

Università di Napoli Federico II

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

Regione Campania

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

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



RAPPORTO SULLA NATALITÀ IN CAMPANIA

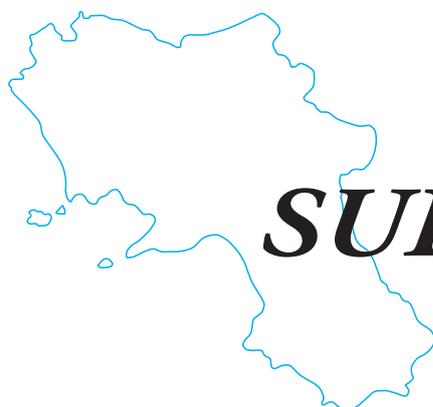
2014

A cura di

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

Napoli, Giugno 2016

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



RAPPORTO SULLA NATALITÀ IN CAMPANIA

2014

A cura di

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

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

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

Sistema di Sorveglianza della Natalità in Campania

Responsabile Scientifico

Maria Triassi

Responsabile del procedimento

Barbara Morgillo

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

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

Compilazione e informatizzazione dei CedAP

Operatori dei Centri Nascita

Coordinamento: circuito informativo, stage di formazione

A. Cristofanini, D.G. Tucci, V. De Martino

Controllo di qualità dei dati, stesura dei Rapporti di ASL

Responsabili e Referenti CedAP dei SEP

A. Simonetti, P. Nasti (NA 1 Centro). A. Parlato,

C. Ciliberti, F. Peluso, M. Pelliccia (NA 2 Nord).

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

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

A. Citarella (Benevento).

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

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

M.L. Trabucco, F. Bergamasco (Caserta).

E. Maio (Università Federico II - Dip. Sanità Pubblica).

Gestione informatica

Carlo De Sterlich

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	»	17
2. Mortalità Materna	»	25
3. Mortalità Feto-Infantile	»	26
4. Caratteristiche socio-demografiche dei genitori	»	28
4.1. Nati per stato civile della madre	»	28
4.2. Nati per livello di istruzione e condizione lavorativa materna e paterna	»	30
4.3. Nati per classe di età materna e paterna	»	33
4.4. Nati da cittadini immigrati	»	34
5. Gravidanza	»	37
5.1. Anamnesi ostetrica: ordine di nascita, abortività	»	37
5.2. Cure prenatali: epoca della prima visita, numero di visite e di ecografie in gravidanza	»	39
5.3. Diagnosi prenatale	»	41
5.4. Decorso della gravidanza	»	42
5.5. Nati da procreazione assistita (PA)	»	42
6. Nati per caratteristiche fetali	»	47
6.1. Nati per mese di nascita, sesso e vitalità	»	47
6.2. Nati per classe di età gestazionale	»	50
6.3. Nati per genere del parto	»	54
6.4. Nati per classe di peso	»	57
6.5. Nati per presentazione e genere del parto	»	62
6.6. Indice di Apgar a 5 minuti	»	62
7. Caratteristiche dei parti	»	64
7.1. Mobilità intra ed extraregionale per il parto	»	64
7.2. Nati per luogo del parto	»	66
7.3. Nati per tipo di parto	»	71
7.4. Caratteristiche materne e neonatali, tipologia della struttura e tipo di parto	»	73
7.5. Presenza di familiari in sala parto	»	76
7.6. Classificazione dei parti secondo Robson	»	77
7.7. Caratteristiche dei centri nascita della Campania	»	79
Bibliografia	»	84
Tabelle e figure	»	89
<i>Allegato: Modello CedAP</i>	»	139

Elenco delle figure e delle tabelle

- Tab. 1 Copertura del sistema
- Tab. 2 Dati omessi per singola variabile
- Tab. 3 Italia e regioni italiane: scenario demografico, anno 2014
- Fig. 1 Italia e Campania: popolazione femminile per classe di età, anno 2014
- Fig. 2 Regioni italiane: saldo migratorio, anno 2014
- Fig. 3 Regioni Italiane: tasso di crescita naturale anno 2014
- Fig. 4 Nati in Italia, Lombardia e Campania, anni 2002-2014
- Tab. 4 Nati per stato civile della madre
- Tab. 5 Caratteristiche materne e neonatali per cittadinanza materna, nati singoli
- Fig. 5 Livello di istruzione materna per stato civile
- Fig. 6 Livello di istruzione ≤ 8 anni: 2009-2014 (dati CedAP)
- Tab. 6 Nati per livello di istruzione materna
- Tab. 7 Nati per livello di istruzione paterna
- Tab. 8 Nati per condizione lavorativa materna
- Tab. 9 Nati per condizione lavorativa paterna
- Fig. 7 ASL della Campania per numero di nati, proporzione di padri non occupati e di madri con istruzione uguale o inferiore ad 8 anni
- Tab. 10 Nati per classe di età materna
- Fig. 8 Nati per classe di età materna, anni 2010-2014 (dati CedAP)
- Tab. 11 Principali paesi di provenienza delle madri e dei padri stranieri
- Fig. 9 Nati da madri e padri stranieri per Paese di provenienza
- Fig. 10 Nati da almeno un genitore immigrato
- Fig. 11 Distribuzione percentuale delle donne italiane e straniere in Campania per classe di età, anno 2014 (Istat)
- Tab. 12 Nati per ordine di nascita
- Tab. 13 Nati per epoca della prima visita
- Tab. 14 Caratteristiche socio-demografiche e epoca della prima visita
- Tab. 15 Caratteristiche socio-demografiche e numero di visite, nati singoli
- Tab. 16 Numero di Ecografie, nati singoli
- Tab. 17 Frequenza dell' amniocentesi per età materna
- Tab. 18 Caratteristiche socio-demografiche e indagini invasive di diagnostica prenatale
- Fig. 12 Distribuzione per genere dei parti da procreazione assistita

- Fig. 13 Distribuzione dei parti dopo procedure di procreazione assistita nelle ASL della Campania
- Tab. 19 Nati da P.A. per residenza materna - Metodo utilizzato per la P.A.
- Tab. 20 Nati per vitalità e provincia di residenza
- Tab. 21 Fattori di rischio per natimortalità nei nati singoli
- Tab. 22 Nati per classe di età gestazionale
- Tab. 23 Nati vivi e nati morti per genere, classe di età gestazionale e di peso
- Tab. 24 Parti per genere, tipo e classe di età gestazionale
- Tab. 25 Nati per presentazione e genere del parto
- Tab. 26 Nati per classe di peso
- Fig. 14 Nati per classi di peso e livello della struttura di nascita
- Tab. 27 Fattori di rischio per basso peso, nati singoli
- Tab. 28 Indice di Apgar a 5' e caratteristiche dei nati
- Tab. 29 Mobilità legata al parto nella regione Campania
- Tab. 30 Nati per tipologia della struttura di nascita
- Tab. 31 Nati per dimensione della maternità e tipo di struttura
- Tab. 32 Principali caratteristiche dei nati in strutture pubbliche o private
- Fig. 15 Nati da taglio cesareo nelle strutture pubbliche e private della Campania, anni 2004-2014
- Fig. 16 Caratteristiche materne per tipo di struttura
- Fig. 17 Numero di nati, proporzione di Cesarei e di VLBW in strutture con e senza Terapia Intensiva Neonatale
- Tab. 33 Nati singoli per tipo di parto
- Fig. 18 Nati singoli da taglio cesareo e da parto vaginale per età gestazionale
- Tab. 34 Fattori di rischio per taglio cesareo nei nati singoli
- Fig. 19 Nati da taglio cesareo per ordine di nascita e classe di età materna
- Fig. 20 Età media al parto e parto cesareo in Italia e Campania, anni 2002-2014
- Fig. 21 Percentuale di parti e proporzione di cesarei nei 10 gruppi di Robson
- Fig. 22 Percentuale di parti in strutture pubbliche e private nei 10 gruppi di Robson
- Fig. 23 Proporzione di cesarei in strutture pubbliche e private nei 10 gruppi di Robson
- Tab. 35 Dati relativi alle singole maternità della Campania, anno 2014

Presentazione

Il “Rapporto sulla Natalità in Campania anno 2014”, è giunto alla sedicesima pubblicazione. Il Rapporto è curato dal Dipartimento di Sanità Pubblica dell’Università Federico II di Napoli, in convenzione con l’Osservatorio Epidemiologico Regionale, nell’ambito delle attività legate al Flusso Informativo sulla Natalità e Natimortalità, con il Certificato di Assistenza al Parto (CedAP). Sono presentati i dati contenuti nei CedAP, inviati da 67 centri nascita, relativi a 52.079 parti e 53.078 nati nel 2014, con una copertura del sistema pari al 99,3%.

La Campania continua ad essere una delle regioni più giovani d’Italia, caratterizzata da una prevalenza di donne in età fertile (46,3% della popolazione femminile) più alta rispetto a quella media italiana e da un indice di vecchiaia (109,4) minore di quello nazionale (154,1). Tuttavia la proporzione di donne in età fertile e il tasso di natalità (8,7‰), ancora maggiore di quello italiano (8,3‰), sono in continua diminuzione in tutte le province e così il numero di nati in regione da madri residenti continua a diminuire riducendosi di circa diecimila unità in soli otto anni (da 61.800 nel 2007 a 51.243 nel 2014; dati Istat). Contestualmente, il tasso di fecondità totale (TFT), pari a 1,32 figli per donna, si conferma inferiore alla media nazionale italiana (1,37 figli per donna), l’indice di vecchiaia aumenta e, per la prima volta, si registra in Regione un saldo naturale negativo. Questo dato suggerisce un trend di invecchiamento della popolazione campana, come nelle altre regioni del Sud, più rapido che nelle regioni del Nord e Centro Italia.

La persistente crisi economica svolge un ruolo importante nelle scelte procreative delle coppie, imponendo loro un continuo rinvio della scelta genitoriale. Così continua lentamente ad aumentare l’età media al parto delle donne campane con cittadinanza italiana che attualmente si attesta a 31,2 anni, valore molto vicino ormai al valore medio nazionale di 32,1 anni. Anche l’età media delle madri provenienti dai paesi ad elevato flusso migratorio tende a salire, a conferma del clima congiunturale sfavorevole. Le difficoltà economiche delle famiglie sono evidenziate anche dal fatto che solo il 12% dei nati presenta un ordine di nascita superiore a due. Sarà interessante valutare se i recenti provvedimenti governativi a sostegno delle famiglie (“bonus bebè” e stanziamenti a favore delle famiglie

numerose), introdotti a partire dal 2015, porteranno nel futuro gli auspicabili vantaggi demografici attesi.

In relazione alle informazioni sulle caratteristiche dei parti e dei nati, risulta stabile il tasso dei parti provenienti da una procreazione medicalmente assistita (12%); tuttavia tra queste gravidanze si segnala ancora una percentuale di parti trigemellari superiore alla media italiana. Il tasso di natimortalità, pari al 2,6 ‰, è tra i più bassi d'Italia; questo dato, ormai stabile negli anni, costituisce l'unico elemento positivo registrato in una regione che presenta numerose lacune da colmare nel settore perinatale. L'analisi degli esiti delle gravidanze indica che la proporzione dei nati più vulnerabili è simile a quella delle altre regioni italiane: in particolare i gemelli sono il 3,9% del totale e quelli con peso molto basso alla nascita l'1%. Non viene confermato nel 2014 l'incremento del tasso di parti pretermine (6,1%) segnalato nell'anno precedente, mentre si conferma elevata la quota di nati con basso peso alla nascita (7,9%). Pur in assenza di dati che attestino la presenza di elevate quote di nati con severo ritardo di crescita intrauterina (<3° percentile), l'elevata prevalenza di neonati con basso peso potrebbe essere correlata al progressivo aumento dell'età materna e/o a inadeguata qualità delle cure pre e postconcezionali. L'analisi dei dati infatti permette di individuare in particolare alcuni gruppi di madri a maggior rischio socio-sanitario: le immigrate, le nubili, le donne con basso livello di istruzione e padre non occupato, caratterizzati da tardivo inizio delle visite in gravidanza e da peggiori esiti neonatali. Tuttavia il pesante divario socio-economico esistente tra la Campania e le altre Regioni, in particolare settentrionali, giustifica solo in parte i più alti tassi di mortalità neonatale che continuano ad essere registrati in Campania e su cui incide evidentemente anche un'organizzazione delle cure perinatali e neonatali insoddisfacente. Nel 2014 sono stati attivi in Campania 67 centri nascita che, seppur in diminuzione rispetto agli anni precedenti, sono ancora numerosi; infatti il numero medio di nati per centro nascita, pari a 792 è più basso della media italiana (974). Le percentuali dei parti assistiti nei 20 centri di piccole dimensioni (13%) e dei nati in quelli privati (44,3%) sono significativamente maggiori di quelle corrispondenti italiane, rispettivamente 8% e 11,7%.

In una regione sottoposta ancora al commissariamento per la Sanità, l'assistenza alla gravidanza e al parto continua ad essere fortemente rappresentata dal settore privato, dove spesso si registra un maggior rischio di medicalizzazione dell'evento nascita. Al numero eccessivo di controlli ed ecografie prenatali, si associa ancora una volta una percentuale di ricorso al taglio cesareo molto elevata, del 58,9%; valore purtroppo stabile da anni a livello regionale, ma con ampie differenze intraregionali legate all'area geografica, alla dimensione e alla tipologia

dei centri nascita. Tali differenze non sempre sono coerenti con le caratteristiche delle gravide assistite, anzi i tassi più alti di taglio cesareo si registrano dove si ricoverano partorienti a basso rischio ostetrico, e in particolare nei punti nascita di piccole dimensioni e privati. L'unica nota positiva è costituita dalla lieve riduzione del ricorso al taglio cesareo nei parti primari in quasi tutti i punti nascita; la riduzione infatti del taglio cesareo potrà avvenire solo quando si ridurrà drasticamente la percentuale di taglio cesareo eseguito al primo parto. Anche le ultime linee guida sul taglio cesareo, recentemente pubblicate dal Ministero della Salute, se ben applicate, aiuteranno a ridurre la quota di taglio cesareo effettuato ai soli fini di medicina difensiva. Si resta quindi in attesa di valutare gli effetti del prossimo nuovo Piano Ospedaliero Regionale, che ci si augura, attraverso una attenta valutazione integrata dei dati epidemiologici rilevati dai CedAP e dalle SDO, riesca a riorganizzazione i punti nascita e i centri di assistenza neonatale, nel rispetto di quanto già da tempo stabilito nell'Accordo Stato-Regioni del 2010, recepito anche dalla Regione Campania.

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

MARIA TRIASSI

DATI EPIDEMIOLOGICI RELATIVI ALLA NATALITÀ IN CAMPANIA NEL 2014

Superficie Km ² (Istat)	13.671
Abitanti (Densità per Km ² 422) (Istat)	5.766.810
Donne di 15-49 anni (Istat)	46,3%
Madri con scolarità < 8 anni	34,5%
Età media delle madri al parto	31,2 anni
Età media delle madri al parto del primo figlio	29,5 anni
Padri occupati	82,2%
Nati vivi da madri residenti	50.907
Nati da madri immigrate	7,1%
Tasso di natimortalità	2,58‰
Parti da Procreazione Assistita	12‰
Nati da Procreazione Assistita	15,3‰
Parti pretermine	6,06%
Nati pretermine	6,94%
Parti gemellari	1,93%
Gemelli	3,87%
Nati di peso < 2.500 grammi	7,91%
Nati di peso < 1.500 grammi	0,94%
Nati di peso > 3.999 grammi	3,61%
Nati con Indice di Apgar a 5 min. 1-3	0,2%
Nati con Indice di Apgar a 5 min. < 7	0,6%
Totale centri nascita	67
Centri nascita con numero di nati per anno < 500	20
Nati nei centri nascita privati	44,3%
Parti Cesarei	58,9%
Nati da parto cesareo	59,9%

IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLA NATALITÀ IN CAMPANIA

METODOLOGIA

1. Circuito informativo. Verifica di qualità dei dati

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

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

I dati CedAP vengono informatizzati in tutti i centri nascita da operatori incaricati che utilizzano il programma EPIDATA, un software appositamente configurato e annualmente aggiornato a cura del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università Federico II di Napoli; successivamente i file prodotti vengono inviati ai Servizi di Epidemiologia e Prevenzione (SEP) delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) territorialmente competenti. In ogni SEP un referente ha il compito di verificare la qualità dei dati: in particolare vengono eliminati i CedAP che risultano duplicati o inutilizzabili per la carenza di informazioni, si correggono eventuali incongruenze e si provvede con inchiesta telefonica al recupero dei dati omessi.

I file sono quindi inviati all'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) ed infine al Dipartimento di Sanità Pubblica - Sezione di Igiene dell'Università Federico II di Napoli dove viene effettuato un ulteriore controllo di qualità dei dati: per i CedAP che presentano diagnosi

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

di vitalità dubbia, si richiede ai SEP un'ulteriore verifica presso i centri nascita. Invece, per i dati relativi ai gemelli, si provvede al loro recupero quando sono riportate le informazioni di uno solo di essi. La valutazione di incongruenze tra variabili fondamentali quali, sesso, vitalità, genere, peso, età gestazionale, permette di verificare che la distribuzione dei dati omessi non generi distorsioni. L'OER inoltra ogni 6 mesi i file definitivi al Ministero della Salute e all'Ufficio Statistico Regionale come previsto dalla normativa nazionale vigente.

2. Elaborazione e analisi dei dati

Per l'elaborazione dei dati sono stati utilizzati i programmi EPI-INFO 3, Access ed Excel. I dati epidemiologici analizzati nella presente pubblicazione, riguardano 53.078 nati nell'anno 2014, di cui 50.907 sono nati vivi da madri residenti in Campania, 1.955 da madri non residenti in Campania, 137 nati morti e 79 sono casi in cui manca il dato della residenza o si tratta di madri residenti all'estero.

In tutte le tabelle e le figure presenti nel rapporto sono considerati globalmente i nati, vivi e morti, singoli e gemelli a meno che non diversamente specificato.

L'analisi dei dati socio-demografici è stata condotta considerando il totale di 52.179 parti. Il numero dei nati riportati nelle tabelle e nelle figure risulta non sovrapponibile, in relazione al variare della frequenza di dati mancanti per le singole variabili.

Riguardo alla nazionalità delle madri, il termine non italiana o immigrata o straniera si riferisce a "donna straniera proveniente da paesi con alto flusso migratorio" (PFPM); i dati relativi a 198 nati da madri non italiane, provenienti da paesi a basso flusso migratorio, non sono stati considerati nell'elaborazione delle tabelle.

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

La suddivisione delle ASL rispetta le indicazioni della recente Legge Regionale¹: per le province di Caserta, Avellino, Benevento e Salerno è prevista una sola ASL, per la provincia di Napoli le ASL sono tre: ASL Napoli 1 Centro, ASL Napoli 2 Nord, ASL Napoli 3 Sud. I risultati sono presentati sotto forma di distribuzioni di frequenza semplici, tabelle di contingenza multiple e tassi grezzi. Per valutare la significatività statistica delle differenze per alcune variabili è stato calcolato il rischio relativo (RR) con analisi univariata e intervallo di confidenza (IC al 95%).

3. Copertura del sistema, completezza e accuratezza dei dati

La raccolta dei CedAP relativi all'anno 2014 è stata completata il 31/03/2015.

Entro tale data, alla Sezione di Igiene del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università Federico II di Napoli sono pervenute 52.266 schede CedAP (parti) compilate da 67 centri nascita campani.

A causa di dati incongruenti, incompleti o duplicati, sono state escluse 87 schede CedAP, in misura minore rispetto agli anni precedenti, pertanto l'analisi è stata condotta su 52.179 schede CedAP (parti), relative a 53.078 nati.

La copertura del sistema, pari al 99,3% per l'anno 2014, è valutata confrontando il numero di nati vivi da madri residenti risultante dai CedAP con il dato Istat, nonostante quest'ultimo includa anche i nati fuori regione da madri residenti in Campania (Tab.1). In tutte le province si riconferma per l'anno 2014 un miglioramento nella copertura: 100% per Napoli e Avellino, 96,6% Salerno, 96,0% Benevento e 93,3% Caserta. Le percentuali di dati omessi per le singole variabili presenti nella scheda CedAP non sono diminuite e sono sempre elevate per le cause di natimortalità (Tab. 2). Nell'anno 2014 sono stati notificati nei CedAP solo **32 casi di malformazioni per le quali non è stato possibile effettuare nessuna analisi.**

4. Formazione e aggiornamento degli operatori

La sorveglianza sulla natalità, basata sui dati CedAP ha avuto inizio in Campania nel 1998² con una convenzione tra l'Osservatorio Epidemiologico Regionale e il Dipartimento di Scienze Mediche Preventive dell'Università Federico II di Napoli e ha permesso di produrre dal 1999 un Rapporto Annuale sulla Natalità in Regione Campania. I Rapporti sono disponibili sul sito www.cedapcampania.org. Dal 1° gennaio 2002 il flusso informativo CedAP si è uniformato al dettato ministeriale³ che ha reso obbligatoria la sorveglianza sulle nascite in tutte le Regioni Italiane e ha prodotto le linee-guida per la raccolta, informatizzazione e trasmissione dei dati con modalità omogenea. L'attività è stata sempre integrata con la formazione degli operatori dei centri nascita e dei Servizi di Epidemiologia e Prevenzione (SEP) coinvolti nella sorveglianza; sono stati organizzati annualmente corsi di epidemiologia perinatale nei distretti sanitari delle province campane e in tali occasioni è stato fornito materiale didattico e vengono discusse linee-guida e percorsi metodologici

dell'attività di sorveglianza^{4,5}. Inoltre, per individuare e discutere le criticità del sistema nonché per valutare prospettive di miglioramento, si riunisce trimestralmente presso l'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER), il tavolo tecnico regionale costituito dai referenti dei SEP, dell'OER e del Dipartimento di Sanità Pubblica. I professionisti del settore, per migliorare la raccolta e la qualità dei dati, hanno da tempo proposto una semplificazione del modello CedAP, con l'integrazione di tutti i sistemi informativi già operanti in Campania nel settore perinatale⁶, come già sperimentato in altre realtà⁷. Inoltre, il coinvolgimento dei Consulenti Familiari nella sorveglianza epidemiologica della natalità, potrebbe contribuire alla continuità delle cure nel percorso nascita.

RISULTATI

1. Contesto socio-demografico: fecondità e natalità

Bilancio demografico in Italia e in Campania

I mutamenti sociali ed economici in atto negli ultimi anni nei Paesi europei, stanno contribuendo ad importanti cambiamenti delle dinamiche demografiche. In particolare, si sta configurando un contesto demografico sempre più sbilanciato tra i rapporti intergenerazionali delle principali componenti della popolazione (giovani, adulti, anziani). Nel panorama europeo, l'Italia è uno dei Paesi dove l'effetto congiunto di bassa fecondità e di elevata longevità, rendono il mutamento demografico particolarmente significativo.

Al fine di descrivere lo scenario demografico in cui si collocano i dati della natalità in Campania, nel presente rapporto è riportata una sintesi dei dati Istat sull'evoluzione demografica complessiva in Italia e Campania negli ultimi dieci anni⁸.

Al 1° gennaio 2015 i residenti in Italia sono 60.795.612 (+2,1% rispetto all'anno precedente) di cui 5.014.437 stranieri, pari all'8,2% dei residenti (7,4% nel 2013 e 6,8% nel 2012). La Campania alla stessa data conta 5.861.529 residenti, di cui più della metà nella provincia di Napoli (53,2%), il 18,9% nella provincia di Salerno e il 15,8% nella provincia di Caserta. Nelle province di Avellino e Benevento risiedono rispettivamente il 7,3 e il 4,8% della popolazione Campana.

Tabella - Popolazione residente in Campania al 01.01.2015 per provincia

Provincia	Popolazione residente	
	N	%
Napoli	3.118.149	53,2
Salerno	1.108.509	18,9
Caserta	924.614	15,8
Avellino	427.936	7,3
Benevento	282.321	4,8
Campania	5.861.529	100,0

La Regione registra per la prima volta un decremento pari a 8.436 unità (-0,1%, +1,7% nel 2013). Sul totale dei residenti, gli stranieri sono 217.503 (3,7 ogni 100 residenti) pari al 4,3% degli stranieri residenti in Italia (4,1% nel 2013).

Rispetto al dato nazionale e alle altre Regioni, la Campania continua a configurarsi come una delle regioni più “giovani” con il più basso indice di vecchiaia e un tasso di natalità tra i più elevati (Tab. 3) e la più alta percentuale di donne in età feconda (46,3% delle donne residenti in Campania vs 42,7% in Italia) (Fig.1). Prosegue, invece, il calo della quota di popolazione 0-14 anni pari al 15,4% dei residenti, anche se ancora più elevata della proporzione registrata a livello nazionale, pari al 13,7% (13,9% nel 2013).

Nonostante la Campania si collochi ancora tra le Regioni più “giovani,” il trend dell’invecchiamento della popolazione cresce costantemente e più rapidamente rispetto all’Italia. Negli ultimi 10 anni (2005-2014) (Fig. 1.A) confrontando l’andamento dell’indice di vecchiaia della Campania e dell’Italia, si osserva una variazione di 25 punti percentuali per la Campania e di 16 punti percentuali per l’Italia, rispettivamente dall’84,4% del 2005 al 109,4 % del 2014 e dal 138,1% del 2005 al 154,1 % del 2014. Nello stesso periodo l’età media in Campania è aumentata di 2,5 anni (da 37,7 a 41,1 anni) rispetto a 1,7 anni dell’Italia (da 41,9 a 44,2 anni) (Fig. 1.B).

Fig. 1.A - Indice di vecchiaia in Italia e Campania, anni 2005-2014

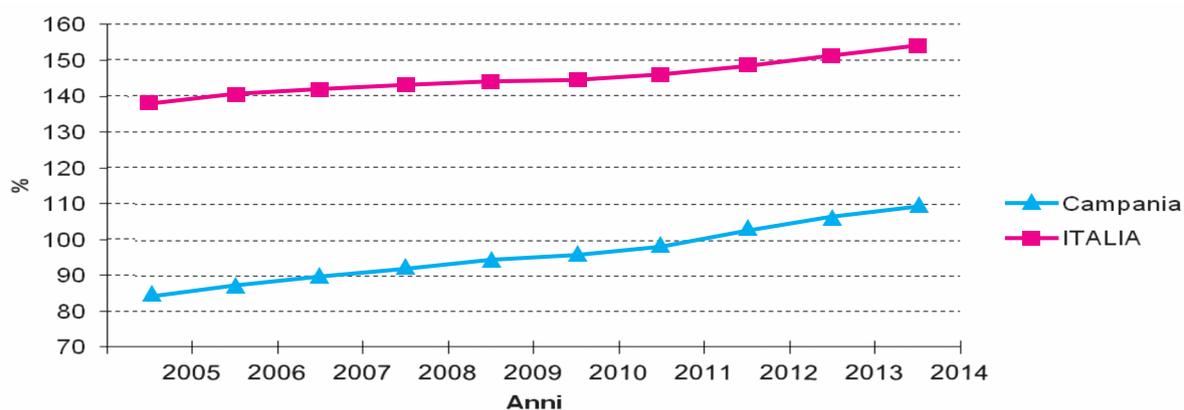
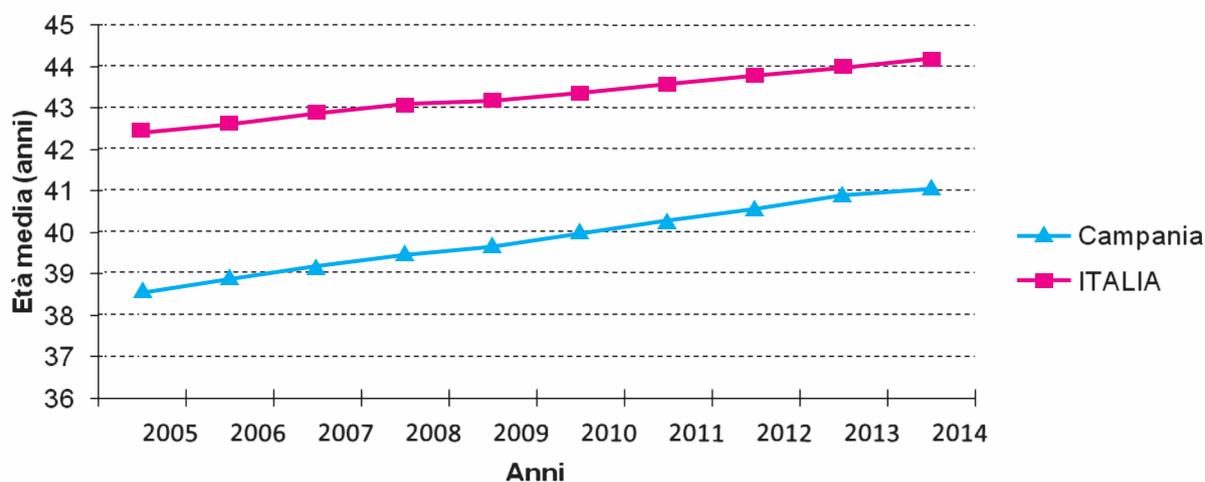
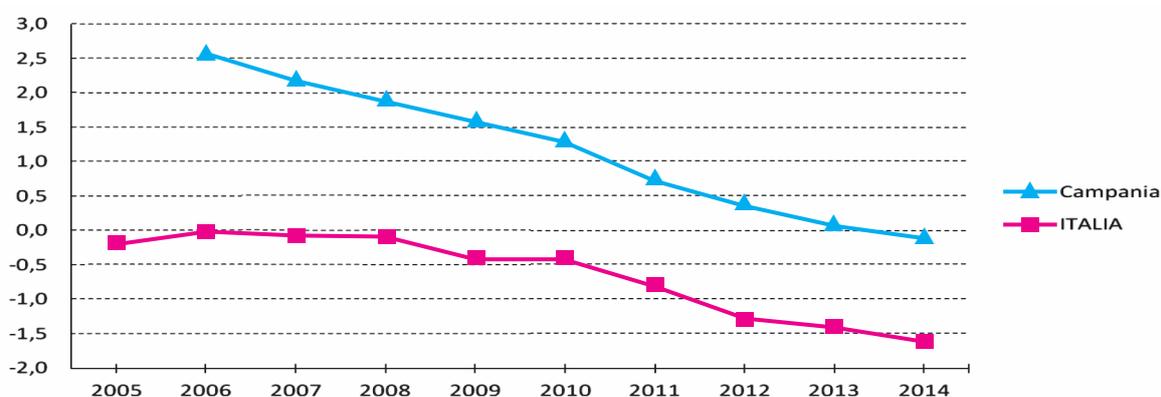


Fig. 1.B - Età media in Italia e Campania, anni 2005-2014



In Campania nel 2014, per la prima volta, il saldo migratorio (Fig. 2) è di segno negativo (-1,3). Nella figura 1.C è presentato il tasso di crescita naturale nell'ultimo decennio in Italia e Campania. La dinamica naturale nei dieci anni considerati mostra una costante diminuzione, sia a livello nazionale che regionale. Come riportato nel report Istat "Bilancio demografico nazionale - anno 2014", in Italia nel 2014, si registra un saldo negativo di 100.000 abitanti, che non si raggiungeva dal biennio 1917-1918, anni del primo conflitto mondiale. Anche in Campania il tasso di crescita naturale decresce rapidamente, passando dal 2,4 del 2005 allo 0,4 del 2012, fino a raggiungere il meno 0,1 nel 2014. La Regione, dunque, se nel 2013 mostrava per la prima volta una condizione di crescita zero, nel 2014 per la prima volta presenta una crescita naturale di segno negativo e la variazione osservata negli ultimi 10 anni è maggiore di quella rilevata a livello nazionale (-2,5 vs -1,4).

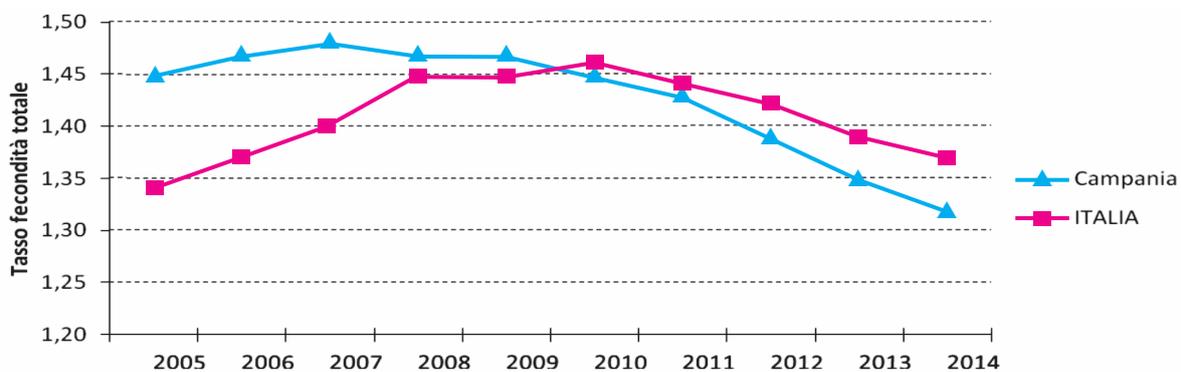
Fig. 1.C - Tasso crescita naturale per 1.000 abitanti Italia e Campania, anni 2005-2014



Tassi di Fecondità

Il Tasso di Fecondità Totale (TFT) in Italia e Campania negli ultimi 10 anni (2005-2014) (Fig 1.D), dopo un incremento fino al 2009, dal 2010 registra una progressiva diminuzione. Nel 2010 in Campania per la prima volta il TFT è inferiore a quello italiano (1,45 vs 1,46); nel 2014 si registra un numero medio di figli per donna comprese le straniere, di 1,32 rispetto a 1,37 dell'Italia. Se si considerano solo le donne straniere il TFT è di 1,77 rispetto a 1,97 dell'Italia¹⁰.

Fig. 1.D - Tasso di fecondità totale (TFT): Italia e Campania, anni 2005-2014



Nessuna regione del Centro e del Mezzogiorno presenta un livello di fecondità (Tab. 3) superiore a quello medio nazionale (1,37), eccetto la Sicilia (1,38). Tra le regioni del Nord si rilevano i valori di TFT più elevati: Trentino-Alto Adige 1,64, Valle D'Aosta 1,54, Lombardia 1,46 e Emilia Romagna 1,42. Il Molise (1,16), la Basilicata (1,15) e la Sardegna (1,10) presentano i più bassi TFT del Paese.

Tassi di Natalità

Secondo le stime Istat⁹ sono 502.596 i nati vivi in Italia al 1° gennaio 2015, 11.712 in meno rispetto al 1° gennaio 2014, e 51.243 i nati iscritti in anagrafe in Campania (10,1% dei nati in Italia), 1.542 in meno rispetto all'anno precedente.

La Campania negli ultimi 10 anni mostra un tasso di natalità (Fig. 1.E) più elevato rispetto al dato italiano, sebbene in calo così come registrato a livello nazionale. In par-

ticolare, in tale periodo in Campania la riduzione della natalità ha registrato un ritmo più rapido di quello osservato a livello nazionale. Dal 2005 al 2014 il tasso di natalità in Italia è passato dal 9,6‰ all'8,3‰ (-1,3‰) e in Campania dal 10,9 ‰ all'8,7‰ (-2,2‰).

In realtà in Campania e nelle altre regioni del Mezzogiorno, il decremento della natalità si è già iniziato a osservare tra il 1995 e il 2008, anni in cui, invece, nelle regioni del Centro e del Nord si sono registrati incrementi compresi tra l'11% del Trentino Alto Adige e il 30% della Lombardia, dovuti soprattutto alla presenza delle cittadine straniere. Il calo più rapido della natalità in Campania, è evidente osservarlo nella figura 4, in cui sono confrontati i trend del numero dei nati vivi in Campania e Lombardia nel periodo 2002-2014. Rispetto alla Lombardia, nella Regione dal 2006 si evidenzia una costante diminuzione dei nati con un decremento dal 2006 al 2014 di 13.859 nascite (-12,5%), mentre per la Lombardia il trend sale fino al 2009, per poi iniziare a diminuire a partire dal 2010, con un decremento dal 2006 al 2014 di 8.917 nascite (-9,3%) e dal 2010 di 11.576 (-11,8%).

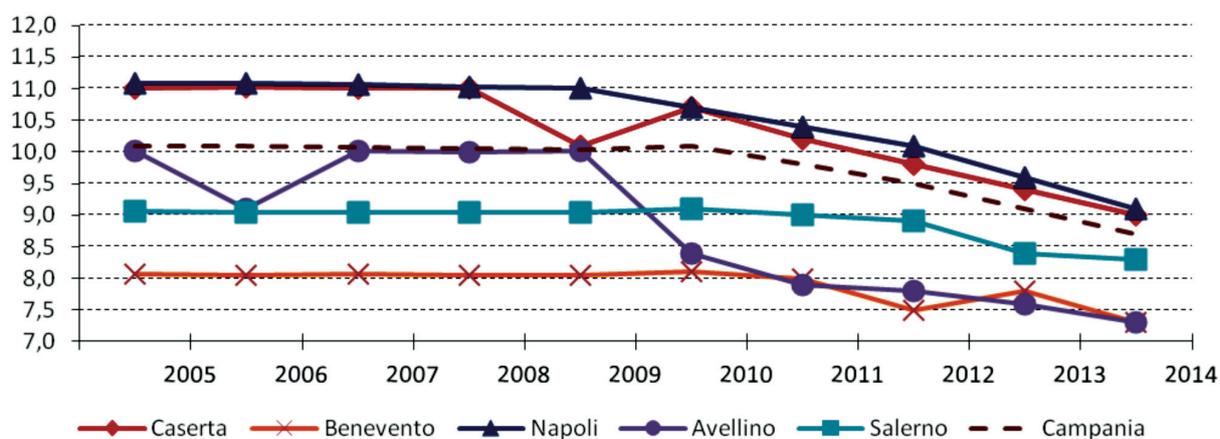
Fig. 1.E - Tasso di natalità per 1.000: Italia e Campania, anni 2005-2014



A partire dal 2010, il calo della natalità si rileva anche nelle province campane (Fig. 1.F). Anche per le province di Benevento e Salerno, a partire dal 2012 si osserva un decremento del tasso di natalità, stabile sino al 2011 con un tasso rispettivamente pari all'8‰ e al 9‰ sino al 7,3‰ e 8,3‰ del 2014.

Napoli e Caserta (circa 9 ‰) restano anche per il 2014 le due province con il tasso di natalità più alto della media regionale (8,7‰) e un'età media materna al parto rispettivamente di 30,7 e 31,1 anni (Campania 31 anni). Salerno (8,3‰), Avellino e Benevento (7,3‰), come negli anni precedenti, confermano tassi di natalità inferiori alla media regionale e un'età media al parto delle donne di 31,4 anni per Avellino e 32 anni per Benevento e Salerno.

Fig. 1.F - Tasso di natalità per 1.000 nelle province Campane, anni 2005-2014



Per quanto riguarda i nati da almeno un genitore straniero, in Italia nel 2013 l'Istat rivelava per la prima volta una diminuzione dei nati, registrando 3.239 nascite in meno rispetto al 2012. Nel 2014 tale dato si mantiene stabile con circa 104.000 nati da almeno un genitore straniero, pari al 20,7% del totale dei nati a livello nazionale (29% nel Nord e 8% nel Mezzogiorno). Prosegue, invece, la riduzione dei nati da entrambi i genitori stranieri, che con 75.067 nati nel 2014, sono scesi di 4.827 unità negli ultimi 2 anni (79.894 nel 2012 e 77.705 nel 2013).

Nel 2014 dai dati Istat, in Campania i nati da almeno un genitore straniero sono 3.743 pari al 7,3% dei nati nella Regione (6,6% del 2013). Sul totale dei nati da almeno un genitore straniero, in 2.304 casi (61,5%) entrambi sono stranieri e, di questi, il 96,1% provengono da PFPM.

L'analisi del bilancio demografico degli ultimi dieci anni in Italia e in Campania, evidenziata dai dati Istat, mostra una costante riduzione della quota di donne in età feconda (15-

49 anni) e della natalità a fronte di un innalzamento dell'età media della popolazione e dell'indice di vecchiaia. Questi fattori, insieme all'aumento della sopravvivenza, stanno gradualmente configurando un contesto demografico sempre più sbilanciato tra i rapporti intergenerazionali delle principali componenti della popolazione (giovani, adulti, anziani). Negli ultimi anni, la maggior parte dei paesi europei registra un aumento della popolazione in età anziana, un calo della quota di giovani, una riduzione dei tassi di fecondità con conseguente calo della natalità. Dal rapporto Istat "Noi Italia 2015"¹⁰, emerge che tra i 28 paesi UE, nel 2013 (ultimo dato disponibile) i Paesi con un indice di vecchiaia superiore al valore medio Europeo (116,5%), oltre l'Italia (151,4%) seconda dopo la Germania (158,4%), sono la Bulgaria, la Grecia, il Portogallo, la Lettonia, l'Austria, la Lituania, la Croazia, l'Ungheria, la Slovenia e Malta. Il Paese più giovane in assoluto è l'Irlanda (56%).

Dall'inizio della crisi, si è invertito il trend del numero totale di nati vivi in Europa, dopo una precedente tendenza al rialzo. Tra il 2008 e il 2011, il numero totale di nati vivi è sceso del 3,5%; i Paesi che hanno registrato un calo rispetto all'anno precedente sono 31. In molti paesi del Nord Europa e dell'Europa Occidentale, il TFT è superiore a 1,7, mentre nell'Europa Orientale e Meridionale, prevale il modello di bassa fertilità. Nei prossimi anni si prevede una chiara divisione tra l'Europa Nord e Occidentale con un relativo alto livello di fertilità, l'Europa orientale con un basso livello di fertilità e l'Europa centrale e meridionale, con una fertilità leggermente più alta, ma ancora al di sotto di 1,5 nati vivi per donna¹¹. A livello internazionale l'Italia nell'UE27 si trova al decimo posto e l'aumento del tasso di fecondità registrato fino al 2008 è stato principalmente determinato dalla crescita della presenza di donne immigrate nelle nostre regioni.

Secondo i dati Eurostat, nel 2014, i più alti tassi di natalità si sono registrati in Irlanda (14,4‰), Francia (12,4‰) e Regno Unito (12,0‰), a fronte di una media UE del 10,1‰¹².

Negli ultimi dieci anni, in Italia il rapporto tra la popolazione in età inattiva (0-14 anni e 65 anni e più) su quella attiva (15-64 anni) (indice di dipendenza strutturale) è aumentato dal 52,5% al 54,6% e in Campania dal 48% al 49%. Nello stesso periodo l'indice di vecchiaia, è passato dal 148,6% del 2011 al 157,7% del 2014.

Prosegue anche nel 2014 la forte riduzione della natalità. I cambiamenti della struttura della popolazione femminile in età feconda e la concomitante crisi economica, sono da considerarsi i principali fattori legati alla denatalità. Già da alcuni anni si è esaurito il contributo dato

dalle “baby-boomers” (donne nate negli anni 60’) ormai uscite dall’esperienza riproduttiva, mentre le donne in età feconda fino a 30 anni, nate dal 1998 al 1983, sono poco più della metà delle donne con oltre 30 anni. All’effetto struttura, che si prevede sarà soprattutto evidente per i prossimi 10-15 anni, si aggiunge lo spostamento della maternità verso età sempre più avanzate e la propensione, sempre più evidente, ad una minore fecondità delle coorti di donne più giovani. Nel 2014 l’età media al parto delle donne di cittadinanza italiana residenti in Campania è di 31 anni, valore analogo a quello rilevato a livello nazionale (31,5 anni), mentre per le straniere è pari a 28,3 (28,6 a livello nazionale)¹³.

Negli ultimi anni, inoltre, si osserva un minor contributo alle nascite anche da parte delle donne straniere, per le quali inizia ad evidenziarsi una diminuzione della fecondità, a cui si unisce anche il loro avanzamento di età: dal 2005 al 2014 in Italia la quota di donne straniere in età 35-49 anni, sul totale delle donne straniere in età feconda, è passata dal 41 sino al 49% del 2014, aumentando complessivamente di 8 punti percentuali¹⁴.

Anche se in Campania il contributo delle straniere alla natalità non decresce, l’effetto del calo delle nascite tra le straniere sta determinando un notevole impatto nelle aree del Centro e del Nord; ne rappresenta un esempio il decremento della natalità nel periodo 2010-2014 osservato in Lombardia (-11,8%), regione in cui le straniere hanno contribuito negli anni precedenti in modo considerevole alla natalità.

Nel 2014 la Campania, grazie alla presenza di una maggiore proporzione di donne in età feconda (46,3%), resta ancora una delle regioni italiane con il più alto tasso di natalità (8,7‰). Inoltre, la Regione continua ad essere “la più giovane d’Italia” presentando il più basso indice di vecchiaia (109,4%); in particolare Napoli e Caserta, con un indice rispettivamente del 96,4% e 98,1%, sono le sole province del Paese con il valore più basso della parità. Tuttavia, anche se la Campania si colloca ancora tra le più giovani del Paese, dall’analisi del trend dei principali indicatori demografici degli ultimi 10 anni rilevato dai dati Istat, emerge che essa rispetto ai valori nazionali, ha un andamento più rapido ed elevato di riduzione e invecchiamento della popolazione, nonché della natalità. La variazione del saldo naturale, per la prima volta di segno negativo, è di -2,5 vs il -1,4, l’indice di vecchiaia aumenta di 25 punti percentuali vs 16 punti percentuali, l’età media della popolazione aumenta di +2,5 anni vs +1,7 anni, il tasso di natalità decresce del -2,2‰ vs -1,3‰¹⁰.

Il rapido crollo demografico degli ultimi anni, che non riguarda solo la Campania ma tutto il Mezzogiorno, è l’effetto di diverse cause che trovano la loro origine nella profonda crisi economica degli ultimi anni. A causa della totale mancanza di possibilità per le giovani genera-

zioni di realizzazione professionale e d'inserimento nel mercato del lavoro, sono riprese, a partire già dal 2000, le migrazioni interne dal Sud verso il centro-nord e all'estero. Dai dati riportati dal rapporto SVIMEZ 2015, tra il 2001 e il 2014 sono emigrati 1.667 mila meridionali, di cui il 70%, composto da giovani nel 40% dei casi laureati. L'esodo di giovani dal Sud sta portando ad una riduzione della componente della popolazione in età feconda.

A questo si aggiunge l'impatto della crisi economica anche in termini di contrazione degli investimenti per le politiche sociali e di aumento di famiglie in condizioni di disagio economico, con conseguente procrastinazione delle nascite o anche rinuncia alla maternità soprattutto per i problemi di sostenibilità economica ed organizzativa^{15,16}. Migrazioni e incertezza economica, pesano in tutto il Paese ma più profondamente nel Mezzogiorno, che sta perdendo rapidamente tutto il vantaggio nella natalità registrato negli ultimi decenni. Il TFT, infatti, se nel 1980 nel Sud era pari a 2,20 contro 1,68 del Nord, nel 2014 è di 1,31 vs 1,43.

Una recessione, come quella attualmente presente in Europa, può influenzare la fertilità con il suo impatto diretto a livello individuale, a causa dell'incertezza economica. Nei Paesi Occidentali, infatti, quelli con una più elevata fecondità sono quelli che hanno reagito meglio alla crisi economica e pertanto presentano un maggior benessere¹⁷.

Nel contesto italiano è di fondamentale importanza agire con opportuni interventi governativi che riescano a mitigare lo storico dualismo territoriale tra le due aree del Paese. Come riportato dal rapporto SVIMEZ, il Mezzogiorno è a rischio di una vero e proprio "stravolgimento demografico" che va assolutamente contrastato con politiche adeguate, prima che sia troppo tardi.

2. Mortalità Materna

La mortalità e morbosità materna grave, correlata alla gravidanza, travaglio e parto continuano a rappresentare un importante indicatore dell'efficacia e appropriatezza del percorso nascita. In Italia esse costituiscono uno degli eventi sentinella da segnalare al Ministero della Salute nell'ambito del Sistema Informativo per il monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES)¹⁸. L'attività di sorveglianza, ricerca e formazione sulla mortalità materna è finanziata dal Ministero della Salute e coordinata dall'Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS), grazie al sostegno della rete di presidi e professionisti sanitari che collaborano ai progetti del sistema di sorveglianza Istituto Superiore Sanità (ISS)-regioni.

Il primo progetto pilota dell'Istituto Superiore di Sanità-Regioni, condotto retrospettivamente mediante record-linkage tra registri di mortalità e schede di dimissione ospedaliera,

negli anni compresi tra il 2006 e 2012, ha dimostrato, nelle sei regioni italiane partecipanti (Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia), una sottostima del 59% del rapporto di mortalità materna (9,8/100.000 nati vivi) rispetto al dato Istat (4,0/100.000 nati vivi). Nello stesso studio la Campania ha mostrato un tasso grezzo di mortalità materna (11,6/100.000 nati vivi), superiore a quello medio italiano¹⁹.

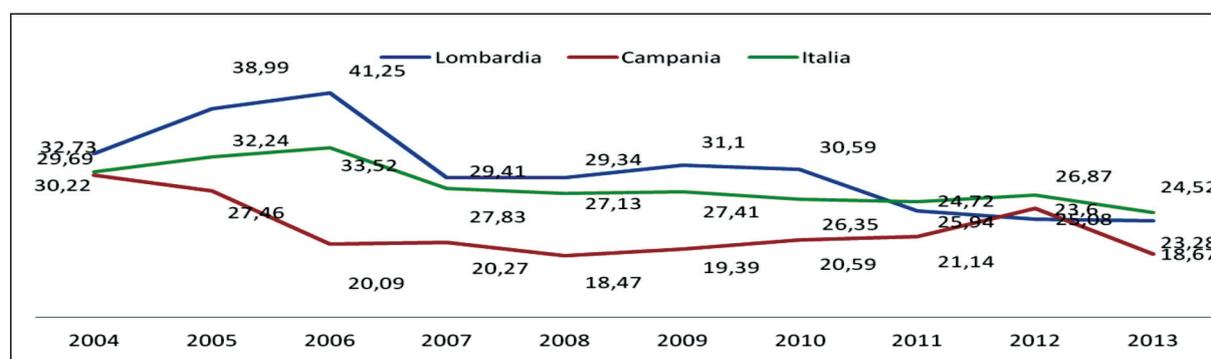
Inoltre a breve saranno disponibili i risultati del primo progetto population-based prospettico sui near miss ostetrici da emorragia del post-partum. Saranno presi in esame recenti casi di mortalità materna (anno 2015) segnalati in otto regioni partecipanti (pari al 73% dei nati in Italia), allo scopo di individuare le criticità assistenziali e organizzative emerse e le possibili misure di prevenzione per ridurre i decessi e gli eventi morbosi materni evitabili.

3. Mortalità Feto-Infantile²⁰

Nella figura 3.A sono riportati i tassi di natimortalità negli ultimi dieci anni, diffusi dall'Istat²⁰ e relativi alle regioni Campania e Lombardia, nonché all'Italia intera. La scelta della Lombardia per il confronto regionale è motivata dal fatto che questa regione, pur presentando il più elevato numero di nati in Italia, rappresenta ormai da anni il “gold standard” per i suoi bassi tassi di mortalità perinatale e infantile.

Il tasso di natimortalità in Campania (18,67 per 10.000 nati vivi/morti) appare in diminuzione nel 2013 (ultimo dato Istat). Esso risulta tra i più bassi in Italia, dopo quelli della Toscana (17,45) e della Sardegna (18,65). Complessivamente il tasso di natimortalità in Campania è stabilmente basso, a partire dal 2006. Non è chiaro se questo risultato sia stato ottenuto grazie al miglioramento delle cure assistenziali prenatali e al parto oppure all'uso così diffuso del taglio cesareo elettivo.

Fig. 3.A - Tassi di natimortalità (per 10.000 nati), anni 2004-2013



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

1. Tassi di mortalità neonatale e infantile più elevati in Campania rispetto a quelli della Lombardia e a quelli medi italiani.
2. L'evidenza che i tassi di mortalità infantile in Campania sono condizionati dal rilevante peso della mortalità neonatale, in essa inclusa, che sono costantemente molto superiori a quelli registrati in Lombardia (20,08 vs 10,63).

Fig. 3.B - Tassi di mortalità neonatale (per 10.000 nati vivi), anni 2004-2013

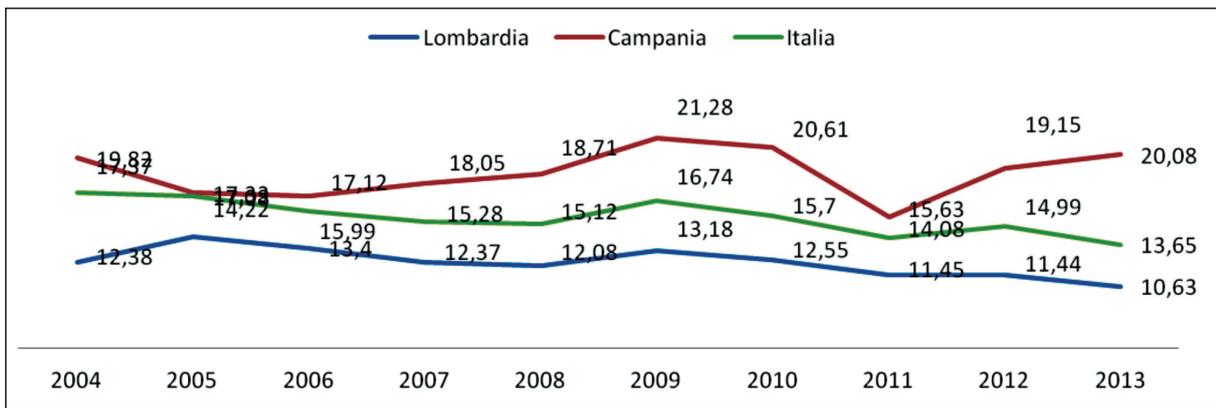
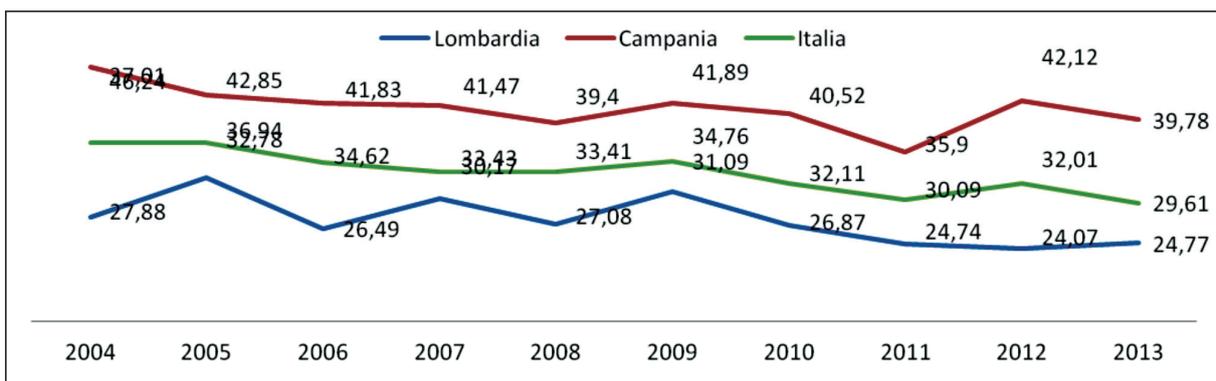


Fig. 3.C - Tassi di mortalità infantile (per 10.000 nati vivi), anni 2004-2013



I dati di mortalità riportati dal Vermont Oxford Network²¹, relativi all'anno 2013, confermano che una delle cause dell'incremento dei tassi di mortalità neonatale è da imputare a una peggiore sopravvivenza tra i nati prematuri con peso alla nascita <1500 gr.(VLBW).

<i>Centro di riferimento (anno 2013)</i>	<i>Percentuale Mortalità nei VLBW</i>
Network Campano	18,3
Network Italia	14,1
Network Europa	15,0
Vermont Oxford Network (955 centri)	14,6

Questi dati confermano che l'attuale modello organizzativo delle cure perinatali e neonatali in Campania produce risultati inadeguati, nonostante la presenza di un numero elevato di centri di terapia intensiva neonatale (n° 14) e la disponibilità di un efficiente servizio di trasporto neonatale (STEN). Appare urgente e non più rimandabile l'accreditamento in Campania dei centri nascita e di assistenza neonatale, sia pubblici che convenzionati, secondo quanto già stabilito dagli standard nazionali²².

4. Caratteristiche socio-demografiche dei genitori

4.1. NATI PER STATO CIVILE DELLA MADRE

In tabella 4 sono presentati i dati rilevati dai CedAP, riferiti ai nati per stato civile e ASL di residenza delle madri.

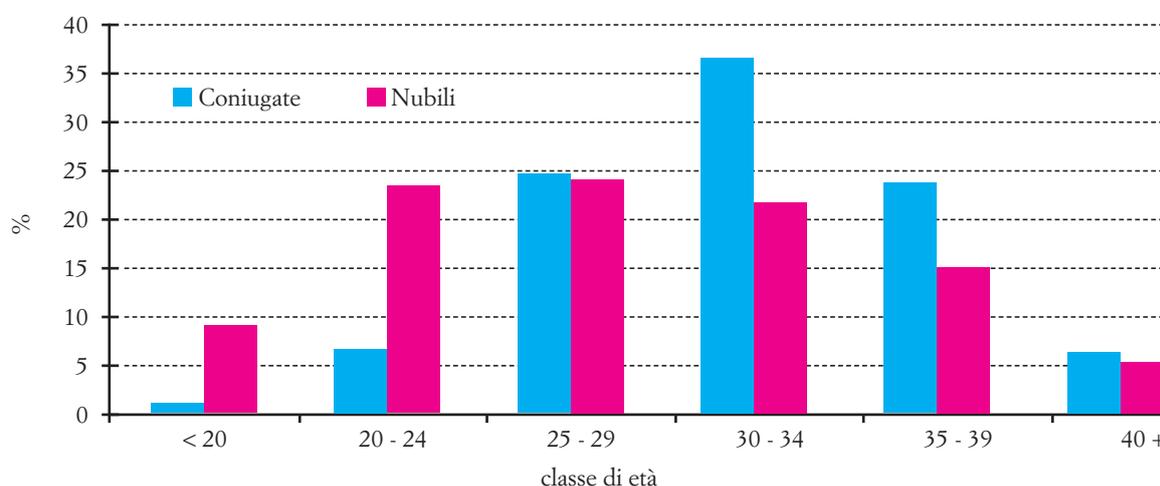
Nella Regione aumentano i nati da madri nubili, che nel 2014 rappresentano il 19,5% (12,5% nel 2010). La proporzione di nati da donne separate, vedove e divorziate rimane stabile intorno al 2%. Osservando la distribuzione dei nati da madri nubili per ASL di residenza, si rilevano differenze territoriali: dal 27,4% di Napoli 1 Centro, al 19,5% di Salerno, al 17,6% di Napoli 2 Nord e Napoli 3 Sud, al 15% di Avellino e Caserta e al 14% di Benevento.

Il dato sui nati da madri nubili, non permette di stabilire quante siano le donne realmente sole in una condizione di maggiore fragilità, poiché l'archivio CedAp non riporta informazioni relative a convivenze senza matrimonio, o come nel CedAP del Lazio, l'informazione sul riconoscimento legale del nato da parte del padre. Come riportato dall'Istat¹³, nel 2014 sono ulteriormente aumentati i figli nati fuori dal matrimonio passati dai 112.000 del 2008 a 138.000 del 2014 rappresentando il 27,6% del totale delle nascite. La nascita dei figli nati fuori dal matrimonio, è tra l'altro attualmente anche favorita dalla Legge 10 dicembre 2012 n. 219 (G.U. del 17/12/2012), in materia di riconoscimento dei figli naturali. Con questa legge è stata finalmente eliminata del tutto la distinzione tra figli legittimi "nati nel matri-

monio” e figli illegittimi “nati fuori dal matrimonio”, definiti sino al 1975 ancora con il termine di “figli illegittimi”. Ora, dunque, nel nostro Paese, tutti i figli hanno lo stesso stato giuridico indipendentemente se nati nel matrimonio o fuori dal matrimonio.

Rispetto alle donne coniugate, le donne nubili hanno un’età media al parto più bassa (28,2 aa vs 32,1 aa) e proporzioni molto più elevate di minorenni e adolescenti (9,1% vs 0,6%) e di giovani donne con età 20-24 anni (23,5% vs 7,1%) (Fig. 4.A). Nella classe di età 25-29 anni, la proporzione di nubili e coniugate è analoga (24%), a differenza delle altre classi di età caratterizzate da una maggior peso delle coniugate.

Fig. 4.A - Distribuzione per classi di età di madri nubili e coniugate. Campania, anno 2014



L’analisi sull’andamento di alcune caratteristiche delle madri nubili negli ultimi 5 anni (Tab. 4.1), mostra una lieve diminuzione della proporzione di madri nubili con un livello di istruzione molto basso: 4,5% del 2014 vs 8,2% del 2010. Il dato sul ricorso a procedure invasive di diagnostica prenatale, nei 5 anni appare stabile (10,9% del 2010 vs 10,2% del 2014). In netta diminuzione rispetto al 2010, è il tasso di natimortalità tra le donne nubili che dal 3,4‰ (2010) scende al 2,3‰ (2014).

Tabella 4.1. - Caratteristiche delle madri nubili: proporzione di madri nubili, scolarità, ricorso a procedure di diagnostica prenatale, tasso di natimortalità. Campania, anni 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Nati da nubili (%)	12,5	14,1	15,7	17,4	18,7
Scolarità materna ≤ 5 anni (%)	8,2	8,1	8,4	7,8	4,5
Diagnosi prenatale invasiva (%)*	10,9	10,6	10,4	9,5	10,2
Tasso di natimortalità (‰)	3,4	3,9	2,8	2,4	2,3

Secondo i dati Istat, continua a crescere in Campania, nonostante il calo complessivo del numero dei nati, la proporzione di madri nubili, aumentata di 2.645 unità (+38,7%) negli ultimi 5 anni considerati, passando dal 12,5% del 2010 al 19,5% del 2014. Tale valore resta comunque molto più basso rispetto a quello del Centro-Nord, dove i nati da genitori non coniugati rappresentano il 30% del totale (27,6% Italia) ¹³.

Il dato della Campania, in linea con quanto osservato per il Sud (19,4%), indica la persistenza di comportamenti familiari più tradizionali nei riguardi del matrimonio. Le madri nubili rispetto alle coniugate, presentano una consistente quota di madri adolescenti e minorenni. Nei 5 anni considerati, tra le nubili diminuisce la quota di donne con un livello di scolarità molto basso e scende anche il tasso di natimortalità.

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

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

Negli ultimi 5 anni (Fig. 6) si registra una progressiva diminuzione della proporzione di nati da madri con un basso livello d'istruzione (8 anni o meno), passata dal 39,2% del 2010 al 34,5% del 2014, di cui il 14,6% solo con istruzione elementare. Per lo stesso periodo tale decremento si osserva anche per i padri: la proporzione di nati da padri con 8 o meno anni di scolarità dal 42% del 2010 scende al 36,8% del 2014. In calo anche la quota dei nati da entrambi i genitori con scolarità uguale o inferiore a 5 anni che, da 561 del 2013, passa a 535 del 2014.

La descrizione per ASL del livello di istruzione materna e paterna (Tabb. 6 e 7 e Figg. 4.B e 4.C) evidenzia che il più basso livello di istruzione (elementare e media inferiore), per entrambi i genitori, si riscontra nelle ASL Napoli 1 Centro, Napoli 2 Nord e Caserta, mentre nelle ASL di Avellino e Salerno si riscontra un maggior livello di istruzione medio alto. La più alta percentuale di madri con il solo titolo di studio elementare si osserva nella ASL Napoli 2 Nord (6,8%). Per la provincia di Benevento, relativamente al livello di istruzione materna, si riportano i dati del 2013 in quanto nel 2014 un errore nel processo di informatizzazione ha distorto notevolmente i dati.

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

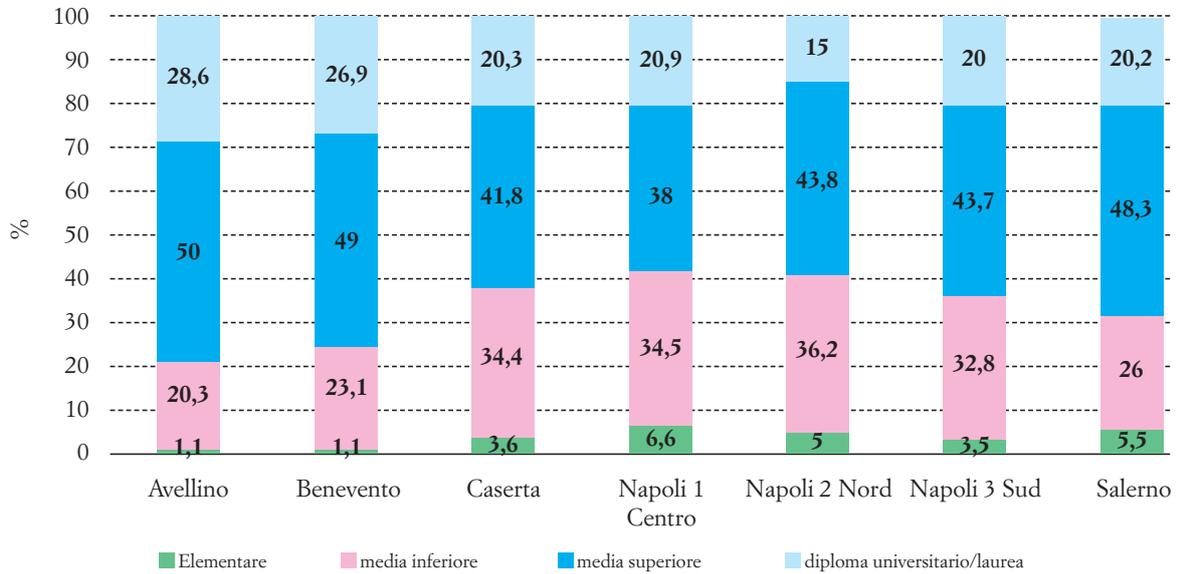
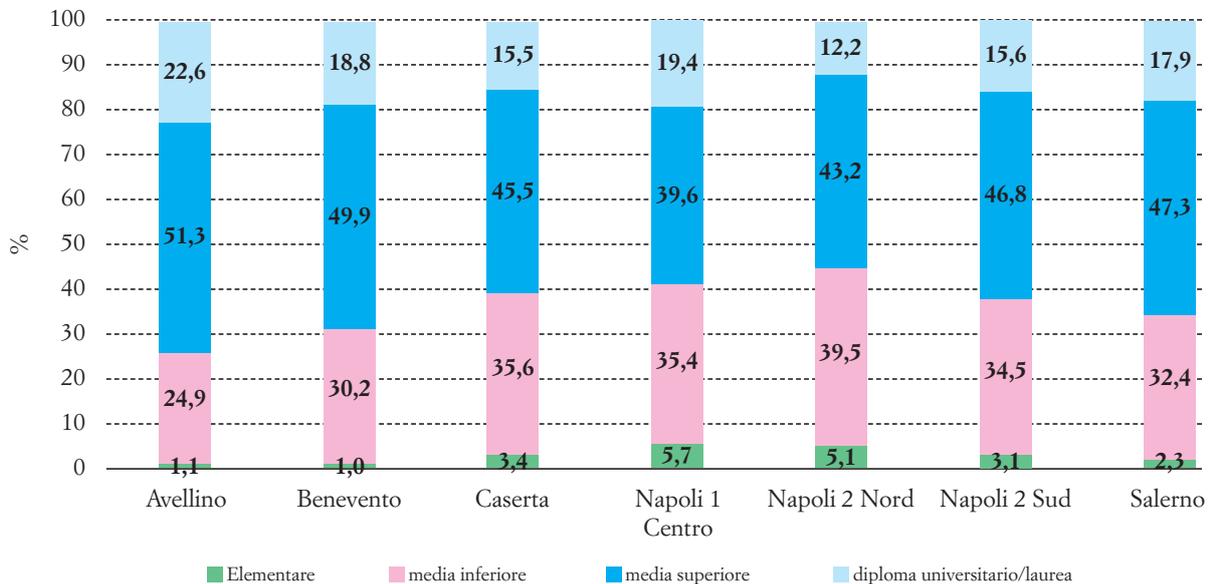


Fig. 4.C - Livello d'istruzione paterna per ASL di residenza



Nel 2014 continua a diminuire la quota dei genitori occupati, in particolare dal 37,2 % di madri e 82,4% di padri nel 2013, i valori passano rispettivamente al 36,4 % e all'82,2%. Le percentuali maggiori di genitori occupati si rilevano nelle province di Avellino, Benevento e Salerno e di non occupati nella provincia di Napoli (Tabb. 8 e 9).

Le aree della Regione dove gli indicatori mostrano la presenza di un maggior svantaggio socioeconomico, sono quelle collocate nelle ASL di Napoli e provincia e nella ASL di Caserta, dove vi è una più alta proporzione di madri con basso livello di istruzione e di padri non occupati (Fig. 7).

In Campania permane elevata la quota di madri con bassa scolarità (34% vs 31,8% in Italia)²³, caratteristica come è noto, associata a peggiori esiti perinatali. Non sembra, infatti, diminuire il differenziale negativo rispetto alle regioni settentrionali. Come riportato dal rapporto BES 2015 dell'Istat²⁴, in termini di istruzione e formazione le differenze territoriali nel 2014 sono ulteriormente aumentate a svantaggio dell'area Sud del Paese.

Ad esempio, il tasso di uscita precoce dagli studi nel Mezzogiorno è del 19% (19,6% in Campania) a fronte del 12% del Centro-Nord e del 15% registrato a livello nazionale. Anche in termini di partecipazione culturale**, la Campania è la Regione, dopo la Basilicata, con il valore più basso pari al 16,2% (26,7% a livello nazionale).*

Anche i livelli occupazionali si collocano in un'area di alta criticità. Nel 2014 si registra, infatti, un'ulteriore diminuzione della percentuale di padri e di madri occupate. I maggiori livelli di disoccupazione, seppur legati alla sfavorevole congiuntura economica, sono espressione del debole mercato del lavoro nel sud Italia.

Perdita dell'occupazione o mancata partecipazione al mercato del lavoro, sono tra i principali determinanti sociali ed economici che possono produrre esiti sfavorevoli sulla salute.

Crisi economica e contrazione della spesa pubblica per il welfare, purtroppo, rendono molto difficile un miglioramento. Dal Rapporto SVIMEZ 2015¹⁵, emerge che nel Sud Italia in sette anni l'accumulazione di capitale industriale si è ridotto del 60%, restringendo ancor di più la possibilità di crescita di quest'area del Paese. Un chiaro indicatore di questa situazione di povertà relativa in aumento nel Mezzogiorno, è la riduzione registrata per la spesa per beni alimentari: nel 2014 il calo dei consumi alimentari è stato nel Mezzogiorno del -0,3%, contro

* **Tasso di uscita precoce dal sistema di istruzione e formazione:** percentuale di persone di 18-24 anni che hanno conseguito solo la licenza media e non sono inseriti in un programma di formazione sul totale delle persone di 18-24 anni (Rapporto BES 2014. "Il benessere equo e sostenibile in Italia". Istat, anno 2015).

** **Partecipazione culturale:** percentuale di persone di 6 anni e più che, nei 12 mesi precedenti l'intervista, hanno svolto tre o più attività sul totale delle persone di 6 anni e più. Le attività considerate sono: si sono recate almeno quattro volte al cinema; almeno una volta rispettivamente a teatro, musei e/o mostre, siti archeologici, monumenti, concerti di musica classica, opera, concerti di altra musica; hanno letto il quotidiano almeno tre volte a settimana; hanno letto almeno quattro libri. (Rapporto BES 2014. "Il benessere equo e sostenibile in Italia". Istat, anno 2015).

un aumento del 1,0% al Centro-Nord, con un calo tra il 2008-2014 del -15,3%, vs il -10,2% registrato nel resto del Paese.

Come più volte sottolineato nelle diverse edizioni del rapporto Campano sulla natalità, è davvero molto importante che le politiche sanitarie pongano particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili, che come emerso dai dati CedAP, si concentrano soprattutto nelle aree della ASL Napoli 2 Nord e della provincia di Caserta. In questi territori, infatti, si riscontrano anche le più alte proporzioni di nati pretermine e/o con basso peso alla nascita.

Tra le iniziative indirizzate al supporto delle madri e famiglie in condizione di particolare fragilità economica o sociale, si segnala il progetto denominato "Fiocchi in Ospedale", a cui partecipa l'Azienda Ospedaliera Cardarelli di Napoli. L'iniziativa, promossa da Save the Children Italia, ha lo scopo di contribuire al miglioramento del benessere delle mamme, dei bambini e delle loro famiglie durante il percorso nascita. Al progetto, oltre al Cardarelli di Napoli, partecipano anche il Niguarda di Milano e il Policlinico di Bari. Dal 2015 il programma è partito anche nel Lazio presso il Policlinico Universitario della Cattolica.

4.3. NATI PER CLASSE DI ETÀ MATERNA E PATERNA

Nel 2014 i nati da madri di età inferiore a 20 anni sono 1.183, dato in riduzione rispetto al 2013 (1.555). Essi rappresentano circa il 2,2% del totale, di cui il 34% (52,8% nel 2012 e 32,9% nel 2013) sono nati da madri minorenni.

Rispetto al 2013, i nati da ambedue genitori di età inferiore a 20 anni sono diminuiti, passando da 225 a 163, di cui 20 nati da genitori entrambi minorenni (40 nel 2013). L'analisi disaggregata per ASL (Tab.10) conferma, anche per il 2014, la presenza di una maggiore percentuale di madri adolescenti, in particolare di minorenni, nelle ASL di Napoli e provincia.

Dal 2010 al 2014 la percentuale di nati da madri di età tra i 20 e i 29 anni scende dal 39,1% al 37,3%, mentre sale dal 24,5 al 27,9% quella dei nati da madri di 35 e più anni (Fig.8). Per i nati da madri di 40 e più anni, nello stesso periodo si è passati dal 4,3% al 6,6%. La maggiore proporzione di nati da madri con età superiore ai 40 anni, si registra nelle ASL di Benevento (9,8%), Avellino (8,6%), Salerno (8%) e Napoli 1 Centro (7,2%) (Tab 10).

L'età media al parto (31,2 anni) e al primo figlio (29,5 anni) è in aumento rispetto al 2013; per i cittadini immigrati l'età media al parto è 28,9 anni per le madri e 33,2 anni per i padri. Nel 2014 in Italia l'età media al parto delle donne italiane è di 32,1 (29,8 anni nel 1995), e

28,6 anni per le straniere¹³; in Campania l'età media al parto è molto vicino al dato nazionale: 31,2 anni per le italiane e 28,9 anni per straniere PFPM. Negli ultimi anni anche in Campania si osserva uno spostamento della maternità verso età sempre più avanzate, sia per le madri di cittadinanza italiana che immigrate.

Rispetto al livello nazionale, nel 2014 la Campania presenta ancora una quota consistente di nati da ragazze minorenni che rappresenta lo 0,8% del totale dei nati (circa lo 0,4% in Italia). Le madri minorenni si concentrano soprattutto nelle ASL del capoluogo regionale e della sua provincia, indicando un'esposizione maggiore di rischio sociale verosimilmente nei quartieri più degradati dell'area metropolitana.

4.4. NATI DA CITTADINI IMMIGRATI

I dati CedAP, indicano che nel 2014 i nati in Campania da madri provenienti da PFPM (Tab. 11 e Fig.9), sono 3.675 pari al 7,1% del totale dei nati, valore lievemente più elevato rispetto al 2013 (6,4%). I Paesi maggiormente rappresentati sono la Romania (23,7%) e l'Ucraina (14,1%), a cui segue il Marocco (9,6%), lo Sri Lanka (5,7) e la Cina (5,6%). Le madri provenienti da questi cinque Paesi nell'insieme costituiscono il 58,6% delle madri straniere in Campania.

In 1.963 casi anche i padri giungono da un PFPM, rappresentati in prevalenza da Romania (21%) e Marocco (15,2%) (Tab.11). Il numero assoluto di madri è superiore a quello dei padri per ogni nazionalità di provenienza (Fig.9). Fra i nati di cui è nota la nazionalità di entrambi i genitori (3.216 coppie; 2.862 nel 2013), il 53,6% ha entrambi i genitori immigrati, il 37% ha la madre immigrata e il padre italiano. Nel 9,3% dei nati la madre è italiana e il padre è immigrato (Fig.10), valore in crescita rispetto al 2013 che risultava pari al 5,6%. La distribuzione percentuale per gruppi di età riportata dall'Istat (Fig. 11), indica che in Campania vi è una maggiore presenza di donne immigrate nelle classi di età più giovani (10-39 anni) rispetto alle italiane (41,1% vs 29,1%). In particolare, se ci si sofferma esclusivamente sulle donne in età feconda (15-49 anni), in Campania le straniere rappresentano il 67,1%, vs il 46,5% delle italiane (63,7% vs 40,8% in Italia).

I dati CedAP rilevano che nel 2014 l'età media al parto delle madri immigrate è 28,9 anni (valore stabile rispetto al 2013), mentre per i padri è 32,3 anni (33,6 nel 2013). A fronte di una maggiore presenza di donne in età fertile, il TFT delle madri immigrate prosegue il suo calo già osservato nel 2012: dal 2,37 del 2012 all'1,97 del 2014.

In tabella 5 è presentata l'analisi relativa ai soli nati singoli, di alcune caratteristiche materne e neonatali per madri italiane e immigrate. Le madri immigrate sono più giovani delle madri italiane, con un livello d'istruzione più basso e una maggiore prevalenza di donne nubili: la proporzione di madri immigrate nella classe di età 20 - 34 anni è pari al 76,3%, vs 70,7% delle madri italiane; più della metà ha un livello di istruzione medio-basso (53,1% vs 33% delle italiane); la percentuale di donne coniugate è del 60% a fronte dell'80% delle madri italiane.

Anche per il 2014, dunque, si conferma una proporzione di madri nubili molto più elevata tra le madri immigrate: (38,6% vs 16,3% delle italiane). Come già rilevato nei precedenti rapporti, tale dato è di segno opposto rispetto alla Regione Emilia Romagna dove le nubili straniere sono il 21,2% vs il 42% delle madri italiane²⁵. La maggiore presenza nella Regione di madri nubili tra le straniere, che negli anni mostra un trend in crescita, potrebbe indicare che in Campania le donne immigrate vivono una condizione di maggiore instabilità rispetto alle aree del Centro Nord del Paese. Per una valutazione più accurata sarebbe però necessario effettuare un'indagine ad hoc.

Entrambe le categorie di madri, immigrate e italiane, in un caso su due sono primipare. Come atteso, le madri immigrate rispetto alle italiane presentano una maggiore prevalenza di singoli nati pretermine 6,6% vs il 5% delle italiane (Tab. 5). La proporzione di gemelli fra le immigrate è pari allo 0,9% vs l'1,9% delle italiane.

Alcuni indicatori dell'assistenza alla gravidanza e al parto continuano a far registrare differenze significative tra donne immigrate e donne campane: tra le donne immigrate sono maggiori le percentuali di inizio tardivo delle cure (20,4% vs 11,3% delle italiane), il numero medio di ecografie è inferiore a quello delle italiane (5,6 vs 6,4).

L'Europa con il 31,3% del totale dei migranti, insieme all'Asia e al Nord America è fortemente coinvolta nei flussi migratori. In questo contesto, i paesi dell'Europa meridionale, in particolare la Spagna e l'Italia, sono tra le aree con i valori più elevati. Dal 2000 al 2008, gli stranieri residenti da 21,1 milioni sono incrementati di circa 10 milioni di unità (+ 48%), arrivando nel 2013 a 35 milioni pari all'8,4% del totale della popolazione²⁶.

In Italia tra il 2013 e il 2014 si è registrato un aumento di cittadini non comunitari regolarmente soggiornanti del 3% (+110 mila), provenienti in prevalenza dal Marocco, Albania, Cina, Ucraina e Filippine²⁷.

La Campania al 1° gennaio 2015 conta 217.503 stranieri (3,7 ogni 100 residenti), aumentati rispetto al 2013 di 13.680 unità. Il 50% risiede nella provincia di Napoli, dove esistono mag-

giori possibilità lavorative nei settori del commercio e dei servizi⁹. Nelle province di Salerno e Caserta risiedono rispettivamente il 22,3% e il 19,1%; ad Avellino e Benevento si registrano percentuali più basse pari al 5,4% e al 3,2%.

La comunità Ucraina è la più numerosa con 42.291 presenze (27,3%;), segue il Marocco con 18.111 (11,7%), lo Sri Lanka con 13.695 presenze (8,8%) e la Cina con 11.839 (7,6%)¹⁰.

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

Nel 2014 in Campania diminuisce la proporzione di nati dalle coppie miste composte da madre immigrata e padre italiano (37% vs 37,8 del 2013) e continua a diminuire la quota di nati da ambedue i genitori immigrati (53,6% vs 56,5 del 2013 e il 58,8 del 2012).

Le donne immigrate ancora non riescono a fruire di un'assistenza sanitaria adeguata per la difficoltà di accesso ai servizi in parte dovuta a problemi di comunicazione, nonché alla difficoltà delle lavoratrici di assentarsi dal lavoro dove spesso sono impegnate 24 h.

Le madri immigrate, nonostante la più giovane età, continuano a rappresentare un gruppo sociale più vulnerabile rispetto alle donne campane, come si evidenzia dai peggiori esiti delle gravidanze emersi dai dati CedAP: maggior proporzioni di nati pretermine e di basso peso.

Molti sono i fattori che condizionano il profilo di salute dei migranti. Come rivelato dal Ministero della Salute²⁸, la popolazione immigrata presenta un profilo epidemiologico in parte favorevole, poiché emigrano in prevalenza le persone in cerca di lavoro con un buono stato di salute. Allo stesso tempo, a seguito di difficoltà di accesso ai servizi per motivi culturali e materiali, i migranti esprimono minori bisogni di salute. Ciò nonostante, a causa delle condizioni di vita o di lavoro poco sicure, dei fattori di rischio propri dell'area di provenienza, delle difficoltà nel percorso assistenziale, in questa popolazione iniziano a rivelarsi eccessi di morbosità e di esiti sfavorevoli, particolarmente evidenti per quello che riguarda le donne in tutto il percorso nascita.

Ad esempio negli ambulatori dedicati dell'ASL Napoli Centro tra le immigrate il numero di ricoveri per cause ostetriche è triplo rispetto alle italiane. Il ricorso all'IVG delle straniere, stabilizzato negli ultimi anni su valori pari a 4 volte quello delle italiane, corrisponde al 34,2% del dato nazionale e incide soprattutto sui tassi delle regioni settentrionali dove sono più numerose le straniere²⁹.

Tuttavia l'offerta assistenziale per gli immigrati sta migliorando ed è fruibile anche per gli stranieri temporaneamente presenti nelle strutture sanitarie pubbliche e negli ambulatori dei

Distretti Sanitari delle ASL ad essi dedicati³⁰. A livello Nazionale sono numerosi i progetti sulla promozione della salute rivolto alla popolazione immigrata, come il progetto denominato “La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei SSR”, svolto dal Ministero della Salute in collaborazione con l’AgeNas, che ha la finalità di costruzione di un sistema per la lettura e per il monitoraggio del profilo di salute della popolazione immigrata e per la valutazione macro-economica da parte dei SSR e del livello centrale.

In Campania, 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^{31,32}.

5. Gravidanza

5.1. ANAMNESI OSTETRICA: ORDINE DI NASCITA, ABORTIVITÀ

La tabella 12 presenta la distribuzione dei nati per ordine di nascita e per residenza materna. Su un totale di 51.031 nati, più della metà (54,9% vs 51,8 % del 2013) è rappresentata dai primogeniti, il 33,2% dai secondogeniti e il 9,4% dai terzogeniti. I nati di ordine superiore a 3 sono il 2,5% del totale e nel 57,5 % dei casi la madre ha un basso livello d’istruzione. Analizzando la percentuale di aborti precedenti tra le madri nullipare e pluripare, si osserva una maggiore prevalenza fra le pluripare (22,2% vs 11,8%), con una analoga distribuzione percentuale della sottoclassificazione aborti (spontanei, interruzioni volontarie ed entrambi i tipi di aborto). Rispetto al 2013, sia tra le nullipare che tra le pluripare la distribuzione del tipo di aborto nel 2014, dimostra un aumento del numero delle precedenti IVG, soprattutto fra le madri pluripare (nullipare: 8,8% nel 2013 vs 10,3% nel 2014; Pluripare: 6,8% vs 11,9%).

Pregressa abortività per ordine di nascita

Ordine di nascita	Precedenti aborti (%)	Modalità aborti (%)	
Primo ordine di nascita	11,8%	Aborti Spontanei	89,7%
		IVG	10,3%
		A.S.+IVG	2,2%
Successivi ordini di nascita	22,2%	Aborti Spontanei	88,1%
		IVG	11,9%
		A.S.+IVG	4,2%

La distribuzione dei nati per ordine di nascita evidenzia lievi variazioni rispetto al biennio precedente; si conferma anche nel 2014 una relazione tra parità elevata e basso livello di istruzione. L'analisi dei dati CedAP sulla pregressa abortività, come atteso, mostra valori più alti fra le pluripare per le quali, rispetto all'anno precedente, si è rilevato un aumento di 5,1 punti percentuali di IVG. A livello nazionale, dal 2013 al 2014 il numero di IVG sono scese del 5,1% (97.535 vs 102.760 casi), con un tasso di abortività (numero delle IVG per 1000 donne tra 15-49 anni), pari al 7,2 per 1000, (7,6 per 1000 nel 2013), valore tra i più bassi dei paesi industrializzati²⁹. Nel panorama nazionale, la Campania, insieme alla Basilicata e alla Puglia sono le sole Regioni che, rispetto al 2013, mostrano un aumento del tasso di abortività con una variazione percentuale rispettivamente del 2%, 2,5% e 1%. Per tutte le altre Regioni si rivela, invece un andamento in diminuzione, con variazioni dal -17,1% della Valle d'Aosta al -0,7% del Molise.

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2014 - tassi di abortività: dati 2014 vs 2013

REGIONE	Tasso per 1000 donne 15-49 anni		VAR. %
	2014	2013	
ITALIA SETTENTRIONALE	7,3	7,8	-6,9
Piemonte	8,4	9,1	-7,3
Valle d'Aosta	7,5	9,0	-17,1
Lombardia	7,3	7,7	-5,7
Bolzano	4,4	5,1	-13,6
Trento	6,4	6,8	-5,4
Veneto	5,1	5,4	-7,0
Friuli Venezia Giulia	6,3	6,8	-6,9
Liguria	9,2	9,9	-7,1
Emilia Romagna	8,8	9,6	-8,0
ITALIA CENTRALE	7,6	8,3	-9,3
Toscana	8,2	8,5	-3,6
Umbria	7,6	8,6	-11,2
Marche	5,7	6,1	-9,5
Lazio	7,7	8,8	-12,5
ITALIA MERIDIONALE	7,4	7,4	-0,4
Abruzzo	7,3	7,9	-7,8
Molise	6,0	6,0	-0,7
Campania	7,2	7,1	2,0
Puglia	9,0	8,9	1,0
Basilicata	4,9	4,7	2,5
Calabria	5,3	5,8	-7,9
ITALIA INSULARE	5,9	6,3	-7,2
Sicilia	6,1	6,6	-7,3
Sardegna	5,2	5,6	-6,8
ITALIA	7,2	7,6	-5,9

Fonte: Relazione del Ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78). Dati preliminari 2014 e dati definitivi 2013.

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

Nel 2014 il 98,4% delle madri ha dichiarato di aver eseguito almeno una visita di controllo in gravidanza (Tab.13): il 46,5% (il 48,4% nel 2013) prima dell'ottava settimana, il 41,5% (41,3% nel 2013) tra l'ottava e l'undicesima settimana e l'11,9% (il 10,2% nel 2013) dopo l'undicesima settimana. La più alta proporzione di madri che hanno effettuato la prima visita tardivamente, con valori superiori alla media regionale (11,9%), si rileva nelle ASL di Napoli 1 Centro (19,6%) e Napoli 3 Sud (14,9%), mentre le percentuali più basse si riscontrano nelle ASL di Caserta (6%) e di Benevento (8,3%).

Sono il 79,8% le madri che hanno effettuato più di 4 visite e il 18,6% (13,5% nel 2013 e 12,1% nel 2012) le madri che hanno effettuato da 1 a 4 visite. Rispetto agli anni precedenti, si è ridotta in modo importante la proporzione di donne che non hanno effettuato visite (1,2% vs il 3,4% del 2012 e il 4% nel 2013). Il tempo di accesso alla prima visita è un importante indicatore convalidato a livello internazionale e nazionale, utile alla valutazione dell'accesso alle cure prenatali. Laddove si osserva un minor ricorso alle visite mediche durante la gravidanza (ritardo della prima visita e/o insufficiente numero di visite), emergono associazioni con alcuni fattori di svantaggio sociale, quali basso livello di istruzione materna, età materna inferiore a 20 anni, cittadinanza straniera e basso reddito (partner non occupato) (Tabb.14 e 15).

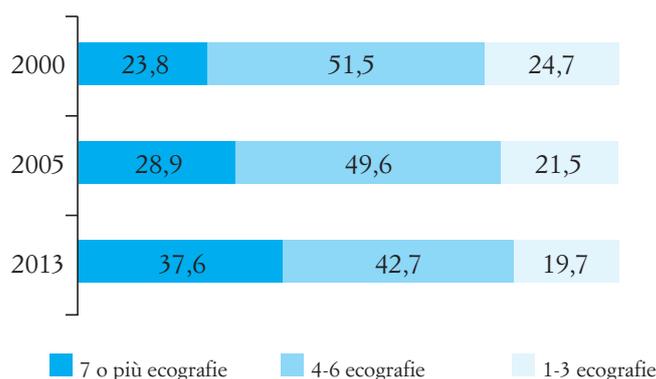
Il numero medio di ecografie effettuate in gravidanza (Tab.16) nel 2014, analogamente agli anni precedenti, è pari a 6,4 per le italiane e 5,6 per le immigrate. In aumento, invece, la proporzione di madri che hanno effettuato più di 6 ecografie che passa dal 66,9% del 2013 al 68,3% del 2014 (65% nel 2012), con valori regionali variabili tra il 76,2% della ASL di Benevento e il 61,5% della ASL Napoli 2 Nord.

Il 93,6% delle gestanti effettua l'ecografia dopo la 22^a settimana di gestazione e fra queste nello 0,3% (149) dei casi ha effettuato una sola ecografia durante tutta la gravidanza. Lo 0,2% delle donne non ha effettuato alcuna ecografia (nel 2012 era l'1,1%). Hanno effettuato la prima visita dopo l'undicesima settimana di gestazione e meno di tre ecografie in gravidanza 295 donne. Si presenta invariato il valore relativo al numero medio di ecografie effettuate nelle gravidanze interrotte tra le 28 e 36 settimane e nelle gravidanze a termine (6,3).

Negli ultimi venti anni, in tutti i Paesi industrializzati si osserva un trend in crescita del ricorso a procedure diagnostiche nel corso della gravidanza fisiologica. L'eccessiva medicalizza-

zione del percorso nascita, come è noto, è inappropriata ed è causa di un aumento evitabile dei costi, nonché di esclusione della donna da un' autonoma gestione di questo importante momento della vita³³. L'indagine Istat su "Gravidanza, parto e allattamento al seno" terminata nel 2013, condotta su 2,7 milioni di donne (18,2% straniere), dimostra chiaramente che in Italia, se da un lato le gestanti hanno un buon livello di assistenza, dall'altro si registra un progressivo aumento di medicalizzazione in gravidanza. Dal 2000 al 2013 la proporzione di donne che ha eseguito più delle tre ecografie esentate dal SSN (le linee guida sulla gravidanza fisiologica del SNLG-ISS raccomandano 2 ecografie in caso di gravidanza fisiologica)³⁴, è passata dal 73,3% al 78,8%; nel 2013 il 37,6% ha eseguito 7 e più ecografie durante la gestazione a fronte del 23,8% del 2000 e del 28,9% del 2005³⁵.

Donne* per numero di ecografie in gravidanza, anni 2000, 2005, 2013



* Per 100 donne che hanno avuto un figlio nei cinque anni precedenti la rilevazione

Fonte: Istat: Report Gravidanza, parto e allattamento al seno. Anno 2013. Roma, 9 dicembre 2014.

Il ricorso a 7 o più ecografie nel corso della gravidanza, è più alto fra le donne residenti nel Mezzogiorno (44,4%) rispetto alle residenti del Nord-est (30,6%); per le straniere il dato si attesta intorno al 20%.

I dati CedAP del 2014, in accordo con il dato nazionale, continuano a rilevare per la Campania un incremento della proporzione di madri che hanno effettuato più di 6 ecografie: dal 66,9% del 2013 al 68,3% del 2014. Il 79,8% risulta aver effettuato più di 4 visite, circa due donne su cinque si sono sottoposte alla prima visita entro il secondo mese e, complessivamente, come indicato dai protocolli nazionali, l'88% (94,3% a livello nazionale) l'ha effettuata entro il terzo mese.

Si riscontra, comunque, una significativa quota di gestanti caratterizzate da alcuni fattori di svantaggio socio-economico (donne straniere, più giovani, con un basso livello d'istruzione) che invece non accede nemmeno al minimo di indagini previste dai protocolli.

In questo contesto, è molto importante attuare interventi di miglioramento dell'assistenza alla gravidanza. Se da un lato è necessario recuperare una pratica clinica appropriata, dall'altro bisogna agire anche e, soprattutto, verso una riduzione delle disuguaglianze nell'accesso alle cure. Bisogna sempre più sviluppare una cultura del sostegno che coinvolga e metta in rete gli operatori, il territorio e l'ospedale.

5.3. DIAGNOSI PRENATALE

Per quanto riguarda le tecniche diagnostiche prenatali invasive, l'analisi dei dati CedAP per il 2014 non ha rivelato variazione rispetto al 2013. Il ricorso ad almeno un'indagine invasiva (amniocentesi, villocentesi o funicolocentesi) si riscontra nell'11,2% (n=5.581) delle gestanti di cui: il 93,1% solo amniocentesi, il 2,9% solo fetoscopie/funicolocentesi, un altro 2,8% solo prelievi dai villi coriali e l' 1,2% più di una indagine.

Complessivamente l'amniocentesi è stata praticata dal 10,4% delle gravide; fra le donne con età superiore a 34 anni (Tab. 17) l'amniocentesi è stata eseguita nel 23,2% dei casi (il 24,1% nel 2013) contro il 5,2% delle donne con età inferiore o uguale a 34 anni (il 5,2% nel 2013). L'analisi tra alcuni fattori socio-economici e il ricorso ad indagini prenatali, mostra che tra le over 34 anni il minor ricorso alle indagini prenatali invasive è prevalente fra le donne più svantaggiate socialmente e culturalmente: bassa scolarità, straniere, nubili, senza un reddito sicuro (Tab.18).

In linea con gli anni precedenti, in Campania continua ad osservarsi un moderato ricorso alla diagnosi prenatale invasiva. Per quanto riguarda l'amniocentesi, l'esame diagnostico più accurato, la percentuale delle donne che l'hanno effettuata è analoga a quella rilevata a livello Nazionale (10,4% vs 10,6.). Fra le donne in età a rischio (età >34 anni) pari a 14.103 (il 29% delle gravide), ogni 100 parti risultano eseguite 23,2 amniocentesi, valore ancora lontano da quello auspicabile. Considerando gli ultimi 5 anni (2010-2014), i dati CedAP mostrano un decremento della percentuale delle donne che effettua l'amniocentesi, passata dal 12,3% al 10,4%. In particolare, tale diminuzione si osserva per la classe di età superiore a 35 anni dove nei 5 anni considerati, la percentuale è scesa dal 28,8% al 23,2%. Il calo osservato potrebbe essere in parte spiegato dalla crescente e sempre migliore offerta di test di screening non invasivi a cui

le donne scelgono di rivolgersi prima di effettuare, ove necessario, un esame diagnostico invasivo. È comunque importante che la donna nella sua scelta di eseguire o meno un'indagine prenatale, sia ben informata e consapevole delle implicazioni di un esito positivo³⁶.

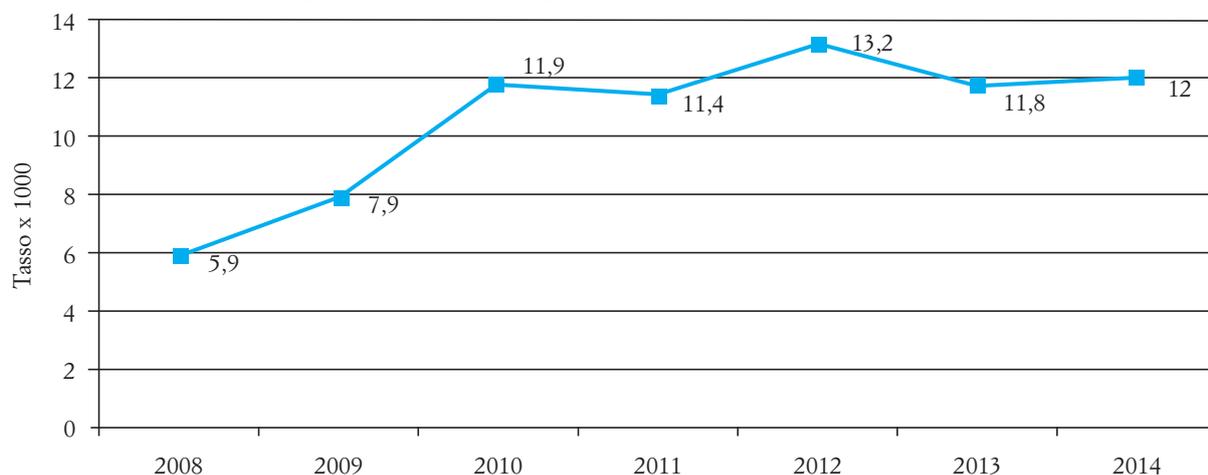
5.4. DECORSO DELLA GRAVIDANZA

Il Sistema di Sorveglianza evidenzia la presenza di un decorso patologico in gravidanza in 1.224 casi pari al 2,3% del totale (il 2,4% nel 2013). Nelle gravidanze interrotte prima del termine è indicato un decorso patologico in 419 casi su 3.121 (il 13,4%). Tra i 122 casi esitati in morte fetale in 3 casi si è rilevato un decorso patologico e di questi la notifica della patologia in gravidanza è stata registrata in un solo caso.

5.5. NATI DA PROCREAZIONE ASSISTITA (PA)

Nel 2014 i parti da PA sono 625 su 52.179 (12,0‰), di cui 460 singoli (73,2%), 145 bigemini (23,1%), 20 trigemini (3,2%), nessun quadrigemino. Si conferma la stabilità del dato di prevalenza già notato nei precedenti rapporti, a partire dal 2010 (Fig 5.A).

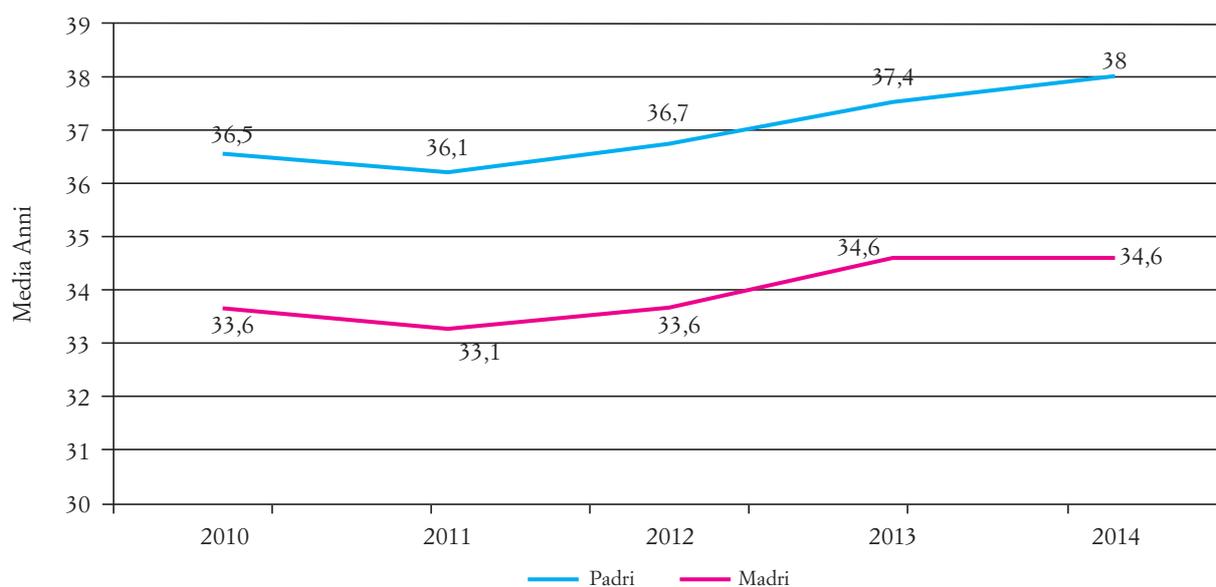
Fig.5.A - Parti dopo procedure di PA, anni 2008-2014



La figura 12 mostra invece la distribuzione per genere dei parti da PA negli ultimi cinque anni. Continua il trend in aumento dei parti gemellari (26,4%) e la diminuzione dei parti singoli (73,6%). Tra le gravidanze gemellari da PA, le bigemini progressivamente aumentano, mentre quelle trigemini restano stabili. Non sono più segnalati parti quadrigemini. L'età media delle madri è di 34,6 anni e quella dei padri di 38,0 anni; si conferma un'età media

molto superiore (3-4 anni circa) a quella dei genitori con procreazione naturale. In particolare negli anni l'età media dei padri aumenta maggiormente rispetto a quella delle madri.

Fig. 5.B - Età Media dei padri e della madri da PA, anni 2010-2014



La distribuzione dei parti da PA per classi di età materna mostra, nel gruppo >34 anni, una proporzione molto più elevata (60,9%) rispetto a quella delle madri da procreazione naturale (34,2%). Inoltre il 72,8% delle madri sottoposte a PA presenta un livello di istruzione superiore a 8 anni, contro il 50,6% delle altre. Infine la proporzione di TC è, come al solito, molto elevata nei parti provenienti da una PA, rispetto agli altri.

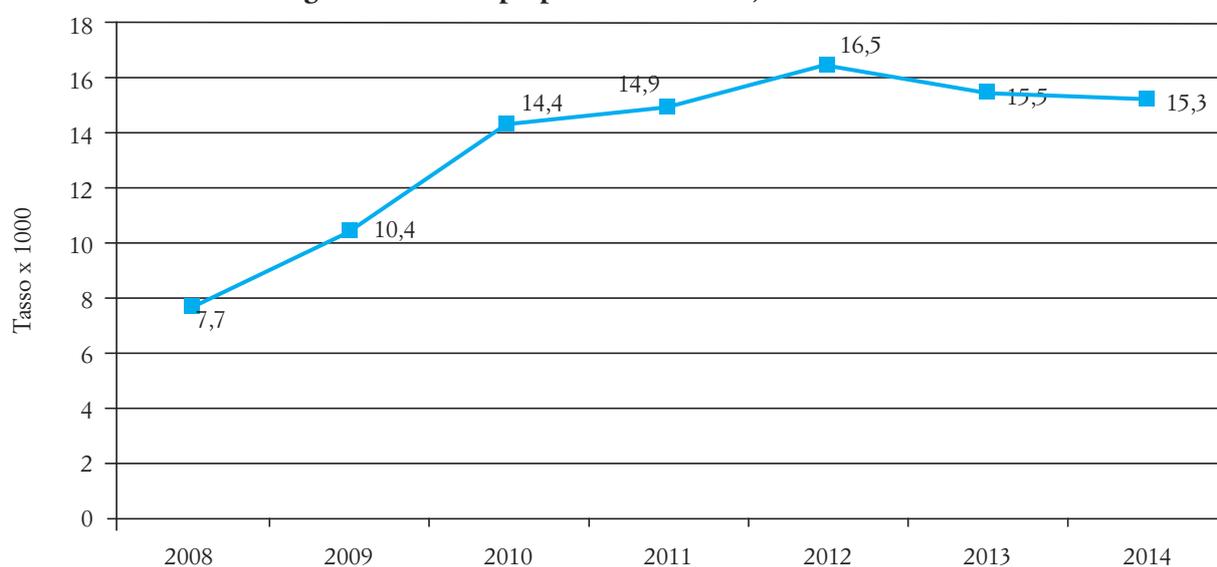
Confronto tra alcune caratteristiche dei parti nella PA e nella Procreazione naturale nel 2013 e nel 2014

Anno	Età media madri	Età media padri	Madri di > 34 anni	Scolarità materna > 8 anni	Parti Gemellari	Parti con TC
Anno 2014						
Procreazione assistita	34,6	38,0	60,9%	72,8%	27,0%	73,7%
Procreazione naturale	29,8	33,4	27,2%	50,6%	1,4%	52,2%
Anno 2013						
Procreazione assistita	34,6	37,4	60,9%	87,1%	23,6%	98,3%
Procreazione naturale	30,6	34,0	34,2%	62,7%	1,5%	60,8%

La figura 13 descrive la mobilità intraregionale per ricorso al parto delle donne sottoposte a procedure di PA. Come negli anni precedenti, la maggior parte di questi parti avviene nelle ASL di Caserta e Napoli 1 Centro, dove afferiscono, per la particolare concentrazione di strutture di terzo livello, un gran numero di donne provenienti da altre ASL, in particolare dalle ASL Napoli Nord e Napoli Sud.

I nati da PA sono 810 su 53078 (15,3 ‰); tale proporzione risulta in lieve decremento rispetto all'anno precedente. Tuttavia il numero dei nati da PA e il relativo tasso è raddoppiato in otto anni, da appena 374 neonati nel 2007 a 759 neonati nel 2014 (Fig. 5.C).

Fig. 5.C - Nati dopo procedure di PA, anni 2008-2014



I nati da PA da donne con residenza campana sono 759 su 51.037 (14,9‰) (Tab. 19). Nel 2014, fra i nati da PA, il 56,8% sono singoli, percentuale in riduzione rispetto ai due anni precedenti (Fig. 5.D); sono, invece, gemelli il 43,2% dei nati da PA (35,8% bigemini e 7,4% trigemini).

Fig. 5.D - Nati singoli dopo procedure di PA, anni 2008-2014



I nati pretermine da PA sono il 35,8% contro il 6,3% dei nati da procreazione naturale; sono di peso <2500 grammi il 38,2% contro il 7,4% degli altri. La distribuzione dei nati da PA per provincia di residenza materna non è omogenea; come negli anni passati si osserva una prevalenza maggiore di nati da PA tra le residenti nella provincia di Caserta (23,1‰), rispetto alla media regionale (14,9‰) (Tab. 19). Anche nel 2014 il metodo più utilizzato è la fecondazione in vitro con successivo impianto di embrioni nell'utero (FIVET 58,6%), seguita dalla fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma (ICSI 24,8%), e poi dalla stimolazione farmacologica con gonadotropine (12,1%). Meno utilizzati sono gli altri metodi: la inseminazione intrauterina (IUI 3,8%) e il trasferimento dei gameti nella tuba di Falloppio (GIFT 0,7%) (Tab. 19).

L'ultima relazione del Ministro della Salute sullo stato di attuazione della legge sulla procreazione medica assistita in Italia³⁷, relativa all'attività dei 369 centri di PA attivi in Italia nell'anno 2013, segnala la presenza di 45 centri in Campania, che si colloca al terzo posto per numero di centri, dopo Lombardia (62) e Lazio (49). I centri di I livello (solo tecniche di inseminazione artificiale e crioconservazione dei gameti maschili) sono 18, di cui 2 pubblici. I centri di II-III livello (tecniche di fecondazione a fresco, prelievo chirurgico di gameti maschili, crioconservazione dei gameti maschili e femminili e degli embrioni) sono 27, di cui solo 8 pubblici. Nel complesso rispetto all'anno 2012 è riportato un aumento del numero dei centri (+5, di cui 4 privati). Dei 45 centri presenti in Campania nel 2013, ben 35 sono privati (78%). Proprio a

causa della scarsa disponibilità di centri pubblici, in Campania nel 2013 il numero di cicli iniziati con le tecniche di I livello (n° 2.348) sono stati eseguiti nel 75,5% dei casi in centri privati (vs Italia 36,8%) e quelli iniziati con le più complesse tecniche a fresco di II e III livello (n° 4.828) sono stati eseguiti nel 69,2% dei casi in centri privati (vs Italia 33,6%). La tendenza è quella dell'aumento dei centri completamente privati che costringe le coppie campane ad affrontare l'esperienza di PA con le proprie risorse economiche. Nonostante queste difficoltà di accesso al servizio pubblico, nel 2013 il numero delle coppie trattate resta stabile (n° 6.378 nel 2013) con n° 7.554 cicli iniziati con tutte le tecniche di PA e n° 1.640 gravidanze ottenute (21,7%). In particolare, nei centri di II e III livello, sono stati iniziati n° 5.280 cicli ottenuti con tecniche a fresco o con scongelamento, da cui sono iniziate 1.280 gravidanze (24,2% vs Italia 19,8%), a conferma dell'efficienza del servizio erogato da questo tipo di centro.

Tuttavia la distribuzione regionale dei cicli di PA effettuate con tecniche a fresco, per milioni di donne residenti in età fertile (15-45 anni) riporta in Campania 4.261 cicli, numero molto più basso rispetto a quello registrato in Lombardia (8.839), Toscana (11.033) e Lazio (6.288); questo dato fa ipotizzare una migrazione extraregionale delle coppie campane richiedenti una PA. La scarsa attrazione che la Campania esercita sulle coppie richiedenti una PA è confermato dal fatto che in regione nel 2013 solo l'11,6% dei cicli con tecniche a fresco è iniziato in pazienti con residenza fuori regione; tale percentuale è molto inferiore rispetto a quelle registrate in altre regioni (Toscana 59,5%; Emilia-Romagna 33,7%) che invece attirano un numero crescente di coppie extraregionali.

In Campania, nel 2014, i dati CedAP mostrano che la proporzione dei parti dopo PA (12‰), è stazionaria rispetto ai quattro anni precedenti. Infatti sembra essersi esaurito l'incremento registrato tra il 2009 e il 2010, verosimilmente determinato dalla sentenza n° 151/2009 della Corte Costituzionale che aveva limitato il numero degli embrioni da impiantare, aumentando così le probabilità di successo delle procedure a fresco. Tuttavia, nonostante l'incremento registrato negli ultimi anni, la proporzione di parti da PA, registrati con il CedAP, resta in Campania inferiore a quella riportata dalla stessa sorveglianza in Emilia-Romagna (25‰) e in Toscana (27‰). Non è possibile stabilire se si tratti di una prevalenza realmente più bassa oppure di una sottostima determinata dal carattere riservato dell'informazione.

I dati CedAP, relativi alle principali tecniche di PA utilizzate in Campania nel 2014, riportano una distribuzione completamente diversa da quella registrata dal sopracitato Rapporto del Ministero. Infatti nel CedAP Campania nelle tecniche di II e III livello prevale la Fivet (58,5%) rispetto alla ICSI (24,8%), mentre nel rapporto italiano risulta inverso (ICSI=79,5%; FIVET=

12%; FER=7,4%; FO=1,1%). Questa difformità potrebbe essere giustificata dalla non perfetta conoscenza degli aspetti tecnici della PA da parte delle donne intervistate.

I parti singoli dopo PA (73,2%) sono invariati rispetto al passato, con percentuale simile alla media nazionale (78,9%): tuttavia, sebbene in netto calo rispetto agli anni precedenti, ancora una volta in Campania, si rileva una percentuale di parti trigemellari (3,2%), più elevata rispetto alla media italiana (1%) ed europea (1%). Questo dato continua ad essere preoccupante poiché le gravidanze plurigemellari espongono a un più elevato rischio di parto pretermine e di esiti neonatali sfavorevoli.

In Campania le donne che si sottopongono alla PA hanno un livello di istruzione superiore a quello delle donne con procreazione naturale. Mentre negli ultimi anni l'età media delle madri (34,6 anni) è stabile, quella dei padri (38 anni) è in aumento, a conferma della tendenza da parte delle coppie a procrastinare nel tempo la scelta di una gravidanza.

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

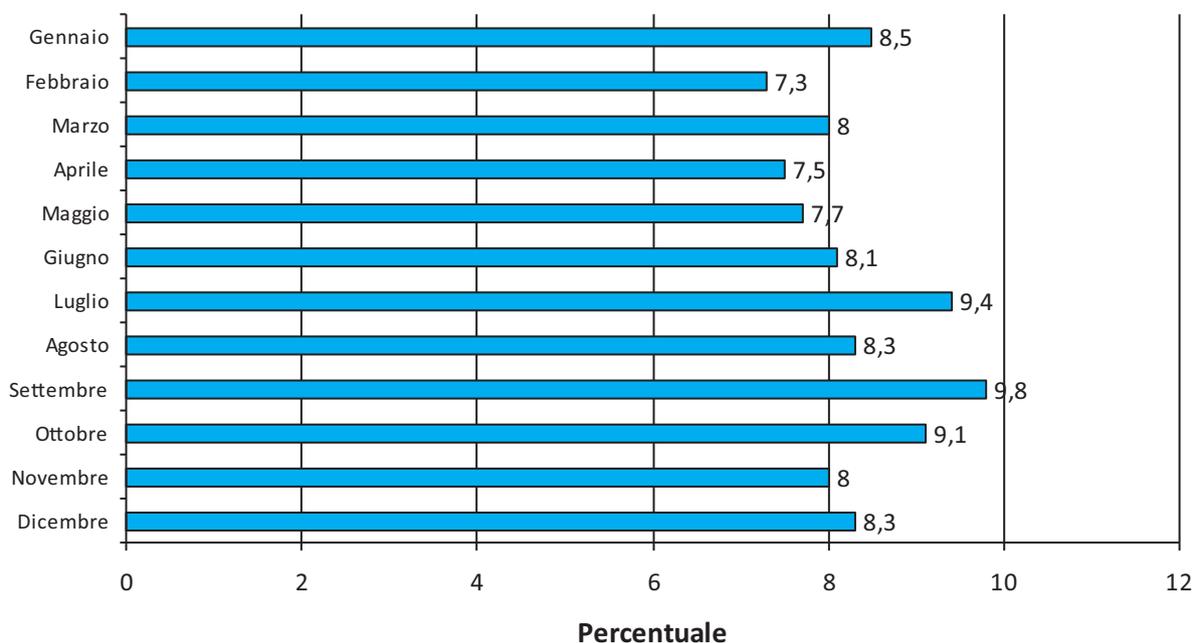
6. Nati per caratteristiche fetali

6.1. NATI PER MESE DI NASCITA, SESSO E VITALITÀ

Nella figura 6.A è riportata la distribuzione percentuale dei nati singoli per mese di nascita. Come nell'anno precedente, si osserva una lieve prevalenza dei nati nel secondo semestre (circa 53%) rispetto al primo, in particolare nel trimestre estivo, da luglio a settembre.

Nel 2014 sono stati analizzati i CedAP relativi a 53.078 nati, 27.539 maschi e 25.539 femmine. Il sesso non è riportato in 24 schede. Il rapporto maschi/femmine, è pari a 1,08. In complesso, a monte della residenza materna, nel 2014 i nati morti sono 137 su 53.078. Il tasso di natimortalità è 2,58%, in riduzione rispetto agli anni precedenti; i nati morti maschi sono 74, le femmine 63 (rapporto M/F =1,17). Per 7 nati morti non è nota la residenza della madre oppure la residenza è fuori regione; i tassi per provincia di residenza materna non mostrano differenze statisticamente significative (Tab. 20).

Fig. 6.A - Distribuzione percentuale dei nati singoli per mese di nascita, anno 2014



Tra i nati morti il 40,2 % sono a termine e il 10,9% gemelli. La distribuzione per peso evidenzia 48 nati con peso inferiore a 1500 grammi, 26 con peso tra 1500-2499 grammi, 51 con peso compreso tra 2500 e 3999 grammi e 3 macrosomi. In 9 casi non è stato riportato il peso. Il 42,3% dei nati morti nasce con il taglio cesareo. Nella tabella che segue sono riportati i tassi di natimortalità e le caratteristiche dei nati morti, negli ultimi sei anni (2009-2014).

Caratteristiche dei nati morti, anni 2009-2014

Anni	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Tasso CedAP (IC 95%)	3,22‰ (2,77-3,68)	3,18‰ (2,73-3,64)	3,03‰ (2,59-3,49)	3,23‰ (2,77-3,71)	2,47‰ (2,06-2,89)	2,58‰ (2,15-3,02)
A termine	37,8%	35,7%	44,7%	40,1%	41,3%	40,2%
Gemelli	10,0%	15,2%	6,3%	13,8%	8,5%	6,6%
TC	49%	51,3%	52,2%	56,3%	46,7%	42,3%

In tabella 21 sono riportati i tassi di natimortalità nei nati singoli per alcuni fattori di rischio fetali e materni: i tassi più alti sono associati, come sempre, alla prematurità e al basso peso. Tra i fattori di rischio sociali nel 2014 risulta statisticamente significativa solo lo stato civile nubile delle madri. Come per gli anni precedenti, la carenza di dati (98,1%) relativi alle malattie materne e fetali nonché al momento della morte, non ha permesso di approfondire le cause della natimortalità. Tuttavia nei 43 casi in cui era compilato questo dato, l'epoca riportata era quella prima del travaglio in 28 casi e sconosciuto in 15 casi.

In Italia il tasso di natimortalità è tra i più bassi in Europa, collocandosi nel 2010 (2,4‰) al 5° posto tra 25 Paesi Europei e preceduto solo, tra i Paesi ad alta natalità, dalla Finlandia (2‰), dalla Germania (2,3‰) e dalla Danimarca (2,3 ‰)³⁸. Tra il 2004 e il 2010 tutti i Paesi Europei hanno registrato un notevole decremento dei tassi di natimortalità e mortalità neonatale, in tutte le classi di età gestazionale, pur in presenza di una percentuale costante di prematurità; questo dato potrebbe essere correlato ad un miglioramento complessivo dell'assistenza perinatale in ogni classe di peso³⁹. Anche in Campania il tasso è stabile da alcuni anni, nonostante l'aumento di alcuni fattori di rischio quali l'età materna e la PA, con un valore tra 2,5‰ e 3‰, simile a quello registrato nelle maggiori regioni italiane (Emilia-Romagna 3‰, Lombardia 2,7‰, Toscana 2,2‰) e in Italia (2,7‰). Sebbene i casi non siano numerosi, costituiscono pur sempre un serio problema di sanità pubblica, soprattutto quando si presentano inaspettati in gravidanze a basso rischio. Purtroppo un evento così grave continua a non ricevere una compilazione accurata nel certificato CedAP, nonostante si stia consolidando, almeno nei centri nascita di terzo livello, la consuetudine all'applicazione almeno parziale di corretti protocolli diagnostici⁴⁰ ormai da tempo disponibili. In particolare viene con maggiore frequenza compilata la cartella neonatale del nato morto⁴¹ ed effettuato il riscontro autoptico del feto e lo studio anatomopatologico della placenta, i cui referti tuttavia non vengono sempre registrati nei CedAP, poiché non ancora disponibili al momento della compilazione. Sarebbe importante aggiornare con corsi ad hoc gli operatori addetti alla compilazione dei CedAP sulla migliore produzione del dato epidemiologico di natimortalità, indicatore importante per individuare lacune nell'organizzazione dell'assistenza perinatale. A livello assistenziale un'attenzione maggiore sulle cause di natimortalità potrebbe far emergere patologie materne e placentari, spesso sconosciute o sottovalutate, che, se fossero adeguatamente individuate e curate, contribuirebbero ad evitare il ripetersi dell'evento⁴².

6.2. NATI PER CLASSE DI ETÀ GESTAZIONALE

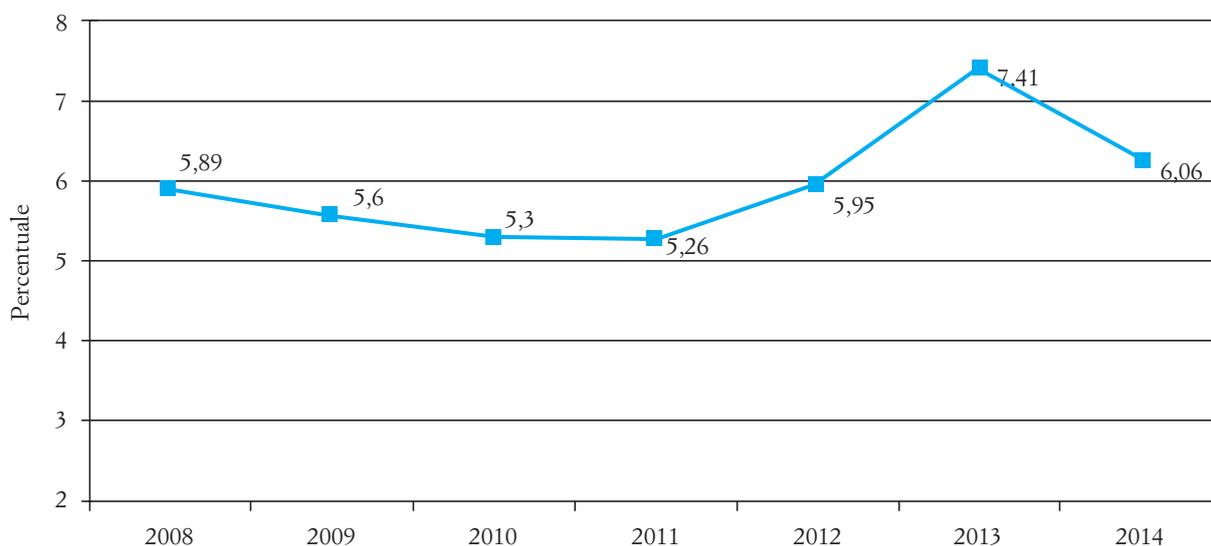
I parti e i nati pretermine sono stati catalogati per classi di età gestazionale secondo la classificazione riportata dall'“European Perinatal Health Report”⁴³:

22-27 settimane	estremamente pretermine
28-31 settimane	molto pretermine
32-36 settimane	moderatamente pretermine

Anche per l'anno 2014 la percentuale dei dati omessi relativi alla data dell'ultima mestruazione (5,7%) non ha permesso di calcolare l'età gestazionale dei nati. Pertanto, come negli anni precedenti, si è deciso di continuare ad utilizzare il dato dell'età gestazionale raccolto con l'anamnesi e registrato nel CedAP.

A monte della selezione per residenza materna, nel 2014 i **parti pretermine** (età gestazionale <37 settimane) sono 3.162 su 52.179 pari al 6,06%. Non risulta quindi confermato l'incremento registrato nel 2013 (Fig. 6.B).

Fig. 6.B - Parti Pretermine, anni 2008-2014



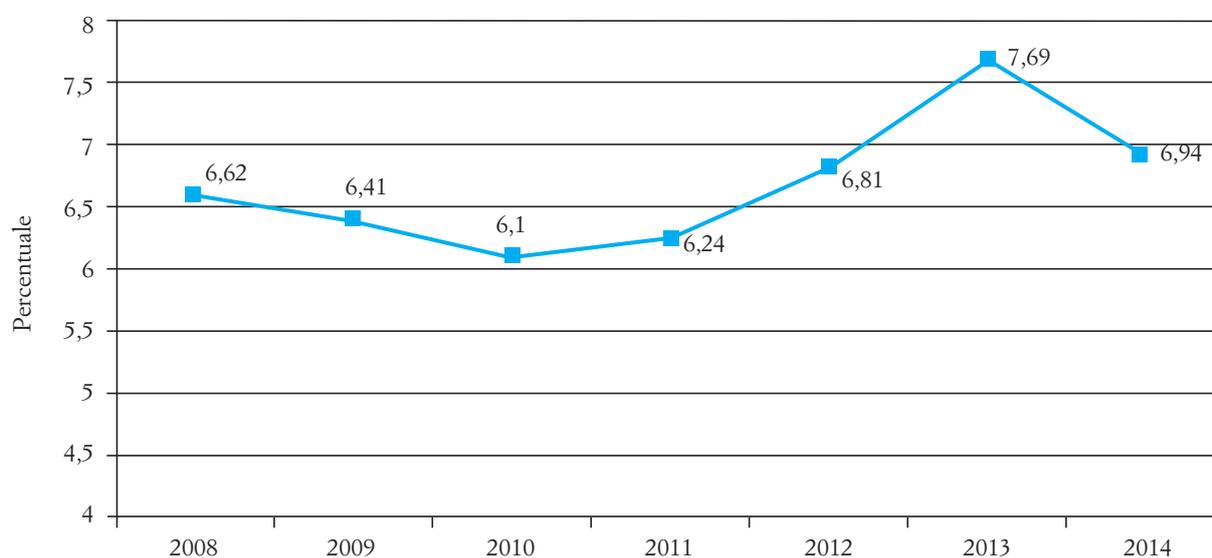
Nel 2014 tra i parti pretermine sono singoli 2.650 pari al 5,18% e gemellari 512 pari al 50,74%.

Numero dei Parti Pretermine per Genere, anno 2014

Genere	Parti Totali	di cui parti pretermine
Singoli	51.170	2.650 (5,18%)
Gemellari	1.009	512 (50,74%)

I **nati pretermine**, invece, sono 3.686 su 53.078 pari al 6,94%, anche in questo caso proporzione in diminuzione rispetto al 2013 (Fig. 6.C).

Fig. 6.C - Nati Pretermine, anni 2008-2014



Nella tabella che segue sono riportati i tassi dei parti pretermine e quelli dei nati pretermine negli ultimi sei anni (2009-2014).

Tassi e Limiti di Confidenza dei Parti e dei Nati Pretermine, anni 2009-2014

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Parti	5,60% (I.C. 5,41-5,79)	5,30% (I.C. 5,01-5,44)	5,26% (I.C. 5,07-5,44)	5,95% (I.C. 5,75-6,15)	7,40% (I.C. 7,18-7,62)	6,06% (I.C. 5,85-6,26)
Nati	6,41% (I.C. 6,21-6,61)	6,10% (I.C. 5,89-6,28)	6,24% (I.C. 6,04-6,43)	6,81% (I.C. 6,60-7,02)	7,69% (I.C. 7,46-7,91)	6,94% (I.C. 6,73-7,16)

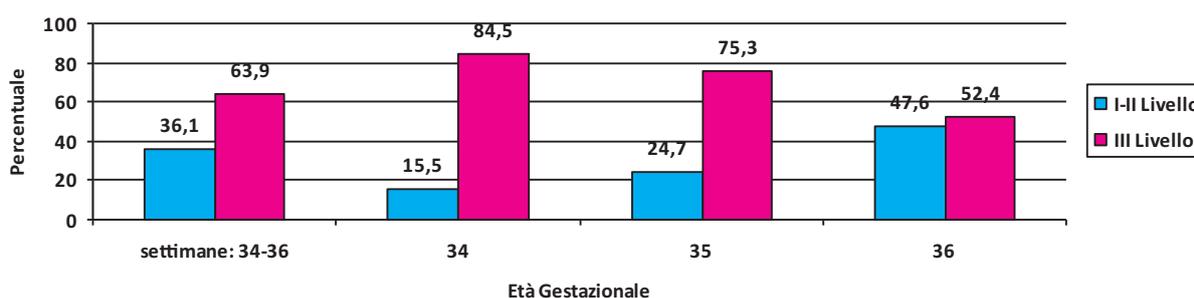
L'analisi per ASL di residenza materna evidenzia che i nati pretermine da madri campane sono 3.467 su 50.774 nati, pari al 6,8%, con percentuali maggiori nelle ASL di Benevento (8,2%) e Salerno (7,7%) (Tab. 22).

I nati con severa prematurità (<32 settimane) sono complessivamente 485 su 52.768, pari al 0,9% (Tab. 23), dato stabile rispetto agli anni precedenti e sovrapponibile a quello registrato in altre regioni e in Italia. Tuttavia mentre tra i nati vivi, singoli e gemelli, essi sono solo il 0,8% dei nati, tra i nati morti costituiscono ben il 32,8% del campione.

I neonati pretermine con età gestazionale **compresa tra 34⁺¹-36⁺⁶ settimane**, definiti come moderatamente pretermine o "Late Preterm Newborns" (LPN), sono a rischio per esiti sfavorevoli a breve e lungo termine⁴⁴⁻⁴⁵, poichè presentano, rispetto ai neonati a termine, maggiori problemi respiratori e metabolici alla nascita ed esiti sfavorevoli neurosensoriali a distanza. Nel 2014 i LPN in Campania sono 2.740 e costituiscono il 5,1% di tutti i nati e il 75,3% di tutti i nati pretermine. Di essi sono singoli 1.987 neonati (72,5%) e gemelli 753 (27,5%). La distribuzione per classe di peso mostra che i LPN con peso <1500 grammi sono il 2,3%, tra 1500 e 2499 grammi sono il 48,1%, superiore a 2500 gr. il 49,6%.

Nell'insieme i LPN nascono nel 63,9% dei casi in centri di III livello. Tuttavia la scelta sulla tipologia del centro nascita è influenzata nettamente dall'età gestazionale con percentuali decrescenti nel III livello al salire dell'età gestazionale (Fig. 6.D).

Fig. 6.D - Distribuzione dei "Late Preterm Newborns" per età gestazionale e livello della struttura di nascita

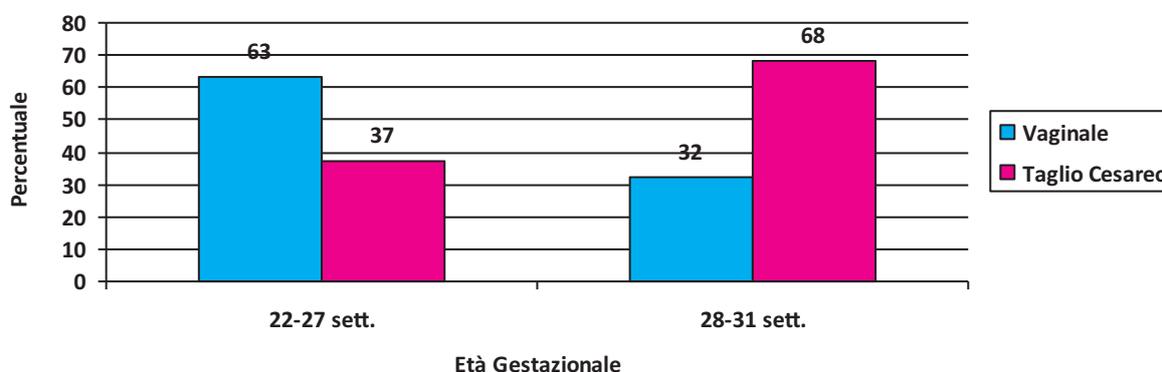


I nati post-termine (>41 settimane) sono l'1% dei nati; tale dato è, come di consueto, inferiore a quello registrato in altre regioni quali il Lazio (1,5%) e l'Emilia-Romagna (1,3%) (Tab. 23).

La tabella 24 descrive le modalità di parto per età gestazionale e genere dei neonati. La frequenza del TC in tutti i nati singoli è stabile (60,8%), con una proporzione lievemente

maggiore nei singoli pretermine (66,5%) rispetto a quelli a termine (60,5%). Il 92% dei gemelli nasce con TC. Nelle età gestazionali molto basse (< 32 settimane) la scelta del TC risulta più frequente nelle gravidanze gemellari (92,3%), piuttosto che in quelle singole (60,2%). L'utilizzo del taglio cesareo, rispetto al parto vaginale, nelle gravidanze singole molto pretermine (<32 settimane) è nel complesso stabile negli ultimi anni. Tuttavia il TC è maggiormente praticato tra le 28 e le 31 settimane (70,4%), piuttosto che tra 22-27 settimane (38,6%). In fig. 6-E sono riportate le percentuali del tipo di parto in due gruppi di nati singoli molto pretermine, registrati dal CedAP negli ultimi cinque anni. Si tratta di 611 neonati presenti nel gruppo 22-27 settimane e 719 neonati nel gruppo 28-31 settimane. Appare evidente e non casuale il differente e diametralmente opposto comportamento dei ginecologi nella scelta del tipo di parto in queste due differenti classi di età gestazionale (vaginale nel primo gruppo e cesareo nel secondo).

Fig. 6.E - Tipo di Parto in due classi di nati vivi singoli con età gestazionale molto pretermine. Dati cumulativi anni 2010-2014



Si conferma invariato l'orientamento ostetrico sulla scelta dell'età gestazionale per il taglio cesareo elettivo nei nati a termine singoli: l'età gestazionale più frequente continua ad essere la 38^a settimana (47,8%) seguita dalla 39^a (28%) (Fig. 18). In particolare dei 21.037 nati singoli a termine, ben 10.067 nascono da taglio cesareo elettivo a 38 settimane e 5.881 a 39 settimane.

In Campania nel 2014 è stata registrata una proporzione di nati pretermine (6,9%) simile a quella dei tassi registrati in altre regioni italiane: Emilia-Romagna (6,8%), Toscana (6,9%)²⁵, Lombardia (7,7%) e inferiore a quella registrata nel Lazio (8,6%)⁴⁶. In assenza di particolari

cambiamenti nella struttura della popolazione, in particolare per quanto riguarda il numero di immigrati, c'è da ipotizzare che il progressivo incremento della percentuale dei nati pretermine, registrato a partire dal 2011, potrebbe associarsi a quello di altri indicatori che segnalano un peggioramento delle condizioni di salute ed assistenziali della popolazione materna campana.

La proporzione dei “late preterm newborns” (LPN)(5,1%) è stabile. I dati evidenziano una scelta assistenziale nell'individuare, nei centri di terzo livello, la sede più frequente per la nascita di questi neonati, con una percentuale tanto più elevata quanto più bassa è l'età gestazionale. Resta tuttavia ancora elevata la percentuale di neonati che, a 34 e 35 settimane, nasce in centri di primo e secondo livello, alcuni dei quali probabilmente non completamente attrezzati per fornire loro un'adeguata assistenza.

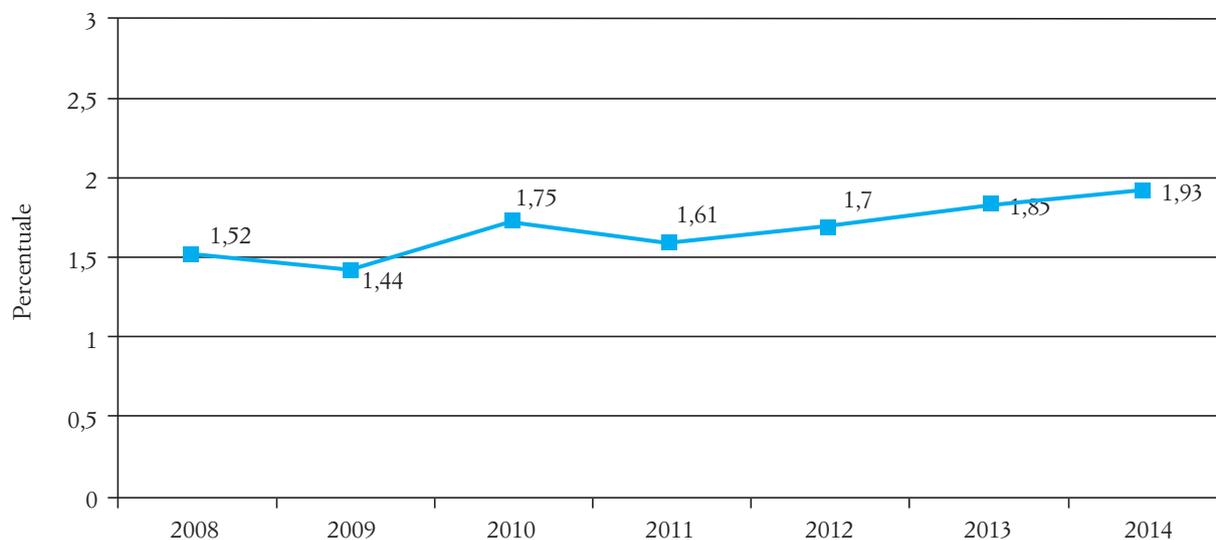
Il dato del maggiore utilizzo del taglio cesareo nelle gravidanze gravemente pretermine (28-31 settimane), rispetto a quelle estremamente pretermine (22-27 settimane), potrebbe essere correlato a una diffusa opinione da parte dei ginecologi che i rischi materni del TC non siano compensati da esiti neonatali migliori, quando il parto sia estremamente pretermine. In realtà i dati di letteratura⁴⁷ sono ancora controversi e mostrano un netto vantaggio del taglio cesareo solo nel caso di presentazione podalica, comunque frequente alle basse età gestazionali.

Viene confermato che l'età gestazionale scelta dai ginecologi per l'effettuazione del taglio cesareo elettivo è la 38^a settimana, epoca che appare ancora anticipata rispetto ai suggerimenti scientifici che indicano invece nella 39^a settimana compiuta l'epoca più corretta, ai fini di minimizzare il rischio di problemi respiratori nei neonati a termine⁴⁸⁻⁴⁹. La più bassa proporzione di parti post-termine è correlabile invece ad una scelta assistenziale dei ginecologi orientata a interrompere la gravidanza con taglio cesareo entro la 41^a settimana.

6.3. NATI PER GENERE DEL PARTO

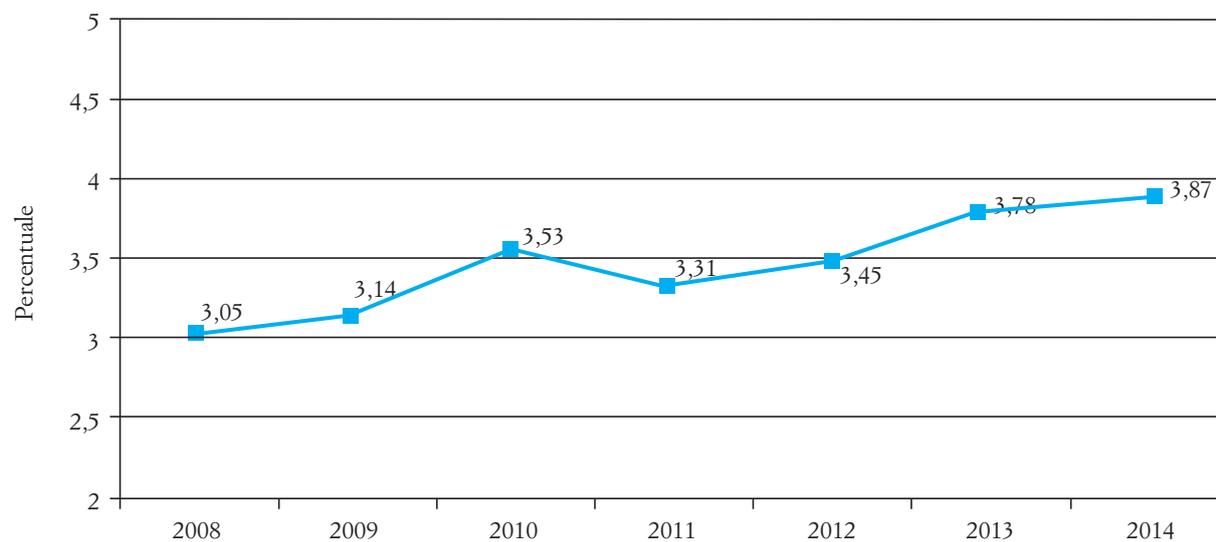
A prescindere dalla residenza materna, i **parti gemellari** sono 1009 su 52.179 pari al 1,93%, in aumento rispetto agli anni precedenti (Fig.6.D). La proporzione dei parti plurimi risulta più alta di quella dell'Emilia-Romagna del 2014 (1,8%) e più alta di quella riportata per l'Italia nel 2013 dal Ministero della Salute (1,7%)²³. Di questi parti, 971 sono bigemini e 38 trigemini. Anche nel 2014 non è stato segnalato nessun parto quadrigemino.

Fig. 6.F - Parti Gemellari, anni 2008-2014



A prescindere dalla residenza materna, i **nati da parti plurimi** sono 2.056 su 53.078, pari al 3,87%, percentuale in ulteriore aumento rispetto agli anni precedenti (Fig. 6.E).

Fig. 6.E - Percentuale Gemelli, anni 2008-2014



Nella tabella che segue sono riportati i tassi dei parti gemellari e quelli dei gemelli degli ultimi sei anni (2009-2014).

Tasso e Intervalli di Confidenza dei parti gemellari e di gemelli, anni 2009-2014

Anni	2009	2010	2011	2012	2013	2013
Parti gemellari	1,43 (I.C. 1,33-1,53)	1,75 (I.C. 1,64-1,86)	1,61 (I.C. 1,51-1,71)	1,70 (I.C. 1,59-1,81)	1,85 (I.C. 1,73-1,96)	1,93 (I.C. 1,81-2,05)
Gemelli	3,14 (I.C. 2,99-3,27)	3,53 (I.C. 3,38-3,68)	3,31 (I.C. 3,16-3,45)	3,45 (I.C. 3,30-3,60)	3,78 (I.C. 3,62-3,94)	3,87 (I.C. 3,71-4,03)

La tabella 23 evidenzia la distribuzione dei gemelli per tipo di parto e classe di età gestazionale. Confermando il dato degli anni precedenti, la proporzione complessiva dei gemelli nati da taglio cesareo è elevata (92%). I gemelli a termine nascono con TC nel 91,2% dei parti, quelli pretermine complessivamente nel 92,8%. Anche tra i gemelli nati ad età gestazionale molto pretermine, si osserva la differente proporzione nell'utilizzo del TC nei parti tra 28-31 settimane (94,9%) versus quelli <28 settimane (69,2%).

La tabella 24 mostra la distribuzione dei gemelli per vitalità e classi di età gestazionale e di peso. Il 48% di tutti i gemelli (nati vivi e nati morti) nasce a termine, il 52% nasce pretermine; in particolare il 6,5% nasce prima della 32^a settimana e il 45,6% tra 32 e 36 settimane. Il 59,9% di tutti i gemelli ha un peso inferiore a 2500 grammi e il 7,9% ha un peso inferiore a 1500 grammi. Nel gruppo di nati vivi con peso <1500 gr. (VLBW), i gemelli costituiscono il 28,2%. Invece tra i nati morti il 18,7% sono gemelli e, tra questi, tutti sono pretermine e di basso peso.

La tabella 25 mostra la distribuzione dei gemelli per presentazione. Come già noto, la presentazione di podice dei gemelli è molto più elevata (16,8%) rispetto a quella dei singoli (3,1%) e questo potrebbe giustificare la maggiore proporzione di gemelli nati da TC.

Come in altre regioni italiane, la frequenza di gravidanze multiple, stabile fino al 2009 (1,5% circa), ha registrato un incremento progressivo negli ultimi anni fino all'1,93% del 2014, associabile in buona parte sia all'aumento dell'età materna che alla maggiore frequenza della PA. I gemelli rappresentano circa il 30% dell'intero gruppo di VLBW, neonati a maggior consumo di risorse in terapia intensiva neonatale. Questo dato suggerisce la necessità, quando possibile, di centralizzare i parti plurimi in centri TIN con adeguate disponibilità di posti letto, in modo da assistere i gemelli in un unico reparto, evitando il più possibile il trasferimento di una parte di essi in altre strutture. La separazione dei gemelli alla nascita crea infatti enormi dif-

ficoltà organizzative per i genitori e rischia di favorire a distanza l'insorgenza di problemi genitoriali.

Il ricorso al taglio cesareo in caso di gravidanza gemellare a termine è quasi la regola in Campania, sebbene le aggiornate linee guida del Ministero della Salute⁵⁰ suggeriscano il parto per via vaginale nelle gravidanze bicoriali biamniotiche a termine, in quanto non è dimostrata l'efficacia del TC nel ridurre mortalità e morbilità neonatale. Anche quando la posizione di uno dei due gemelli non è cefalica, le prove conclusive sui vantaggi del TC non sono state ancora dimostrate; comunque nei casi a rischio il TC non dovrebbe essere effettuato prima della 38 settimana compiuta di età gestazionale⁵¹.

6.4. NATI PER CLASSE DI PESO

Il peso alla nascita è riportato nel CedAP nel 99,7% dei casi. Il peso infatti non è noto solo in 140 casi. Il peso medio nei nati vivi singoli maschi è pari a 3.242 grammi, nelle femmine singole 3.115.

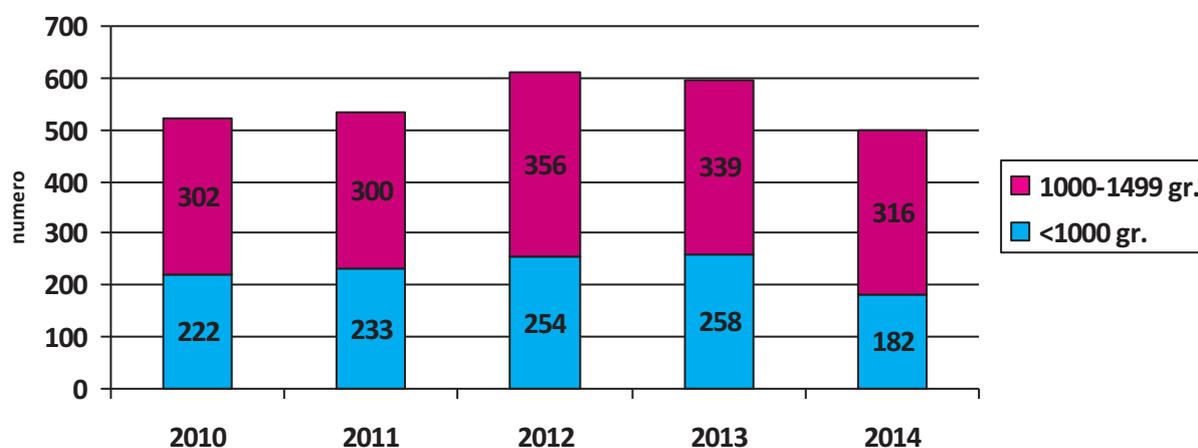
La distribuzione per classe di peso di tutti i nati vivi e nati morti è descritta, per genere, nella tabella che segue:

Nati per genere e classe di peso

Classi di Peso Grammi	Singoli		Gemelli		Totale	
	n°	%	n°	%	n°	%
< 1000	134	0,26	48	2,46	182	0,34
1000-1499	202	0,40	114	5,84	316	0,60
1500-1999	432	0,85	293	15,00	725	1,37
2000-2499	2.241	4,40	719	36,82	2.960	5,59
2500-3999	46.069	90,35	774	39,63	46.843	88,48
4000 +	1.907	3,74	5	0,26	1.912	3,61
Totale	50.985	100	1.953	100	52.938	100

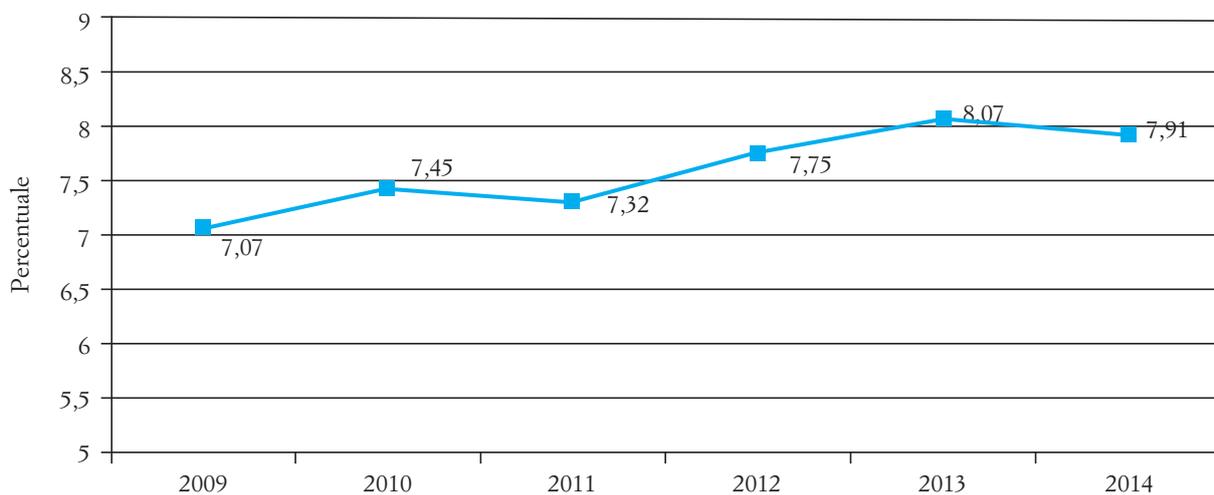
I nati con peso inferiore a 500 grammi sono 10, di cui 1 nato vivo gemello e 3 nati morti singoli. Nel complesso i nati con peso inferiore a 1500 grammi (VLBW) sono 498 pari al 0,94%. Il numero dei VLBW in Campania ha subito negli ultimi cinque anni ampie oscillazioni (range: 498 nel 2014 - 610 nel 2012) (Fig. 6.H).

Fig. 6.H - Numero di nati con peso < 1500 gr. (VLBW), anni 2010-2014



I nati con peso inferiore a 2500 grammi (LBW) sono 4.183 pari al 7,91% del totale. In figura 6.I si osserva il trend in aumento della percentuale dei LBW nel corso degli ultimi sei anni.

Fig. 6.I - Percentuale di Nati con peso < 2500 gr. (LBW), anni 2009-2014



I nati di peso superiore a 3999 grammi sono 1912 (3,61%), percentuale stabile rispetto agli anni precedenti e sempre inferiore a quella riportata negli ultimi anni nelle altre regioni italiane (Emilia-Romagna: 6,6%; Toscana: 5,8%; Lazio: 5,1%; Italia 5,3%).

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

Nati per classe di peso, anni 2009-2014

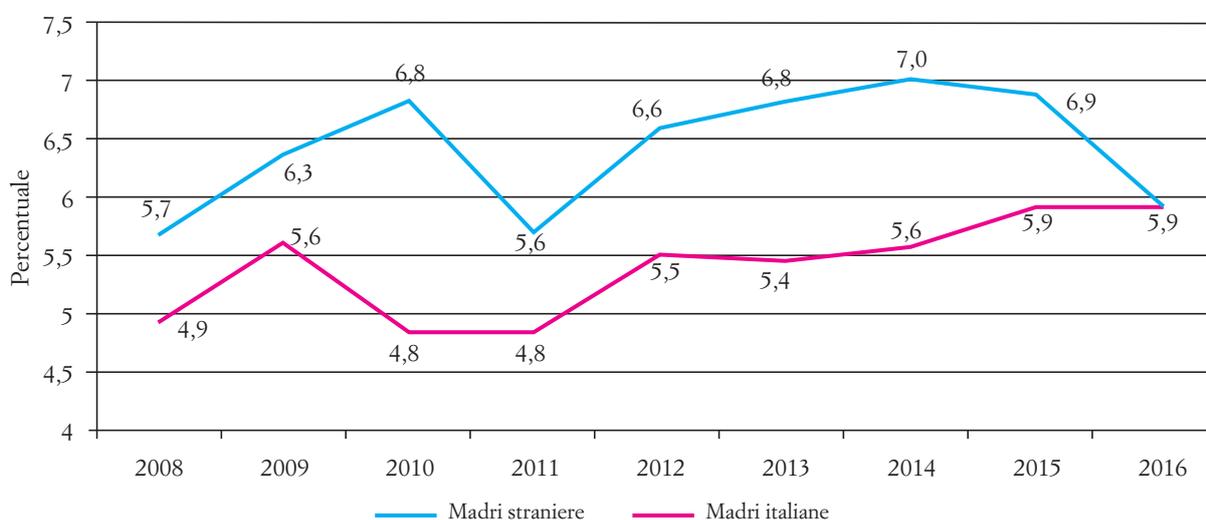
Classi di Peso (grammi)	2009	2010	2011	2012	2013	2014
< 1500	0,86% (I.C. 0,79-0,94)	0,91% (I.C. 0,83-0,98)	0,94% (I.C. 0,86-1,02)	1,09% (I.C. 1,01-1,17)	1,10% (I.C. 1,01-1,19)	0,94% (I.C. 0,88-1,05)
< 2500	7,07% (I.C. 6,86-7,27)	7,45% (I.C. 7,23-7,66)	7,32% (I.C. 7,11-7,54)	7,75% (I.C. 7,52-7,97)	8,07% (I.C. 7,84-8,30)	7,91% (I.C. 7,72-8,18)
4000 +	3,85% (I.C. 3,69-4,00)	3,78% (I.C. 3,62-3,93)	3,86% (I.C. 3,70-4,02)	4,02% (I.C. 3,85-4,18)	3,77% (I.C. 3,61-3,93)	3,61% (I.C. 3,45-3,77)

La tabella 26 mostra la distribuzione dei nati per classe di peso e ASL di residenza materna. La proporzione di LBW (7,9%) è sovrapponibile a quella dell'anno precedente: si evidenziano differenze non significative nella distribuzione per ASL di residenza materna (dal 7,3 % di Napoli2 Nord al 8,4% di Salerno).

La figura 14 mostra la distribuzione percentuale di neonati, per classe di peso e livello dei centri nascita. La percentuale dei neonati con peso alla nascita =>2500 grammi che nasce nei 14 centri di III livello è pari al 33,5% e aumenta al 55,5% per quelli con peso tra 1500 e 2499 gr. e al 92% per i VLBW (peso <1500 gr.). In particolare i neonati con peso alla nascita <1500 gr., nati in centri di I-II livello, sono solo 39 (12 con peso <1000 gr. e 27 con peso tra 1000-1499 gr.).

La tabella 27 riporta i principali fattori di rischio associati al basso peso alla nascita. La condizione di non occupazione materna e paterna, lo stato civile di nubile, l'età giovane e avanzata della madre nonché il basso livello di istruzione, risultano essere fattori di rischio significativamente associati al basso peso. È probabile che i vari fattori di rischio sociale, talora contemporaneamente presenti, possano determinare un inadeguato accesso alle cure prenatali e ciò può causare prematurità e basso peso alla nascita. Invece, nel 2014, risulta identica la percentuale di LBW nati da madri con cittadinanza italiana e straniera (5,9%), che negli anni passati aveva sempre mostrato una prevalenza maggiore tra le madri straniere (Fig. 6.L).

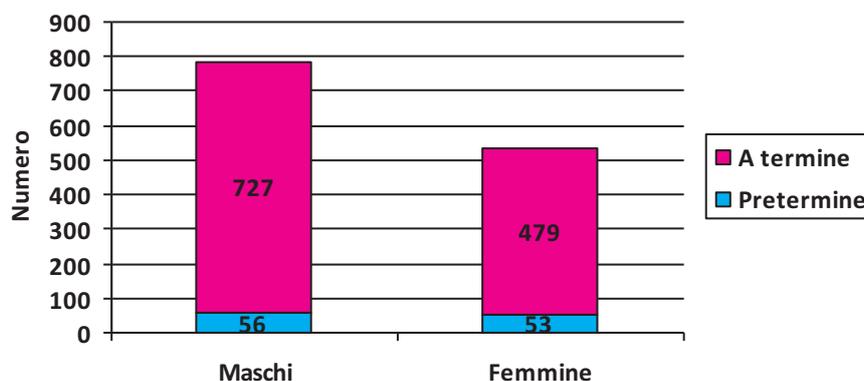
Fig. 6.L - Percentuale di nati con basso peso (LBW) da madri straniere e italiane, anni 2008-2014



I nati a termine con basso peso alla nascita (<2500 grammi) sono neonati che presentano un ritardo di sviluppo causato da fattori costituzionali genetici o da ritardo di crescita intrauterina. Per questi neonati i protocolli neonatologici prevedono che vengano sottoposti a particolare sorveglianza clinica, poiché a maggiore rischio per problemi metabolici (ipoglicemia, ipocalcemia) o respiratori. Essi sono 1.912 nati, di cui 1.553 singoli e 359 gemelli. Tra i singoli costituiscono il 3,1% del campione, mentre tra i gemelli il 18,8%. Inoltre tra i nati di basso peso singoli a termine, ben 1.023 presentano un peso alla nascita <2000 grammi, esito di un importante ritardo di crescita intrauterina.

I nati vivi “small for date” (SGA) con peso alla nascita <3° percentile italiano⁵² sono invece 1.315, di cui 753 maschi (3% dei maschi) e 532 femmine (2,2% delle femmine). In questi due gruppi di nati SGA sono pretermine solo 56 maschi e 53 femmine.

Fig. 6.M - Numero dei nati vivi SGA per durata della gravidanza e sesso



In Campania la proporzione dei nati di peso basso (<2500 grammi) è sempre stata tra le più alte in Italia. Anche nel 2014 la percentuale riscontrata (7,93%) conferma il trend all'aumento già notato a partire dal 2012 e continua ad essere superiore a quelle pure in incremento riportate in altre regioni italiane (7,9% in Lombardia, 7,7% nel Lazio, 6,8% in Emilia-Romagna, 7% in Toscana e 7,4% in Italia nel 2013). In particolare in Campania il tasso di nati con basso peso alla nascita è passato dal 7,07% del 2009 al 7,93% del 2014. Poiché l'analisi dei fattori di rischio per basso peso continua ad evidenziare un importante ruolo dei determinanti di rischio sociale (stato civile di nubile, basso reddito e basso livello di istruzione) è ipotizzabile che il peggioramento delle condizioni economiche di ampi strati di popolazione campana, determinata dalla crisi economica, possa essere stato uno dei fattori causali dell'incremento del numero di neonati con basso peso alla nascita.

Tuttavia l'analisi dei dati relativi al peso alla nascita, per la prima volta effettuata grazie alla disponibilità di percentili italiani, non mostra una maggiore proporzione di neonati SGA (<3° percentile), rispetto all'atteso (3%). Quest'analisi quindi non conferma l'ipotesi avanzata in studi precedenti⁵³ di una maggiore incidenza di nati con ritardo di crescita intrauterina nella popolazione campana. L'interazione di fattori di rischio sociali con altri eventi avversi, quali l'obesità e altre malattie croniche, potrebbe determinare la maggiore incidenza osservata di nati di basso peso in maniera selettiva, solo in particolari strati sociali di popolazione.

Il ricovero o il trasferimento di gestanti a rischio di parto molto pretermine in centri di III livello costituisce una prassi ormai consolidata, pur in presenza di una molteplicità di punti nascita. Tuttavia è ancora da ridurre il numero di neonati con peso molto basso che nasce in strutture di I-II livello, non adeguatamente attrezzate per assistere questa classe di neonati. Inoltre i dati del Servizio di Trasporto Neonatale (STEN)⁵⁴ mostrano l'elevata percentuale di trasferimenti tra i neonati con età gestazionale <31 settimane. Questo dato conferma che molti neonati estremamente o molto prematuri vengono trasferiti alla nascita, anche da parte dei centri di III livello per carenza di posti letto. Si tratta di una situazione preoccupante poiché gli esiti a breve e lungo termine di questi neonati sono influenzati dalla qualità e tempestività delle cure erogate durante il ricovero della madre e, spesso, durante le prime 72 ore di vita del neonato. A livello regionale sarebbe necessario rivalutare, anche alla luce dei già descritti dati negativi sulla mortalità neonatale, l'opportunità della presenza a Napoli di ben tre Terapia Intensiva Neonatale (TIN) privi di maternità (ospedali: Santobono, Monaldi e S.S. Annunziata).

Comunque il trasferimento di neonati molto pretermine da centri di III livello ad altri centri di uguale livello per carenza di posti letto non è un problema solo campano poiché segnalato anche in altre regioni⁵⁵.

6.5. NATI PER PRESENTAZIONE E GENERE DEL PARTO

I nati in presentazione podalica sono il 3,6% del totale, percentuale simile a quella degli anni precedenti. La presentazione podalica è segnalata nel 3,1% dei nati singoli e nel 16,8% dei gemelli (Tab. 25). I nati singoli con presentazione podalica che nascono da parto vaginale podalico sono solo 229, di cui solo 20 al primo parto.

La proporzione di nati con presentazione podalica è inferiore a quella registrata in altre regioni italiane (Lazio 5,1%, Emilia Romagna 4,3%); tuttavia potrebbe trattarsi di una sottotifica del dato, specie nel caso di parto con TC elettivo. L'utilizzo del TC nei casi di presentazione podalica è in accordo con le nuove linee guida del Ministero della Salute⁵⁰ che suggeriscono, in caso di gravidanza a termine con feto singolo in presentazione podalica, di praticare un TC programmato che però non deve essere effettuato prima della 39^a settimana compiuta di età gestazionale.

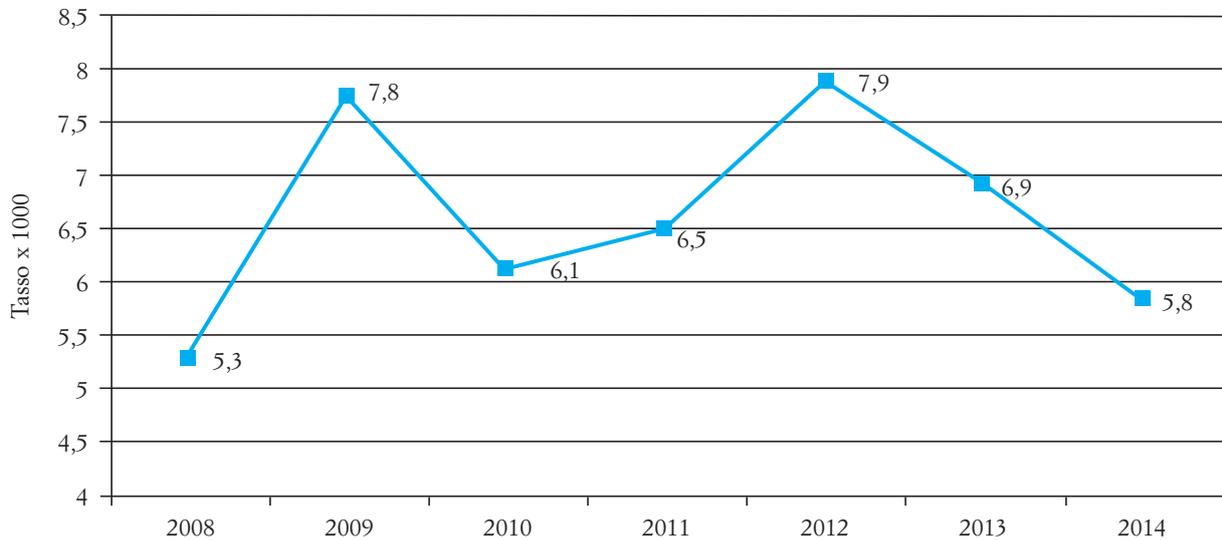
6.6. INDICE DI APGAR A 5 MINUTI

Un punteggio di Apgar a 5 minuti tra 1 e 3, correlato a grave sofferenza, si osserva con una percentuale del **0,2%**, simile a quanto registrato nelle altre regioni.

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, in questa tabella la proporzione della sofferenza alla nascita viene riportata per mille.

Un punteggio di Apgar a 5 minuti <4, correlato a grave sofferenza, si osserva con una percentuale del 2,4%; una sofferenza lieve (punteggio 4-6) nel 3,4 ‰ dei nati. Nel complesso è rilevato un punteggio di Apgar <7 nel 5,8‰, dato inferiore a quelli riportati nei due anni precedenti (Fig.6.N).

Fig. 6.N - Tasso dei nati con indice di Apgar a 5 minuti < a 7, anni 2008-2014



I nati singoli presentano un indice di Apgar <7 a 5' nel 4,9% dei casi (<4 nel 2,2 %), i gemelli nel 29,8% (<4 nel 7,2 %). Un indice di Apgar < a 7 a 5', pur in presenza di numerosi dati omessi, è riportato frequentemente nei nati singoli di peso molto basso (282,5%) e in quelli con età gestazionale < 33 settimane (223%). I nati singoli a termine in presentazione di vertice, presentano dopo un parto spontaneo, una incidenza di Apgar <7 del 2,6%, nati dopo TC elettivo del 2,3% e quelli nati da TC in travaglio del 3,5% (Tab. 28).

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 distanza⁵⁶. I dati mostrano una percentuale (0,2%) di indice di Apgar 1-3 a 5' analoga a quella riportata dal Rapporto Italiano del 2013 (0,15%)²³ e simile a quella riportata da alcune regioni italiane (Toscana 0,3%, Emilia-Romagna 0,1% e Marche 0,1%).

Per i neonati con grave depressione alla nascita e sindrome ipossico-ischemica anche in Campania, come nelle altre regioni italiane, è ormai disponibile una estesa rete assistenziale a Napoli (Ospedali: II Policlinico, Cardarelli, S.S. Annunziata, Villa Betania, Monaldi) e provincia (Avellino: Ospedale Moscati e Clinica Malzoni; Caserta: Ospedale S. Sebastiano e Clinica Pineta Grande; Benevento: Ospedale Rummo) per il trattamento del neonato asfittico con ipotermia moderata⁵⁷, terapia per la quale esistono ormai dati inconfutabili di efficacia⁵⁸.

Tuttavia in Campania il numero dei neonati con severa asfissia che negli ultimi anni sono stati sottoposti a trattamento ipotermico (circa 50/anno) risulta inferiore a quello teoricamente atteso in base ai dati CeDAP (circa 120 casi/anno); i motivi di tale notevole differenza non sono al momento ancora chiari⁵⁹.

7. Caratteristiche dei parti

7.1. MOBILITÀ INTRA ED EXTRAREGIONALE PER IL PARTO

Nel 2014 i nati in Regione Campania, compresi i nati morti, sono 53.078, di cui il 3,6% (n=1.955) nati da madri non residenti. I CedAP in cui manca ogni indicazione relativa alla residenza materna sono 79.

Mobilità extraregionale

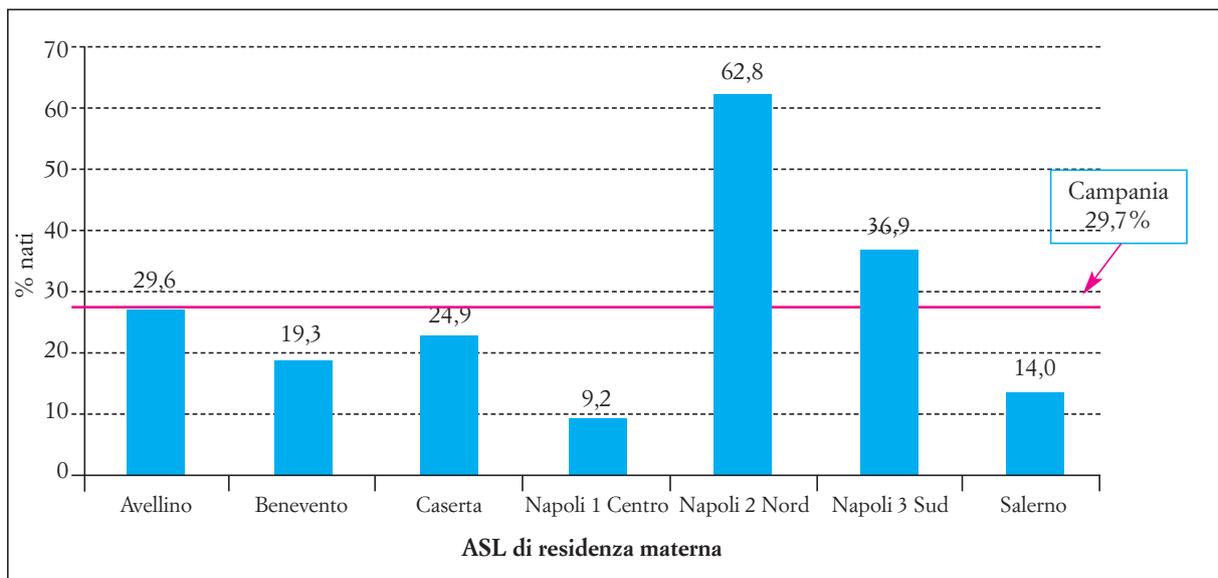
Non sono pervenuti CedAP relativi a madri residenti in Campania che hanno partorito in altre regioni; delle 1955 residenti in altre regioni il 41,3% sono nate in Campania e ritornate per il parto nel luogo di origine; i nati da madri residenti al Nord Italia sono il 31,5%, da residenti al Centro il 49,5% e da residenti nel Mezzogiorno il 18,9%. In particolare il 31,3% dei nati da madri non residenti in Regione proviene dalla Regione Lazio.

Mobilità intraregionale

Nella tabella 29 sono riportati i parti per ASL di nascita e ASL di residenza materna. In Campania il 70,3% dei parti avviene nelle strutture appartenenti alla ASL di residenza materna; la percentuale di madri assistite nell'ASL di residenza è molto variabile ed è pari all'90,7% per l'ASL Napoli 1 Centro, all'86,1% per l'ASL di Salerno, all'80,7% per la ASL di Benevento, al 70,4% per la ASL di Avellino, al 75,1% per la ASL di Caserta, al 63,1% per la ASL di Napoli 3 Sud e al 37,2% per l'ASL Napoli 2 Nord. In Campania il 29,7% (n = 14.876) dei parti avviene in strutture diverse dall'ASL di residenza materna; la proporzione per ciascuna ASL è riportata nella figura 7.A. Per le ASL di Benevento, Avellino e Caserta la mobilità interessa rispettivamente il 19,3%, il 29,6% e il 24,9% delle madri residenti. Come si osserva, la mobilità all'interno della Regione riguarda soprattutto le madri residenti nelle ASL Napoli 2 Nord (62,8%) e Napoli 3 Sud (36,9%). Nel 70% circa dei casi tale mobilità è diretta verso i centri nascita della ASL Napoli 1 Centro. Nella ASL Napoli 1 Centro sono assistiti 16.873 parti, di questi 8.585, pari al 50,8%, sono di madri residenti in altre ASL; persiste

un flusso migratorio verso i centri nascita del capoluogo dalle altre ASL e prevalentemente, dalle ASL Napoli 2 Nord, Napoli 3 Sud e Caserta. Dei 1.942 nati da madri residenti a Caserta, che hanno partorito in altre ASL, circa il 56% è assistito in centri dell'ASL Napoli 1 Centro.

Fig. 7.A - Proporzione di nati in ASL diversa da quella di residenza materna, anno 2014



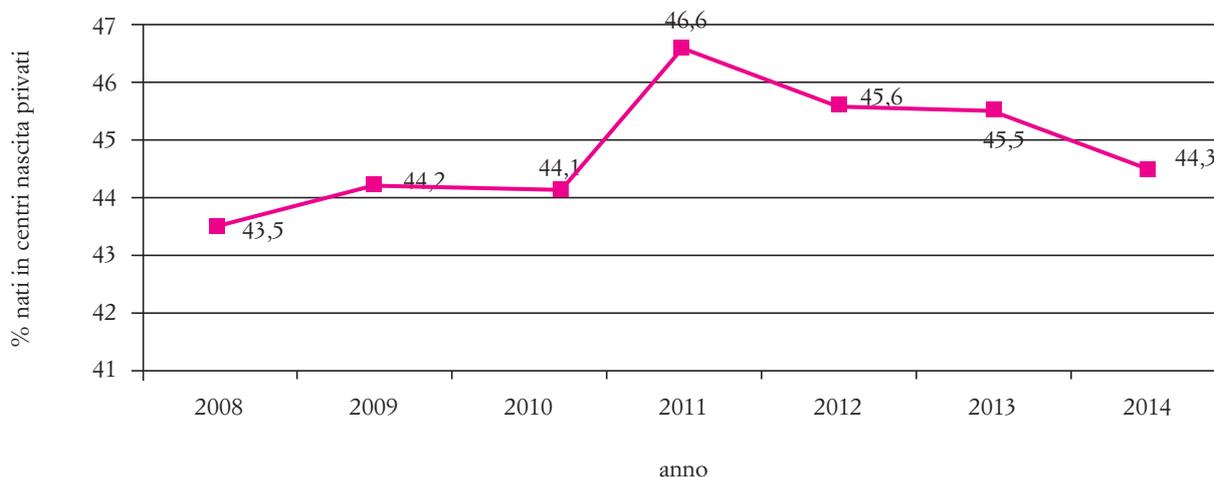
Il numero di madri residenti nella ASL di Avellino assistite nei centri nascita della ASL è progressivamente diminuito passando dal 81% del 2010 al 70% del 2014. Rimane invariato, rispetto agli anni precedenti il numero di partorienti che della provincia di Napoli e di Caserta migrano, per il parto, verso il capoluogo regionale, in cui vi sono ancora molti centri nascita pubblici e privati, di medie dimensioni. In particolare per la ASL Na 2 Nord, in cui sono presenti ampie fasce di popolazione con fattori di rischio socio- sanitario, rimane elevata la percentuale delle gestanti che migrano in centri nascita di altre ASL. Il 33,8% dei nati in Regione viene assistito nei centri nascita della ASL Napoli 1 Centro. Tale fenomeno è costante nel tempo ed è solo in parte legato alla concentrazione di centri nascita in grado di assistere gravidanze e neonati patologici. In Campania spesso la gravidanza è assistita da professionisti privati ed il legame con il ginecologo di fiducia condiziona la scelta del luogo del parto. È evidente la necessità di una razionalizzazione della rete della assistenza perinatale con il potenziamento di percorsi assistenziali integrati per la gravidanza ed il parto puntando su una efficace rete ospedale-territorio.

7.2. NATI PER LUOGO DEL PARTO

In Campania nel 2014, sono stati attivi e hanno inviato dati 67 centri nascita, 39 pubblici e 28 privati, di cui solo uno, la Clinica Ruesh, non convenzionato con il Sistema Sanitario Nazionale. L'analisi riguarda tutti i 67 centri nascita che hanno inviato i dati, compreso i centri nascita Casa di cura S. Rita (Avellino), P.O. Maddaloni (Caserta) e P.O. S. Gennaro (Napoli) che hanno cessato l'attività negli ultimi mesi dell'anno.

I nati assistiti nelle strutture pubbliche sono 29.548 (55,7%), quelli assistiti nelle Case di Cura private 23.530 (44,3%). Come si evince dalla tabella 30 la distribuzione territoriale delle Case di Cura in Campania non risulta omogenea: nella ASL di Benevento non vi sono centri nascita privati. Sono assistiti in centri nascita privati il 21,9% dei nati nell'ASL di Salerno, il 40,8% % dei nati nella ASL Napoli 2 Nord, il 45,2% nella ASL Napoli 1 Centro, il 49,3% nella ASL di Avellino ed il 55% a Caserta. Nell'ASL Napoli 3 Sud, ove il numero dei centri nascita privati è nettamente superiore rispetto ai pubblici, sono assistiti in centri privati circa il 70% dei nati. Come si evince dalla figura 7.B, la percentuale dei nati in centri nascita privati si mantiene costante negli anni intorno a valori di circa il 45%.

Fig. 7.B - Percentuale dei nati nei centri nascita privati della Regione Campania, anni 2008-2014



Nella tabella 31 le strutture pubbliche e private sono suddivise in base al **numero di nati per anno**. Le strutture con meno di 500 nati sono 20 su 67, 15 pubbliche e 5 private ed assistono l' 11,5% del totale dei nati. Nel triennio 2012-2014 sono stati dismessi solo due centri nascita con meno di 500 nati/anno, entrambi privati. Le strutture con numero di

nati tra 500 e 999, sono 27 ed assistono il 38,7% dei nati, quelle con numero di nati tra 1000 e 1499 sono 16 ed assistono il 35,3% dei nati. Infine le strutture con un numero di nati uguale o superiore a 1.500 sono 4 ed assistono il 14,7% di tutti i nati. Complessivamente la percentuale di nati assistiti in centri nascita con volume di attività superiore a 1000 nati/anno è pari al 49,8% (52,8% nel 2013, 48,7 nel 2012). In Italia nel 2013 il 61,9 dei parti avveniva in centri nascita con almeno 1000 nati per anno.

La tabella 32 riporta il numero di nati per **tipologia di struttura e caratteristiche neonatali** ed evidenzia le differenze della popolazione assistita nei due tipi di struttura. Nelle strutture pubbliche si registra una proporzione di nascite gemellari (4,5%), di nati di peso molto basso (1,4%) e di età gestazionale <34W (3,3%) maggiore che in quelle private (rispettivamente 2,8%, 0,3% e 1,0%). Resta simile la proporzione di nati in presentazione podalica (3,6% vs 3,4%).

Come negli anni precedenti la percentuale di parti con TC nei centri nascita privati (70,8%) è nettamente superiore a quella delle strutture pubbliche (49,5%). Nel periodo 2004-2014 il tasso di TC rimane stabile, nei centri nascita privati è passato dal 70,0% al 70,8% e nei centri pubblici dal 50,5% al 49,5% (Fig. 15).

Anche per le caratteristiche materne si notano differenze tra le tipologie di struttura, la proporzione di madri con bassa scolarità (≤ 8 anni), straniere, nubili e di età superiore a 34 anni è maggiore nelle strutture pubbliche che in quelle private (Fig 16). Nelle strutture pubbliche è significativamente superiore la percentuale di madri con livello di istruzione inferiore o uguale a 8 anni (32,8%) rispetto alle private (26,1%) e di madri straniere (9,1% versus 5,2%). Nella figura 17 sono confrontate le proporzioni dei nati di peso molto basso (VLBW) e dei nati da TC per centri nascita dotati di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) (N=14) e centri nascita senza TIN (N = 53). Le due bolle del grafico rappresentano i due gruppi di strutture, ogni bolla ha una dimensione proporzionale al numero totale di nati assistiti. Sull'asse delle ordinate è riportata la percentuale di nati di peso molto basso e su quello delle ascisse la proporzione di TC; le due linee tratteggiate indicano la media regionale di nati di peso inferiore ai 1500 grammi (VLBW) (10,0%) e di TC (59,9%). Nel gruppo di strutture ad alto rischio, dotate di TIN sono assistiti 18.966 neonati, nel gruppo senza TIN 34.112. Osservando la posizione di ciascuna bolla, come atteso, si vede che la proporzione di neonati VLBW è maggiore nel gruppo delle strutture dotate di TIN (2,51% vs 0,14%). Rispetto alla proporzione di TC, i due gruppi di strutture presentano, invece, una posizione diversa da quella attesa, in quanto essa è molto più elevata nel gruppo dei centri nascita a basso rischio, non dotati di posti letto di TIN (65,9% vs 46,5%).

Dal 2010 al 2014 sono stati progressivamente dismessi 12 centri nascita, 5 pubblici e 7 privati, tuttavia quelli attivi in Regione sono ancora numerosi. Nel 2014 hanno operato 67 strutture che hanno assistito mediamente 779 parti e 792 nati, valore stabile dal 2011 anche se in quell'anno erano attivi 73 centri nascita. In Emilia Romagna in 30 strutture sono mediamente assistiti 1221 nati e nel Lazio in 44 strutture mediamente 1142 nati. In Italia nel 2013 erano attivi 526 centri nascita che assistevano mediamente 974 nati.

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

	CAMPANIA	EMILIA ROMAGNA	LAZIO	ITALIA
ANNO	2014	2014	2014	2013
N. Nati	53.078	36.640	50.234	512.327
N. Centri Nascita	67	30	44	526
N. Medio Nati per Struttura	792	1221	1142	974

*Archivio dati CedAP Nazionali (anno 2013) e regionali (anno 2014)

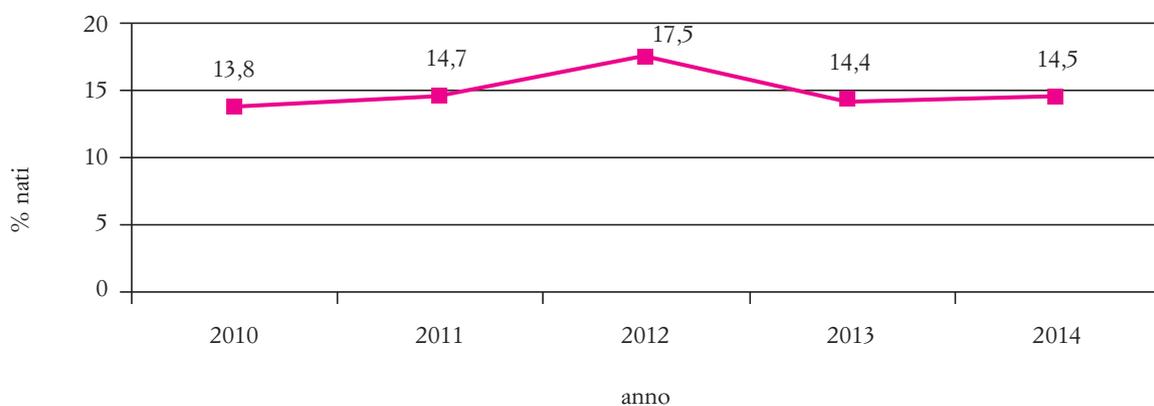
Nel 2014 operano ancora 20 strutture con dimensioni inferiori a 500 nati per anno, nove in meno rispetto al 2010, tuttavia la percentuale dei nati assistiti in tali strutture, pari all' 11,5, è diminuita di solo 3,7 punti percentuali rispetto al 2010.

Numero di centri nascita in Campania, dimensioni e percentuale nati, anni 2010-2014

Anno	2010	2011	2012	2013	2014
N Centri nascita	79	73	70	68	67
Numero medio di nati assistiti per anno	732	789	809	799	792
N Centri nascita <500 nati/anno	29	21	22	21	20
% Nati assistiti in centri nascita <500 nati/anno	15,2	11,2	13,1	12,6	11,5

Come evidenziato dal Rapporto CedAP Italia 2013²³ a livello nazionale, a dicembre del 2013, sono ancora 139 le strutture che effettuano meno di 500 parti l'anno. Il fenomeno coinvolge quasi tutte le Regioni, ma la Campania è la Regione con il più alto numero di strutture (21) che effettuano meno di 500 parti l'anno. Al secondo posto la Sicilia con 19, cui seguono il Lazio con 12 e la Lombardia e la Sardegna con 10 strutture. Se si analizza il numero di parti in Italia, su un totale di 502.905 parti, ne risultano 40.520, pari all'8,0% del totale, effettuati nelle strutture di dimensioni molto piccole, mentre in Campania nelle strutture delle stesse dimensioni sono assistiti il 13% dei parti. 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 intervenire³³. I centri nascita con 1000 o più nati anno, soglia minima di attività, sono 20 ed assistono il 49,8% del totale dei nati (Italia 61%). Di questi solo 4 centri nascita, (3 dei quali hanno ruolo di centri di riferimento per le gravidanze ad alto rischio) assistono un numero di nati pari o superiore a 1.500, il 14,5% del totale dei nati (13,8 % nel 2010). Le Regioni Emilia Romagna e Lazio, già da tempo hanno attuato una ristrutturazione della rete ospedaliera e una riorganizzazione dei centri nascita. In Emilia Romagna le strutture con numero di nati pari o superiore a 1.500 per anno sono 9 e nel Lazio 12, più numerose che in Campania e la dimensione di queste strutture, intesa come numero medio di neonati assistiti per anno, è nettamente maggiore (2.497 in Emilia Romagna, 2.557 nel Lazio e 1.921 in Campania). Inoltre, il 61 % dei nati in Emilia Romagna²⁵ e il 52% nel Lazio⁴⁶ è assistito in queste grandi strutture, mentre in Campania solo il 14,5% nasce nelle strutture di maggiori dimensioni. Tale valore si mantiene stabile negli ultimi cinque anni ad eccezione del picco osservato nel 2012 (Fig.7C).

Fig. 7.C - Percentuale dei nati assistiti in centri nascita con ≥ 1500 nati, anni 2010-2014



In Campania le strutture private, accreditate e non accreditate, sono numerose, ed assistono il 44,3 % dei nati, percentuale stabile negli ultimi anni, nonostante la riduzione del numero dei centri nascita. La stessa tipologia di strutture assiste a livello nazionale solo l'11,7 % dei neonati, nel Lazio il 13,6% ed in Emilia Romagna solo l'1,0%²³. Dalle analisi delle SDO sui ricoveri ospedalieri del 2014⁶⁰, nel rapporto annuale sull'attività dei ricoveri ospedalieri risulta che in Italia solo il 18,4% dei nati è assistito in strutture private contro il 50,2% della Campania.

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 di rischio tra popolazioni di gravide e di neonati. Infatti, anche considerando solo le gestanti a basso rischio di TC, (gestanti a termine con feto singolo in presentazione di vertice senza precedenti anamnestici di parto cesareo), la proporzione di TC è pari al 56,1% nelle Case di Cura, e al 32,1% negli Ospedali.

Da molti anni come confermato dai documenti tecnici regionali⁶¹⁻⁶² si avverte in Regione la necessità di una classificazione e organizzazione dei centri nascita. L'accordo stato regioni del 2010⁶³, recepito dalla regione Campania nel 2011 e il successivo accordo stato regioni 2014⁶⁴ hanno fissato la soglia di almeno 1.000 parti/anno quale parametro standard cui tendere per il mantenimento/attivazione dei punti nascita, riconducendo a due i precedenti tre livelli assistenziali definiti dal Progetto Materno-Infantile D.M. 24 aprile 2000⁶⁵.

Il piano di ristrutturazione e di riqualificazione della rete ospedaliera del febbraio 2015 prevedeva un percorso tendente a realizzare entro il 31.12.2015 una rete di offerta costituita da punti nascita che assicurassero almeno 1000 parti/anno.

Tali indirizzi non hanno ancora trovato riscontro nella riorganizzazione della rete dei centri nascita. In particolare per le strutture private, i punti nascita che non raggiungono lo standard di 500 parti sono stati già disaccreditati con decorrenza dal 01.01.2015. Per le strutture pubbliche sono previste le seguenti deroghe: P.O. di Ariano Irpino (AV), P.O. di Piedimonte Matese, P.O. di Sessa Aurunca (CE), Ospedale Rizzoli di Ischia (Na), Ospedale Immacolata di Sapri e San Luca di Vallo della Lucania (SA)⁶⁶.

È importante notare che in Campania, per quanto riguarda l'assistenza neonatale, esistono ancora centri nascita che pur non essendo di terzo livello assistono neonati di età gestazionale inferiore a 34 settimane o con patologie che non necessitano di assistenza in TIN. Per tale motivo nell'analisi dei dati CedAP riguardanti le caratteristiche dei centri nascita si fa ancora riferimento ai tre livelli assistenziali del D.M.24 aprile 2000.

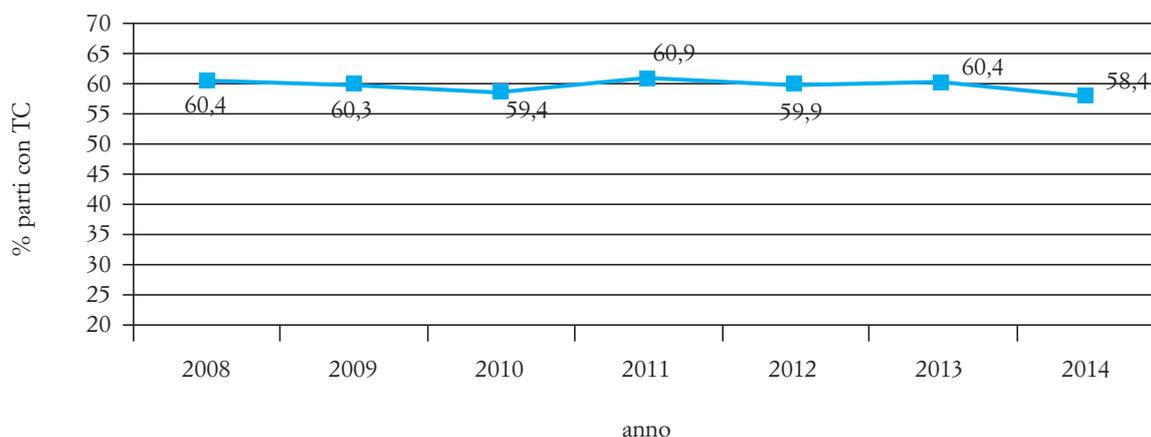
Sarebbe opportuno che il Comitato Permanente del Percorso Nascita Regionale⁶⁷, tenendo anche conto degli standard per la valutazione dei punti nascita⁶⁸⁻⁶⁴ sviluppasse a livello regionale un

modello di rete assistenziale ostetrica e neonatale, con l'individuazione di centri nascita di I livello che, in un rapporto di prossimità con gli assistiti⁶⁹⁻⁶⁴, assistano parti a basso rischio e centri nascita di II livello, di riferimento, in cui concentrare l'assistenza di elevata complessità. Un particolare riferimento al Presidio Ospedaliero S.S. Annunziata di Napoli, in via di dismissione; sarebbe opportuno che, nell'ambito della ASL Na 1 Centro, gli ex reparti maternità dell'ospedale siano trasformati in Presidio Ospedaliero Intermedio per la tutela della Salute della Donna e del Bambino, secondo quanto previsto dal PSN 2011-2013. Esso sarebbe non solo di grande utilità assistenziale ma anche rispettoso della identità e del ruolo storico del presidio.

7.3. NATI PER TIPO DI PARTO

In Campania nel 2014 su 52.179 parti, indipendentemente dalla residenza materna e dal genere dei nati, il 35,7% avviene per via vaginale, l'1,1% per via vaginale operativa e il 58,4% con TC. La Campania, nel 2014 registra ancora un'elevata proporzione di TC, sostanzialmente invariata rispetto agli anni precedenti (Fig.7.D) e molto più alta della media nazionale (35,5% nel 2013).

Fig. 7.D - Percentuale di Parti con Taglio Cesareo in Campania, anni 2008-2014

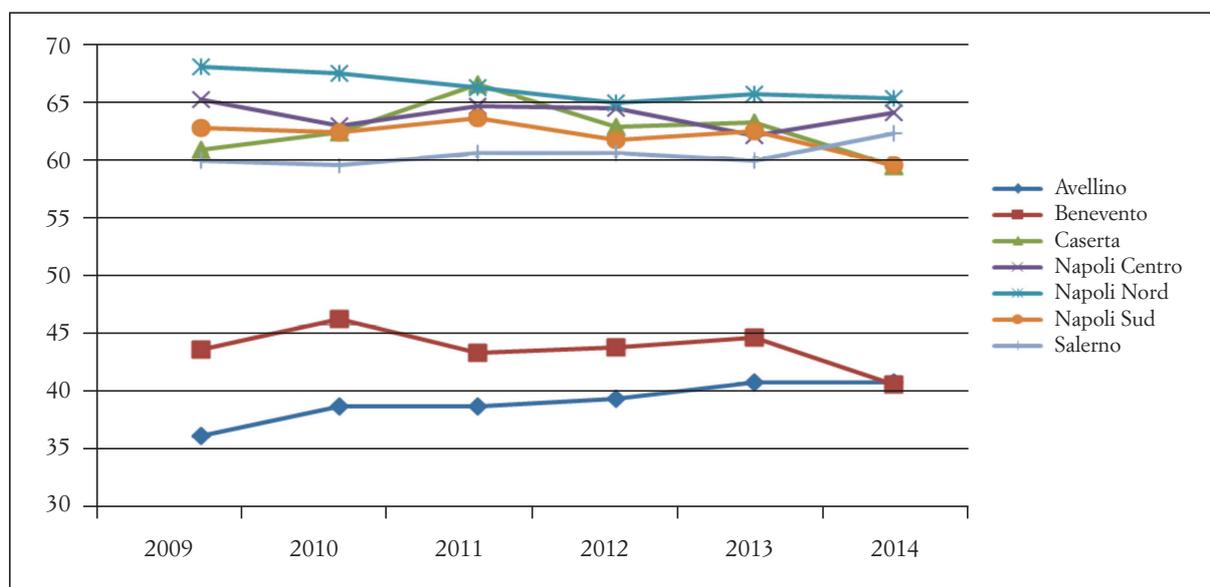


La proporzione dei nati da TC è pari al 59,9%. I nati a termine da TC di elezione sono 21.037 e rappresentano da soli il 67,5% di tutti i nati da TC. Nel 2014 su 50.238 nati singoli, di cui è nota la residenza materna ed il tipo di parto, i nati da TC sono 30.047 pari al 59,7%. Nella tabella 33 per ciascuna ASL è riportata la proporzione di nati singoli per

tipo di parto; esistono ampie differenze tra le ASL: la percentuale dei TC varia da un minimo di 39,9% per la ASL di Avellino a un massimo di 65,2 % per la ASL Napoli 2 Nord. Nella tabella è anche evidente che la proporzione di parti strumentali è significativamente maggiore nella ASL di Avellino.

La figura 7.E riporta le percentuali di TC tra i nati singoli, nel periodo 2009-2014, per ASL di evento. Si osserva con evidenza una più bassa e persistente percentuale di cesarei nelle ASL di Avellino e Benevento, che presenta un trend in diminuzione. All'opposto nelle altre cinque ASL la percentuale di cesarei resta uguale o superiore alla media (59,7%) anche se si nota un lieve calo per le ASL Napoli 3 Sud e Caserta.

Fig. 7.E - Proporzione di nati da TC per ASL di evento, anni 2009-2014



Secondo il rapporto annuale sulle attività di ricoveri ospedalieri, la percentuale di TC in Italia è mediamente pari al 35,9 % ed in Campania 62,3 %. Dai dati del Piano Nazionale Esiti⁷⁰, la percentuale di TC primari in Italia, scende lentamente ma progressivamente dal 28,3% del 2010 al 25,7% del 2014. Mentre nel 2008 tutte le regioni del Sud registravano valori di media superiori a quello nazionale, nel 2014 tali valori si avvicinano a quello medio nazionale. Solo nel caso della Campania la percentuale dei TC primari rimane stabile negli anni e raggiunge il 50%, valore molto più alto della media italiana. Il regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera, approvato in

conferenza Stato Regioni del 5 Agosto 2014, definendo il tasso di TC un indice di appropriatezza per l'assistenza al parto, fissa, come soglia di rischio di esito al 25% la quota massima di cesarei primari per le maternità con più di 1000 parti e al 15% per le maternità con meno di 1000 parti. In nessun centro nascita della Campania si registra una percentuale di cesarei inferiore al valore soglia riferito.

Nonostante le precedenti e le attuali indicazioni del Ministero della Salute⁶⁴ recepite dalla Regione⁷¹, l'alta percentuale di TC in Campania è rimasta stabile negli anni e riguarda in particolare le strutture private e le gravidanze a basso rischio. Le proporzioni di TC presentano ampie differenze tra le ASL e tra le strutture pubbliche e private che non sono riconducibili alle caratteristiche della popolazione. Spesso il ricorso al parto con TC è legato a scelte degli operatori che, non essendo in linea con i protocolli e le linee guida regionali e nazionali, espongono le gestanti ad un rischio aggiuntivo⁷².

7.4. CARATTERISTICHE MATERNE E NEONATALI, TIPOLOGIA DELLA STRUTTURA E TIPO DI PARTO

La figura 18 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 gestazione. L'età gestazionale in cui si rileva la massima proporzione di TC elettivi e in travaglio (80,7%), è la 38° settimana; per i parti vaginali (63,5%) è la 40° settimana. Questo dato viene confermato se analizziamo tutti i parti espletati dal 2008 al 2014.

Principali tipi di parto per E.G. Nati singoli a termine, Campania, anni 2008-2014

Età gestazionale (settimane)	Vaginale		Cesareo di elezione		Cesareo in travaglio	
	n°	%	n°	%	n°	%
37	7.840	5,4	16.512	10,6	6.640	11,3
38	23.031	15,9	73.579	47,1	17.675	30,1
39	44.267	30,5	44.690	28,6	14.951	25,5
40	45.491	31,4	13.768	8,8	10.903	18,6
41	22.263	15,4	6.442	4,1	7.377	12,6
42	2.126	1,5	1.101	0,7	1.097	1,9
Totale parti	145.018	100,0	156.092	100,0	58.643	100

La tabella 24 riporta la modalità del parto per genere dei neonati e classe di età gestazionale: il TC è il tipo di parto più utilizzato nei neonati a termine sia essi singoli (TC 60,8%) che gemelli (TC 92%) e solo nei neonati singoli di età gestazionale inferiore a 28 settimane è percentualmente inferiore al parto vaginale (38,6% versus 61,4%).

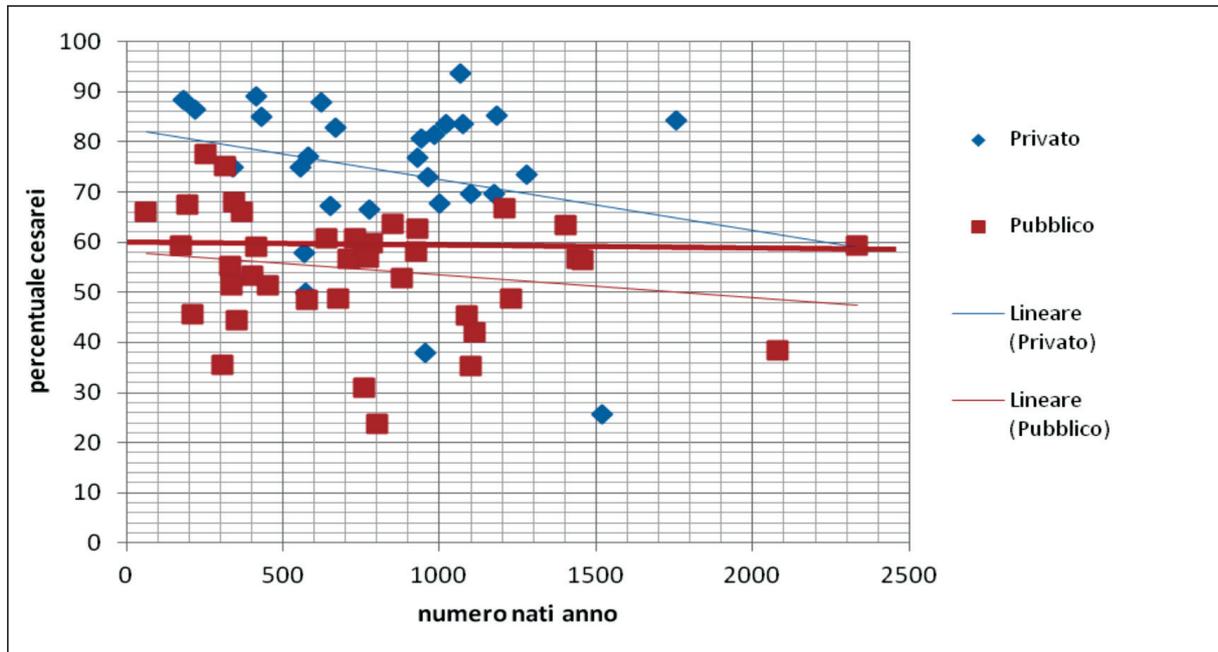
Nella tabella 34 sono presentati la proporzione di TC e il rischio relativo grezzo per alcuni fattori materni, fetali e per tipologia della struttura. La proporzione di parti con TC aumenta in presenza di fattori di rischio fetale (nascita pretermine, basso peso, presentazione anomala). Il rischio di parto con TC aumenta del 46% se il parto avviene in una struttura privata e risulta ridotto del 25 % nel caso di madri straniere.

La figura 19 evidenzia le variazioni della proporzione di TC in relazione alla parità e all'età materna. La proporzione di TC cresce con l'età materna a prescindere dalla parità; la percentuale di TC al primo parto è significativamente più alta di quella ai parti successivi tra le madri di età inferiore a 20 anni (54,8% versus 48,7%) o superiore a 39 anni (76,9% versus 69,5%).

La figura 20 mostra come si sono modificate, a partire dal 2000, l'età media al parto e la proporzione di TC in Italia e in Campania. Dal 2002 al 2014 l'età media al parto è passata in Italia da 30,6 a 31,8 anni mentre in Campania da 29,4 a 31,2 anni. Osservando il trend dei parti con TC emerge che, nello stesso periodo in Campania si è registrato un aumento dei TC, dal 56,4% al 58,9%, indipendentemente dall'andamento dall'età materna, tale valore è comunque sempre superiore a quello italiano.

La figura 7. F evidenzia la differente distribuzione dei centri nascita per dimensioni, tipologia e percentuale dei nati da TC. Si nota che su 28 centri nascita privati solo 4 presentano una percentuale di TC inferiore alla media regionale (59,9%), mentre su 39 centri nascita pubblici 27 presentano una percentuale inferiore alla media. Le due linee di tendenza dimostrano inoltre che la percentuale dei cesarei tende a diminuire con l'aumentare delle dimensioni dei centri nascita. La percentuale dei nati da TC nei centri nascita pubblici di piccole dimensioni (<500 nati /anno) è pari al 58%; nove punti percentuali maggiore della media dei TC in tutti i centri pubblici.

Fig. 7.F - Distribuzione dei Centri Nascita per dimensioni e percentuale dei nati da TC



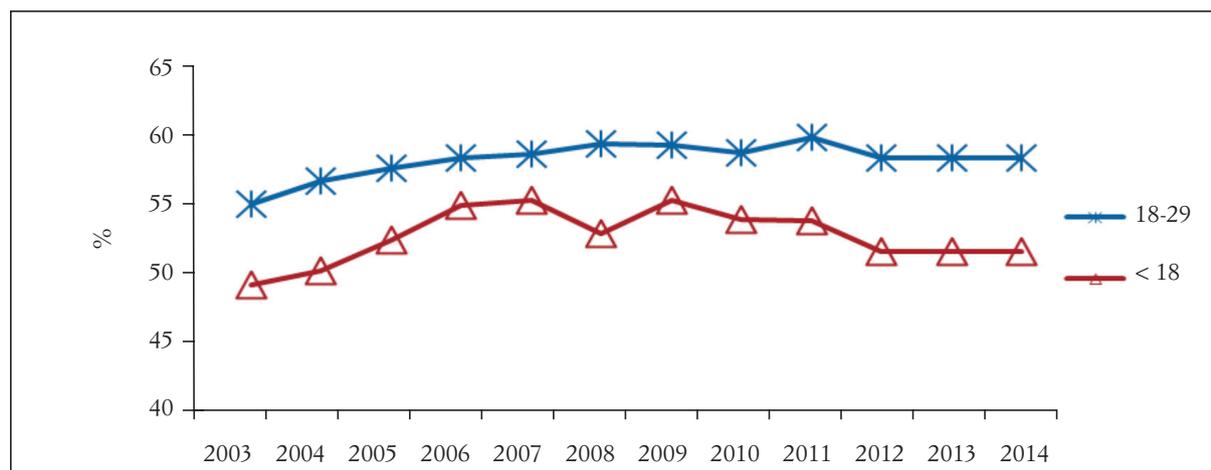
Ancora oggi in Campania il principale fattore di rischio di partorire con TC è rappresentato dal luogo del parto; le partorienti assistite nei centri nascita privati hanno un rischio superiore del 46% rispetto a quelle che partoriscono nelle strutture pubbliche. Le madri immigrate, nonostante vivano una situazione di disagio sociale e di inadeguatezza delle cure prenatali, partoriscono in proporzione minore in strutture private e presentano un rischio di essere sottoposte a taglio cesareo nettamente inferiore rispetto alle madri italiane (0,75 vs 1). Tuttavia la percentuale dei nati da madri straniere con TC negli ultimi anni è in aumento, dal 40,1% del 2010 al 44,7% del 2014; da notare che la percentuale di madri straniere che partorisce nei centri nascita privati è aumentata negli stessi anni dal 26,6% al 39,4%.

Nelle madri adolescenti la proporzione di nati singoli da TC è pari al 50,9%; bisogna assolutamente contenere il ricorso al TC nelle donne giovani e per ridurre rischi aggiuntivi per la salute e la fertilità della stessa donna nelle età successive e per ridurre la proporzione di tagli cesarei negli anni successivi.

Nella figura 7.G (dati Istat) è evidenziata la proporzione di TC in donne giovani e giovanissime in Campania nel periodo 2002-2014. La proporzione di TC fino al 2011 mostra un marcato incremento in ambo le classi di età per poi mantenersi costante negli ultimi tre anni.

Queste donne con grande probabilità in caso di nuova gravidanza saranno destinate ad affrontare un nuovo intervento laparotomico, in quanto l'effettuazione di un parto vaginale dopo un TC è molto rara in Campania (5,0%).

Fig. 7.G - Proporzioni di TC nelle donne con età inferiore a 29 anni, 2003-2014



Fonte Istat: HFA dicembre 2014

7.5. PRESENZA DI FAMILIARI IN SALA PARTO

In considerazione dell'importanza che ha la presenza di un familiare, durante il travaglio e il parto, per il benessere della madre e le modalità di espletamento dello stesso⁵⁰, si riportano i dati relativi allo specifico quesito presente nel CedAP. L'informazione è presente solo in 14.108 CedAP, poiché 15 centri non hanno mai compilato il dato e negli altri casi l'informazione non è stata sempre raccolta. Tuttavia le risposte sono inattese, poiché tra i presenti al parto la presenza del padre è riferita solo nel 39,5%, in particolare nel 58% dei casi se il parto è spontaneo, nel 25% se il parto è un TC. È inoltre riferita la presenza di un altro familiare nel 55,8% dei casi e di un'altra persona di fiducia nel 4,7%.

Per un'analisi più precisa sarebbe opportuno che tutti i centri nascita e gli operatori addetti compilassero il dato previsto nella scheda CedAP.

La presenza del padre durante il travaglio e il parto (specie nel caso di un TC) è un aspetto importante che viene sottolineato per la prima volta. Sarebbe fondamentale favorirla fin dall'inizio della gravidanza, attraverso una maggiore disponibilità sul territorio di corsi di preparazione alla gravidanza e al parto, rivolti ad entrambi i genitori.

7.6. CLASSIFICAZIONE DEI PARTI SECONDO ROBSON

Si riporta di seguito la classificazione dei parti secondo Robson⁷³, utilizzata a livello nazionale ed internazionale per l'analisi dei dati relativi al TC, effettuare confronti con gli anni precedenti o con altre regioni e meglio comprendere i problemi che sono a monte dell'eccesso di cesarei.

Classificazione di Robson

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

Questa classificazione identifica 10 classi diverse di parto mutuamente esclusive in relazione a: parità, durata della gravidanza, modalità del travaglio, parto semplice o plurimo, presentazione del neonato. I parti per i quali sono disponibili i dati necessari alla suddivisione nei dieci gruppi di Robson sono 49.932.

La figura 21 presenta il peso percentuale di ciascuna classe sul totale dei parti in Regione e la proporzione dei TC sul totale dei parti del gruppo. Il primo gruppo è il più ampio per proporzione di parti (27,9%) e il cesareo è effettuato nel 43,7 % dei casi. Nel secondo gruppo (14,7%) viene praticato un TC nell'86,6% dei casi. Nel terzo gruppo (16,2%) la proporzione di TC è pari a 15,5%. Il quarto gruppo (3,4%) presenta un tasso di TC pari a 77,7%. Il quinto gruppo, pregresso T.C, (22,1%) registra un'altissima percentuale di TC pari al 92,7%. I gruppi dal sesto al nono, presentano un significativo elemento di distocia e complessivamente ammontano al 5,8% dei parti e presentano mediamente percentuali di TC pari al 90%. Il decimo gruppo (4,4%) presenta una percentuale di TC pari al 58,0%.

Nella figura 22 sono presentate le proporzioni di parti in ciascuna classe di Robson per tipo di struttura (pubblica/privata). Nelle strutture private rispetto alle pubbliche è molto più alta la proporzione di parti che rientrano nel secondo gruppo (gestanti sottoposte a induzione o a un TC senza travaglio) e nel quinto (pregresso cesareo, feto singolo a termine, presentazione cefalica): rispettivamente 21,1% e 17,7% nelle strutture private versus 9,5% e 17,7% in quelle pubbliche. Invece negli ospedali pubblici è maggiore la proporzione di parti del primo e terzo gruppo, assenza di elementi di distocia e travaglio spontaneo (28,8% e 18,2% vs 26,8% e 13,6%) e così pure nel decimo gruppo, quello dei parti singoli e pretermine, dove la percentuale è più che doppia nei centri pubblici rispetto a quelli privati (5,9% versus 2,6%).

La proporzione di TC in ciascun gruppo di Robson, è sempre maggiore nelle Case di Cura (Fig. 23). Le differenze più rilevanti nel ricorso al TC tra strutture pubbliche e private sono presenti soprattutto nei primi quattro gruppi, che sono i più numerosi e riguardano gestanti in cui sono assenti i fattori di distocia considerati. In particolare nel primo gruppo, che contribuisce in maniera significativa (27,9%) al totale dei parti, la percentuale complessiva del TC è molto più alta nelle strutture private rispetto a quelle pubbliche (57,6% versus 33,3%). La proporzione di TC è risultata molto differente tra le donne in cui il travaglio è spontaneo, comprese nel primo e nel terzo gruppo (43,7% e 15,5%), e tra quelle in cui il travaglio è indotto o assente, comprese nel secondo e quarto gruppo (86,6% e 77,7%).

Dal 2010 al 2014 non vi sono significative differenze tra la distribuzione percentuale dei parti nei dieci gruppi. Solo il quinto gruppo, quello in cui sono comprese gestanti con pregresso TC, presenta una lieve diminuzione di ampiezza (24,7% nel 2010 vs 22,1% nel 2014). Tuttavia le dimensioni di questo gruppo, dovute all'alta percentuale di TC nel primo gruppo, sono ancora molto più ampie di quelle della media nazionale (10,6%) o di altre regioni come l'Emilia Romagna (10,2%) e restano tali da contribuire al 35% di tutti i cesarei.

Nel primo gruppo si osserva un lieve aumento del tasso di TC dal 38,8% del 2010 al 43,7% del 2014, dovuto in particolar modo all'incomprensibile aumento dei tassi di cesarei nelle strutture private dal 49% del 2010 al 57% del 2014. La percentuale di TC nel secondo gruppo (nullipara con travaglio indotto o TC in assenza di travaglio) passata dal 91,4% del 2010 al 86,6% del 2014, come nel 2013; è in progressiva diminuzione per una diminuzione della percentuale di TC nelle strutture pubbliche (85,7% del 2010 vs 70,9% del 2014), che resta invariata nelle strutture private.

All'alta incidenza di TC in Campania (60,4%) sicuramente contribuisce la proporzione di donne con pregresso TC, ma se anche eliminiamo dal calcolo il quinto gruppo di Robson, la proporzione di TC si riduce dal 60,4% al 52%, e comunque resta molto più alta di quella della Emilia Romagna (26,9%) e dell'Italia (36,7%).

Bisogna evidenziare che se consideriamo i parti senza elementi di distocia, quelli dal primo al quarto gruppo, la percentuale di cesarei risulta pari al 34% nelle strutture pubbliche e al 64% nelle strutture private con una differenza di ben 30 punti.

Dall'analisi dei dati è evidente che per la riduzione della proporzione di TC necessitano interventi mirati anzitutto alle 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. Riducendo la proporzione di cesarei in questi gruppi si ridurrà nel tempo la quota di donne con pregresso TC in cui la percentuale di TC raggiunge il 95%. Da notare che in Campania, nelle partorienti con pregresso TC, solo in pochi centri nascita pubblici è possibile effettuare un travaglio di prova prima di un successivo TC.

L'assenza di un travaglio spontaneo si associa a un marcato incremento della quota di TC e questo dato è più evidente nelle strutture private, i cesarei nel secondo e quarto gruppo contribuiscono al 23,6% di tutti i cesarei. In questo contesto risulta evidente che interventi di politica sanitaria da soli non sono sufficienti, sarebbe fondamentale affiancare la formazione degli operatori ed in particolar modo di quelli delle strutture private affinché la scelta della modalità del parto sia conforme alle linee guida nazionali ed internazionali. In Campania un ruolo decisivo per la riduzione del tasso di cesarei spetta alle donne che sono private del diritto ad una corretta informazione e spesso ricorrono ad una forma di assistenza privata durante la gravidanza. In tal senso va riconosciuto e potenziato il ruolo dei consultori e del rapporto tra territorio e ospedali.

7.7. CARATTERISTICHE DEI CENTRI NASCITA DELLA CAMPANIA

Nella tabella 35 sono elencati i 67 Centri Nascita attivi nel 2014 in Campania, suddivisi per ASL di appartenenza territoriale. Per ogni centro è riportato il numero dei nati, la percentuale di nati da TC in totale e al primo figlio, nonché il numero di nati con peso inferiore a 1500 grammi. I dati delle strutture dotate di posti letto di TIN sono riportati in grassetto. Per ciascuna ASL i centri nascita sono ordinati in base alla proporzione di nati da TC, per cui è possibile valutare l'ampia variabilità di tale dato, che, a livello regionale, presenta un

minimo di 23,7% e un massimo di 93,7%. La percentuale dei nati da TC sul totale dei nati in Regione non presenta significative differenze rispetto alla percentuale dei nati da TC al primo figlio. Invece per alcuni centri nascita si notano differenze tra le percentuali dei TC tra i nati in totale e i primi nati di primo. Nella tabella che segue sono evidenziate le proporzioni di parti con TC in base alla tipologia e alla dimensione delle strutture.

Proporzione di nati con TC per dimensione e tipologia delle strutture

N. nati per anno	% TC private	% TC pubbliche
> 1500	57,0	49,4
1000 - 1499	88,9	50,2
500 - 999	70,3	53,2
< 500	84,4	57,9

La proporzione di parti con TC è nettamente maggiore nelle strutture private rispetto a quelle pubbliche; la differenza nella percentuale di TC tra strutture private e pubbliche è massima tra quelle con 1000-1499 nati /anno(88,9% vs 50,2%) e si riduce in quelle in cui nascono oltre 1.500 nati per anno (57,0% vs 49,4%). Tuttavia nell'ambito delle due strutture private con oltre 1.500 nati per anno la percentuale di TC presenta un'ampia variabilità che va dal 25,6% (Clinica Malzoni) al 84,3% (Clinica Tasso). Per le strutture pubbliche la percentuale di cesarei aumenta gradualmente con il diminuire delle dimensioni dei centri.

I centri nascita che dispongono di posti letto di TIN in Campania sono 14, di cui 3 privati: 4 centri sono nella città di Napoli, 1 nella provincia di Napoli, 2 nella provincia di Caserta, 2 nella provincia di Avellino, 2 nella provincia di Benevento, 3 nella provincia di Salerno. Inoltre, presso le Aziende Ospedaliere Santobono-Pausilipon e Monaldi, nonché presso il presidio ospedaliero S.S. Annunziata di Napoli sono attivi altri 3 reparti di TIN. Questi ultimi non sono elencati perché non hanno un reparto di maternità e ricoverano solo neonati trasferiti da altre strutture.

Dal 2005 al 2014 le nascite in Campania si sono ridotte del 18,1%, passando da 62.599 a 51.243 (dati Istat); la riduzione ha interessato anche i punti nascita che, nello stesso periodo,

sono passati da 89 a 67 (sono stati dismessi 9 centri nascita pubblici e 13 privati). Il numero medio di nati assistiti per struttura è aumentato da 706 del 2010 a 792 del 2014. La proporzione di nati nei centri pubblici è aumentata di circa 5 punti percentuali.

ANNO	2005	2014	VARIAZIONE
Numero Nati (Istat)	62.599	51.243	-18,1%
N. Centri Nascita	89	67	-22
N. Medio Nati / Centro	706	792	86
Centri Nascita Con <500 Nati / Anno	35	20	-15
Nati In Strutture Pubbliche	50,5%	55,7%	+5,2

I dati evidenziano un cambiamento della rete dei centri nascita in Campania tendente a realizzare gli obiettivi ribaditi dall'accordo stato regioni del 2010 tuttavia si impongono alcune riflessioni.

Persiste ancora un eccessivo frazionamento dei punti nascita che rappresenta una criticità nell'assistenza perinatale nella nostra regione. Infatti il numero medio di assistiti per centro nascita, pari a 792, è inferiore alla media italiana (974) e al valore minimo di attività di volume (1000) corrispondente ai requisiti per gli standard di sicurezza.

Nel 2014 sono stati ancora attivi 20 punti nascita di dimensioni molto piccole (< 500 nati/anno) e 27 di dimensioni piccole (500-999 nati/anno), che assistono complessivamente il 50,2% dei nati mentre in Italia mediamente nei centri nascita delle stesse dimensioni sono assistiti solo il 39% dei nati.

I nati assistiti nei centri nascita pubblici corrispondono al 55,7% dei nati, tale valore dopo un'aumento dal 2005 al 2010, rimane stabile negli ultimi anni. In Italia mediamente la percentuale dei nati assistiti in centri nascita pubblici è pari al 88%.

In Campania il frazionamento dei centri nascita e l'alta percentuale di nati assistiti in centri nascita privati influisce fortemente sulle modalità del parto e sugli esiti neonatali. In particolare la percentuale di parti cesarei è rimasta invariata dal 2005 al 2014, con valori di circa il 60%. Nei centri nascita privati la percentuale dei TC è pari al 70,8% e varia notevolmente da centro a centro con un massimo di 93,7% (Villa Cinzia di Napoli) ad un minimo di 25,6%

della Clinica Malzoni di Avellino. Tuttavia nella maggior parte dei casi, i centri nascita privati registrano percentuali di parti cesarei ben superiori al 60%, mostrando così di non tener in alcun conto delle indicazioni nazionali e regionali sulla necessità di ridurre il tasso di TC, che è uno dei principali indicatori di salute per l'appropriatezza e l'efficacia delle cure perinatali.

Secondo le direttive del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in Regione Campania, negli anni 2014-2015⁶⁶ si è avuto un ridimensionamento del numero dei centri nascita; pertanto si propone un focus sullo stato attuale. Nel 2015 hanno operato 63 centri nascita (67 nel 2014) e nel corso dell'anno hanno cessato l'attività altri quattro centri nascita, a dicembre 2015 i centri nascita attivi in Campania risultavano 59 (64 nel dicembre 2014). In particolare negli anni 2014-2015 sono stati dismessi 4 centri nascita privati accreditati con meno di 500 nati per anno e 3 centri nascita pubblici di eguali dimensioni. L'analisi dei dati CedAP relativi ai nati nel 2015, ancora non disponibili, permetterà di analizzare se e come il ridimensionamento del numero dei centri nascita ha influito sugli esiti della gravidanza e del parto.

Per quanto riguarda i posti letto di Terapia Intensiva Neonatale (TIN), nel rispetto delle indicazioni riportate nell'accordo Stato-Regioni del 2010 e successivamente recepito dalla Regione Campania, si dovrebbe intervenire con una riprogrammazione delle ubicazioni delle TIN più che ad un loro incremento numerico. Infatti dai dati sotto riportati, appare sopraddimensionato il numero delle TIN presenti nelle ASL di Benevento e Avellino e sottodimensionato quello della ASL Napoli 3 Sud. La carenza nella ASL Napoli 3 Sud infatti è solo parzialmente coperta dalla confinante TIN di Nocera (ASL Salerno). Per quanto riguarda la città di Napoli, il numero attuale delle TIN con maternità (Policlinico, Cardarelli, Villa Betania e Fatebenefratelli) appare sufficiente, in considerazione della vocazione prevalentemente chirurgica delle TIN presenti al Monaldi e al Santobono. In considerazione dell'elevato rischio sociale e materno-fetale presente nella città di Napoli, si potrebbe prevedere la presenza di un'altra sola TIN con centro nascita. In tal senso, la programmata apertura di una TIN, con centro nascita, presso la SUN dovrebbe sopperire alla contemporanea chiusura della TIN della S.S. Annunziata. Ovviamente per tutte le TIN occorrerebbe adeguare il numero del personale medico e infermieristico ai carichi di lavoro facilmente valutabili con le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e allineare la dotazione tecnologica agli standard già previsti nel sopraccitato decreto.

**Principali caratteristiche delle Unità Operative Neonatologiche II Livello (TIN)
secondo l'accordo Stato-Regioni del 16/12/2010**

Bacino di utenza	5.000 nati/anno
N° nati inborn	>1.000/anno
N° nati <1.500 gr. assistiti (inborn+outborn)	minimo: 50/anno(esclusi trasferiti alla nascita)
N° posti letto di terapia intensiva	1/750 nati del bacino di utenza(mai < 6 posti letto, a meno di ridotta densità di popolazione)
N° posti letto subintensivi	2 posti per 1 letto TIN
N° posti letto di neonatologia (presso il Nido destinati a neonati con piccola patologia)	in base al volume di attività interno
Guardia neonatologica attiva	H24 con servizio pronta reperibilità
Risorse umane	adeguate ai carichi di lavoro, valutate con le SDO
Risorse tecnologiche	Conformi a quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 2010

Fabbisogno teorico di Unità Operative Neonatologiche II Livello (TIN) in Campania

ASL	N° nati/anno*	N° PL TIN	N° PL Subintensiva	N° TIN teorico	N° TIN attive con centro nascita
Avellino	3.426	5 (6)*	10 (12)*	1	2
Benevento	2.121	3 (6)*	6 (12)*	1	2
Caserta	7.201	10	20	2	2
Napoli 1 Centro	17.278	24	48	4	4
Napoli 2 Nord	4.643	6	12	1	1
Napoli 3 Sud	7.826	11	22	2	0
Salerno	8.542	12	24	2	3
Campania	51.037	71 (75)*	142 (150)*	13	14

In parentesi il numero minimo di posti letto (PL) previsto dall'Accordo

* Dati CedAP, tabella 29 del Rapporto.

BIBLIOGRAFIA

- 1) L.R. n. 16 del 28.11.2008 “*Misure Straordinarie di Razionalizzazione e Riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale per il Rientro dal Disavanzo*”.
- 2) Delibera Regionale n. 5426/96, BURC 58/96.
- 3) Decreto Ministero della Salute, n. 249, 16 luglio 2001; LG 19-12-2001.
- 4) 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.
- 5) Corsi di aggiornamento:
 - I, 6-7-8 novembre 2002: *Elaborare e interpretare i dati prodotti dai sistemi informativi sulle nascite.*
 - II, 6-7 novembre 2003: *L'uso dei dati prodotti dai sistemi informativi sulle nascite.*
 - III, 10-11 novembre 2004: *Analisi dei dati e valutazione del sistema informativo sulle nascite.*
 - IV, 25 novembre 2005: *Produrre dati di qualità.*
 - V, 23-24 novembre 2006: *La sorveglianza epidemiologica per migliorare la salute materno-infantile in Campania. Focus su: Natimortalità - Difetti congeniti - Taglio cesareo.*
 - VI, 4 dicembre 2007: *Epidemiologia per l'azione: dai dati CedAP alle strategie di tutela della salute materno-infantile.*
 - VII, 2 dicembre 2008: *Per un Registro Perinatale di livello europeo- Il circuito informativo del CedAP e le sue potenzialità.*
 - VIII, 11 dicembre 2009: *I determinanti delle disuguaglianze nel percorso nascita.*
 - IX, 15 dicembre 2010: *L'organizzazione delle cure perinatali: appropriatezza ed efficacia.*
 - X, 13 dicembre 2011: *Il punto sulla natalità in Campania.*
 - XI, 11 dicembre 2012: *Nascere in Campania. Riflessioni in tema di appropriatezza.*
 - XII, 11 dicembre 2013: *Epidemiologia della salute materna nel periodo perinatale*
 - XIII, 10 dicembre 2014: *La riproduzione umana in un mondo che cambia: denatalità-fecondità*Le relazioni dei Corsi sono disponibili sul sito internet www.cedapcampania.org
- 6) Registri attivi in Campania: difetti congeniti, cardiopatie congenite, malattie rare, infezioni congenite, ipotiroidismo malattie metaboliche.
- 7) Salmaso L. et al “*How current data can guide mother-infant health planning. An insight into data sources*”. *Epidemiol. Prev.* 2006 May-June, 30(3):178/90.
- 8) Istat. Bilancio demografico nazionale. Popolazione residente in totale e straniera, natalità, mortalità, migrazioni, stranieri per cittadinanza. Anno 2014. Roma, 15 giugno 2015.
- 9) Istat. Indicatori demografici. Stime anno 2014. (<http://dati.istat.it/>).
- 10) Istat. Noi Italia. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo. Edizione 2015. Roma, 19 febbraio 2015.
- 11) Lanzieri G.P. Towards a “Baby recession in Europe. Differential fertility trends during the economic crisis”. Eurostat, Statistics in focus 13/2013.
- 12) Eurostat newrelease. First population estimates 124/2015 - 10 July 2015.

- 13) Istat: *Natalità e fecondità della popolazione residente* - anno 2014. Roma, 27 novembre 2015. (<http://www.istat.it/it/archivio/174864>).
- 14) Istat. *Demografia in cifre* (a cura di) Patruno V, Venturi, Silvestro R. Anno 2014. (<http://demo.istat.it/>)
- 15) Rapporto SVIMEZ 2015 sull'economia del mezzogiorno. Il Mulino. Roma 30 Luglio 2015.
- 16) M. De Curtis "*Economic Recession and Maternal and Child Health in Italy*". Lancet 2014. May 3;383 (9928:15467).
- 17) F.C. Bollari e G. Dalla Zuanna. "*Nei Paesi Moderni nascono ancora bambini*", Rivista il Mulino, 1-2015.
- 18) "*Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli Errori in Sanità*" Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali" dicembre 2009.
- 19) Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS) (www.iss.it/ITOSS).
- 20) Fonte: Istat "Health for All_Italia", Dicembre 2015.
- 21) Vermont Oxford Network, database 2013.
- 22) "*Gli standard per la valutazione dei punti nascita*" Agenzia Nazionale Servizi Sanitari Nazionali (AGENAS), novembre, 2012.
- 23) Ministero della Salute "*CedAP-Analisi dell'evento nascita. Anno 2013*", ottobre 2015.
- 24) Rapporto BES 2014. "*Il benessere equo e sostenibile in Italia*". Istat, anno 2015.
- 25) Giunta Regionale Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali. La nascita in Emilia Romagna. "*12° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP)*". Anno 2014-Novembre 2015.
- 26) Caritas e Migrantes 2014. XXIV Rapporto Immigrazione "*Migranti, attori di sviluppo*".
- 27) Istat. "*Cittadini non Comunitari regolarmente soggiornanti-Anni 2013-2014*". Roma, 5 agosto 2014. (<http://www.istat.it>).
- 28) Portale del Ministero della Salute: La salute delle donne immigrate http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=932&area=Salute%20donna&menu=statosalute
- 29) Relazione del Ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78). "*Dati preliminari 2014 e dati definitivi 2013*". Roma, 11 novembre 2015.
- 30) P. Castagna, L. Guarnieri, G. Lorido, A. Franco, G. Notorio, R. Buondonno. "*VIII Report - Servizio Attività Sociosanitarie Cittadini Immigrati*". Napoli 2010.
- 31) 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.
- 32) R. Papa, "*Dati del Dipartimento Materno-Infantile*" ASL Napoli 1 Centro, 2011.
- 33) 12^a Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica. Indagine conoscitiva "*Nascere sicuri*". 21 settembre 2010 autorizzazione Presidente del Senato 23 settembre 2010.
- 34) Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità. *Linee guida sulla gravidanza fisiologica del SNLG-Linea guida 20*. 2011. (http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Gravidanza.pdf).
- 35) Istat: Report Gravidanza, parto e allattamento al seno. Anno 2013. Roma, 9 dicembre 2014

- 36) Ministero della Salute “*Linee-Guida Screening prenatale non invasivo basato sul DNA (Non Invasive Prenatal Testing – NIPT)*”. Maggio 2015.
- 37) Relazione Del Ministro Della Salute al Parlamento Sullo Stato di Attuazione della Legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Roma, 26 giugno 2015
- 38) *Current Worldwide Stillbirth rate*, World Health Organization, viewed 13th May, 2011
- 39) Zeitlin J., Mortensen L., Cuttini M. et Al “*Declines in stillbirth and neonatal mortality rates in Europe between 2004 and 2010: results from the Euro Peristat project*”. J Epidemiol Community Health 2015; 0:1-7
- 40) Baronciani D., Bulfamante G., Facchinetti F. (a cura di) “La natimortalità: un audit clinico e miglioramento della pratica assistenziale” in www.saperidoc.it.
- 41) Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri (9 luglio 1999).
- 42) “*Proceedings of the stillbirth summit 2011*” <http://www.biomedcentral.com/bmcpregnancychildbirth/supplements/12/S1>.
- 43) European Perinatal Health Report “*Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*”, Ed. 2013 (in <http://www.europeristat.com>).
- 44) Kugelman A1, Colin AA “*Late preterm infants: near term but still in a critical developmental time period*” Pediatrics, Oct, 2013.
- 45) Gunay F “*Is Late Preterm Birth a risk factor for hypertension in childhood*” Eur. J. Pediatr. 2013; Dec 29.
- 46) Regione Lazio “*Le nascite nel Lazio, anno 2014*” – Agosto 2015.
- 47) Zhu JJ1, Bao YY, Zhang GL, Ma LX, Wu MY. “*No relationship between mode of delivery and neonatal mortality and neurodevelopment in very low birth weight infants aged two years*” World J Pediatr, August, 2014.
- 48) Tita AT et All. “*Timing of elective repeat caesarean delivery at term and neonatal outcomes*” N Engl J Med 2009; 360; 111-20.
- 49) Ehrenthal DB et All. “*Neonatal outcomes after implementation of guidelines limiting elective delivery before 39 weeks of gestation*”.Obstet Gynecol 2011 nov; 118(5):1047-55.
- 50) Ministero della Salute “*Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole*”, Seconda parte. Linea guida 22. Roma, gennaio 2012. Data aggiornamento gennaio 2016.
- 51) Barrett Jon FR et All “*A Randomized Trial of Planned Cesarean or Vaginal Delivery for Twin Pregnancy*” BMJ,oct, 2013.
- 52) SISMEC-SIN-SIEDP www.inescharts.com
- 53) Lauria L., Saporito M. “*Comparison of stillbirth and neonatal mortality in two italian regions: Lombardia and Campania*” Epidemiol. Prev., 2004; 28 (4-5); 217.
- 54) Panico M. “*Il trasporto Neonatale negli ultimi tre anni*” Atti del Convegno “*Parto Pretermine: Recommended Perinatal Care*”, Cava dei Tirreni 2016.
- 55) Regione Lazio “*UTIN on line*”. Rapporto 2013”, ottobre 2014.

- 56) Ehrenstein V. et All “Association of Apgar score at five minutes with long-term neurologic disability and cognitive function in a prevalence study of Danish conscripts” BMC Pregnancy Childbirth, 2009;2;9;14.
- 57) 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.
- 58) Edwards AD et All “Neurological outcomes at 18 months of age after moderate hypothermia for perinatal hypoxic ischaemic encephalopathy: synthesis and meta-analysis of trial data” BMJ, 2010,340,363.
- 59) Pallante C. “Ipotermia Neonatale: esperienza campana”. Atti del Convegno di Aggiornamento in Neonatologia 2015 della SIN Campania, Agnano, Napoli.
- 60) Ministero della Salute. “Rapporto annuale sull’attività di ricovero ospedaliero (Dati SDO 2014)”. Giugno 2015.
- 61) DGRC 2161 del 14/12/07: intervento progettuale per la razionalizzazione dei centri nascita
- 62) Decreto 49 del 27/9/10 sul riassetto della rete ospedaliera e territoriale.
- 63) 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”.
- 64) Conferenza Stato Regioni, rep. atti n. 98/CU del 5 agosto 2014 “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”.
- 65) Decreto Ministero della Salute 24 aprile 2000.”Adozione del progetto obiettivo materno-infantile” relativo al «Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000».
- 66) “Piano di ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera”. 24 febbraio 2015.
- 67) Decreto n.16- 16 febbraio 2015-Accordo Conferenza unificata (n.rep.att 137/CU) sul documento concernente “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e della appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”. Conferma recepimento Accordo e costituzione del “Comitato Permanente per il Percorso Nascita regionale(CPNR) e dei Comitati Aziendali (CRNA).
- 68) Agenzia Nazionale Servizi Sanitari Regionali (Age.na.s) “Gli Standard per la Valutazione dei Punti Nascita”, Novembre 2012.
- 69) Delibera N. 118 del 2 febbraio 2005: “Indicazioni per la riduzione della incidenza del T.C. in Regione Campania”; delibera n. 2161 del 14 dicembre 2007:” disincentivi tariffari per il ricorso improprio al TC”; delibera n. 2162 del 14 dicembre 2007: “razionalizzazione dei punti nascita.
- 70) Agenzia Nazionale Servizi Sanitari Regionali (A.ge.na.s.).“Piano Nazionale Esiti”, Novembre 2015.
- 71) Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 532 del 29/10/2011: recepimento Linee di indirizzo sopra citate. Conferenza Stato Regione anno 2010.
- 72) 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.
- 73) Robson M.S.: “Can we reduce the caesarean section rate?” Best Practice & Research Clin. Obst. Gynaecol., Vol. 15 n. 1, 179-194, 2001.

TABELLE E FIGURE

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

PROVINCE	CedAp 2014	ISTAT 2014	COPERTURA %
Avellino	3.381	3.140	107,7
Benevento	1.995	2.079	96,0
Caserta	7.772	8.334	93,3
Napoli	28.867	28.482	101,4
Salerno	8.892	9.208	96,6
Campania	50.907	51.243	99,3

* Nati da madri residenti in Campania.

Tabella 2
DATI OMESSI PER SINGOLA VARIABILE *

VARIABILE	%	VARIABILE	%
Codice Fiscale	43,5	Ecografia oltre le 22 settimane	2,8
Data di Nascita Madre	0,3	Data Ultima Mestruazione	5,7
Cittadinanza	0,3	Età Gestazionale	0,0
Comune di Nascita Madre	1,0	Procreazione assistita	10,5
Comune di Residenza Madre	0,2	Metodo utilizzato nella Procreazione Assistita	5,9
ASL di appartenenza	1,0	Data del Parto	0,1
Stato Civile	2,9	Ora	2,1
Data Matrimonio	41,3	Genere del parto	0,0
Data Ultimo Parto	66,3	Numero Maschi nei Gemelli	11,9
Precedenti Gravidanze	1,4	Numero Femmine nei Gemelli	11,8
Aborti precedenti	51,2	Ordine di Nascita nei Gemelli	2,0
IVG	53,5	Presenza Ostetrica/o	11,9
Parti Precedenti	42,9	Presenza Ginecologo/a	8,1
Dai Quali Nati Vivi	47,5	Presenza Pediatra	9,7
Dai quali Nati Morti	53,9	Presenza Anestesista	25,6
TC Precedenti	50,2	Altro Personale	28,3
Condizione Lavorativa Madre	11,2	Altri Presenti	71,5
Posizione nella Professione Madre	64,2	Profilassi RH	34,6
Ramo di Attività Madre	67,9	Luogo del Parto	0,6
Titolo di Studio Madre	12,8	Tipo di Travaglio	28,5
Data di Nascita Padre	14,6	Presentazione	4,5
Comune di Nascita Padre	15,4	Modalità del Parto	28,9
Cittadinanza Padre	15,0	Sesso	0,0
Condizione Lavorativa Padre	23,2	Genitali Esterni	0,1
Posizione nella Professione Padre	37,8	Peso	0,3
Ramo di Attività Padre	40,9	Lunghezza	9,0
Titolo di Studio Padre	25,3	Circonferenza Cranica	9,3
Consanguineità	98,8	Vitalità	0,1
Visite di Controllo	2,1	Apgar a 5 minuti	1,1
Prima visita a settimane	7,9	Rianimazione	3,3
Numero di ecografie	7,9	Presenza di Malformazione	3,7
Amniocentesi	6,6	Certificante	4,7
Decorso Gravidanza	3,9	Matricola	46,8
Prelievo Villi Coriali	7,5	Malattia Feto e/o Madre	98,1
Fetoscopia	7,8	Momento morte del nato morto	36,5
Difetto di Accrescimento	9,2	Distretto	61,8

* Schede eliminate perché duplicati o prive di informazioni indispensabili: 87.

Tabella 3
ITALIA E REGIONI ITALIANE: SCENARIO DEMOGRAFICO,
ANNO 2014 (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	7,8	-3,3	0,6	185,7
V.Aosta	1,54	8,7	-1,3	-1,0	157,6
Lombardia	1,46	8,6	-0,4	3,3	149,5
Trentino-A.Adige	1,64	9,8	1,4	2,4	125,0
Veneto	1,41	8,2	-1,1	1,2	150,6
Friuli-V.Giulia	1,38	7,5	-3,7	1,9	196,1
Liguria	1,33	6,8	-6,2	0,8	239,5
Emilia-Romagna	1,42	8,2	-2,5	3,4	171,5
Toscana	1,35	7,8	-3,3	3,9	190,1
Umbria	1,32	7,8	-3,2	1,0	185,2
Marche	1,35	8,0	-2,9	1,4	176,3
Lazio	1,35	8,6	-0,8	4,5	148,0
Abruzzo	1,29	7,9	-2,9	1,1	172,5
Molise	1,16	7,0	-4,3	-0,1	189,3
Campania	1,32	8,7	-0,1	-1,3	109,4
Puglia	1,28	8,1	-0,9	0,9	139,9
Basilicata	1,15	7,1	-3,2	0,1	164,2
Calabria	1,27	8,3	-1,4	-0,6	142,5
Sicilia	1,38	8,8	-0,9	0,4	134,2
Sardegna	1,10	6,9	-2,4	2,0	174,4
ITALIA	1,37	8,3	-1,6	1,8	154,1

* Stima.

Figura 1
ITALIA E CAMPANIA: POPOLAZIONE FEMMINILE PER CLASSE DI ETÀ,
ANNO 2014 (Istat)

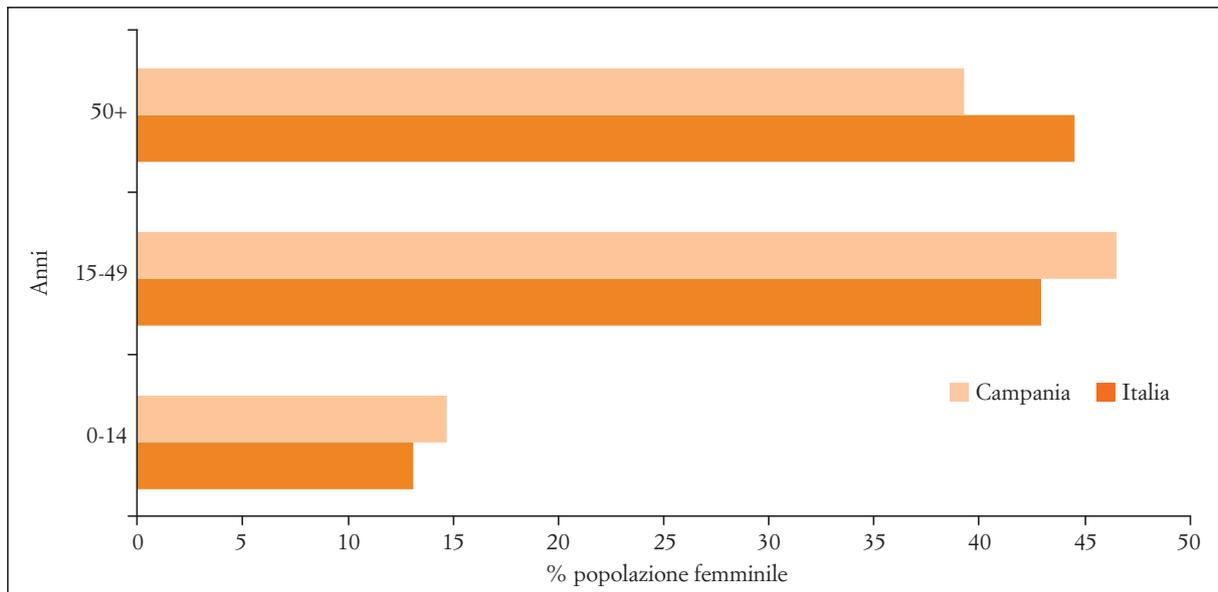


Figura 2
REGIONI ITALIANE: SALDO MIGRATORIO, ANNO 2014 (Istat)

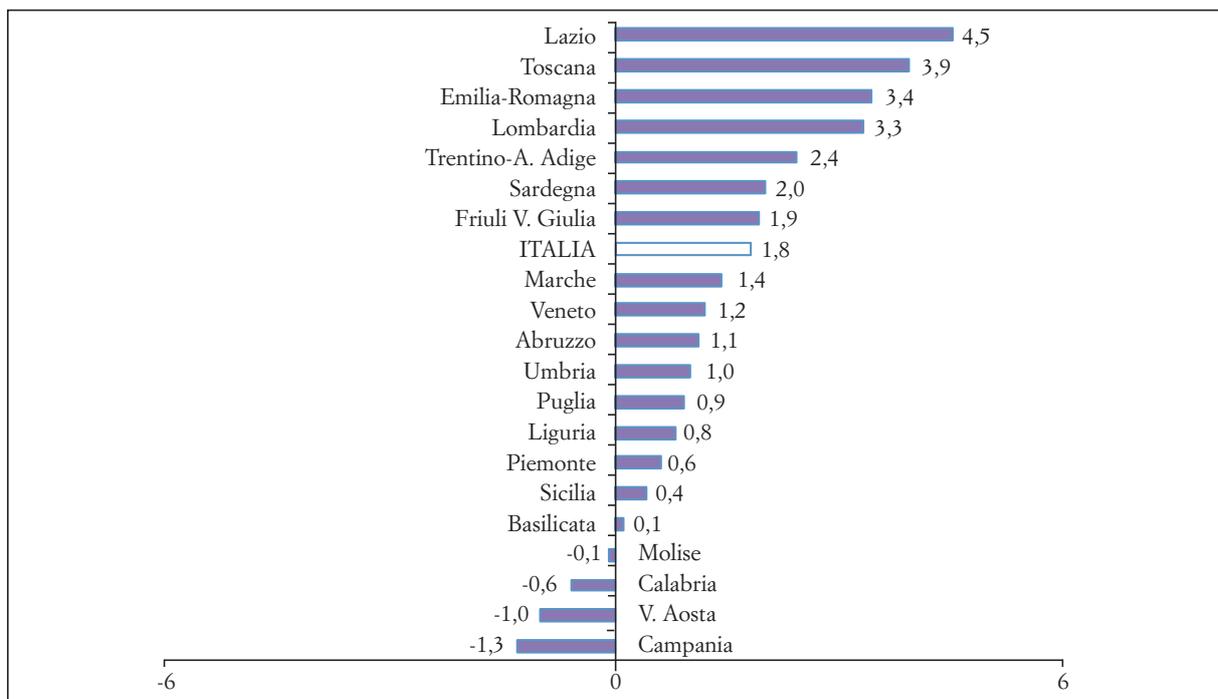


Figura 3

REGIONI ITALIANE: TASSO DI CRESCITA NATURALE, ANNO 2014 (Istat)

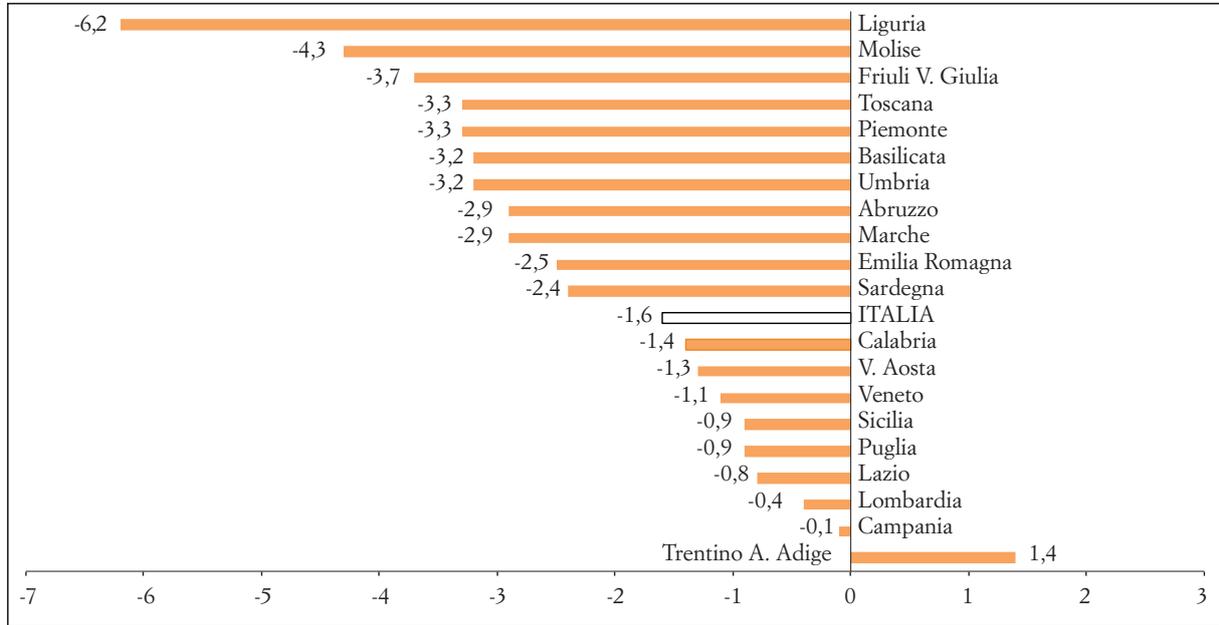


Figura 4

NATI IN ITALIA, LOMBARDIA E CAMPANIA, ANNI 2002-2014 (Istat)

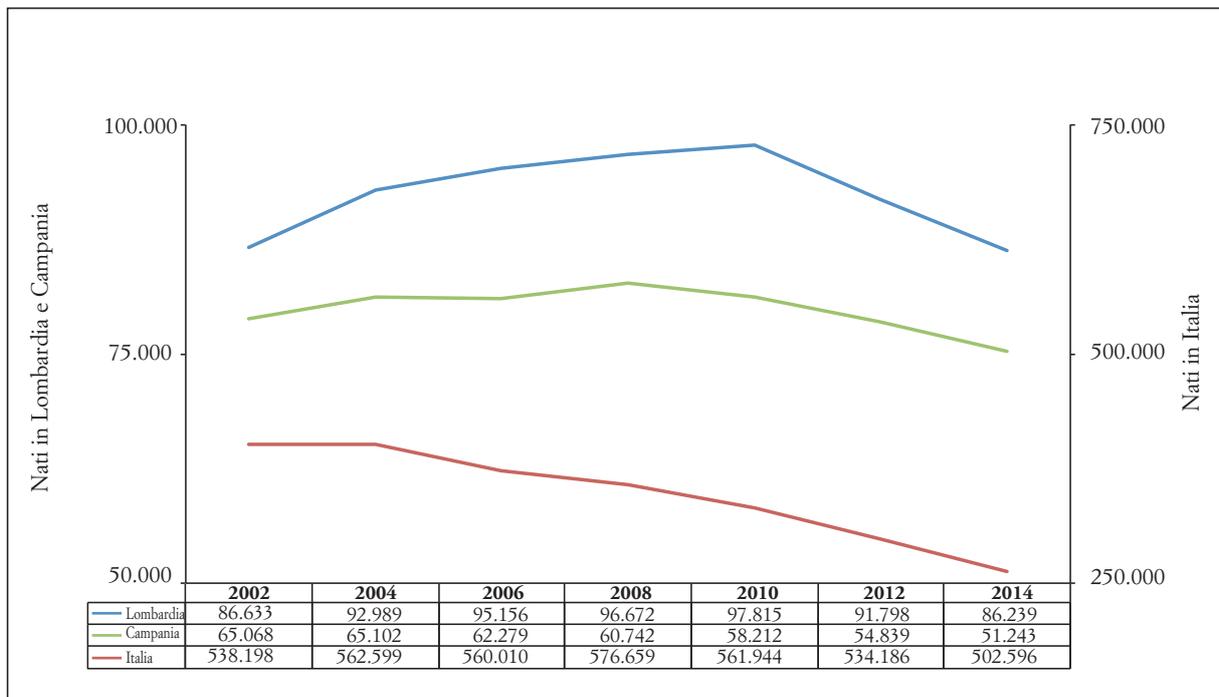


Tabella 4
NATI PER STATO CIVILE DELLA MADRE

ASL	Coniugata	%	Nubile	%	Altro *	%	Totale
Avellino	2.740	83,1	494	15,0	62	1,9	3.296
Benevento	1.664	83,9	278	14,0	41	2,1	1.983
Caserta	5.983	83,5	1.064	14,9	117	1,6	7.164
Napoli Centro	6.403	70,0	2.510	27,4	234	2,6	9.147
Napoli Nord	7.769	80,4	1.710	17,7	187	1,9	9.666
Napoli Sud	7.700	80,5	1.687	17,6	177	1,9	9.564
Salerno	6.933	78,1	1.734	19,5	211	2,4	8.878
Campania	39.192	78,1	9.477	19,5	1.029	2,4	49.698

* Comprende: divorziate, separate, vedove.

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

		ITALIANE	%	NON ITALIANE	%
Classe di età materna	< 20 anni	1.062	2,3	146	3,8
	20-34 anni	32.219	68,4	2.773	72,5
	> 34 anni	13.717	29,1	897	23,5
Ordine di nascita	primo figlio	20.928	45,0	1.625	43,8
	secondo figlio e oltre	25.595	55,0	2.088	56,2
Scolarità materna	elementare/media inf.	13.630	33,0	1.735	53,1
	livelli superiori	27.621	67,0	1.533	46,9
Stato civile	nubile	8.270	18,1	1.355	36,7
	coniugata	36.627	80,0	2.216	60,0
	altro	895	2,0	121	3,3
Età gestazionale	< 37 sett.	2.342	5,0	247	6,6
	≥ 37 sett.	44.528	95,0	3.512	93,4
Peso nascita	< 2500 grammi	2.769	5,9	241	6,3
	≥ 2500 grammi	44.238	94,1	3.579	93,7
Vitalità	nati vivi	46.989	99,8	3.816	99,8
	nati morti	113	0,2	9	0,2
Epoca prima visita	≤ 11 settimane	38.672	88,7	2.627	79,6
	> 11 settimane	4.927	11,3	675	20,4

Figura 5
LIVELLO DI ISTRUZIONE MATERNA PER STATO CIVILE

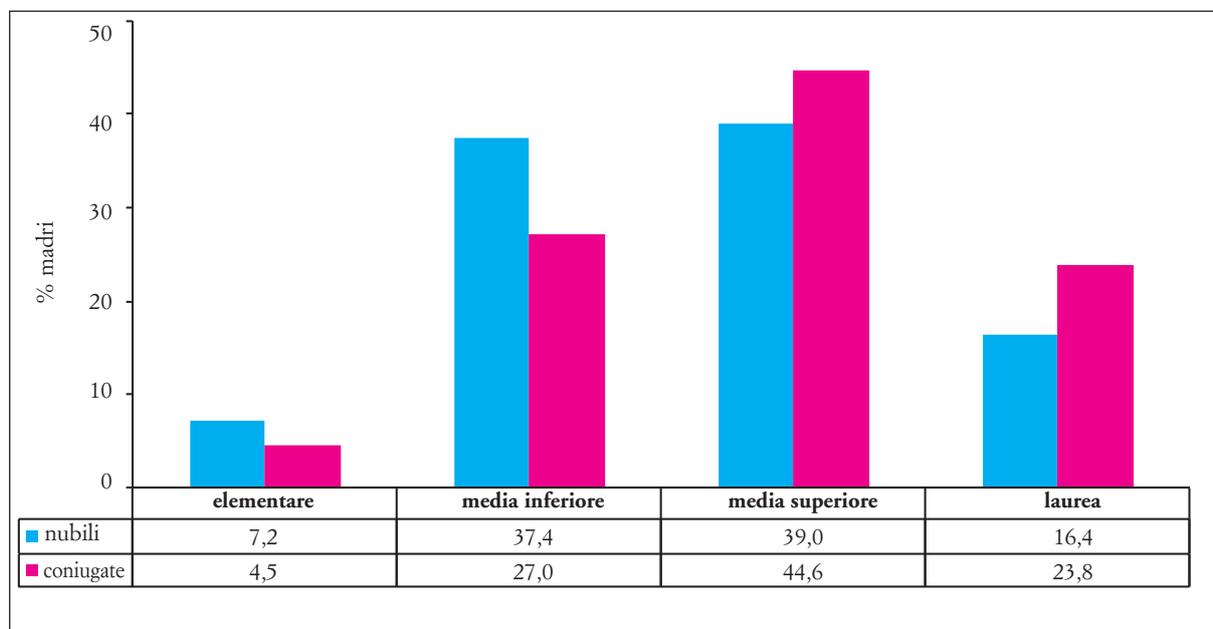


Figura 6
LIVELLO DI ISTRUZIONE DEI GENITORI UGUALI O INFERIORI A 8 ANNI: 2009-2014

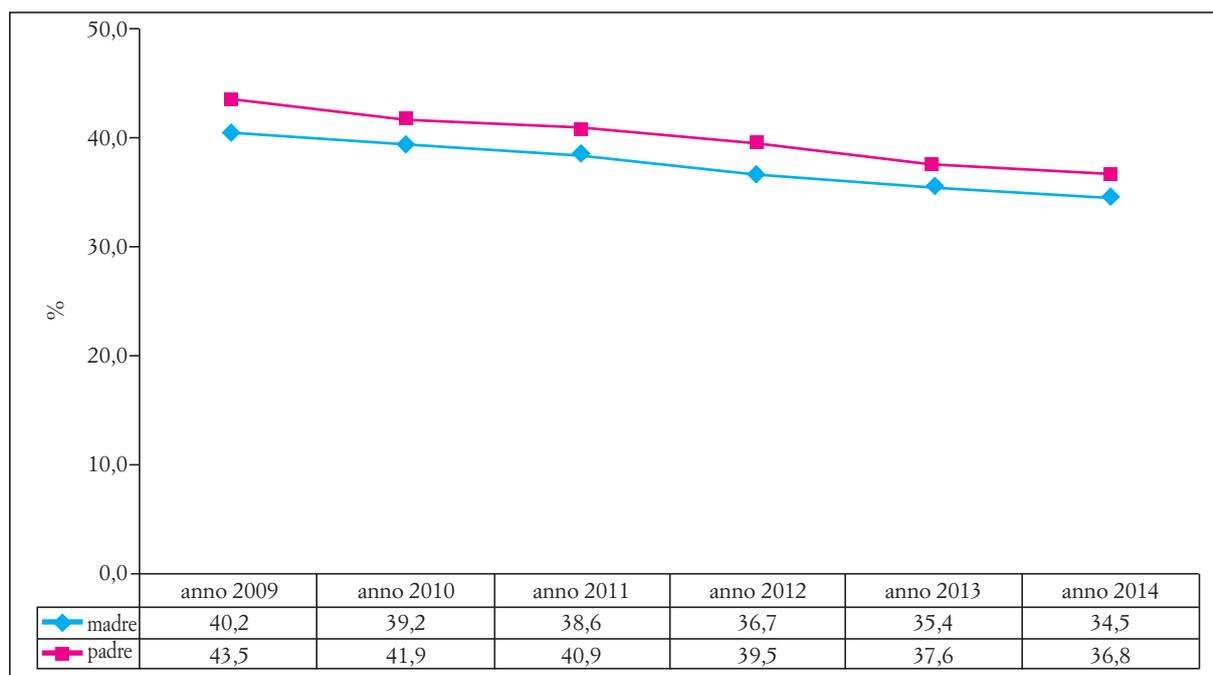


Tabella 6
NATI PER LIVELLO DI ISTRUZIONE MATERNA

ASL	Elementare %		Media Inferiore %		Media Superiore %		Diploma Univers. %		Laurea %		Totale
Avellino	76	2,4	676	21,1	1.607	50,1	181	5,6	668	20,8	3.208
Benevento	21	1,1	462	23,1	980	49,0	56	2,8	481	24,1	2.000
Caserta	243	3,9	2.044	32,6	2.651	42,3	161	2,6	1.171	18,7	6.270
Napoli 1 Centro	456	5,6	2.776	34,4	3.012	37,3	223	2,8	1.608	19,9	8.075
Napoli 2 Nord	566	6,8	2.756	33,1	3.599	43,2	268	3,2	1.145	13,7	8.334
Napoli 3 Sud	250	3,0	2.578	30,5	3.772	44,6	260	3,1	1.593	18,8	8.453
Salerno	439	5,2	1.726	20,3	4.088	48,1	682	8,0	1.566	18,4	8.501
Campania	2.051	4,6	13.018	29,0	19.709	44,0	1.831	4,1	8.232	18,4	44.841

Tabella 7
NATI PER LIVELLO DI ISTRUZIONE PATERNA

ASL	Elementare %		Media Inferiore %		Media Superiore %		Diploma Univers. %		Laurea %		Totale
Avellino	30	1,1	620	22,7	1.479	54,2	124	4,5	478	17,5	2.731
Benevento	19	1,6	336	29,2	560	48,6	30	2,6	207	18,0	1.152
Caserta	187	3,4	1.961	35,8	2.497	45,6	117	2,1	716	13,1	5.478
Napoli 1 Centro	320	4,5	2.703	37,6	2.982	41,5	177	2,5	1.007	14,0	7.189
Napoli 2 Nord	281	3,9	2.745	37,9	3.368	46,4	198	2,7	660	9,1	7.252
Napoli 3 Sud	208	2,7	2.666	34,1	3.659	46,9	230	2,9	1.044	13,4	7.807
Salerno	246	3,7	1.789	26,6	3.268	48,6	464	6,9	962	14,3	6.729
Campania	1.291	3,4	12.820	33,4	17.813	46,5	1.340	3,5	5.074	13,2	38.338

Nati da ambo i genitori con scolarità ≤ a 5 anni: 535

Tabella 8
NATI PER CONDIZIONE LAVORATIVA MATERNA

ASL	Occupata	%	Altro	%	Totale
Avellino	1.413	46,7	1.613	53,3	3.026
Benevento	542	44,9	666	55,1	1.208
Caserta	2.523	37,7	4.171	62,3	6.694
Napoli 1 Centro	2.403	30,2	5.555	69,8	7.958
Napoli 2 Nord	2.730	30,1	6.337	69,9	9.067
Napoli 3 Sud	3.226	36,2	5.685	63,8	8.911
Salerno	3.728	43,2	4.905	56,8	8.633
Campania	16.565	36,4	28.932	63,6	45.497

Tabella 9
NATI PER CONDIZIONE LAVORATIVA PATERNA

ASL	Occupato	%	Altro	%	Totale
Avellino	2.468	89,9	277	10,1	2.745
Benevento	1.036	89,3	124	10,7	1.160
Caserta	4.801	82,7	1.006	17,3	5.807
Napoli 1 Centro	5.398	74,6	1.839	25,4	7.237
Napoli 2 Nord	6.090	81,0	1.425	19,0	7.515
Napoli 3 Sud	6.638	81,7	1.488	18,3	8.126
Salerno	5.961	87,3	868	12,7	6.829
Campania	32.392	82,2	7.027	17,8	39.419

Figura 7
ASL DELLA CAMPANIA PER NUMERO DI NATI
PROPORZIONE DI PADRI NON OCCUPATI E DI MADRI CON ISTRUZIONE UGUALE O INFERIORE A 8 ANNI

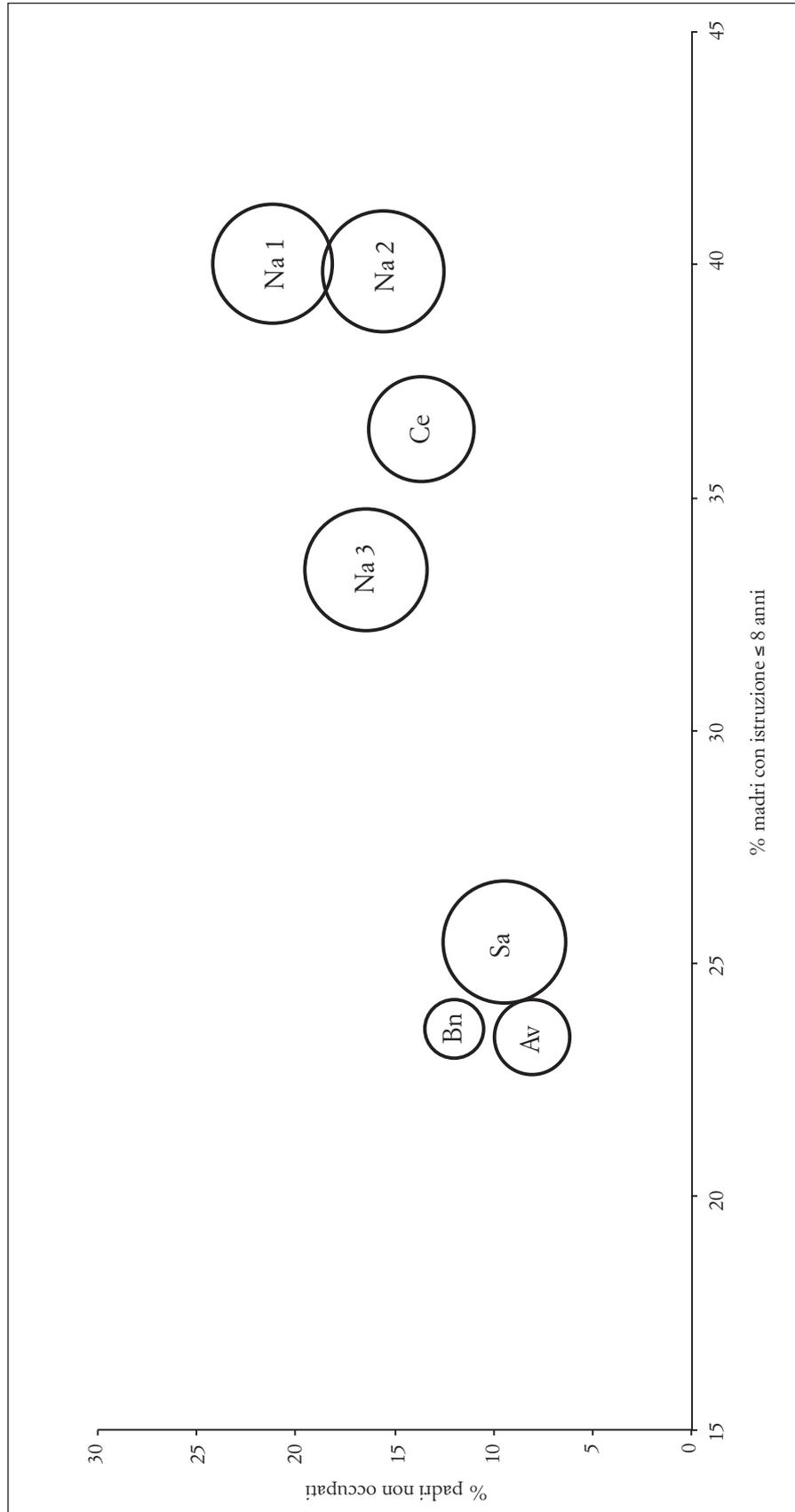


Tabella 10
NATI PER CLASSE DI ETÀ MATERNA

ASL	< 18	%	18-19	%	20-29	%	30-34	%	35-39	%	40+	%	Totale
Avellino	10	0,3	29	0,9	927	27,4	1.194	35,3	932	27,5	291	8,6	3.383
Benevento	7	0,3	14	0,7	694	33,3	657	31,6	505	24,3	205	9,8	2.082
Caserta	50	0,6	90	1,1	3.165	38,3	2.793	33,8	1.724	20,9	437	5,3	8.259
Napoli 1 Centro	116	1,2	218	2,2	3.825	39,5	2.875	29,7	1.961	20,2	694	7,2	9.689
Napoli 2 Nord	95	0,9	173	1,7	4.120	39,9	3.324	32,2	2.039	19,7	582	5,6	10.333
Napoli 3 Sud	92	0,9	157	1,5	3.891	38,3	3.346	32,9	2.109	20,7	575	5,7	10.170
Salerno	33	0,4	99	1,1	3.172	34,8	3.044	33,4	2.033	22,3	730	8,0	9.111
Campania	403	0,8	780	1,5	19.794	37,3	17.233	32,5	11.303	21,3	3.514	6,6	53.027

Età media al parto 31,2 anni.

Italiane 31,3 anni; basso flusso emigratorio 32,8 anni; alto flusso migratorio 28,9 anni.

Età media al primo figlio 29,5 anni.

Nati da ambo i genitori adolescenti (< 20 anni): 163.

Nati da ambo i genitori minorenni (< 18 anni): 20.

Figura 8
NATI PER CLASSE DI ETÀ MATERNA, ANNI 2010-2014

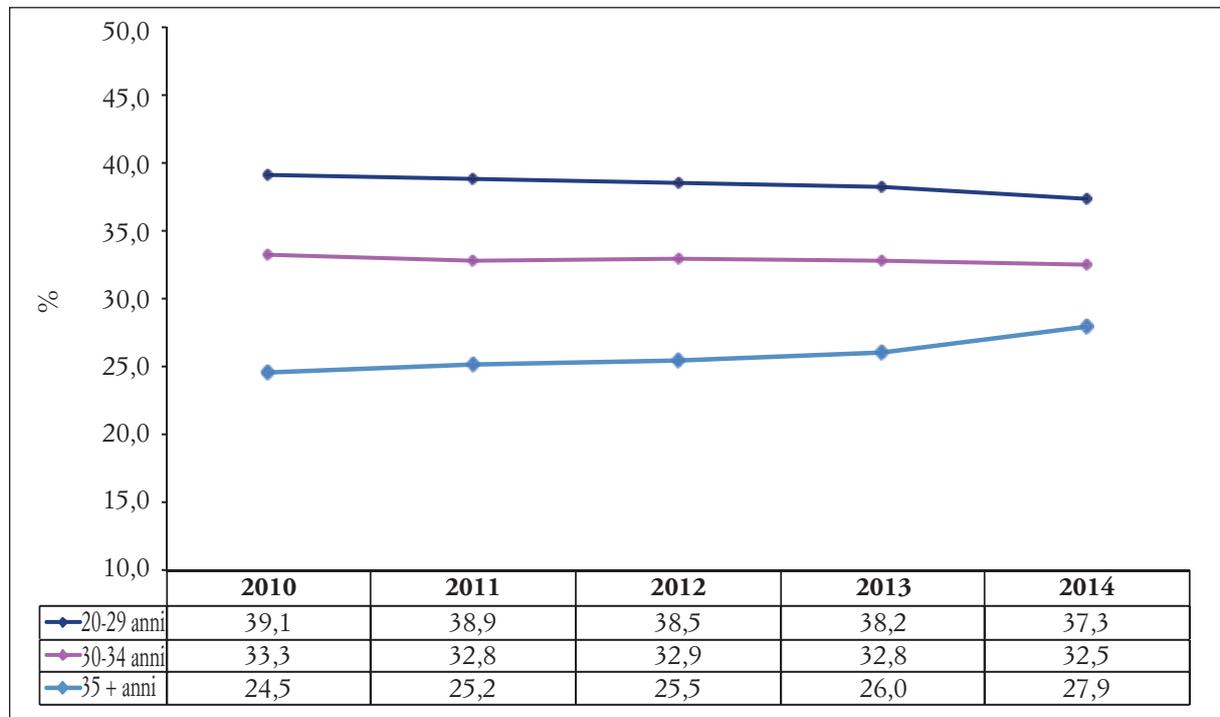


Tabella 11

PRINCIPALI PAESI DI PROVENIENZA DELLE MADRI E DEI PADRI STRANIERI *

Paese	numero madri	%	Paese	numero padri	%
RRomania	870	23,7	Romania	412	21,0
Ucraina	518	14,1	Marocco	299	15,2
Marocco	352	9,6	Ucraina	194	9,9
Sri Lanka (ex Ceylon)	208	5,7	Sri Lanka (ex Ceylon)	159	8,1
Cina	207	5,6	Cina	138	7,0
Polonia	187	5,1	Albania	124	6,3
Albania	150	4,1	India	85	4,3
India	103	2,8	Bangladesh	55	2,8
Nigeria	97	2,6	Afghanistan	42	2,1
Brasile	86	2,3	Tunisia	41	2,1
Bulgaria	85	2,3	Nigeria	39	2,0
Russa, Federazione	73	2,0	Algeria	39	2,0
Bangladesh	58	1,6	Serbia, Repubblica di	27	1,4
Cuba	49	1,3	Senegal	26	1,3
Afghanistan	44	1,2	Pakistan	24	1,2
Altri paesi	588	16,0	Altri paesi	259	13,2
Totale	3.675	100,0	Totale	1.963	100,0

* Non sono considerati 198 madri e 63 padri provenienti da paesi a basso flusso migratorio.

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

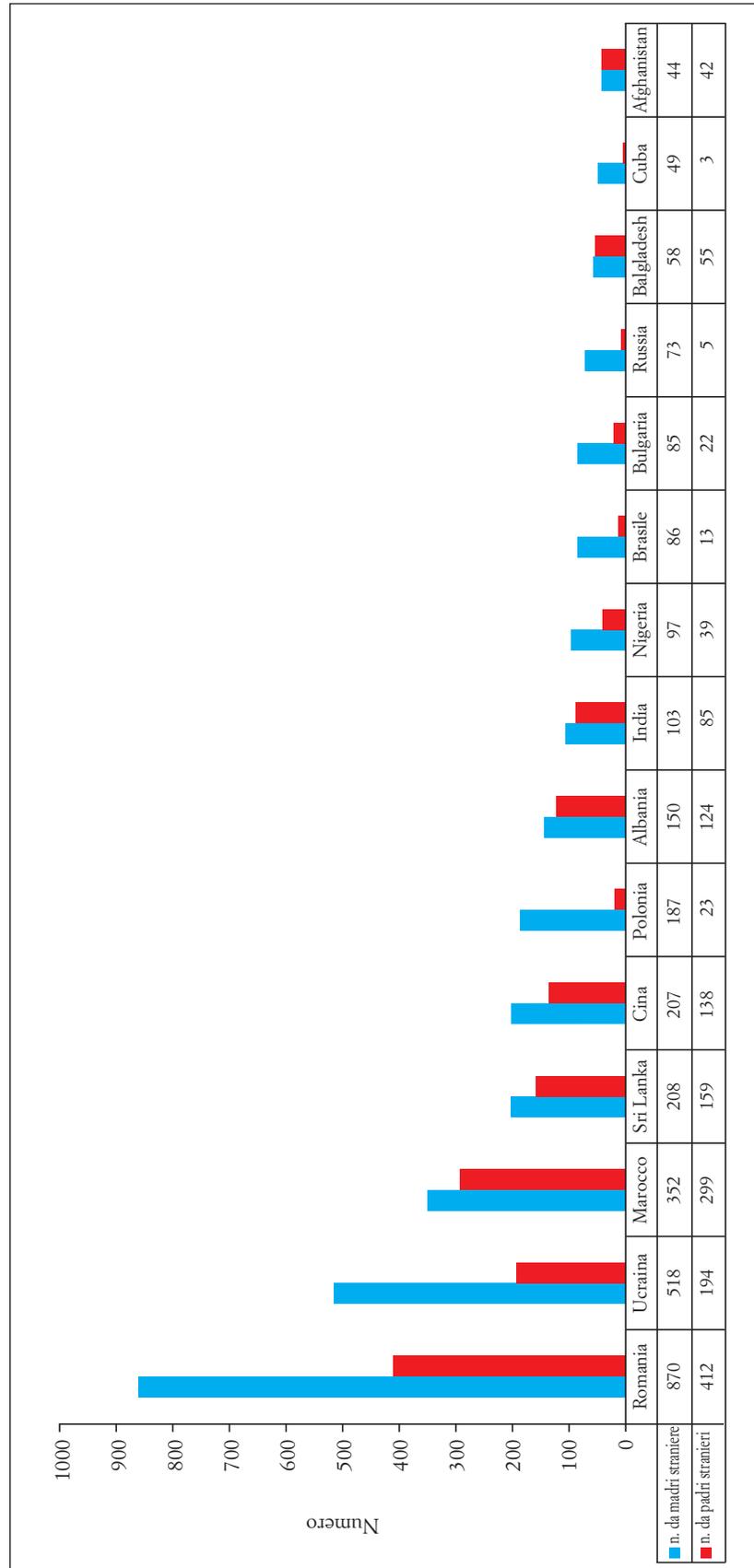
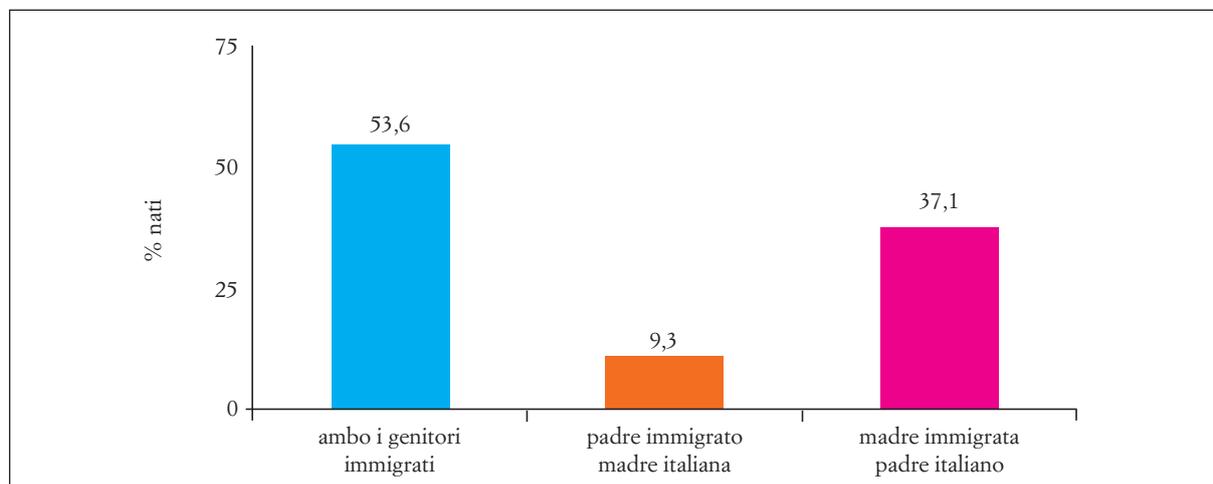


Figura 10
NATI DA ALMENO UN GENTORE IMMIGRATO *



* Dati relativi a 3.216 coppie di cui è nota la nazionalità.

Figura 11
DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DONNE ITALIANE E STRANIERE IN CAMPANIA PER CLASSE DI ETÀ, ANNO 2014 (Istat)

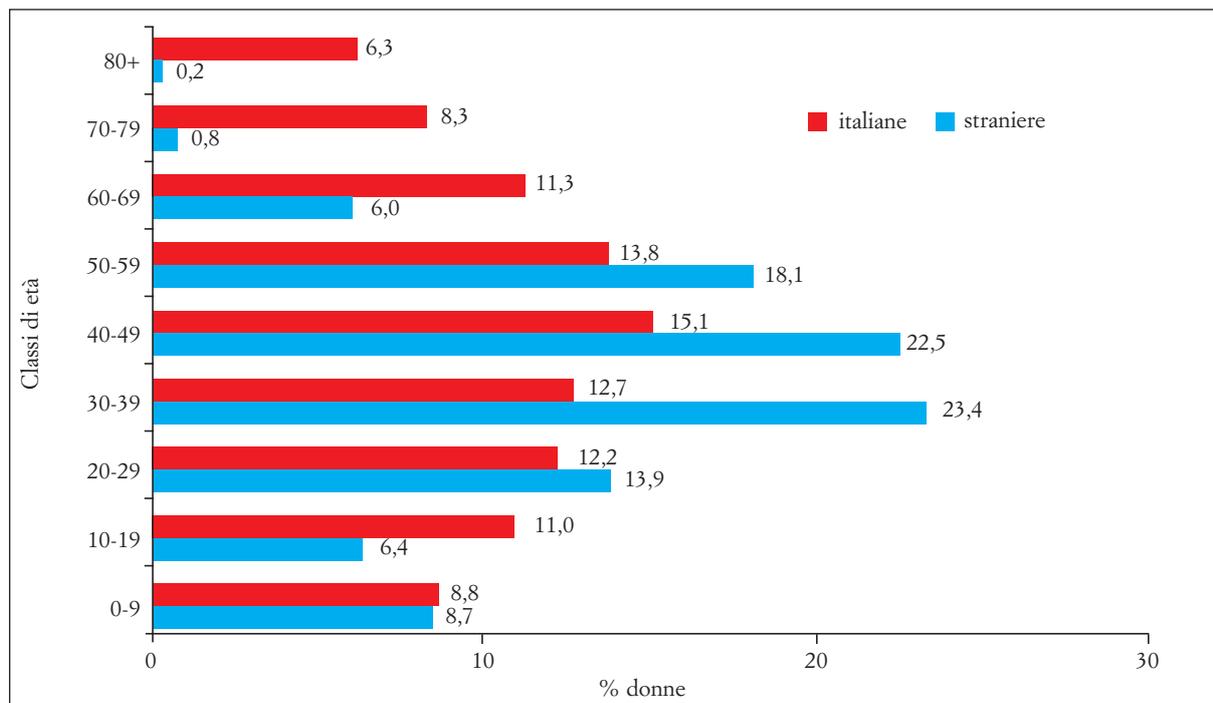


Tabella 12 - NATI PER ORDINE DI NASCITA

ASL	1	%	2	%	3	%	> 3	%	Totale
Avellino	2.007	59,2	1.085	32,0	243	7,2	53	1,6	3.388
Benevento	1.437	72,0	412	20,6	119	6,0	29	1,5	1.997
Caserta	4.075	52,2	2.734	35,0	796	10,2	196	2,5	7.801
Napoli 1 Centro	5.278	56,6	2.928	31,4	833	8,9	280	3,0	9.319
Napoli 2 Nord	5.007	50,3	3.568	35,9	1.074	10,8	299	3,0	9.948
Napoli 3 Sud	4.948	51,2	3.463	35,8	1.004	10,4	245	2,5	9.660
Salerno	5.256	58,9	2.757	30,9	733	8,2	172	1,9	8.918
Campania	28.008	54,9	16.947	33,2	4.802	9,4	1.274	2,5	51.031

Tabella 13 - NATI PER EPOCA DELLA PRIMA VISITA

ASL	< 8 sett.	%	8-11 sett.	%	> 11 sett.	%	TOTALE
Avellino	1.139	51,2	857	38,6	227	10,2	2.223
Benevento	706	62,0	338	29,7	95	8,3	1.139
Caserta	4.121	57,3	2.640	36,7	433	6,0	7.194
Napoli 1 Centro	3.281	37,4	3.764	42,9	1.719	19,6	8.764
Napoli 2 Nord	4.462	47,8	3.999	42,8	879	9,4	9.340
Napoli 3 Sud	3.349	38,4	4.065	46,6	1.302	14,9	8.716
Salerno	4.014	50,8	3.133	39,7	751	9,5	7.898
Campania	21.072	46,5	18.796	41,5	5.406	11,9	45.274

Donne che non hanno eseguito visite: 852 (1,7%).

Donne che hanno eseguito tra 1 e 4 visite: 9.601 (18,6%).

Donne che hanno eseguito più di 4 visite: 41.168 (79,8%).

Tabella 14
CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE E EPOCA DELLA PRIMA VISITA

	≤ 11 SETTIMANE	%	> 11 SETTIMANE	%	RR	I.C. 95%
Classe di età materna	< 20 anni	1.399	210	13,1	1,08	0,93-1,24
	20-34 anni	28.592	3.923	12,1	1	
	> 34 anni	11.827	1.477	11,1	0,92	0,86-0,97
Ordine di nascita	primo figlio	18.447	2.425	11,6	1	
	secondo figlio e oltre	22.547	3.068	12,0	1,03	0,97-1,08
Cittadinanza materna	italiana	38.705	4.928	11,3	1	
	non italiana	2.603	675	20,6	1,82	1,67-1,97
Scolarità materna	elementare/media inf.	11.728	2.131	15,4	1,41	1,33-1,49
	livelli superiori	24.168	2.956	10,9	1	
Condizione lavorativa paterna	occupato	27.074	3.214	10,6	1	
	non occupato	4.969	1.174	19,1	1,80	1,68-1,92

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	257	871	77,2	1,19	1,04-1,35
	20-34 anni	6.446	27.328	80,9	1	
	> 34 anni	2.856	11.346	79,9	1,05	1,00-1,10
Ordine di nascita	primo figlio	4.491	17.323	79,4	1	
	secondo figlio e oltre	4.983	21.827	81,4	0,90	0,86-0,94
Cittadinanza materna	italiana	8.430	37.284	81,6	1	
	non italiana	1.111	2.251	67,0	1,79	1,68-1,90
Scolarità materna	elementare/media inf.	3.347	11.272	77,1	1,19	1,13-1,24
	livelli superiori	5.481	23.010	80,8	1	
Condizione lavorativa paterna	occupato	5.028	26.206	83,9	1	
	non occupato	1.230	4.829	79,7	1,26	1,18-1,34

Tabella 16
NUMERO DI ECOGRAFIE, NATI SINGOLI

ASL	0	%	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	6+	%	TOTALE
Avellino	3	0,1	7	0,3	17	0,8	252	11,3	195	8,7	237	10,6	1.521	68,1	2.232
Benevento	1	0,1	1	0,1	12	1,1	70	6,1	85	7,4	103	9,0	869	76,2	1.141
Caserta	11	0,2	23	0,3	82	1,1	667	9,2	658	9,1	765	10,6	5.026	69,5	7.232
Napoli 1 Centro	27	0,3	46	0,5	108	1,2	484	5,5	1.066	12,2	1.162	13,3	5.846	66,9	8.739
Napoli 2 Nord	14	0,2	38	0,4	401	4,3	810	8,7	1.040	11,2	1.288	13,8	5.726	61,5	9.317
Napoli 3 Sud	10	0,1	35	0,4	119	1,4	470	5,4	920	10,6	1.150	13,3	5.973	68,8	8.677
Salerno	9	0,1	18	0,2	116	1,5	672	8,5	388	4,9	766	9,7	5.918	75,0	7.887
Campania	75	0,2	168	0,4	855	1,9	3.425	7,6	4.352	9,6	5.471	12,1	30.879	68,3	45.225

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

Donne con un numero di ecografie < 3 e prima visita > 11 settimane: 295.

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

Numero medio di ecografie in gravidanze a termine: 6,3.

Tabella 17
FREQUENZA DELL'AMNIOCENTESI PER ETÀ MATERNA

Età materna	AMNIOCENTESI					
	Eseguita		Non eseguita		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
≤ 34 anni	1.801	5,2	32.719	94,8	34.520	71,0
> 34 anni	3.277	23,2	10.826	76,8	14.103	29,0
Totale	5.078	10,4	43.545	89,6	48.623	100,0

Numero di donne che hanno eseguito una fetoscopia/funicolocentesi: 252 su 48.125 (0,52%).

Numero di donne che hanno eseguito un prelievo di villi coriali: 251 su 48.115 (0,52%).

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

CARATTERISTICHE	ESEGUITA *	%	NON ESEGUITA	%
Ordine di nascita	primo figlio	2.286	3.039	57,1
	secondo figlio e oltre	998	7.453	88,2
Scolarità materna	elementare/media inf.	557	2.935	84,0
	livelli superiori	2.592	6.708	72,1
Cittadinanza	italiana	3.190	9.839	75,5
	immigrata	102	701	87,3
Stato civile	nubile	491	1.422	74,3
	coniugata	2.614	8.484	76,4

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

Figura 12
DISTRIBUZIONE PER GENERE DEI PARTI DA PROCREAZIONE ASSISTITA

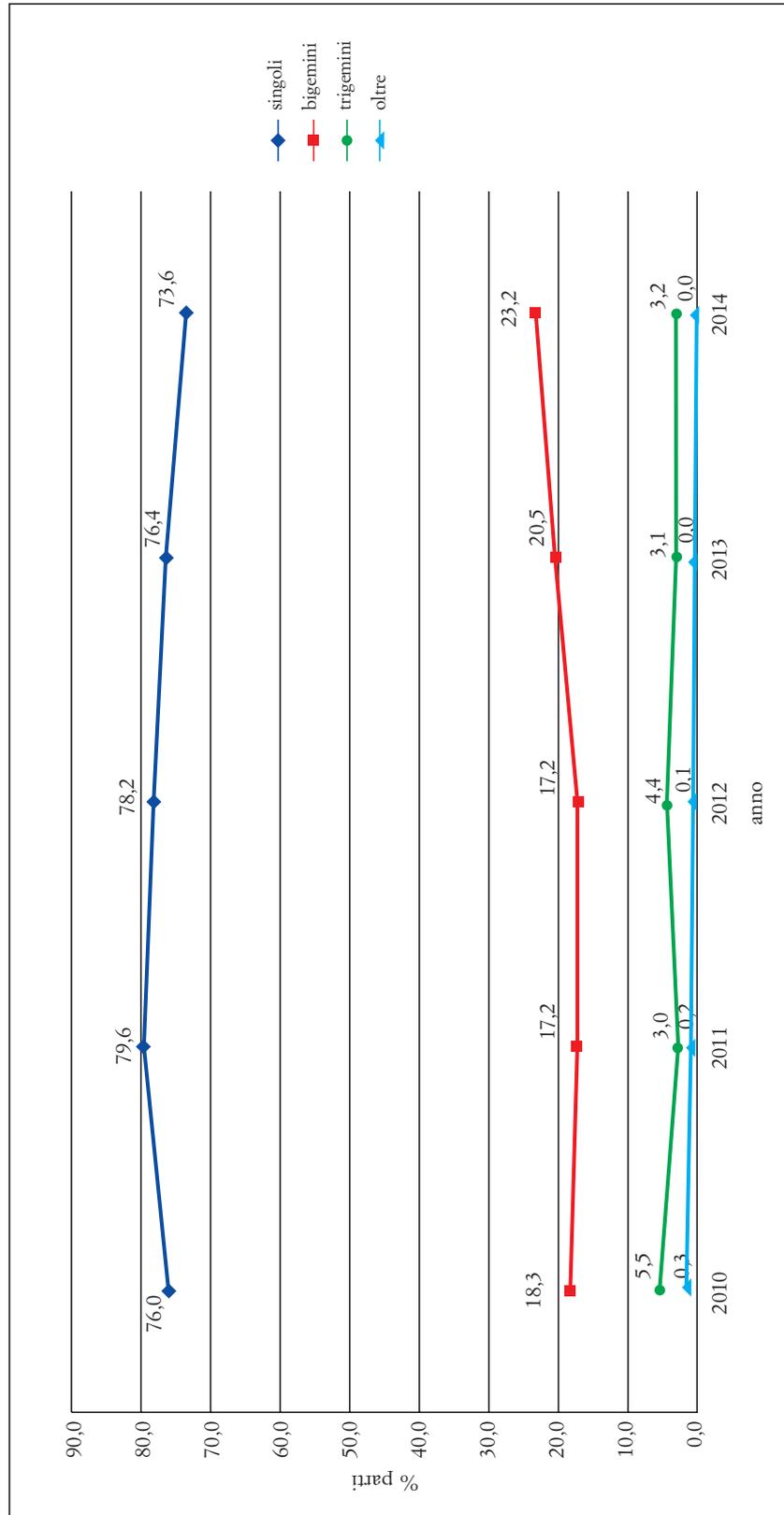


Figura 13
DISTRIBUZIONE DEI PARTI DOPO PROCEDURE DI PROCREAZIONE ASSISTITA NELLE ASL DELLA CAMPANIA

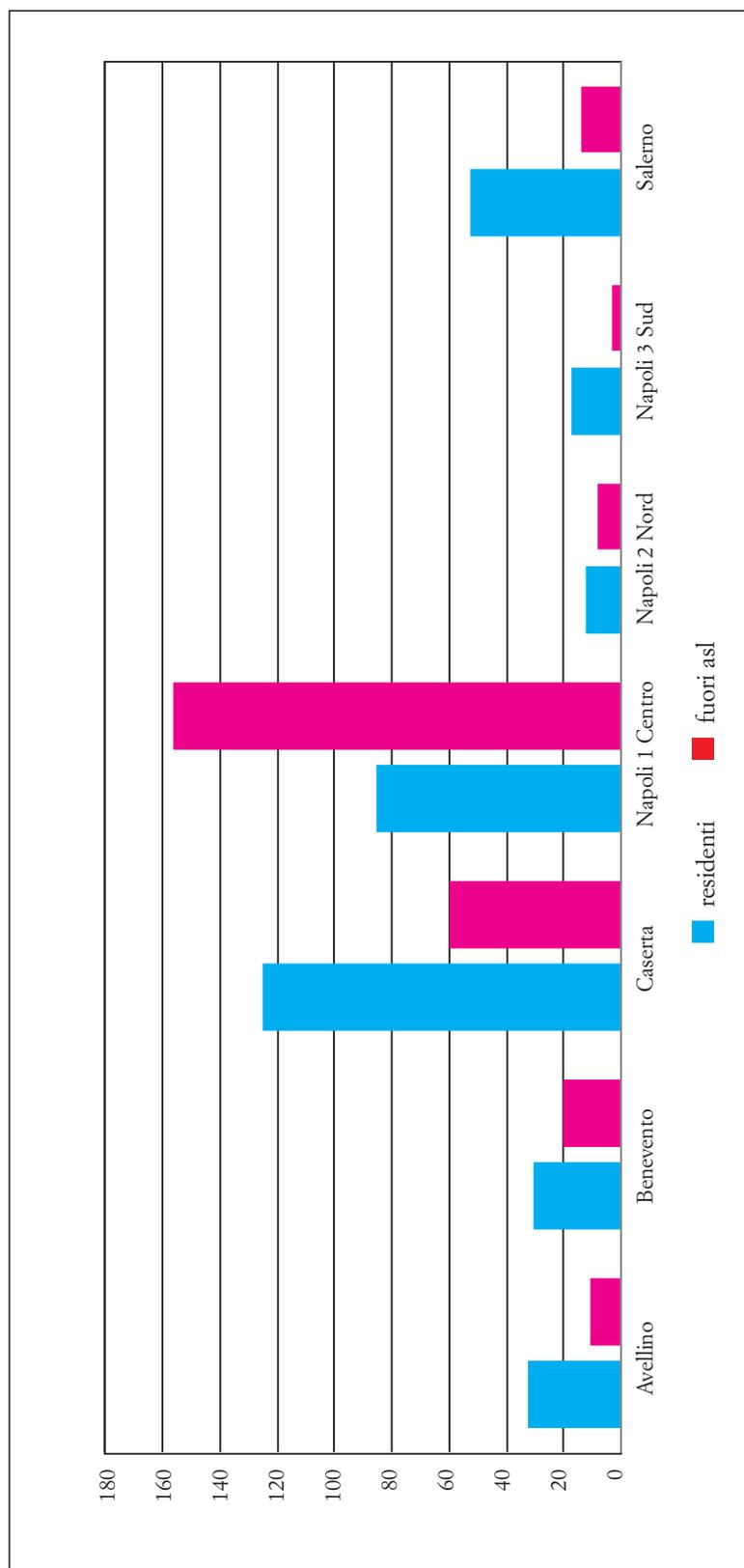


Tabella 19
NATI DA PROCREAZIONE ASSISTITA PER RESIDENZA MATERNA

Residenza	Nati	%	TOTALE
Avellino	53	15,6	3.388
Benevento	45	22,5	1.998
Caserta	180	23,1	7.803
Napoli 1 Centro	138	14,8	9.319
Napoli 2 Nord	127	12,8	9.950
Napoli 3 Sud	124	12,8	9.660
Salerno	92	10,3	8.919
Campania	759	14,9	51.037

Età media delle madri: 34,6 anni.

Età media dei padri: 38,0 anni.

METODO UTILIZZATO PER LA PROCREAZIONE ASSISTITA

Metodo	N.	%
Farmacologico	70	12,1
IUI	22	3,8
GIFT	4	0,7
FIVET	340	58,6
ICSI	144	24,8
Totale	580	100,0

Metodo non riportato 42, altro metodo 137

Tabella 20
NATI PER VITALITÀ E PROVINCIA DI RESIDENZA

PROVINCE	TOTALE NATI	NATI MORTI	TASSO ‰	I.C. AL 95‰	
Avellino	3.388	7	2,1	0,5	3,6
Benevento	1.998	3	1,5	0,0	3,2
Caserta	7.805	31	4,0	2,6	5,4
Napoli	28.932	62	2,1	1,6	2,7
Salerno	8.920	27	3,0	1,9	4,2
Campania	51.043	130	2,5	2,1	3,0

Tabella 21
FATTORI DI RISCHIO PER NATIMORTALITÀ NEI NATI SINGOLI

		TOTALE	NATI MORTI	TASSO ‰	RR	I.C. 95%
Età gestazionale	< 37 sett.	2.604	68	26,1	24,6	16,90-36,1
	≥ 37 sett.	48.177	51	1,1	1	
Peso nascita	< 2500 grammi	3.024	62	20,5	18,2	12,4-26,7
	≥ 2500 grammi	47.961	54	1,1	1	
Classe di età materna	< 20 anni	1.213	3	2,5	1,0	0,20-3,01
	20-34 anni	35.093	87	2,5	1	
	≥ 35 anni	14.652	32	2,2	0,9	
Cittadinanza materna	non italiana	3.825	9	2,4	1,0	0,43-1,92
	italiana	47.102	113	2,4	1	
Scolarità materna	elementare/media inf.	15.385	39	2,5	1,2	0,77-1,80
	livelli superiori	29.185	62	2,1	1	
Stato civile	nubile	9.655	32	3,3	1,6	1,02-2,42
	coniugata	38.916	81	2,1	1	

Tabella 22
NATI PER CLASSE DI ETÀ GESTAZIONALE

ASL	< 37 settimane		37-41 settimane		> 41 settimane		Totale
	N.	%	N.	%	N.	%	
Avellino	224	6,6	3.123	92,3	37	1,1	3.384
Benevento	164	8,2	1.802	90,2	32	1,6	1.998
Caserta	536	6,9	7.111	91,7	105	1,4	7.752
Napoli 1 Centro	612	6,6	8.551	92,4	87	0,9	9.250
Napoli 2 Nord	601	6,1	9.147	92,8	104	1,1	9.852
Napoli 3 Sud	641	6,7	8.920	92,6	75	0,8	9.636
Salerno	689	7,7	8.146	91,5	67	0,8	8.902
Campania	3.467	6,8	46.800	92,2	507	1,0	50.774

Tabella 23

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	93	0,2	39	2,0	20	16,8	1	6,7	153	0,3
	28-31	221	0,4	88	4,5	19	16,0	4	26,7	332	0,6
	32-36	2.222	4,4	899	45,6	29	24,4	6	40,0	3.156	6,0
	37-41	47.588	93,9	946	48,0	51	42,9	4	26,7	48.589	92,1
	> 41	538	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	538	1,0
	Totale	50.662	100,0	1.972	100,0	119	100,0	15	100,0	52.768	100,0
Peso (grammi)	250-499	6	0,0	1	0,1	3	2,6	0	0,0	10	0,0
	500-999	103	0,2	43	2,2	22	19,0	4	33,3	172	0,3
	1000-1499	188	0,4	109	5,6	14	12,1	5	41,7	316	0,6
	1500-2499	2.650	5,2	1.009	52,0	23	19,8	3	25,0	3.685	7,0
	2500-3999	46.003	90,5	774	39,9	51	44,0	0	0,0	46.828	88,5
	> 3999	1.904	3,7	5	0,3	3	2,6	0	0,0	1.912	3,6
Totale	50.854	100,0	1.941	100,0	116	100,0	12	100,0	52.923	100,0	

Tabella 24
PARTI PER GENERE, TIPO E CLASSE DI ETÀ GESTAZIONALE

Genere	TIPO PARTO	CLASSI DI ETÀ GESTAZIONALE												TOTALE	
		< 28 settimane			28-31 settimane			32-36 settimane			≥ 37 settimane			N.	%
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%				
Singoli	Spontaneo	62	61,4	63	29,6	651	31,7	17.634	38,3	18.410	38,0				
	Cesareo	39	38,6	150	70,4	1.385	67,4	27.854	60,5	29.428	60,8				
	Strumentale	0	0,0	0	0,0	18	0,9	572	1,2	590	1,2				
	Totale	101	100,0	213	100,0	2.054	100,0	46.060	100,0	48.428	100,0				
Gemelli	Spontaneo	4	30,8	2	5,1	26	6,2	39	8,2	71	7,5				
	Cesareo	9	69,2	37	94,9	392	93,3	433	91,2	871	92,0				
	Strumentale	0	0,0	0	0,0	2	0,5	3	0,6	5	0,5				
	Totale	13	100,0	39	100,0	420	100,0	475	100,0	947	100,0				

Tabella 25
NATI PER PRESENTAZIONE E GENERE DEL PARTO

PRESENTAZIONE	SINGOLI		PLURIMI		TOTALE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Vertice	46.934	96,2	1.536	82,0	48.470	95,6
Podice	1.528	3,1	314	16,8	1.842	3,6
Altro	339	0,7	24	1,3	363	0,7
Totale	48.801	100,0	1.874	100,0	50.675	100,0

Tabella 26
NATI PER CLASSE DI PESO

ASL	< 1000	%	1000 ÷ 1499 gr.	%	1500 ÷ 2499 gr.	%	2500 ÷ 3999 gr.	%	≥ 4000 gr.	%	Totale
AAvellino	7	0,2	23	0,7	241	7,1	2.977	88,0	136	4,0	3.384
Benevento	6	0,3	17	0,9	138	6,9	1.738	87,0	98	4,9	1.997
Caserta	31	0,4	53	0,7	538	6,9	6.867	88,2	295	3,8	7.784
Napoli 1 Centro	24	0,3	64	0,7	643	6,9	8.280	89,2	270	2,9	9.281
Napoli 2 Nord	25	0,3	49	0,5	651	6,6	8.858	89,4	323	3,3	9.906
Napoli 3 Sud	35	0,4	52	0,5	651	6,8	8.502	88,2	395	4,1	9.635
Salerno	45	0,5	46	0,5	657	7,4	7.846	88,1	315	3,5	8.909
Campania	173	0,3	304	0,6	3.519	6,9	45.068	88,5	1.832	3,6	50.896

Peso < 2.500 e età gestazionale ≥ 37 settimane: 2.282.

Peso ≥ 2.500 e età gestazionale < 37 settimane: 1.714.

Peso medio: maschi = 3.208 grammi, femmine = 3.082 grammi.

Figura 14

NATI PER CLASSI DI PESO E LIVELLO DELLA STRUTTURA DI NASCITA

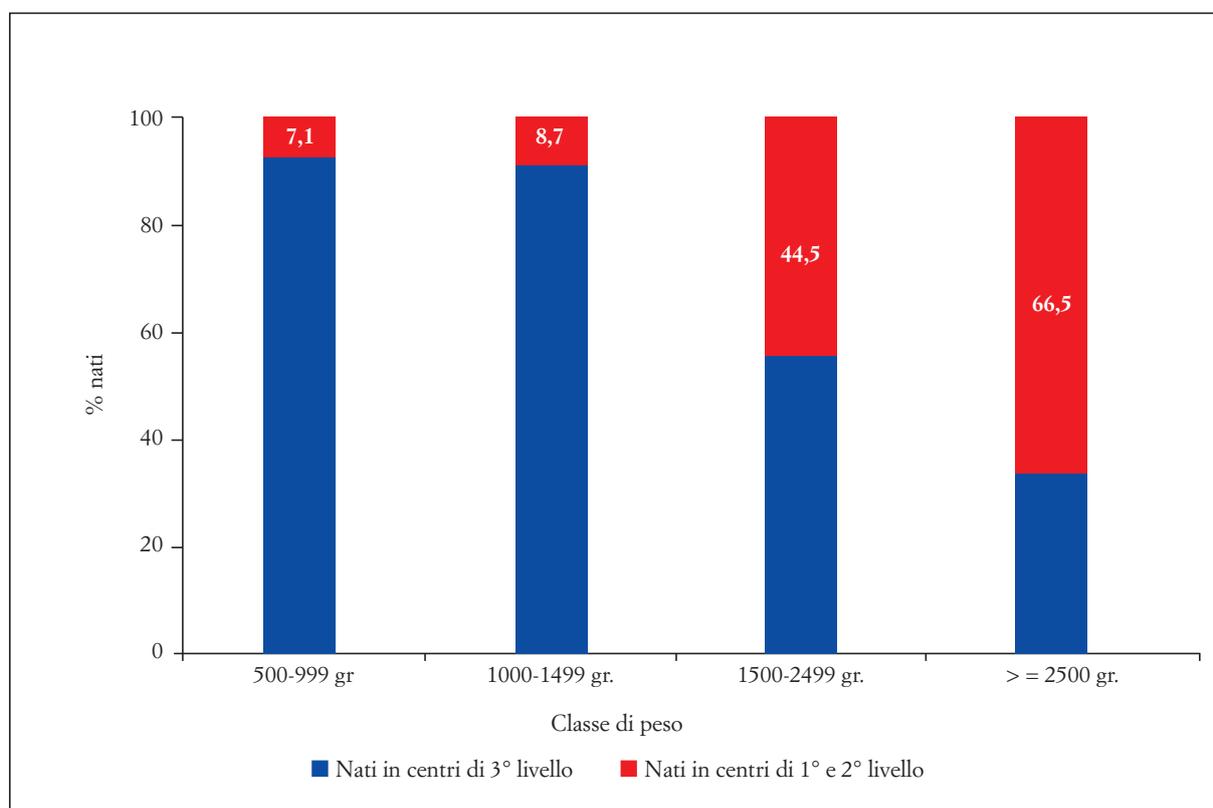


Tabella 27
FATTORI DI RISCHIO PER BASSO PESO, NATI SINGOLI

		TOTALE NATI	LBW	%	RR	I.C. 95%
Condizione lavorativa della madre	non occupata	27.989	1.710	6,1	1,10	1,02-1,20
	occupata	15.766	869	5,5	1	
Condizione lavorativa del padre	non occupato	6.799	432	6,4	1,17	1,05-1,30
	occupato	31.138	1.689	5,4	1	
Stato civile della madre	nubile	9.237	654	7,1	1,26	1,15-1,37
	coniugata	38.591	2.163	5,6	1	
Classe di età materna	< 20 anni	1.171	86	7,3	1,30	1,03-1,61
	20-34 anni	33.847	1.909	5,6	1	
	35 + anni	14.067	894	6,4	1,12	1,03-1,22
Cittadinanza	non italiana	3.534	209	5,9	1,00	0,87-1,15
	italiana	45.482	2.672	5,9	1	
Scolarità materna	elementare/media inf.	15.002	998	6,7	1,21	1,12-1,31
	livelli superiori	28.117	1.536	5,5	1	
Epoca della prima visita	> 11 settimane	5.406	277	5,1	0,87	0,76-0,98
	≤ 11 settimane	39.868	2.347	5,9	1	

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

	Apgar < 4		Apgar 4 - 6		Apgar ≥ 7	
	N.	%	N.	%	N.	%
Totale nati	126	2,4	180	3,4	52.168	994,2
GEMELLI	14	7,2	44	22,6	1.891	970,2
SINGOLI						
Totale	112	2,2	136	2,7	50.277	995,1
Maschi	55	2,1	85	3,2	26.121	994,7
Femmine	56	2,3	51	2,1	24.148	995,6
< 1.500	25	81,2	62	201,3	221	717,5
< 33 settimane	24	58,8	67	164,2	317	777,0
Parto spontaneo *	30	1,7	16	0,9	17.220	997,3
Cesareo elezione *	30	1,7	10	0,6	17.597	997,7
Cesareo in travaglio *	9	1,4	14	2,1	6.592	996,5

* Nati a termine, di vertice.

Tabella 29
MOBILITÀ LEGATA AL PARTO NELLA REGIONE CAMPANIA

		ASL di evento							
		Avellino	Benevento	Caserta	Napoli 1 Centro	Napoli 2 Nord	Napoli 3 Sud	Salerno	Totale
ASL di residenza		Avellino	316	148	164	13	136	226	3.388
		Benevento	1.612	145	79	9	22	17	1.998
		Caserta	125	5.861	1.098	458	84	41	7.803
		Napoli 1 Centro	6	118	8.459	226	429	32	9.319
		Napoli 2 Nord	13	758	4.942	3.699	453	26	9.950
		Napoli 3 Sud	25	148	2.288	231	6.100	527	9.660
		Salerno	24	23	248	7	602	7.673	8.919
Totale		3.426	2.121	7.201	17.278	4.643	7.826	8.542	51.037

Tabella 30
NATI PER TIPOLOGIA DELLA STRUTTURA DI NASCITA

ASL	STRUTTURE PUBBLICHE			STRUTTURE PRIVATE			TOTALE NATI
	N.	NATI	%	N.	NATI	%	
Avellino	3	1.790	50,7	2	1.739	49,3	3.529
Benevento	2	2.187	100,0	0	0	0,0	2.187
Caserta	6	3.460	44,9	5	4.238	55,1	7.698
Napoli 1 Centro	10	9.905	54,8	8	8.161	45,2	18.066
Napoli 2 Nord	4	2.825	59,2	2	1.944	40,8	4.769
Napoli 3 Sud	4	2.538	31,5	8	5.529	68,5	8.067
Salerno	10	6.843	78,1	3	1.919	21,9	8.762
Campania	39	29.548	55,7	28	23.530	44,3	53.078

Tabella 31
NATI PER DIMENSIONE DELLA MATERNITÀ E TIPO DI STRUTTURA

DIMENSIONE (NATI/ANNO)	STRUTTURE PUBBLICHE			STRUTTURE PRIVATE			TOTALE STRUTTURE		
	N.	NATI	%	N.	NATI	%	N.	NATI	%
< 500	15	4.515	15,3	5	1.588	6,7	20	6.103	11,5
500-999	14	10.790	36,5	13	9.770	41,5	27	20.560	38,7
1000-1499	8	9.830	33,3	8	8.899	37,8	16	18.729	35,3
1500-1999	0	0	0,0	2	3.273	13,9	2	3.273	6,2
> 2000	2	4.413	14,9	0	0	0,0	2	4.413	8,3
Totale	39	29.548	100	28	23.530	100	67	53.078	100

Tabella 32
PRINCIPALI CARATTERISTICHE DEI NATI
IN STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE

CARATTERISTICHE	STRUTTURE PUBBLICHE (29.548 NATI)		STRUTTURE PRIVATE (23.530 NATI)	
	N.	%	N.	%
Gemelli	1.326	4,5	667	2,8
Peso < i1.500 g	427	1,4	77	0,3
Età gestazionale < 34 sett.	986	3,3	224	1,0
Nati di podice	1.050	3,6	791	3,4
Nati da Cesareo	14.633	49,5	16.655	70,8

Figura 15
NATI DA TAGLIO CESAREO NELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE
DELLA CAMPANIA, ANNI 2004-2014

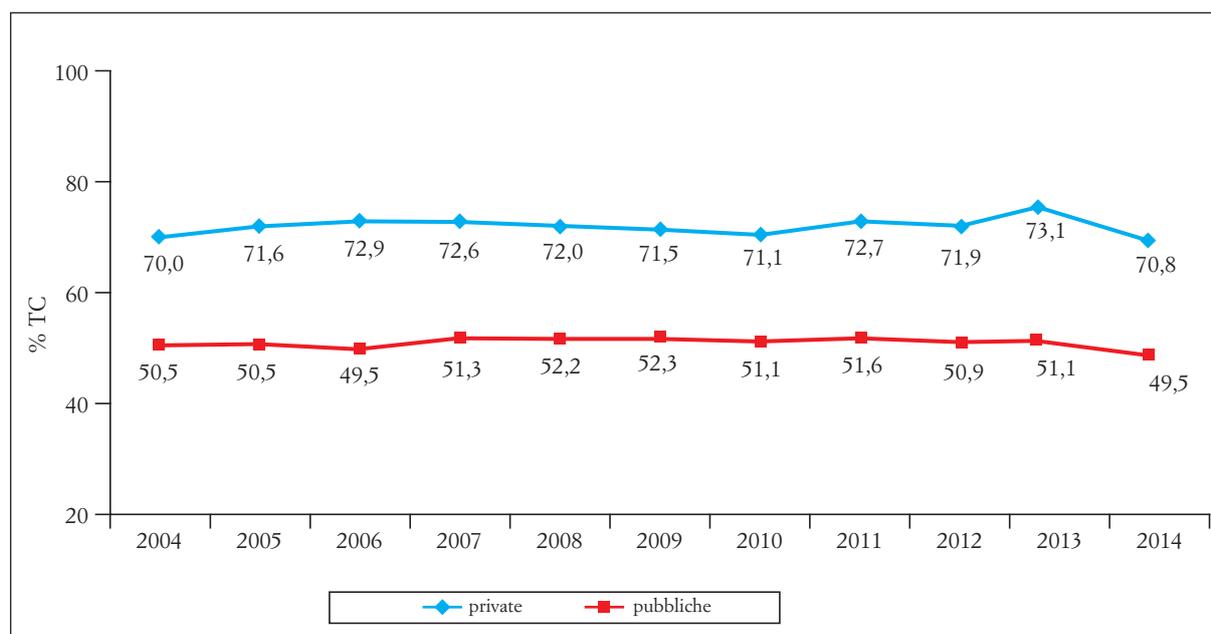


Figura 16
CARATTERISTICHE MATERNE PER TIPO DI STRUTTURA

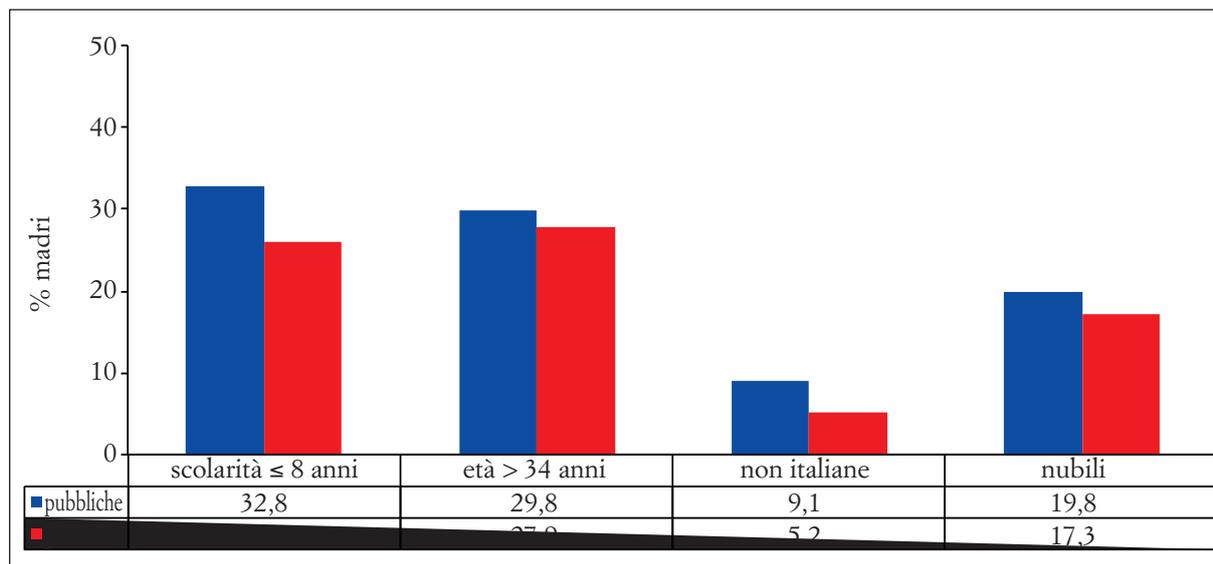


Figura 17
NUMERO DI NATI (DIMENSIONE DELLE BOLLE), PROPORZIONE DI CESAREI E DI VLBW IN STRUTTURE CON E SENZA TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

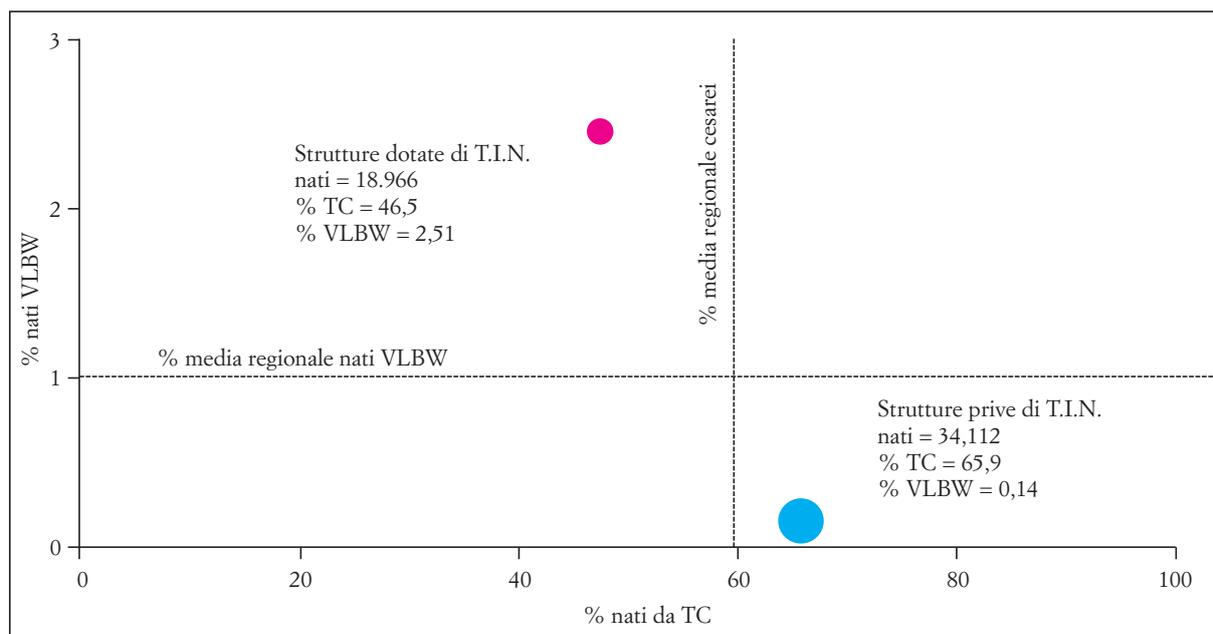


Tabella 33
NATI SINGOLI PER TIPO DI PARTO

ASL	Spontaneo		Cesareo di elezione		Cesareo in travaglio		Strumentale		Altro *		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	N.
Avellino	1.817	53,6	919	27,1	435	12,8	219	6,5	2	0,1	3.392	
Benevento	1.186	57,9	464	22,7	352	17,2	16	0,8	30	1,5	2.048	
Caserta	2.619	35,1	3.193	42,8	1.221	16,4	54	0,7	370	5,0	7.457	
Napoli 1 Centro	5.649	34,3	7.994	48,5	2.530	15,4	125	0,8	170	1,0	16.468	
Napoli 2 Nord	1.572	33,8	1.874	40,3	1.156	24,9	2	0,0	43	0,9	4.647	
Napoli 3 Sud	3.080	39,0	3.647	46,2	1.039	13,2	126	1,6	9	0,1	7.901	
Salerno	3.140	37,3	3.469	41,2	1.754	20,8	47	0,6	5	0,1	8.415	
TOTALE	19.063	37,9	21.560	42,8	8.487	16,9	589	1,2	629	1,2	50.328	

(*) Per altro si intende Cesareo dopo Strumentale.

Figura 18

NATI DA TAGLIO CESAREO E DA PARTO VAGINALE PER ETÀ GESTAZIONALE

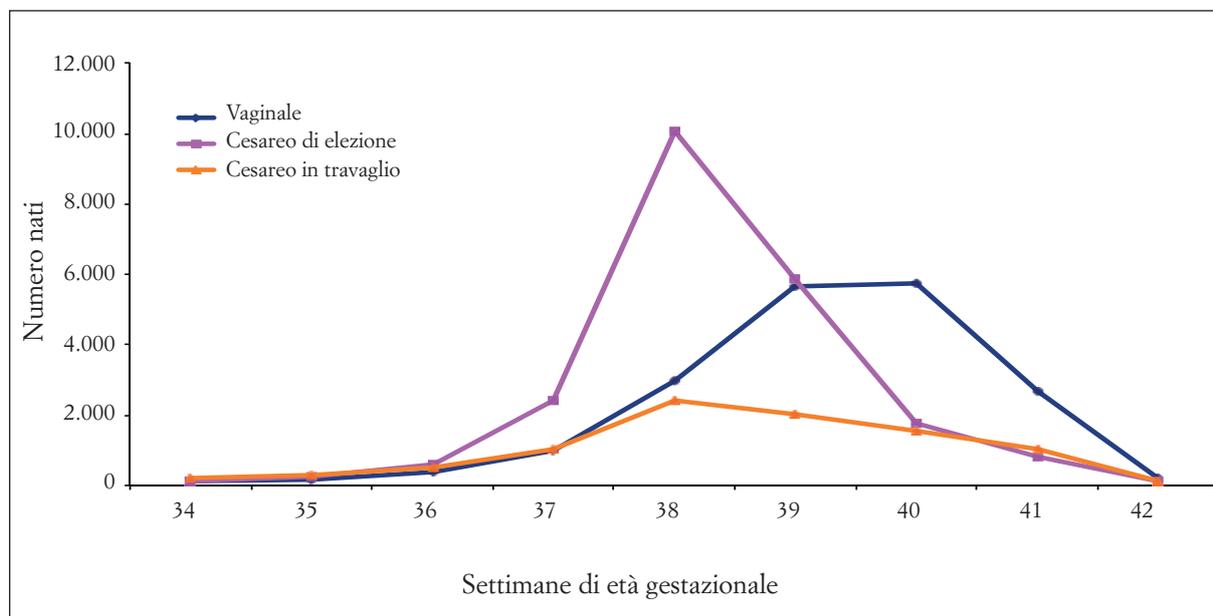


Tabella 34

FATTORI DI RISCHIO PER TAGLIO CESAREO NEI NATI SINGOLI

		NATI	CESAREI	%	R.R.	I.C. 95%
Età gestazionale	pretermine	2.935	1.727	58,8	1,01	0,96-1,06
	a termine	48.140	27.814	57,8	1	
Peso nascita	< 2500 grammi	3.124	2.006	64,2	1,12	1,07-1,17
	≥ 2500 grammi	47.961	27.486	57,3	1	
Presentazione	podice	1.527	1.350	88,4	1,40	1,32-1,48
	vertice	46.929	29.547	63,0	1	
Ordine di nascita	1	26.176	15.083	57,6	0,99	0,96-1,01
	2+	24.909	14.464	58,1	1	
Classe di età materna	< 20 anni	1.213	617	50,9	0,89	0,82-0,97
	20-34 anni	35.093	19.890	56,7	1	
	> 34 anni	14.652	8.970	61,2	1,08	1,05-1,10
Cittadinanza	non italiana	3.825	1.709	44,7	0,75	0,72-0,79
	italiana	47.102	27.747	58,9	1	
Luogo del parto	privato	22.863	16.048	70,2	1,46	1,43-1,50
	pubblico	28.222	13.499	47,8	1	

Figura 19

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

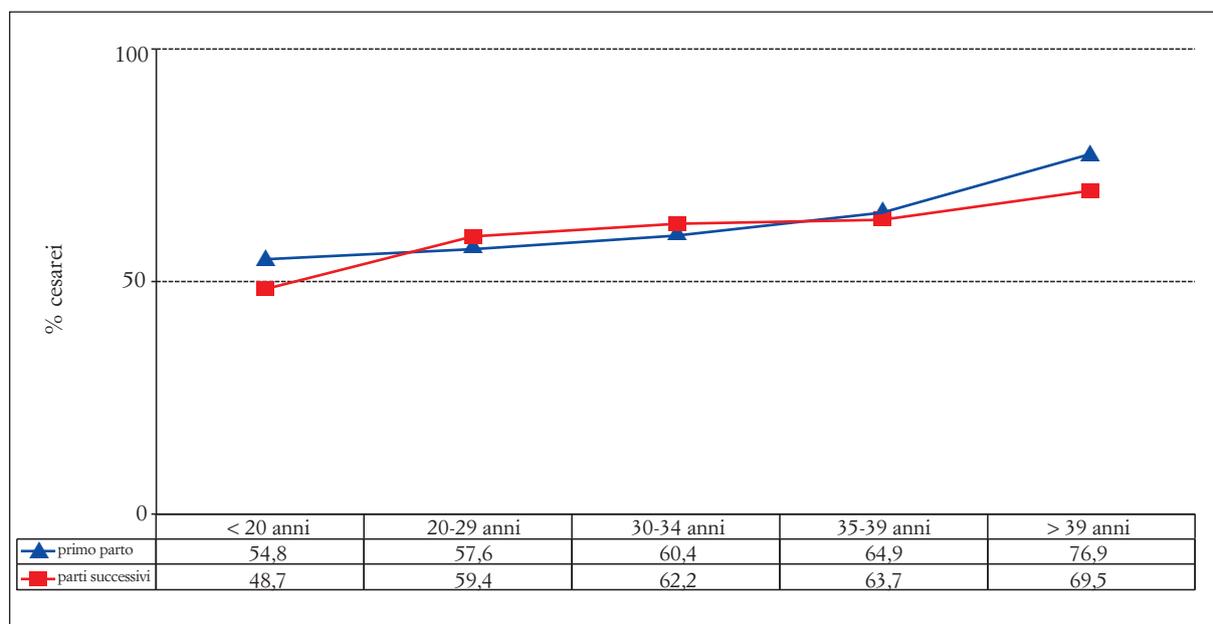


Figura 20
ETÀ MEDIA AL PARTO E PARTO CESAREO IN ITALIA E CAMPANIA, ANNI 2002-2014 (HFA)

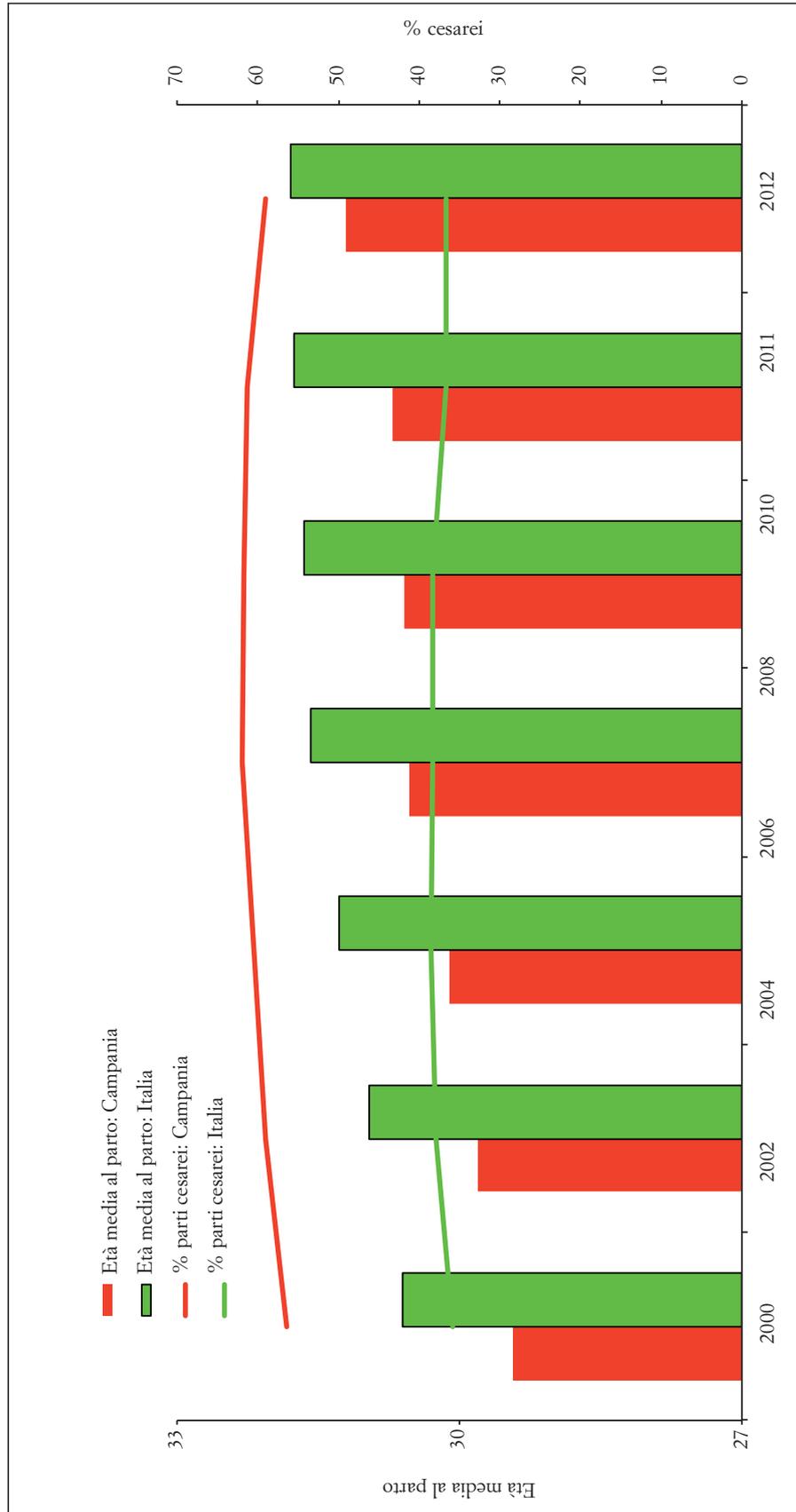
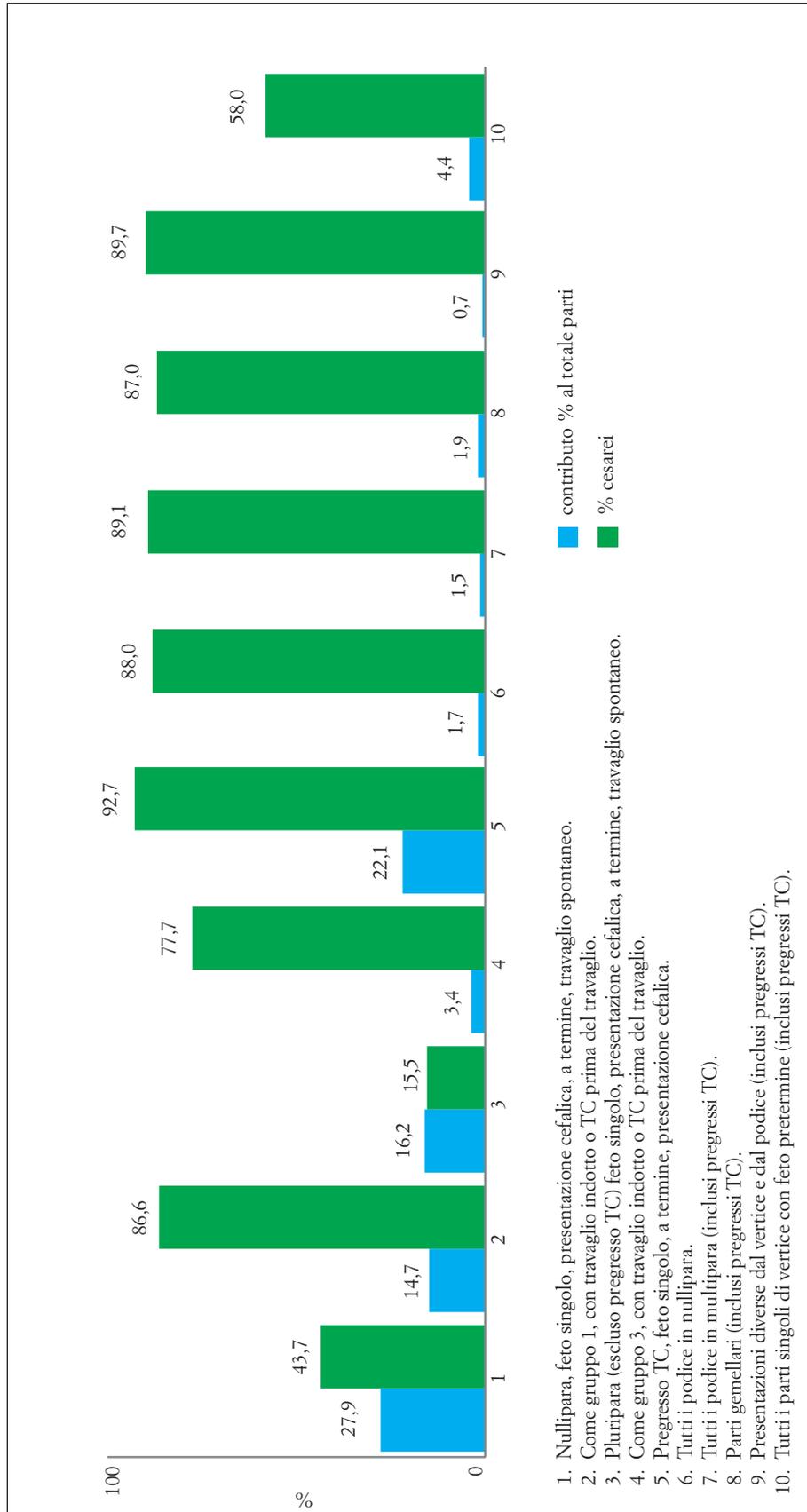
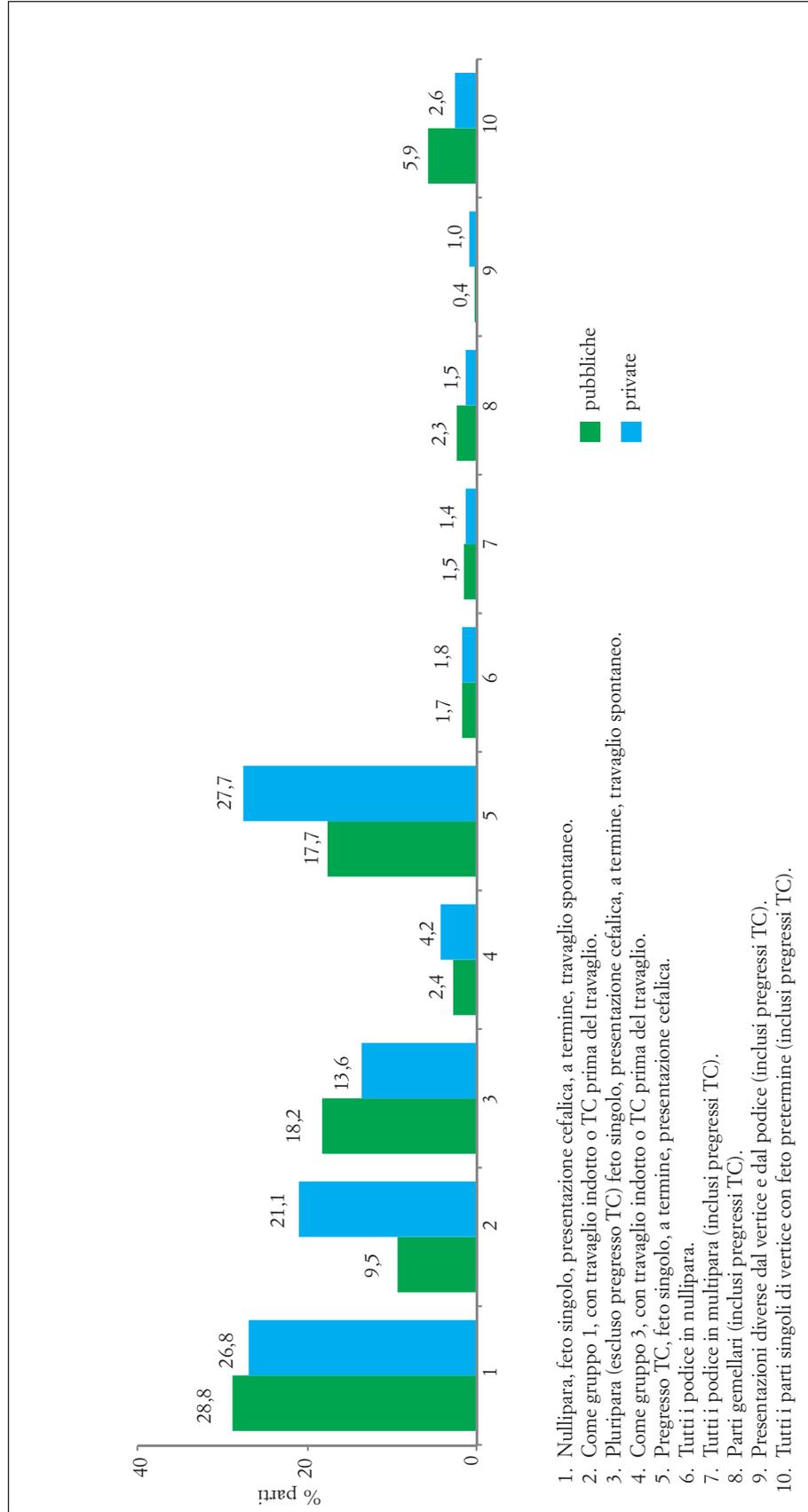


Figura 21
PERCENTUALE DI PARTI E PROPORZIONE DI CESAREI NEI 10 GRUPPI DI ROBSON



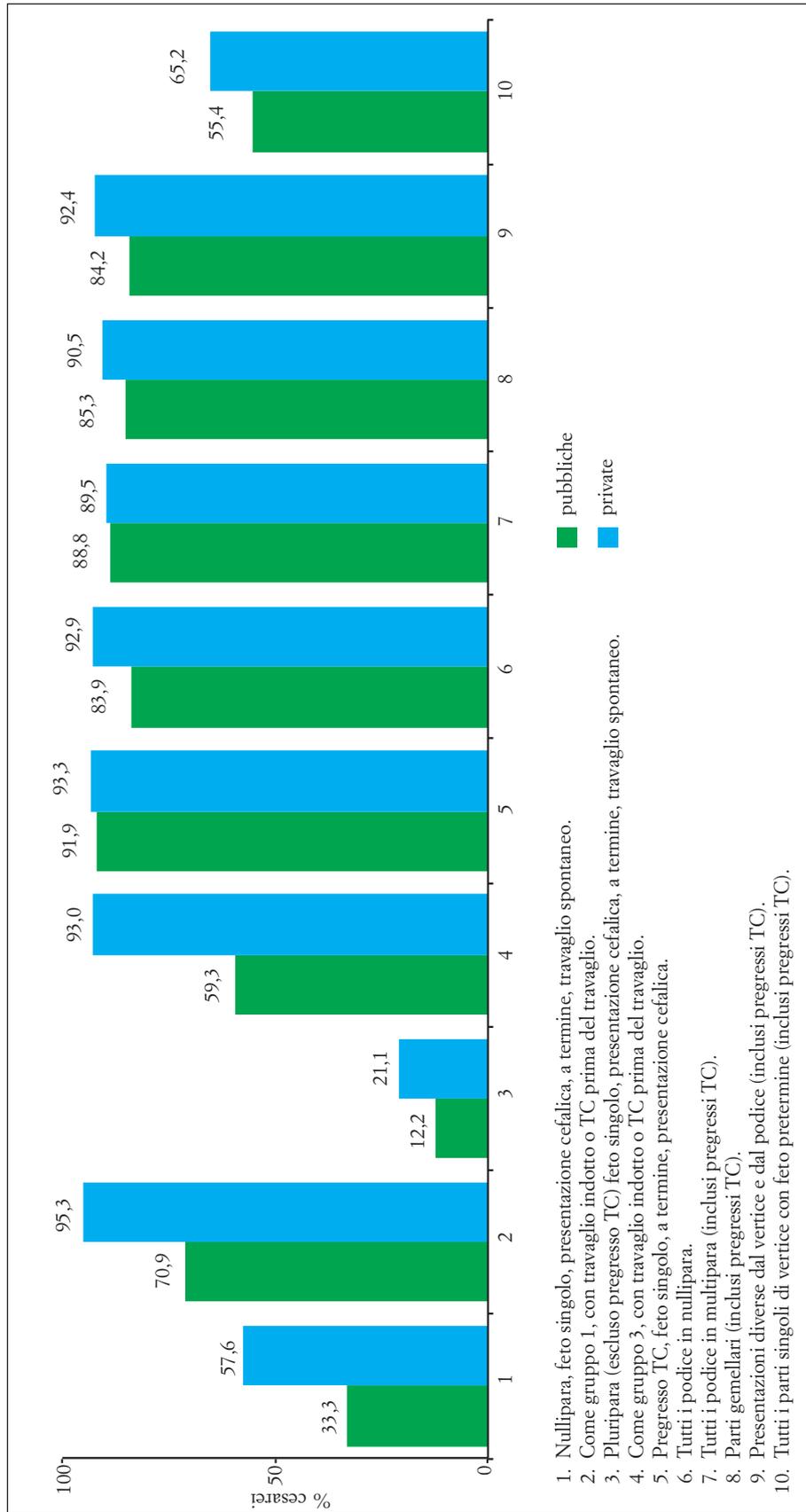
1. Nullipara, feto singolo, presentazione cefalica, a termine, travaglio spontaneo.
2. Come gruppo 1, con travaglio indotto o TC prima del travaglio.
3. Pluripara (escluso pregresso TC) feto singolo, presentazione cefalica, a termine, travaglio spontaneo.
4. Come gruppo 3, con travaglio indotto o TC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

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



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

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



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

Tabella 35

DATI RELATIVI ALLE SINGOLE MATERNITÀ DELLA CAMPANIA, ANNO 2014*

ASL	ISTITUTO	Totale nati	Nati da TC	%	Nati da TC primo figlio	%	nati di peso < 1.500 gr.
Napoli 1 Centro	C. di C. Mediterranea - Napoli	955	362	37,9	169	33,1	1
	Fondazione Evangelica Betania - Napoli	2.080	799	38,4	288	33,2	55
	P.O. Buonconsiglio Fatebenefratelli - Napoli	1.229	597	48,6	270	45,2	9
	P.O. Incurabili - Napoli Ovest	677	330	48,7	135	42,1	1
	P.O. S. Gennaro - Napoli Ovest***	338	174	51,5	54	43,9	1
	P.O. S.Giovanni Bosco - Napoli Est	770	438	56,9	149	48,4	3
	A.O. Cardarelli - Napoli**	927	539	58,1	206	54,1	25
	A.U. Policlinico Federico II - Napoli	2.333	1.384	59,3	520	53,9	78
	P.O. S. Paolo - Napoli Ovest	639	388	60,7	163	57,4	0
	P.O. S. Maria di Loreto Mare - Napoli Est	850	541	63,6	156	60,5	7
	P.O. G. Capilupi - Capri	62	41	66,1	12	60,0	0
	C. di C. Santa Patrizia - Napoli	961	702	73,0	264	74,4	0
	C.i C. Internazionale Villa Bentinck - Napoli	982	798	81,3	344	80,8	1
	C. di C. Villa delle Quercie - Napoli	1.077	899	83,5	429	83,5	1
	C. di C. Tasso - Napoli	1.754	1.479	84,3	642	83,8	0
	Clinica Sanatrix - Napoli	1.182	1.007	85,2	533	85,3	0
	C. di C. Ruesh - Napoli	182	161	88,5	64	92,8	0
C. di C. Villa Cinzia - Napoli	1.068	1.001	93,7	438	93,6	0	
Napoli 2 Nord	P.O. Rizzoli - Lacco Ameno	354	157	44,4	70	45,5	0
	P.O. S. Maria delle Grazie - Pozzuoli	760	448	58,9	197	58,8	1
	P.O. Civile S. Giovanni di Dio - Frattamaggiore	783	468	59,8	130	52,0	1
	P.O. S. Giuliano - Giugliano in Campania	928	582	62,7	243	67,5	2
	C. di C. Villa dei Fiori - Acerra	1.277	939	73,5	342	71,4	12
	C. di C. Villa Maione - Villaricca	667	553	82,9	243	85,0	0
Napoli 3 Sud	P.O. S. Leonardo - Castellammare di Stabia	799	189	23,7	62	17,9	1
	P.O. De Luca e Rossano - Vico Equense	761	236	31,0	87	26,5	0
	P.O. S. Maria della Pietà - Nola	577	280	48,5	97	39,9	2
	P.O. Torre Annunziata Boscotrecase	401	214	53,4	62	41,1	0
	C. di C. La Madonnina - San Gennaro Vesuviano	568	328	57,7	139	54,9	2
	C. di C. Villa Stabia - Castellammare di Stabia	775	516	66,6	232	64,3	3
	C. di C. M. Rosaria - Pompei	1.099	764	69,5	301	63,9	0
	C. di C. Madonna di Lourdes - Massa di Somma	1.176	820	69,7	297	65,7	0
	C. di C. A. Grimaldi - San Giorgio a Cremano	558	418	74,9	223	72,9	1
	C. di C. S. Lucia - San Giuseppe Vesuviano	339	254	74,9	129	81,1	0
	C. di C. S.M. La Bruna - Torre del Greco	582	448	77,0	175	72,9	0
	C. di C. Trusso - Ottaviano	432	367	85,0	249	85,3	2
TOTALE PROVINCIA DI NAPOLI		30.902	19.621	62,3	8.114	61,4	209

* I dati in grassetto riguardano le strutture che assistono neonati in Terapia Intensiva Neonatale (T.I.N.).

** Riduzione del 50% dei posti letto per due mesi nel 2014.

*** Presidi che hanno cessato l'attività nel 2014.

Segue: Tabella 35

DATI RELATIVI ALLE SINGOLE MATERNITÀ DELLA CAMPANIA, ANNO 2014*

ASL	ISTITUTO	Totale nati	Nati da TC	%	Nati da TC primo figlio	%	nati di peso < 1.500 gr.
AV	C. di C. Malzoni Villa dei Platani - Avellino	1.519	389	25,6	184	27,9	17
	A.O. S.G. Moscati Avellino - Avellino	1.113	467	42,0	246	43,8	19
	Presidio Ospedaliero - Ariano Irpino	333	184	55,3	77	55,8	2
	P.O. A. Landolfi - Solofra	344	234	68,0	124	73,4	0
	C. di C. S. Rita S.p.A. - Atripalda***	220	190	86,4	95	89,6	1
BN	A.O. G. Rummo - Benevento	1.100	389	35,4	168	32,5	38
	P.O. Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli - Benevento	1.087	493	45,4	261	49,3	22
CE	A.O. San Sebastiano - Caserta	1.230	478	38,9	164	31,6	36
	P.O. Maddaloni***	211	96	45,5	38	46,3	1
	Presidio Ospedaliero S.G. Moscati - Aversa	879	464	52,8	194	52,3	3
	P.O. Marcianise	711	402	56,5	138	50,4	2
	P.O. Ave Gratia Plena - Piedimonte Matese	174	103	59,2	40	52,6	0
	Clinica San Michele - Maddaloni	653	439	67,2	247	65,7	1
	C. di C. Pineta Grande - Castel Volturno	1.000	676	67,6	425	74,6	43
	Presidio Ospedaliero San Rocco - Sessa Aurunca	255	198	77,6	76	76,0	0
	Villa del Sole - Caserta	944	760	80,5	340	44,7	0
	Casa di Cura 'villa Fiorita' SpA Capua	1.020	852	83,5	338	83,0	0
	C. di C. San Paolo - Aversa	621	545	87,8	239	88,8	0
SA	Plesso Ospedaliero Immacolata - Sapri	307	109	35,5	44	31,2	0
	C. di C. Malzoni - Agropoli	574	286	49,8	122	45,9	1
	P.O. Civile Umberto I - Nocera Inferiore	1.458	822	56,4	370	53,9	41
	P.O. Amico G. Fucito - Mercato San Severino	441	249	56,5	140	59,6	1
	Plesso Ospedaliero L. Curto - Polla	414	244	58,9	100	61,0	1
	P.O. Villa Malta - Sarno	729	443	60,8	200	61,9	3
	A.O. S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona - Salerno	1.404	890	63,4	452	64,3	42
	P.O. S. Maria Incoronata Dellolmo - Cava de Tirreni	368	243	66,0	134	66,3	1
	Presidio P.O. S. Maria della Speranza - Battipaglia	1.209	807	66,7	394	69,7	14
	P.O. Maria SS. Addolorata - Eboli	196	132	67,3	58	73,4	0
	P.O. S. Luca - Vallo della Lucania	317	238	75,1	102	76,1	0
	Hippocratica Spa Villa Del Sole - Salerno	930	714	76,8	331	76,8	0
	C. di C. Tortorella S.p.A. - Salerno	415	369	88,9	188	90,0	0
	TOTALE CAMPANIA		53.078	32.526	59,9	14.143	59,3

* I dati in grassetto riguardano le strutture che assistono neonati in Terapia Intensiva Neonatale (T.I.N.).
 *** Presidi che hanno cessato l'attività nel 2014.

Allegato: CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO ATTUALMENTE UTILIZZATO

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

Allegato: CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO ATTUALMENTE UTILIZZATO

SEZIONE C2 - INFORMAZIONI SUL NEONATO

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

SEZIONE D - INFORMAZIONI SULLE CAUSE DI NATI-MORTALITÀ

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

SEZIONE E - INFORMAZIONI SULLA PRESENZA DI MALFORMAZIONI

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

Stampato su carta riciclata nel mese di giugno 2016
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



