

LA NASCITA NELLA EX AUSL BA/2

RAPPORTO SULLA NATALITÀ NELL'ANNO 2005

A cura dell'UOSE

AUTORI: *ENZO COVIELLO E FRANCESCO SCHINO*

UNITÀ OPERATIVA DI STATISTICA ED EPIDEMIOLOGIA
USL PROVINCIA DI BARI – AMBITO TERRITORIALE EX AUSL BA/2

PIAZZA VITTORIO EMANUELE II, 14
GIOVINAZZO

Tel./Fax: 080 3357867

E-mail:

enzo.coviello@alice.it

f.schino@auslba2.it

INDICE

INTRODUZIONE	PAG. 1
SEZIONE 1: NATALITÀ E FECONDITÀ NELLA EX AUSL BA/2	PAG. 3
SEZIONE 2: CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DEI GENITORI	PAG. 4
ETÀ MATERNA	
STATO CIVILE DELLA MADRE	
SCOLARITÀ	
CONDIZIONE PROFESSIONALE	
CITTADINANZA E RESIDENZA	
PRECEDENTI CONCEPIMENTI E PARITÀ	
SEZIONE 3: LA GRAVIDANZA	PAG. 9
VISITE DI CONTROLLO	
ECOGRAFIE	
PROCREAZIONE ASSISTITA	
INDAGINI PRENATALI INVASIVE	
DURATA DELLA GRAVIDANZA	
SEZIONE 4.A: IL PARTO	PAG. 13
LUOGO DEL PARTO	
MODALITÀ DEL TRAVAGLIO	
PRESENTAZIONE DEL NATO	
MODALITÀ DEL PARTO	
CLASSIFICAZIONE DI ROBSON	
PARTO SEMPLICE E PLURIMO	
PERSONALE PRESENTE IN SALA PARTO	
PRESENZA DI UNA PERSONA DI FIDUCIA	
SEZIONE 4.B: IL NEONATO	PAG. 19
GENERE DEI NATI	
PESO ALLA NASCITA	
PUNTEGGIO APGAR E VITALITÀ	
MALFORMAZIONI	
SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI	PAG. 21
RINGRAZIAMENTI	PAG. 22

INTRODUZIONE

Con il decreto del Ministero della Salute 349/2001 è stato istituito un nuovo flusso informativo indirizzato alla rilevazione di tutte le informazioni relative alla natalità. Il flusso informativo prevede la compilazione entro 10 giorni dalla nascita del Certificato di assistenza al parto (CeDAP) che deve essere trasmesso su supporto informatizzato alla Regione (Osservatorio Epidemiologico Regionale) e da questa al Ministero della Salute.

Le informazioni rilevate dal nuovo CeDAP (D.M. 349/2001, Art. 1, comma 2) introdotto sono suddivise in 6 sezioni:

1. Sezione Generale – *Dati anagrafici della struttura in cui avviene l'evento nascita e della puerpera;*
2. Sezione A – *Informazioni socio demografiche sul/i genitore/i;*
3. Sezione B – *Informazioni sulla gravidanza;*
4. Sezione C – *Informazioni sul parto e sul neonato;*
5. Sezione D – *Informazioni sulle cause di nati-mortalità;*
6. Sezione E – *Informazioni sulla presenza di malformazioni.*

Da queste è possibile trarre molti risultati utili a delineare sotto molteplici aspetti sanitari e sociali il fenomeno della natalità. L'Unità Operativa di Statistica ed Epidemiologia della ex AUSL BA/2 (Comuni di Bitonto, Corato, Giovinazzo, Molfetta, Palo del Colle, Ruvo di Puglia e Terlizzi), confluita dal 1° gennaio 2007 nella USL della Provincia di Bari (ex L.R. n. 39 del 28 dicembre 2006), si è pertanto prefissa l'obiettivo di presentare in questo rapporto i principali risultati derivanti dall'analisi dei dati del CeDAP utilizzando come base informativa l'archivio messo a disposizione dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) della Puglia relativo ai parti nel 2005, anno più recente disponibile, di donne residenti nei comuni della ex AUSL BA/2.

COMPLETEZZA E QUALITÀ DEI DATI

I dati analizzati in questo rapporto si riferiscono a 2.277 parti (2.294 neonati) contenuti nella banca dati Regionale Certificato di Assistenza al Parto. Nel 2005 il numero di Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) relative ai parti sono state 2.532 per cui si può stimare che l'informazione disponibile sia pari all'89,9% dei parti. Nell'anno 2005, fonte ISTAT, i nati vivi residenti nei comuni della ex AUSL BA/2 sono stati 2.507. I record analizzati corrispondono pertanto al 91,5% delle nascite verificatesi nell'anno in esame.

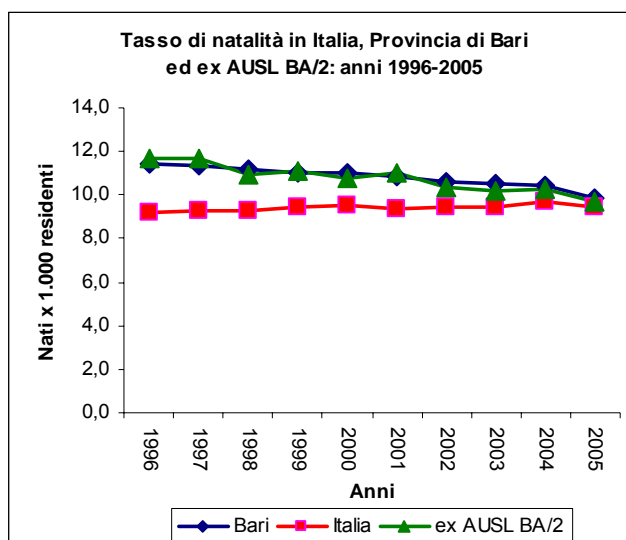
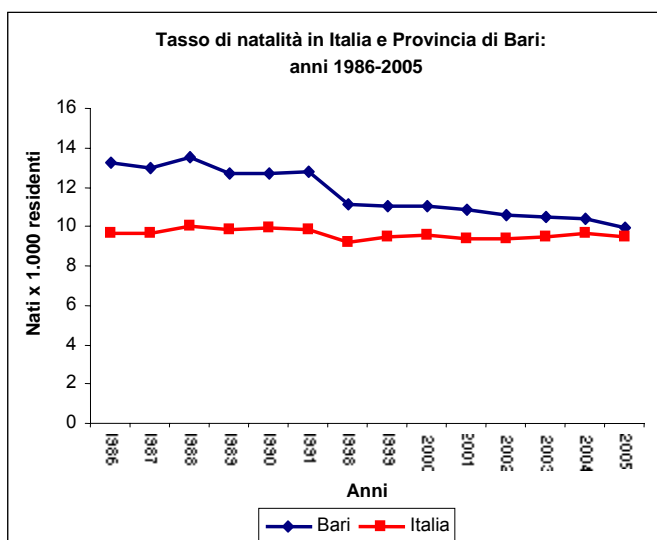
Nel 2003, l'Osservatorio Epidemiologico della Regione Puglia (OER) ha rilevato una corrispondenza CeDAP/SDO pari al 96,9% per tutto il territorio regionale con una modesta variabilità fra le differenti AA.UU.SS.LL., un risultato migliore di quello relativo alla base informativa adoperata in questo rapporto. Il motivo è in larga parte riconducibile al fatto che, mutato l'assetto territoriale delle AA.UU.SS.LL. a inizio 2006 (ex L.R. n. 11 del 12 agosto 2005), la ricostruzione del dataset della ex AUSL BA/2 ha dovuto utilizzare l'informazione sul comune di residenza della madre la cui compilazione non è obbligatoria. I record in cui questo dato non è riportato non possono essere attribuiti a una specifica AUSL pugliese così come definita nel 2006. D'altra parte, rispetto alla qualità della base di dati si rileva un numero esiguo di errori. E' sempre compilata e valida l'informazione sulla data del parto, il genere del parto e il sesso del neonato. Solo in tre casi non è presente l'informazione sul comune di nascita della madre e in altri tre record complessivamente risultano incongruenze fra la valorizzazione delle variabili "malattia fetale" e "momento della morte" con la variabile "vitalità".

STRUTTURA DEL RAPPORTO

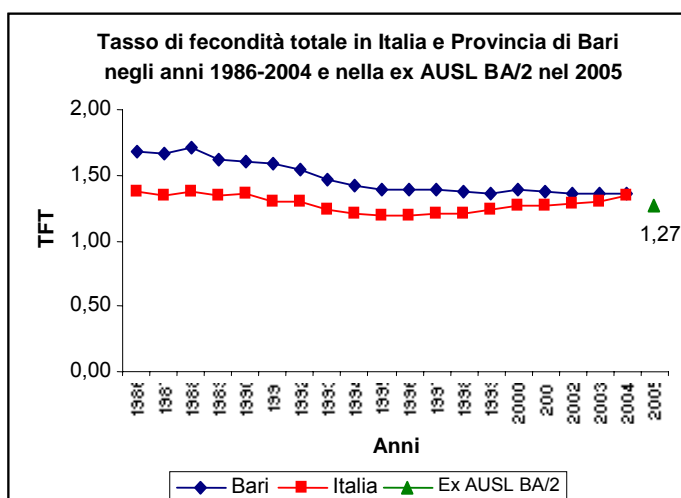
Nella prima parte del rapporto si fornirà una descrizione generale dell'andamento della natalità e della fecondità nei comuni della ex AUSL BA/2. Nelle sezioni 2, 3 e 4 si riporteranno i risultati relativi ai diversi indicatori raggruppandoli, come nel CeDAP, in quelli finalizzati a descrivere le caratteristiche socio-demografiche dei genitori, la gravidanza, il parto e il neonato. La conclusione del lavoro conterrà una sintesi dei principali risultati emersi dall'indagine.

SEZIONE 1 – NATALITÀ E FECONDITÀ NELLA EX AUSL BA/2

L'analisi della natalità in Italia e Provincia di Bari nel ventennio 1986-2005 mostra una drastica riduzione della forbice esistente tra le due realtà territoriali esaminate. Infatti, se a livello nazionale il tasso di natalità¹ registra un lieve decremento passando dal 9,7‰ del 1986 al 9,5‰ del 2005, nella Provincia di Bari lo scostamento verso il basso è decisamente rilevante (13,2‰ nel 1986, 9,9‰ nel 2005), tale da raggiungere valori prossimi a quelli medi nazionali. La crescita della natalità nelle regioni del Nord, imputabile in larga misura al fenomeno immigratorio, ed il trend negativo rilevabile nelle regioni meridionali ha determinato una sostanziale uniformità dei tassi di natalità all'interno del Paese. Nel 1986, il tasso di natalità per regione variava dal 14,3‰ della Campania al 5,9‰ della Liguria con un range pari all'8,4‰. Venti anni dopo la differenza si riduce a 3,4‰, dal 10,9‰ del Trentino Alto Adige al 7,5‰ della Liguria.



Il fenomeno appena descritto è particolarmente evidente ponendo a confronto il trend della natalità nel decennio 1996-2005 in Italia, Provincia di Bari ed ex AUSL BA/2. Infatti, nel periodo osservato, il tasso di natalità medio nazionale sale dal 9,2‰ al 9,5‰, mentre a livello provinciale scende dall'11,4‰ al 9,9‰. Nella ex AUSL BA/2 il decremento della natalità è ancor più accentuato, con il relativo tasso che passa dall'11,6‰ del 1996 al 9,7‰ del 2005.



Relativamente alla fecondità, ed in particolare al tasso di fecondità totale (TFT)² o numero medio di figli per donna, l'andamento è analogo a quello osservato per il tasso di natalità. Nel 2004, il TFT provinciale (1,35) è pressoché identico a quello nazionale (1,34) ma registra un decremento consistente rispetto al 1986 (1,68) mentre è trascurabile il calo del dato nazionale. Nel 2005, il TFT nella ex AUSL BA/2 (calcolato su SDO parti) è pari a 1,27, valore decisamente lontano da quello di poco superiore a 2 considerato necessario a garantire il ricambio generazionale e la stabilità della popolazione, stanti gli attuali livelli di mortalità.

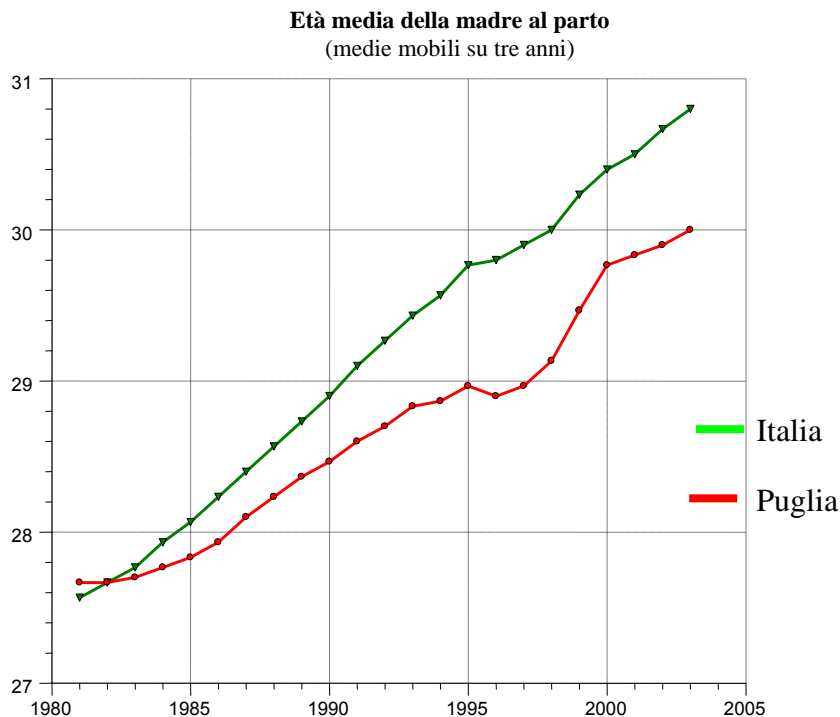
¹ Il tasso di natalità è il rapporto tra il numero dei nati vivi e l'ammontare medio della popolazione residente nell'anno, moltiplicato per 1.000.

² Il TFT o numero medio di figli per donna è la somma dei quozienti specifici di fecondità calcolati rapportando, per ogni età feconda (15-49 anni), il numero di nati vivi all'ammontare medio annuo della popolazione residente femminile.

SEZIONE 2 – CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DEI GENITORI

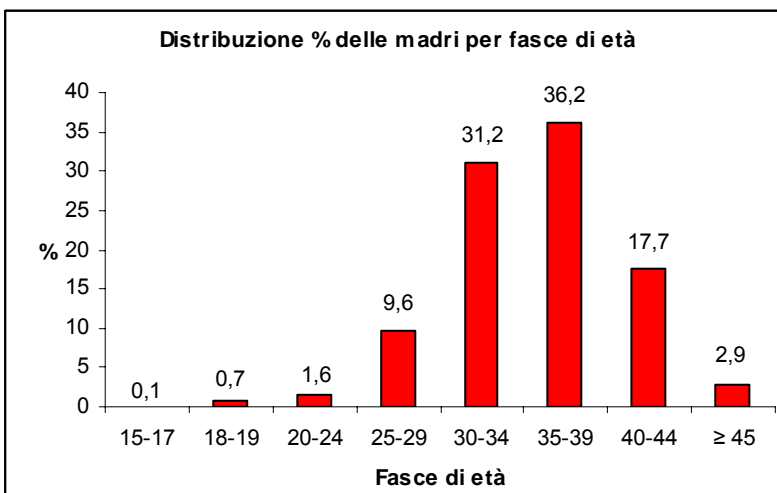
ETÀ MATERNA

L'età media delle donne al parto è andata progressivamente incrementando passando in Puglia da 27,6 anni nel 1984 a 30,8 anni nel 2004 (Fonte ISTAT). La maggiore età al parto è fattore associato a maggiore frequenza di patologie della gravidanza e natimortalità. Per questo è importante monitorarne l'andamento.



Nella base dati del CeDAP 2005 l'età media delle donne al momento del parto è risultata 30,8 anni, senza alcuna variazione rispetto al dato regionale dell'anno precedente, con un range compreso fra 15,9 e 47,2 anni. L'età media delle donne con parti precedenti è 32,3 anni, mentre quella delle nullipare è 29,2 anni. Tra le donne con cittadinanza straniera si osserva un'età media inferiore, pari a 27,8 anni.

La distribuzione delle donne per classi di età indica che 16 donne (0,8%) sono minorenni. In 6 casi



entrambi i genitori hanno età <20 anni. Relativamente alle età più avanzate, il 20,7% delle donne ha un'età uguale o superiore a 35 anni, il 3% (69 donne) ha un'età superiore a 40 anni e, tra queste, 2 hanno età >44 anni.

Anche l'età paterna avanzata è un fattore potenzialmente correlato con possibili problemi neonatali. Nel database analizzato l'età paterna non è compilata in circa il 10% dei casi. In 14 casi è risultata superiore a 50 anni.

STATO CIVILE DELLA MADRE

La frequenza di madri non coniugate è in costante aumento. La percentuale si colloca al 18,2% nelle regioni del Nord-Est, ma raggiunge valori ancora più elevati soprattutto nelle regioni con alta presenza di immigrati. Nella ex AUSL BA/2 la percentuale di donne coniugate è del 92,2%. Tenendo conto che nello 0,4% l'informazione non è riportata, le non coniugate ammontano globalmente al 7,4%, percentuale leggermente superiore al 6,9% attribuito dall'ISTAT al Sud Italia. Le donne nubili sono il 6,3% e valori inferiori al punto percentuale si rilevano per divorziate e e vedove.

E' stata rilevata l'associazione fra stato civile, scolarità e cittadinanza materna straniera. In particolare, donne con licenza elementare o media inferiore hanno più probabilità di avere un figlio da nubili e allo stesso modo le donne con cittadinanza straniera. Si osserva che le donne con bassa scolarità sono nubili in una percentuale nettamente più alta delle donne con scolarità universitaria.

DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE MADRI PER STATO CIVILE E TITOLO DI STUDIO				
TITOLO DI STUDIO	NUBILE	CONIUGATA	ALTRO	TOTALE
UNIVERSITARIA	3,2	95,6	1,2	100,0
MEDIA SUPERIORE	4,3	94,9	0,8	100,0
ELEMENTARE-MEDIA INFERIORE	8,7	89,7	1,6	100,0

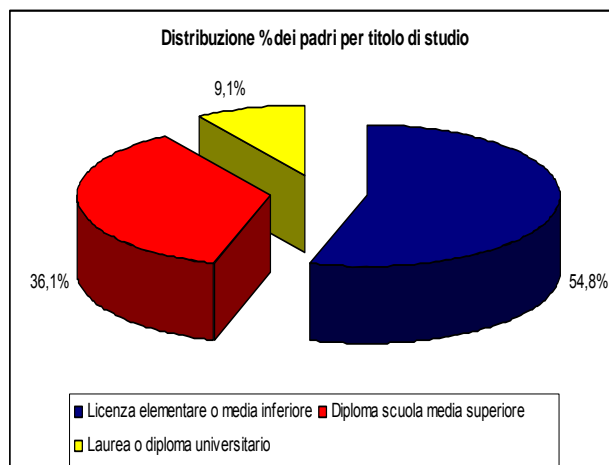
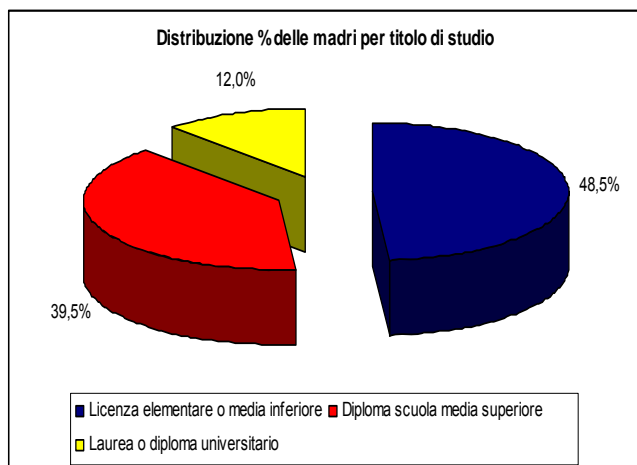
Una modalità per esprimere quante volte la condizione di nubile è più frequente nelle donne con titolo di studio medio-basso rispetto alle laureate è l'Odds Ratio (OR). Restrungendo l'analisi alle donne con più di 25 anni, le quali potrebbero non aver avuto il tempo di conseguire la laurea, l'OR di essere nubili delle donne con bassa scolarità rispetto alle laureate è risultato 1,64 (CI: 0,76-3,53), quindi >1, valore che indica la non associazione fra le due condizioni. La condizione di nubile nelle donne di oltre 25 anni è cioè 1,64 volte più frequente fra quelle con bassa scolarità rispetto alle laureate. Nell'analisi dei dati del CeDAP dell'Emilia Romagna l'OR di questa associazione è risultato 1,35, abbastanza simile a quello documentato in questo rapporto. Tuttavia, nel nostro caso l'intervallo di confidenza dell'OR include il valore 1. Non si può pertanto concludere che esista un'associazione statisticamente significativa fra le due variabili.

Fra le donne con cittadinanza straniera la frequenza di nubili è molto elevata (75,6%). L'OR che esprime l'entità dell'associazione fra la condizione di nubile e la cittadinanza straniera è pari a 5,08 (CI: 2,52-10,3) con un intervallo di confidenza che non comprende il valore 1. L'associazione è pertanto significativa e consente di concludere che nella popolazione residente nella ex AUSL BA/2 le donne con cittadinanza straniera arrivano al parto da nubili più frequentemente delle donne con cittadinanza italiana.

SCOLARITÀ

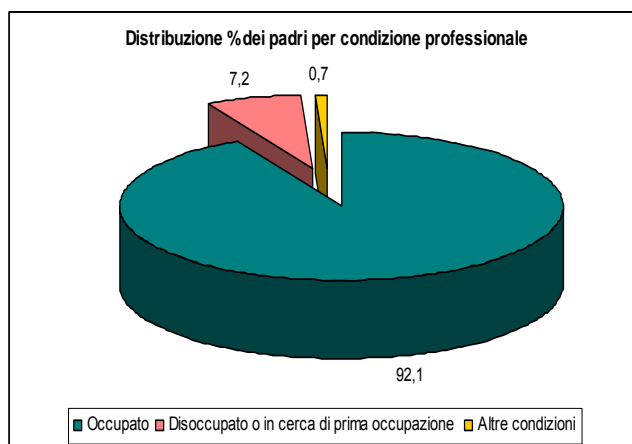
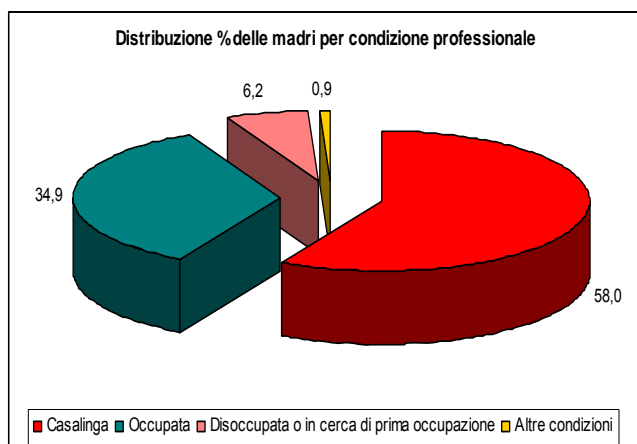
La scolarità è un indicatore utilizzato per misurare la cosiddetta deprivazione, uno stato di svantaggio economico, sociale e culturale che ha importanti riflessi in numerosi esiti di salute, tra i quali spiccano il basso peso alla nascita, la nascita pretermine e la mortalità perinatale. Quasi la metà delle donne che hanno partorito, residenti nella ex AUSL BA/2 possiede un basso titolo di studio, il 39,5% ha conseguito il diploma di scuola media inferiore e solo il 12% la laurea o un diploma universitario.

Fra gli uomini la scolarità medio-bassa è ancor più prevalente: oltre la metà dei padri non ha conseguito un diploma e meno del 10% ha conseguito la laurea. Nel 38,4% dei casi entrambi i genitori hanno una bassa scolarità.



CONDIZIONE PROFESSIONALE

Le donne della ex AUSL BA/2 che hanno partorito sono casalinghe nel 58% dei casi, occupate nel 34,9% e disoccupate o in cerca di prima occupazione nel 6,2% dei casi. Altre condizioni (ritirata dal lavoro, inabile, ecc.) sono riferite nello 0,9% dei casi. Per quel che concerne la condizione professionale dei padri, il 92,1% di essi è occupato mentre il 7,2% è disoccupato o in cerca di prima occupazione. Altre condizioni ricorrono nello 0,7% dei casi.



La situazione più frequente (52,6%) vede il padre occupato e la madre casalinga. Nel 33,6% dei casi entrambi i genitori sono occupati. La condizione in cui entrambi i genitori sono disoccupati riguarda lo 0,8% dei casi a cui è probabilmente da aggiungere il 5,3% dei casi in cui la madre è casalinga e il padre è disoccupato. Emerge, dunque, un'occupazione femminile che interessa una quota minoritaria della

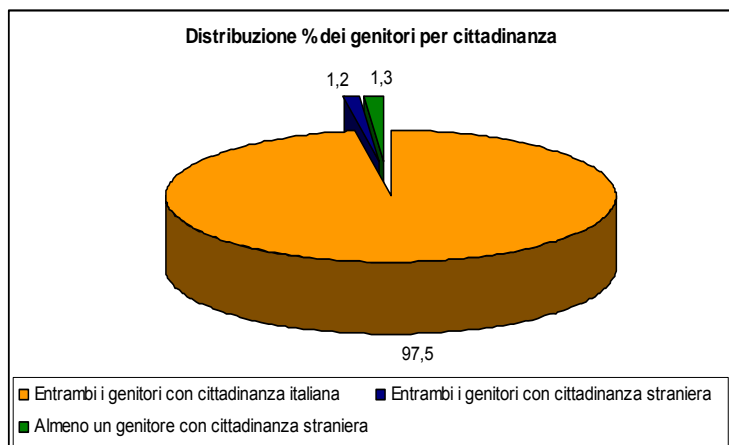
popolazione e, conseguentemente, la situazione più frequente è quella in cui il solo genitore maschio lavora. Il 6,1% dei casi in cui entrambi i genitori hanno dichiarato di non essere occupati indica che nella nostra realtà sono presenti e non trascurabili i rischi per la salute connessi alla disoccupazione dei genitori.

CITTADINANZA E RESIDENZA

Il processo immigratorio ha assunto in alcune aree della nazione proporzioni di assoluto rilievo provocando effetti che altrove vivono ancora una fase di incubazione. La conoscenza di questo fenomeno è importante in quanto i paesi di provenienza della madre sono spesso caratterizzati da tassi più alti di mortalità infantile e la condizione di straniero, soprattutto se di entrambi i genitori, può configurare una minore capacità di accesso ai servizi e, quindi, uno specifico fattore di rischio in grado di condizionare gli esiti della gravidanza e la salute del neonato.

Il 98,0% delle madri della ex AUSL BA/2 ha cittadinanza italiana, mentre solo 46 (2%) hanno cittadinanza straniera. Quasi il 48% (22) delle partorienti straniere proviene dall'Albania, il 13% (6) sono rumene, trattasi di tunisine nel 6,5% (3) e marocchine nel 4,3% (2) dei casi. Infine 4 donne provengono da altri paesi dell'Africa e 3 da altri paesi dell'Est Europa.

Le donne nate all'estero sono invece risultate 131 (5,8% del totale), 85 (3,7% del totale) di queste sono nate all'estero ma residenti in Italia in quanto figlie di emigranti all'estero rientrati in Italia o espressione di un'immigrazione non recente.



I padri con cittadinanza straniera sono risultati 35 (1,7%). Nella stragrande maggioranza dei casi (97,5%) entrambi i genitori sono italiani, nell'1,2% dei casi entrambi i genitori hanno cittadinanza straniera e nell'1,3% è straniero uno dei due genitori.

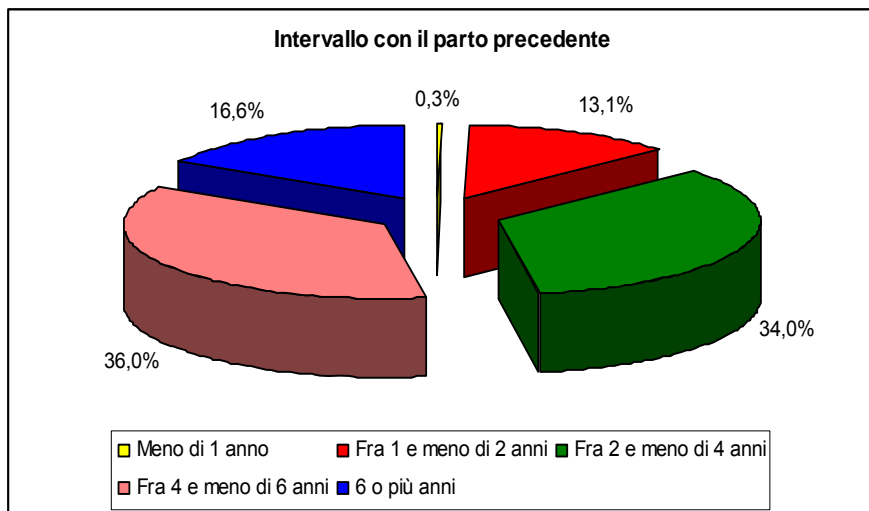
Nel territorio della ex USL BA/2 la presenza di immigrati fra le donne che partoriscono è quindi ancora un fenomeno piuttosto limitato, molto lontano dalle dimensioni documentate nelle regioni del Nord Italia in cui la percentuale di parti da

madri con cittadinanza straniera supera ampiamente il 20% della totalità. L'esiguità del numero di madri straniere in molti casi non ha consentito di analizzare l'associazione di questo fattore con gli esiti della gravidanza. La provenienza delle donne straniere residenti nel nostro territorio è in larga parte concentrata nei paesi dell'Est Europa in cui ha la cittadinanza il 67,4% di esse.

PRECEDENTI CONCEPIMENTI E PARITÀ

Il 58,9% delle donne residenti nei Comuni della ex AUSL BA/2 che hanno partorito ha avuto precedenti concepimenti (multigravida), il 41,1% di esse è invece primigravida. Le multigravide hanno avuto nell'87,9% dei casi uno o più parti, nel 27,8% dei casi uno o più aborti spontanei e nel 7,2% dei casi precedenti interruzioni volontarie della gravidanza. Le primipare rappresentano il 48,2% delle madri, le multipare il 51,8%. Il 77,3% delle multipare ha precedentemente partorito un nato vivo, il

18,9% due nati vivi, il 3,4% tre o più nati vivi. In 10 casi (0,8%) è stata riferita la nascita di un precedente nato morto.



L'intervallo con il parto precedente è stato inferiore a 1 anno nello 0,3% dei casi, nel 13,1% è compreso fra 1 e meno di 2 anni, nel 34% fra 2 e meno di 4 anni, nel 36% fra 4 e meno di 6 di anni e nel 16,6% l'intervallo è stato di 6 o più anni.

E' stata indagata l'associazione fra un intervallo di tempo troppo breve (<18 mesi) o molto lungo (5 anni o più) con la gravidanza pretermine e il basso peso alla nascita. Gli odds ratio sono

risultati rispettivamente 1,45 (IC: 0,96 – 2,17) e 1,23 (IC: 0,82 – 1,85).

SEZIONE 3 – LA GRAVIDANZA

VISITE DI CONTROLLO

Nel corso della gravidanza la donna deve sottoporsi a un numero adeguato di controlli a partire dalle prime settimane di gestazione. L'88,9% delle donne ha effettuato 4 o più controlli durante la gravidanza, il 10,7% un numero compreso fra 1 e 4 e lo 0,4% nessun controllo.

Nel 38,4% dei casi le donne hanno effettuato la prima visita da 1 a 7 settimane, nel 47,6% dei casi fra 8 e 11 settimane e nel 14% dei casi a 12 o più settimane dall'inizio della gravidanza. Escludendo le gravidanze multiple si è indagata con un'analisi multivariata l'associazione dell'età e scolarità materna, condizione di multipara e non coniugata con l'esecuzione di un numero di controlli compreso fra 0 e 4 e della prima visita a 12 o più settimane.

ANALISI MULTIVARIATA	BASSO NUMERO DI CONTROLLI OR (I.C.)	PRIMA VISITA TARDIVA OR (I.C.)
ETÀ MATERNA FINO A 24 ANNI VS ETÀ 25-34 ANNI	1,44 (0,96 – 2,19)	1,47 (1,03 – 2,11)
ETÀ MATERNA ≥ 35 ANNI VS ETÀ 25-34 ANNI	1,10 (0,78 – 1,56)	0,61 (0,42 – 0,88)
LIC. ELEM.-MEDIA INF. VS DIP. SC. MED. SUP.-LAUREA	1,19 (0,89 – 1,59)	1,57 (1,20 – 2,05)
MULTIPARA	1,51 (1,11 – 2,04)	1,28 (0,98 – 1,68)
NON CONIUGATA	2,83 (1,85 – 4,33)	2,56 (1,71 – 3,83)

La condizione di "Non coniugata" è significativamente associata con l'esecuzione di un basso numero di controlli e della prima visita dopo 12 o più settimane dall'inizio della gravidanza. Le multipare eseguono un minore numero di controlli rispetto alle primipare. In questo gruppo di donne, però, l'associazione con la prima visita a 12 o più settimane non è risultata significativa. Le donne con bassa scolarità tendono più delle donne con scolarità media e alta a eseguire il primo controllo dopo 12 o più settimane. Rispetto all'età materna, l'analisi mostra che le donne di età <25 anni tendono a eseguire meno controlli (associazione non significativa) e soprattutto a iniziarli tardivamente (associazione significativa) rispetto alle donne di età 25-34 anni. Le donne con 35 o più anni sembrano inoltre manifestare una maggiore attenzione nell'iniziare i controlli medici prima delle 12 settimane come indicato dall'odds ratio significativamente inferiore a 1. Infine, si segnala che 64 donne (3,04%) hanno effettuato contemporaneamente un basso numero di controlli e la prima visita in epoca tardiva.

ECOGRAFIE

La rilevazione di questo indicatore è largamente limitata da due fattori:

1. nel 9,2 % dei casi si riporta la esecuzione di nessuna ecografia nel corso della gravidanza. Questo valore appare evidentemente contrastante con un'indagine che è certamente comune in gravidanza. L'interpretazione più plausibile è che nella maggioranza dei casi, ma non in tutti, la cifra 0 sia stata utilizzata in caso di dato mancante.
2. il dato raccolto è riferito dalla donna che ovviamente non può distinguere fra l'esecuzione di un'indagine ecografica vera e propria dal semplice completamento della visita ostetrica con un breve controllo ecografico, procedura entrata nella comune pratica clinica. Il numero di ecografie indicato sul CeDAP tende perciò a sovrastimare l'effettivo numero di indagine ecografiche.

Per questi motivi il numero medio di ecografie non è appropriatamente calcolabile e non ne è possibile il confronto con il numero di 3 ecografie raccomandato dal Ministero della Salute, né si può

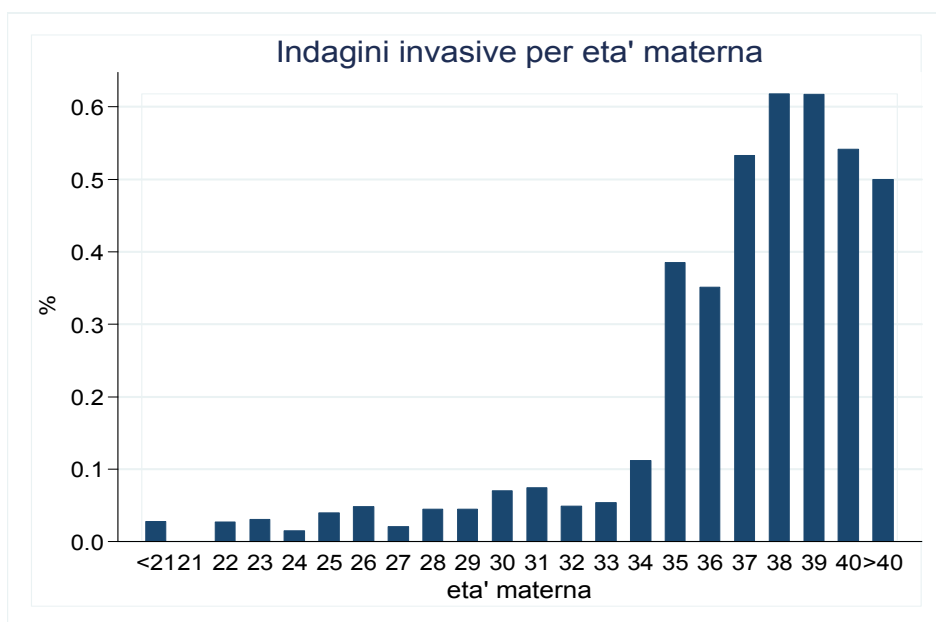
pensare ad analizzare l'associazione fra un basso numero di esami con altre variabili relative alle caratteristiche della donna e della gravidanza. L'unico risultato non influenzato da distorsioni di rilevazione del dato è che 27 donne (1,2%) hanno dichiarato di aver effettuato 1 o 2 ecografie, un numero cioè sicuramente inferiore al necessario.

PROCREAZIONE ASSISTITA

La procreazione assistita è associata a particolari problemi assistenziali che hanno inizio prima della gravidanza e si protraggono fino al termine di essa. Più frequente è l'occorrenza di gravidanze plurime, nati pretermine o di basso peso. Le donne che hanno fatto ricorso a tecniche di procreazione assistita nel 2005 sono state 25 (1,1%). Per le donne di età <35 anni la percentuale scende allo 0,8% mentre per quelle con 35 o più anni la percentuale sale al 2,2%. In questo gruppo di donne il tasso di gravidanze plurime è pari al 24% e quello di gravidanze pretermine del 22,7%. Il metodo di procreazione è stato in 11 casi (45,6%) la FIVET (Fertilization In Vitro and Embryo Transfer), in 8 (33,3%) l'IVI (Intra Uterine Insemination), in 4 (16,7%) l'ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection) e solo in 1 caso l'induzione dell'ovulazione. In nessun caso è stata praticata la GIFT (Gamete Intra Falloplan Transfer). Sono stati parti gemellari 5 (45,4%) degli 11 parti dopo una FIVET e 1 (25%) dei 4 parti successivi a ICSI.

INDAGINI PRENATALI INVASIVE

L'esecuzione di indagini prenatali invasive (amniocentesi, prelievo dei villi coriali e fetoscopia/funicolocentesi) è raccomandato nelle donne di oltre 35 anni e in quelle di qualsiasi età ove ricorrano specifici fattori di rischio. Nella ex AUSL BA/2, 311 (13,8%) donne hanno eseguito un'indagine prenatale invasiva. Si sono sottoposte ad amniocentesi 278 (12,4%) donne, 24 (1,1%) a prelievo dei villi coriali e 17 (0,8%) a fetoscopia o funicolocentesi. L'esecuzione di questi tipi di indagine per età è illustrata nel grafico e nella tabella che seguono.



ETÀ MATERNA	INDAGINI INVASIVE
≤26	3,3%
27-31	5,3%
32-34	7,1%
35	38,5%
36-38	46,9%
≥39	56,1%

Pur osservando un netto incremento oltre i 35 anni, la percentuale complessiva di donne sottoposte a indagine prenatale è solo del 47,2%. Nonostante l'offerta attiva di indagini prenatali in questa fascia di età, più di una donna su due non le effettua. Nelle donne di età <35 anni la percentuale complessiva è del 5,2%.

Considerando i soli parti singoli si è indagata con un'analisi multivariata l'associazione della mancata esecuzione di indagini prenatali con l'età e la scolarità materna, con la condizione di multipara e di non coniugata.

ANALISI MULTIVARIATA	OR (I.C.)
ETÀ MATERNA FINO A 24 ANNI VS ETÀ 25-34 ANNI	2,18 (0,93 – 5,10)
ETÀ MATERNA ≥ 35 ANNI VS ETÀ 25-34 ANNI	0,06 (0,05 – 0,08)
LAUREA VS DIPLOMA SCUOLA MEDIA SUPERIORE-MEDIA INFERIORE-LICENZA ELEMENTARE	0,68 (0,47 - 0,99)
MULTIPARA	1,09 (0,80 – 1,50)
NON CONIUGATA	1,51 (0,82 – 2,79)

Gli odds ratio per fascia di età mettono in evidenza che l'offerta dell'indagine è fortemente orientata verso le donne con oltre 35 anni, le quali hanno un rischio circa 17 volte inferiore delle donne più giovani di non effettuare indagini invasive. Le donne laureate sono risultate significativamente protette verso la mancata esecuzione di indagini prenatali rispetto alle diplomate e alle donne con basso titolo di studio. Questo effetto è ancora più evidente se si considerano solo le donne con 35 o più anni di età (OR 0,56; I.C. 0,35–0,90). Le altre due variabili non sono risultate significativamente associate con la mancata esecuzione di indagini prenatali anche quando si sono separatamente considerate le donne di 35 o più anni. L'esecuzione di queste indagini sembra quindi globalmente bassa e interessa selettivamente il gruppo di donne con alto titolo di studio rispetto a quelle con titolo di studio medio-basso che probabilmente non sono raggiunte da un'efficace informazione sull'argomento.

DURATA DELLA GRAVIDANZA

La natalità pretermine, prima delle 37 settimane di gestazione, è associata a problemi di salute e assistenza che interessano la madre e il neonato. L'analisi dei dati del CeDAP consente di monitorarne l'occorrenza e valutarne l'associazione con alcuni fattori.

Il tasso di gravidanza pretermine è risultato pari al 5,7%. Un valore poco superiore al 6% di parti pretermine è riportato da Trerotoli e coll. per gli anni 2003 e 2004 relativamente all'intera regione Puglia. La frequenza di parti pretermine è molto elevata nelle gravidanze plurime (55,6%) e del 5,2% in quelle singole (OR 21,8; I.C. 9,0-52,4). Escludendo le gravidanze multiple si è indagata con un'analisi multivariata l'associazione della gravidanza pretermine con l'età e la scolarità materna e con la condizione di primipara.

ANALISI MULTIVARIATA	OR (I.C.)
ETÀ MATERNA FINO A 24 ANNI VS ETÀ 25-34 ANNI	1,38 (0,76 – 2,53)
ETÀ MATERNA ≥ 35 ANNI VS ETÀ 25-34 ANNI	1,74 (1,11 – 2,74)
LICENZA ELEMENTARE-MEDIA INFERIORE VS DIPLOMA SCUOLA MEDIA SUPERIORE-LAUREA	0,93 (0,62 - 1,40)
PRIMIPARA	1,10 (0,73 – 1,65)

L'unica variabile risultata significativamente associata con la gravidanza pretermine è l'età materna maggiore o uguale a 35 anni. Le donne che hanno un figlio oltre i 35 anni hanno un rischio maggiore di

avere una gravidanza pretermine rispetto a quelle di età 25-34. Anche nella categoria di donne più giovani con età <25 anni c'è l'indicazione per una maggiore probabilità di gravidanza pretermine ma questa associazione non è significativa. Diversamente da quanto emerso in altri studi non sono risultate associate all'evenienza di una gravidanza pretermine né la bassa scolarità, come indicatore di svantaggio sociale, né la condizione di primipara.

La nascita prima delle 34 settimane di gestazione in un punto nascita sprovvisto di assistenza neonatale intensiva è un indicatore della necessità di trasporto neonatale che si vorrebbe evitare con una organizzazione dei punti nascita secondo un modello "Hub and Spoke". Si è così rilevato che la nascita in un centro sprovvisto di assistenza neonatale intensiva si è verificata nel 12,5% dei nati prima di 31 settimane di gestazione, nel 20% dei nati fra 31 e 33 settimane (complessivamente 17,4% dei nati prima di 34 settimane) e nel 62,9% dei nati fra 34 e 36 settimane. Tali risultati sono da intendere come meramente indicativi per la esiguità in alcune categorie del numero di casi presenti nella base di dati analizzata.

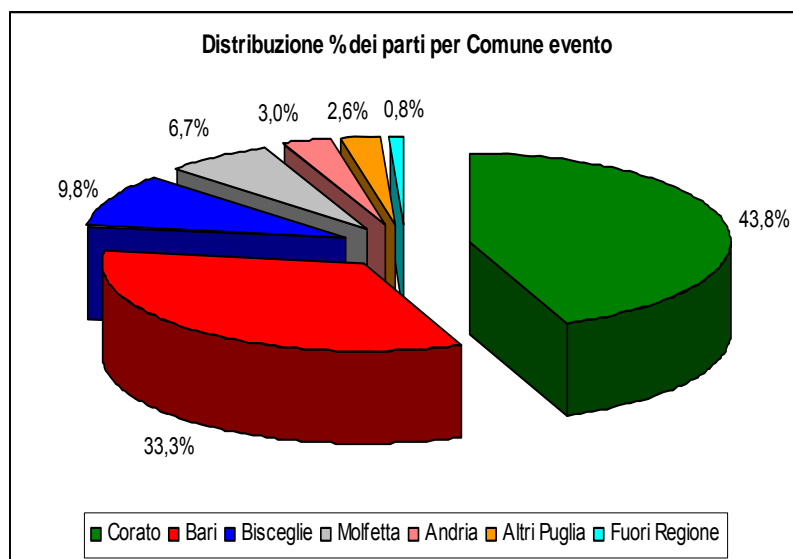
Il tasso di gravidanza post-termine (>41 settimane di gestazione) è pari allo 0,6%, un valore molto basso se confrontato con quello dell'Emilia-Romagna, compreso fra il 2,4% e il 2,8%, e con quello ancora superiore rilevato in altri ambiti. Tale rilievo può riflettere un ampio ricorso alla pratica dell'induzione del parto.

SEZIONE 4.A – IL PARTO

LUOGO DEL PARTO

Le nascite da madri residenti nella ex AUSL BA/2 nel 2005 si sono verificate principalmente nei punti nascita di Corato e Bari. Essi, insieme ai punti nascita di Bisceglie, Molfetta (Clinica privata Villa Giustina) e Andria, concentrano quasi il 97% delle nascite. I parti avvenuti fuori regione, desunti dall'archivio delle SDO, rappresentano una percentuale molto modesta del totale.

DISTRIBUZIONE DEI PARTI PER COMUNE EVENTO		
COMUNE EVENTO	PARTI	%
CORATO	1.005	43,8
BARI	765	33,3
BISCEGLIE	226	9,8
MOLFETTA	154	6,7
ANDRIA	68	3,0
ACQUAVIVA	12	0,5
FOGGIA	7	0,3
ALTRI PUGLIA	40	1,7
FUORI REGIONE	18	0,8
TOTALE	2.295	100,0



Rispetto al territorio della ex AUSL BA/2, poco meno della metà dei parti avvenuti in Puglia avrebbero dovuto essere considerati in mobilità. Nel nuovo assetto territoriale della USL della Provincia di Bari, i parti da considerare in mobilità si riducono notevolmente.

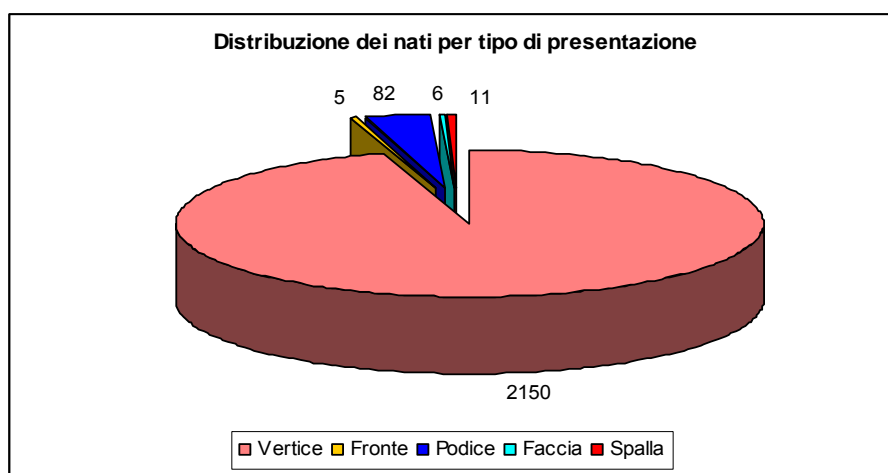
DISTRIBUZIONE DEI PARTI AVVENUTI IN PUGLIA PER LUOGO DEL PARTO		
LUOGO DEL PARTO	PARTI	
	N.	%
USL BARI		
IN USL	1.954	85,8
FUORI USL	323	14,2
EX AUSL BARI/2		
IN AUSL	1.159	50,9
FUORI AUSL	1.118	49,1

Risultano 5 parti avvenuti a domicilio e 1 in altro luogo. Dei restanti 2.269 parti avvenuti in istituto di ricovero 399 (17,5%) si sono verificati in case di cura di private e il restante 82,5% in istituti di ricovero pubblici.

MODALITÀ DEL TRAVAGLIO

La percentuale di parti spontanei, calcolata escludendo i parti cesarei fuori travaglio, è dell'84,2% e quella dei parti indotti il 15,8%. Nelle gravidanze post-termine (età gestazionale >41 settimane) la percentuale di parti indotti resta sostanzialmente immutata e pari al 15,4%, mentre nelle gravidanze pretermine la percentuale di parti indotti scende all'8,2%. Tuttavia, si osserva che le percentuali relative ai parti pretermine e post-termine sono calcolate su un numero limitato di casi. L'induzione è stata effettuata con metodo farmacologico nel 94,1% e amnioressi nel 5,9% dei parti indotti.

PRESENTAZIONE DEL NATO



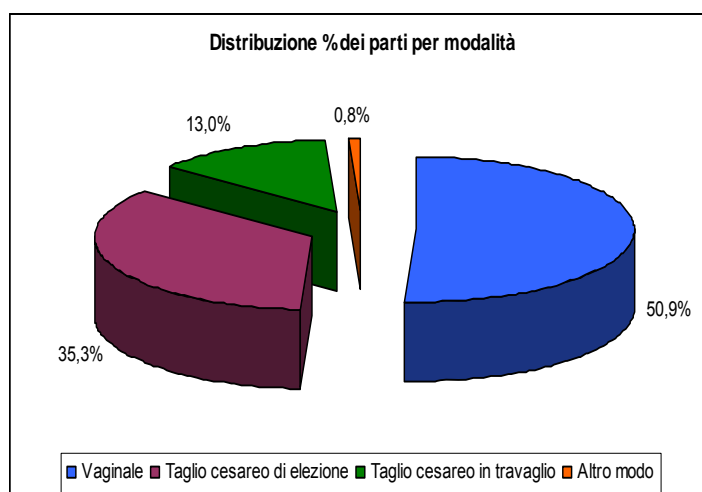
La presentazione di vertice si è verificata nel 95,4% dei nati, di podice nel 3,6%, di fronte nello 0,2%, di faccia nello 0,3% e di spalla nello 0,5% dei casi.

La presentazione di bregma non è stata segnalata in nessun caso.

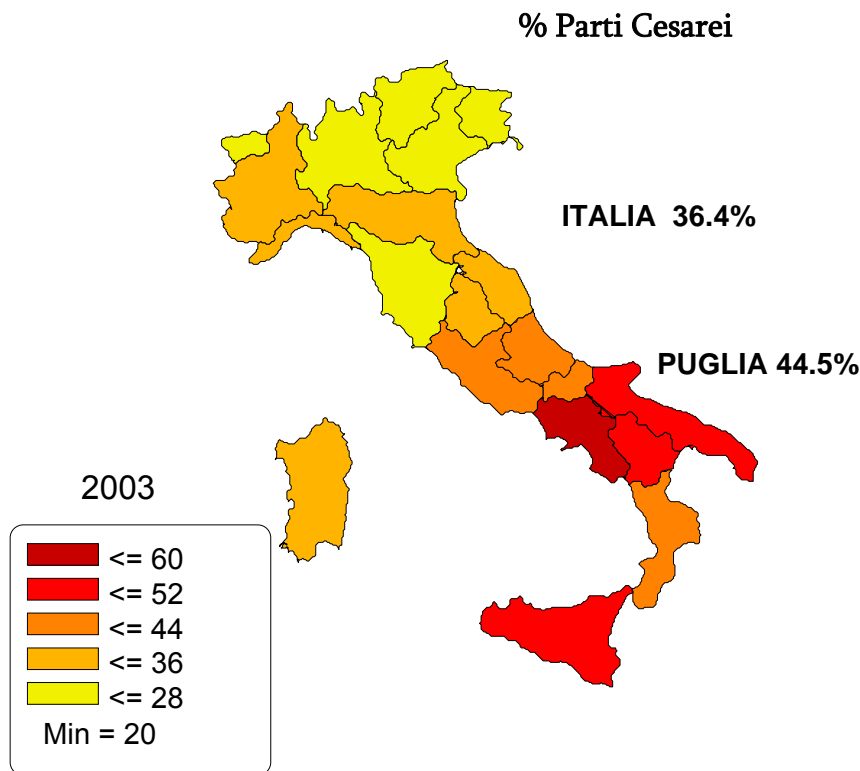
MODALITÀ DEL PARTO

Nel 2005, nel territorio della ex AUSL BA/2, il 50,9% dei parti è avvenuto per via vaginale, il 35,3% e il 13% rispettivamente con taglio cesareo elettivo e in travaglio. Le altre modalità si registrano complessivamente nello 0,8% dei casi. Complessivamente la percentuale di parti cesarei si è collocata al 48,3%.

DISTRIBUZIONE DEI PARTI PER MODALITÀ		
PARTI	N.	%
VAGINALE	1.145	50,9
TAGLIO CESAREO DI ELEZIONE	793	35,3
TAGLIO CESAREO IN TRAVAGLIO	293	13,0
FORCIPE	2	0,1
VENTOSA	13	0,6
ALTRO MODO	3	0,1



La Puglia è una delle regioni in Italia con più alta percentuale di parti cesarei. Come illustrato nella cartina ottenuta su dati ISTAT, la media dei parti cesarei in Italia nel 2003 è stata del 36,4% mentre in Puglia questa percentuale si colloca al 44,5%. Risultato pressochè coincidente è stato riportato da Trerotoli e coll. in un'analisi dei dati del CeDAP della Puglia per il 2003 mentre per il 2004 lo stesso lavoro riporta una percentuale del 46,6%



E' stata indagata, nei soli parti singoli, l'associazione fra l'esecuzione del taglio cesareo rispetto a età, scolarità e cittadinanza della madre e alla parità. Gli Odds Ratio dell'analisi multivariata sono i seguenti:

ANALISI MULTIVARIATA	OR (I.C.)
ETÀ MATERNA FINO A 24 ANNI VS ETÀ 25-34 ANNI	0,76 (0,57 – 1,01)
ETÀ MATERNA ≥ 35 ANNI VS ETÀ 25-34 ANNI	1,45 (1,16 – 1,82)
LICENZA ELEMENTARE-MEDIA INFERIORE VS DIPLOMA SCUOLA MEDIA SUPERIORE-LAUREA	1,26 (1,05 - 1,52)
CITTADINANZA MATERNA STRANIERA	0,51 (0,27 – 0,98)
PRIMIPARA	1,52 (1,26 – 1,83)

L'esecuzione del parto con taglio cesareo è significativamente associato con l'età materna ≥35 anni rispetto all'età materna compresa fra 25 e 34 anni, il basso titolo di studio rispetto a quello medio-alto e la condizione di primipara rispetto a quella di multipara. Ciò vuol dire che il rischio di essere sottoposte a taglio cesareo è stimato essere 1,45 volte maggiore nelle donne di età ≥35 anni rispetto a quelle di età 25-34 anni, 1,26 volte maggiore nelle donne con basso titolo di studio rispetto alle donne con diploma di scuola media superiore o laurea e 1,52 volte maggiore nelle primipare rispetto alle multipare. Le donne con cittadinanza straniera hanno un rischio significativamente più basso di essere sottoposte a taglio cesareo. Questo risultato, ottenuto nonostante il basso numero di donne straniere nella popolazione della ex AUSL BA/2, corrisponde a quanto emerso anche nelle analisi svolte sui CeDAP dell'Emilia-Romagna.

CLASSIFICAZIONE DI ROBSON

Questa classificazione raggruppa la popolazione delle partorienti in 10 classi mutuamente esclusive prendendo in considerazione cinque fattori: la parità, la durata della gravidanza, la modalità del travaglio, la presentazione del neonato e il parto semplice o plurimo.

CLASSIFICAZIONE DI ROBSON	
CLASSE	DESCRIZIONE
I	Nullipare, parto a termine, travaglio spontaneo, feto singolo, presentazione cefalica
II	Nullipare, parto a termine, travaglio indotto o taglio cesareo prima del travaglio, feto singolo, presentazione cefalica
III	Pluripare, parto a termine, travaglio spontaneo, feto singolo, presentazione cefalica
IV	Pluripare, parto a termine, travaglio indotto o taglio cesareo prima del travaglio, feto singolo, presentazione cefalica
V	Pregresso taglio cesareo, parto a termine, feto singolo, presentazione cefalica
VI	Nullipare, feto singolo, presentazione podalica
VII	Pluripare, feto singolo, presentazione podalica
VIII	Gravidanze multiple
IX	Feto singolo, presentazione anomala
X	Feto singolo, presentazione cefalica, pretermine

In ciascuna classe esiste un differente rischio che il parto venga svolto con taglio cesareo. Ad esempio, la classe III include donne pluripare, parti a termine, travaglio spontaneo, feto singolo, presentazione cefalica, tutte condizioni favorevoli all'espletamento del parto per via vaginale. In questa classe esiste pertanto un rischio molto basso che il parto sia espletato con taglio cesareo. Al contrario, la classe VI comprende i casi di donne nullipare, feto singolo, presentazione podalica, in cui invece è molto frequente l'espletamento del parto con taglio cesareo.

Quando si confrontano i tassi di taglio cesareo di due istituti di ricovero o due popolazioni, è possibile che parte della differenza sia imputabile alla diversa frequenza con cui sono rappresentate le varie classi. Poniamo che a un punto nascita confluiscono elettivamente i casi di parto plurimo, gravidanze pretermine o con presentazioni anomale, tutte condizioni per cui esistono indicazioni al taglio cesareo. E' chiaro che, a parità di comportamenti assistenziali, il tasso di tagli cesarei di quel punto nascita sarà maggiore di quello di un punto nascita dove affluiscono principalmente tipologie di parto senza complicazioni e con bassa probabilità di essere espletati con taglio cesareo.

DISTRIBUZIONE % DEI PARTI PER CLASSE DI ROBSON NELLA EX AUSL BA/2 ED IN EMILIA ROMAGNA		
CLASSE DI ROBSON	EX AUSL BA/2	EMILIA ROMAGNA
I	25,5	30,4
II	17,4	16,8
III	25,6	24,8
IV	6,7	8,4
V	15,4	8,1
VI	2,1	2,4
VII	1,4	1,4
VIII	0,8	1,2
IX	0,5	0,7
X	4,6	5,8

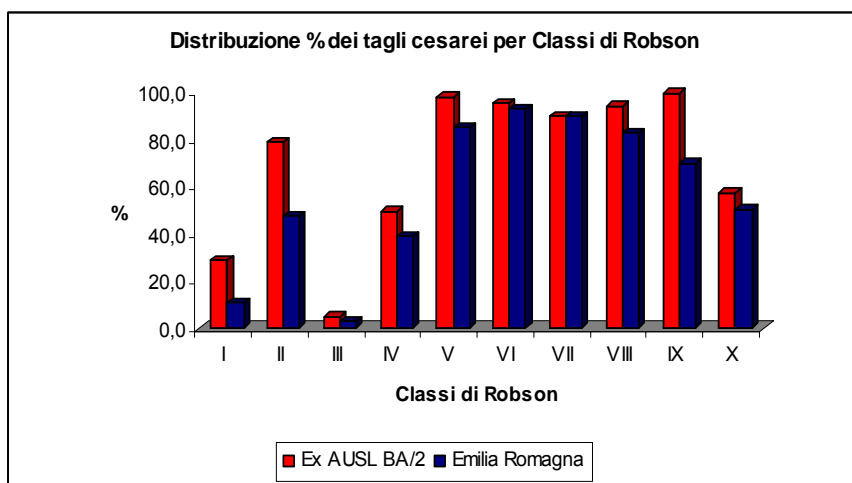
Può essere utile confrontare la distribuzione dei parti secondo le classi di Robson fra la popolazione delle partorienti della ex AUSL BA/2 e quella dell'Emilia Romagna come un primo tentativo di analizzare il motivo della differenza fra l'alta percentuale di tagli cesarei nella ex AUSL BA/2 e, più in generale in Puglia, rispetto a quella rilevata nell'altra regione dove nel 2005 solo il 30% dei parti è avvenuto secondo questa modalità. Nei due ambiti territoriali esiste una diversa rappresentazione delle 10 classi di Robson. Ad esempio, si consideri la differenza della percentuale dei parti in V classe in cui sono aggregati i parti di donne con un pregresso cesareo, parto a

termine, feto singolo, presentazione cefalica. Nella popolazione della ex AUSL BA/2, il numero di queste donne è molto superiore e in esse la probabilità di espletamento del parto con taglio cesareo è più alta che in altre categorie. In parte, quindi, l'esecuzione di parti con taglio cesareo è un meccanismo che tende ad autosostenersi: più donne sono cesarizzate, più donne in occasione di un parto successivo avranno un pregresso cesareo in anamnesi e saranno per questo nuovamente cesarizzate. Una parte pertanto della differenza fra la percentuale di cesarei nei due ambiti territoriali a confronto potrebbe essere ascritta alla differente composizione della popolazione delle partorienti.

Può essere a questo punto utile calcolare la percentuale di parti cesarei che la ex AUSL BA/2 avrebbe se la sua popolazione di partorienti avesse la stessa distribuzione delle classi di Robson dell'Emilia Romagna. La tecnica applicata è quella della standardizzazione diretta e fornisce una stima del tasso di tagli cesarei standardizzato per classe di Robson nella ex AUSL BA/2 pari al 44,1%, valore inferiore al 48,3%, cioè il tasso grezzo di tagli cesarei su tutti i parti precedentemente calcolato. Si può concludere che una parte della differenza fra i due ambiti territoriali è riconducibile alla diversa complessità delle due casistiche di partorienti a confronto. Indubbiamente, però, la differenza che permane anche dopo la standardizzazione per classe di Robson è alta.

DISTRIBUZIONE % DEI PARTI CESAREI PER CLASSE DI ROBSON NELLA EX AUSL BA/2 ED IN EMILIA ROMAGNA		
CLASSE DI ROBSON	EX AUSL BA/2	EMILIA ROMAGNA
I	28,8	10,5
II	79,1	47,7
III	4,8	2,7
IV	49,7	39,0
V	98,3	85,6
VI	95,7	93,4
VII	90,0	90,3
VIII	94,4	82,8
IX	100,0	70,0
X	57,4	50,3

Se si escludono le classi VI e VII in cui le differenze fra le due popolazioni appaiono modeste, in tutte le altre classi la frequenza dei parti cesarei è sempre maggiore nella popolazione delle partorienti della ex AUSL BA/2. In particolare differenze piuttosto nette si osservano nella I e II classe. Tenendo presente che in queste classi sono rappresentati rispettivamente il 25,5% e il 17,4% del totale dei parti, si può concludere che in queste due classi si concentra la parte più cospicua della differenza complessiva della percentuale di cesarei nei due territori.



Per contenere l'elevato tasso di parti cesarei, l'analisi dei dati del CeDAP suggerisce, pertanto, di indagare i possibili determinanti della scelta di questa modalità di parto nelle donne in classe I, in cui sono compresi casi a basso rischio, e l'indicazione all'induzione del parto e al taglio cesareo elettivo che determinano l'inclusione del parto in classe II.

PARTO SEMPLICE E PLURIMO

La gravidanza plurima necessita di specifiche misure assistenziali ed è spesso associata a nascite pretermine e di basso peso. I parti plurimi sono stati 22, l'1% del totale. L'occorrenza di gravidanze gemellari è fortemente associata alla procreazione medico-assistita. Nella ex AUSL BA/2 il tasso di gravidanze plurime è risultato del 27,3% nelle donne che hanno concepito con tecniche di procreazione assistita rispetto allo 0,6% dei concepimenti naturali.

PERSONALE SANITARIO PRESENTE IN SALA PARTO

Escludendo i parti cesarei, al momento del parto è presente l'ostetrica nel 98,7%, il ginecologo nel 99,2%, il pediatra nel 72,7%, l'anestesista nel 25,9% e altro personale nell'87,1% dei casi. La presenza del ginecologo e dell'ostetrica al momento del parto è quindi un dato pressochè costante. Molto alta è risultata la presenza del pediatra. In Emilia Romagna, la presenza del pediatra è segnalata solo nel 32,5% dei parti nel 2005. Tale dato potrebbe riflettere una favorevole condizione organizzativa che consente la presenza del pediatra nei reparti dove avvengono il maggior numero di parti delle donne residenti nella ex AUSL BA/2 o una non corretta compilazione del CeDAP rispetto a questa informazione.

PRESENZA DI UNA PERSONA DI FIDUCIA

La presenza di una persona di fiducia in sala parto è un importante sostegno emotivo per la donna che affronta il parto e che per questo ricorre meno frequentemente all'analgesia ed è in generale più soddisfatta dell'esperienza. Purtroppo nel 40,7% dei parti, esclusi i cesarei, questa informazione non è riportata sui CeDAP della ex AUSL BA/2, inficiando in buona parte la possibilità di trarne indicazioni.

Tuttavia, si osserva che nel 46,7% dei casi in cui l'informazione è riportata si indica che nessuna persona di fiducia ha assistito la donna in sala parto. Nel 45,9% dei casi per cui l'informazione è disponibile si indica la presenza in sala parto del padre, nel 5,9% di un altro familiare e nell'1,4% di altra persona di fiducia. In Emilia Romagna la presenza di una persona di fiducia è riportata nel 90,8% dei parti.

Nonostante l'incompletezza dell'informazione disponibile è comunque abbastanza evidente che esiste una diversità fra le percentuali riscontrate nella ex AUSL BA/2 e in Emilia Romagna. Ciò suggerisce di accentuare l'attenzione su questo indicatore promuovendone la più attenta compilazione, verificandone la corrispondenza del risultato riscontrato nella ex AUSL BA/2 con quello complessivo della Puglia e, nel caso di conferma, ponendo attenzione ai possibili determinanti di questa minore presenza di parenti o persone di fiducia al momento del parto rispetto a quanto rilevato in altre regioni e della conseguente minore opportunità delle partorienti pugliesi di ricevere un importante sostegno psicologico in questa circostanza.

SEZIONE 4.B – IL NEONATO

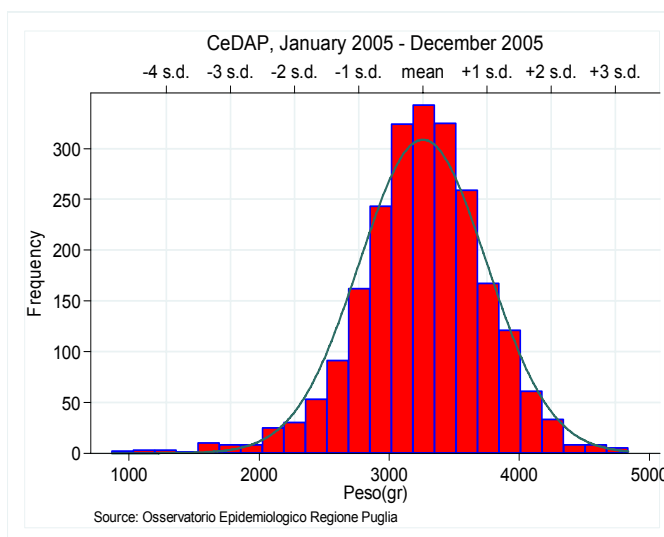
GENERE DEI NATI

Sono nati 1.158 bambini di sesso maschile (51,4%) e 1.116 di sesso femminile (48,6%). La variabile sesso non è risultata concordante con il tipo di genitali esterni in 2 neonati. Inoltre, in un caso di neonato di sesso maschile i genitali esterni sono stati indicati come indeterminati.

PESO ALLA NASCITA

Il basso peso alla nascita è un importante indicatore associato alla mortalità e morbosità neonatale. Tale associazione riguarda soprattutto i neonati di peso inferiore a 1.500 grammi. Il peso medio alla nascita è risultato pari a 3.260 grammi con un range compreso fra un minimo di 530 e un massimo di 4.840 grammi. I neonati di peso molto basso (<1.500 grammi) sono pari allo 0,5%, quelli di basso peso (<2.500 grammi) il 5,8%, mentre la percentuale di macrosoma (>4.000 grammi) è del 5,7%. In 2 casi sul totale di 11 neonati di peso molto basso (18,2%) i parti risultano avvenuti in strutture in cui non è prevista assistenza neonatale intensiva con la conseguente necessità di trasporto del neonato.

DISTRIBUZIONE DEI NATI PER PESO ALLA NASCITA			
PESO (GRAMMI)	NATI	%	% CUMULATA
< 1.000	4	0,2	0,2
1.000-1.499	7	0,3	0,5
1.500-2.499	121	5,3	5,8
2.500-3.999	2.033	88,5	94,3
≥ 4.000	130	5,7	100,0



E' stata indagata l'associazione fra il basso peso alla nascita con la scolarità materna, l'età materna e la parità.

ANALISI MULTIVARIATA	OR (I.C.)
ETÀ MATERNA FINO A 24 ANNI VS ETÀ 25-34 ANNI	0,76 (0,41 – 1,41)
ETÀ MATERNA ≥ 35 ANNI VS ETÀ 25-34 ANNI	1,41 (0,91 – 2,20)
DIPLOMA SCUOLA MEDIA SUPERIORE VS LAUREA	1,37 (0,73 – 2,58)
LICENZA ELEMENTARE-MEDIA INFERIORE VS LAUREA	1,41 (0,74 – 2,66)
PRIMIPARA	1,60 (1,09 – 2,34)

La condizione di primipara è quella maggiormente associata al rischio di basso peso alla nascita. Una primipara ha una probabilità 1,6 volte maggiore di una multipara di avere un figlio di peso <2.500 grammi. L'associazione con questa variabile è l'unica statisticamente significativa fra quelle indagate. Le donne con scolarità media superiore e licenza elementare o media inferiore sono entrambe caratterizzate da un rischio maggiore rispetto alle laureate di avere un figlio di basso peso. Entrambe queste associazioni non sono statisticamente significative ma gli OR stimati sono abbastanza simili a quelli di altri analoghi studi. Nell'analisi multivariata queste stime tengono conto della diversa distribuzione dell'età fra le donne con differente titolo di studio.

L'età materna fino a 24 anni è associata a un rischio minore (fattore protettivo) di avere un figlio di basso peso rispetto alle donne che partoriscono in età 25-34 anni. L'età materna ≥ 35 anni è invece un fattore di rischio. Pur non essendo significativi (gli intervalli di confidenza comprendono 1), i valori degli OR per classe di età suggeriscono l'esistenza di un trend crescente del rischio di basso peso alla nascita all'aumentare dell'età e quindi sottolineano l'importanza di tener conto dell'età materna come fattore associato al peso alla nascita del neonato in ogni analisi che indaghi il ruolo di altre variabili come parità, deprivazione, patologie materne e gravidanza.

Riguardo all'età gestazionale, i neonati a termine di basso peso sono stati 66, pari al 2,9% di tutti i nati; 75 neonati pretermine su un totale di 136 hanno un peso superiore a 2.500 grammi. La nascita di un neonato macrosoma (peso ≥ 4.000 grammi) si verifica più frequentemente fra le multipare (6,8%) rispetto alle nullipare (4,4%). L'associazione è risultata statisticamente significativa (chiquadrato 5.72; probabilità 0,02).

Rispetto alla scolarità la percentuale di macrosomi è 3,6% nelle laureate, 5,4% nelle donne con diploma di scuola media superiore e 6,2% in quelle con scolarità medio-bassa. Pur non raggiungendo la significatività statistica (test chiquadrato del trend degli odds ratio = 2,32; probabilità 0,13), c'è comunque l'indicazione per un incremento del rischio di nascita di un macrosoma con il basso titolo di studio da verificare in una successiva analisi su più ampia base di dati. Non c'è invece associazione fra macrosomia fetale ed età materna.

PUNTEGGIO APGAR E VITALITÀ

Il punteggio APGAR a 5 minuti dalla nascita è un importante indicatore di sofferenza fetale. In un solo caso il punteggio è risultato 3, indice di grave sofferenza. E' risultato compreso fra 4 e 7 in 20 neonati (0,9%). L'1,8% dei neonati è stato sottoposto a rianimazione; tra questi ci sono tutti i neonati con APGAR fino a 6, il 18,8% di quelli con APGAR 7 e percentuali progressivamente minori nei punteggi APGAR maggiori. Il CeDAP può costituire una fonte di rilevazione della natimortalità. Fra le donne della ex AUSL BA/2 sono stati segnalati 5 nati morti con un tasso calcolato rispetto al totale delle nascite rilevate dal CeDAP del 2,2‰. Rispetto al totale dei nati del 2005 riportato dall'ISTAT il tasso scende al 2‰. E' necessario osservare che questo risultato, calcolato su un numero molto basso di eventi, è fortemente condizionato dalla incompletezza della base dei dati utilizzata.

MALFORMAZIONI

La presenza di malformazioni alla nascita è rilevata dal CeDAP. Si ritiene tuttavia che diverse malformazioni diagnosticate nei giorni successivi alla diagnosi non vengano riportate sul certificato portando a una sostanziale sottostima della loro presenza. Nei CeDAP della ex AUSL BA/2 è riportata la presenza di 11 nati portatori di malformazioni che rappresentano lo 0,5% dei nati. Si osserva che 6 delle 11 segnalazioni di nati con presenza di malformazioni provengono da un unico ospedale, cosa che può far pensare all'esistenza di comportamenti disomogenei nelle procedure di diagnosi e compilazione del CeDAP relativamente a questa informazione.

SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI

Il Rapporto sulla Natalità della ex AUSL BA/2 è basato sulla elaborazione dei Certificati di Assistenza al Parto (CeDAP) relativi alle nascite da donne residenti nei Comuni di Bitonto, Corato, Giovinazzo, Molfetta, Palo del Colle, Ruvo di Puglia e Terlizzi nell'anno 2005 e comprende l'85,9% dei parti registrati con le Schede di Dimissione Ospedaliera.

Natalità e Fecondità

L'analisi della natalità in Italia e Provincia di Bari nel ventennio 1986-2005 mostra una drastica riduzione della forbice esistente tra le due realtà territoriali esaminate. Infatti, se a livello nazionale il tasso di natalità registra un lieve decremento passando dal 9,7‰ del 1986 al 9,5‰ del 2005, nella Provincia di Bari lo scostamento verso il basso è decisamente rilevante (13,2‰ nel 1986, 9,9‰ nel 2005), tale da raggiungere valori prossimi a quelli medi nazionali. Nel decennio 1996-2005, il tasso di natalità medio nazionale sale dal 9,2‰ al 9,5‰, mentre a livello provinciale scende dall'11,4‰ al 9,9‰. Nella ex AUSL BA/2 il decremento della natalità è ancor più accentuato, con il relativo tasso che passa dall'11,6‰ del 1996 al 9,7‰ del 2005.

Relativamente alla fecondità, ed in particolare al tasso di fecondità totale (TFT) o numero medio di figli per donna, l'andamento è analogo a quello osservato per il tasso di natalità. Nel 2004, il TFT provinciale (1,35) è pressoché identico a quello nazionale (1,34) ma registra un decremento consistente rispetto al 1986 (1,68) mentre è trascurabile il calo del dato nazionale. Nel 2005, il TFT nella ex AUSL BA/2 è pari a 1,27, valore decisamente lontano da quello di poco superiore a 2 considerato necessario a garantire il ricambio generazionale e la stabilità della popolazione, stanti gli attuali livelli di mortalità.

Caratteristiche socio-demografiche

L'età media delle madri al momento del parto è in costante aumento ed è risultata pari a 30,8 anni con un range compreso fra 15,9 e 47,2 anni. La percentuale di donne di età uguale o superiore a 35 anni è del 20,7% e quella di minorenni è pari allo 0,7%. La frequenza di madri non coniugate (nubili, separate, divorziate o vedove) è il 7,4%. La frequenza della condizione di nubile è maggiore fra le donne con bassa scolarità ed è molto alta fra le donne con cittadinanza straniera. Il 48,5% delle donne ha scolarità bassa, il 36,1% ha conseguito il diploma di scuola media superiore e il 12% la laurea. I padri hanno scolarità bassa nel 54,8% dei casi e solo nel 9,1% dei casi hanno conseguito la laurea. Nel 38,4 dei casi entrambi i genitori hanno bassa scolarità. Il 38,4% delle partorienti risultano occupate, il 58% casalinghe e il 6,2% sono disoccupate o in cerca di prima occupazione. Il 92,1% dei padri sono occupati, il 7,2% disoccupati. Considerando le casalinghe non occupate la percentuale in cui entrambi i genitori non sono occupati è del 6,1%. La presenza di donne con cittadinanza straniera è limitata al 2% delle partorienti. La maggioranza di esse (67,4%) proviene dai paesi dell'Europa dell'Est. Le donne alla prima gravidanza rappresentano il 41,1% del totale e quelle al primo parto, tenuto conto anche di precedenti aborti o interruzioni spontanee della gravidanza, rappresentano il 48,2% del totale.

La Gravidanza

L'88,9% delle donne ha effettuato 4 o più visite in gravidanza, il 10,7% un numero fra 1 e 4 e lo 0,4% nessun controllo. Assumendo come indicatore negativo l'esecuzione della prima visita a 12 o più settimane di gestazione, esso ricorre nel 14% dei casi. Tendono a eseguire un basso numero di controlli le donne multipare rispetto alle nullipare, le non coniugate rispetto alle coniugate. Tendono a eseguire tardivamente la prima visita medica le donne con scolarità bassa rispetto a quelle con scolarità alta, quelle con età inferiore a 25 anni rispetto alle più anziane e le non coniugate rispetto alle coniugate. Eseguono un numero di ecografie certamente insufficiente l'1,2% delle donne. Ha fatto ricorso alla

procreazione assistita l'1,1% del totale delle partorienti. Il 13,8% delle donne ha fatto almeno un'indagine prenatale invasiva (amniocentesi, villo coriali o funicolocentesi). Dopo i 35 anni la frequenza sale al 47,2%, per cui nonostante l'offerta attiva in questa fascia di età, oltre una donna su due non effettua alcun esame. Il tasso di gravidanza pretermine è pari al 5,7%

Il Parto

I parti delle donne residenti nei Comuni della ex AUSL BA/2 si concentrano principalmente nei punti nascita di Corato e Bari. In questi due comuni e in quelli di Bisceglie, Molfetta e Andria si verifica il 97% dei parti. L'82,5% delle donne partorisce in un istituto di ricovero pubblico, il 17,5% in uno privato. Sono da considerare in mobilità rispetto alla nuova USL della Provincia di Bari il 14,2% dei parti. La quota dei parti fuori regione (fonte SDO) è solo lo 0,8% del totale. Il parto è indotto nel 15,4% dei casi escludendo i tagli cesarei elettivi. I parti sono avvenuti per via vaginale nel 51,7% dei casi (lo 0,8% per via vaginale operativa), nel 48,3% trattasi di taglio cesareo elettivo o in travaglio. Al parto vaginale è presente il ginecologo nel 99,2% e l'ostetrica nel 98,7% dei casi. L'espletamento del parto con taglio cesareo è risultato significativamente associato con la bassa scolarità, l'età materna ≥ 35 anni e la condizione di primipara. La percentuale di tagli cesarei standardizzata per classe di Robson sulla distribuzione dei parti dell'Emilia Romagna è risultata pari a 43,9%. Rispetto a questa Regione i maggiori scostamenti verso una maggiore frequenza di cesarei si osservano nella classe I e II. Pur nei limiti della compilazione di questa informazione, è emerso che, escludendo i cesarei, in una cospicua percentuale dei casi (46,7%) non è presente alcuna persona di fiducia al momento del parto.

Il Neonato

Il peso medio dei neonati è pari a 3.260 grammi. Il 5,8% dei nati è risultato di basso peso (<2.500 grammi) e lo 0,5% di peso molto basso (<1.500 grammi). Le primipare hanno un rischio significativamente maggiore delle multipare di avere un figlio di basso peso. L'1,8% dei neonati è stato sottoposto a rianimazione.

Rispetto alla scolarità, come indicatore di disuguaglianza sociale, sono risultate statisticamente significative le associazioni fra:

- l'esecuzione di un primo controllo tardivo (dopo la 12ma settimana) nelle donne con bassa scolarità rispetto a quelle con scolarità medio-alta;
- la mancata esecuzione di indagini invasive nelle donne con scolarità medio-bassa rispetto a quelle con scolarità alta (laurea);
- l'esecuzione di un taglio cesareo nelle donne con bassa scolarità rispetto a quelle con scolarità medio-alta.

RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia l'OER Puglia per aver messo a disposizione la base di dati e gli Autori dei tre Rapporti sui dati del Certificato di Assistenza al Parto dell'Emilia Romagna. Il loro bellissimo lavoro è stato una guida e un termine di confronto costante nello svolgimento di questo rapporto.