening*. Rapporto sullo screening per la diagnosi precoce dei tumori della sfera genitale femminile nella città di Napoli, 2004-2008.

²⁰ R. PAPA, *Dati del Dipartimento Materno-Infantile*, ASL Napoli 1 Centro, 2011.

²¹ Distretto 31: AVVOCATA - MONTECALVARIO - S. GIUSEPPE PORTO - MERCATO-PENDINO; Distretto 32: BARRA, S. GIOVANNI, PONTICELLI, INSEDIAMENTO 167.

di Napoli, il 20% 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 contro 31,0 delle coniugate) con proporzioni più elevate di minorenni (5,7% contro 0,2%) e di adolescenti (8,7% contro 1,1%), e proporzioni più basse di madri in età superiore ai 39 anni (4,4% contro 4,9%).

Distribuzione per gruppi di età di donne nubili e coniugate, anno 2011



Inoltre per le madri nubili è più frequente il basso livello di istruzione, meno frequente quello medio-alto (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 2006-2011 | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
| Nati da nubili (%) | 9,9 | 10,5 | 11,2 | 12,5 | 14,1 |
| Scolarità materna ≤ 5 anni (%) | 11 | 8,3 | 7,7 | 8,2 | 8,1 |
| Diagnosi prenatale invasiva (%) | 9,4 | 11 | 10,9 | 10,9 | 10,6 |
| Tasso di natimortalità (%) | 2,5 | 2,6 | 4,2 | 3,4 | 3,9 |

La quota di nati da madri nubili cresce in Campania molto più lentamente rispetto al Centro-Nord, dove ha raggiunto il 30%. Certamente influiscono sul fenomeno gli atteggiamenti tradizionali nei riguardi del matrimonio, che danno alla Campania il primato del maggiore tasso di nuzialità tra le regioni italiane (Campania 4,4%, Italia 3,5²²), anche in ragione della garanzia di sostegno economico che il matrimonio rappresenta per le donne senza un reddito.

Negli anni non si osservano sostanziali cambiamenti. In particolare, oltre alla difficoltà di entrare nel mondo del lavoro comune a tutte le madri della Campania, preoccupano alcuni dati relativi alle madri nubili desumibili dai CedAP: la distribuzione per fasce di età, che evidenzia una più alta proporzione di madri adolescenti e minorenni, il livello di scolarità più basso, la loro maggior presenza in quartieri più degradati e esiti perinatali peggiori. Si conferma anche nel 2011 l'esistenza in Campania di una relazione tra il disagio sociale e la condizione di nubile.

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 39% e la percentuale di madri con istruzione elementare è del 4,9%. La figura 12 mostra l'andamento temporale del livello di istruzione dei genitori dal 2006 al 2011: nel periodo in oggetto la percentuale di nati da madri con 8 anni di scolarità o meno si è ridotta dal 46,8% al 39%. Le madri con il più basso livello di istruzione si riscontrano nelle ASL Napoli 1 Centro e Napoli 2 Nord. Rispetto alla media regionale, nel capoluogo si riscontrano sia maggiori percentuali di madri con livello di istruzione basso sia di laureate e un più alto livello di istruzione medio-alto nelle ASL di Avellino, Benevento e Salerno.

Il livello di istruzione dei padri è migliorato, ma è ancora molto alta la quota (40,9%) 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 da 1079 nel 2007 a 676 nel 2011. Il 38,4% delle madri e l'85,7% 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. 9-10).

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

²² Istat: database HFA, gennaio 2012.

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, 39%, di madri con bassa scolarità, 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 napoletane²³ e in quella residente nel territorio dell'ASL Napoli 2 Nord si raggiungono i più alti livelli di disagio sociale. In quest'ultima i dati CedAP evidenziano tassi di disoccupazione materna e paterna e quote 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 2011 i nati da madri di età inferiore a 20 anni sono stati 1.764, il 3,2% del totale; in un terzo dei casi si tratta di minorenni. I nati da ambedue genitori di età inferiore a 20 anni sono 245: di questi 45 sono nati da genitori entrambi minorenni. L'analisi disaggregata per ASL (tab. 11) conferma, anche per il 2011, la presenza di una maggiore percentuale di madri adolescenti, in particolare di minorenni, nelle ASL di Napoli e provincia. Dal 2007 al 2011 la percentuale di nati da madri di 20-29 anni scende dal 41,6% al 38,9%, mentre sale da 48,4% a 53% quella dei nati da madri di 30-39 anni, e da 3,9% a 5% quella di nati da madri di 40 e più anni. Maggiori percentuali di questi ultimi sono presenti nelle ASL di Avellino, Benevento, Salerno e Napoli 1 Centro.

I dati CedAP della Campania relativi al periodo 2007-2011 (fig. 14) evidenziano un modesto decremento della proporzioni di nati da madri di 20-29 anni e un piccolo incremento di quelle dei nati da madri di età più avanzata.

L'età media al parto (30,5 anni) e l'età media al primo figlio (29 anni) risultano stabili; per le cittadine immigrate l'età media al parto è di 28,8 anni. L'età media dei padri è risultata di 33,9 anni. Hanno un'età superiore a 50 anni 363 padri e 30 madri.

²³ "Profilo di comunità della città di Napoli 2006" a cura del CENTRO INTERISTITUZIONALE PER L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA, Phoebus Edizioni, Napoli 2007.

In Europa il range dell'età media al parto varia da 27 anni di Romania e Bulgaria a 31 di Germania, Danimarca, Irlanda²⁴. In Italia, nel 2011, l'età media al parto varia da 32 anni nel Centro-Nord a 31 nel Mezzogiorno. Il valore più basso è quello della Campania, pari a 30,5 anni²⁵.

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 e/o di donne con livello di istruzione medio-alta. 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 distribuzione dei nati per ordine di nascita e per residenza materna. I primogeniti sono il 50,8 % del totale, i secondogeniti il 35,5%, i terzogeniti il 10,9%, i nati di ordine superiore a 3 sono il 2,8% del totale. Il 58,4% dei nati di ordine uguale o superiore al terzo nasce da una madre con bassa scolarità.

Le madri di figli primogeniti hanno dichiarato precedenti aborti nel 9,1% dei casi, di cui 90,5% spontanei e 7,7% volontari: nella rimanente percentuale dell' 1,8% sono stati riferiti sia aborti spontanei che interruzioni volontarie di gravidanza (IVG). Le madri con uno o più parti pregressi (49,2%) hanno riferito una precedente gravidanza abortiva nel 22,4% dei casi: l' 88,6% ha avuto aborti spontanei, il 7,3% IVG, il 4,1% sia aborti spontanei che IVG.

²⁴ Eurostat - Statistical Atlas 2012, Last update 11.10.2012.

²⁵ Istat: HFA dicembre 2012.

| Pregressa abortività per ordine di nascita | | | |
|--|-------------------|------------------|-------|
| | Precedenti aborti | Modalità aborti | |
| Primo ordine di nascita | 9,1% | Aborti Spontanei | 90,5% |
| | | IVG | 7,7% |
| | | A.S.+IVG | 1,8% |
| Successivi ordini di nascita | 22,4% | Aborti Spontanei | 88,2% |
| | | IVG | 7,6% |
| | | A.S.+IVG | 4,2% |

Anche nel 2011 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. Riguardo all'abortività, la Campania registra nel 2011 un tasso di IVG pari al 6,3 per mille donne in età 15-49 anni, contro il 7,8‰ dell'Italia e con un decremento del 17% rispetto al 2010. A tale differenza contribuisce il minore numero di immigrate e il maggior numero di donne non occupate e con basso livello di scolarità presenti in Campania. Infatti, come evidenziato dalla relazione del Ministro della Salute, i tassi di IVG sono più elevati per le donne immigrate, per quelle occupate e/o con più alto livello di istruzione²⁶.

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

Dall'analisi dei dati dell'anno 2011 emerge che la prima visita in gravidanza avviene prima dell'ottava settimana nel 43,9% dei casi, tra l'ottava e undicesima settimana nel 45,1%, mentre la percentuale di donne che ricevono la prima visita dopo l'undicesima settimana è stabile sull'11%.

Nell'ultimo triennio la maggiore percentuale di donne che iniziano tardivamente le cure prenatali si registra nell'ASL Napoli 1 Centro (tab. 13), la più bassa nelle ASL di Avellino, Benevento e Caserta.

Come negli anni precedenti il ritardo di inizio delle cure prenatali si associa con il basso livello di istruzione materna, con l'età materna inferiore a 20 anni, con la cittadinanza stra-

²⁶ Relazione del Ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78). 08/ott/2012.

niera e con il basso reddito (partner non occupato), ed è indipendente dall'ordine di nascita superiore al primo (tab. 14).

Nel 2011, rispetto al 2010, la percentuale di donne che non hanno effettuato visite è più bassa (3,4%), è diminuita quella delle donne che hanno effettuato da 1 a 4 visite (15%) ed è aumentata quella di coloro che hanno effettuato più di 4 visite (81,6%).

Le immigrate, le adolescenti e le madri con partner non occupato hanno maggiore probabilità di effettuare un numero inferiore di visite (tab. 15).

Il numero medio di ecografie effettuate in gravidanza risulta stabile negli ultimi quattro anni: 6,2 per le italiane e 5,1 per le immigrate. La percentuale di donne sottoposte a più di 6 ecografie è del 63,4%; le percentuali più alte della media regionale spettano alle ASL di Salerno, Caserta e Napoli 1 Centro (tab. 16). 5610 donne, l'11,2% del totale, hanno effettuato meno di 4 ecografie; un numero di ecografie inferiore a 4 si associa a un basso livello di istruzione e a un tasso di natimortalità più alto (4,43‰). Sono state sottoposte a una o due ecografie 1.006 gestanti (2% del totale) mentre non hanno effettuato ecografie 192 donne, lo 0,4% del totale. Hanno ricevuto le cure prenatali dopo l'undicesima settimana di gestazione e hanno effettuato meno di tre ecografie in gravidanza 297 donne; non hanno effettuato ecografie né visite in gravidanza 73 donne: tra esse la metà sono casalinghe, metà ha un basso livello di istruzione e il 70% è immigrata; di quest'ultime la metà è rumena.

Il numero medio di ecografie è sovrapponibile per le gravidanze che si sono interrotte tra 28 e 36 settimane (6) e per quelle a termine (6,1), come negli anni precedenti. Il 96% delle gestanti effettua l'ecografia prevista dopo la 22^a settimana di gestazione.

Da molti anni si evidenzia che l'eccesso di cure in gravidanza riguarda la maggioranza delle gestanti, la carenza un piccolo numero, caratterizzato dal maggior rischio sociale. In ambedue i gruppi si configura un percorso nascita caratterizzato da inappropriatazza delle cure e da disuguaglianze nella fruizione del diritto alla salute. Alcuni studi sperimentali sembrano dimostrare un danno della migrazione neuronale in topi sottoposti a ecografie per molte ore²⁷, ovviamente tali risultati dovranno essere riconfermati ampliando lo studio a primati non umani.

²⁷ ANG E. et al. *Prenatal exposure to ultrasound waves impacts neuronal migration in mice*. PNAS vol. 103, n. 34, 12903.

In conclusione, come per ogni intervento medico, è importante utilizzare gli ultrasuoni con prudenza e solo se necessari. Al contrario si assiste a una diffusa medicalizzazione del percorso nascita in contrasto con quanto suggerito dall'OMS, dalle Società Scientifiche e dalle Linee Guida Nazionali e Regionali^{28 29 30 31}. Per contrastare tale fenomeno, che ha come principale conseguenza l'abuso di tagli cesarei, "in alcune regioni, Toscana, Emilia Romagna, Sicilia, Basilicata sono stati deliberati obiettivi nell'ambito del percorso nascita che predispongono un percorso razionale, dalla diagnostica ecografica ad una razionalizzazione delle metodiche invasive, ad una ridefinizione del ruolo dell'ostetrica"³².

Tali obiettivi dovrebbero essere adottati anche dalla Regione Campania.

5.3. DIAGNOSI PRENATALE

Per l'anno 2011 il dato relativo all'amniocentesi è stato omesso nell'11,3% dei casi (tab. 2). Ha eseguito almeno un'indagine prenatale invasiva (amniocentesi, villocentesi o funicolocentesi) il 12,6% delle gestanti; dall'analisi dei dati CedAP risulta che in 6.121 casi si tratta di amniocentesi, in 124 di fetoscopie/funicolocentesi e in 173 di prelievi dai villi coriali. La distribuzione per età (tab. 17) mostra che hanno fatto ricorso all'amniocentesi il 6,6% delle donne con età uguale o inferiore a 34 anni e il 28,2% di quelle con 35 e più anni, percentuali sovrapponibili a quelle degli anni precedenti.

La minore frequenza di indagini prenatali invasive si riscontra in donne con bassa scolarità, immigrate, nubili, senza un reddito sicuro, oltre che nelle madri di primogeniti e in quelle di età inferiore a 35 anni (tab. 18).

Come negli anni precedenti, dai dati CedAP emerge che in Campania il ricorso a procedure invasive di diagnostica prenatale invasiva è meno frequente dell'atteso. Assumendo che l'at-

²⁸ 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/reproductivehealth/publications/RHR_01_30/index.html.

²⁹ AGENZIA PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI, PNLG, *Linee Guida per la Gravidanza e il Parto*, 2010.

³⁰ Reg. Campano Difetti Congeniti.

³¹ 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).

³² 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.

teso equivale al numero di donne in età a rischio, che in Campania sono 13.807 (25,2% delle gravide), a cui andrebbe aggiunto il numero di donne con anamnesi positiva per difetti congeniti, tali procedure dovrebbero essere più frequenti.

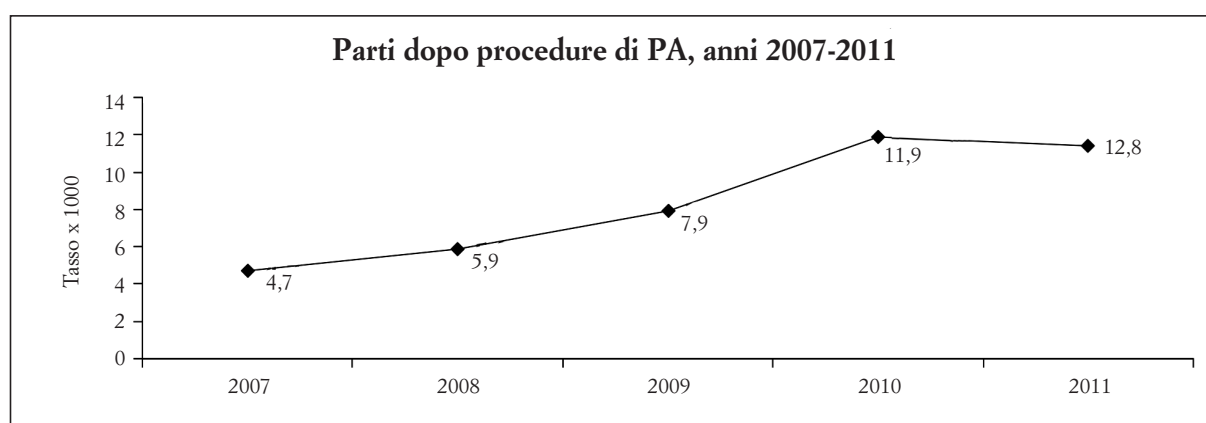
I dati disponibili non permettono di stabilire se c'è un difetto di notifica o un sottoutilizzo delle procedure invasive di diagnosi prenatale, ma il mancato riscontro di un alto numero di nati affetti da sindrome di Down fa ritenere verosimile la prima ipotesi.

5.4. DECORSO DELLA GRAVIDANZA

Il Sistema di Sorveglianza evidenzia la presenza di un decorso patologico in gravidanza in 1.169 casi, pari al 2,2% del totale (52.720), sovrapponibile a quello degli anni precedenti. Nelle gravidanze interrotte prima del termine è indicato un decorso patologico in 428 casi su 3626 (11,8 %). Nei 17 casi esitati in morte fetale non è segnalata patologia in gravidanza.

5.5. NATI DA PROCREAZIONE ASSISTITA

Nel 2011 i parti da Procreazione Assistita (PA) sono 638 su 49.850 (12,8%), di cui 508 singoli (79,6%), 110 bigemini (17,2%), 19 trigemini (3%), 1 quadrigemino (0,2%). Si rileva una stabilità del tasso nell'ultimo biennio, 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 cinque anni.

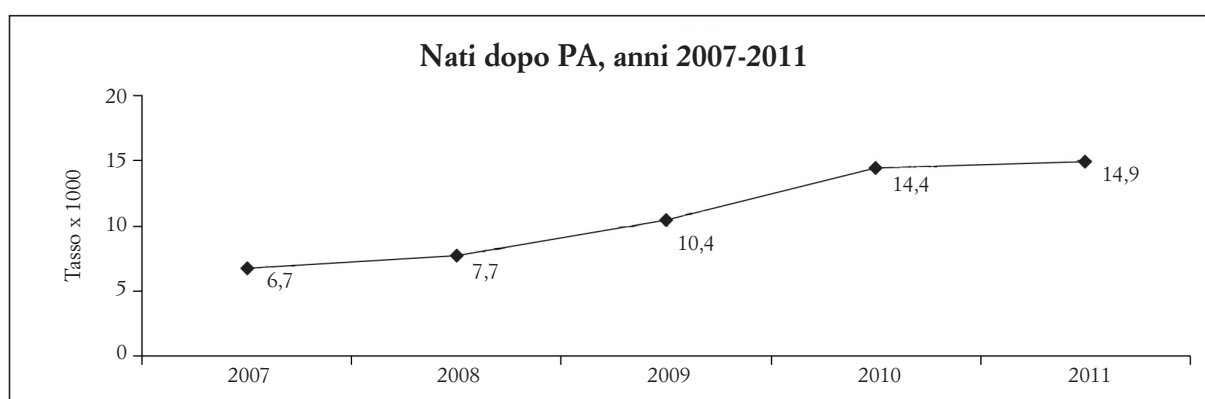


Le donne italiane e straniere ricorrono alla PA con analoga frequenza (circa 1,5%). L'età media delle madri è 33,1 anni e quella dei padri 36,1 anni; si conferma, come negli anni

precedenti, un'età media superiore a quella dei genitori con procreazione naturale. La distribuzione dei parti per età materna mostra una proporzione più elevata nella fascia >34 anni (38,9%). Il livello di istruzione è superiore a otto anni nel 72,1% delle gravide sottoposte a PA, contro il 61,2% delle altre. Anche in ragione dell'alta frequenza di parti gemellari, la proporzione di TC è maggiore in quelli provenienti da una PA rispetto agli altri.

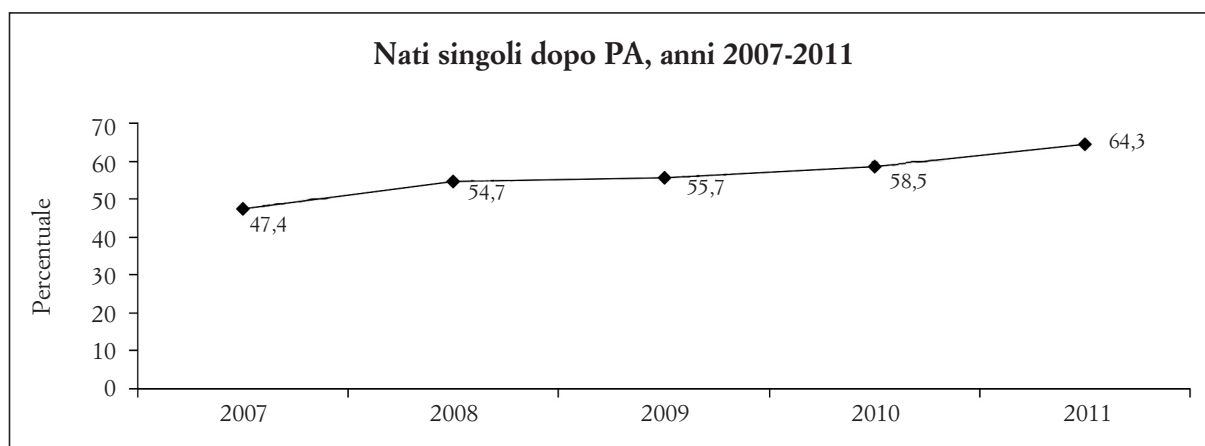
| Confronto tra alcune caratteristiche nella PA e nella Procreazione naturale | | | | | | |
|---|-----------------|-----------------|-------------------|----------------------------|-----------------|------------|
| | Età media madri | Età media padri | Donne di >34 anni | Scolarità materna > 8 anni | Parti Gemellari | Nati da TC |
| Procreazione assistita | 33,1 | 36,1 | 38,9% | 72,1% | 20,4% | 75,5% |
| Procreazione naturale | 30,5 | 33,9 | 24,9% | 61,2% | 1,6% | 61,3% |

La figura 15 descrive la mobilità intraregionale per il parto delle donne sottoposte a procedure di PA. La maggior parte di questi parti avviene nelle ASL di Caserta e Napoli 1 Centro. Tuttavia a Caserta partoriscono soprattutto le donne residenti, mentre nella ASL di Napoli1 Centro afferisce un gran numero di donne provenienti da altre ASL. Anche il numero dei nati da PA, valutato a monte della selezione per residenza materna, è in progressivo aumento, in pratica raddoppiato in cinque anni, da 374 (6,7% dei nati) nel 2007 a 789 (14,9%) nel 2011.



La fig. 16 mostra la distribuzione per genere dei nati da PA negli ultimi cinque anni. I parti gemellari sono il 20,4%, contro l'1,6% nelle gravidanze naturali. Nel 2011 i neonati singoli

sono il 64,3% dei nati da PA, in progressivo aumentato dal 2007. Sono, invece, gemelli il 35,7% dei nati da PA, percentuale in decremento rispetto agli anni precedenti, soprattutto per la quota dei trigemini passati dal 11,4% nel 2008 al 7,2% nel 2011.



Nel complesso tra i nati da PA è pretermine il 29% contro il 6,1% dei nati da procreazione naturale ed è di peso < 2500 grammi il 22,3% contro il 6,9% degli altri. La distribuzione dei nati da PA per provincia di residenza materna non è omogenea, con una prevalenza maggiore tra le residenti nella provincia di Caserta (29,7‰) e di Benevento (25‰) rispetto alla media regionale (14,6‰) (tab. 19).

Il metodo più utilizzato è sempre la fecondazione in vitro con successivo impianto di embrioni nell'utero (FIVET 30,4%), seguito dalla fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma (ICSI 25,1%) e dalla stimolazione farmacologica con gonadotropine (diminuita dal 33,8% del 2006 al 21,5% nel 2011). Meno utilizzati sono gli altri metodi: la inseminazione intrauterina (IUI 3,3%) e il trasferimento dei gameti nella tuba di Falloppio (GIFT 1,3%) (tab. 19).

Lo stato di attuazione della legge sulla procreazione medica assistita in Italia³³ conferma nel 2010 la presenza di 41 centri in Campania, che si colloca al terzo posto dopo Lombardia (63 centri) e Lazio (54 centri). Sebbene il numero complessivo dei centri sia rimasto invariato ri-

³³ "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, 28 giugno 2012.

spetto all'anno precedente, è aumentato di una unità (27) il numero dei centri di II-III livello (tecniche di fecondazione a fresco, prelievo chirurgico di gameti maschili, crioconservazione dei gameti maschili e femminili e degli embrioni) rispetto a quelli di I livello (solo tecniche di inseminazione artificiale e crioconservazione dei gameti maschili). I centri privati sono 30 (pari al 74%) ed in aumento rispetto a quelli pubblici, mentre non vi è nessun centro privato convenzionato. Nonostante la scarsa disponibilità di centri pubblici, in Campania il numero di cicli iniziati con tecniche a fresco (Fivet e ICSI) su centomila donne in età feconda è in progressivo aumento, ma con valori inferiori rispetto a quelli delle regioni del Nord e del Centro. Ne risulta un incremento del numero di gravidanze e di nati da PA, in linea con quanto osservato anche in Italia.

In Campania, sono in progressivo aumento i parti singoli dopo PA mentre i parti gemellari sono diminuiti (20,4%) e tale tendenza positiva è sovrapponibile a quella nazionale (19,7%). Tuttavia, sebbene in netto calo, ancora una volta in Campania, si rileva una percentuale di parti plurigemellari (3,2%) più elevata rispetto alle media italiana (2,2%). Questo dato è preoccupante poiché le gravidanze plurigemellari presentano un più elevato rischio di parto pretermine e di esiti neonatali sfavorevoli.

Le donne che si sottopongono alla PA hanno un livello di istruzione superiore a quello delle donne con procreazione naturale. Un maggiore livello di istruzione facilita, in presenza di sub-fertilità, l'accesso al percorso sanitario più idoneo alla realizzazione di un progetto riproduttivo. Anche in Campania l'età media delle donne (33,1 anni) che accedono alle tecniche di PA è superiore a quella delle altre, sebbene risulti ancora inferiore alla media italiana (36,3 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 18,7% nella fascia di età inferiore a 35 anni a ben il 51% in quella di età superiore a 42 anni.

In Campania si registra una prevalenza di nati con Fivet superiore a quella dei nati da ICSI. Potrebbe trattarsi di una sottonotifica di gravidanze ICSI, poiché nei centri italiani che utilizzano le tecniche a fresco è generalmente scelta la ICSI (84%) piuttosto che la Fivet (16%). Infine va sottolineato che lo scenario della procreazione assistita sta subendo in Italia notevoli cambiamenti. Infatti, l'applicazione della sentenza n° 151/2009 della Corte Costituzionale³⁴ sta determinando, anche in Campania, una riduzione della percentuale di gravidanze trige-

³⁴ <http://www.iss.it> > ISS > RPMA > Norme sulla PMA.

mine, una contrazione dell'applicazione del congelamento degli ovociti ed un aumento del numero di embrioni congelati; contemporaneamente si sta osservando un aumento del numero di cicli da scongelamento.

6. Nati per caratteristiche fetali

6.1. NATI PER SESSO E VITALITÀ

Nel 2011 sono stati registrati dalla sorveglianza con il CedAP 57.619 nati, 29.718 maschi e 27.746 femmine. Il sesso non è riportato in 155 schede. Il rapporto maschi/femmine, pari a 1,07, è prossimo a quello dei dati Istat.

In complesso, a monte della residenza materna, nel 2011 i nati morti sono 174 su 57.368. I dati omessi rispetto alla vitalità sono lo 0,4%; il tasso di natimortalità è 3,03‰, stabile rispetto agli anni precedenti; i nati morti maschi sono 96, le femmine 78 (rapporto M/F = 1,23); i tassi per provincia di residenza materna non mostrano differenze statisticamente significative (tab. 20).

Tra i nati morti il 44,7% sono a termine e il 6,3% gemelli. La distribuzione per peso evidenzia 43 nati con peso inferiore a 1500 grammi, 53 con peso tra 1500-2499 grammi, 57 con peso compreso tra 2500 e 3999 grammi e 8 macrosomi. In 13 casi non è stato riportato il peso. Il 56,3% dei nati morti nasce con il taglio cesareo.

| Caratteristiche dei nati morti. Anni 2007-2011 | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
| Tasso (IC 95%) | 2,65‰ (2,26-3,09) | 2,44‰ (2,05-2,84) | 3,22‰ (2,77-3,68) | 3,18‰ (2,73-3,64) | 3,03‰ (2,59-3,49) |
| A termine | 37% | 36% | 37,8% | 35,7% | 44,7% |
| Gemelli | 8,3% | 10,3% | 10,0% | 15,2% | 6,3% |
| TC | 50% | 49% | 51,3% | 52,2% | 56,3% |

In tabella 21 sono riportati i tassi di natimortalità nei nati singoli per alcuni fattori di rischio fetali e materni. I tassi più alti sono associati, come sempre, alla prematurità e al basso peso. Tuttavia, a differenza degli anni precedenti, per le donne immigrate o nubili o con basso livello di istruzione non emerge un rischio di natimortalità statisticamente significativo.

In considerazione della bassa numerosità dell'evento natimortalità, nella tabella seguente sono riportati i dati di rischio materno disaggregati per fattore di natimortalità ottenuti aggregando i dati CedAP degli ultimi sei anni. Nella tabella emergono i seguenti fattori di rischio: cittadinanza straniera, basso livello di istruzione, età superiore a 34 anni e condizione di nubile. È probabile che esista anche una interazione crociata tra alcuni di questi fattori di rischio legati alle caratteristiche materne.

| Fattori di rischio materni per natimortalità. Anni 2006-2011 | | | |
|---|------------------|-------------------|-----------------------|
| Caratteristiche materne | Nati vivi | Nati morti | RR (I.C. 95%) |
| < 20 anni | 10.590 | 20 | 0,75 (I.C. 0,48-1,17) |
| 20-34 anni | 251.312 | 633 | 1 |
| > 34 anni | 77.309 | 237 | 1,22 (I.C. 1,05-1,41) |
| Straniere | 17.048 | 85 | 2,00 (I.C. 1,60-2,50) |
| Italiane | 319.364 | 793 | 1 |
| Istruzione ≤ 8 anni | 122.608 | 360 | 1,37 (I.C. 1,18-1,58) |
| Istruzione > 8 anni | 170.263 | 366 | 1 |
| Nubili | 37.918 | 125 | 1,34 (I.C. 1,11-1,62) |
| Coniugate | 288.580 | 711 | 1 |

Come per gli anni precedenti, la carenza di dati relativi alle malattie materne e fetali nonché al momento della morte (91%), 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 quelli registrati nelle maggiori regioni italiane. Tuttavia in Italia il tasso di natimortalità non descrive in maniera esaustiva il problema delle perdite fetali tardive. Infatti, il limite per la registrazione di natimortalità resta ancora fissato a 180 giorni, entro il quale le perdite fetali sono registrate come aborti spontanei. Pertanto 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.

Purtroppo un evento così grave continua a non ricevere in Campania 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 diagnostici³⁵. In particolare viene con maggiore frequenza effettuato il riscontro autoptico, il cui referto tuttavia non viene registrato sul CedAP poiché non ancora disponibile al momento della compilazione. Dal punto di vista assistenziale, infine, andrebbe maggiormente diffuso tra gli operatori l'informazione che l'evento natimortalità rappresenta un indicatore importante per individuare patologie materne, spesso sconosciute o sottovalutate, che, se adeguatamente individuate e curate, permettono di evitare la ripetitività dell'evento³⁶.

6.2. NATI PER CLASSE DI ETÀ GESTAZIONALE

Per l'anno 2011 la percentuale dei dati omessi relativi alla data dell'ultima mestruazione (12,6%) è in aumento. Per tale motivo è stato sempre utilizzato il dato dell'età gestazionale riportata nel CedAP. A monte della selezione per residenza materna, i parti di età gestazionale < 37 settimane sono 2.958 su 56.233 pari al 5,26%, percentuale immutata rispetto agli anni precedenti. I nati pretermine invece sono 3.537 su 56.720 pari al 6,24%, proporzione anch'essa stabile.

| Parti e Nati Pretermine. Anni 2007-2011 | | | | | |
|--|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
| Parti | 5,51% (I.C. 5,33-5,69) | 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) |
| Nati | 6,31% (I.C. 6,12-6,51) | 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) |

Nel 2011 i parti pretermine singoli sono 2.623 pari al 4,8%, mentre quelli gemellari sono 431 pari al 47,2%.

³⁵ BARONCIANI D., BULFAMANTE G., FACCINETTI F. (a cura di) "La natimortalità: un audit clinico e miglioramento della pratica assistenziale" in www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/443.

³⁶ MONARI F., FACCHINETTI F. "Management of subsequent pregnancy after antepartum stillbirth. A review" J. Mater. Fetal Neonatal Med, 2010, Oct; 23 (10), 1073-84.

| Numero dei Parti Pretermine per Genere. Anno 2011 | | | |
|--|-------------------|---------------|----------|
| | Pretermine | Totale | % |
| Singoli | 2.623 | 54.454 | 4,8 |
| Gemellari | 431 | 914 | 47,2 |

L'analisi per ASL di residenza materna evidenzia che i nati pretermine sono 3.450 su 54.326 nati, pari al 6,35%, dato stabile rispetto a quello degli anni precedenti. Le percentuali sono risultate maggiori nelle ASL di Napoli 1 Centro e Napoli 2 Nord (tab. 22). La proporzione di nati post-termine (> 41 settimane) è 1,1%, dato sovrapponibile a quello degli anni precedenti e inferiore a quello registrato in altre regioni.

Nella seguente tabella sono riportati, per gli ultimi due anni, il rischio relativo riferito al parto pretermine nei nati singoli per alcune caratteristiche materne. Il rischio è significativamente più elevato per le donne immigrate e per le donne con basso livello di istruzione materna.

| Fattori di rischio per parto pretermine (nati singoli). Anni 2010-2011 | | | |
|---|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| | Parti pretermine | Parti a termine | Rischio Relativo |
| Primo ordine di nascita | 2.473 | 50.105 | 1,06 |
| Successivi ordini di nascita | 2.302 | 49.486 | (I.C. 1,00-1,12) |
| Immigrate | 361 | 5.540 | 1,31 |
| Italiane | 4.662 | 95.528 | (I.C. 1,19-1,46) |
| Scolarità ≤ 8 anni | 1.852 | 34.480 | 1,15 |
| Scolarità > 8 anni | 2.483 | 53.531 | (I.C. 1,08-1,22) |

La tabella 23 descrive le modalità di parto per età gestazionale e genere dei neonati. La frequenza del taglio cesareo in tutti i nati singoli è ulteriormente aumentata (60,5%) rispetto agli anni precedenti, con una proporzione maggiore nei singoli pretermine (67,4%) rispetto a quelli a termine (60,1%). L' 88,3% dei gemelli nasce con taglio cesareo. Nelle età gestazionali molto basse (< 28 settimane) la scelta del taglio cesareo risulta più frequente nelle gravidanze gemellari (71,4%), piuttosto che in quelle singole (27,8%). Infine, appare invariato l'orientamento ostetrico sulla scelta dell'epoca ottimale per effettuare il taglio cesareo elettivo nei nati a termine singoli. Più frequente è scelta la 38^a settimana di E.G. (46%) seguita dalla 39^a (27%) (fig. 21).

Negli ultimi anni è stato sottolineato che i neonati pretermine con età gestazionale compresa tra 34₊₁-36₊₆ settimane, definiti come “late preterm newborn” (LPN) siano a rischio per esiti sfavorevoli a breve e lungo termine³⁷. Infatti i LPN presentano, rispetto ai neonati a termine, maggiori problemi respiratori e metabolici alla nascita ed esiti sfavorevoli neuropsensoriali a distanza. I LPN singoli sono in Campania 2.056 e costituiscono il 3,8% di tutti i nati e il 76,2% di quelli pretermine. 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: 75,6%; 35 settimane: 61,4%) e in quelli di 1° e 2° livello a 36 settimane (66,9%).

Si conferma in Campania una proporzione più bassa di nati pretermine (6,2%) rispetto ai valori riportati in altre regioni ad elevata natalità: Veneto (7,9%), Lazio (8,3%), Piemonte (7,1%) ed Emilia-Romagna (7,3%)³⁸. Il dato potrebbe essere correlato alla minore presenza di immigrate. La più bassa proporzione di parti post-termine rispecchia, invece, una cultura ostetrica orientata a interrompere la gravidanza con taglio cesareo entro la 41^a settimana. Viene confermato, anno dopo anno, il progressivo spostamento dell'epoca del taglio cesareo elettivo nei neonati singoli a termine ad età gestazionali più avanzate, ma essa appare ancora anticipata rispetto ai suggerimenti scientifici che indicano nella 39^a settimana l'epoca corretta per il taglio cesareo elettivo, ai fini di minimizzare il rischio di problemi respiratori nei neonati a termine^{39 40}. Infatti i dati del Servizio di Trasporto Neonatale (STEN 2011) denunciano l'elevato numero di neonati a termine da T.C. trasferiti, a volte anche fuori regione, per problemi respiratori. Inoltre recentemente è stato riportato un possibile effetto negativo dell'anticipazione del parto, prima della 39^a settimana, sul successivo sviluppo cerebrale del bambino⁴¹.

6.3. NATI PER GENERE DEL PARTO

A monte della residenza materna, i parti gemellari sono 903 su 56.100, pari al 1,61% (I.C. 95%: 1,51-1,71), in leggera flessione rispetto al 2010.

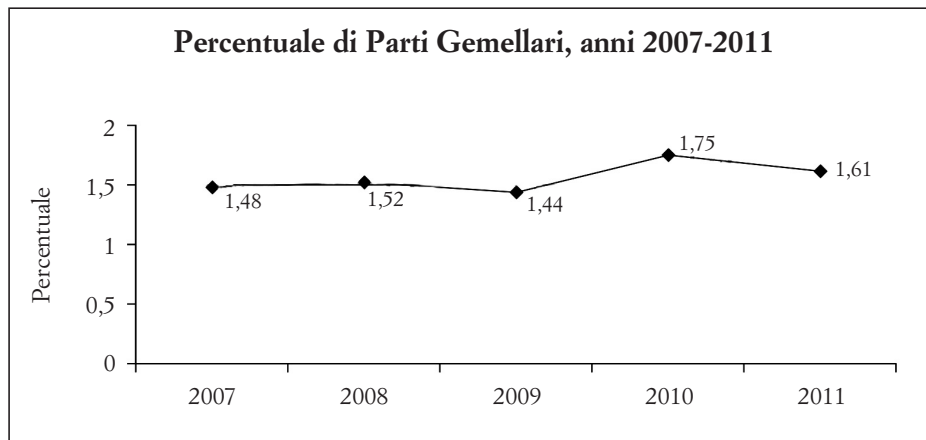
³⁷ ENGLE W.A., et al. “Late Preterm Infants: a population at risk” Pediatrics 2007; 120, 1390-1401.

³⁸ Regione Emilia_Romagna “9° Rapporto sui dati CedAP” - Anno 2011.

³⁹ TITA A.T. et al. “Timing of elective repeat caesarean delivery at term and neonatal outcomes” N. Engl. J. Med. 2009; 360; 111-20.

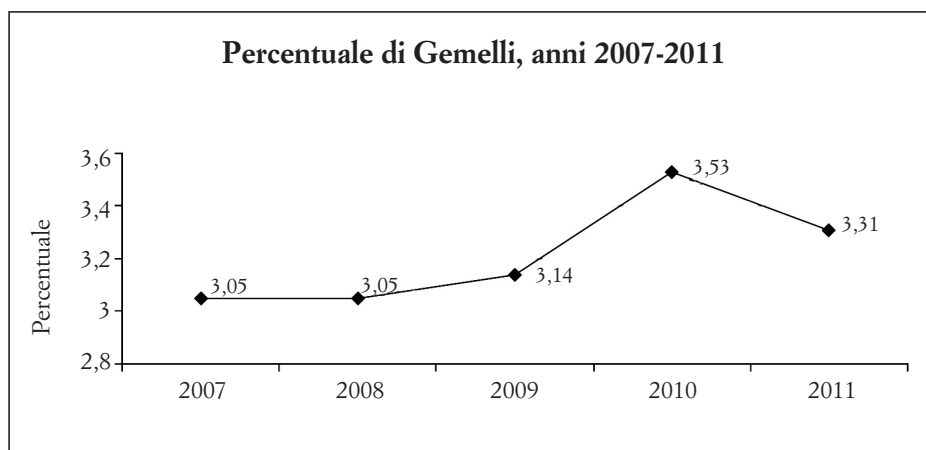
⁴⁰ EHRENTAL D.B. et al. “Neonatal outcomes after implementation of guidelines limiting elective delivery before 39 weeks of gestation” Obstet Gynecol 2011 nov; 118(5): 1047-55.

⁴¹ KAPELLOU O. “Effect of caesarean section on brain maturation” Acta Paediatr. 100(11); 1416-22; 2011.



Di questi parti 865 sono bigemini, 36 trigemini e 2 quadrigemini. La proporzione dei parti plurimi risulta più alta di quella riportata per l'Italia nel 2009 dal Ministero della Salute (1,5%)⁴².

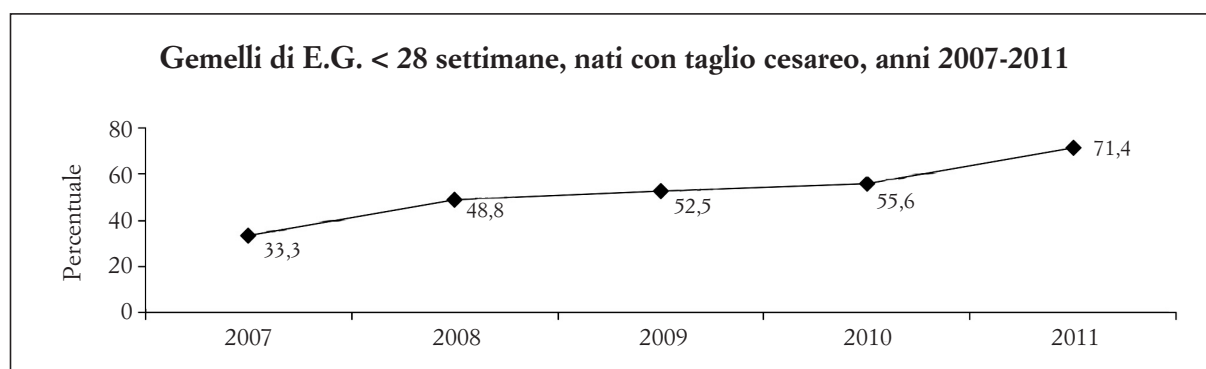
I nati da parti plurimi sono 1905 su 57619 pari al 3,31% (I.C. 95%: 3,16-3,45). Tra i gemelli 11 sono nati morti; 281 sono nati da procreazione assistita e rappresentano il 14,8% di tutti i gemelli, in lieve calo rispetto agli anni precedenti a causa della diminuzione dei gemelli di ordine superiore provenienti dalla PA.



⁴² MINISTERO DELLA SALUTE "CedAP-Analisi dell'evento nascita. Anno 2009", gennaio 2012.

| Percentuali di parti gemellari, di gemelli e di gemelli da PA, anni 2007-2011 | | | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
| % Parti gemellari | 1,48% (I.C. 1,38-1,58) | 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) |
| % Gemelli | 3,05% (I.C. 2,91-3,19) | 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) |
| % Gemelli da PA | 10,8% | 11,7% | 14,5% | 17,8% | 14,8% |

La tabella 23 evidenzia la distribuzione dei gemelli per tipo di parto e classe di età gestazionale. Con percentuali sovrapponibili a quelle degli anni precedenti, la proporzione complessiva dei gemelli nati da taglio cesareo è elevata (88,3%). I gemelli a termine nascono con taglio cesareo nell'88,5% dei parti, quelli pretermine nell'88,1%. Infine, tra i gemelli nati ad età gestazionale < 28 settimane è in progressivo aumento la proporzione di nati con taglio cesareo (71,4%).



La tabella 24 mostra la distribuzione dei gemelli per vitalità e classi di età gestazionale e di peso. Il 49% dei gemelli è pretermine; il 7,5% nasce prima della 32^a settimana; il 41,3% tra 33 e 36 settimane e il restante 51% nasce a termine. L'età gestazionale nella quale nasce il maggior numero di gemelli è la 37^a con 518 nati, pari al 27,9%.

Il 60,9% dei gemelli ha un peso inferiore a 2500 grammi e l'8,5% ha un peso inferiore a 1500 grammi. I gemelli costituiscono il 32,6% di tutti i nati vivi con peso < 1500 gr. (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.

L'incremento del numero dei gemelli, osservato negli anni precedenti e correlato alle precedenti rigide regole della legge 40 sulla procreazione assistita, non è confermato per il 2011. Come è stato già sottolineato, è probabile che a tale cambiamento abbia contribuito la riduzione delle gravidanze trigemellari, in seguito all'applicazione da parte dei centri di assistenza delle nuove regole sulla PA. I gemelli rappresentano il 33% dell'intero gruppo di VLBW, neonati a maggior consumo di risorse in terapia intensiva neonatale. Non raramente infatti buona parte dei posti letto in TIN sono occupati da gemelli ed è un dato che richiede un'adeguata organizzazione della rete assistenziale perinatale. Risultano, infatti, tuttora irrisolti i problemi collegati alla notevole parcelizzazione delle Terapie Intensive Neonatali, che rende difficile assistere i gemelli in un unico reparto ed 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 Salute⁴³ 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, etc).

L'epoca più frequente utilizzata per il taglio cesareo nel parto gemellare non complicato, la 37ª settimana, risulta anticipata rispetto a quanto raccomandato dalle stesse linee guida che consigliano di intervenire alla 38ª settimana, quando è meno frequente l'insorgenza di problemi respiratori nei neonati.

Rispetto agli anni precedenti è in ulteriore incremento la proporzione di gemelli nati con taglio cesareo ad età gestazionali inferiori a 28 settimane. Il dato può essere considerato indicatore di una maggiore attenzione ostetrica alle gravidanze gemellari interrottesi molto precocemente.

6.4. NATI PER CLASSE DI PESO

Il peso alla nascita è riportato nel CedAP nel 99,4% dei casi. Il peso medio per i nati singoli maschi è pari a 3.249 ± 488 grammi, per le femmine 3.123 ± 461 grammi. Il peso medio

⁴³ MINISTERO DELLA SALUTE "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole", Roma, 2012.

dei nati singoli da donne immigrate (3238 ± 552 grammi) è lievemente superiore a quello dei nati da italiane (3185 ± 474 grammi).

La distribuzione per classe di peso di tutti i nati, a monte della residenza materna, è descritta nella tabella che segue:

| Nati per classe di peso | | | | | | |
|-------------------------|---------|-------|---------|------|--------|------|
| Grammi | Singoli | | Gemelli | | Totale | |
| | n° | % | n° | % | n° | % |
| < 1000 | 174 | 0,30 | 59 | 3,1 | 233 | 0,4 |
| 1000-1499 | 199 | 0,40 | 101 | 5,3 | 300 | 0,5 |
| 1500-2499 | 2.641 | 4,80 | 988 | 52,3 | 3.629 | 6,4 |
| 2500-3999 | 49.766 | 90,05 | 739 | 39,1 | 50.515 | 88,8 |
| > 4000 | 2.192 | 4,00 | 2 | 0,1 | 2.194 | 3,9 |
| Totale | 54.982 | 100 | 1.889 | 100 | 56.871 | 100 |

I nati con peso inferiore a 2500 grammi (LBW) sono 4.162 pari al 7,32% del totale, di cui 533 (0,94%) con peso inferiore a 1500 grammi (VLBW).

I nati di peso superiore a 3999 grammi sono il 3,85%, percentuale stabile rispetto agli anni precedenti e sempre inferiore a quella riportata nelle altre regioni italiane (Lazio: 5,1%; Emilia-Romagna: 7%; Italia 5,4%).

I nati a termine con peso inferiore a 2500 grammi sono tra i singoli 1762 su un totale di 51613 (3,41%) e tra i gemelli 405 su 936 (43,3%).

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 2007-2011 | | | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Grammi | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
| < 2500 | 7,21% (I.C. 7,00-7,41) | 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) |
| < 1500 | 0,87% (I.C. 0,80-0,94) | 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) |
| >4000 | 3,92% (I.C. 3,77-4,07) | 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) |

La tabella 26 mostra la distribuzione dei nati per classe di peso e ASL di residenza materna. La proporzione di LBW (7,29%) è sovrapponibile agli anni precedenti e non si evidenziano differenze nella distribuzione per provincia di residenza materna.

L'89% dei VLBW nasce nei 15 centri nascita di III livello forniti di terapia intensiva neonatale: questa quota è sovrapponibile a quella riportata negli anni precedenti, a partire dal 2006. La proporzione di VLBW nati e assistiti in centri di terzo livello è simile nella classe di peso 500-999 grammi (91,1%), rispetto a quella di peso 1000-1499 grammi (87,7%) (fig. 17).

La tabella 27 riporta i principali fattori di rischio per basso peso alla nascita. Come segnalato nei precedenti rapporti, la condizione di non occupazione materna e paterna, lo stato civile di nubile, il basso livello di istruzione, l'età avanzata della madre e la condizione di immigrata 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.

In Campania la percentuale dei nati di peso basso (< 2500 grammi) è pari o lievemente superiore (7,3%) a quella riportata in altre regioni italiane (7,5% nel Lazio e 6,9% in Emilia-Romagna^{44 45}). Poiché la proporzione di nati pretermine è invece inferiore (6,24%) a quella delle altre regioni, questo dato conferma l'ipotesi già studiata⁴⁶ di una maggiore incidenza di nati con ritardo di crescita intra-uterina nella popolazione campana. Infatti, l'analisi dei fattori di rischio per basso peso continua ad evidenziare il ruolo causale dei fattori di rischio sociale: cittadinanza straniera, stato civile di nubile, basso reddito e basso livello di istruzione. In un contesto così delicato l'interazione di tali fattori di rischio con altri eventi avversi, quali l'abitudine al fumo, una inadeguata alimentazione e la frequenza di malattie croniche, possono determinare la maggiore incidenza di nati con basso peso osservata.

Il ricovero o il trasferimento di gestanti con minaccia 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

⁴⁴ REGIONE LAZIO "Le nascite nel Lazio - Anno 2011".

⁴⁵ REGIONE EMILIA-ROMAGNA "La nascita in Emilia-Romagna. 7° rapporto sui dati del CedAP- Anno 2011".

⁴⁶ LAURIA L., SAPORITO M. "Comparison of stillbirth and neonatal mortality in two italian regions: Lombardia and Campania" Epidemiol. Prev., 2004; 28 (4-5); 217.

alta (89%), 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 bambini sono influenzati dalla qualità e tempestività delle cure erogate durante il ricovero della madre e durante le prime 24 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 per la parcellizzazione dei posti letto, più che per una loro globale carenza. I dati del Vermont Oxford Network suggeriscono tuttavia che questo problema, pur ancora rilevante, è in riduzione, circoscritto a circa il 3-4% dei VLBW.

6.5. NATI PER PRESENTAZIONE E GENERE DEL PARTO

I nati in presentazione podalica sono il 3%, percentuale simile a quella degli anni precedenti. La presentazione podalica è segnalata nel 2,7% dei nati singoli e nel 12,3% dei gemelli. Altre presentazioni sono riportate nello 0,7% (tab. 25). Nella presentazione podalica il taglio cesareo è utilizzato nel 95,4% di tutti i nati singoli.

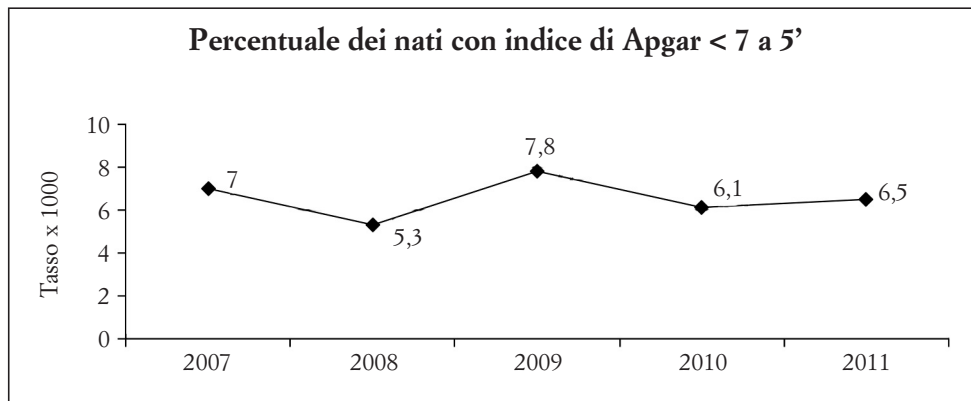
L'utilizzo del TC nei casi di presentazione podalica è in accordo con le nuove linee guida del Ministero della Salute⁴⁷ che suggeriscono, in caso di gravidanza a termine con feto singolo in presentazione podalica, di offrire un taglio cesareo programmato che non deve essere effettuato prima della 39^a 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 ≤ 3 è correlato a grave sofferenza e si osserva con una percentuale del 2,5‰, di poco superiore al dato del 2010 (1,7‰); una sofferenza lieve (punteggio 4-6) è presente nel 4,1 ‰ dei nati, percentuale lievemente inferiore a quella del 2010 (4,4‰). Nel complesso è rilevato un punteggio di Apgar < 7 nel 6,5‰ come negli anni precedenti.

⁴⁷ MINISTERO DELLA SALUTE "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole", Roma, 2012.



I nati singoli presentano un indice di Apgar < 7 a 5' nel 5,6‰ dei casi (< 4 nel 2,4‰), i gemelli nel 33,2‰ (< 4 nel 5,9 ‰). Un indice di Apgar inferiore a 7 a 5', pur in presenza di numerosi dati omessi, è riportata nei nati singoli di peso molto basso (254‰) e in quelli con età gestazionale < 33 settimane (220‰).

I nati singoli a termine in presentazione di vertice presentano dopo un parto spontaneo una incidenza di Apgar < 7 del 3,9‰, quelli nati dopo taglio cesareo elettivo il 2,6‰ e quelli nati da cesareo in travaglio del 4‰.

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 distanza⁴⁸. I dati mostrano una percentuale (0,65%) di indice di Apgar < 7 a 5' analoga a quella riportata dal Rapporto Italiano del 2009 (0,82%)⁴⁹. Per i neonati con grave depressione alla nascita e sindrome ipossico-ischemica, anche in Campania, come nelle altre regioni italiane, è ormai disponibile la possibilità di trattamento del neonato asfittico con ipotermia moderata⁵⁰, terapia per la quale esistono ormai dati inconfutabili di efficacia⁵¹.

⁴⁸ EHRENSTEIN V. et al. "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.

⁴⁹ MINISTERO DELLA SALUTE "CedAP-Analisi dell'evento nascita. Anno 2009", gennaio 2012.

⁵⁰ 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.

⁵¹ EDWARDS A.D. et al. "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

I nati da madri residenti in Regione Campania, compresi i nati morti, sono 55.101, i nati da madri non residenti sono 1.848, pari al 3,2% del totale, valore stabile rispetto al 2010 (rispettivamente 55.469 residenti e 1.777 non residenti); i CedAP in cui manca ogni indicazione relativa alla residenza materna sono 670.

Mobilità extraregionale

Non sono pervenuti CedAP relativi a donne residenti in Campania che hanno partorito in altre regioni; il 70,6% 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 612 (33,6%), 744 quelli da residenti al Centro (40,3%), 483 quelli da residenti nel Mezzogiorno (26,1%).

Mobilità intraregionale

Nella tabella 29 sono indicati i nati per ASL di residenza materna e per ASL di nascita. In Campania il 70% delle nascite avviene nelle strutture appartenenti alle ASL di residenza materna. La percentuale di madri assistite nell'ASL di residenza è molto variabile e pari al 87,3% per l'ASL Napoli 1 Centro, al 85,7% per l'ASL di Salerno, al 80,8% per l'ASL di Benevento, al 80,6% per l'ASL di Avellino, al 76,3% per l'ASL di Caserta, al 65,4% per l'ASL Napoli 3 Sud ed al 35,5% per l'ASL Napoli 2 Nord. I parti del 50% delle madri residenti nella ASL Napoli 2 Nord e del 21,3% delle residenti nella ASL Napoli 3 Sud avvengono in strutture dell'ASL Napoli 1 Centro. Infatti, nell'ASL Napoli 1 Centro il numero dei parti di madri residenti in altre ASL (9.413 pari al 51% del totale) è pari a quello delle residenti nella stessa ASL; nell'ASL Napoli 1 Centro è consistente anche il numero di parti di donne residenti nell'ASL di Caserta (1.448, pari al 14,1% dei residenti nell'ASL di Caserta).

Rispetto agli ultimi quattro anni permane 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 punti nascita in grado di assistere gravidanze e neonati patologici. Tuttavia nella città di Napoli sono numerosi anche i punti nascita di piccole e medie dimensioni, cui si rivolgono molte gestanti per le quali la scelta del luogo del parto è legata soprattutto alla presenza del ginecologo di fiducia. In Campania, infatti, la

maggioranza delle gravide è assistita privatamente e ciò può rappresentare un problema per le gestanti, che sono disposte a partorire in strutture distanti dal proprio domicilio per essere seguite dal proprio ginecologo.

La frammentazione dei punti nascita nel territorio campano evidenzia l'urgenza di una razionalizzazione della rete di assistenza perinatale, soprattutto nell'area napoletana e la necessità di attuare percorsi assistenziali per l'assistenza alla gravidanza ed al parto puntando su un'efficace rete ospedale-territorio⁵².

7.2. NATI PER LUOGO DEL PARTO

In Campania, sono attivi 73 centri nascita, 41 pubblici e 32 privati, di cui 30 convenzionati con il Sistema Sanitario Nazionale. Il confronto con le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) evidenzia che, rispetto alla registrazione dei parti effettuata mediante le SDO, quella effettuata con i CedAP comprende anche le due strutture non convenzionate che non sono tenute a inviare le SDO.

I neonati assistiti nelle strutture pubbliche sono 30.758 (53,4%), quelli assistiti nelle Case di Cura private 26.861 (46,6%). Nella tabella 30 le strutture pubbliche e private sono disaggregate per ASL di residenza materna. La distribuzione delle Case di Cura private sul territorio regionale da sempre non risulta omogenea: nella ASL di Benevento non vi sono centri nascita privati, mentre il numero dei punti nascita privati è maggiore dei pubblici nell'ASL Napoli 3 Sud. Nelle ASL di Avellino e Napoli 3 Sud la maggior parte dei nati viene alla luce in strutture private. Nella tabella 31 le strutture pubbliche e private sono suddivise in base al numero di nati per anno: le strutture con meno di 500 nati per anno sono quasi un terzo del totale (21 su 73), sono più numerose tra quelle pubbliche ed assistono l'11,2% del totale dei nati, quelle con un numero di nati per anno uguale o superiore a 1.500 sono 4 ed assistono il 14,6% di tutti i nati.

Le strutture pubbliche e private si differenziano per le caratteristiche della popolazione assistita (tab. 32). Nelle strutture pubbliche la proporzione di gemelli, di nati di peso molto basso e di pretermine è più elevata che in quelle private (rispettivamente 3,8%, 1,5% e 3,3%, contro 2,8%, 0,3% e 0,9%), mentre nelle strutture pubbliche è minore la propor-

⁵² 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.

zione di nati in presentazione podalica (2,7% contro 3,4%). Come già evidenziato, i due tipi di strutture si differenziano anche rispetto alle caratteristiche materne: nelle strutture pubbliche la proporzione di donne immigrate è doppia ed è maggiore anche la frequenza di madri con scolarità inferiore o uguale a 8 anni, di età superiore a 34 anni e di madri nubili (fig. 18). La proporzione di nati da TC è nettamente superiore nei centri nascita privati ed è pari al 71,1% contro il 51,1% delle strutture pubbliche. Nel periodo tra il 2002 e il 2011 la quota di TC nei punti nascita privati, ha presentato un incremento dell' 11,3%, passando dal 65,3% al 72,7%, mentre in quelli pubblici l'incremento è stato pari al 4,7%, passando dal 49,3% al 51,6% (fig. 19).

Nel grafico della figura 20, sono comparati due gruppi di strutture, ciascuno dei quali corrisponde a una bolla di dimensione proporzionale al numero totale di nati assistiti. Il primo gruppo comprende 19.082 nati venuti alla luce in 15 punti nascita, 3 dei quali privati, che sono dotati di posti letto di Terapia Intensiva Neonatale (TIN), il secondo ne comprende 38.537, nati in 58 strutture, di cui 29 private, che non assistono neonati in terapia intensiva. La posizione di ciascuna bolla nel grafico è in relazione alla percentuale di nati di peso molto basso (VLBW), riportata sull'ordinata, ed alla proporzione di TC, riportata sull'ascissa; due linee tratteggiate indicano, inoltre, la media regionale di nati VLBW (9%) e di TC (60,5%). La posizione delle bolle evidenzia, come è ovvio, che la proporzione di neonati VLBW è nettamente maggiore nel gruppo che comprende le strutture pubbliche e private dotate di posti letto di TIN (2,38% contro 0,23%), in quanto queste sono strutture di terzo livello destinate ad assistere gestanti e neonati a rischio. Rispetto alla proporzione di TC i due gruppi di strutture presentano, invece, una posizione diversa da quella attesa, in quanto essa è significativamente minore nel gruppo di strutture dotate di posti letto di TIN (49,7% contro 67,3%).

Da anni si ribadisce la necessità in Regione Campania di razionalizzare la distribuzione e le dimensioni dei Punti Nascita, come previsto dai documenti tecnici regionali per la ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera⁵³ ⁵⁴. Nel periodo 2006-2011 hanno cessato l'attività 14 centri nascita ma, attualmente, operano ancora 21 strutture con meno di 500 nati per anno. D'altra parte, i centri nascita che assistono un numero di nati pari o superiore

⁵³ DGRC 2161 del 14/12/07: intervento progettuale per la razionalizzazione dei centri nascita.

⁵⁴ Decreto 49 del 27/9/10 sul riassetto della rete ospedaliera e territoriale.

a 1.500 per anno sono solo 4, e soltanto 3 di questi hanno il ruolo di centri di riferimento per le gravidanze ad alto rischio. Gli altri centri nascita dotati di reparti di TIN hanno dimensioni inferiori e quattro di questi assistono meno di 1000 partorienti per anno.

In alcune regioni italiane è già 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. 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 2.609 e 2.605 contro 2.106). Inoltre, in Emilia Romagna e in Lazio circa il 60 % dei nati è stato assistito in queste grandi strutture, mentre in Campania solo il 14,6 % nasce nelle strutture di maggiori dimensioni.

| Emilia Romagna, Lazio e Campania, anno 2011: centri nascita con numero di nati per anno \geq 1500 | | | |
|---|-------------------|--------------|-----------------|
| | E. Romagna | Lazio | Campania |
| Numero centri | 9 | 13 | 4 |
| Media nati per centro | 2.609 | 2.605 | 2.106 |
| Percentuale assistiti per regione | 59,2% | 62,2% | 14,6% |

Il modello di rete delle strutture perinatali previsto dal Piano Ospedaliero della Campania fa riferimento a tre livelli di cure⁵⁵, ma i dati disponibili non ci permettono di suddividere le strutture in base a questi livelli. È stato, quindi, effettuato un confronto tra i centri nascita che dispongono di posti letto di Terapia Intensiva Neonatale, cui afferisce una popolazione selezionata per un maggior livello di rischio materno-fetale e quelli che non possono fornire cure intensive ai neonati. La proporzione di TC è nettamente più elevata in queste ultime e ciò indica la necessità di sorvegliare in particolare il ricorso al TC nei parti a basso rischio. La notevole disponibilità di centri nascita privati è caratteristico dell'assistenza perinatale in Campania: si tratta della regione in cui le strutture private, convenzionate e non convenzionate, sono più numerose, in quanto rappresentano il 43,8% del totale delle strutture ed as-

⁵⁵ DGRC n. 2068 - 12 novembre 2004 - Approvazione Linee Guida Regionali per l'ottimizzazione dell'assistenza ospedaliera in Neonatologia e Pediatria d'urgenza.

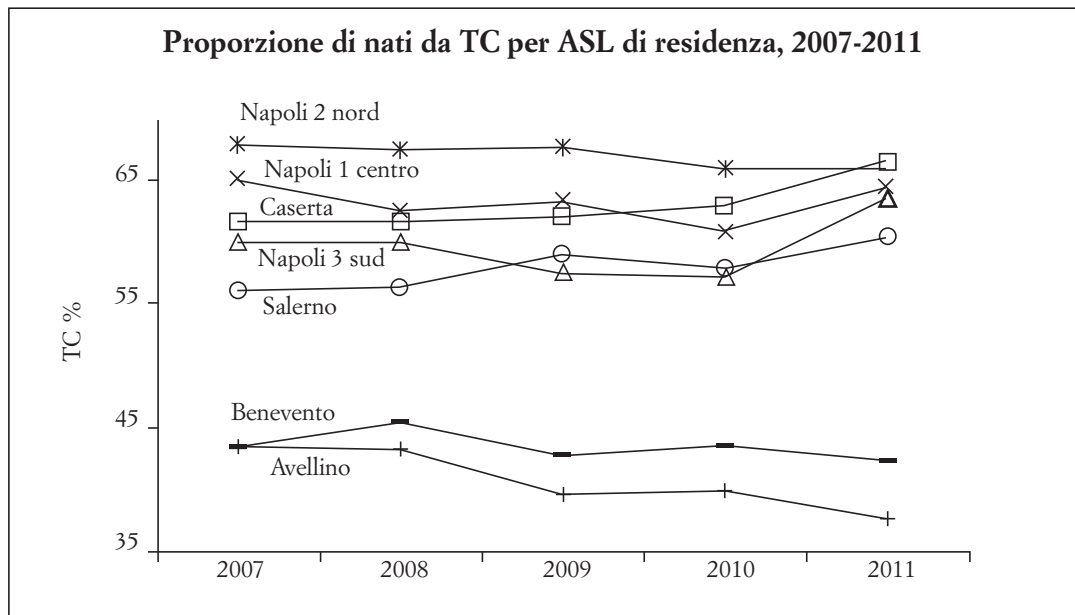
sistono il 46,6 % dei nati, mentre a livello nazionale sono il 12,1 % del totale ed assistono il 18,6 % dei neonati (CedAP, dati nazionali 2009). La proporzione di TC nei centri nascita privati è superiore di 21 punti percentuali rispetto a quelli pubblici: tale dato è costante nel tempo e non è riferibile 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 %. Ciò evidenzia che l'eccesso di TC riguarda in particolare le strutture private e le gravidanze a basso rischio, rispetto alle quali le scelte di professionisti non sono in linea con i protocolli e le linee guida elaborati a livello locale, nazionale ed internazionale⁵⁶.

7.3. NATI PER TIPO DI PARTO

Il numero di parti da madri residenti in Campania nel 2011 è pari a 53.749; i tagli cesarei sono stati 32.782, pari al 61% dei parti. Il numero dei nati singoli da madri residenti è pari a 52.875; di questi 32.009 (60,5%) sono nati con il TC. 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 40,4% per la ASL di Avellino a un massimo di 67,4% per l'ASL Napoli 2 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 tabella che segue nel testo evidenzia l'andamento della proporzione di nati da TC nel periodo 2007-2011 per ASL di residenza materna, in base ai dati CedAP. Le ampie differenze che si evidenziano tra ASL sono piuttosto stabili nel tempo e in tutto il periodo persistono differenze anche superiori al 50%. In particolare, nel quinquennio indicato la proporzione di nati da TC si è ridotta da 43,6% a 37,8% nella provincia di Avellino, mentre è aumentata da 61,8% a 66,6% nella provincia di Caserta.

⁵⁶ ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, SISTEMA NAZIONALE LINEE GUIDA “Taglio Cesareo: una scelta appropriata e consapevole” gennaio 2012 -http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Cesareo_finaleL.pdf.



La stazionarietà del tasso di TC mostra che la dimensione e la gravità del problema restano invariate. Le differenze rilevate tra le ASL in relazione alla proporzione di TC sono molto ampie e non sono riferibili solo alle differenze esistenti nei vari ambiti territoriali riguardo 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^{57 58}.

Il Ministero della Salute ha segnalato periodicamente la necessità di intervenire sul fenomeno dell'eccessiva proporzione di TC e, recentemente, ha ribadito queste indicazioni⁵⁹, che sono state recepite dagli organismi regionali e inserite in vari provvedimenti normativi miranti a ridurre il ricorso al TC e a supportare il parto fisiologico⁶⁰.

⁵⁷ 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.

⁵⁸ 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.

⁵⁹ 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".

⁶⁰ Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 532 del 29/10/2011: recepimento Linee di indirizzo sopra citate.

7.4. 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 34 e 38 settimane di età gestazionale. Gli interventi di elezione effettuati in neonati a termine sono 22.861 e rappresentano il 70,3% del totale dei TC.

La tabella 23 riguarda le modalità del parto per genere dei neonati e classe di età gestazionale e mostra che 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 che sono partoriti prevalentemente per via vaginale. L'età gestazionale in cui si rileva la massima proporzione di parti, è 38 settimane per i TC elettivi e in travaglio, 40 settimane per i parti vaginali. Questa marcata differenza si riscontra in tutti i parti espletati dal 2007 al 2011, come evidenziato nella tabella seguente.

| Tipo di parto per E.G., nati singoli a termine, Campania 2007-2011 | | | | | | |
|---|----------------|--------------|---------------------|--------------|----------------------|--------------|
| Età gestazionale (settimane) | Vaginale | | Cesareo di elezione | | Cesareo in travaglio | |
| | n° | % | n° | % | n° | % |
| 37 | 5.808 | 5,3 | 13.128 | 11,5 | 5.426 | 11,6 |
| 38 | 16.937 | 15,6 | 53.467 | 46,6 | 14.497 | 31,0 |
| 39 | 33.034 | 30,4 | 32.021 | 27,9 | 11.925 | 25,5 |
| 40 | 34.252 | 31,5 | 10.314 | 9,0 | 8.368 | 17,9 |
| 41 | 16.833 | 15,5 | 4.763 | 4,2 | 5.496 | 11,8 |
| 42 | 1.879 | 1,7 | 942 | 0,8 | 980 | 2,1 |
| Totale parti | 108.743 | 100,0 | 114.635 | 100,0 | 46.692 | 100,0 |

Nella tabella 34 sono presentati la proporzione di TC e il rischio relativo grezzo per alcuni fattori materni, fetali e 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% col parto in una struttura privata e risulta ridotto del 34% nel caso di donne 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 superiore al 50% in tutte le classi di età materna e per tutte le parità; fanno eccezione le

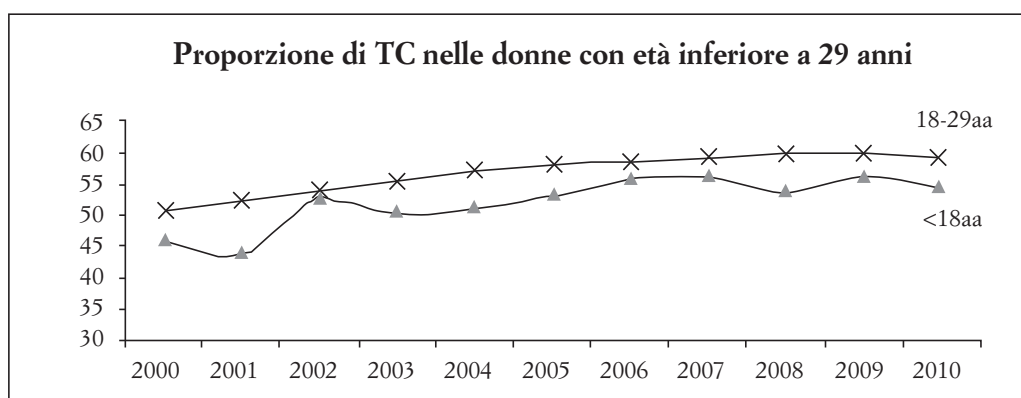
donne di età inferiore a 20 anni, per i parti successivi al primo, per le quali la percentuale di TC è pari al 48,2%.

La figura 23 mostra come si sono modificate negli ultimi decenni l'età media al parto e la proporzione di TC in Italia e in Campania. Dal 1982 al 2010 l'età media al parto è passata in Italia da 27,6 anni a 31,5 e in Campania da 27,9 anni a 30,5: pertanto una popolazione di gravide a minor rischio per età è sottoposta con maggiore frequenza al parto laparotomico.

Il 70,3% dei TC è effettuato al di fuori del travaglio in gestanti a termine. 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 52,4% in quelle al primo parto ($n = 1576$) e al 48,2% in quelle che hanno già affrontato il parto ($n = 205$). 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 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 negli ultimi 10 anni. La proporzione di TC ha mostrato un marcato incremento in ambo le classi di età: 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%). È degno di nota, infine, il dato che l'aumento dell'età media al parto in Campania è stato meno accentuato che nel resto dell'Italia, per cui questo fattore, spesso citato tra i determinanti dell'incremento del ricorso al TC, risulta meno rilevante nella nostra regione.



7.5. CLASSIFICAZIONE DEI PARTI SECONDO ROBSON

La classificazione di Robson⁶¹ 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) |

⁶¹ ROBSON M.S.: *Can we reduce the caesarean section rate?* Best Practice & Research Clin. Obst. Gynaecol., Vol. 15 n. 1, 179-194, 2001.

In questa classificazione i parti sono divisi in 10 gruppi mutuamente esclusivi, in relazione a parità, genere del parto, presentazione del feto, durata della gravidanza, modalità del travaglio e storia clinica di precedenti cesarei. La proporzione di TC rilevata in ciascun gruppo varia in base alla presenza o meno dei fattori di distocia considerati e alle caratteristiche anamnestiche delle gestanti. Questa classificazione facilita il confronto tra strutture o popolazioni che hanno caratteristiche diverse, perché la percentuale di TC non è valutata sul totale dei parti, ma in gruppi con caratteristiche simili ed è più facile identificare una eccessiva proporzione di TC in gruppi che comprendono parti a basso rischio e proporre interventi correttivi mirati.

La figura 24 è relativa a tutti i parti per i quali sono disponibili i dati necessari per la suddivisione nei gruppi di Robson (n = 53.723). Per ogni gruppo sono riportati il contributo percentuale al totale dei parti della regione e la proporzione di TC sul totale dei parti del gruppo. Il primo gruppo, che comprende solo i primi parti a termine, con feto singolo, in presentazione di vertice, con travaglio spontaneo, è il più ampio; vi rientra il 29,9% dei parti e il cesareo è effettuato nel 42,3% dei casi. Il secondo gruppo differisce dal primo solo perché il travaglio è indotto o viene eseguito un taglio cesareo senza attendere il travaglio: comprende il 13% dei parti e nel 90,8% dei casi viene praticato un taglio cesareo. Nel terzo rientrano i parti di donne con pregresse nascite per via vaginale e gravidanza attuale con feto singolo, a termine, in presentazione cefalica: comprende il 17,8% dei parti e la proporzione di tagli cesarei è pari a 10,7%. Il quarto gruppo si differenzia dal terzo perché il travaglio è indotto o è stato effettuato un taglio cesareo in assenza di travaglio: comprende il 2,2% dei parti e il tasso di tagli cesarei è pari a 70,9%. Il quinto comprende i parti di donne con pregresso taglio cesareo e feto singolo, a termine in presentazione cefalica: comprende il 23,6% dei parti e nel 94,8% dei casi è effettuato un taglio cesareo. I gruppi dal sesto al nono presentano un significativo elemento di distocia: podice in nullipara, podice in multipara, gemellarità, altre presentazioni diverse dal vertice. Comprendono globalmente il 6,4% dei parti e presentano percentuali di taglio cesareo prossime al 90%. Il decimo gruppo riguarda i parti effettuati prima del termine, che sono il 4,3% del totale, con una percentuale di TC del 63,8%.

La figura 25 riguarda le differenze che esistono tra strutture pubbliche e private riguardo all'ampiezza dei gruppi di Robson. 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 (29,3% contro 19,1%). Negli Ospedali Pubblici, invece, è maggiore la proporzione di gestanti del primo e terzo gruppo, che affrontano un trava-

glio spontaneo (34,2% e 22,3% contro 26,5% e 13,6%). Nel secondo e quarto gruppo (gestanti sottoposte a induzione o a un TC prima del travaglio) sono inferiori le proporzioni di partorienti nel pubblico (9,6% e 2% contro 18% e 2,6%).

La figura 26 mostra la proporzione di tagli cesarei in ciascun gruppo di Robson per le strutture pubbliche e private. In tutti i gruppi la proporzione di tagli cesarei è maggiore nelle Case di Cura, ma 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.

Il confronto con l'Emilia Romagna permette di effettuare alcune utili osservazioni poiché questa regione presenta un tasso di cesarei del 30%, stabile negli ultimi sei anni e pari alla metà di quello della Campania. La tabella che segue mostra la suddivisione 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 2011 | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| | Gruppi di Robson | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Campania | 29,9 | 13,0 | 17,8 | 2,2 | 23,6 | 1,6 | 0,9 | 3,3 | 0,7 | 4,3 |
| E. Romagna | 28,7 | 17,1 | 25,1 | 7,8 | 9,9 | 2,4 | 1,3 | 1,7 | 0,6 | 5,4 |

I gruppi dal primo al quarto comprendono la maggioranza dei parti sia in Campania che in Emilia Romagna, rispettivamente 63,% e 78,7% del totale, anche se, nel secondo e nel quarto gruppo, la proporzione di parti è significativamente minore in Campania. La differenza più rilevante tra le due regioni riguarda il quinto gruppo di Robson, cioè quello in cui sono comprese le donne che hanno effettuato in precedenza uno o più TC. L'ampiezza di questo gruppo è pari al 9,9% del totale dei parti in Emilia Romagna e al 23,6% dei parti in Campania.

Nella tabella successiva sono elencate le percentuali di TC rilevate in ciascun gruppo di Robson in Campania e in Emilia Romagna. In Campania la percentuale di TC è maggiore in tutte le classi di Robson, ma le differenze più significative riguardano i gruppi dal primo al quarto, che comprendono la maggioranza delle partorienti, nelle quali non sono presenti i fattori di distocia che caratterizzano i gruppi successivi.

| Percentuali di cesarei per gruppo di Robson in Campania e Emilia Romagna, anno 2011 | | | | | | | | | | |
|---|------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | Gruppi di Robson | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Campania | 42,3 | 90,8 | 10,7 | 70,9 | 94,8 | 96,2 | 93,9 | 88,1 | 84,3 | 63,8 |
| E. Romagna | 9,7 | 43,4 | 2,1 | 26,0 | 84,7 | 94,3 | 91,5 | 87,0 | 58,0 | 47,8 |

I dati presentati possono essere utili per programmare i provvedimenti necessari ad ottenere una riduzione significativa della proporzione di parti con TC, come previsto dal Piano Sanitario Nazionale, a partire dall'anno 2000, e da quanto successivamente deliberato a livello regionale su questo argomento⁶².

Il confronto con l'Emilia Romagna, in cui si rileva nel 2011 una proporzione di TC del 29%, è particolarmente utile. 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 solo da 59% a 48,5% e resta molto più elevata di quella dell'Emilia Romagna. Allo stesso modo, la proporzione di donne con pregresso cesareo è maggiore nelle strutture private della Campania rispetto alle strutture pubbliche (28,5% contro 20,7%). E, se calcoliamo la proporzione di TC escludendo il gruppo di donne con pregresso TC, la proporzione di TC passa da 71,7% a 61,9%, nelle strutture private e da 51,3% a 40,6% in quelle pubbliche. Il differenziale tra strutture pubbliche e private resta invariato, poiché, tanto nelle strutture pubbliche che in quelle private, la quota più rilevante di TC riguarda gestanti a basso rischio ostetrico, appartenenti ai primi quattro gruppi di Robson.

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.

⁶² 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".

È utile, inoltre, osservare che la proporzione di TC è molto differente tra le donne comprese nel primo e nel terzo gruppo (40,5% e 11,1%), in cui il travaglio è spontaneo, e quelle nel secondo e quarto gruppo (93,9% e 77,6%), in cui il travaglio è indotto o assente. Infatti, l'assenza di un travaglio spontaneo si associa a un marcato incremento della quota di tagli cesarei e questo dato è più evidente nelle strutture private. Pertanto, anche gli interventi che favoriscono un travaglio fisiologico, quali i corsi di accompagnamento alla nascita, il rispetto della scelta delle donne per le posizioni da assumere nel parto, la diffusione dell'uso del Partogramma, possono contribuire a ridurre la proporzione di parti cesarei.

7.6 CARATTERISTICHE DEI CENTRI NASCITA DELLA CAMPANIA

Nella tabella 35 sono elencati i 73 Centri Nascita della Campania suddivisi per ASL di appartenenza. Per ogni centro è riportato il numero dei nati nel 2011, il numero e la percentuale di nati da TC e il numero di nati con peso inferiore a 1.500 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 17,3% e un massimo di 92,9%. 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 al tipo e al numero di nati per anno delle strutture.

| Proporzione di parti con TC per dimensione e tipologia delle strutture | | |
|---|---------------------|-----------------------|
| N. nati per anno | % TC private | % TC pubbliche |
| > 1500 | 55,0 | 49,0 |
| 1000 - 1499 | 76,9 | 49,5 |
| 500 - 999 | 75,1 | 50,1 |
| < 500 | 70,5 | 57,2 |

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 1500 nati per anno.

I centri nascita che dispongono di posti letto di TIN in Campania sono 15: 5 di questi sono nella città di Napoli, 1 nella provincia di Napoli (nell'ASL Napoli 2 Nord), 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 sono attivi altri 2 reparti di TIN, che non sono elencati perché non hanno un reparto di maternità e ricoverano solo neonati trasferiti da altre strutture.

I nati di peso inferiore a 1.500 grammi si concentrano nei centri nascita in cui sono disponibili posti letto di TIN. Questa tendenza negli ultimi anni ha mostrato un incremento, in quanto la proporzione di neonati molto piccoli che vengono alla luce in strutture pubbliche e private che non sono in grado di assisterli si è ridotta dal 15% del 2006 al 10,9% del 2011.

Dal 2000 al 2011 le nascite in Campania si sono ridotte del 16,8%, passando da 67.963 a 56.529 (dati Istat); i punti nascita nello stesso periodo si sono ridotti del 18,8%, passando da 90 a 73; pertanto, in particolare negli ultimi due anni, si è cercato di affrontare il problema dell'eccessivo frazionamento dei punti nascita, che, tuttavia, caratterizza ancora l'assistenza perinatale nella nostra regione. Il confronto con i dati nazionali e con quelli dell'Emilia Romagna e del Lazio, che stanno attuando un programma di regionalizzazione dell'assistenza perinatale, evidenzia che il numero medio di nati per punto nascita della Campania è nettamente inferiore, sia rispetto al dato nazionale che a quelli regionali.

| Nati per punto nascita in Italia, Emilia Romagna, Lazio e Campania * | | | | |
|---|---------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| | Italia (anno 2009) | E. Romagna (anno 2010) | Lazio (anno 2010) | Campania (anno 2010) |
| Totale nati | 548.570 | 40.487 | 54.491 | 56.529 |
| Punti nascita | 549 | 31 | 45 | 73 |
| Nati/punto nascita | 998 | 1.306 | 1.210 | 774 |

* Archivio dati CedAP nazionali e regionali

La Campania, con la Sicilia, è la regione italiana in cui il numero medio di nati per struttura è più basso. Un eccesso di punti nascita di dimensioni piccole (500-1000 nati per anno) e molto piccole (< 500 nati per anno) implica un incremento dei problemi di organico, di organizzazione e di coordinamento. Questi problemi sono, inoltre, accentuati dalla carenza di un'effettiva suddivisione delle strutture perinatali secondo il livello di cura erogato, e dai problemi di integrazione e collegamento tra i vari livelli di cura e tra questi e le strutture territoriali.

Per quanto riguarda le cure intensive neonatali, è stato ripetutamente segnalato⁶³ che il numero dei posti letto per cure intensive e sub-intensive è insufficiente, anche se risultano attivi 17 reparti che dispongono di posti letto di TIN. Alcuni di questi reparti hanno dimensioni inadeguate: 11 su 15 operano in collegamento con reparti ostetrici in cui nascono meno di 1.500 neonati per anno, altri non sono in grado di assistere tutti i nati delle gestanti a rischio che vi afferiscono. Le TIN delle Aziende Sanitarie Monaldi e Santobono, che sono centri di riferimento regionale per l'assistenza ai neonati con problemi cardiologici, cardiocirurgici e chirurgici, non dispongono di un reparto di maternità ove assistere le gestanti alle quali è stata fatta diagnosi prenatale di tali patologie. Queste carenze spiegano perché è ancora frequente il trasferimento di neonati patologici, talora 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.

L'assistenza privata mostra aspetti positivi e negativi: alcune strutture sono centri nascita di III livello (Ospedale Villa Betania, Casa di Cura Malzoni di Avellino) e hanno un ruolo centrale nell'assistenza perinatale per la numerosità dei nati, la disponibilità di posti letto di cure intensive neonatali e una proporzione di TC inferiore alla media delle province in cui operano. All'opposto la maggioranza delle strutture private mostra di non tenere alcun conto delle indicazioni nazionali e regionali sulla necessità di ridurre il tasso di TC, che è uno dei principali indicatori di salute per valutare l'appropriatezza e l'efficacia delle cure perinatali.

⁶³ D.G.R. Campania n. 2068 - Approvazione Linee Guida Regionali per l'ottimizzazione dell'assistenza ospedaliera in Neonatologia e pediatria d'urgenza.

TABELLE E FIGURE

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

| PROVINCE | CedAP 2011** | ISTAT 2011 (dati provv.) | COPERTURA % |
|-----------------|--------------|--------------------------|-------------|
| Avellino | 3311 | 3376 | 98,1 |
| Benevento | 2108 | 2270 | 92,9 |
| Caserta | 8067 | 9195 | 87,7 |
| Napoli | 31931 | 31798 | 100,4 |
| Salerno | 9513 | 9881 | 96,3 |
| Campania | 54930 | 56520 | 97,2 |

* Nati da madri residenti in Campania.

** Schede eliminate perché duplicati o prive di informazioni indispensabili: n. 450.

Tabella 2
DATI OMESSI PER SINGOLA VARIABILE

| VARIABILE | % | VARIABILE | % |
|--|------|-----------------------------------|------|
| Codice Fiscale | 44,2 | Titolo di Studio Madre | 15,1 |
| Data Ultima Mestruazione | 12,6 | Tipo di Travaglio | 32,2 |
| Data di Nascita Madre | 0,3 | Data di Nascita Padre | 14,7 |
| Età Gestazionale | 2,9 | Presentazione | 3,1 |
| Cittadinanza | 2,2 | Comune di Nascita Padre | 16,4 |
| Procreazione assistita | 8,1 | Modalità del Parto | 0,1 |
| Comune di Nascita Madre | 1,9 | Cittadinanza Padre | 13,9 |
| Metodo utilizzato nella Procreazione Assistita | 4,1 | Sesso | 0,3 |
| Comune di Residenza Madre | 0,8 | Condizione Lavorativa Padre | 19,3 |
| Data del Parto | 0,1 | Genitali Esterni | 0,4 |
| ASL di appartenenza | 3,9 | Posizione nella Professione Padre | 4,1 |
| Ora | 2,3 | Peso | 0,6 |
| Data Matrimonio | 24,4 | Ramo di Attività Padre | 8,4 |
| Genere del parto | 0,9 | Lunghezza | 12,2 |
| Data Ultimo Parto | 26,2 | Titolo di Studio Padre | 21,4 |
| Numero Maschi nei Gemelli | 2,4 | Circonferenza Cranica | 12,7 |
| Precedenti Gravidanze | 1,6 | Consanguineità | 39,0 |
| Numero Femmine nei Gemelli | 2,5 | Vitalità | 0,4 |
| Aborti precedenti | 7,5 | Visite di Controllo | 4,7 |
| Ordine di Nascita nei Gemelli | 3,7 | Apgar a 5 minuti | 1,1 |
| IVG | 10,7 | Prima visita a settimane | 7,2 |
| Presenza Ostetrica/o | 5,3 | Rianimazione | 1,7 |
| Parti Precedenti | 4,7 | Numero di ecografie | 6,1 |
| Presenza Ginecologo/a | 1,9 | Presenza di Malformazione | 2,7 |
| Dai Quali Nati Vivi | 0,5 | Amniocentesi | 11,3 |
| Presenza Pediatra | 3,2 | Certificante | 9,1 |
| Dai quali Nati Morti | 7,4 | Decorso Gravidanza | 8,5 |
| Presenza Anestesista | 19,8 | Matricola | 45,3 |
| TC Precedenti | 7,4 | Prelievo Villi Coriali | 12,7 |
| Altro Personale | 25,2 | Malattia Feto e/o Madre | 98,9 |
| Condizione Lavorativa Madre | 10,3 | Fetoscopia | 13,3 |
| Altri Presenti | 75,4 | Momento morte del nato morto | 91,4 |
| Posizione nella Professione Madre | 3,6 | Difetto di Accrescimento | 13,7 |
| Profilassi RH | 40,4 | Distretto (solo ASL NA1) | 57,8 |
| Ramo di Attività Madre | 8,0 | Ecografia oltre le 22 settimane | 7,6 |
| Luogo del Parto | 1,1 | | |

Tabella 3
ITALIA E REGIONI ITALIANE: SCENARIO DEMOGRAFICO,
ANNO 2011 (PER 1.000 RESIDENTI) (ISTAT) *

| REGIONI | TASSO DI FECONDITÀ | TASSO DI NATALITÀ | TASSO DI CRESCITA NATURALE | SALDO MIGRATORIO TOTALE | INDICE DI VECCHIAIA |
|---------------------|--------------------|-------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|
| Piemonte | 1,40 | 8,5 | -2,4 | 6,2 | 178 |
| V. Aosta | 1,61 | 9,6 | -0,3 | 5,8 | 150 |
| Lombardia | 1,52 | 9,7 | 0,7 | 6,6 | 141 |
| Trentino - A. Adige | 1,63 | 10,3 | 2,1 | 6,8 | 117 |
| Bolzano-Bozen | 1,61 | 10,5 | 2,9 | 6,0 | 109 |
| Trento | 1,64 | 10,2 | 1,4 | 7,6 | 125 |
| Veneto | 1,48 | 9,4 | 0,2 | 5,2 | 140 |
| Friuli - V. Giulia | 1,41 | 8,2 | -3,3 | 5,0 | 186 |
| Liguria | 1,33 | 7,3 | -6,0 | 5,3 | 232 |
| Emilia Romagna | 1,50 | 9,4 | -1,3 | 7,7 | 167 |
| Toscana | 1,37 | 8,5 | -2,5 | 6,8 | 183 |
| Umbria | 1,36 | 8,6 | -2,3 | 7,2 | 179 |
| Marche | 1,40 | 8,9 | -1,5 | 5,2 | 169 |
| Lazio | 1,39 | 9,4 | -0,1 | 7,9 | 142 |
| Abruzzo | 1,32 | 8,7 | -1,8 | 5,3 | 163 |
| Molise | 1,19 | 7,6 | -3,4 | 3,6 | 176 |
| Campania | 1,43 | 9,9 | 1,2 | -1,5 | 99 |
| Puglia | 1,31 | 8,9 | 0,2 | -0,6 | 125 |
| Basilicata | 1,17 | 7,7 | -2,1 | -0,6 | 151 |
| Calabria | 1,27 | 8,7 | -0,4 | -0,4 | 132 |
| Sicilia | 1,40 | 9,4 | -0,4 | 0,0 | 122 |
| Sardegna | 1,15 | 7,9 | -1,1 | 1,7 | 159 |
| ITALIA | 1,42 | 9,1 | -0,6 | 4,3 | 145 |

* dati provvisori.

Figura 1
REGIONI ITALIANE: SALDO MIGRATORIO, ANNO 2011 (ISTAT)

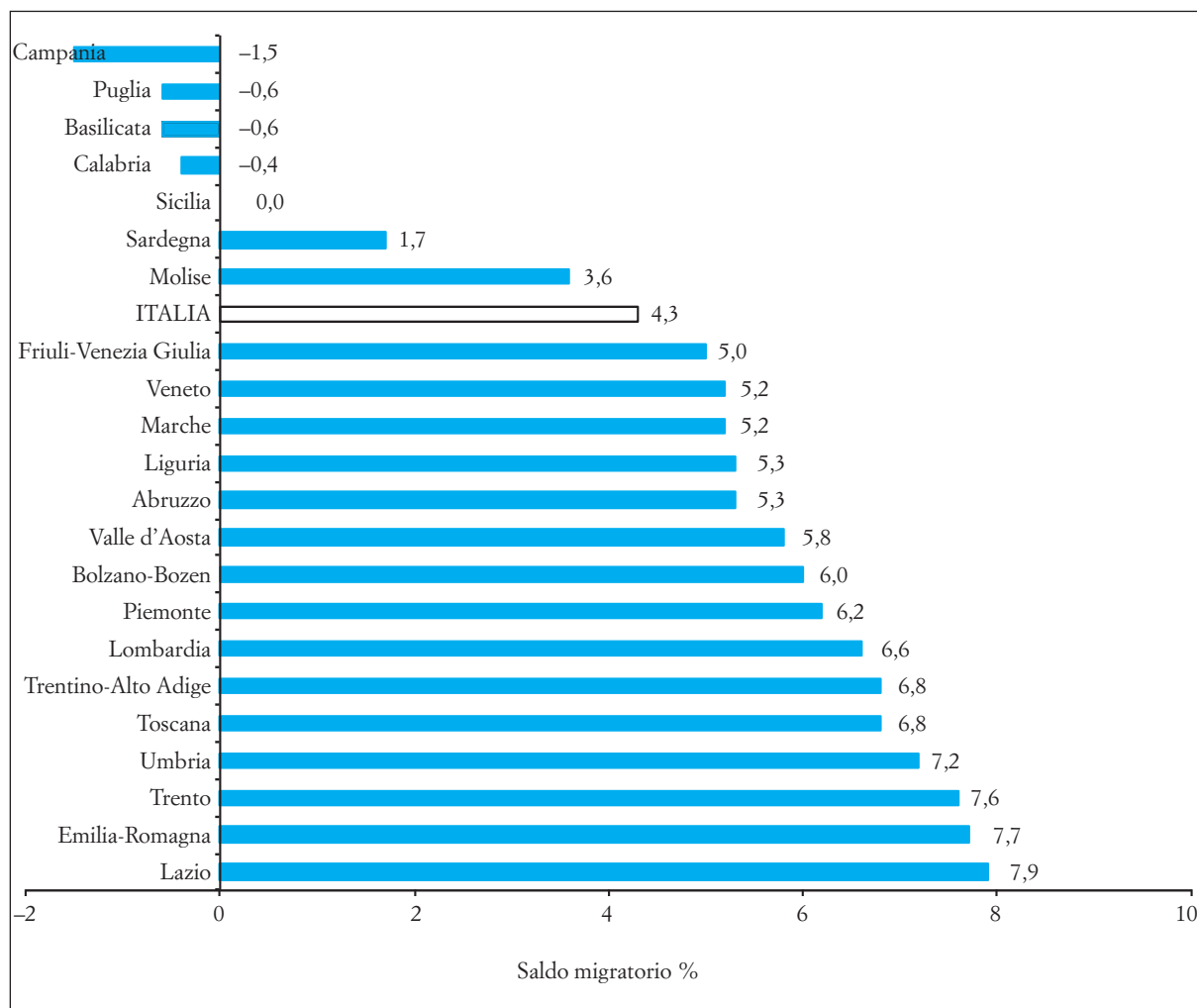


Figura 2
REGIONI ITALIANE: TASSO DI CRESCITA NATURALE, ANNO 2011 (ISTAT)

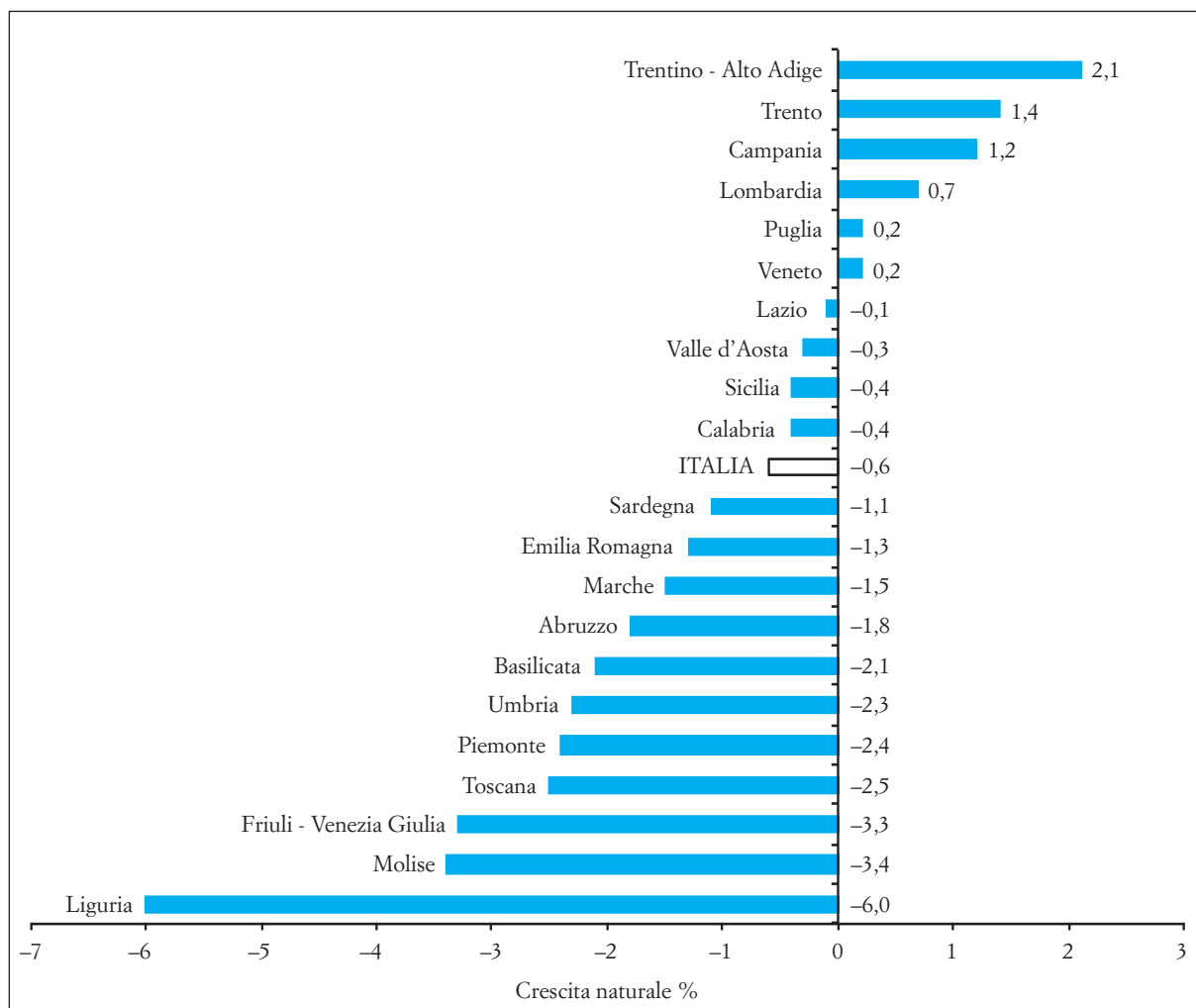


Figura 3
ITALIA E CAMPANIA: POPOLAZIONE FEMMINILE PER CLASSE DI ETÀ, ANNO 2011 (ISTAT)

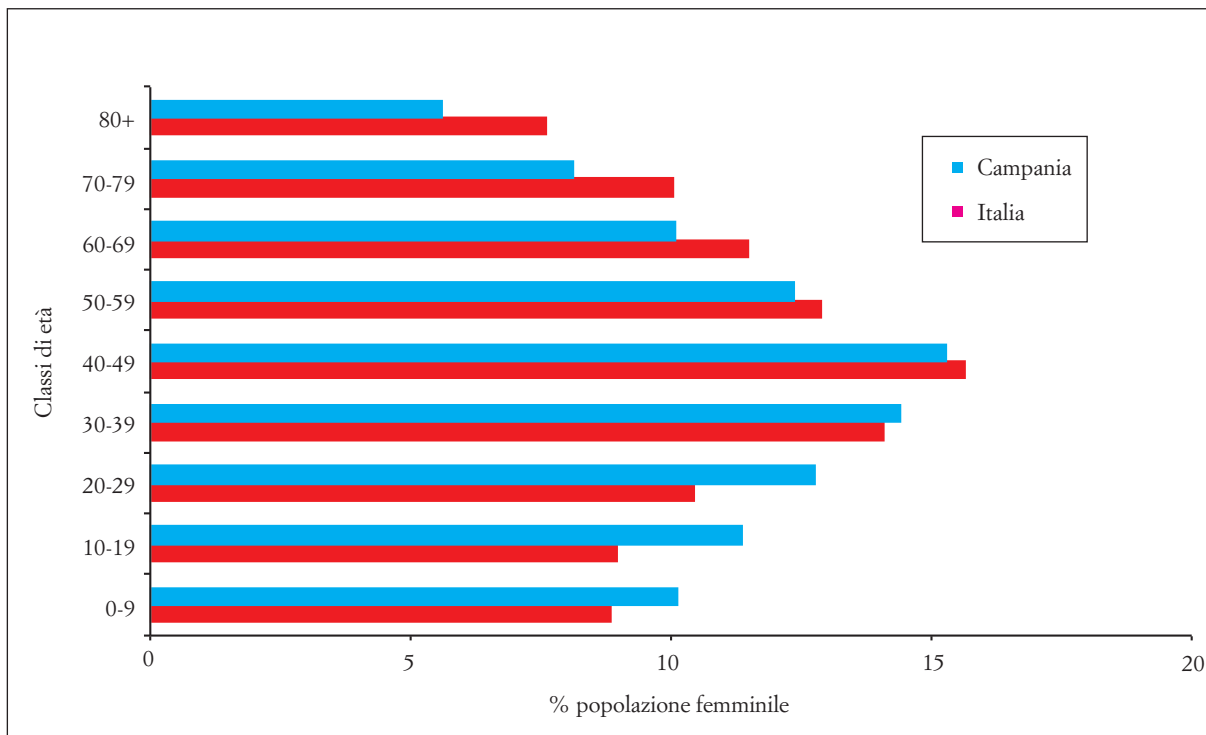


Figura 4
NATI IN ITALIA, LOMBARDIA E CAMPANIA, ANNI 2001-2011 (ISTAT)

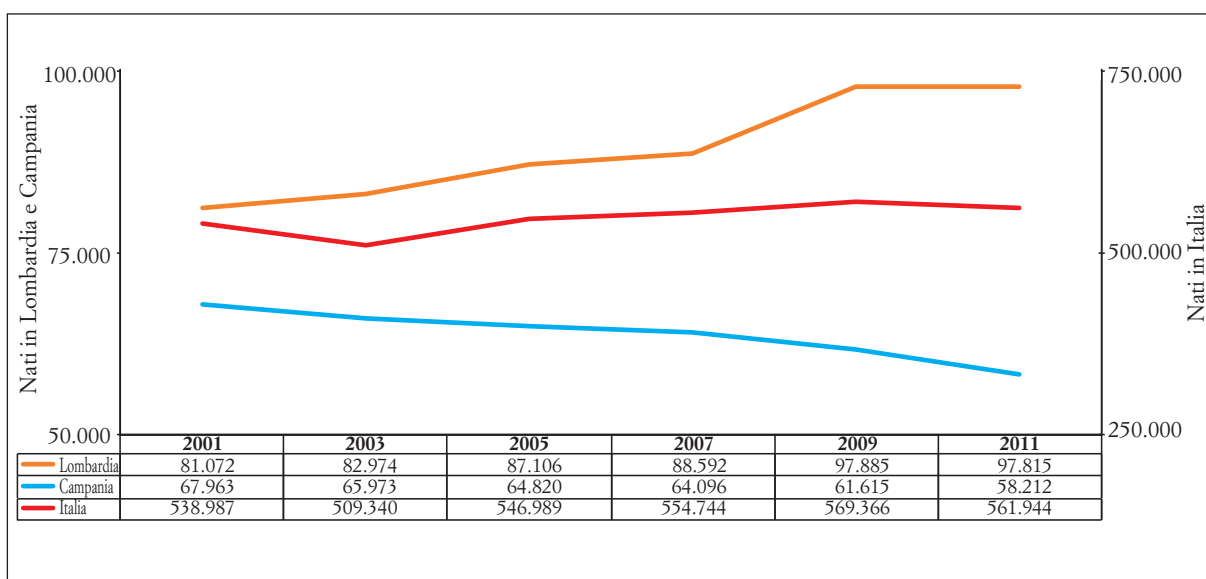


Figura 5

TASSI DI NATIMORTALITÀ, MORTALITÀ NEONATALE E POST-NEONATALE (x 10.000) IN ITALIA, LOMBARDIA, LAZIO E CAMPANIA, ANNO 2009 (ISTAT)

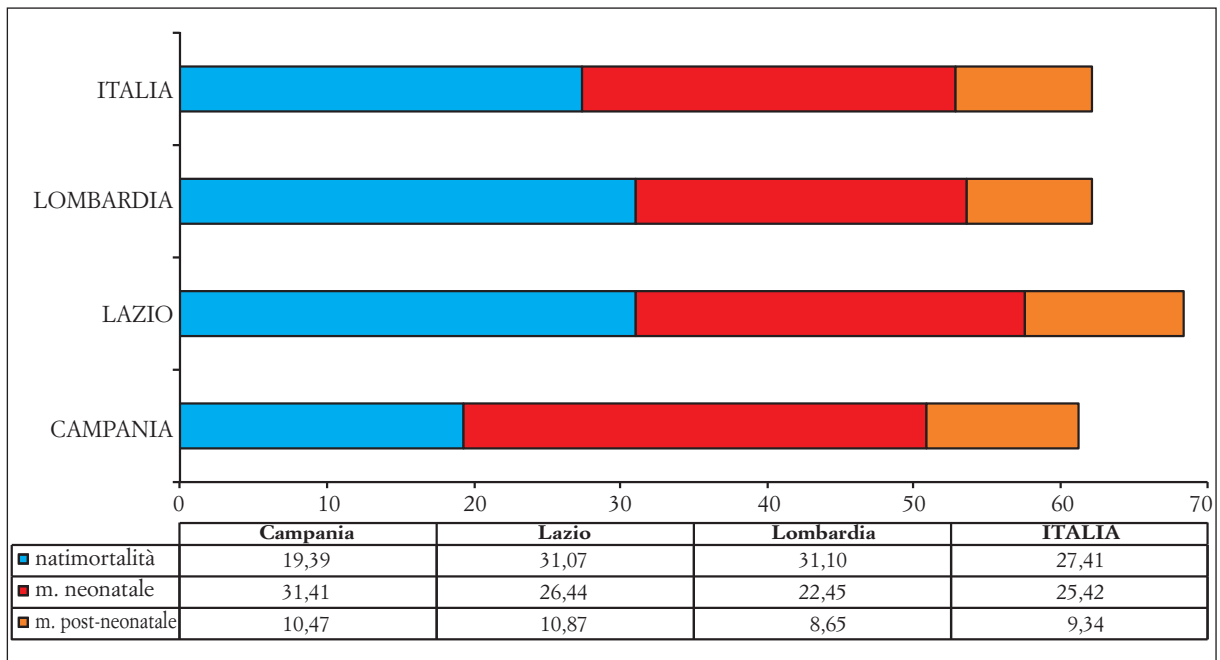


Figura 6

TASSO DI NATIMORTALITÀ E DI MORTALITÀ INFANTILE IN CAMPANIA E LOMBARDIA, ANNI 1999-2009 (ISTAT)

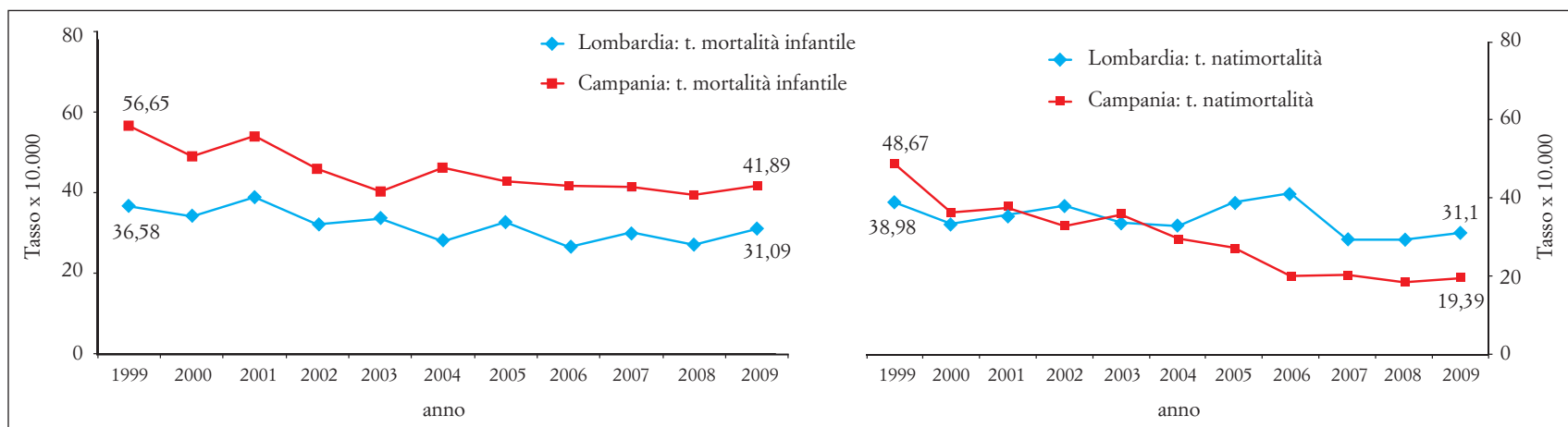


Figura 7
NATI DA STRANIERI NELLE REGIONI ITALIANE, ANNO 2011 (ISTAT)

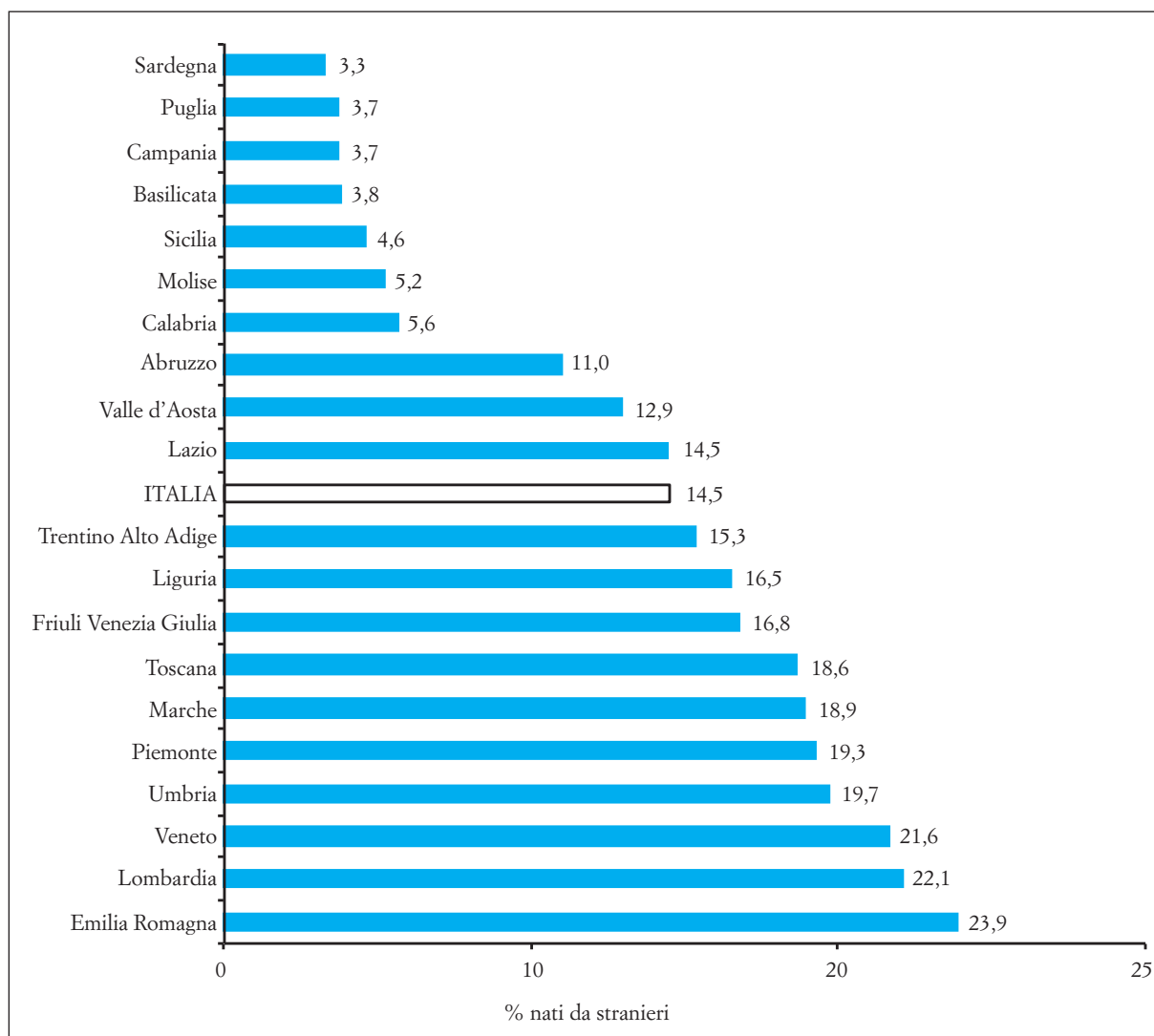


Tabella 4
PRINCIPALI PAESI DI PROVENIENZA DELLE MADRI E DEI PADRI STRANIERI *

| Paese | numero madri | % | Paese | numero padri | % |
|---------------|--------------|--------------|----------------------|--------------|--------------|
| Romania | 782 | 25,0 | Romania | 420 | 24,8 |
| Ucraina | 437 | 14,0 | Marocco | 215 | 12,7 |
| Marocco | 237 | 7,6 | Ucraina | 196 | 11,6 |
| Polonia | 220 | 7,0 | Cina | 163 | 9,6 |
| Cina | 220 | 7,0 | Albania | 99 | 5,8 |
| Sri Lanka | 119 | 3,8 | Sri Lanka | 72 | 4,2 |
| Albania | 118 | 3,8 | India | 52 | 3,1 |
| Bulgaria | 103 | 3,3 | Bulgaria | 46 | 2,7 |
| Nigeria | 86 | 2,8 | Algeria | 41 | 2,4 |
| Russia | 78 | 2,5 | Bangladesh | 40 | 2,4 |
| Brasile | 74 | 2,4 | Polonia | 33 | 1,9 |
| India | 59 | 1,9 | Tunisia | 32 | 1,9 |
| Cuba | 43 | 1,4 | Nigeria | 31 | 1,8 |
| Algeria | 40 | 1,3 | Repubblica di Serbia | 29 | 1,7 |
| Bangladesh | 40 | 1,3 | Pakistan | 25 | 1,5 |
| Altri paesi | 469 | 15,0 | Altri paesi | 199 | 11,9 |
| Totale | 3125 | 100,0 | Totale | 1693 | 100,0 |

* Non sono considerati 162 madri e 45 padri provenienti da paesi a basso flusso migratorio.

Figura 8

NATI DA MADRI E PADRI STRANIERI PER PAESE DI PROVENIENZA

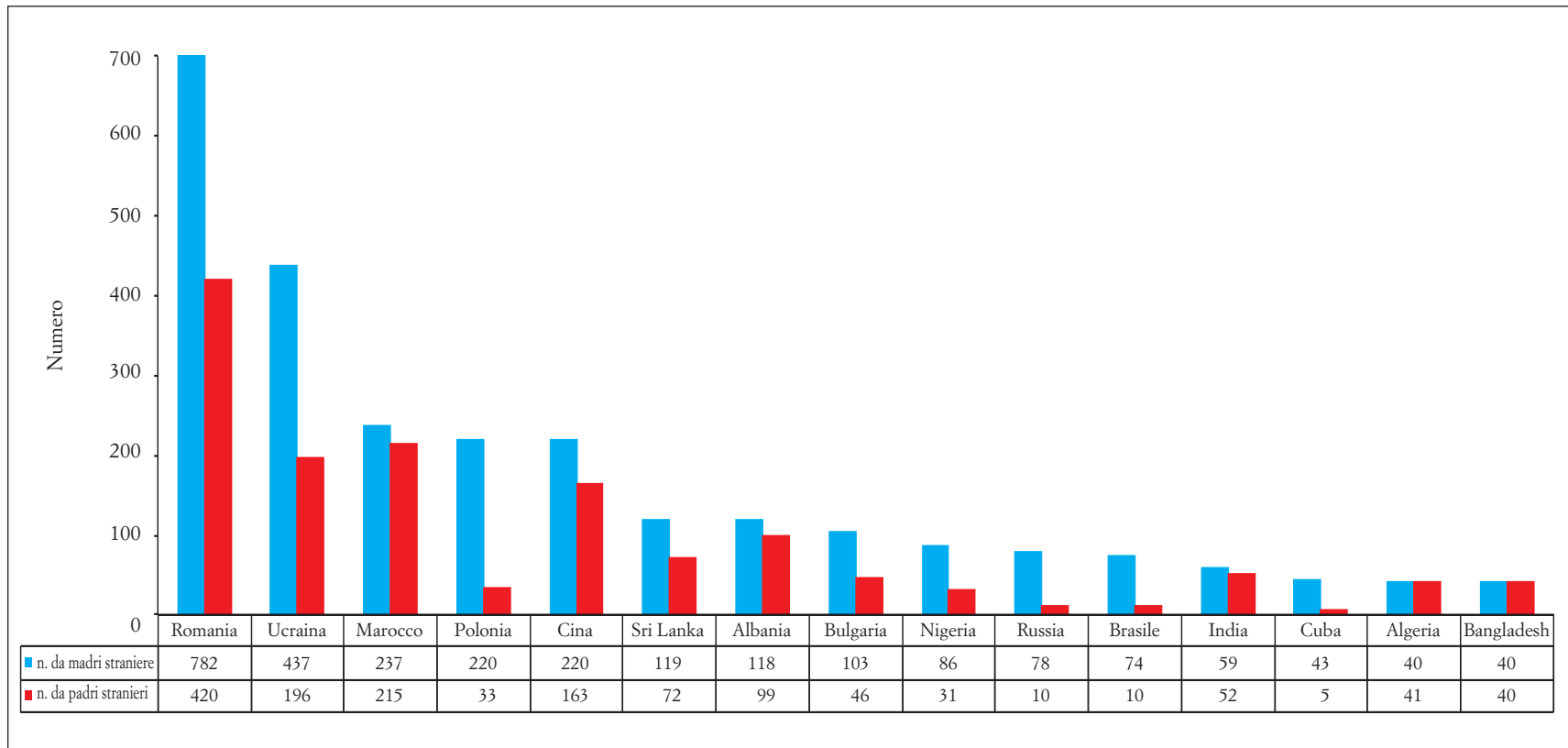
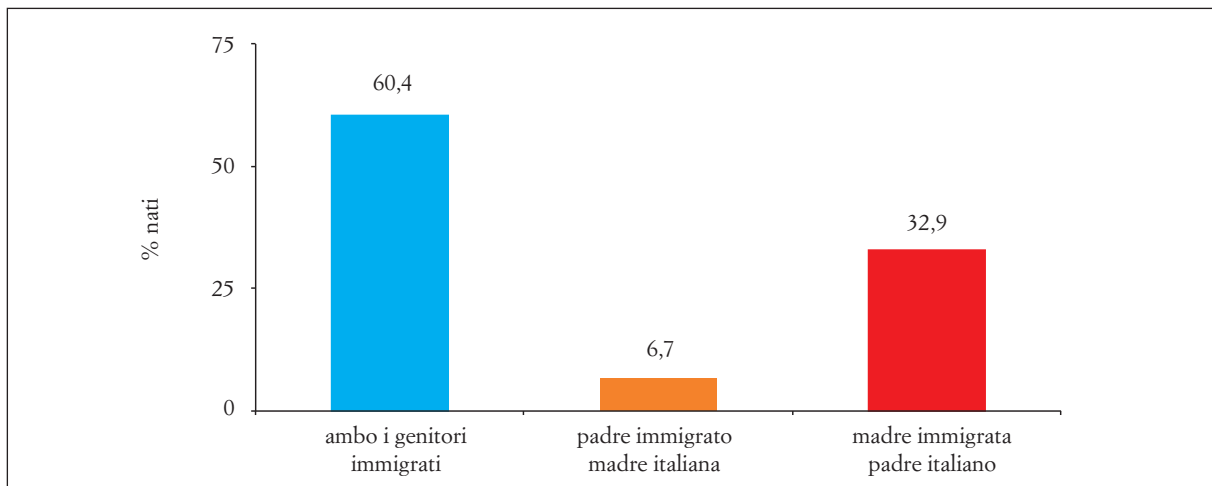


Figura 9
NATI DA ALMENO UN GENITORE IMMIGRATO *



* Dati relativi a 2.508 coppie in cui almeno un genitore è straniero.

Figura 10
DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DONNE ITALIANE E STRANIERE IN CAMPANIA PER CLASSE DI ETÀ, ANNO 2011 (ISTAT)

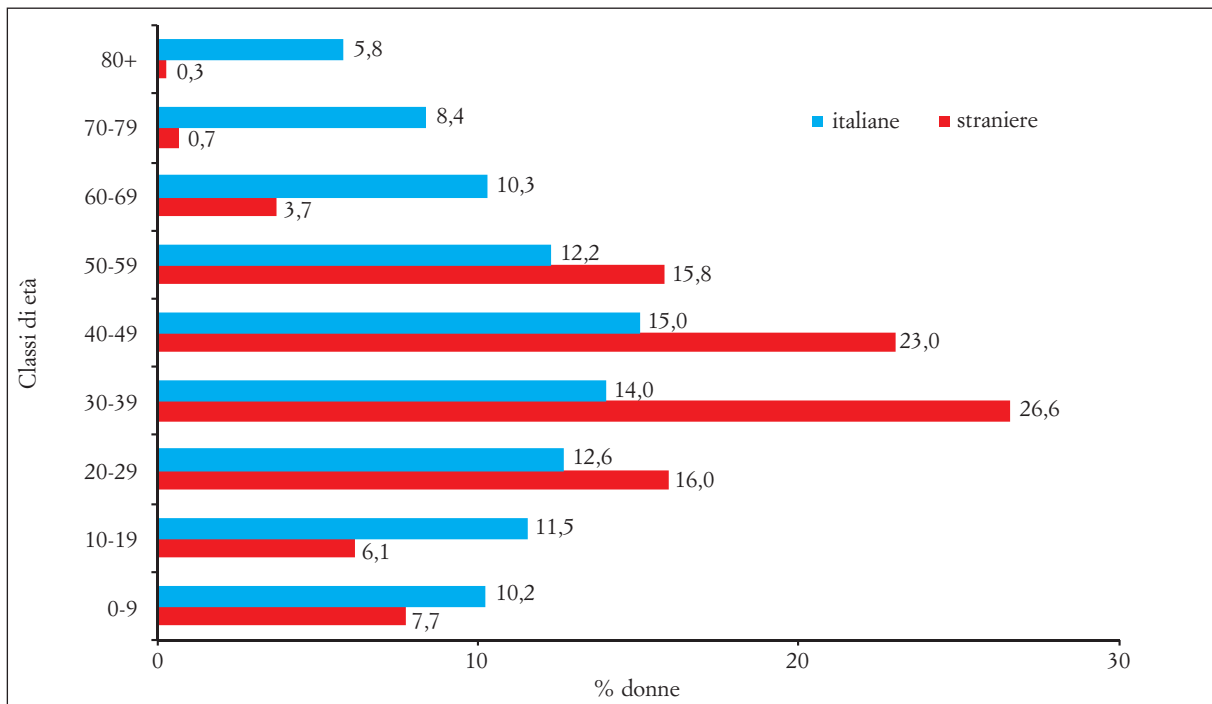


Tabella 5
**CARATTERISTICHE MATERNE E NEONATALI PER CITTADINANZA MATERNA,
 NATI SINGOLI**

| | | ITALIANE | % | NON ITALIANE | % |
|-----------------------|------------------------|----------|------|--------------|------|
| Classe di età materna | <20 anni | 1.602 | 3,1 | 150 | 4,7 |
| | 20-34 anni | 36.381 | 71,4 | 2416 | 75,5 |
| | >34 anni | 112.998 | 25,5 | 635 | 19,8 |
| Ordine di nascita | primo figlio | 25.002 | 50,6 | 1.626 | 51,6 |
| | secondo figlio e oltre | 24.457 | 49,4 | 1.524 | 48,4 |
| Scolarità materna | elementare/media inf. | 16.684 | 37,7 | 1.544 | 56,6 |
| | livelli superiori | 27.562 | 62,3 | 1.182 | 43,4 |
| Stato civile | nubile | 6.374 | 12,7 | 1.197 | 38,8 |
| | coniugata | 42.792 | 85,3 | 1.764 | 57,2 |
| | altro | 1.025 | 2,0 | 123 | 4,0 |
| Età gestazionale | <37 sett. | 2.457 | 4,9 | 187 | 5,9 |
| | ≥37 sett. | 48.021 | 95,1 | 2.961 | 94,1 |
| Peso nascita | <2500 grammi | 2.748 | 5,4 | 218 | 6,8 |
| | ≥2500 grammi | 48.159 | 94,6 | 2.977 | 93,2 |
| Vitalità | nati vivi | 50.818 | 99,7 | 3.188 | 99,7 |
| | nati morti | 149 | 0,3 | 11 | 0,3 |
| Epoca prima visita | ≤11 settimane | 42.998 | 89,5 | 2.186 | 76,5 |
| | > 11 settimane | 5.063 | 10,5 | 672 | 23,5 |

Tabella 6
NATI PER STATO CIVILE DELLA MADRE

| ASL | Coniugata | % | Nubile | % | Altro * | % | Totale |
|-----------------|---------------|-------------|--------------|-------------|------------|------------|---------------|
| Avellino | 2.879 | 87,1 | 361 | 10,9 | 64 | 1,9 | 3.304 |
| Benevento | 1.824 | 87,9 | 213 | 10,3 | 39 | 1,9 | 2.076 |
| Caserta | 6.454 | 87,7 | 790 | 10,7 | 114 | 1,5 | 7.358 |
| Napoli Centro | 7.870 | 79,0 | 1.937 | 19,4 | 154 | 1,5 | 9.961 |
| Napoli Nord | 9.298 | 85,3 | 1.420 | 13,0 | 182 | 1,7 | 10.900 |
| Napoli Sud | 8.685 | 84,5 | 1.425 | 13,9 | 166 | 1,6 | 10.276 |
| Salerno | 7.849 | 83,1 | 1.368 | 14,5 | 226 | 2,4 | 9.443 |
| Campania | 44.859 | 84,1 | 7.514 | 14,1 | 945 | 1,8 | 53.318 |

* Comprende: divorziate, separate, vedove.

Figura 11
LIVELLO DI ISTRUZIONE MATERNA PER STATO CIVILE

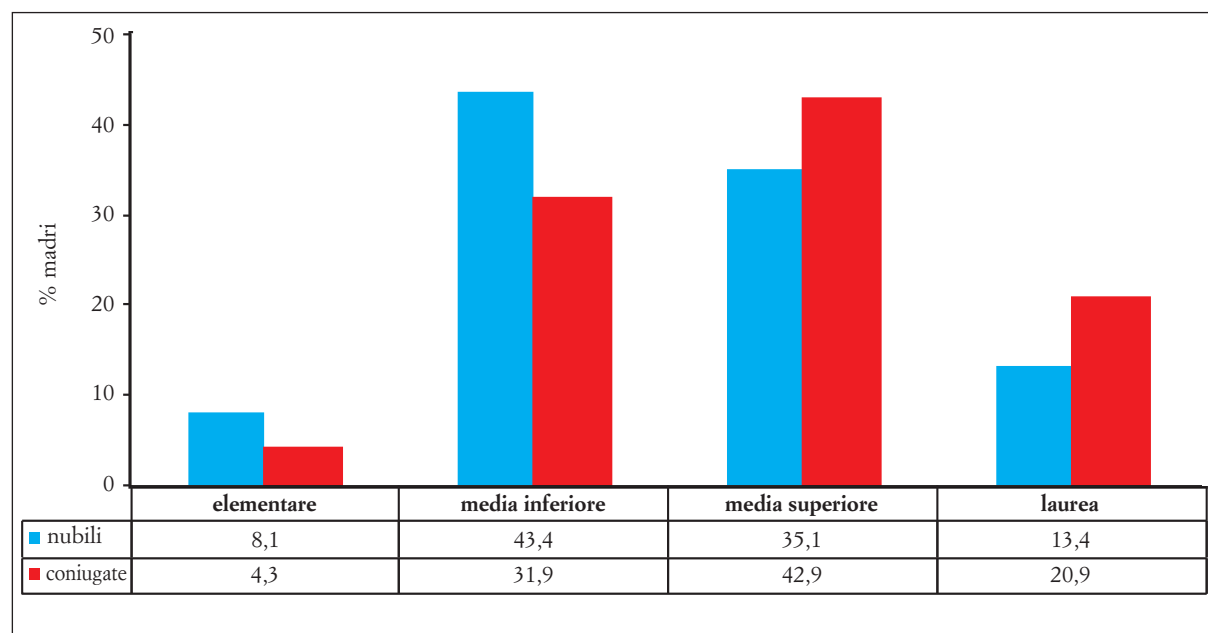


Tabella 7
NATI PER LIVELLO DI ISTRUZIONE MATERNA

| ASL | Elementare | % | Media Inferiore | % | Media Superiore | % | Diploma Univers. | % | Laurea | % | Totale |
|-----------------|--------------|------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|------------------|------------|--------------|-------------|---------------|
| Avellino | 27 | 0,8 | 754 | 23,4 | 1.650 | 51,2 | 173 | 5,4 | 620 | 19,2 | 3.224 |
| Benevento | 21 | 1,0 | 533 | 26,1 | 973 | 47,7 | 81 | 4,0 | 431 | 21,1 | 2.039 |
| Caserta | 284 | 4,3 | 2.321 | 35,3 | 2.756 | 41,9 | 224 | 3,4 | 995 | 15,1 | 6.580 |
| Napoli 1 Centro | 506 | 6,2 | 3.066 | 37,3 | 2.865 | 34,9 | 247 | 3,0 | 1.526 | 18,6 | 8.210 |
| Napoli 2 Nord | 945 | 10,3 | 3.520 | 38,4 | 3.445 | 37,6 | 338 | 3,7 | 922 | 10,1 | 9.170 |
| Napoli 3 Sud | 368 | 4,1 | 3.283 | 36,8 | 3.741 | 41,9 | 247 | 2,8 | 1.285 | 14,4 | 8.924 |
| Salerno | 176 | 2,0 | 2.608 | 29,1 | 4.230 | 47,2 | 256 | 2,9 | 1.687 | 18,8 | 8.957 |
| Campania | 2.327 | 4,9 | 16.085 | 34,1 | 19.660 | 41,7 | 1.566 | 3,3 | 7.466 | 15,9 | 47.104 |

Nati da ambo i genitori con scolarità ≤ 5 anni: 676

Figura 12
LIVELLO DI ISTRUZIONE DEI GENITORI ≤ 8 ANNI, ANNI 2007-2011 (DATI CEDAP)

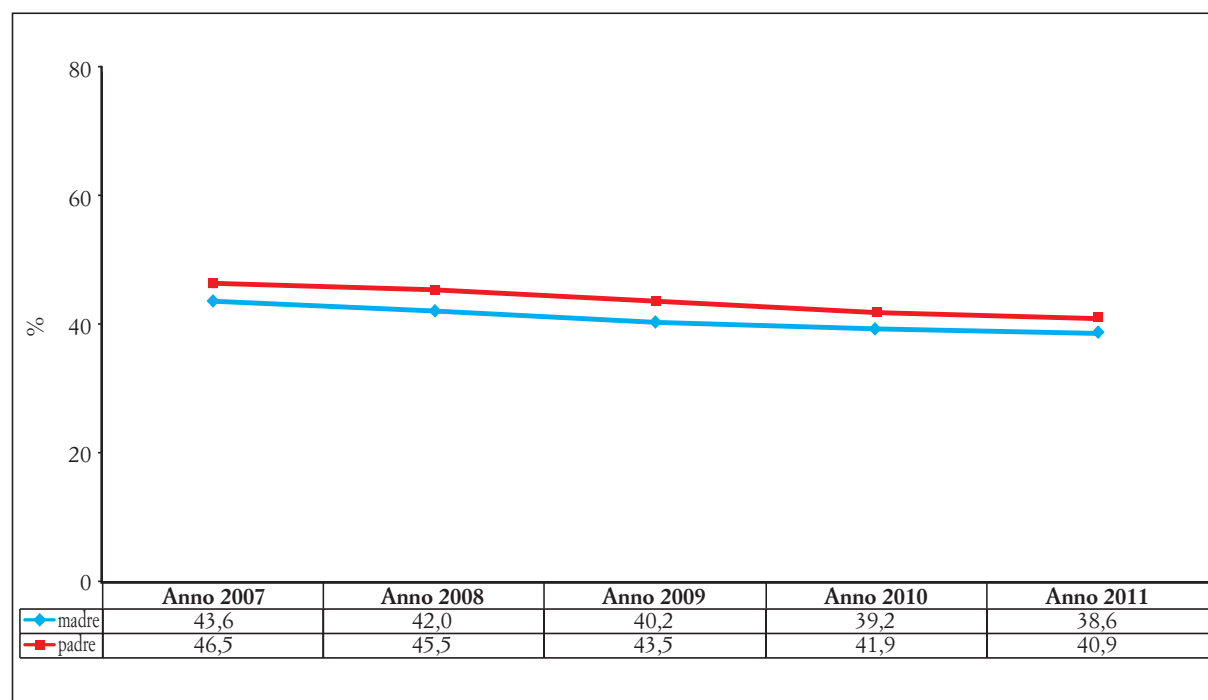


Tabella 8
NATI PER LIVELLO DI ISTRUZIONE PATERNA

| ASL | Elementare | % | Media Inferiore | % | Media Superiore | % | Diploma Universitario | % | Laurea | % | Totale |
|-----------------|--------------|------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|-----------------------|------------|--------------|-------------|---------------|
| Avellino | 33 | 1,1 | 844 | 27,6 | 1.614 | 52,8 | 146 | 4,8 | 422 | 13,8 | 3.059 |
| Benevento | 26 | 1,3 | 676 | 33,6 | 945 | 47,0 | 61 | 3,0 | 301 | 15,0 | 2.009 |
| Caserta | 223 | 3,6 | 2.373 | 38,1 | 2.651 | 42,6 | 213 | 3,4 | 763 | 12,3 | 6.223 |
| Napoli 1 Centro | 355 | 4,7 | 2.872 | 38,2 | 2.767 | 36,8 | 250 | 3,3 | 1.282 | 17,0 | 7.526 |
| Napoli 2 Nord | 466 | 5,7 | 3.462 | 42,7 | 3.218 | 39,6 | 247 | 3,0 | 724 | 8,9 | 8.117 |
| Napoli 3 Sud | 303 | 3,6 | 3.227 | 38,0 | 3.724 | 43,9 | 213 | 2,5 | 1.016 | 12,0 | 8.483 |
| Salerno | 191 | 2,3 | 2.783 | 33,8 | 3.888 | 47,3 | 213 | 2,6 | 1.152 | 14,0 | 8.227 |
| Campania | 1.597 | 3,7 | 16.237 | 37,2 | 18.807 | 43,1 | 1.343 | 3,1 | 5.660 | 13,0 | 43.644 |

Tabella 9
NATI PER CONDIZIONE LAVORATIVA MATERNA

| ASL | Occupata | % | Altro | % | Totale |
|-----------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|
| Avellino | 1.588 | 48,6 | 1.677 | 51,4 | 3.265 |
| Benevento | 1.034 | 50,3 | 1.020 | 49,7 | 2.054 |
| Caserta | 2.589 | 36,9 | 4.436 | 63,1 | 7.025 |
| Napoli 1 Centro | 3.235 | 36,7 | 5.582 | 63,3 | 8.817 |
| Napoli 2 Nord | 2.998 | 29,7 | 7.085 | 70,3 | 10.083 |
| Napoli 3 Sud | 3.425 | 36,5 | 5.970 | 63,5 | 9.395 |
| Salerno | 4.286 | 46,7 | 4.899 | 53,3 | 9.185 |
| Campania | 19.155 | 38,4 | 30.669 | 61,6 | 49.824 |

Tabella 10
NATI PER CONDIZIONE LAVORATIVA PATERNA

| ASL | Occupato | % | Altro | % | Totale |
|-----------------|---------------|-------------|--------------|-------------|---------------|
| Avellino | 2.805 | 91,7 | 253 | 8,3 | 3.058 |
| Benevento | 1.820 | 90,5 | 192 | 9,5 | 2.012 |
| Caserta | 5.653 | 87,5 | 808 | 12,5 | 6.461 |
| Napoli 1 Centro | 6.259 | 80,0 | 1.567 | 20,0 | 7.826 |
| Napoli 2 Nord | 6.991 | 83,5 | 1.384 | 16,5 | 8.375 |
| Napoli 3 Sud | 7.291 | 83,7 | 1.417 | 16,3 | 8.708 |
| Salerno | 7.554 | 90,6 | 780 | 9,4 | 8.334 |
| Campania | 38.373 | 85,7 | 6.401 | 14,3 | 44.774 |

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

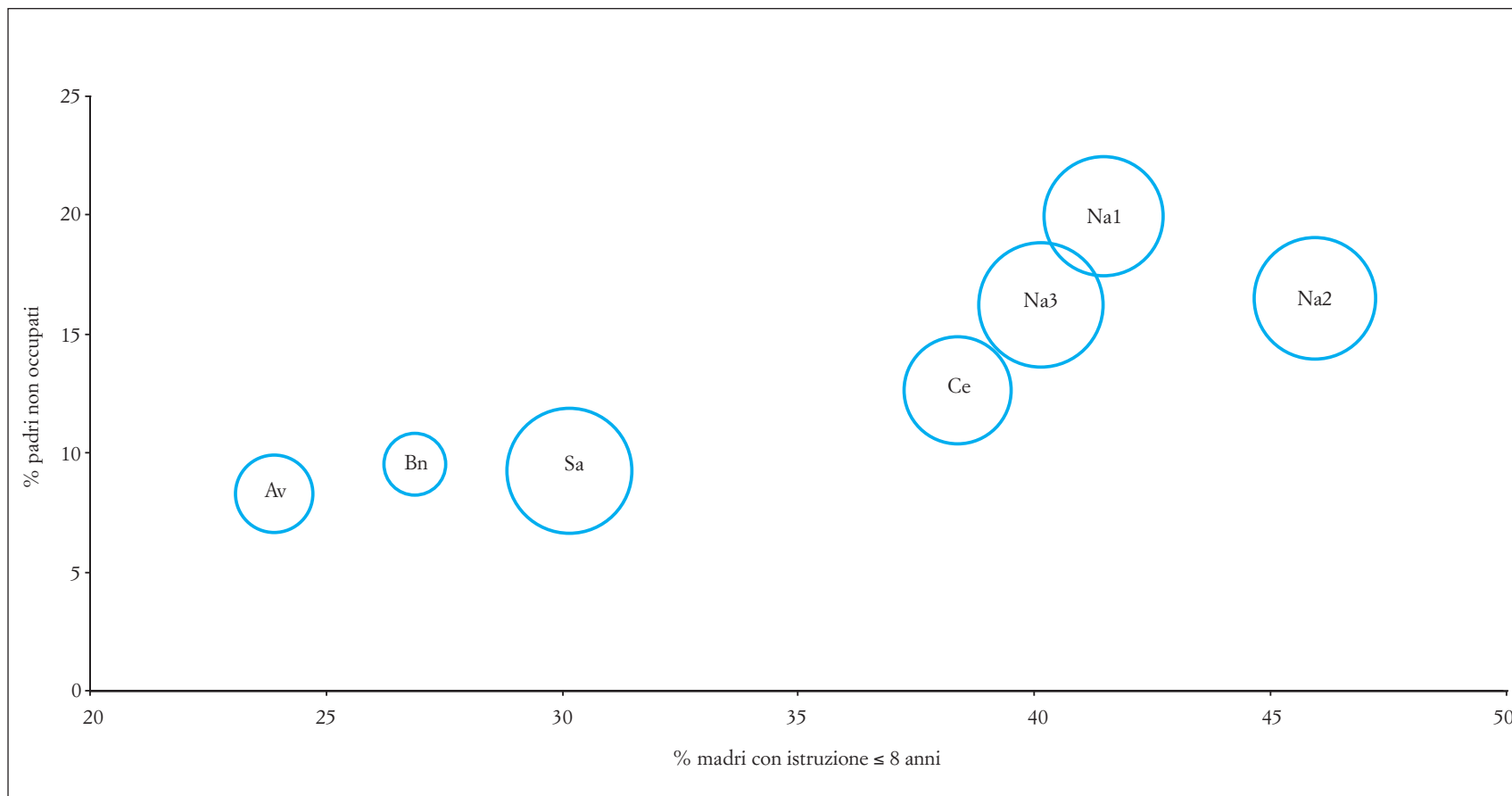


Tabella 11
NATI PER CLASSE DI ETÀ MATERNA

| ASL | < 18 | % | 18-19 | % | 20-29 | % | 30-34 | % | 35-39 | % | 40+ | % | Totale |
|-----------------|------------|------------|--------------|------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|--------------|------------|---------------|
| Avellino | 23 | 0,7 | 64 | 1,9 | 1.071 | 32,2 | 1.193 | 35,9 | 774 | 23,3 | 196 | 5,9 | 3.321 |
| Benevento | 7 | 0,3 | 26 | 1,2 | 686 | 32,5 | 746 | 35,4 | 497 | 23,6 | 148 | 7,0 | 2.110 |
| Caserta | 53 | 0,7 | 137 | 1,7 | 3.282 | 40,9 | 2.679 | 33,4 | 1.511 | 18,8 | 360 | 4,5 | 8.022 |
| Napoli 1 Centro | 160 | 1,6 | 317 | 3,1 | 4.005 | 38,8 | 3.092 | 30,0 | 2.195 | 21,3 | 547 | 5,3 | 10.316 |
| Napoli 2 Nord | 139 | 1,2 | 271 | 2,4 | 4.674 | 41,6 | 3.641 | 32,4 | 2.009 | 17,9 | 490 | 4,4 | 11.224 |
| Napoli 3 Sud | 123 | 1,2 | 247 | 2,4 | 4.146 | 39,9 | 3.432 | 33,0 | 1.979 | 19,1 | 461 | 4,4 | 10.388 |
| Salerno | 54 | 0,6 | 143 | 1,5 | 3.497 | 36,7 | 3.203 | 33,6 | 2.101 | 22,0 | 539 | 5,7 | 9.537 |
| Campania | 559 | 1,0 | 1.205 | 2,2 | 21.361 | 38,9 | 17.986 | 32,8 | 11.066 | 20,2 | 2.741 | 5,0 | 54.918 |

Età media al parto 30,5 anni.

Italiane 30,6 anni; basso flusso emigratorio 31,9 anni; alto flusso emigratorio 28,8 anni.

Età media al primo figlio 29,0 anni.

Nati da ambo i genitori adolescenti (< 20 anni): 245.

Nati da ambo i genitori minorenni (< 18 anni): 45.

Figura 14

NATI PER CLASSE DI ETÀ MATERNA, ANNI 2007-2011 (DATI CEDAP)

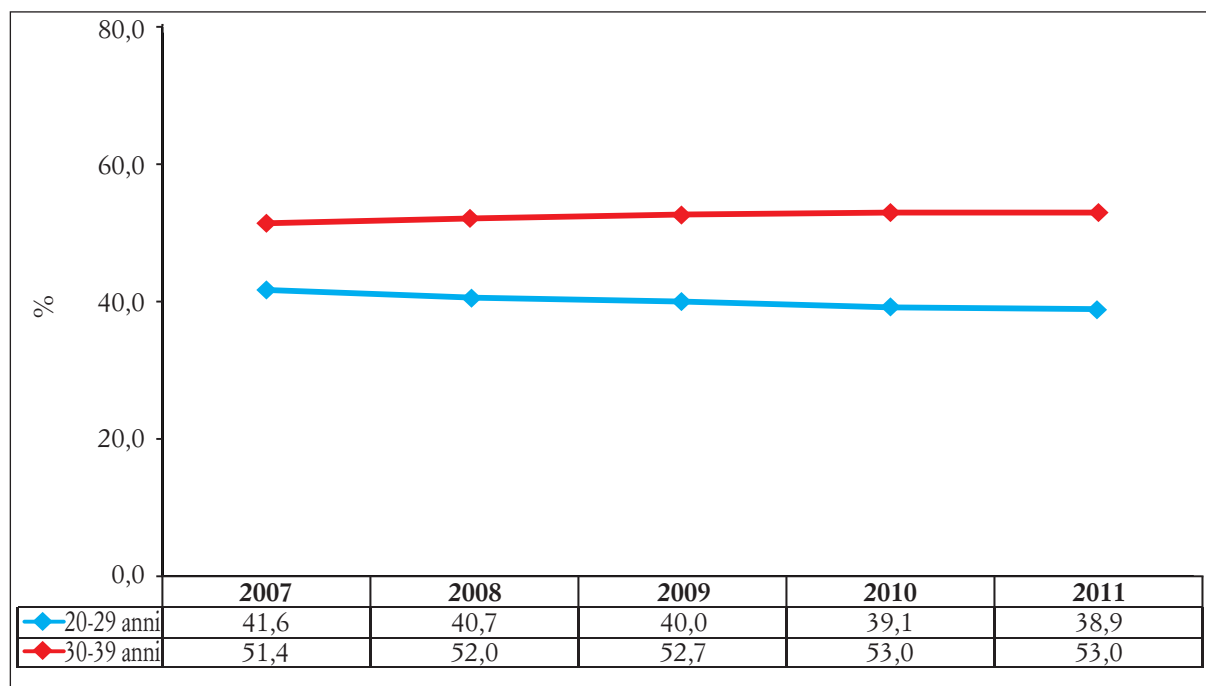


Tabella 12

NATI PER ORDINE DI NASCITA

| ASL | 1 | % | 2 | % | 3 | % | > 3 | % | Totale |
|-----------------|---------------|-------------|---------------|-------------|--------------|-------------|--------------|------------|---------------|
| Avellino | 1.577 | 49,4 | 1.230 | 38,5 | 310 | 9,7 | 74 | 2,3 | 3.191 |
| Benevento | 1.062 | 51,0 | 734 | 35,3 | 229 | 11,0 | 56 | 2,7 | 2.081 |
| Caserta | 3.818 | 49,5 | 2.786 | 36,1 | 889 | 11,5 | 219 | 2,8 | 7.712 |
| Napoli 1 Centro | 5.403 | 53,7 | 3.336 | 33,1 | 1.035 | 10,3 | 293 | 2,9 | 10.067 |
| Napoli 2 Nord | 5.306 | 49,0 | 3.943 | 36,4 | 1.226 | 11,3 | 352 | 3,3 | 10.827 |
| Napoli 3 Sud | 4.976 | 48,8 | 3.696 | 36,3 | 1.235 | 12,1 | 283 | 2,8 | 10.190 |
| Salerno | 4.879 | 53,2 | 3.188 | 34,8 | 881 | 9,6 | 224 | 2,4 | 9.172 |
| Campania | 27.021 | 50,8 | 18.913 | 35,5 | 5.805 | 10,9 | 1.501 | 2,8 | 53.240 |

Tabella 13
NATI PER EPOCA DELLA PRIMA VISITA

| ASL | < 8 sett. | % | 8-11 sett. | % | > 11 sett. | % | TOTALE |
|-----------------|---------------|-------------|---------------|-------------|--------------|-------------|---------------|
| Avellino | 1.062 | 32,5 | 2.024 | 61,9 | 184 | 5,6 | 3.270 |
| Benevento | 1.202 | 57,8 | 768 | 36,9 | 111 | 5,3 | 2.081 |
| Caserta | 3.621 | 49,2 | 3.253 | 44,2 | 491 | 6,7 | 7.365 |
| Napoli 1 Centro | 4.216 | 44,6 | 3.709 | 39,2 | 1.535 | 16,2 | 9.460 |
| Napoli 2 Nord | 4.652 | 45,1 | 4.612 | 44,7 | 1.053 | 10,2 | 10.317 |
| Napoli 3 Sud | 4.013 | 41,2 | 4.431 | 45,5 | 1.293 | 13,3 | 9.737 |
| Salerno | 3.757 | 41,4 | 4.337 | 47,8 | 979 | 10,8 | 9.073 |
| Campania | 22.523 | 43,9 | 23.134 | 45,1 | 5.646 | 11,0 | 51.303 |

Donne che non hanno eseguito visite: 1.843 (3,4%)

Donne che hanno eseguito tra 1 e 4 visite: 8.228 (15,0%)

Donne che hanno eseguito più di 4 visite: 44.833 (81,6%)

Tabella 14

CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE E EPOCA DELLA PRIMA VISITA

| | | ≤ 11 SETTIMANE | % | > 11 SETTIMANE | % | RR | I.C. 95% |
|-------------------------------|------------------------|----------------|------|----------------|------|------|-----------|
| Classe di età materna | < 20 anni | 1.402 | 83,0 | 288 | 17,0 | 1,53 | 1,38-1,71 |
| | 20-34 anni | 34.006 | 88,9 | 4.248 | 11,1 | 1 | |
| | > 34 anni | 12.056 | 89,9 | 1.354 | 10,1 | 0,91 | 0,86-0,96 |
| Ordine di nascita | primo figlio | 23.607 | 89,2 | 2.862 | 10,8 | 1 | |
| | secondo figlio e oltre | 22.783 | 88,5 | 2.969 | 11,5 | 1,07 | 1,02-1,12 |
| Cittadinanza materna | italiana | 44.560 | 89,6 | 5.173 | 10,4 | 1 | |
| | non italiana | 2.245 | 76,8 | 680 | 23,2 | 2,24 | 2,08-2,40 |
| Scolarità materna | elementare/media inf. | 15.551 | 86,0 | 2.542 | 14,0 | 1,42 | 1,35-1,49 |
| | livelli superiori | 25.849 | 90,1 | 2.837 | 9,9 | | |
| Condizione lavorativa paterna | occupato | 34.238 | 90,0 | 3.800 | 10,0 | 1 | |
| | non occupato | 5.167 | 82,5 | 1.095 | 17,5 | 1,75 | 1,65-1,86 |

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 | 308 | 18,6 | 1.344 | 81,4 | 1,21 | 1,09-1,34 |
| | 20-34 anni | 5.648 | 15,4 | 31.070 | 84,6 | 1 | |
| | > 34 anni | 2.064 | 16,1 | 10.737 | 83,9 | 1,05 | 1,00-1,10 |
| Ordine di nascita | primo figlio | 3.731 | 14,8 | 21.432 | 85,2 | 1 | |
| | secondo figlio e oltre | 4.027 | 16,1 | 20.909 | 83,9 | 1,09 | 1,05-1,13 |
| Cittadinanza materna | italiana | 7.212 | 15,1 | 40.451 | 84,9 | 1 | |
| | non italiana | 782 | 27,7 | 2.044 | 72,3 | 1,83 | 1,72-1,95 |
| Scolarità materna | elementare/media inf. | 2.963 | 17,0 | 14.433 | 83,0 | 1,04 | 1,00-1,08 |
| | livelli superiori | 4.491 | 16,4 | 22.925 | 83,6 | 1 | |
| Condizione lavorativa paterna | occupato | 5.802 | 15,9 | 30.678 | 84,1 | 1 | |
| | non occupato | 1.111 | 18,6 | 4.869 | 81,4 | 1,17 | 1,10-1,24 |

Tabella 16
NUMERO DI ECOGRAFIE, NATI SINGOLI

| ASL | 0 | % | 1 | % | 2 | % | 3 | % | 4 | % | 5 | % | 6+ | % | TOTALE |
|-----------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|------------|--------------|-------------|--------------|-------------|---------------|-------------|---------------|
| Avellino | 12 | 0,4 | 8 | 0,3 | 31 | 1,0 | 489 | 15,5 | 523 | 16,5 | 508 | 16,1 | 1.590 | 50,3 | 3.161 |
| Benevento | 41 | 2,0 | 8 | 0,4 | 17 | 0,8 | 367 | 18,2 | 503 | 24,9 | 269 | 13,3 | 813 | 40,3 | 2.018 |
| Caserta | 37 | 0,5 | 35 | 0,5 | 87 | 1,2 | 429 | 5,9 | 817 | 11,3 | 891 | 12,3 | 4.954 | 68,3 | 7.250 |
| Napoli 1 Centro | 52 | 0,6 | 28 | 0,3 | 108 | 1,2 | 663 | 7,1 | 1.335 | 14,3 | 951 | 10,2 | 6.204 | 66,4 | 9.341 |
| Napoli 2 Nord | 36 | 0,4 | 30 | 0,3 | 250 | 2,5 | 692 | 6,8 | 1.460 | 14,4 | 1.488 | 14,7 | 6.196 | 61,0 | 10.152 |
| Napoli 3 Sud | 10 | 0,1 | 58 | 0,6 | 149 | 1,6 | 724 | 7,7 | 979 | 10,4 | 1.443 | 15,3 | 6.081 | 64,4 | 9.444 |
| Salerno | 4 | 0,0 | 17 | 0,2 | 180 | 2,0 | 1.054 | 12,0 | 515 | 5,9 | 1.075 | 12,2 | 5.946 | 67,6 | 8.791 |
| Campania | 192 | 0,4 | 184 | 0,4 | 822 | 1,6 | 4.418 | 8,8 | 6.132 | 12,2 | 6.625 | 13,2 | 31.784 | 63,4 | 50.157 |

Numero medio di ecografie: 6,2 per le italiane; 5,1 per le immigrate

Donne con un numero di ecografie < 3 e prima visita > 11 settimane: 297

Numero medio di ecografie in gravidanze interrotte a meno di 37 settimane: 6,0

Numero medio di ecografie in gravidanze a termine: 6,1

Tabella 17
FREQUENZA DELL'AMNIOCENTESI PER ETÀ MATERNA

| Età materna | AMNIOCENTESI | | | | | |
|---------------|--------------|-------------|---------------|-------------|---------------|--------------|
| | Eseguita | | Non eseguita | | Totale | |
| | N. | % | N. | % | N. | % |
| ≤ 34 anni | 2.511 | 6,6 | 35.688 | 93,4 | 38.199 | 74,9 |
| >34 anni | 3.610 | 28,2 | 9.201 | 71,8 | 12.811 | 25,1 |
| Totale | 6.121 | 12,0 | 44.889 | 88,0 | 51.010 | 100,0 |

Numero di donne che hanno eseguito una fetoscopia/funicolocentesi: 124 (0,25%).

Numero di donne che hanno eseguito un prelievo di villi coriali: 173 (0,34%).

Tabella 18

CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE E INDAGINI INVASIVE DI DIAGNOSTICA PRENATALE

| CARATTERISTICHE | | ESEGUITA * | % | NON ESEGUITA | % |
|-------------------------------|------------------------|------------|------|--------------|------|
| Classe di età materna | < 20 anni | 31 | 1,9 | 1.562 | 98,1 |
| | 20-34 anni | 2.638 | 7,4 | 33.155 | 92,6 |
| | > 34 anni | 3.668 | 29,1 | 8.927 | |
| Ordine di nascita | primo figlio | 2.752 | 11,1 | 22.062 | 88,9 |
| | secondo figlio e oltre | 3.351 | 13,8 | 20.885 | 86,2 |
| Scolarità materna | elementare/media inf. | 1.325 | 7,6 | 16.134 | 92,4 |
| | livelli superiori | 4.746 | 17,3 | 22.658 | 82,7 |
| Cittadinanza | italiana | 6.151 | 13,2 | 40.311 | 86,8 |
| | non italiana | 157 | 5,4 | 2.724 | 94,6 |
| Stato civile | nubile | 739 | 10,6 | 6.235 | 89,4 |
| | coniugata | 5.322 | 13,1 | 35.433 | 86,9 |
| Condizione lavorativa paterna | occupato | 5.377 | 14,8 | 30.894 | 85,2 |
| | non occupato | 396 | 6,7 | 5.543 | 93,3 |

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

Tabella 19
NATI DA P.A. PER RESIDENZA MATERNA

| Residenza | N. | % | TOTALE |
|-----------------|------------|-------------|---------------|
| Avellino | 48 | 14,9 | 3.225 |
| Benevento | 52 | 25,1 | 2.074 |
| Caserta | 211 | 29,7 | 7.115 |
| Napoli 1 Centro | 96 | 10,4 | 9.188 |
| Napoli 2 Nord | 143 | 14,1 | 10.137 |
| Napoli 3 Sud | 88 | 8,7 | 10.120 |
| Salerno | 104 | 11,6 | 8.944 |
| Campania | 742 | 14,6 | 50.803 |

Residenza non riportata 47.

METODO UTILIZZATO PER LA P.A.

| Metodo | N. | % |
|---------------|------------|--------------|
| Farmacologico | 163 | 21,5 |
| IUI | 25 | 3,3 |
| GIFT | 10 | 1,3 |
| FIVET | 230 | 30,4 |
| ICSI | 190 | 25,1 |
| Altro | 139 | 18,4 |
| Totale | 757 | 100,0 |

Metodo non riportato 32.

Età media delle madri: 33,5 anni.

Età media dei padri: 36,6 anni.

Figura 15
DISTRIBUZIONE DEI PARTI DOPO PROCEDURE DI P.A. NELLE ASL DELLA CAMPANIA

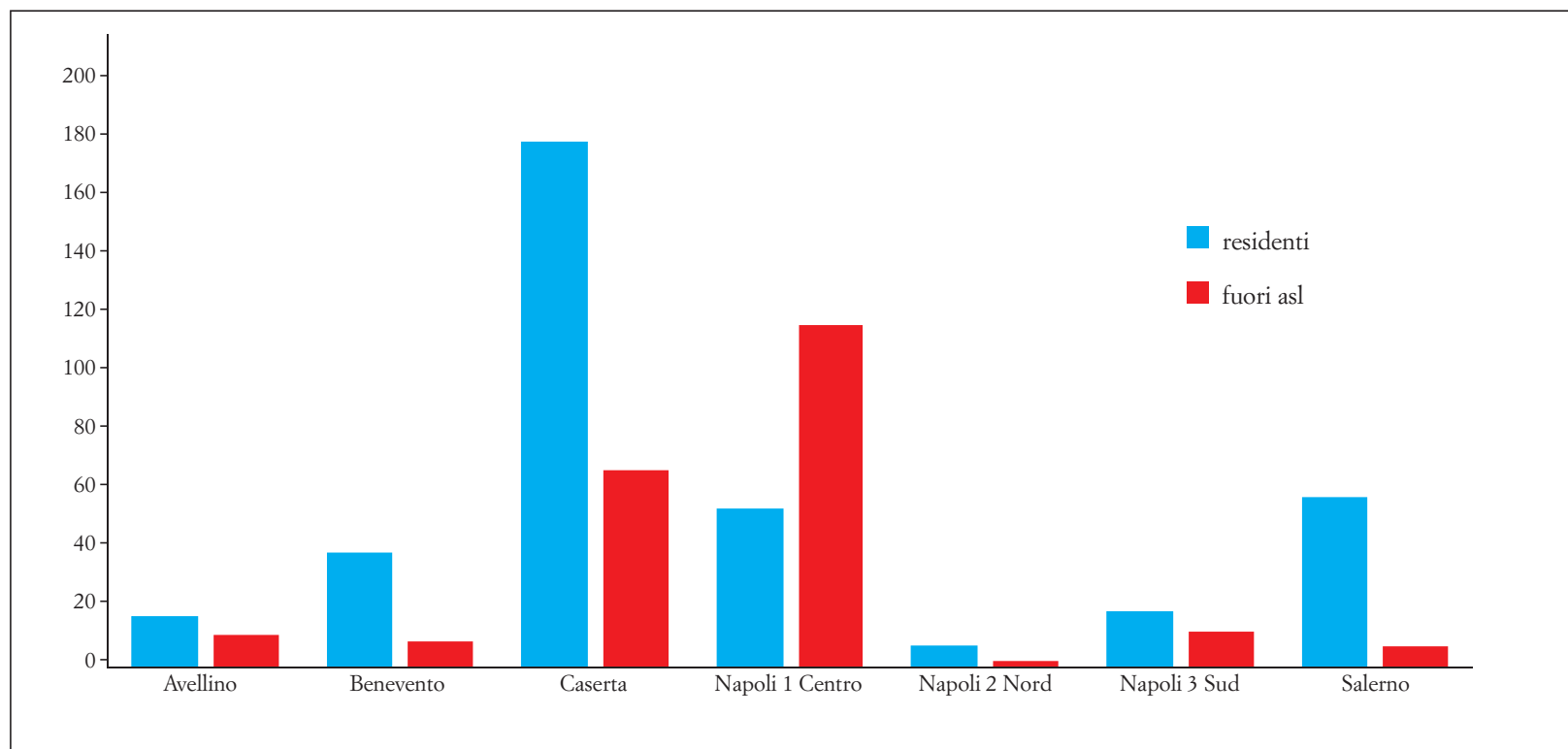


Figura 16

DISTRIBUZIONE PER GENERE DEI NATI DA PROCREAZIONE ASSISTITA

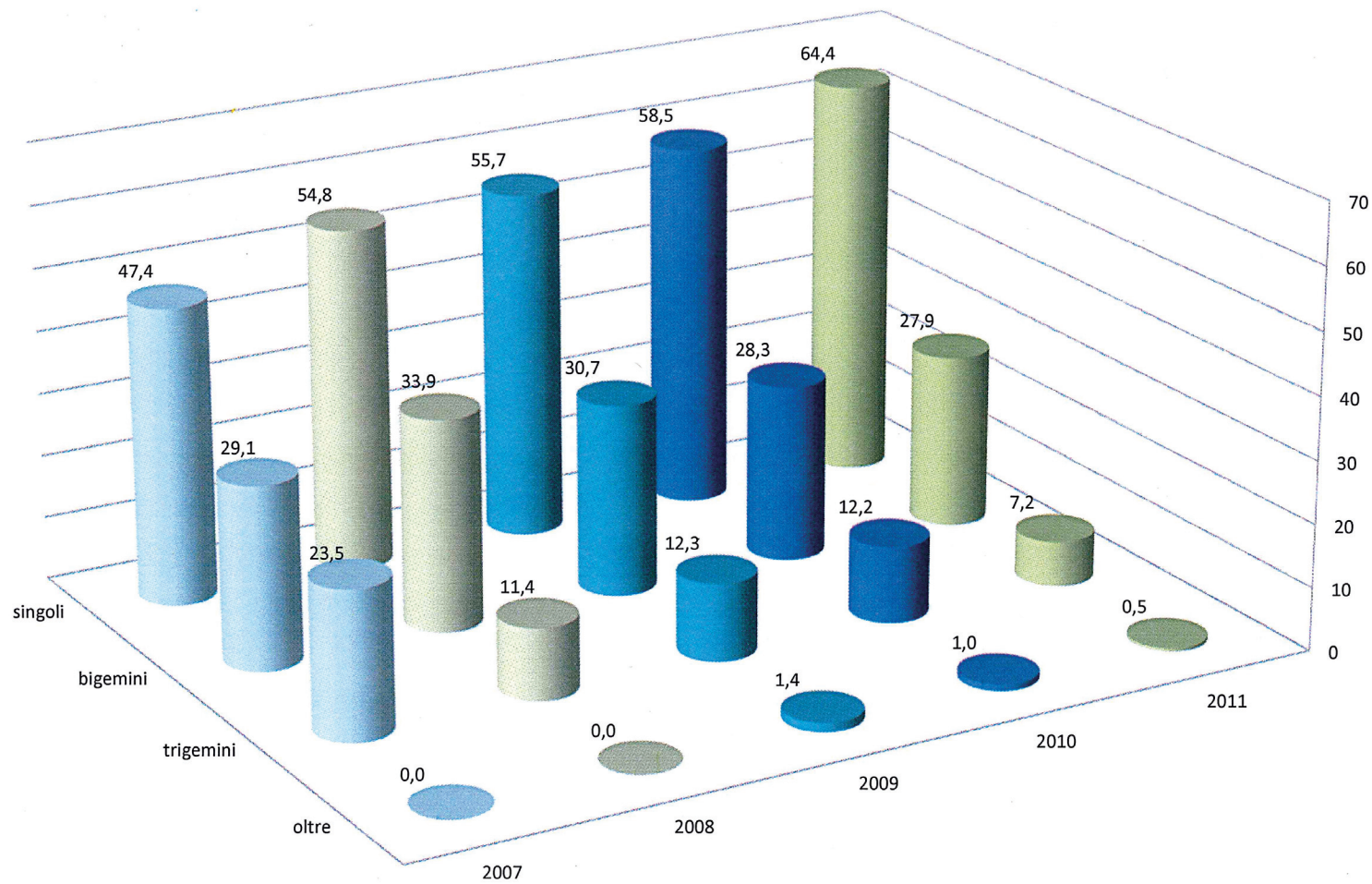


Tabella 20
NATI PER VITALITÀ E PROVINCIA DI RESIDENZA MATERNA

| PROVINCE | TOTALE NATI | NATI MORTI | TASSO ‰ | I.C. AL 95% |
|-----------------|---------------|------------|------------|----------------|
| Avellino | 3.323 | 12 | 3,6 | 2,0-6,5 |
| Benevento | 2.111 | 3 | 1,4 | 0,4-4,5 |
| Caserta | 8.089 | 22 | 2,7 | 1,7-4,2 |
| Napoli | 32.028 | 97 | 3,0 | 2,5-3,7 |
| Salerno | 9.550 | 37 | 3,9 | 2,8-5,4 |
| Campania | 55.101 | 171 | 3,1 | 2,7-3,6 |

Tabella 21
FATTORI DI RISCHIO PER NATIMORTALITÀ NEI NATI SINGOLI

| | | TOTALE | NATI MORTI | TASSO ‰ | RR | I.C. 95% |
|-----------------------|-----------------------|--------|------------|---------|------|-----------|
| Età gestazionale | < 37 sett. | 2.675 | 85 | 31,8 | 22,8 | 16,7-31,1 |
| | ≥ 37 sett. | 51.642 | 72 | 1,4 | 1 | |
| Peso nascita | < 2500 grammi | 3.005 | 87 | 29,0 | 23,9 | 17,3-32,9 |
| | ≥ 2500 grammi | 51.915 | 63 | 1,2 | 1 | |
| Classe di età materna | < 20 anni | 1.770 | 5 | 2,8 | 1,0 | 0,4-2,5 |
| | 20-34 anni | 39.354 | 107 | 2,7 | 1 | |
| | ≥ 35 anni | 13.755 | 47 | 3,4 | 1,3 | |
| Cittadinanza materna | non italiana | 3.199 | 11 | 3,4 | 1,2 | 0,6-2,2 |
| | italiana | 50.967 | 149 | 2,9 | 1 | |
| Scolarità materna | elementare/media inf. | 18.291 | 57 | 3,1 | 1,2 | 0,8-1,6 |
| | livelli superiori | 28.800 | 78 | 2,7 | 1 | |
| Stato civile | nubile | 7.636 | 30 | 3,9 | 1,4 | 0,9-2,1 |
| | coniugata | 44.674 | 125 | 2,8 | 1 | |

Tabella 22
NATI PER CLASSE DI ETÀ GESTAZIONALE

| ASL | < 37 settimane | | 37-41 settimane | | > 41 settimane | | Totale |
|-----------------|----------------|------------|-----------------|-------------|----------------|------------|---------------|
| | N. | % | N. | % | N. | % | |
| Avellino | 193 | 5,9 | 3.054 | 92,6 | 50 | 1,5 | 3.297 |
| Benevento | 135 | 6,4 | 1.933 | 91,8 | 37 | 1,8 | 2.105 |
| Caserta | 469 | 5,9 | 7.368 | 93,0 | 84 | 1,1 | 7.921 |
| Napoli 1 Centro | 731 | 7,2 | 9.312 | 91,7 | 116 | 1,1 | 10.159 |
| Napoli 2 Nord | 718 | 6,5 | 10.205 | 92,3 | 133 | 1,2 | 11.056 |
| Napoli 3 Sud | 610 | 5,9 | 9.577 | 93,1 | 100 | 1,0 | 10.287 |
| Salerno | 594 | 6,3 | 8.834 | 93,0 | 73 | 0,8 | 9.501 |
| Campania | 3.450 | 6,4 | 50.283 | 92,6 | 593 | 1,1 | 54.326 |

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. | % | N. | % | | |
| Singoli | Vaginale | 96 | 72,2 | 84 | 33,7 | 697 | 30,2 | 20.650 | 39,9 | 21.527 | 39,5 |
| | Cesareo | 37 | 27,8 | 165 | 66,3 | 1.611 | 69,8 | 31.109 | 60,1 | 32.922 | 60,5 |
| | Totale | 133 | 100,0 | 249 | 100,0 | 2.308 | 100,0 | 51.759 | 100,0 | 54.449 | 100,0 |
| Gemelli | Vaginale | 10 | 28,6 | 15 | 14,3 | 83 | 10,8 | 109 | 11,5 | 217 | 11,7 |
| | Cesareo | 25 | 71,4 | 90 | 85,7 | 686 | 89,2 | 835 | 88,5 | 1.636 | 88,3 |
| | Totale | 35 | 100,0 | 105 | 100,0 | 769 | 100,0 | 944 | 100,0 | 1.853 | 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 | 111 | 0,2 | 34 | 1,8 | 17 | 10,8 | 1 | 9,1 | 163 | 0,3 |
| | 28-31 | 217 | 0,4 | 104 | 5,6 | 30 | 19,1 | 0 | 0,0 | 351 | 0,6 |
| | 32-36 | 2.262 | 4,2 | 761 | 41,3 | 38 | 24,2 | 10 | 90,9 | 3.071 | 5,5 |
| | 37-41 | 50.949 | 94,1 | 942 | 51,2 | 72 | 45,9 | 0 | 0,0 | 51.963 | 92,5 |
| | > 41 | 621 | 1,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 621 | 1,1 |
| | Totale | 54.160 | 100,0 | 1.841 | 100,0 | 157 | 100,0 | 11 | 100,0 | 56.169 | 100,0 |
| Peso (grammi) | 250-499 | 43 | 0,1 | 4 | 0,2 | 5 | 3,3 | 0 | 0,0 | 52 | 0,1 |
| | 500-999 | 103 | 0,2 | 53 | 2,8 | 19 | 12,7 | 2 | 20,0 | 177 | 0,3 |
| | 1000-1499 | 182 | 0,3 | 101 | 5,4 | 17 | 11,3 | 0 | 0,0 | 300 | 0,5 |
| | 1500-2499 | 2.590 | 4,7 | 981 | 52,3 | 46 | 30,7 | 7 | 70,0 | 3.624 | 6,4 |
| | 2500-3999 | 49.671 | 90,7 | 736 | 39,2 | 55 | 36,7 | 1 | 10,0 | 50.463 | 88,8 |
| | > 3999 | 2.181 | 4,0 | 2 | 0,1 | 8 | 5,3 | 0 | 0,0 | 2.191 | 3,9 |
| Totale | 54.770 | 100,0 | 1.877 | 100,0 | 150 | 100,0 | 10 | 100,0 | 56.807 | 100,0 | |

Tabella 25
NATI PER PRESENTAZIONE E GENERE DEL PARTO

| PRESENTAZIONE | SINGOLI | | PLURIMI | | TOTALE | |
|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|
| | N. | % | N. | % | N. | % |
| Vertice | 51.880 | 96,6 | 1.623 | 87,4 | 53.503 | 96,3 |
| Podice | 1.439 | 2,7 | 228 | 12,3 | 1.667 | 3,0 |
| Altro | 364 | 0,7 | 6 | 0,3 | 370 | 0,7 |
| Totale | 53.683 | 100,0 | 1.857 | 100,0 | 55.540 | 100,0 |

Figura 17
NATI DI PESO < 1.500 GRAMMI PER LIVELLO DELLA STRUTTURA DI NASCITA

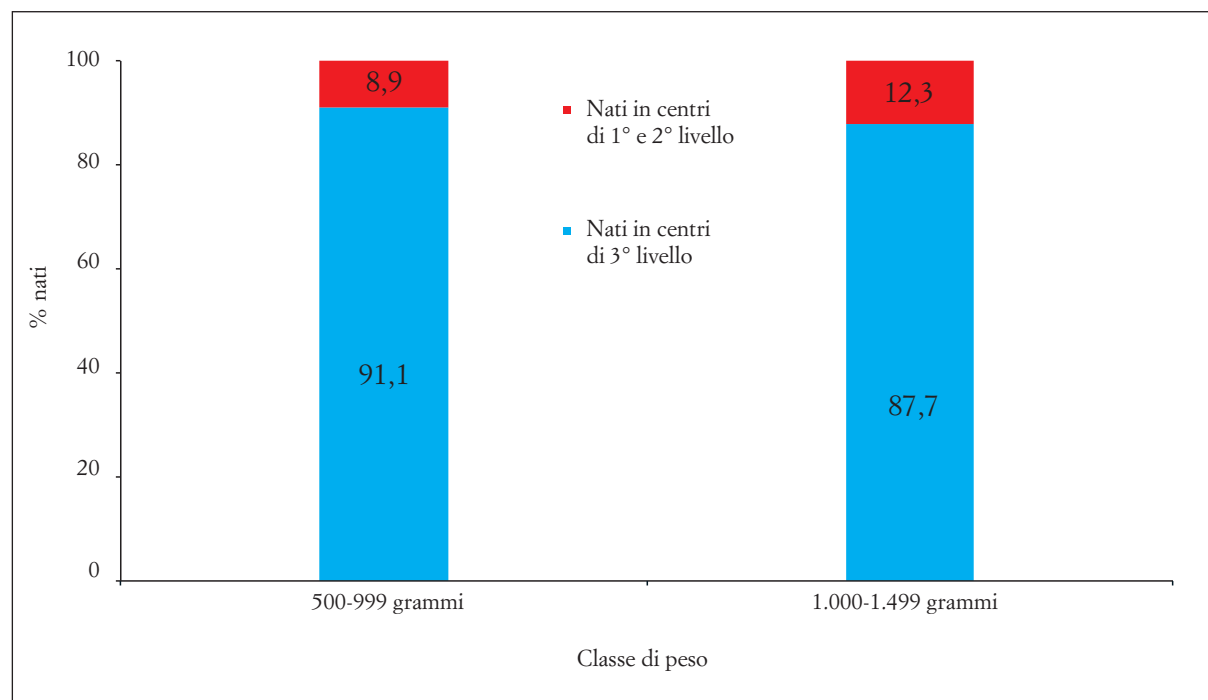


Tabella 26
NATI PER CLASSE DI PESO

| ASL | < 1000 | % | 1000 ÷ 1499 gr. | % | 1500 ÷ 2499 gr. | % | 2500 ÷ 3999 gr. | % | ≥ 4000 gr. | % | Totale |
|-----------------|------------|------------|-----------------|------------|-----------------|------------|-----------------|-------------|--------------|------------|---------------|
| Avellino | 9 | 0,3 | 14 | 0,4 | 228 | 6,9 | 2.920 | 88,0 | 149 | 4,5 | 3.320 |
| Benevento | 8 | 0,4 | 9 | 0,4 | 123 | 5,8 | 1.861 | 88,2 | 108 | 5,1 | 2.109 |
| Caserta | 29 | 0,4 | 40 | 0,5 | 481 | 6,0 | 7.153 | 89,2 | 316 | 3,9 | 8.019 |
| Napoli 1 Centro | 37 | 0,4 | 54 | 0,5 | 680 | 6,6 | 9.185 | 89,2 | 337 | 3,3 | 10.293 |
| Napoli 2 Nord | 52 | 0,5 | 49 | 0,4 | 729 | 6,5 | 9.967 | 89,0 | 396 | 3,5 | 11.193 |
| Napoli 3 Sud | 48 | 0,5 | 51 | 0,5 | 659 | 6,3 | 9.199 | 88,6 | 421 | 4,1 | 10.378 |
| Salerno | 41 | 0,4 | 66 | 0,7 | 590 | 6,2 | 8.429 | 88,6 | 384 | 4,0 | 9.510 |
| Campania | 224 | 0,4 | 283 | 0,5 | 3.490 | 6,4 | 48.714 | 88,9 | 2.111 | 3,9 | 54.822 |

Peso < 2.500 e età gestazionale ≥ 37 settimane: 2.187.

Peso ≥ 2.500 e età gestazionale < 37 settimane: 1.684.

Peso medio: maschi = 3.219 grammi, femmine = 3.093 grammi.

Tabella 27
FATTORI DI RISCHIO PER BASSO PESO, NATI SINGOLI

| | | TOTALE NATI | LBW | % | RR | I.C. 95% |
|-----------------------------------|-----------------------|-------------|-------|-----|------|-----------|
| Condizione lavorativa della madre | non occupata | 30.480 | 1.793 | 5,9 | 1,15 | 1,07-1,25 |
| | occupata | 19.170 | 977 | 5,1 | 1 | |
| Condizione lavorativa del padre | non occupato | 6.296 | 403 | 6,4 | 1,21 | 1,09-1,34 |
| | occupato | 38.353 | 2.029 | 5,3 | 1 | |
| Stato civile della madre | nubile | 7.630 | 491 | 6,4 | 1,21 | 1,11-1,36 |
| | coniugata | 44.626 | 2.372 | 5,3 | 1 | |
| Classe di età materna | < 20 anni | 1.768 | 114 | 6,4 | 1,25 | 1,04-1,50 |
| | 20-34 anni | 39.309 | 2.031 | 5,2 | 1 | |
| | 35 + anni | 13.737 | 845 | 6,2 | 1,19 | 1,10-1,29 |
| Cittadinanza | non italiana | 3.195 | 218 | 6,8 | 1,26 | 1,11-1,44 |
| | italiana | 50.907 | 2.748 | 5,4 | 1 | |
| Scolarità materna | elementare/media inf. | 18.265 | 1.139 | 6,2 | 1,24 | 1,15-1,39 |
| | livelli superiori | 28.771 | 1.452 | 5,0 | 1 | |
| Epoca della prima vista | > 11 settimane | 5.759 | 292 | 5,1 | 0,95 | 0,84-1,07 |
| | ≤ 11 settimane | 45.802 | 2.446 | 5,3 | 1 | |

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

| | Apgar < 4 | | Apgar 4 - 6 | | Apgar ≥ 7 | |
|------------------------|------------|------------|-------------|------------|---------------|--------------|
| | N. | % | N. | % | N. | % |
| Totale nati | 140 | 2,5 | 229 | 4,1 | 56.071 | 993,5 |
| GEMELLI | 11 | 5,9 | 51 | 27,3 | 1.803 | 966,8 |
| SINGOLI | | | | | | |
| Totale | 129 | 2,4 | 178 | 303 | 54.268 | 994,4 |
| Maschi | 63 | 2,2 | 97 | 3,4 | 28.062 | 994,3 |
| Femmine | 66 | 2,5 | 81 | 3,1 | 26.195 | 994,4 |
| < 1.500 | 22 | 46,2 | 99 | 208,0 | 355 | 745,8 |
| < 33 settimane | 19 | 44,6 | 75 | 176,1 | 332 | 779,3 |
| Parto spontaneo * | 51 | 2,6 | 25 | 1,3 | 19.720 | 996,2 |
| Cesareo elezione * | 32 | 1,5 | 24 | 1,1 | 21.502 | 997,4 |
| Cesareo in travaglio * | 14 | 2,0 | 14 | 2,0 | 6.949 | 996,0 |

* Nati a termine, di vertice.

Tabella 29
MOBILITÀ LEGATA AL PARTO NELLA REGIONE CAMPANIA

| | | ASL di evento | | | | | | | |
|------------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| | | Avellino | Benevento | Caserta | Napoli centro | Napoli nord | Napoli sud | Salerno | Totale |
| ASL di residenza | Avellino | 2.679 | 263 | 18 | 110 | 6 | 126 | 121 | 3.323 |
| | Benevento | 148 | 1.706 | 153 | 71 | 6 | 19 | 8 | 2.111 |
| | Caserta | 143 | 100 | 6.173 | 1.144 | 418 | 94 | 17 | 8.089 |
| | Napoli 1 Centro | 72 | 3 | 117 | 9.056 | 275 | 817 | 36 | 10.376 |
| | Napoli 2 Nord | 68 | 13 | 952 | 5.626 | 3.996 | 567 | 30 | 11.252 |
| | Napoli 3 Sud | 439 | 12 | 138 | 2.219 | 243 | 6.798 | 551 | 10.400 |
| | Salerno | 442 | 13 | 20 | 243 | 9 | 634 | 8.189 | 9.550 |
| | Totale | 3.991 | 2.110 | 7.571 | 18.469 | 4.953 | 9.055 | 8.952 | 55.101 |

Tabella 30
NATI PER TIPOLOGIA DELLA STRUTTURA DI NASCITA

| ASL | STRUTTURE PUBBLICHE | | | STRUTTURE PRIVATE | | | TOTALE NATI |
|-----------------|---------------------|---------------|-------------|-------------------|---------------|-------------|---------------|
| | N. | NATI | % | N. | NATI | % | |
| Avellino | 3 | 1.867 | 45,2 | 2 | 2.260 | 54,8 | 4.127 |
| Benevento | 2 | 2.189 | 100,0 | 0 | 0 | 0,0 | 2.189 |
| Caserta | 6 | 3.552 | 42,9 | 6 | 4.735 | 57,1 | 8.287 |
| Napoli 1 Centro | 11 | 10.397 | 53,8 | 8 | 8.918 | 46,2 | 19.315 |
| Napoli 2 Nord | 4 | 2.859 | 56,5 | 3 | 2.202 | 43,5 | 5.061 |
| Napoli 3 Sud | 4 | 2.758 | 29,5 | 10 | 6.587 | 70,5 | 9.345 |
| Salerno | 11 | 7.136 | 76,8 | 3 | 2.159 | 23,2 | 9.295 |
| Campania | 41 | 30.758 | 53,4 | 32 | 26.861 | 46,6 | 57.619 |

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 | 14 | 4.777 | 15,5 | 7 | 1.699 | 6,3 | 21 | 6.476 | 11,2 |
| 500-999 | 18 | 13.330 | 43,3 | 14 | 10.317 | 38,4 | 32 | 23.647 | 41,0 |
| 1.000-1.499 | 7 | 8.402 | 27,3 | 9 | 10.667 | 39,7 | 16 | 19.069 | 33,1 |
| 1.500-1.999 | 1 | 1.913 | 6,2 | 1 | 1.982 | 7,4 | 2 | 3.895 | 6,8 |
| > 2.000 | 1 | 2.336 | 7,6 | 1 | 2.196 | 8,2 | 2 | 4.532 | 7,9 |
| Totale | 41 | 30.758 | 100 | 32 | 26.861 | 100 | 73 | 57.619 | 100 |

Tabella 32
PRINCIPALI CARATTERISTICHE DEI NATI
IN STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE

| CARATTERISTICHE | STRUTTURE PUBBLICHE (30.758 NATI) | | STRUTTURE PRIVATE (25.529 NATI) | |
|-----------------------------|-----------------------------------|------|---------------------------------|------|
| | N. | % | N. | % |
| Gemelli | 1.168 | 3,8 | 737 | 2,8 |
| Peso <1500 g | 446 | 1,5 | 92 | 0,3 |
| Età gestazionale < 34 sett. | 991 | 3,3 | 247 | 0,9 |
| Nati di podice | 816 | 2,7 | 858 | 3,4 |
| Nati da Cesareo | 15.849 | 51,6 | 19.516 | 72,7 |

Figura 18
CARATTERISTICHE MATERNE PER TIPO DI STRUTTURA

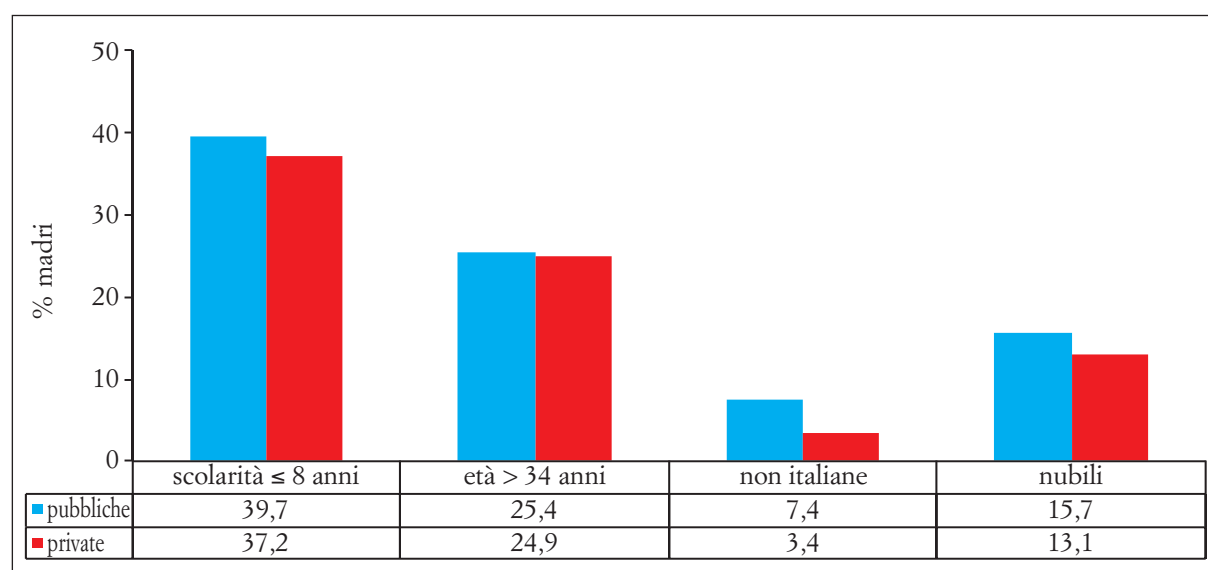


Figura 19
NATI DA TAGLIO CESAREO NELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE DELLA CAMPANIA, ANNI 2002-2011

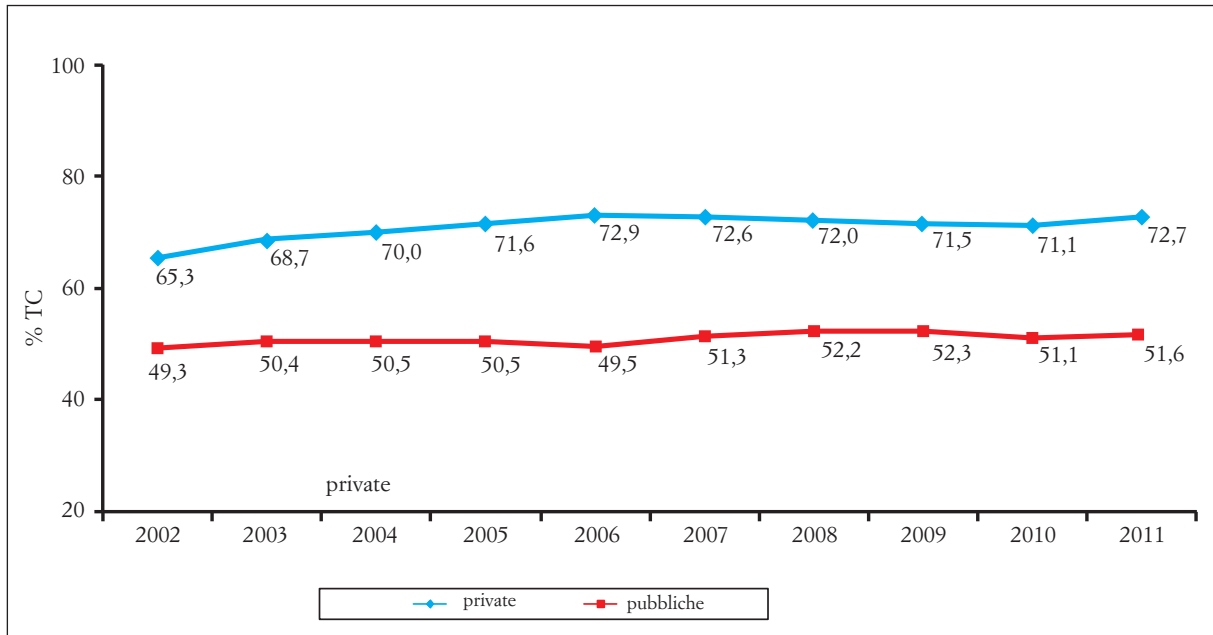


Figura 20
NUMERO DI NATI (DIMENSIONE DELLE BOLLE), PROPORZIONE DI CESAREI E DI VLBW IN STRUTTURE CON E SENZA TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

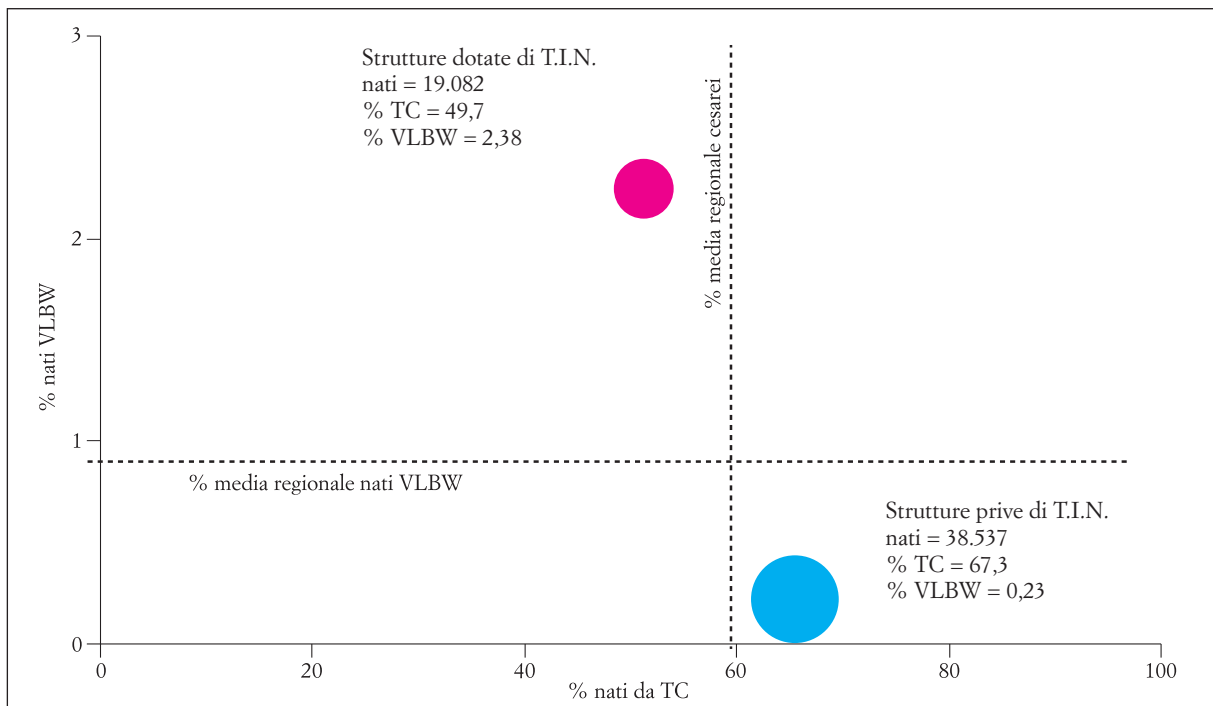


Tabella 33
NATI SINGOLI PER TIPO DI PARTO

| ASL | Spontaneo | | Cesareo di elezione | | Cesareo in travaglio | | Strumentale | | Altro * | | Totale |
|-----------------|---------------|-------------|---------------------|-------------|----------------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|---------------|
| | N. | % | N. | % | N. | % | N. | % | N. | % | N. |
| Avellino | 1.711 | 53,5 | 964 | 30,1 | 311 | 9,7 | 195 | 6,1 | 17 | 0,5 | 3.198 |
| Benevento | 1.106 | 54,3 | 556 | 27,3 | 288 | 14,2 | 51 | 2,5 | 34 | 1,7 | 20.35 |
| Caserta | 2.608 | 34,6 | 3.440 | 45,7 | 1.097 | 14,6 | 51 | 0,7 | 337 | 4,5 | 7.533 |
| Napoli 1 Centro | 3.593 | 36,0 | 4.875 | 48,8 | 1.420 | 14,2 | 56 | 0,6 | 39 | 0,4 | 9.983 |
| Napoli 2 Nord | 3.491 | 32,2 | 5.407 | 49,9 | 1.816 | 16,8 | 39 | 0,4 | 88 | 0,8 | 10.841 |
| Napoli 3 Sud | 4.000 | 39,9 | 4.566 | 45,6 | 1.286 | 12,8 | 144 | 1,4 | 25 | 0,2 | 10.021 |
| Salerno | 3.698 | 40,0 | 3.598 | 38,9 | 1.823 | 19,7 | 112 | 1,2 | 11 | 0,1 | 9.242 |
| Campania | 20.207 | 38,2 | 23.406 | 44,3 | 8.041 | 15,2 | 648 | 1,2 | 551 | 1,0 | 52.853 |

(*) Per altro si intende Cesareo dopo Strumentale.

Figura 21

NATI DA TAGLIO CESAREO E DA PARTO VAGINALE PER ETÀ GESTAZIONALE

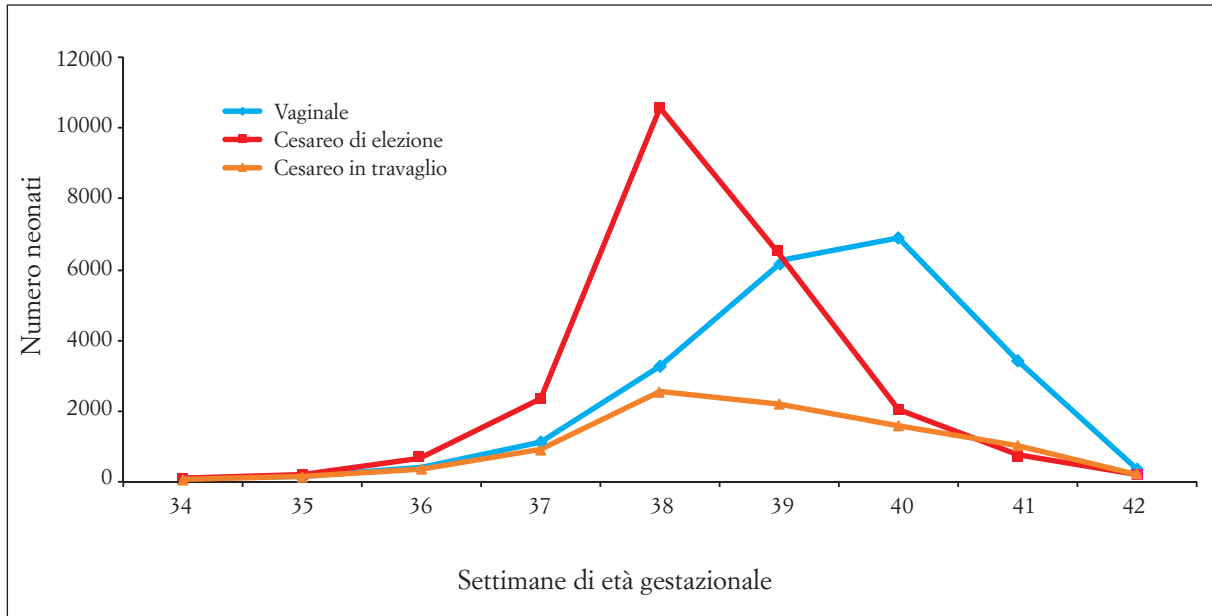


Figura 22

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

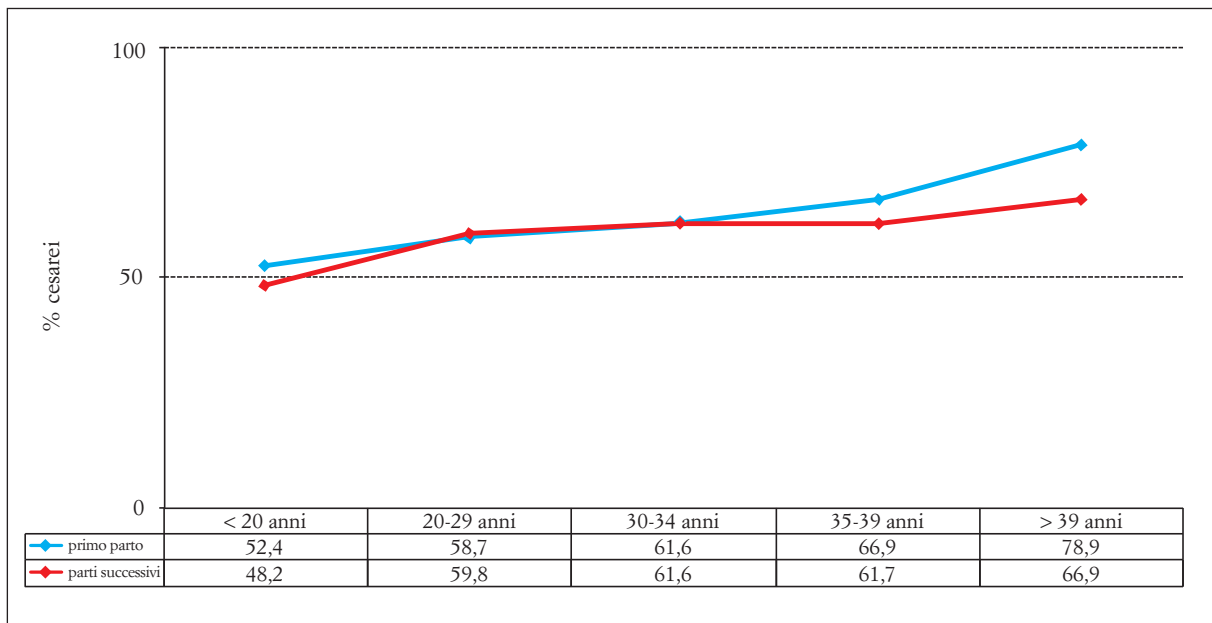


Tabella 34
FATTORI DI RISCHIO PER TAGLIO CESAREO NEI NATI SINGOLI

| | | NATI | CESAREI | % | R.R. | I.C. 95% |
|-----------------------|---------------|--------|---------|------|------|-----------|
| Età gestazionale | pretermine | 2.690 | 1.813 | 67,4 | 1,12 | 1,09-1,15 |
| | a termine | 51.759 | 31.109 | 60,1 | 1 | |
| Peso nascita | < 2500 grammi | 3.014 | 2.121 | 70,4 | 1,18 | 1,15-1,20 |
| | ≥ 2500 grammi | 51.964 | 31.116 | 59,9 | 1 | |
| Presentazione | podice | 1.439 | 1.373 | 95,4 | 1,63 | 1,61-1,66 |
| | vertice | 51.879 | 30.289 | 58,4 | 1 | |
| Ordine di nascita | 1 | 27.110 | 16.173 | 59,7 | 0,98 | 0,97-1,00 |
| | 2+ | 26.335 | 15.961 | 60,6 | 1 | |
| Classe di età materna | <20 anni | 1.775 | 909 | 51,2 | 0,86 | 0,82-0,90 |
| | 20-34 anni | 39.446 | 23.452 | 59,5 | 1 | |
| | >34 anni | 13.793 | 8.872 | 64,3 | 1,08 | 1,07-1,10 |
| Luogo del parto | privato | 25.736 | 18.551 | 72,1 | 1,44 | 1,42-1,46 |
| | pubblico | 29.453 | 14.789 | 50,2 | 1 | |
| Cittadinanza | non italiana | 3.207 | 1.307 | 40,8 | 0,66 | 0,63-0,69 |
| | italiana | 51.075 | 31.425 | 61,5 | 1 | |

Figura 23

ETÀ MEDIA AL PARTO E PARTO CESAREO IN ITALIA E CAMPANIA, ANNI 1982-2010

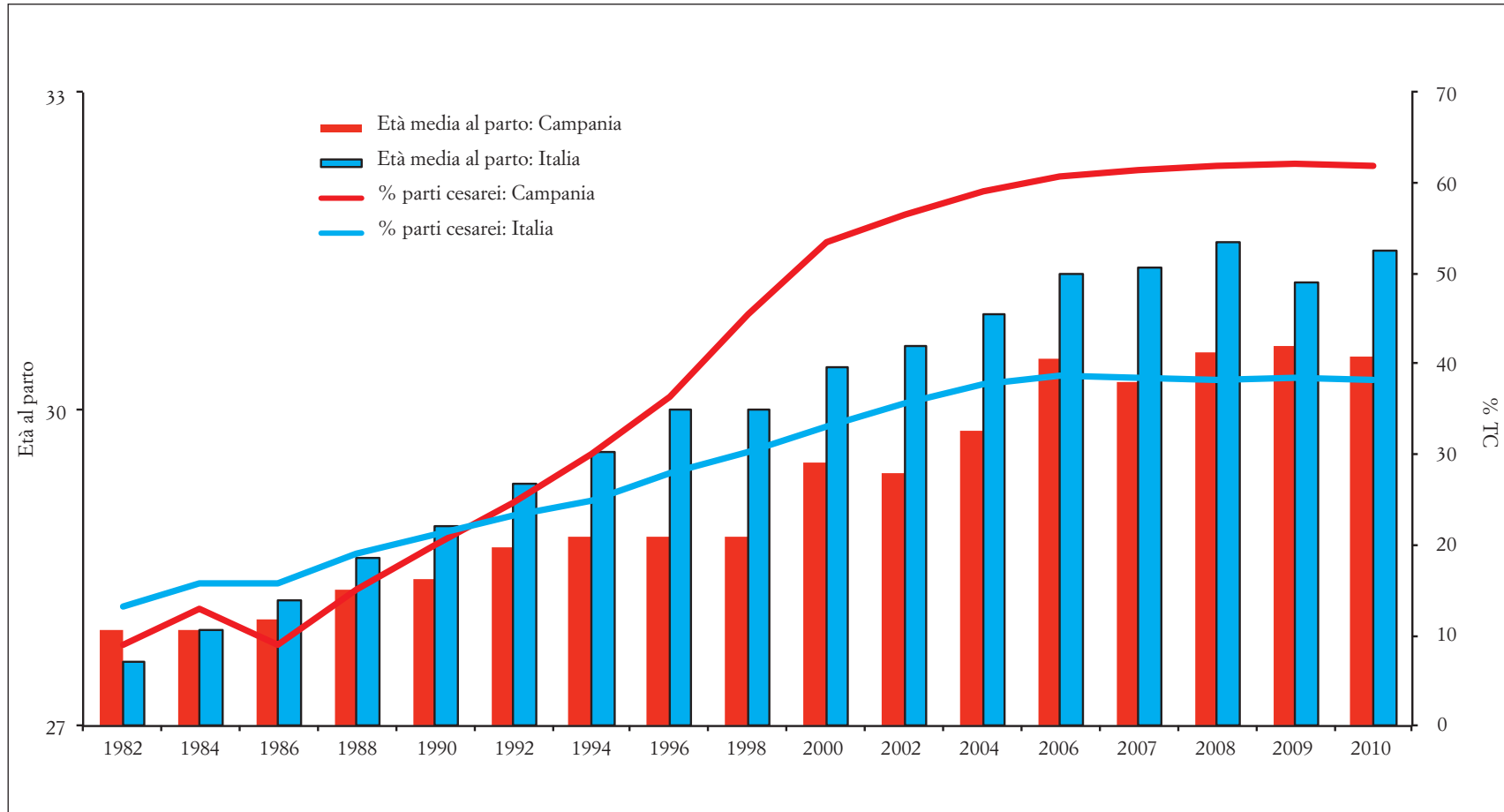


Figura 24
PERCENTUALE DI PARTI E PROPORZIONE DI CESAREI NEI 10 GRUPPI DI ROBSON

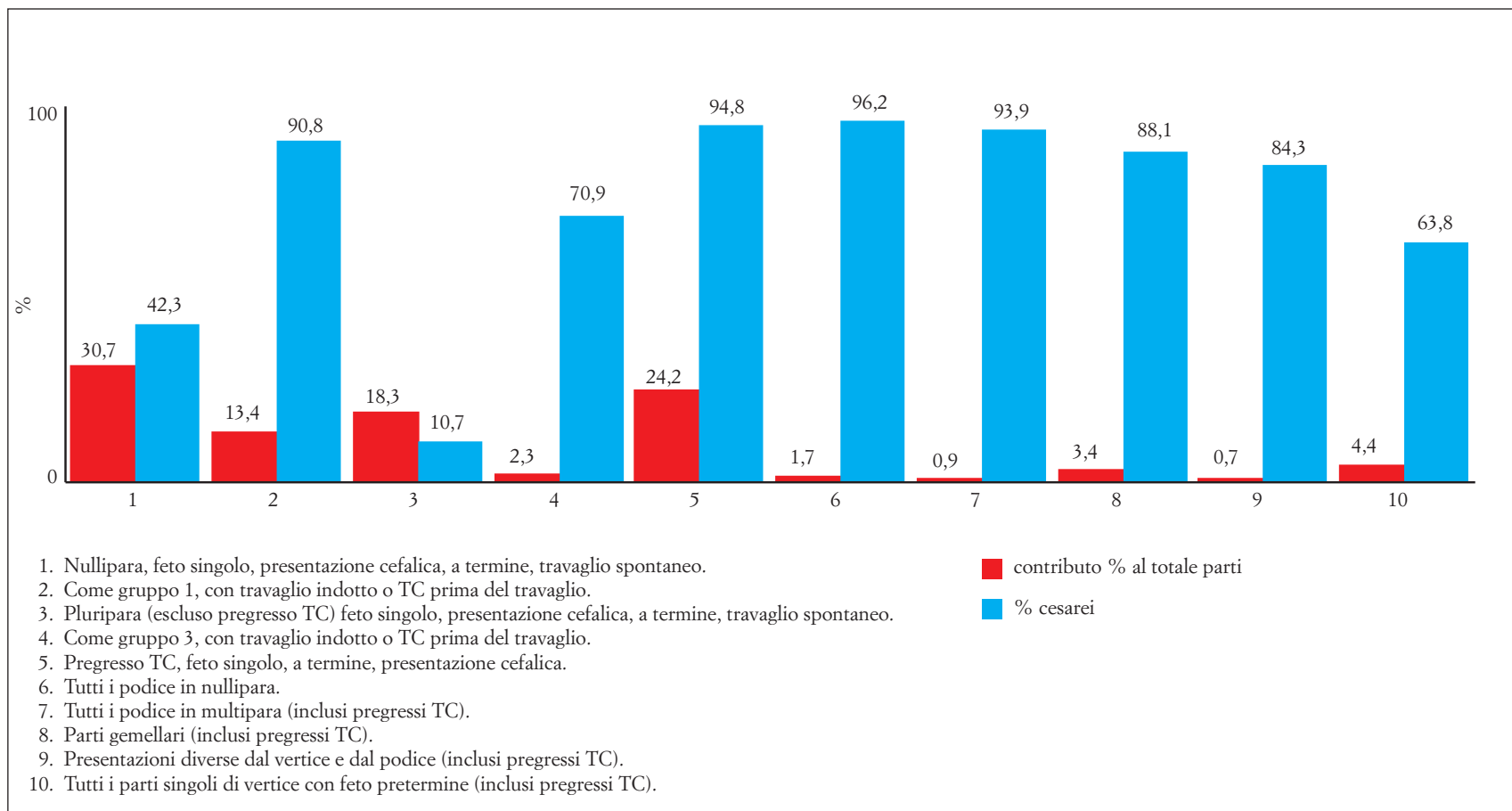


Figura 25

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

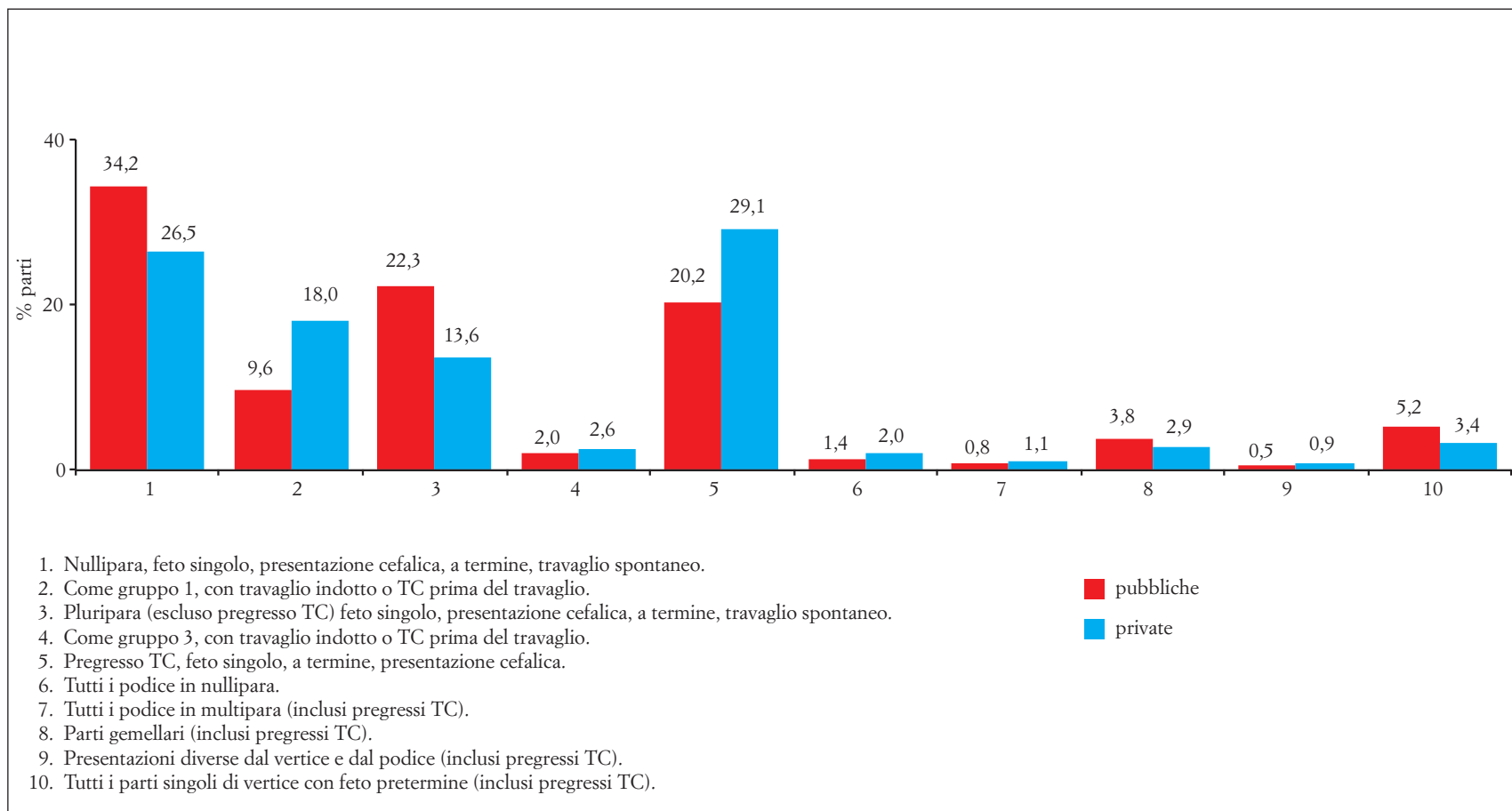


Figura 26

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

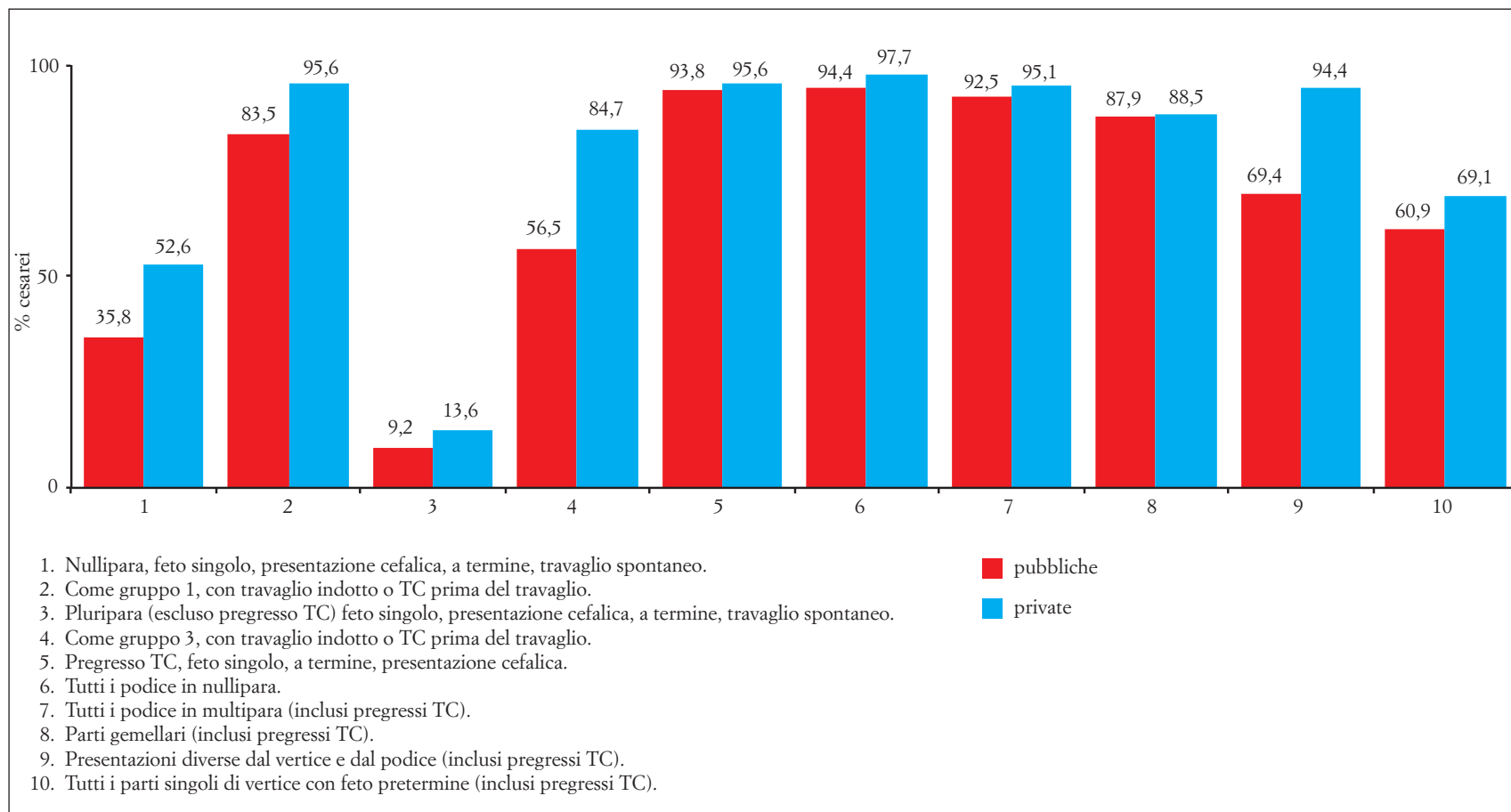


Tabella 35

DATI RELATIVI ALLE SINGOLE MATERNITÀ DELLA CAMPANIA, ANNO 2011*

| ASL | ISTITUTO | Totale nati | Nati da TC | % TC | nati di peso < 1.500 gr. |
|-----------------------------------|---|---------------|---------------|-------------|--------------------------|
| Napoli 1 Centro | Fondazione Evangelica Betania - Napoli | 1.913 | 696 | 36,4 | 46 |
| | | 1.322 | 500 | 37,9 | 25 |
| | C. di C. Mediterranea - Napoli | 1.125 | 607 | 54,1 | 1 |
| | P.O. S. Gennaro - Napoli Ovest | 447 | 243 | 54,4 | 0 |
| | P.O. S. Maria di Loreto Mare - Napoli Est | 876 | 480 | 54,8 | 3 |
| | P.O. Incurabili - Napoli Ovest | 682 | 380 | 55,7 | 2 |
| | P.O. SS. Annunziata - Napoli Est | 556 | 318 | 57,4 | 15 |
| | A.O. Cardarelli - Napoli | 986 | 570 | 57,9 | 48 |
| | P.O. S. Giovanni Bosco - Napoli Est | 736 | 433 | 58,8 | 2 |
| | P.O. S. Paolo - Napoli Ovest | 454 | 280 | 61,7 | 0 |
| | A.U. Policlinico Federico II - Napoli | 2.336 | 1.459 | 62,5 | 85 |
| | P.O. G. Capilupi - Capri | 89 | 58 | 65,2 | 0 |
| | C. di C. Santa Patrizia - Napoli | 920 | 654 | 71,1 | 0 |
| | C. di C. Villa delle Quercie - Napoli | 994 | 789 | 79,4 | 0 |
| | C. di C. Tasso - Napoli | 2.196 | 1.779 | 81,0 | 0 |
| | Clinica Sanatrix - Napoli | 1.323 | 1.115 | 84,3 | 3 |
| | C. di C. Internazionale Villa Bentinck - Napoli | 1.178 | 999 | 84,8 | 2 |
| | C. di C. Villa del Sole - Napoli | 147 | 133 | 90,5 | 0 |
| C. di C. Villa Cinzia - Napoli | 1.035 | 961 | 92,9 | 0 | |
| Napoli 2 Nord | P.O. Rizzoli - Lacco Ameno | 393 | 189 | 48,1 | 1 |
| | P.O. S. Giuliano - Giugliano in Campania | 939 | 477 | 50,8 | 5 |
| | P.O. S. Maria delle Grazie - Pozzuoli | 806 | 514 | 63,8 | 2 |
| | P.O. Civile S. Giovanni di Dio - Frattamaggiore | 721 | 464 | 64,4 | 1 |
| | C. di C. Villa dei Fiori - Acerra | 1.309 | 970 | 74,1 | 7 |
| | C. di C. Villa Maione - Villaricca | 624 | 508 | 81,4 | 2 |
| | C. di C. Villa dei Fiori - Mugnano di Napoli | 269 | 227 | 84,7 | 0 |
| Napoli 3 Sud | P.O. S. Leonardo - Castellammare di Stabia | 758 | 131 | 17,3 | 4 |
| | P.O. De Luca e Rossano - Vico Equense | 914 | 290 | 31,7 | 2 |
| | Presidio Ospedaliero S. Maria della Pietà - Nola | 558 | 276 | 49,5 | 3 |
| | C. di C. Villa delle Margherite - Torre del Greco | 68 | 34 | 50,0 | 0 |
| | P.O. - Torre Ann. - Boscotrecase | 528 | 290 | 55,1 | 4 |
| | C. di C. S. Lucia - San Giuseppe Vesuviano | 437 | 273 | 62,5 | 1 |
| | C. di C. La Madonnina - San Gennaro Vesuviano | 429 | 292 | 68,1 | 1 |
| | C. di C. S. Michele - Piano di Sorrento | 71 | 52 | 73,2 | 1 |
| | C. di C. M. Rosaria - Pompei | 1.147 | 848 | 74,0 | 3 |
| | C. di C. Madonna di Lourdes - Massa di Somma | 1.347 | 1.010 | 75,0 | 2 |
| | C. di C. Villa Stabia - Castellammare di Stabia | 760 | 580 | 76,3 | 0 |
| | C. di C. A. Grimaldi - San Giorgio a Cremano | 892 | 705 | 79,1 | 1 |
| | C. di C. S. M. La Bruna - Torre del Greco | 808 | 648 | 80,2 | 1 |
| | C. di C. Trusso - Ottaviano | 628 | 509 | 81,1 | 0 |
| TOTALE PROVINCIA DI NAPOLI | | 33.721 | 21.741 | 64,5 | 273 |

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

Segue: Tabella 35

DATI RELATIVI ALLE SINGOLE MATERNITÀ DELLA CAMPANIA, ANNO 2011*

| ASL | ISTITUTO | Totale nati | Nati da TC | % TC | nati di peso < 1.500 gr. |
|-----|--|--------------|---------------|---------------|--------------------------|
| AV | C. di C. Malzoni Villa dei Platani - Avellino | 1.982 | 530 | 26,7 | 23 |
| | A.O. S. G. Moscati Avellino - Avellino | 1.003 | 364 | 36,3 | 13 |
| | P.O. A. Landolfi - Solofra | 447 | 240 | 53,7 | 0 |
| | Presidio Ospedaliero - Ariano Irpino | 417 | 235 | 56,4 | 1 |
| | C. di C. S. Rita S.p.A. - Atripalda | 278 | 190 | 68,3 | 1 |
| BN | A.O. G. Rummo - Benevento | 1.009 | 359 | 35,6 | 29 |
| | P.O. Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli - Benevento | 1.180 | 573 | 48,6 | 11 |
| CE | A.O.San Sebastiano - Caserta | 701 | 269 | 41,0 | 16 |
| | P.O. Maddaloni | 558 | 284 | 50,9 | 0 |
| | Presidio Ospedaliero S. G. Moscati - Aversa | 1.008 | 562 | 55,8 | 6 |
| | C. di C. Pineta Grande - Castel Volturno | 921 | 558 | 60,6 | 24 |
| | P.O. Ave Gratia Plena - Piedimonte Matese | 220 | 141 | 64,1 | 1 |
| | P.O. Marcianise | 771 | 500 | 64,9 | 2 |
| | Clinica San Michele - Maddaloni | 650 | 445 | 68,5 | 10 |
| | C. di C. Santa Maria della Salute - S. M. Capua Vetere | 529 | 365 | 69,0 | 0 |
| | Villa del Sole - Caserta | 820 | 655 | 79,9 | 1 |
| | Casa di Cura Villa Fiorita SpA - Capua | 1.163 | 942 | 81,1 | 4 |
| | Presidio Ospedaliero San Rocco - Sessa Aurunca | 294 | 244 | 83,6 | 1 |
| | C. di C. San Paolo - Aversa | 652 | 550 | 84,4 | 1 |
| SA | P.O. Amico G. Fucito - Mercato San Severino | 513 | 183 | 35,7 | 2 |
| | Presidio Ospedaliero Mauro Scarlato Scafati - Scafati | 105 | 38 | 36,9 | 0 |
| | Plesso Ospedaliero Immacolata - Sapri | 301 | 115 | 38,2 | 0 |
| | P.O. S. Maria Incoronata Dellolmo - Cava de Tirreni | 394 | 189 | 48,0 | 1 |
| | P.O. Civile Umberto I - Nocera Inferiore | 1.449 | 757 | 52,6 | 40 |
| | C. di C. Malzoni - Agropoli | 584 | 327 | 56,0 | 1 |
| | P.O. Villa Malta - Sarno | 743 | 443 | 59,6 | 3 |
| | Plesso Ospedaliero L. Curto - Polla | 399 | 244 | 61,2 | 1 |
| | A.O. S. Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona - Salerno | 1.431 | 900 | 62,9 | 45 |
| | Presidio P.O. S. Maria della Speranza - Battipaglia | 984 | 629 | 63,9 | 22 |
| | P.O. S. Luca - Vallo della Lucania | 354 | 228 | 64,4 | 2 |
| | P.O. Maria SS. Addolorata - Eboli | 463 | 304 | 65,7 | 2 |
| | Hippocratica SpA Villa del Sole - Salerno | 1.040 | 785 | 75,5 | 0 |
| | C. di C. Tortorella S.p.A. - Salerno | 535 | 476 | 89,0 | 2 |
| | TOTALE CAMPANIA | | 57.619 | 35.365 | 61,5 |

* 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 no aborti spontanei IVG

Parti precedenti dai quali: nati vivi nati morti T.C. precedenti

| Condiz. lavorativa | Posiz. professione | Ramo di attività | Titolo di studio |
|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| occupato 1 | imprenditore, professionista 1 | agricoltura, caccia e pesca 1 | laurea 1 |
| disoccupato 2 | altro lavoratore autonomo 2 | industria 2 | dip. univ. / laurea breve 2 |
| in cerca di prima occupazione 3 | dipendente: dirig. o direttivo 3 | commercio, servizi, alberghi 3 | dip. media superiore 3 |
| studente 4 | dipendente: impiegato 4 | pubblica amministrazione 4 | dip. media inferiore 4 |
| casalinga 5 | dipendente: operaio 5 | altri servizi privati 5 | lic. elem. / nessun titolo 5 |
| altro (pensionato, inabile, ecc.) 6 | altro lavoratore dipendente 6 | | |

Padre: Data nascita Cittadinanza Comune di nascita

Condizione lavorativa Posizione nella professione

Ramo di attività Titolo di studio

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 B - INFORMAZIONI SULLA GRAVIDANZA

Visite di controllo n. prima visita di controllo settimane ecografie n.

Amniocentesi sì no Decorso gravidanza: fisiologico sì no patologico sì no

Prelievo villi coriali sì no Fetoscopia/funicolocentesi sì no Difetto di accrescimento fetale sì no

Ecografia > 22 settimane sì no Data ultima mestruazione Età gestazionale sett.

Procreazione assistita sì no Solo farmaci FIVET IUI

GIFT ICSI Altre tecniche

SEZIONE C - INFORMAZIONI SUL PARTO E SUL NEONATO

Data del parto ora semplice plurimo n° maschi n° femmine

Ordine di nascita nel presente parto in caso di parto plurimo

Sanitari presenti: Ostetrica/o Ostetrico-ginec. Pediatra/neonat. Anestes. Altro personale

Altri presenti: Padre Altro familiare Altra persona

Profilassi Rh praticata sì no

| 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 maggio 2013
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



