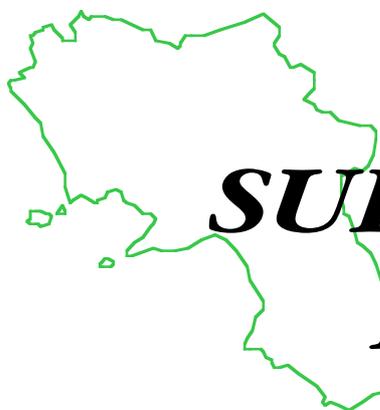


Università di Napoli Federico II
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Scienze Mediche Preventive
Sezione di Igiene

Regione Campania
Assessorato alla Sanità
Area Assistenza Sanitaria
Osservatorio Epidemiologico

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



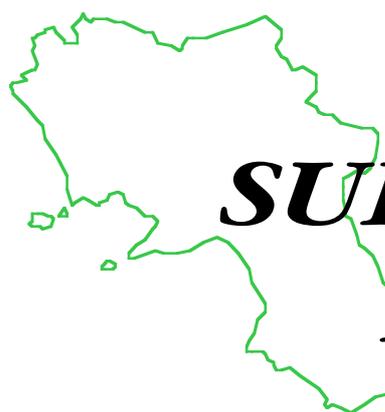
RAPPORTO SULLA NATALITÀ IN CAMPANIA

2008

*A cura di
Roberta Arsieri, Domenico Esposito, Aniello Pugliese
Maurizio Saporito e Maria Triassi*

Napoli, Aprile 2010

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



***RAPPORTO
SULLA NATALITÀ
IN CAMPANIA***

2008

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

Regione Campania
Assessorato alla Sanità
Area Assistenza Sanitaria
Responsabile: Dr. 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

Giuseppina De Lorenzo

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

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

Compilazione e informatizzazione dei CedAP

Operatori dei Centri Nascita

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

Anna Galdieri, Michele Ambrosino

Controllo di qualità dei dati, stesura dei Rapporti di ASL

Responsabili e Referenti CedAP dei SEP

Andrea Simonetti, Patrizia Nasti, Domenico Esposito (NA1), Antonino Parlato (NA2)

Paolo Russo (NA2), Filomena Peluso, Mariagrazia Pelliccia (NA3)

Raffaele Palombino, Giancarlo Manetta (NA4), Francesco Giugliano (NA5)

Vincenzo Greco (NA5), Elvira Bianco, F. Natale, Nunzia Forgione (AV1),

Mariantonietta Ferrara, Marcella D'Alessio, Mafalda Adda (AV2),

Annarita Citarella, Giuseppe Rapuano (BN), Annalisa Caizzo (SA1)

Maria Grazia Panico, Chiara Ronga (SA2), Giuseppe Della Greca (SA3),

Annamaria Trani (SA3), Crescenzo Bove (CE1), Angelo D'Argenzio (CE2)

Annalisa Granata, Guglielma Torre, Michele Ambrosino (Dip. Scienze Mediche Preventive)

Gestione informatica

Vincenzo Formisano

Indice

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

IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLA NATALITÀ IN CAMPANIA

Metodologia

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

Risultati

1. Contesto socio-demografico: fecondità e natalità nelle regioni italiane	» 18
2. Mortalità feto-infantile	» 20
3. Nati da cittadini immigrati	» 21
4. Caratteristiche socio-demografiche dei genitori	» 24
4.1. Nati per stato civile della madre	» 24
4.2. Nati per livello di istruzione e condizione lavorativa materna e paterna	» 24
4.3. Nati per classe di età materna e paterna	» 26
5. Gravidanza	» 26
5.1. Anamnesi ostetrica: ordine di nascita, abortività	» 26
5.2. Cure prenatali: epoca della prima visita, numero di visite e di ecografie in gravidanza	» 27
5.3. Diagnosi prenatale	» 29
5.4. Decorso della gravidanza	» 30
5.5. Nati da procreazione assistita	» 30
6. Nati per caratteristiche fetali	» 33
6.1. Nati per sesso e vitalità	» 33
6.2. Nati per classe di età gestazionale	» 35
6.3. Nati per genere del parto	» 37
6.4. Nati per classe di peso	» 38
6.5. Nati per presentazione e genere del parto	» 41
6.6. Indice di Apgar a 5 minuti	» 41
7. Caratteristiche dei parti	» 42
7.1. Mobilità intra e extraregionale per il parto	» 42
7.2. Nati per luogo del parto	» 44
7.3. Nati per tipo di parto	» 47
7.4. Caratteristiche materne, neonatali e tipo di parto	» 47
7.5. Classificazione dei parti secondo Robson	» 49
7.6. Caratteristiche dei centri nascita della Campania	» 53
8. Nascite in Campania: dai problemi ai correttivi	» 56
Tabelle e figure	» 59
<i>Allegato: Modello CedAP</i>	» 122

Elenco delle figure e delle tabelle

- Tab. 1 Copertura del sistema. Confronto CedAP/ISTAT: numero dei nati vivi per provincia di residenza materna
- Tab. 2 Dati omessi per singola variabile
- Tab. 3 Italia e regioni italiane: scenario demografico, anno 2008
- Fig. 1 Regioni italiane: saldo migratorio, anno 2008
- Fig. 2 Regioni italiane: tasso di crescita naturale, anno 2008
- Fig. 3 Italia e Campania: popolazione femminile per classe di età, anno 2008
- Fig. 4 Nati in Italia, Lombardia e Campania, anni 1994-2008
- Fig. 5 Tassi di natimortalità, mortalità neonatale e post-neonatale in Italia, Lombardia, Lazio e Campania, anno 2006
- Fig. 6 Nati morti e morti infantili in Campania e Lombardia, anni 1996-2005
- Fig. 7 Nati da stranieri nelle regioni italiane, anno 2008
- Tab. 4 Primi dodici paesi di provenienza delle madri e dei padri immigrati
- Fig. 8 Nati da madri e padri immigrati per paese di provenienza
- Fig. 9 Nati da almeno un genitore immigrato
- Fig. 10 Distribuzione percentuale delle donne italiane e straniere in Campania per classe di età
- Tab. 5 Caratteristiche materne e neonatali per cittadinanza materna, nati singoli
- Tab. 6 Nati per stato civile della madre
- Fig. 11 Livello di istruzione materna per stato civile
- Tab. 7 Nati per livello di istruzione materna
- Fig. 12 Livello di istruzione materna: anni 2000-2008
- Tab. 8 Nati per livello di istruzione paterna
- Tab. 9 Nati per condizione lavorativa materna
- Tab. 10 Nati per condizione lavorativa paterna
- Fig. 13 ASL della Campania per numero di nati, proporzione di padri non occupati e di madri con istruzione uguale o inferiore ad 8 anni
- Tab. 11 Nati per classe di età materna
- Fig. 14 Nati per classe di età materna: anni 1998-2008
- Tab. 12 Nati per ordine di nascita
- Tab. 13 Nati per epoca della prima visita
- Tab. 14 Caratteristiche socio-demografiche dei genitori e epoca della prima visita
- Tab. 15 Caratteristiche socio-demografiche dei genitori 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 dei genitori e indagini invasive di diagnostica prenatale
- Fig. 15 Mobilità intraregionale per la procreazione assistita
- Fig. 16 Distribuzione per genere dei nati da procreazione assistita, anni 2006-2008
- Tab. 19 Nati da procreazione assistita per residenza materna
- Tab. 20 Nati per vitalità e residenza materna
- Tab. 21 Fattori di rischio per natimortalità nei nati singoli
- Tab. 22 Nati per classe di età gestazionale
- Tab. 23 Nati per genere, tipo di parto e classe di età gestazionale
- Tab. 24 Nati vivi e nati morti per genere, classe di età gestazionale e di peso
- Tab. 25 Nati per presentazione e genere del parto
- Tab. 26 Nati per classe di peso
- Fig. 17 Nati di peso < 1.500 grammi per livello della struttura di nascita
- Tab. 27 Fattori di rischio per basso peso, nati singoli
- Tab. 28 Indice di Apgar inferiore a 7 a 5 minuti 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 e tipologia della struttura di nascita
- Tab. 32 Principali caratteristiche dei nati nelle strutture pubbliche e private
- Fig. 18 Caratteristiche materne per tipo di struttura
- Fig. 19 Nati da taglio cesareo nelle strutture pubbliche e private, anni 2002-2008
- Tab. 33 Nati singoli per tipo di parto
- Fig. 20 Numero di nati, proporzione di tagli cesarei e di VLBW in strutture con e senza terapia intensiva neonatale
- Fig. 21 Nati da taglio cesareo e da parto vaginale per età gestazionale
- Fig. 22 Nati da taglio cesareo per ordine di nascita e classe di età materna
- Tab. 34 Fattori di rischio per taglio cesareo nei nati singoli
- Fig. 23 Età media al parto e taglio cesareo in Italia e Campania, anni 1980-2006
- Fig. 24 Contributo percentuale al totale dei parti e proporzione di TC nei 10 gruppi di Robson
- Fig. 25 Contributo percentuale al totale dei parti nei 10 gruppi di Robson in strutture pubbliche e private
- Fig. 26 Proporzione di TC nei 10 gruppi di Robson in strutture pubbliche e private
- Tab. 35 Dati relativi alle singole maternità della Campania, anno 2008

Presentazione

Il presente Rapporto sulla Natalità, relativo alle nascite del 2008, è l'undicesimo da quando è attiva in Regione Campania la sorveglianza sulle nascite basata sui dati raccolti con i Certificati di Assistenza al Parto (CedAP).

Come i precedenti, anche questo rapporto 2008 fornisce dati di popolazione sulle caratteristiche delle nascite, utili ad analizzare eventuali cambiamenti del fenomeno in positivo e in negativo. Indica, altresì, agli utilizzatori delle informazioni i problemi socio-sanitari che hanno un impatto negativo sulla salute materno-infantile e sui quali è possibile implementare correttivi. A tal fine la consultazione del rapporto è agevolata da una tavola sinottica che ogni anno lo conclude, indicando le possibilità di intervento sui principali settori.

Nel 2008 sono stati notificati 58.065 CedAP dagli 81 su 82 centri nascita attivi in Campania (47 pubblici e 35 privati) e si è confermata un'ottima copertura del sistema, pari al 95,6% dei 60.742 nati vivi da madri residenti.

I dati confermano la tendenza alla progressiva diminuzione dei nati in Campania, pur nell'ambito di tassi di fecondità e natalità superiori a quelli del Centro-Nord, dove è minore la quota di donne in età fertile. I nati da madri non italiane rappresentano il 4,7% del totale, proporzione doppia rispetto al 2007, ma non tale da contribuire a un incremento demografico.

Tra i determinanti sociali di salute materno-infantile sono monitorizzati annualmente i livelli di istruzione e di occupazione delle madri e dei padri. Rispetto al 2007, i primi sono ulteriormente migliorati, ma le quote di madri e padri con il più basso livello di scolarità sono ancora superiori a quelle delle regioni centro-settentrionali. I livelli di occupazione materna e paterna sono stabilmente i più bassi della nazione.

L'assistenza in gravidanza, al parto e ai neonati rappresentano il focus della sorveglianza epidemiologica e i dati CedAP evidenziano fenomeni che è interessante valutare periodicamente.

In Campania 28 su 82 centri nascita assistono meno di 500 nati per anno. Come è stato documentato, l'assistenza al parto è peggiore nei centri con basso volume di attività. Pertanto, l'esistenza di un tale numero di piccoli centri nascita indica la necessità di procedere

a una razionalizzazione della rete assistenziale in regione. Un analogo problema si registra per i Centri di Terapia Intensiva Neonatale, che sono numerosi, ma globalmente dispongono di un numero di posti letto inferiore al fabbisogno regionale. Perfino i centri di terzo livello, che, infatti, dovrebbero essere potenziati, sono frequentemente costretti a trasferire in altri ospedali alcuni nati da gravide a rischio, afferite nei loro centri. Va sottolineato, inoltre, che è ancora alta la percentuale, 16%, di bambini con peso molto basso nati in centri di primo livello e sottoposti al rischio aggiuntivo del trasferimento.

Un eccesso di medicalizzazione dell'evento nascita è presente in tutto il paese, ma dai dati CedAP emerge che esso è particolarmente evidente in Campania dove agisce, non marginalmente, il più frequente ricorso all'assistenza privata in gravidanza e al parto. Ed infatti la maggioranza delle gestanti riceve cure prenatali in eccesso, inutili, costose e generatrici di ansia, mentre una minoranza, caratterizzata dalla vulnerabilità sociale, non riceve cure adeguate. Accanto a ciò registriamo la più alta proporzione di cesarei del paese (60,7%) e l'analisi dei dati evidenzia che il fenomeno non è spiegabile in base alle caratteristiche delle partorienti e dei nati. Infatti, il tasso di cesarei è superiore nelle strutture private (72%), in cui la quota dei parti a basso rischio è maggiore, rispetto alle pubbliche (52%).

Riguardo agli esiti delle gravidanze si registra una proporzione di nati ad alto rischio simile a quella di altre aree italiane: gemelli 3%, nati di peso molto basso 0,9%, gravi prematuri 0,9%, nati da procreazione assistita 0,8%. Questi neonati più vulnerabili forniscono il maggior contributo alla natimortalità e alla mortalità neonatale. Il tasso di natimortalità della Campania, 2,6‰, è tra i più bassi d'Italia. È un buon risultato attribuibile alle caratteristiche della nostra popolazione di gravide che partoriscono ancora in età giovane e anche al miglioramento delle cure ostetriche.

Riguardo alla mortalità neonatale registriamo un progressivo decremento del tasso, che è ancora superiore a quelli delle regioni centro-settentrionali e quindi suscettibile di miglioramento con la riorganizzazione dell'assistenza pre e perinatale a cui si è precedentemente accennato.

Ringrazio quanti hanno collaborato all'attività di sorveglianza con competenza e entusiasmo e mi auguro che il nostro comune impegno, finalizzato a migliorare la conoscenza dei problemi perinatali, possa contribuire a promuovere gli interventi socio-sanitari necessari a tutelare la salute materno-infantile.

MARIA TRIASSI

PRINCIPALI DATI RELATIVI ALLE NASCITE IN CAMPANIA NEL 2008

Superficie Km ²	13.595,34
Abitanti (densità per Km ² 427,7)	5.811.390
Madri di 15-49 anni	42,0%
Madri con scolarità ≥ 8 anni	42,5%
Età media delle madri al parto	30,2 anni
Età media delle madri al parto del primo figlio	28,7 anni
Padri occupati	86,3%
Nati vivi (ISTAT)	60.742
Nati da immigrate	4,7%
Tasso di natimortalità	2,5‰
Parti da Procreazione Assistita	5,98‰
Nati da Procreazione Assistita	7,7‰
Parti pretermine	5,79%
Nati pretermine	6,63%
Parti gemellari	1,52%
Gemelli	3,0%
Nati di peso < 2.500 grammi	7,2%
Nati di peso < 1.500 grammi	0,9%
Nati di peso > 3.999 grammi	3,9%
Nati con Indice di Apgar 5' < 3	0,8‰
Totale centri nascita	82
Centri nascita con numero di nati per anno < 500	28
Percentuale di nati nei centri nascita privati	43,5%
Nati da TC, singoli, da madri residenti	60%

IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLA NATALITÀ IN CAMPANIA

METODOLOGIA

1. Circuito informativo. Verifica di qualità dei dati

Il Rapporto Regionale sulla Natalità in Campania si basa sulle informazioni raccolte per ogni nato mediante i certificati di assistenza al parto (CedAP) e su elaborazioni dei dati ISTAT più recenti per la descrizione del contesto demografico.

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

Gli operatori incaricati della compilazione del CedAP in ciascun centro nascita trasferiscono le informazioni raccolte per ogni nato su supporto magnetico utilizzando il programma EPIDATA, configurato per il CedAP, e inviano i file ai Servizi di Epidemiologia e Prevenzione (SEP). In ogni SEP un referente ha il compito di verificare la qualità dei dati, che consiste nel correggere eventuali incongruenze, ove possibile, o nell'eliminare le informazioni non coerenti. Inoltre, in questa fase, con inchiesta telefonica si mira al recupero dei dati omessi e al controllo della diagnosi di vitalità nei casi dubbi. La procedura di verifica comprende anche l'eliminazione dei CedAP che risultano chiaramente duplicati e di quelli inutilizzabili per la carenza di informazioni. I file sono inviati all'Osservatorio Epidemiologico Regionale e quindi al Dipartimento di Scienze Mediche Preventive - Sezione di Igiene dell'Università Federico II dove avviene un ulteriore controllo dei dati (selezione dei nati morti e richiesta ai SEP di controllare il dato presso i centri nascita; recupero del secondo gemello, controllo di incongruenze). Infine, la valutazione incrociata di alcune variabili fondamentali, sesso, vitalità, genere, peso, età gestazionale, permette di verificare che la distribuzione dei dati omessi non generi distorsioni. L'Osservatorio Epidemiologico Regionale inoltra ogni 6 mesi i file

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

definitivi al Ministero della Salute e all'Ufficio Statistico Regionale come previsto dalla normativa nazionale.

2. Elaborazione e analisi dei dati

Per l'elaborazione dei dati è stato utilizzato il programma EPI-INFO 3.

Tranne per i casi in cui è considerata la distribuzione per residenza materna, le analisi riguardano le informazioni presenti in tutti i 58.065 CedAP pervenuti e utilizzabili, compresi quelli relativi a 1.928 nati da madri non residenti in Campania e a 588 in cui manca il dato della residenza materna.

In tutte le tabelle, i nati (vivi e morti, singoli e gemelli) sono considerati globalmente ad eccezione di quelle nel cui titolo è diversamente specificato. Nelle elaborazioni relative ai parti, in caso di parto gemellare, è considerato il primo gemello.

Il numero dei nati considerati nelle tabelle e nelle figure può essere differente, in relazione al variare della frequenza di dati mancanti per le singole variabili.

Riguardo alla nazionalità delle madri, il termine *non italiana o immigrata* significa "donna straniera proveniente da paesi con alto flusso migratorio".

I nati da 102 madri non italiane, provenienti da paesi a basso flusso migratorio, non sono stati considerati nell'elaborazione dei dati.

Nelle tabelle e nelle figure non è stata fatta distinzione tra Case di Cura convenzionate con il Sistema Sanitario Nazionale e Case di Cura non convenzionate, che sono 3, Villa del Sole, Ruesch e San Michele; esse assistono solo 489 nati. Pertanto le strutture sono suddivise in due sole categorie: pubbliche e private.

Per i confronti con gli anni precedenti, sono utilizzati i dati CedAP e elaborazioni sui dati pubblicati dall'ISTAT. In questo Rapporto i risultati sono presentati sotto forma di distribuzioni di frequenza semplici, tabelle di contingenza multiple, tassi grezzi. Per valutare la significatività statistica delle differenze per alcune variabili è stato calcolato il rischio relativo (RR) con analisi univariata.

L'analisi dei risultati permette di produrre ogni anno, oltre al Rapporto Regionale sulla Natalità, anche Rapporti di ASL. Questi ultimi sono curati e pubblicati separatamente dai SEP delle singole ASL, che effettuano, a monte del Rapporto Regionale, una elaborazione dei propri dati al fine di analizzare specifici problemi dei rispettivi territori. Tutti i Rapporti sono disponibili sul sito www.cedapcampania.org

3. Copertura del sistema, completezza e accuratezza dei dati

La raccolta dei CedAP relativi all'anno 2008 è stata conclusa il 31-3-2009. Sono pervenuti 60.720 CedAP: di questi 58.220 sono relativi a donne residenti in Campania, 1.926 a donne non residenti, per 574 era omesso il dato della residenza materna. Hanno inviato i dati 81 centri nascita campani su un totale di 82. Non ha inviato dati un centro nascita della provincia di Caserta. I centri nascita che non hanno ancora realizzato il processo di informatizzazione sono 7 e hanno trasmesso ai SEP circa 5.200 CedAP cartacei (9%).

La copertura, calcolata confrontando il numero di CedAP di nati vivi da madri residenti, con il dato ISTAT per il 2008, è pari al 95,6% (Tab. 1). Le province di Napoli e Salerno hanno superato o raggiunto il 97% di copertura, quella di Caserta l'86%.

In totale sono stati analizzati i CedAP di 58.065 nati vivi e di 147 nati morti da madri residenti in Campania.

Le schede eliminate (duplicati o con dati incongruenti o incompleti) sono state 400 (0,8%), in diminuzione rispetto al 2007 (n. 460). Non sono cambiate in misura significativa le percentuali di dati mancanti per singola variabile. In particolare esse sono ancora elevate per le cause di natimortalità e per il Distretto di appartenenza nell'ASL NA 1 Centro (Tab. 2).

4. Formazione e aggiornamento degli operatori

L'attività di sorveglianza della natalità col CedAP è iniziata in Campania nel 1998² per iniziativa dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale e del Dipartimento di Scienze Mediche Preventive dell'Università Federico II di Napoli e ha permesso di produrre dal 1999 un Rapporto Annuale sulla Natalità. Dal 1° gennaio 2002 tale attività è stata uniformata al dettato ministeriale³ che ha reso obbligatoria la sorveglianza sulle nascite in tutte le regioni e ha prodotto le linee-guida per effettuarla con modalità uniforme.

Nel 1998 l'attività è stata integrata con la formazione degli operatori dei centri nascita e dei SEP coinvolti nella sorveglianza. La formazione, curata da funzionari dell'Osser-

² Delibera Regionale n. 5426/96, BURC 58/96.

³ Decreto Ministero della Salute, n. 249, 16 luglio 2001, n. 249; LG 19-12-2001.

vatorio Epidemiologico Regionale, dai docenti della Sezione di Igiene del Dipartimento di Scienze Mediche Preventive e da consulenti scientifici, esperti in Epidemiologia Perinatale e Informatica, è stata finalizzata a trasmettere agli operatori elementi di base dell'epidemiologia perinatale, della metodologia dell'intervista alle puerpere e delle tecniche di informatizzazione dei CedAP. I membri del Comitato Tecnico-Scientifico hanno realizzato nei distretti della Regione Corsi di epidemiologia perinatale di base dedicati agli operatori delle Unità Operative Materno-Infantili, articolati in 1-2 giornate. Successivamente sono stati effettuati in sedi regionali (OER, Università) Corsi di Epidemiologia Perinatale di II livello, della durata di 2 giornate, per operatori dei centri nascita, dei Dipartimenti materno-infantili e dei Servizi di Epidemiologia e Prevenzione delle ASL. In tali occasioni sono stati diffusi materiale didattico e linee-guida appositamente redatte⁴.

L'attività di formazione continua tuttora con incontri periodici dedicati alla valutazione e al miglioramento della qualità dei dati e, dal 2002, con Corsi annuali di aggiornamento in epidemiologia perinatale per gli operatori dei centri nascita e dei SEP. I Corsi costituiscono anche l'occasione per fare il punto sulle criticità del sistema e per valutare le prospettive di miglioramento⁵.

Poiché la problematica è tuttora aperta, ricordiamo, che nel penultimo Corso Annuale (anno 2008) sono state discusse proposte per affrontare alcune criticità. Tra queste l'eccessivo numero di informazioni da raccogliere con il CedAP e il carico di lavoro degli operatori dei centri nascita e dei SEP, che già collaborano ad altri circuiti informativi del settore

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 2007. *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.*

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

perinatale. La prima potrebbe essere risolta a livello ministeriale apportando opportune modifiche al modello CedAP, la seconda, a livello regionale, con l'integrazione di tutti i sistemi informativi già operanti in Campania nel settore perinatale⁶, sulla scorta di quanto già sperimentato in altre realtà⁷.

In una prospettiva futura si ritiene essenziale il coinvolgimento dei Consulenti Familiari (CCFF) nella sorveglianza epidemiologica della natalità. La cartella ostetrica della madre, compilata nei consultori, potrebbe già essere strutturata secondo le esigenze del circuito informativo CedAP e alcune informazioni potrebbero essere raccolte durante la gravidanza, producendo un alleggerimento del lavoro di compilazione dei modelli.

⁶ Registri: difetti congeniti, cardiopatie congenite, malattie rare, infezioni congenite.

⁷ SALMASO L. et al.: *How current data can guide mother-infant health planning. An insight into data sources and methodologies*, Epidemiol. Prev., 30 (3); 178-90, 2006.

RISULTATI

1. Contesto socio-demografico⁸: fecondità e natalità nelle regioni italiane

A tutto il 2008 la Campania conta 5.811.390 abitanti, il 9,7% dei residenti in Italia; i nati in regione sono 60.742, il 10,5% dei nati in Italia.

La persistenza di un'alta percentuale di soggetti in età feconda (Fig. 3), conseguente al ritardo con cui si è verificato il calo della natalità, caratterizza ancora la Campania come regione con un tasso di natalità ancora più elevato di quello italiano e un indice di invecchiamento tra i più bassi del paese (Tab. 3).

La Campania, insieme alle altre regioni del Sud ha un saldo migratorio inferiore a quello del Centro e del Nord Italia (Fig. 1). Il saldo naturale, negativo a livello nazionale, risulta positivo in Campania nel 2008 come negli anni precedenti (Fig. 2).

Concorrono a questa differenza rispetto ai dati nazionali, il minor tasso di mortalità (Campania 8,5‰; Italia 9,8‰) e il maggiore tasso di natalità (Campania 10,5‰ contro Italia 9,6‰), al quale contribuiscono le province campane più popolate (Napoli, Caserta e Salerno). Il bilancio demografico è, invece, negativo nelle province meno popolate (Benevento e Avellino).

I vantaggi demografici che hanno finora caratterizzato le aree meridionali tendono a ridursi e le differenze tra macro-aree sono diventate meno accentuate negli ultimi anni.

Negli anni 1995-2007, il tasso di fecondità totale (TFT: numero medio di figli per donna) è passato al Nord da 1,04 a 1,45, al Centro da 1,07 a 1,41, al Sud da 1,39 a 1,36, nelle Isole da 1,37 a 1,36. In Campania il TFT è sceso da 1,52 a 1,44, rimanendo tra i più alti delle regioni italiane. In relazione a questi cambiamenti il TFT è salito in Italia da 1,18 a 1,41, pur confermandosi una persistente bassa fecondità⁹.

Nello stesso periodo i tassi di natalità hanno presentato un andamento analogo: incremento al Centro-Nord e decremento nel Mezzogiorno (Nord da 8,0 a 9,7, Centro da 8,1 a 9,7, Sud da 11,3 a 9,6 Isole da 10,7 a 9,4 nati vivi per mille abitanti). Il tasso di natalità è passato in Italia da 9,2‰ a 9,6‰ e in Campania da 12,4‰ a 10,5‰.

Tra le province campane il tasso di natalità è più alto nelle province di Napoli (11,2‰), Caserta (10,8‰) e Salerno (9,3‰), dove l'età delle madri al momento del parto è più

⁸ ISTAT: *Health for all*, gennaio 2009.

⁹ Demo ISTAT: Indicatori demografici 2008

bassa (circa 30 anni) rispetto alle province di Avellino (8,7%) e Benevento (8,4%) dove l'età materna supera i 31 anni.

Dal 1995 al 2008 i nati vivi in Campania sono diminuiti da 72.100 a 60.742 (fonte ISTAT); dal Sistema di sorveglianza basato sul CedAP si sono rilevati 60.248 nati, vivi e morti, di cui 30.843 maschi e 29.380 femmine. La figura 4 evidenzia il diverso andamento delle nascite in Campania e Lombardia, le due regioni italiane che hanno un maggior numero di nati; è evidente come dal 1995 al 2008 si sia progressivamente allargata la forbice.

Dal 1977 la fecondità è scesa in Italia sotto la soglia dei 2 figli per donna. Solo nell'ultimo anno, soprattutto per il contributo degli immigrati, il decremento dei tassi di natalità e fecondità si è arrestato e nel 2008 sono nati 12.726 bambini in più rispetto al 2007. I nati da stranieri sono 72.472, pari al 12,7% dei nati vivi in Italia. È difficile prevedere quanto possa durare questo vantaggio demografico, legato alla consistenza dei flussi migratori e, inoltre, alla capacità del nostro paese di dare agli immigrati uno status che incoraggi la loro stabilizzazione in Italia.

D'altra parte mancano efficaci misure di protezione sociale favorevoli alla maternità anche per le donne italiane che hanno modificato le abitudini riproduttive per conciliare i tempi di lavoro e quelli di cura^{10, 11, 12, 13} fino ad accettare di avere in età sempre più avanzata un solo figlio, in contrasto con le dichiarate aspirazioni di desiderarne almeno due^{14, 15}. A ciò si aggiunge in Campania la maggiore rilevanza di problemi socio-economici che non incoraggiano la maternità: ricordiamo che la Campania è una delle regioni più povere di Italia (la percentuale di PIL pro-capite è 68,4% contro 141% della Lombardia)¹⁶, che ha una

¹⁰ L. BIGGERI, *Maternità e partecipazione delle donne al mercato del lavoro: tra vincoli e strategie di conciliazione*, Seminario CNEL, ISTAT Roma, 2 dicembre 2003.

¹¹ EUROSTAT (2006), *People outside the labour force: Declining inactivity rates*, "Statistics in Focus, Population and Social Conditions".

¹² D. DEL BOCA, S. PASQUA, C. PRONZATO, *The impact of institutions on motherhood and work*, Child, n. 6/2007 Web site: <http://www.child-centre.it>.

¹³ L.L. SABBADINI, *Conciliazione dei tempi di vita e denatalità*, Roma, 2005.

¹⁴ A. PINNELLI, F. FIORI, *Sistema di genere, sviluppo e comportamenti demografici nelle regioni italiane*. Progetto nazionale di ricerca "Famiglia e salute tra sistema di genere e istituzioni". Dipartimento di Scienze Demografiche, Università di Roma La Sapienza, 2004.

¹⁵ A. DE ROSE e A. PINNELLI, *Il calo demografico in Italia: interpretazione tra demografia e cultura*, Assistenza Sociale 3-4, luglio-dicembre 2003

¹⁶ Per ciascuna regione è indicata la percentuale di PIL pro-capite considerando 100 la media U.E. Fonte: Eurostat (gs/21.02.07) Bibliografia.

percentuale di persone dichiarate povere doppia rispetto all'Italia, tripla rispetto alle regioni settentrionali, un alto tasso di disoccupazione e di famiglie a basso-mono reddito per le quali la nascita di un secondo bambino è economicamente insostenibile^{17, 18, 19, 20}. Due terzi delle madri non sono occupate e quelle occupate non dispongono di una rete sostanziale e strutturata di servizi per la cura dei bambini tra l'1 e i 3 anni²¹.

2. Mortalità feto-infantile

Dal 2004 al 2006, ultimo dato Istat disponibile, i tassi di mortalità neonatale e infantile sono significativamente ridotti in Italia, in Campania; in Lombardia e nel Lazio restano stabili (Fig. 5).

Il numero dei nati morti per gli anni 1996-2005 diminuisce in Campania, è in lieve aumento in Lombardia (Fig. 6).

I tassi di mortalità feto-infantile sono sovrapponibili nelle tre regioni italiane che registrano un maggior numero di nati: Campania, Lazio e Lombardia.

Tuttavia esistono differenze sostanziali: in Lombardia, e in minor misura nel Lazio, pesa sul tasso globale di mortalità feto-infantile l'incremento del tasso di natimortalità, attribuibile, verosimilmente, alla presenza di un maggior numero di immigrate, nelle quali il rischio di partorire un nato morto è maggiore.

In Campania il tasso di natimortalità scende, anche in relazione a problemi di sottostima, ma il tasso di mortalità neonatale, pur registrando un progressivo decremento, è ancora superiore a quello della Lombardia.

¹⁷ COMMISSIONE DI INDAGINE SULLA ESCLUSIONE SOCIALE, *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale, 1997-2001* (a cura di C. Saraceno), Carocci, Roma 2002.

¹⁸ SARACENO C., BRANDOLINI A. (a cura di), *Povertà e benessere. Una geografia delle disuguaglianze in Italia*, Il Mulino, 2007.

¹⁹ HFA dicembre 2008.

²⁰ FEDERICO PERALI, *Crisi della Natalità e nuovi modelli riproduttivi: chi raccoglie la sfida della crescita zero?*, Verona, 1 aprile 2004.

²¹ T. TOTO, *Gli asili nido comunali in Italia, tra caro retta e liste di attesa*. Dossier a cura dell'Osservatorio prezzi & tariffe di Cittadinanzattiva, Roma, febbraio 2007.

3. Nati da cittadini immigrati

Le proporzioni più alte di figli nati da cittadini immigrati si osservano nelle regioni settentrionali, le più basse in quelle meridionali, in particolare in Campania (Fig. 7) dove nel 2008 i nati da madri non italiane, provenienti da paesi ad alto flusso migratorio, sono 2.762. Solo 103 straniere provengono da paesi sviluppati: i dati relativi a queste nascite non sono considerati nelle successive analisi (Tab. 4). Il numero dei nati da immigrate, raddoppiato in un anno, rappresenta il 4,5% di tutti i nati in regione. Questa cifra è superiore a quella ufficiale in quanto attraverso il CedAP, sono registrati anche i nati da madri non residenti e con un solo genitore straniero.

Proviene da paesi europei il 56,6% delle madri e il 51,5% dei padri immigrati. I nati da madri rumene, le più giovani tra le immigrate, sono i più numerosi e rappresentano il 20,7% dei nati da immigrate.

I nati da padri e da madri provenienti dall'Africa rappresentano rispettivamente il 11,5% e il 17,4% del totale. Il numero assoluto di madri è superiore a quello di padri per ogni nazionalità di provenienza (Fig. 8). Tra i nati da coppie in cui almeno uno dei genitori è immigrato si osserva che il 54,6% ha ambedue i genitori immigrati, il 37,7% ha la madre immigrata, nella maggior parte dei casi proveniente dall'Est europeo²², e il padre italiano e il 7,7% ha la madre italiana e il padre immigrato (Fig. 9).

L'età media dei padri è 32 anni, quella delle madri 28,4 anni. La distribuzione percentuale delle madri immigrate per gruppi di età evidenzia che circa la metà è in età fertile (Fig. 10). Rispetto alle italiane, tra le immigrate è maggiore la quota di nati da madri di 20-34 anni e da adolescenti, è minore quella delle madri di età superiore ai 35 anni; le madri immigrate sono nubili nel 42% dei casi contro il 9,2% delle madri italiane e hanno un livello di istruzione medio-basso nel 52,1% dei casi contro il 41,7% delle madri italiane (Tab. 5).

Gli indicatori relativi all'assistenza ricevuta nel corso della gravidanza evidenziano notevoli svantaggi delle immigrate rispetto alle italiane. Tra le immigrate sono maggiori le percentuali di inizio tardivo delle cure (25,3% contro 14,7% delle italiane), ma il numero di ecografie è di poco inferiore (media: 5,2 contro il 6,0 delle italiane); il parto avviene più frequentemente in strutture pubbliche (Fig. 19) e più raramente con il taglio cesareo: 40,9% contro 60,9% delle italiane (Tab. 34).

²² ISTAT, 2007.

Le immigrate hanno più frequentemente un figlio unico (primo ordine di nascita 55,4% contro 49,6% delle italiane), un rischio maggiore di partorire neonati pretermine (8% contro 5% delle italiane), di basso peso (7,7% contro 5,1%) o natimorti (0,4% contro 0,2%) (Tab. 5); il tasso di gemellarità è dell'1,9%.

La presenza di immigrati residenti, dei quali circa la metà proviene dai paesi dell'Europa orientale, continua ad aumentare nel nostro paese. Dal 2007 al 2008²³ la percentuale è passata dal 5,0% al 6,5% e al 31 dicembre 2008 i residenti sono 3.891.295, con un incremento numerico di 458.644 unità (+13,4), ascrivibile anche per il 2008 soprattutto ai rumeni e poi agli altri immigrati provenienti dai paesi dell'Est europeo, dal Marocco e da paesi asiatici quali Cina, India e Bangladesh.

Come già accaduto per il 2007, anche alla fine del 2008 l'insediamento dei residenti stranieri mostra un'ulteriore redistribuzione di popolazione a favore delle regioni meridionali, frutto della presenza rumena. Resta tuttavia invariato il quadro generale della distribuzione del fenomeno con oltre il 60% degli immigrati al Nord, il 25,1% al Centro e il restante 12,8% nel Mezzogiorno.

Come già accennato, gli immigrati contribuiscono a compensare quasi per intero il saldo naturale negativo degli italiani con il più alto tasso di natalità (22‰ contro l'8,9‰ dell'Italia) e il più basso di mortalità (1,1‰ contro l'11‰). I nati da stranieri sono 72.472, pari al 12,7% dei nati vivi in Italia. 315 mila cittadini stranieri hanno acquisito la cittadinanza, la maggior parte per matrimonio, solo una minoranza per naturalizzazione (presenza in Italia da 10 anni) anche se gli aventi diritto sono 726.000. In Italia in un decimo dei matrimoni celebrati è coinvolto un partner straniero, così come un decimo delle nuove nascite va attribuito a entrambi i genitori stranieri²⁴.

In Campania gli stranieri residenti sono 131.335, di cui 54.494 femmine (58,6%) e 76.841 maschi (41,4%); rappresentano il 2,3% della popolazione, mentre i loro nati sono 2762, il 4,3% di tutti i nati in regione. L'ISTAT riporta una percentuale pari al 2,5%, che comprende solo i nati da residenti.

La comunità Ucraina è la più numerosa: 27.683 persone, pari al 23% degli immigrati; segue la Romania con il 15% e il Marocco con l'8,4%.

La Campania rappresenta, tuttora, un territorio di passaggio per la maggioranza degli immigrati. La tipologia dell'offerta di lavoro è tuttora prevalentemente nell'ambito delle cure

²³ ISTAT: La popolazione straniera residente in Italia al 31 dicembre 2008.

²⁴ Rapporto Caritas/Migrantes, 2008, Dossier Statistico XVIII.

alla persona e alla casa e spiega perché la percentuale di donne (58,6%) sia più alta rispetto a quella delle regioni settentrionali.

Un dato positivo che si conferma è l'incremento della proporzione di nati da ambedue i genitori immigrati, passata da 50,5% del 2006 a 54,6% del 2008. Ciò indica che esiste anche per la nostra regione la tendenza alla stabilizzazione delle coppie immigrate. Purtroppo si evidenzia che le immigrate ricevono un'assistenza meno qualificata rispetto alle donne campane, peraltro discriminate sotto questo aspetto rispetto alle madri residenti in aree più sviluppate del paese. Le madri immigrate hanno un'età media al parto più bassa (28,4 anni contro 30,3), ma questa caratteristica, favorevole sotto il profilo riproduttivo, è ridimensionata dalle condizioni di vita svantaggiate. Ed infatti la branca specialistica più richiesta negli ambulatori dedicati dell'ASL Napoli 1 Centro è la ginecologia²⁵ e tra le immigrate il numero di ricoveri per cause ostetriche è triplo rispetto alle italiane, il ricorso all'IVG è più frequente ed è richiesto in epoca gestazionale più tardiva rispetto alle italiane^{26, 27}. Infine, si evidenzia un maggior rischio di cattivi esiti delle gravidanze, quali prematurità, basso peso, natimortalità. Questi dati indicano che per le immigrate, anche in ragione della maggiore fecondità, è necessario potenziare soprattutto gli interventi di tutela della salute mirati alla sfera riproduttiva. Si ricorda che con questo spirito è stata estesa l'offerta attiva del progetto "Screening per la prevenzione gratuita dei tumori della sfera genitale femminile" a tutte le immigrate, residenti e non residenti a Napoli ed è stato realizzato dal Dipartimento Materno-Infantile, Area Donne, e dal Servizio Attività Socio-Sanitarie Cittadini Immigrati della ASL Napoli 1 un progetto di informazione specificamente dedicato alle donne immigrate per illustrare in 7 lingue l'offerta di salute sul territorio cittadino. Questi e altri interventi già attivi sul territorio non risultano sufficienti se nel 2008 le prestazioni in campo ginecologico erogate dai Consultori Familiari alle immigrate sono state in tutto 2.218. Poche decine di immigrate hanno effettuato il pap-test o la mammografia su 11.231 potenziali utenti²⁸.

²⁵ SERVIZIO ATTIVITÀ SOCIO SANITARIA CITTADINI IMMIGRATI, V Report, anno 2006 a cura di R. Buondonno, P. Castagna, L. Guarnieri, C. Sergi.

²⁶ SACCHETTI G. et al., *Interruzione volontaria di gravidanza tra le donne immigrate*. Relazione all'ISS, Roma 2005.

²⁷ *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 2006 - Dati definitivi 2005, Roma, 4 ottobre 2007.

²⁸ PAPA R., MELE I., DI PALMA M.A. *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.

4. Caratteristiche socio-demografiche dei genitori

4.1. NATI PER STATO CIVILE DELLA MADRE

Dal 2006 al 2008 i nati da coniugate sono diminuiti dall' 89,6% all'88,0%, i nati da nubili sono aumentati da 8,9% a 10,5%, sono invariate le percentuali di nati da donne separate, vedove e divorziate (Tab. 6).

Le gestanti nubili hanno un livello di istruzione più basso delle coniugate (Fig. 11), ricorrono più raramente alle procedure di diagnostica prenatale (Tab. 18) e hanno un maggior rischio di partorire un nato morto e un nato di basso peso (Tabb. 21, 27).

Tra le regioni italiane la Campania registra ancora abitudini riproduttive più tradizionali, come testimonia il tasso di nuzialità stabile e superiore a quello nazionale (5,5‰ contro 4,2‰ in Italia, 3,6‰ in Emilia Romagna). L'incremento del numero di nati fuori dal matrimonio è progressivo, sebbene la percentuale di nati da madre nubile sia ancora inferiore a quella nazionale e soprattutto a quella del Centro-Nord.

Si ritiene, come già detto precedentemente, che il matrimonio rappresenti ancora una garanzia di tutela per donne meno scolarizzate e non inserite nel mondo del lavoro. In tale contesto non si sceglie liberamente la famiglia monoparentale, gravata da un maggior rischio di povertà. Del resto i peggiori esiti perinatali che si osservano tra le madri nubili confermano l'esistenza nella nostra regione di una relazione tra tale condizione e il disagio sociale.

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

Nelle tabelle 7 e 8 è descritta la distribuzione dei nati per livello di istruzione materna e paterna. La percentuale di nati da madri con istruzione inferiore o uguale a 8 anni è 42,5% e la percentuale di madri con istruzione elementare è 4,9%. La figura 12 mostra l'andamento temporale del livello di istruzione materno dal 2000 al 2008: nel periodo la percentuale di nati da madri con 8 o meno anni di scolarità si è progressivamente ridotta da 51,3 a 42,5%.

La maggiore quota di madri con il più basso livello di istruzione si riscontra ancora nelle ASL Napoli 1 Centro, Napoli 3, Caserta 2, la minore nelle ASL di Avellino, Benevento, Salerno e Caserta 1. Nel capoluogo regionale coesiste un'alta percentuale di madri con livello di istruzione basso con la più alta di laureate. Il livello di istruzione dei

padri è migliorato, ma è ancora alta la quota (45,5%) di nati da padri con 8 anni o meno anni di scolarità.

I nati da ambedue i genitori con scolarità uguale o inferiore a 5 anni sono diminuiti da 1.079 nel 2007 a 861 nel 2008.

Il 36,6% delle madri e l'86,3% dei padri risultano occupati, con percentuali maggiori di occupati nelle province di Avellino, Benevento e Caserta 1 e di non occupati nelle ASL Napoli 1 e Napoli 3 (Tabb. 9-10). Nella figura 13 sono confrontate le ASL Campane riguardo alle dimensioni (numero di nati per anno) e a due indicatori di disagio sociale: istruzione materna e occupazione paterna. È evidente una maggiore concentrazione del rischio sociale nelle grosse ASL di Napoli e della sua provincia.

Alti livelli di istruzione e di occupazione dei genitori sono indicatori di sviluppo di un territorio e hanno un impatto positivo sulla salute materno-infantile. In Campania il livello di istruzione dei genitori sta lentamente migliorando. Il divario di genere può dirsi ormai colmato con attuale vantaggio delle madri rispetto ai padri, ma esiste un differenziale negativo rispetto alle regioni settentrionali, che contribuisce a spiegare i peggiori esiti perinatali della nostra regione. Il dato di maggior rilievo è l'alta percentuale, 44%, di madri che hanno otto o meno anni di scolarità. La percentuale di padri e ancor più di madri occupate continua ad essere ai livelli più bassi del paese. La drammaticità di questi dati è sottolineata dall'alto numero di madri non inserite nel mondo del lavoro: 34.207.

Come già sottolineato nel precedente rapporto, emerge nella sua gravità il problema dell'area metropolitana (ASL Napoli 1), dove esistono congestionati quartieri di periferia nei quali è documentata la concentrazione di indicatori di rischio socio-sanitario²⁹ e dell'ASL Napoli 3, che si conferma essere caratterizzata, nel confronto con la media regionale, da una maggiore concentrazione di problemi. Nell'area si riscontrano: il più alto tasso di disoccupazione materno e paterno, di madri adolescenti, di madri con il più basso livello di istruzione e con peggiori esiti delle gravidanze. Nella stessa ASL si registrano le più alte proporzioni di nati pretermine, di nati LBW, di tagli cesarei e di migrazione intraregionale per il parto. Sono indicatori convergenti di disagio sociale che confermano l'esigenza di attivare urgenti interventi socio-sanitari mirati al contenimento dei problemi connessi alla salute materno-infantile.

²⁹ "Profilo di comunità della città di Napoli 2006" a cura del Centro Interistituzionale per l'Integrazione Socio-Sanitaria, Phoebus Edizioni, Napoli 2007.

4.3. NATI PER CLASSE DI ETÀ MATERNA E PATERNA

Nel 2008 in Campania i nati da madri di età inferiore a 20 anni sono 1.840, il 3,2% del totale. Circa la metà, 636, è nato da madre minorenni. I nati da ambedue genitori di età inferiore a 20 anni sono 223: di questi 42 sono nati da genitori entrambi minorenni. L'analisi disaggregata per ASL (Tab. 11) conferma anche per il 2007 la presenza di una maggiore percentuale di madri adolescenti, in particolare di minorenni, nelle ASL di Napoli e provincia. Dal 2006 al 2008 la percentuale di nati da madri di 20-29 anni scende dal 42,9% al 40,7%, mentre sale da 50,3% a 52% quella dei nati da madri di 30-39 anni, e da 3,7% a 4,2% quella di nati da madri di 40 e più anni. Maggiori percentuali di madri di età superiore a 39 anni sono presenti nelle ASL Avellino 1, Benevento, Salerno 1 e Salerno 2.

I dati CedAP della Campania relativi al periodo 1999-2008 (Fig. 14) evidenziano un ulteriore piccolo incremento della percentuale di nati da madri in età più avanzata e un decremento di quella da madri più giovani. Tuttavia la proporzione di nati da madri di 20-29 anni è del 41%; l'età media al parto (30,3 anni) e l'età media al primo figlio (28,7 anni) sono aumentate solo di un decimale rispetto al 2007. Per le cittadine immigrate l'età media al parto è 28,4 anni. L'età media dei padri è risultata 33,7 anni.

Sebbene con maggiore lentezza rispetto alle altre aree del mondo sviluppato, anche le donne della Campania tendono a procrastinare le nascite verso età più avanzate, nelle quali si osservano tassi di fecondità più alti rispetto al passato. Le motivazioni socio-culturali ed economiche del fenomeno sono difficilmente contrastabili anche per la cattiva informazione che ricevono le donne sui maggiori rischi materni e fetali associati alle gravidanze in questa fascia di età. La proporzione di nati da madri adolescenti (3%) è superiore a quella nazionale (1,7%). Se disaggregiamo il dato per area geografica, osserviamo che il fenomeno è rilevante nelle ASL Napoli 1 Centro, Napoli 3 e Napoli 5, dove rappresenta un evento sentinella da valutare con preoccupazione, anche perché è coerente con altri indicatori di vulnerabilità sociale riscontrati in questi territori.

5. Gravidanza

5.1. ANAMNESI OSTETRICA: ORDINE DI NASCITA, ABORTIVITÀ

La tabella 12 riporta la distribuzione dei nati per ordine di nascita e per residenza materna. I primogeniti sono il 50% del totale, i secondogeniti 35,4%, i terzogeniti 12,5%; i nati di ordine superiore a 3 sono il 3,1% del totale.

Il 61% dei nati di ordine uguale o superiore al terzo ha una madre con bassa scolarità. Le madri di primogeniti (50,3%) hanno dichiarato precedenti aborti nel 9,9% dei casi, di cui 90,2% spontanei e 7,6% volontari: nel rimanente 2,2% sono stati riferiti sia aborti spontanei che interruzioni volontarie di gravidanza (IVG).

Le madri con uno o più parti pregressi (49,7%) hanno riferito una precedente gravidanza abortiva nel 21,3% dei casi: l'88,8% ha avuto aborti spontanei, il 7,7% IVG, il 4,3% sia aborti spontanei che IVG.

Nel 2008 il numero dei nati è leggermente diminuito rispetto al 2007 e non è confermato l'incremento di secondogeniti registrato nel 2007. Resta invariata la percentuale di terzo - geniti e di nati di ordine superiore e si osserva una relazione tra maggior numero di figli e basso livello di istruzione.

Riguardo all'abortività, la Campania nel 2008 ha un tasso di IVG di 7,5‰ contro 8,7‰ dell'Italia. La Campania è una delle 7 regioni italiane con tassi inferiori all'8‰. Rispetto al 2007 si è registrato un decremento percentuale del 4,3% in Campania e del 4,6% in Italia. Il decremento riguarda anche le adolescenti, ma non le minorenni, per le quali il tasso tende a crescere. L'altro gruppo a rischio è costituito dalle straniere con un tasso grezzo del 28,5‰ nel 2005.

Una specifica relazione del Ministero evidenzia che la denatalità si accompagna a un decremento delle IVG, a riprova che l'IVG non è usata come metodo contraccettivo³⁰.

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

I dati del 2008 evidenziano che la prima visita in gravidanza avviene tra 8 e 11 settimane di gestazione in circa la metà dei casi, prima dell'ottava settimana nel 38% dei casi (28,8% nel 2006). La percentuale di donne che ricevono la prima visita dopo l'undicesima settimana è diminuita dal 19,2% del 2006 al 15% del 2008. È confermata una maggiore percentuale di inizio tardivo delle cure prenatali nelle ASL Napoli 1, Napoli 2 e Napoli 5 (Tab. 13).

³⁰ *Relazione del Ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78). Dati preliminari 2008 - Dati definitivi 2007 Roma, 29 luglio 2009.*

L'effettuazione della prima visita a 12 o più settimane di gravidanza risulta più frequente nelle madri con bassi livelli di istruzione, nelle immigrate, nelle adolescenti e nelle condizioni di disagio economico (padre non occupato). Non emerge un maggior rischio di deficit di cure nelle madri di nati di ordine superiore al primo (Tab. 14). Relativamente al numero totale di visite in gravidanza, i dati CedAP 2008 riportano: nessuna visita per 1.722 donne (2,97%), da 1 a 4 per 12.166 (21,0%) e più di 4 per 44.093 (81,4%) gestanti.

La cittadinanza italiana, l'alta scolarità, la condizione di occupato del padre si associano a un numero di visite in gravidanza superiore a 4 (Tab. 15).

Il numero medio di ecografie effettuate in gravidanza è stabile negli ultimi due anni: 6,0 per le italiane e 5,2 per le immigrate. Nel 60,2% dei casi sono effettuate più di 6 ecografie in gravidanza, e rispetto al 2007 si confermano percentuali più alte della media regionale nelle ASL Caserta 2, Napoli 3, Salerno 1 e Salerno 2 (Tab. 16).

Sono state sottoposte a una o due ecografie 1.133 gestanti (2,1%), mentre non hanno effettuato ecografie 71 donne (0,1%); 377 donne hanno ricevuto le cure prenatali dopo l'undicesima settimana di gestazione e hanno effettuato meno di tre ecografie in gravidanza: in questo gruppo è maggiore la proporzione di donne con bassa scolarità.

Il numero medio di ecografie è sovrapponibile per le gravidanze che si sono interrotte tra 28 e 36 settimane (5,9) e per quelle a termine (6); mentre 96% delle gestanti effettua l'ecografia prevista dopo la 22^a settimana di gestazione.

In Campania assistiamo a carenze e eccessi di cure durante il percorso nascita. Circa il 90% delle gestanti non partecipa a corsi di accompagnamento alla nascita³¹, la cui efficacia sulla salute delle donne, dall'empowerment alla prevenzione del TC, è acquisita³². Viceversa esse sono sottoposte a un eccesso di visite e di utilizzo di ecografie³³. Ciò corrisponde a una diffusione di presidi tecnologici, che sottolineano, insieme al maggior ricorso all'assistenza privata una delle contraddizioni esistenti in una delle regioni meno sviluppate del paese. In Campania abbiamo 8,7 ecotomografi per 100.000 abitanti nelle strutture extra-ospedaliere, contro l'1,8 dell'Emilia Romagna e il 3,9 dell'Italia³⁴. Sono disat -

³¹ GRANDOLFO M., DONATI S., GIUSTI A.: *Indagine conoscitiva sul percorso nascita 2002*, Ist. Sup. Sanità. www.epicentro.iss.it

³² DONATI S., ANDREOZZI S., GRANDOLFO E.: *Valutazione dell'attività di sostegno e informazione alle partorienti*, Rapporti ISTISAN 1-5-2001.

³³ ISTAT, *Il percorso della maternità: gravidanza, parto e allattamento al seno. Indagine Multiscopo annuale "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Anni 2004-2005*, Roma, giugno 2006.

³⁴ ISTAT, *Indicatori socio-sanitari*, luglio 2009.

tesi i suggerimenti dell'OMS³⁵ di sottoporre le gravide, definite a basso rischio in base a precisi criteri, a tre-quattro controlli (ecografici e clinici) durante la gravidanza e le indicazioni con essi coerenti delle Linee-Guida nazionali e regionali^{36, 37, 38}.

La percentuale di gestanti che ricevono più di 4 visite (81,4%) e quella di gestanti sottoposte a oltre 6 controlli ecografici (60%) continua a aumentare e lo scarto tra quanto raccomandato dai protocolli scientifici e la media osservata non è spiegata dalla piccola quota di gravidanze ad alto rischio che necessitano di controlli più numerosi; infatti, il numero di ecografie effettuate in questi casi non differisce da quello medio.

L'eccesso di cure riguarda donne in migliori condizioni socio-economiche e culturali, il difetto riguarda le immigrate, le adolescenti, le donne con basso livello di istruzione e le nubili, delineando uno scenario di disuguaglianza di accesso alle cure.

5.3. DIAGNOSI PRENATALE

Nel 2008 su 56.440 nati sono riportate nei CedAP 6.341 amniocentesi (11,6%), 143 fetoscopie/funicolocentesi (0,26%) e 184 prelievi dai villi coriali (0,33%), con percentuali analoghe a quelle dei tre anni precedenti.

La distribuzione delle amniocentesi per età materna (Tab. 17) evidenzia una percentuale del 6,7% sotto i 35 anni, del 20,6% tra 35 e 36 e del 31,9% a 37 anni e oltre.

Come negli anni precedenti, la minore frequenza di indagini prenatali invasive si riscontra in donne con bassa scolarità, immigrate, nubili, senza un reddito sicuro, oltre che nelle madri di primogeniti e in quelle di età inferiore a 35 anni (Tab. 18). La percentuale di dati omessi per la variabile procedure invasive è del 7-10% (Tab. 2).

Non è possibile ancora stabilire se il dato relativo al ricorso a procedure invasive di diagnostica prenatale sia errato, visto che la percentuale di dati omessi non è tale da produrre una reale sottostima. Né sono disponibili dati per poter dedurre che la percentuale è infe-

³⁵ DEPARTMENT OF REPRODUCTIVE HEALTH AND RESEARCH RHR, WORLD HEALTH ORGANIZATION, *WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model*. Ginevra: World Health Organization; 2001. URL: [http://www.who.int/rep roductivehealth/publications/RHR_01_30/index.html](http://www.who.int/rep%20roductivehealth/publications/RHR_01_30/index.html).

³⁶ AGENZIA PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI, PNLG, *Linee Guida per la Gravidanza e il Parto*, 2004.

³⁷ RCOG, ANTENATAL CARE. *Routine care for the healthy pregnant woman*. NICE, London, 2003, URL: <http://www.rcog.org.uk/index>

³⁸ REGIONE CAMPANIA - ASSESSORATO ALLA SANITÀ - ARSAN, *Linee-guida per l'assistenza alla gravidanza e al parto normale* (D.G.R. n. 2413 del 25-7-2003).

riore a quell'attesa per un più frequente e fine utilizzo di test di screening non invasivi. Nei precedenti rapporti è stato utilizzato un dato indiretto fornito dal Registro Campano dei Difetti Congeniti, dal quale risulta che in Campania si osserva un incremento annuale di IVG dopo diagnosi di sindrome di Down effettuata con indagine citogenetica su liquido amniotico³⁹. È probabile che un'indagine ad hoc possa chiarire questo ormai vecchio dilemma.

5.4. DECORSO DELLA GRAVIDANZA

Il Sistema di Sorveglianza fa emergere la presenza di un decorso patologico in gravidanza in 1.588 casi, pari al 2,9% del totale, confermando il dato degli anni precedenti. Solo in 1 dei 21 casi esitati in morte fetale, è segnalata una patologia in gravidanza, l'oligoidramnios. Nelle gravidanze interrotte prima del termine è indicato un decorso patologico in 16 casi su 588.

Dati più accurati sulle patologie in gravidanza potrebbero contribuire a chiarire le ragioni della maggiore frequenza di complicazioni da gravidanza, parto e puerperio, evidenziata dall'ISTAT in Campania rispetto alla Lombardia e all'Italia⁴⁰, il certificato CedAP prevede la raccolta di un'informazione generica riguardante la presenza o assenza di patologia in gravidanza. Per ovviare a ciò, in Emilia Romagna è utilizzato il ricovero in gravidanza come indicatore della presenza di patologia. Tale scelta potrebbe essere effettuata anche nelle altre regioni.

5.5. NATI DA PROCREAZIONE ASSISTITA

Nel 2008 i parti dopo procedure di Procreazione Medica Assistita (PA) sono 339 su 56.983 (5,9‰ contro 4,7‰ del 2007), di cui 93 gemellari e 246 singoli.

La figura 15 evidenzia la mobilità intraregionale per il parto delle donne sottoposte a PA: il fenomeno è particolarmente evidente per le ASL Napoli 1, Avellino 2 e Caserta 2, dove si concentra la maggioranza di questi parti.

³⁹ RCDC REGISTRO CAMPANO DIFETTI CONGENITI: *Rapporti annuali 2002-2003-2004-2005-2006-2007*, a cura di G. Scarano.

⁴⁰ HFA Database, dicembre 2008.

L'età media delle madri che fanno ricorso alla PA è 33,1 anni e quella dei padri 36,8, in ulteriore progressivo aumento rispetto al passato e superiore a quella dei genitori con procreazione naturale. La distribuzione dei parti per età materna mostra una proporzione più elevata nella fascia 35-44 anni (38,3% contro il 22% della popolazione di gravide con fecondazione naturale). Su 116 nati da madri con età superiore a 44 anni, 5 provengono da una PA. Il livello di istruzione è superiore a otto anni nel 66% delle gravide, proporzione superiore a quella della popolazione di gravide con fecondazione naturale (58%). La proporzione di donne che ricorrono alla PA è pari al 4,6‰ per le straniere e al 6‰ per le italiane.

	Età media donne (anni)	Età media uomini (anni)	% donne 35-44 anni	% scolarità > 8 anni	% parti gemellari	% nati da T.C.
Procreazione assistita	33,1	36,8	38,3	66,0	27,5	80,4
Procreazione naturale	30,2	33,6	22,0	58,0	1,34	60,7

Il numero dei nati da PA, valutato a monte della selezione per residenza materna, è in lieve aumento da 374 (6,7‰ dei nati) nel 2007 a 449 (7,7‰ dei nati) nel 2008. La figura 16 mostra la distribuzione per genere nei nati nel 2006, 2007 e 2008. I parti gemellari di gravidanze provenienti da PA sono il 27,5% contro l'1,34% di quelli da gravidanze naturali. Nel 2008 sono gemelli il 45,3% dei nati, in lieve flessione rispetto al 52,6% del 2007. I trigemini passano dal 9% del 2006, al 23% del 2007, all'11% nel 2008. Sono invece singoli il 54,7% dei nati, in calo rispetto al 61% del 2006. Nel complesso tra i nati da PA il 38% è pretermine contro il 6,2% dei nati da fecondazione naturale. Tra i nati da PA il 39,3% è di peso inferiore a 2.500 grammi, contro il 6,9% dei nati da fecondazione naturale. L'80,4% dei nati da PA è nato con taglio cesareo contro il 60,7% dei nati da procreazione naturale.

La distribuzione dei nati da PA per provincia di residenza materna mostra una distribuzione non omogenea, con una prevalenza maggiore nella provincia di Avellino (12,8‰) e di Benevento (12,2‰) rispetto alla media regionale (7,6‰). Si tratta tuttavia di province a basso numero di nati.

Il metodo più utilizzato è sempre la fecondazione *in vitro* con successivo impianto di embrioni nell'utero (FIVET: 42,4%), seguito dalla fecondazione *in vitro* tramite inie-

zione di spermatozoo in citoplasma (ICSI: 22,7%) e dalla stimolazione farmacologica con gonadotropine (diminuita dal 33,8% del 2006 al 15,6% nel 2007 e risalita al 17,6% nel 2008). Meno utilizzati sono gli altri metodi: la inseminazione intrauterina (IU: 4,9%) e il trasferimento dei gameti nella tuba di Falloppio (GIFT: 0,5%) (Tab. 19).

In Italia la percentuale di gravidanze provenienti da PA risulta più bassa di quella riportata in altre nazioni europee (4,9% in Francia, 2,6% in Olanda, 2,1% in Finlandia)⁴¹. La percentuale dei parti da PA in Campania è stabile e resta più bassa (0,6%) rispetto a quella riportata in Emilia-Romagna (1,4%). Il fenomeno potrebbe essere correlato alle differenti caratteristiche socio-economiche delle donne che si rivolgono alla PA oppure a differenze del livello di offerta assistenziale dei Centri per la PA. Infatti, anche se la percentuale dei Centri di Assistenza di 2°-3° livello è sovrapponibile (il 61% in Campania contro il 58% dell'Emilia-Romagna), il totale dei trasferimenti di ovociti con tecniche a fresco risulta più alto in Emilia-Romagna (11,5%) rispetto a quello della Campania (6,5%)⁴².

Anche il numero dei nati da PA è stabile. Il fenomeno è verosimilmente in relazione all'applicazione della legge 40 del 2004 (divieto di crioconservazione degli embrioni e di fecondazione eterologa, numero massimo di tre embrioni da produrre e trasferire in un unico e contemporaneo impianto, obbligo di impianto di tutti gli embrioni, divieto della diagnostica pre-natale), che pone limiti che obiettivamente hanno scoraggiato le coppie con problemi di infertilità e ha obbligato ogni anno circa ottomila coppie, per lo più economicamente avvantaggiate e di livello culturale più elevato, ad emigrare in cerca di un figlio. Anche in Campania le coppie che si sottopongono a una PA hanno una età media più elevata e un più alto livello socio-economico. Tuttavia una recente sentenza della Corte Costituzionale (n. 115/2009) ha di fatto abolito tali limiti, con l'esclusione della fecondazione eterologa, e aperto migliori prospettive alle coppie con problemi di fertilità⁴³.

⁴¹ *European Perinatal Health Report by Euro-Peristat Project (data from 2004)*, 2008. www.europeristat.com

⁴² “Relazione del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita”, Roma, 25 marzo 2009.

⁴³ La Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità dell'art. 14, comma 2 in relazione all'“unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a tre” e comma 3 in relazione al “trasferimento degli embrioni effettuato senza pregiudizio della salute della donna”.

In linea con quanto già registrato in Italia negli anni precedenti, anche in Campania nel 2008 la stimolazione farmacologica con gonadotropine risulta una tecnica sempre meno utilizzata, per il maggior rischio di gravidanze plurigemellari. Questo dato e i limiti imposti dalla legge 40 spiegano il decremento di parti trigenini e, quindi, di nati pretermine e con basso peso registrati in Italia negli ultimi anni. Infatti, la proporzione dei parti plurimi da PA in Campania (27,5%) è sovrapponibile a quella dell'Emilia-Romagna (26,2%). Le gravidanze da P.A presentano un maggior rischio fetale, con maggiore frequenza di neonati di basso peso e pretermine.

I dati evidenziano anche, nei nati singoli da PA, complicanze perinatali più frequenti rispetto ai nati singoli della popolazione generale, ma studi recenti ipotizzano un ruolo sfavorevole svolto dalla pregressa sub-fertilità della coppia piuttosto che dalle tecniche di PA nel determinare gli esiti suddetti⁴⁴.

6. Nati per caratteristiche fetali

6.1. NATI PER SESSO E VITALITÀ

Nel 2008 sono stati registrati dalla sorveglianza con il CedAP 60.248 nati, 30.843 maschi e 29.381 femmine. Il sesso non è riportato in 24 schede. Il rapporto maschi/femmine, pari a 1,04, è identico a quello dei dati ISTAT.

In complesso, a monte della residenza materna, nel 2008 i natimorti sono 147 su 60.248. I dati omessi rispetto alla vitalità sono 472.

Il tasso di natimortalità è 2,44‰, stabile rispetto agli anni precedenti; i maschi sono 83, le femmine 63, in un solo caso non è riportato il sesso (rapporto M/F = 1,31); i tassi per provincia di residenza materna non mostrano differenze significative (Tab. 20).

Tra i nati morti il 36% sono a termine e il 10,3% gemelli. La distribuzione per peso evidenzia 57 nati con peso inferiore a 1.500 grammi, 35 con peso tra 1.500-24.990 grammi, 41 con peso compreso tra 2.500 e 3.999 grammi e 6 macrosomi. Il 49% dei morti in utero è estratto con taglio cesareo.

⁴⁴ ROMUNDSTAD L.B. et al., *Effects of technology or maternal factors on perinatal outcome after assisted fertilisation: a population-based cohort study*, Lancet 2008; 372: 737-43

NATI MORTI	ANNO 2007	ANNO 2008
Tasso	2,65‰ (IC 95% 2,26-3,09)	2,44‰ (IC 95% 2,05-2,84)
Nati a termine	37,0%	36,0%
Gemelli	8,3%	10,3%
Nati con taglio cesareo	50,0%	49,0%

In tabella 21 sono riportati i tassi di natimortalità per alcuni fattori di rischio fetali e materni. I tassi più alti sono associati alla prematurità e al basso peso. Le donne immigrate hanno un maggior rischio di natimortalità di quelle con cittadinanza italiana (RR 2,3; IC 95% 1,32-3,83), mentre nel 2007 la differenza non era significativa. Le donne con scolarità medio-bassa hanno un maggior rischio di natimortalità rispetto a quelle con istruzione superiore (RR 2,0; IC 95% 1,57-2,58), mentre nel 2007 anche questa differenza non risultava significativa. Come negli anni precedenti non è emerso un maggiore rischio per i nati da madri di oltre 34 anni o adolescenti, o nubili.

In considerazione della bassa numerosità della casistica, in tabella sono riportati i dati dei rischi materni di natimortalità ottenuti sommando i dati CedAP degli ultimi tre anni. Anche questi dati aggregati circoscrivono i rischi statisticamente significativi alla cittadinanza straniera e al basso livello di istruzione.

	NATI VIVI 2006-2008	NATI MORTI 2006-2008	RR (I.C. 95%)
< 20 anni	5.305	6	0,50 (0,22-1,11)
20-34 anni	12.8144	292	1
> 34 anni	36.127	102	1,24 (0,99-1,55)
Straniere	7.700	34	1,96 (1,38-2,79)
Italiane	160.686	361	1
Istruzione 8 anni	65.405	171	1,42 (1,14-1,77)
Istruzione > 8 anni	82.655	152	1
Nubili	16.615	42	1,11 (0,80-1,53)
Coniugate	146.930	335	1

Come per il 2007, la carenza di dati relativi alle malattie materne e fetali nonché al momento della morte (76%), non ha permesso di approfondire le cause della natimortalità.

La legislazione italiana fissa a 180 giorni il limite oltre il quale vanno registrati con il CedAP i casi di natimortalità e entro il quale vengono invece riportati gli aborti spontanei. In realtà tale limite appare superato dalle attuali possibilità di sopravvivenza di nati ai confini della vitalità (22-25 settimane). La rilevazione delle perdite fetali a partire da età gestazionali più basse permetterebbe di monitorare meglio il problema e di adottare interventi preventivi. Infatti, in molte regioni italiane, nonostante la riduzione registrata negli ultimi anni, il numero dei nati morti è superiore a quello dei morti nel primo anno di vita, dato che sottolinea il peso della natimortalità sulla mortalità feto-infantile. In Campania il tasso di natimortalità è basso ma, probabilmente, ancora riducibile, in considerazione del dato di una più giovane età materna al parto e di un ridotto numero di donne immigrate. Il rischio di natimortalità persistentemente elevato tra le immigrate e tra le donne con basso livello di istruzione è un indicatore della necessità di rafforzare il sistema delle cure perinatali ancora attualmente insufficiente.

6.2. NATI PER CLASSE DI ETÀ GESTAZIONALE

Per l'anno 2008 il dato dell'età gestazionale riportata ha presentato meno dati omessi (3,3%) rispetto a quella relativa alla data dell'ultima mestruazione (4,2%). A monte della selezione per residenza materna, i parti di età gestazionale < 37 settimane sono 3.463 su 58.784 pari al 5,89% in lieve aumento rispetto al 5,51% del 2007. I parti di età gestazionale < 33 settimane sono 782, pari all'1,33%, e quelli compresi tra 34-36 settimane sono il 4,54%. I nati pretermine invece sono 3.958 su 59.702 pari al 6,6%, proporzione sovrapponibile a quella del 2007.

ETÀ GESTAZIONALE < 37 SETT.	2007	2008
Parti	5,51% (IC 95% 5,33-5,69)	5,89% (IC 95% 5,70-6,08)
Nati	6,31% (IC 95% 6,12-6,51)	6,62% (IC 95% 6,43-6,83)

L'analisi per ASL di residenza materna campana evidenzia che i nati pretermine sono 3.780 su 57.335 nati, pari al 6,59% dei nati, dato superiore al 6,28 registrato nel 2007 e al 5,88% del 2006, con percentuali maggiori nelle ASL Avellino 1, Benevento, Napoli 4 e Salerno 2 (Tab. 22). La proporzione di nati post-termine (> 41 settimane) è dell'1,3%, dato sovrapponibile a quello degli anni precedenti.

Nella seguente tabella sono riportati i rischi relativi per il parto pretermine e quello post-termine.

	RISCHIO RELATIVO PARTO PRE-TERMINE	RISCHIO RELATIVO PARTO POST-TERMINE
Primipare rispetto a multipare	1,10 (I.C. 95% 1,03-1,18)	2,35 (I.C. 95% 2,02-2,74)
Cittadinanza materna straniera rispetto a italiana	1,52 (I.C. 95% 1,34-1,73)	2,99 (I.C. 95% 2,41-3,70)
Scolarità materna medio-bassa rispetto a superiore	1,13 (1,05-1,21)	0,97 (0,83-1,13)

La primiparità e la cittadinanza materna straniera presentano rischi significativi per entrambe le condizioni, mentre la bassa scolarità delle madri registra un rischio significativo solo per il parto pretermine.

La tabella 23 descrive le modalità di parto per età gestazionale e genere dei neonati. La frequenza del taglio cesareo in tutti i nati singoli è rimasta invariata rispetto agli anni precedenti (59,9%), con una proporzione maggiore nei singoli pretermine (65,6%) rispetto a quelli a termine (59,6%). Nei singoli a termine nati da taglio cesareo elettivo, la scelta più frequente è di intervenire a 37 e 38 settimane di età gestazionale; l'89,9% dei gemelli nasce con taglio cesareo. Solo nelle età gestazionali molto basse (< 28 settimane) risulta più frequente la scelta del parto vaginale, sia nelle gravidanze singole (70,5%) che in quelle gemellari (51,2%).

Una raccolta dati più accurata nelle strutture di III livello, ove si concentrano maggiormente i parti pretermine, e un più preciso calcolo dei prematuri ai confini della prematurità (35-36 settimane) ha permesso di ottenere una stima migliore della percentuale di nati pretermine, che tuttavia resta ancora più bassa di quella riportata da altre regioni italiane (intorno all'8%). Si conferma la scelta del parto vaginale per i nati al di sotto delle 28 settimane, favorita dalle ridotte dimensioni fetali e dalla convinzione da parte degli ostetrici delle scarse possibilità di sopravvivenza di neonati di peso estremamente basso. Per quanto non esistano evidenze chiare sul vantaggio del taglio cesareo, si registra in alcune regioni un maggiore ricorso al taglio cesareo in caso di parto al di sotto delle 28 settimane di E.G., in considerazione della recente maggiore possibilità di sopravvivenza nelle età gestazionali più basse verificata negli ultimi anni anche in Italia.

La minore proporzione di parti post-termine in Campania rispetto a quella segnalata nel 2008 in Lazio (2,3%) e Emilia-Romagna (2,8%), si correla al frequente orientamento ostetrico di interrompere la gravidanza con taglio cesareo entro la 41^a settimana.

È invariata la scelta di praticare il taglio cesareo elettivo a 37-38 settimane, nonostante sia ormai noto il maggiore rischio di problemi respiratori neonatali in questa fascia di età gestazionale tra i nati da taglio cesareo, in particolare se l'intervento è effettuato in assenza di travaglio⁴⁵. Tale rischio potrebbe essere ridotto spostando, quando possibile, il taglio cesareo a età gestazionali più alte⁴⁶.

6.3. NATI PER GENERE DEL PARTO

A monte della residenza materna, i parti gemellari sono 900 su 59.197, pari al 1,52% del totale (CI 95%: 1,42-1,62) (erano l'1,42% nel 2006 e il 1,48% nel 2007). Di questi parti 837 sono bigemini e 56 trigemini. La proporzione dei parti plurimi risulta di poco superiore a quella (1,3%) riportata per l'Italia nel 2005 dal Ministero della Salute⁴⁷.

I nati da parti plurimi sono 1.824 su 59.870, pari al 3,05%, dato identico a quello del 2007, e in aumento rispetto al 2,80% registrato nel 2005 e al 2,86% nel 2006. Tra i gemelli vi sono stati 15 nati morti. I gemelli nati da procreazione assistita sono 203, pari all'11,7% del totale (percentuale sovrapponibile a quella del 2006 e 2007).

	2006	2007	2008
Parti gemellari	1,42%	1,48% (CI 95%: 1,38-1,58)	1,52% (CI 95%: 1,42-1,62)
% gemelli	2,86% (CI 95%: 2,7-3,0)	3,05% (CI 95%: 2,91-3,19)	3,05% (CI 95%: 2,91-3,19)
% gemelli da PA	10,20%	10,8%	11,7

La tabella 23 mostra la distribuzione dei gemelli per tipo di parto e classe di età gestazionale. Con percentuali sovrapponibili a quelle degli anni precedenti, la proporzione

⁴⁵ HANSEN A.K. et al.: *Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study*. BMJ 2008; 336; 85-87.

⁴⁶ Tita A.T. et al.: *Timing of elective repeat caesarean delivery at term and neonatal outcomes*, N. Engl. J. Med. 2009; 360; 111-20.

⁴⁷ MINISTERO DELLA SALUTE, *Analisi dell'evento nascita - Anno 2005*, Roma, aprile 2008.

complessiva dei gemelli nati da taglio cesareo è molto elevata (89,9%); tra i gemelli nati ad età gestazionale < 28 settimane è aumentata la proporzione di quelli nati con taglio cesareo (48,8% contro il 33,3% nel 2007).

La tabella 24 mostra la distribuzione dei gemelli per vitalità e classe di età gestazionale e di peso. Il 52,7% di tutti i gemelli è pretermine (46% nel 2006, 50% nel 2007), il 7,1% è nato prima della 32^a settimana (5,5% nel 2006 e 6,7% nel 2007).

L'età gestazionale nella quale nasce il maggior numero di gemelli è la 37^a (473 nati pari al 26,2%) e l'età gestazionale più elevata riscontrata tra i gemelli nel 2008 è la 41^a.

Il 58,9% dei gemelli ha peso inferiore a 2.500 grammi (59,4% nel 2006 e 60,3% nel 2007) e l'8,1% ha un peso inferiore a 1.500 grammi (6,7% nel 2006 e il 9,3% nel 2007).

La tabella 25 mostra la distribuzione dei gemelli per presentazione. Come atteso in essi la presentazione di podice è 5 volte quella dei singoli.

La proporzione complessiva dei gemelli (circa il 3% dei nati) è sovrapponibile a quella degli anni precedenti. Rispetto agli anni precedenti i dati non mostrano tra i gemelli una riduzione della natimortalità, della severa prematurità e del peso basso e molto basso alla nascita, a conferma dei problemi assistenziali collegati alla gravidanza gemellare. Per quanto riguarda l'organizzazione assistenziale post-natale dei gemelli, la notevole parcellizzazione delle Terapie Intensive Neonatali presente in Campania, rende al momento difficile assistere tutti i gemelli nello stesso luogo di nascita e rende inevitabile il trasferimento di una parte dei gemelli pretermine bisognosi di cure intensive.

La differenza più rilevante rispetto al 2007 è la maggiore proporzione di gemelli nati ad età gestazionale molto bassa con taglio cesareo (49%); potrebbe trattarsi di un indicatore della maggiore attenzione ostetrica alle gravidanze gemellari interrottesi molto precocemente.

6.4. NATI PER CLASSE DI PESO

Il peso alla nascita è riportato nel 99,4% dei casi. Il peso medio è, come atteso, superiore nei maschi (3.228 grammi \pm 517 grammi) rispetto alle femmine (3.101 \pm 487 grammi). Il peso medio dei nati da donne immigrate (3.193 \pm 581 grammi) è lievemente superiore a quello dei nati da italiane (3.165 \pm 502 grammi).

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

CLASSI DI PESO	NUMERO NATI	PERCENTUALE
< 1.000 grammi	229	0,38
1.000 - 1.499 grammi	308	0,51
1.500 - 2.499 grammi	3.783	6,30
2.500 - 4.000 grammi	53.396	88,89
> 4.000 grammi	2.356	3,92
Totale	60.072	100

I nati con peso inferiore a 2.500 grammi (LBW) sono 4.321 pari al 7,19% del totale, di cui 537 (0,89%) con peso inferiore a 1.500 grammi (VLBW); la maggiore proporzione dei VLBW è da attribuire al continuo miglioramento di notifica da parte di alcuni centri di terzo livello.

I nati di peso superiore a 3.999 grammi sono il 3,92%, percentuale stabile rispetto agli anni precedenti e inferiore a quella riportata nelle altre regioni italiane (Lazio: 5,7%; Emilia-Romagna: 7,1%).

I nati a termine con peso inferiore a 2.500 grammi sono 2.250 (4%).

La tabella 26 riporta la distribuzione dei nati per classe di peso e ASL di residenza. La proporzione di LBW è stabile rispetto all'anno precedente (7,19% nel 2007 e 7,14% nel 2008) e non si evidenziano differenze nella distribuzione dei LBW per provincia di residenza materna.

L'84% dei VLBW nasce nei 14 centri nascita Campani di III livello forniti di terapia intensiva neonatale: questa quota è rimasta invariata rispetto al 2007.

La proporzione di VLBW nati e assistiti in centri di terzo livello è risultata superiore nella classe di peso 500-999 grammi (87,6%), rispetto a quella di peso 1.000-1.499 grammi (83,8%) (Fig. 18).

La tabella 27 riporta i principali fattori di rischio per basso peso alla nascita: come già segnalato nei precedenti rapporti, la condizione di non occupazione materna e paterna, lo stato civile nubile, il basso livello di istruzione e l'età giovane o avanzata della madre sono risultati fattori di rischio significativamente associati al basso peso. È invece nuovamente presente nel 2008 un rischio statisticamente significativo per le immigrate e per le donne che hanno ricevuto cure prenatali tardive; è ipotizzabile che i fattori di rischio citati si potenzino a vicenda.

La percentuale dei nati di peso basso (< 2.500 grammi) in Campania continua ad essere lievemente superiore (7,2%) a quella riportata in altre regioni italiane (6,7% nel Lazio e 7,0% in Emilia-Romagna nel 2008)^{48 49}. Poiché, come abbiamo visto, la proporzione di parti prematuri è invece inferiore a quella delle altre regioni, questo dato confermerebbe alcune ipotesi riportate in letteratura sulla maggiore incidenza di nati con ritardo di crescita intra-uterina nella popolazione Campana⁵⁰ e/o alla maggiore presenza di donne a rischio socio-demografico. Infatti, l'analisi dei fattori di rischio per basso peso continua ad evidenziare l'esistenza di un maggior rischio biologico tra le madri con età giovane o avanzata nonché l'importanza dei fattori di rischio sociale (madri straniere, nubili, genitori disoccupati e con il più basso livello di istruzione): questi richiamano ancora l'esigenza di potenziare le cure prenatali nelle gravide a maggiore rischio socio-sanitario.

Il ricovero o il trasferimento di gestanti con minaccia di parto molto pretermine in centri di III livello costituisce una prassi ormai consolidata, pur in presenza di una molteplicità di punti nascita. Tuttavia, l'assenza di un ulteriore incremento della percentuale di VLBW nati nei centri di III livello (inborn), rispetto agli anni precedenti, appare preoccupante. Inoltre, i dati relativi al Servizio Trasporto Neonatale in Campania evidenziano che una proporzione significativa dei nati nei centri di III livello sono trasferiti per mancanza di posti letto. Occorre essere consapevoli che gli esiti a breve e lungo termine di questi bambini sono legati alla qualità e tempestività delle cure erogate durante il ricovero della madre e durante le prime 24 ore di vita del neonato. Paradossalmente, l'aumentata sopravvivenza di neonati con peso molto basso alla nascita ha peggiorato la situazione. Infatti questi neonati, ad alta complessità assistenziale, possono occupare per mesi posti di terapia intensiva, riducendo di fatto la disponibilità delle Terapie Intense Neonatali (TIN). Sarebbe opportuno individuare nuovi strumenti amministrativi che, senza causare perdita del pieno DRG, favoriscano il trasferimento di neonati con pregressa patologia da parte delle TIN di 3° livello a Centri di 2° livello, quando, pur stabilizzati, non sono ancora dimissibili. Questo nuovo strumento amministrativo avrebbe il vantaggio di sfruttare al meglio le risorse assistenziali delle TIN per neonati altamente patologici, favorendo, attraverso un "back-transport", l'avvicinamento dei neonati prossimi alla dimissione al domicilio dei genitori.

⁴⁸ Regione Lazio "Le nascite nel Lazio - Anno 2008".

⁴⁹ Regione Emilia-Romagna "La nascita in Emilia-Romagna. 6° rapporto sui dati del CeDAP - Anno 2008".

⁵⁰ LAURIA L., SAPORITO M., *Comparison of stillbirth and neonatal mortality in two italian regions: Lombardia and Campania*, Epidemiol. Prev. 2004; 28 (4-5); 217.

6.5. NATI PER PRESENTAZIONE E GENERE DEL PARTO

I nati in presentazione podalica sono il 3,7%, percentuale sovrapponibile a quella degli anni precedenti. La presentazione podalica è segnalata nel 3,2% dei nati singoli e nel 18% dei gemelli. Altre presentazioni sono riportate nello 0,8% dei casi e sono più frequenti tra i gemelli (Tab. 25). Il taglio cesareo viene utilizzato nel 95,3% dei nati singoli e nel 94% dei gemelli in presentazione podalica.

6.6. INDICE DI APGAR A 5 MINUTI

La tabella 28 riporta la distribuzione dei nati secondo tre classi di indice di Apgar a 5 minuti; 1-3, 4-6 e 7-10. In considerazione della bassa frequenza dell'evento sorvegliato ma delle gravi complicanze ad essa correlata, la proporzione di nati sofferenti alla nascita viene riportata per mille.

Un punteggio di Apgar a 5 minuti ≤ 3 è correlato a grave sofferenza e si osserva con percentuale dell'0,8‰, in netta riduzione rispetto al 2007 (2,5‰); una sofferenza lieve (punteggio 4-6) nel 4,5‰, come nel 2007. Nel complesso è rilevato un punteggio di Apgar < 7 nel 5,3‰ dei casi (IC 95%: 4,77-5,95), in riduzione rispetto agli anni precedenti.

Un indice di Apgar < 7 è più frequente tra i maschi. I nati singoli presentano un indice di Apgar < 7 nel 4,6‰ dei casi (< 4 nel 0,7‰), i gemelli nel 29,2‰ (< 4 nel 5,6‰).

Una maggiore incidenza di sofferenza alla nascita, pur in presenza di numerosi dati omessi, è riportata nei nati singoli di peso molto basso (297‰) e in quelli con età gestazionale < 33 settimane (249‰).

I nati singoli in presentazione di vertice, nati a termine, presentano un'incidenza di Apgar < 7 del 2,4‰ se nati da parto vaginale e del 1,2‰ se nati da taglio cesareo elettivo. La sofferenza lieve è più frequente nei nati da parto cesareo (RR 2,26; IC 95%: 1,3-3,8), mentre l'incidenza della sofferenza grave (Apgar 1-3) è sovrapponibile nei due gruppi. Nel gruppo dei nati da taglio cesareo d'emergenza un indice di Apgar < 7 è riportato nel 1,7‰ dei nati.

Nonostante i limiti di accuratezza e riproducibilità nella rilevazione, l'indice di Apgar conserva un ruolo importante nella rilevazione della sofferenza perinatale. I dati mostrano in Campania una percentuale molto bassa (0,52%) di depressione alla nascita (Apgar < 7),

confrontata con quella riportata da alcuni Paesi Europei (Francia e Danimarca; 0,7% - Germania: 1% - Svezia: 1,1%)⁵¹ e da quella riferita in Emilia Romagna (1,4%). Rispetto al 2007 si registra in Campania una riduzione della grave sofferenza (Apgar < 4), mentre è stabile la prevalenza della sofferenza intermedia (Apgar 4-6).

Come atteso, si evidenzia una maggiore incidenza della sofferenza alla nascita nei gemelli e nei nati pretermine di peso molto basso.

Si conferma un vantaggio del taglio cesareo elettivo rispetto al parto vaginale nel contenere la media sofferenza alla nascita (Apgar 4-6). Tuttavia è ipotizzabile che una quota di feti non precedentemente individuati per maggior rischio perinatale si possa casualmente giovare del ricorso così diffuso al taglio cesareo elettivo. La contenuta proporzione di indice di Apgar < 7 tra i nati da taglio cesareo in travaglio (emergenza), potrebbe essere indicatore dell'adeguata tempestività dell'intervento ostetrico.

7. Caratteristiche dei parti

7.1. MOBILITÀ INTRA ED EXTRAREGIONALE PER IL PARTO

I nati, compresi i natimorti, da residenti in regione Campania sono 58.220, quelli da non residenti 1.926, pari al 3% del totale. Per 14 nati in Campania non è indicata l'ASL di residenza. Sono 574 i CedAP in cui manca ogni indicazione relativa alla residenza materna.

Mobilità extraregionale

Nel 2008 non sono pervenuti CedAP relativi a donne residenti in Campania che hanno partorito in altre regioni. Il 72,2% delle madri non residenti sono donne nate in Campania e ritornate per il parto nel luogo di origine. I nati da madri residenti al Nord Italia sono 768 (39,9%), 694 quelli di residenti al Centro (36%), 464 quelli di residenti nel Mezzogiorno (24,1%).

Mobilità intraregionale

Nella tabella 29 sono indicati i nati per ASL di residenza materna e per ASL di nascita. In Campania il 63,7% delle nascite avviene nei centri di parto appartenenti alle ASL di

⁵¹ European Perinatal Health Report by Euro-Peristat Project (data from 2004), 2008. www.europeristat.com

residenza materna. L'ASL Napoli 1 evidenzia la percentuale più bassa di madri che scelgono altre ASL per il parto: il 90,2% delle madri ivi residenti sono assistite nella stessa ASL.

Nelle strutture del capoluogo regionale sono assistiti anche 8.619 parti di madri residenti nei comuni diversi del capoluogo (36,3% del totale). In particolare afferisce per il parto all'ASL Napoli 1 il 55,7% delle madri residenti nella ASL Napoli 2, il 49% delle residenti nella ASL Napoli 3, il 28,2% delle residenti nella ASL Napoli 4, il 18,6% delle residenti nella ASL Napoli 5.

Solo 797 nascite da madri residenti a Napoli (7,8% del totale) avvengono nelle strutture delle ASL Napoli 2, Napoli 4 e Napoli 5.

Una significativa mobilità per il parto si evidenzia anche dall'ASL Avellino 1 verso l'ASL Avellino 2, pari al 39% del totale delle madri residenti, e dall'ASL Caserta 2 verso l'ASL Napoli 1, pari al 16,8% del totale. Nelle altre ASL la mobilità verso le altre ASL della Campania è pari, rispettivamente, a 20,7% per Avellino 2, a 19,4% per Benevento, a 21,9% per Caserta 1, a 40,8% per Salerno 1, a 20,9% per Salerno 2 ed a 21,6% per Salerno 3.

Il fenomeno più rilevante riguardante la mobilità intraregionale in Campania è rappresentato dallo spostamento di un numero molto significativo di partorienti dalla provincia di Napoli e anche da altre province verso il capoluogo regionale, in cui si concentrano molti centri nascita pubblici e privati.

Tale fenomeno è costante nel tempo ed è, in parte, legato alla maggiore disponibilità di punti nascita in grado di assistere gravidanze e neonati patologici. Tuttavia nella città di Napoli sono numerosi i punti nascita di piccole e medie dimensioni, cui si rivolgono molte gestanti per le quali la scelta del luogo del parto è legata alla presenza del ginecologo di fiducia. In Campania, infatti, la maggioranza delle gravide è assistita privatamente da un medico ospedaliero e ciò può rappresentare un problema per le partorienti, che, per ottenere una continuità assistenziale sono disposte a recarsi in strutture distanti dal proprio domicilio. Questa scelta è agevolata dalla illogica frammentazione dei punti nascita nel territorio campano. Si evidenzia l'urgenza di razionalizzare la rete di assistenza perinatale, soprattutto nell'area napoletana e di creare adeguati collegamenti tra il territorio e l'ospedale, finalizzati ad accrescere la fiducia delle donne in strutture che dimostrino di avere un'offerta assistenziale adeguata ai loro bisogni.

7.2. NATI PER LUOGO DEL PARTO

L'analisi dei dati emergenti dai modelli CedAP 2008 evidenzia che in Campania sono attivi 81 centri nascita, 46 pubblici e 35 privati, di cui 32 convenzionati e 3 non convenzionati con il Sistema Sanitario Nazionale. Il confronto con i dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) mostra che solo una Casa di Cura convenzionata in provincia di Caserta, Villa Fiorita, non ha inviato i CedAP ed ha assistito 908 nati nel 2008.

I neonati assistiti nelle strutture pubbliche sono 34.279 (56,5%), quelli assistiti nelle Case di Cura private 26.441 (43,5%). Nella tabella 30 le strutture pubbliche e private sono divise per ASL di residenza materna. La distribuzione di Case di Cura private sul territorio regionale non è omogenea: nelle ASL Avellino 1, Benevento, Salerno 1 e Napoli 3 non vi sono centri nascita privati, mentre questi sono prevalenti rispetto ai pubblici nel capoluogo regionale e nelle ASL Napoli 4 e Napoli 5. Nelle 5 ASL in cui è suddivisa la provincia di Napoli la maggior parte dei nati (18.512, pari al 51,8% del totale) viene alla luce in 24 strutture private. Nella tabella 31 le strutture pubbliche e private sono elencate in base al numero di nati assistiti per anno: le strutture che assistono meno di 500 nati per anno sono oltre un terzo del totale (28 su 81) ed assistono il 16% dei nati, quelle che assistono un numero di nati per anno uguale o superiore a 1.500 sono 4 ed assistono il 12,9% dei nati.

Le strutture pubbliche e private si differenziano per le caratteristiche della popolazione assistita (Tab. 32). Nelle strutture pubbliche la proporzione di gemelli, di nati di peso molto basso e di pretermine è più elevata che in quelle private (rispettivamente 3,3%, 1,4% e 1,6% contro 2,7%, 0,2% e 0,4%), mentre è minore la proporzione di nati in presentazione podalica (3,5% contro 3,9%). I due tipi di strutture si differenziano anche rispetto alle caratteristiche materne: nelle strutture pubbliche la proporzione di immigrate è doppia, ed è maggiore anche la quota di madri di età superiore a 34 anni, mentre è inferiore la proporzione di madri con scolarità inferiore o uguale a 8 anni (Fig. 18).

La proporzione di nati da TC è nettamente superiore nei centri nascita privati ed è pari al 72% contro il 52,2% delle strutture pubbliche. La proporzione di TC nei punti nascita privati, nel periodo tra il 2002 e il 2008, ha presentato un incremento del 10,3%, passando da 65,3% a 72,6%, mentre in quelli pubblici l'incremento è stato pari al 5,9%, passando da 49,3% a 52,2% (Fig. 19).

Il modello di rete delle strutture perinatali previsto dal Piano Ospedaliero della Campania fa riferimento a tre livelli di cure⁵², ma i dati disponibili non permettono ancora di suddividere le strutture in base a questi livelli. Poiché, invece, i centri nascita che dispongono di posti letto di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) sono chiaramente identificati nei documenti regionali, nel grafico della figura 20, le strutture sono state suddivise in due gruppi: il primo comprende 14 punti nascita, di cui 2 privati, con posti letto di TIN, il secondo ne comprende 67, di cui 33 privati, che non assistono neonati in terapia intensiva. Ciascun gruppo corrisponde a una bolla, la cui dimensione è proporzionale al numero totale di nati assistiti. La posizione di ciascuna bolla nel grafico è relativa alla percentuale di nati di peso molto basso (VLBW), riportata sull'ordinata, ed alla proporzione di TC, riportata sull'ascissa. Due linee tratteggiate indicano, inoltre, la media regionale di nati VLBW (8,9%) e di TC (60,7%). La posizione delle bolle evidenzia che i due gruppi di strutture hanno caratteristiche nettamente diverse: come è logico, la proporzione di neonati VLBW è nettamente maggiore nel gruppo che comprende le strutture pubbliche e private dotate di posti letto di TIN (2,4% contro 0,2%), in quanto queste sono strutture di terzo livello destinate ad assistere gestanti e neonati a rischio. Rispetto alla proporzione di TC i due gruppi di strutture si comportano in modo diverso dell'atteso, in quanto la proporzione di TC nel gruppo di strutture dotate di posti letto di TIN è significativamente minore (51,3% contro 64,9%).

La persistenza di 18 Ospedali pubblici e 10 Case di Cura private di piccole dimensioni non è spiegabile in base alle esigenze del territorio. Infatti la Campania è la regione italiana a più alta densità di popolazione e 12 delle 28 strutture in cui si assistono meno di 500 nati per anno operano in aree ben collegate e densamente popolate. Pertanto è necessario ridurre il numero delle strutture, come previsto dal recente documento tecnico regionale per la ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera⁵³.

I centri nascita che assistono un numero di nati pari o superiore a 1.500 per anno sono solo 4, e soltanto 3 di questi hanno il ruolo di centri di riferimento per le gravidanze ad alto rischio. Gli altri centri nascita dotati di reparti di TIN hanno dimensioni inferiori e tre di questi assistono meno di 1000 partorienti per anno. In alcune regioni italiane è già in atto una ristrutturazione della rete ospedaliera nel senso della regionalizzazione, per

⁵² DGRC n. 2068 - 12 novembre 2004 - *Approvazione Linee Guida Regionali per l'ottimizzazione dell'assistenza ospedaliera in Neonatologia e pediatria d'urgenza.*

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

tanto, nella tabella che segue alcuni dati relativi alle strutture perinatali di queste regioni sono confrontati con quelli campani. La tabella mostra che le strutture con numero di nati pari o superiore a 1.500 per anno sono più numerose in Emilia Romagna e in Lazio che in Campania, e che la dimensione di queste strutture, intesa come numero medio di neonati assistiti per anno, è nettamente maggiore in Emilia Romagna e in Lazio (2.438 e 2.441 nati per anno contro 1.961). Inoltre, in Emilia Romagna e in Lazio la maggior parte dei nati è stata assistita in queste grandi strutture, rispettivamente, il 65% e il 52,9% del totale dei nati, mentre in Campania solo il 12,9% dei nati è venuto alla luce nelle strutture di maggiori dimensioni.

Centri nascita con numero di nati/anno 1500 in Emilia Romagna, Lazio e Campania nel 2008			
	E. ROMAGNA	LAZIO	CAMPANIA
Strutture con numero di nati/anno 1.500 (media nati/anno)	11 (2.438)	12 (2.441)	4 (1.961)
% nati nella regione assistiti in strutture con numero di nati 1.500 per anno	65	52,9	12,9

Nelle strutture senza TIN la proporzione di Tagli Cesarei (TC) è maggiore che nelle strutture che ricoverano selettivamente gestanti ad alto rischio (64,9% contro 51,3%). Questo dato evidenzia la necessità di sorvegliare l'uso del TC nei parti a basso rischio. Una peculiarità dell'assistenza perinatale in Campania è la numerosità dei centri nascita privati: le strutture private sono il 43,2% del totale ed assistono il 43,5% dei nati, mentre a livello nazionale sono il 18,7% del totale ed assistono l'11,6% dei neonati (CedAP, dati nazionali 2006). La proporzione di TC nei centri nascita privati è superiore di circa 20 punti percentuali rispetto a quelli pubblici: tale dato è costante nel tempo e non è riferibile alla differenza tra le popolazioni di gravide e di neonati nelle casistiche cliniche. Infatti, la proporzione di parti a rischio per cause fetali o materne (nati di basso peso, pretermine, gemelli, gestanti di età superiore a 34 anni, di nazionalità non italiana) è minore nelle Case di Cura private rispetto agli Ospedali pubblici. Solo le proporzioni di gestanti con pregresso parto cesareo (29,8% contro 20,7%) e di feti in presentazione di podice (2,9% contro 3,2%) sono maggiori nelle strutture private. Tuttavia, se si escludono dalla valutazione le gestanti con pregresso cesareo e

quelle che hanno un feto in presentazione di podice la proporzione di TC nelle Case di Cura passa al 54%, quella degli Ospedali al 38%. Ciò avvalorata la tesi che l'alta percentuale di tagli cesarei praticati nelle strutture private sia dettata da scelte degli operatori decisamente non in linea con i protocolli e le linee guida elaborati a livello locale, nazionale ed internazionale.

7.3. NATI PER TIPO DI PARTO

I nati singoli da madri residenti nella regione sono 55.479, di cui 33.287 (60%) sono nati da TC. Tale percentuale è lievemente ridotta rispetto al 60,3% del 2007 e al 60,6% del 2006.

Nella tabella 33 per ciascuna ASL di residenza materna è evidenziata la proporzione di nati singoli per tipo di parto: i nati da TC corrispondono alla somma dei nati da TC di elezione, da TC in travaglio e da TC dopo parto strumentale. La proporzione di nati da TC varia da un minimo di 42,6% per la ASL di Avellino 2 a un massimo di 68,2% per l'ASL Napoli 3. Le differenze tra ASL sono ampie e stabili nel tempo: nel periodo 2003-2008 la proporzione di nati da TC è massima nelle ASL delle province di Napoli e di Caserta, minima in quelle delle province di Avellino e Benevento, e in tutte le ASL si evidenzia negli anni una variabilità molto ridotta (vedi rapporti precedenti). Inoltre la proporzione di parti strumentali è maggiore nelle ASL delle province di Avellino e Benevento, in cui la percentuale di tagli cesarei è minore.

La lieve riduzione della proporzione di nati da TC, rilevata negli ultimi due anni, non modifica la dimensione e la gravità del problema. Si tratta di variazioni di entità molto modesta, certamente non significative, che possono risentire di omissioni di dati, anche se sono confermate dal confronto con i dati rilevati attraverso le SDO. Tra le singole ASL si rilevano differenze percentuali anche superiori al 50%: l'ampiezza di queste differenze è tanto elevata che non può essere legata solo a disuguaglianze nelle caratteristiche delle popolazioni di gestanti assistite, o alla presenza di strutture private, ma è certamente ascrivibile alla cultura e alle conseguenti scelte strategiche di medici e amministratori

7.4. CARATTERISTICHE MATERNE, NEONATALI E TIPO DI PARTO

La figura 21 mostra la distribuzione per età gestazionale dei nati da taglio cesareo e da parto vaginale. Il TC è il tipo di parto più utilizzato tra 34 e 38 settimane di età gesta-

zionale. Gli interventi di elezione effettuati in neonati a termine sono 23.042 su un totale di 35.349 (65,2%).

La tabella 23 riguarda le modalità del parto per genere dei neonati e classe di età gestazionale e mostra che solo i nati di età gestazionale inferiore a 28 settimane, singoli e gemelli, nascono prevalentemente per via vaginale, mentre il taglio cesareo è il tipo di parto più utilizzato in tutte le altre età gestazionali. Nella tabella 34 è calcolato il rischio relativo di TC per vari fattori: nelle situazioni di rischio fetale (prematùrità, basso peso, presentazione anomala) la frequenza del taglio cesareo presenta un significativa differenza rispetto alle condizioni fisiologiche, tuttavia, anche in assenza di questi singoli fattori di rischio, il taglio cesareo ha sempre frequenze superiori al 50%, salvo per le donne di età inferiore a 20 anni (49,8%) e per quelle con cittadinanza non italiana. Il rischio di essere sottoposte a taglio cesareo è particolarmente elevato nelle donne con feto in presentazione di podice, in quelle che partoriscono in strutture private e nelle donne italiane rispetto alle straniere. La proporzione di tagli cesarei nei primogeniti è minore, ma questo dato si inverte per i nati da madri di età inferiore a 20 anni e per quelli di età superiore a 34 anni (Fig. 22).

La figura 23 mostra come si sono modificati negli ultimi decenni l'età media al parto e il tasso di TC in Italia e in Campania. Negli anni dal 1980 al 2007 l'età media al parto è passata in Italia da 27,5 anni a 31,5, in Campania da 28 anni a 30,3 e la proporzione di cesarei è passata in Italia da 11,2% a 39%, in Campania da 8,5% a 60,3%.

Il rischio di partorire con TC aumenta del 41% per le donne che scelgono di essere assistite in strutture private, anche se i dati evidenziano che in queste strutture è minore la proporzione di madri con età superiore a 35 anni, immigrate, con basso livello di scolarità e sono meno frequenti le nascite di basso peso. Allo stesso modo le madri italiane hanno un rischio di essere sottoposte a taglio cesareo superiore del 67% a quello delle immigrate, anche se queste ultime vivono una situazione di disagio sociale e di inadeguatezza delle cure prenatali. È molto rilevante il fatto che il 65,2% dei TC è effettuato senza indicazioni di urgenza in gestanti a termine: questo dato è approfondito nel paragrafo successivo.

È da segnalare che nelle adolescenti, anche in quelle alla prima gravidanza, il cesareo è utilizzato nel 50,6% dei casi. Questo dato dovrebbe indurre medici e ostetriche a sostenere la scelta del parto vaginale per le donne giovani che non presentano specifiche controindicazioni, perché il TC può rappresentare un rischio per la salute e la fertilità nelle età successive. L'incremento dell'età media al parto è stato più marcato in Italia che in

Campania, pertanto, nella nostra regione, questo fattore è stato meno rilevante rispetto al fenomeno dell'eccessivo ricorso al TC.

7.5. CLASSIFICAZIONE DEI PARTI SECONDO ROBSON

La classificazione di Robson⁵⁴ è ampiamente validata a livello nazionale e internazionale e utilizzata da alcune regioni per l'analisi dei dati relativi al TC, in quanto è utile per comprendere i problemi che sono a monte dell'eccesso di cesarei, effettuare confronti con altre realtà e ipotizzare correttivi.

Classificazione di Robson
1. Nullipara, feto singolo, presentazione cefalica, a termine, travaglio spontaneo
2. Nullipara, feto singolo, presentazione cefalica a termine, travaglio indotto o TC prima del travaglio
3. Pluripara (escluso pregresso TC) feto singolo, presentazione cefalica, a termine, travaglio spontaneo
4. Pluripara (escluso pregresso TC) feto singolo, presentazione cefalica, a termine, travaglio indotto o TC prima del travaglio
5. Pregresso TC, feto singolo, presentazione cefalica, a termine
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 (inclusi pregressi TC)
10. Tutti i parti singoli di vertice con feto pretermine (inclusi pregressi TC)

I parti sono divisi in 10 gruppi mutuamente esclusivi, in relazione a parità, durata della gravidanza, modalità del travaglio, genere del parto e presentazione del feto. È ovvio che la numerosità dei parti e la proporzione di tagli cesarei variano tra i gruppi in base alla presenza o meno di fattori di distocia e alle caratteristiche cliniche e demografiche della popolazione presa in esame. Pertanto, le differenze nell'ampiezza e nel ricorso al taglio cesareo nei singoli gruppi forniscono utili indicazioni sulle singole realtà assistenziali e permettono di evidenziare un eventuale eccesso di interventi laparotomici in gruppi di gestanti a basso rischio, in cui è attesa una minore frequenza di questi interventi.

La figura 24 è relativa a tutti i parti del 2008 in Campania, per i quali erano disponibili i dati necessari per la suddivisione nei gruppi di Robson: per ogni gruppo è riportata la

⁵⁴ ROBSON M.S.: *Can we reduce the caesarean section rate?* Best Practice & Research Clin. Obst. Gynaecol., Vol. 15 n. 1, 179-194, 2001.

proporzione di TC ed il contributo percentuale del singolo gruppo al totale dei parti. Il primo gruppo, che comprende solo i primi parti a termine, con feto singolo, in presentazione di vertice, con travaglio spontaneo, è il più ampio; vi rientra il 29,5% dei parti e il cesareo è effettuato nel 40,7% dei casi. Il secondo gruppo differisce dal primo solo perché il travaglio è indotto o viene eseguito un taglio cesareo senza attendere il travaglio: comprende il 12,5% dei parti e nel 93,3% dei casi viene praticato un taglio cesareo. Nel terzo rientrano i parti di donne con pregresse nascite per via vaginale e gravidanza attuale con feto singolo, a termine, in presentazione cefalica: comprende il 18,5% dei parti e la proporzione di tagli cesarei è pari a 13,2%. Il quarto gruppo si differenzia dal terzo perché il travaglio è indotto o è stato effettuato un taglio cesareo in assenza di travaglio: comprende il 2,4% dei parti e il tasso di tagli cesarei è pari a 77,4%. Il quinto comprende i parti di donne con pregresso taglio cesareo e feto singolo, a termine in presentazione cefalica: comprende il 26,6% dei parti e nel 94,1% dei casi è effettuato un taglio cesareo. I gruppi dal sesto al nono presentano un significativo elemento di distocia: podice in nullipara, podice in multipara, gemellarità, altre presentazioni diverse dal vertice. Comprendono globalmente il 5,5% dei parti e presentano percentuali di tagli cesarei pari a 96% per il sesto, 93,5% per il settimo, 88,7% per l'ottavo, 87,4% per il nono. Il decimo gruppo riguarda i parti effettuati prima del termine, che sono il 4,5% del totale, con una percentuale di TC del 63,2%.

Il confronto con l'Emilia Romagna permette di effettuare alcune utili osservazioni poiché questa regione presenta un tasso di cesarei del 30%, stabile negli ultimi sei anni e pari alla metà di quello della Campania.

Nella tabella che segue sono riportate le dimensioni dei singoli gruppi di Robson in Campania e in Emilia Romagna, in termini di percentuale di parti sul totale. I gruppi dal primo al quinto comprendono la maggioranza dei parti sia in Campania che in Emilia Romagna, rispettivamente 89,2% e 87,8% del totale.

Campania e Emilia Romagna, anno 2008: contributo percentuale dei gruppi di Robson al totale dei parti										
GRUPPI DI ROBSON										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Campania	30,5	12,9	19,2	2,4	24,2	2,4	1,3	1,5	0,8	4,7
Emilia Romagna	30,0	16,7	24,5	7,6	9,0	2,5	1,4	1,6	0,7	6,2

La differenza più rilevante tra le due regioni riguarda il quinto gruppo di Robson, cioè quello che comprende le donne con anamnesi positiva per pregresso TC, che in Emilia Romagna rappresentano il 9% del totale, in Campania il 24,2%. Inoltre è da rilevare che in Campania la proporzione di parti nel secondo e nel quarto gruppo è significativamente minore. La tabella che segue permette di confrontare la percentuale di TC nei dieci gruppi di Robson in Campania ed Emilia Romagna.

Campania e Emilia Romagna, anno 2007: proporzione di cesarei per gruppo di Robson										
GRUPPI DI ROBSON										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Campania	40,7	93,3	13,2	77,4	94,0	96,0	93,5	88,7	88,0	63,2
Emilia Romagna	11,0	46,0	2,3	30,2	86,8	95,2	93,7	90,4	67,0	48,4

Le differenze più significative riguardano i gruppi dal primo al quarto, che comprendono, in ambo le regioni, la maggioranza delle partorienti in cui non sono presenti i fattori di distocia che caratterizzano i gruppi successivi. Pertanto, anche se la maggiore proporzione di gestanti con pregresso TC in Campania è certamente una delle cause del maggior ricorso al TC, la differenza più rilevante per la proporzione di TC tra le due regioni riguarda le partorienti a termine di gravidanza con feto singolo in posizione cefalica senza pregresso taglio cesareo.

La figura 25 mostra come si distribuiscono i parti nei dieci gruppi nelle strutture pubbliche e in quelle private della Campania. I parti che rientrano nel quinto gruppo, cioè quello che comprende le donne con pregresso TC, sono più rappresentati nelle strutture private (29,1% contro 19,9%). Negli Ospedali pubblici, invece, è maggiore la proporzione di gestanti del primo e terzo gruppo, che partoriscono per via vaginale con travaglio spontaneo (34,1% e 22,7% contro 25,1% e 14,1%) ed è minore la proporzione di quelle del secondo e quarto gruppo, che sono sottoposte a induzione o a un TC prima del travaglio (9,1% e 2,1% contro 17,8% e 2,9%).

La figura 26 mostra la proporzione di tagli cesarei in ciascun gruppo di Robson per le strutture pubbliche e private. In tutti i gruppi la proporzione di tagli cesarei è maggiore nelle Case di Cura. Il dato più rilevante è rappresentato dalle ampie differenze nel ri-

corso al TC nei primi quattro gruppi, che sono i più numerosi e riguardano gestanti in cui sono assenti i fattori di distocia considerati.

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

L'elevata proporzione di donne con pregresso taglio cesareo in Campania è, certamente, una delle cause del differenziale riscontrato rispetto all'Emilia Romagna. Tuttavia, se non teniamo conto del quinto gruppo di Robson, la proporzione di TC nella restante popolazione di donne si riduce da 60,2% a 49,4% e tale valore resta, pertanto, molto distante da quello dell'Emilia Romagna (30,1%). Allo stesso modo, la quota di parti di donne con pregresso cesareo è maggiore nelle strutture private della Campania rispetto alle strutture pubbliche (30,3% contro 21,1%). Tuttavia, se escludiamo tutti i parti compresi nel quinto gruppo di Robson, la proporzione di TC passa da 71,9% a 62,7%, restando più elevata di quella relativa al totale dei parti nelle strutture pubbliche (51,9%). Infatti la quota più rilevante di TC nelle strutture private riguarda gestanti a basso rischio ostetrico, appartenenti ai primi quattro gruppi di Robson.

La scelta di incoraggiare un travaglio di prova nelle gestanti già sottoposte a taglio cesareo è, certamente, utile ma può trovare notevoli resistenze negli operatori che ritengono il taglio cesareo iterativo una scelta non opinabile. Invece l'attuazione di interventi che limitino la proporzione di tagli cesarei nelle sottopopolazioni di gestanti più ampie e a basso rischio, cioè nei gruppi dal primo al quarto, sono facili e doppiamente utili: si ottiene una riduzione marcata della proporzione di cesarei e si riduce la quota futura di gestanti nel quinto gruppo.

È utile, inoltre, osservare che in Campania la proporzione di TC è molto differente tra le donne comprese nel primo e nel terzo gruppo (40,7% e 13,2%), in cui il travaglio è spontaneo, e quelle nel secondo e quarto gruppo (93,3% e 77,4%), in cui il travaglio è indotto o assente. Infatti, l'assenza di un travaglio spontaneo si associa a un marcato incremento della quota di tagli cesarei, e questo dato è più evidente nelle strutture private. Pertanto, anche gli interventi che favoriscono un travaglio fisiologico, quali i corsi di accompagnamento alla nascita, il rispetto della scelta delle donne per le posizioni da assumere nel parto, la diffusione dell'uso del Partogramma, possono essere utili per ridurre la proporzione di parti cesarei.

7.6. CARATTERISTICHE DEI CENTRI NASCITA DELLA CAMPANIA

Nella tabella 35 sono elencati gli 81 centri nascita della Campania suddivisi per ASL di appartenenza. Per ogni centro è riportato il numero dei nati nel 2008, il numero e la percentuale di nati da TC e il numero di nati con peso inferiore a 1.500 grammi; i dati delle strutture dotate di posti letto di TIN sono riportati in grassetto. Il confronto con i dati SDO evidenzia che non è citata la Casa di Cura Villa Fiorita di Capua in provincia di Caserta, che non ha inviato CedAP. Pertanto, i punti nascita che hanno operato nella regione Campania nel 2008 sono 82. Tutte le strutture private operano in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale tranne due Case di Cura della città di Napoli, ed una della ASL Napoli 5. 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 16,8% e un massimo di 89,4%. Le maggiori percentuali di TC si rilevano nelle Case di Cura private, ad eccezione dell'ASL Salerno 3 e delle ASL Napoli 3, Avellino 1, Benevento, Salerno 1 in cui operano solo ospedali pubblici.

I centri nascita che dispongono di posti letto di TIN in Campania sono 14: 5 di questi sono nella città di Napoli, 1 nella provincia di Napoli, 1 nella provincia di Caserta, 2 nella provincia di Avellino, 2 nella provincia di Benevento, 3 nella provincia di Salerno. Inoltre, dispongono di reparti di TIN anche le Aziende Ospedaliere Santobono-Pausilipon e Monaldi, che non sono elencate perché non hanno un reparto di maternità e ricoverano solo piccoli pazienti provenienti da altre strutture.

I nati di peso inferiore a 1.500 grammi si concentrano nei centri nascita in cui sono disponibili posti letto di TIN. Tuttavia, come segnalato nei capitoli precedenti, il numero di neonati molto piccoli che vengono alla luce in strutture pubbliche e private che non sono in grado di assisterli è ancora consistente.

Dal 1996 al 2008 i centri nascita si sono ridotti in Campania del 21%, passando da 104 a 82, e le nascite si sono ridotte del 18,7%, passando da 74.760 a 60.742. La tabella che segue evidenzia che la riduzione del numero di nati si è associata a una riduzione dei punti nascita, ma sono ancora operanti in Regione troppi centri nascita pubblici e privati di piccole dimensioni, per cui la Campania è ancora la regione italiana in cui il numero medio di nati per struttura è più basso. Un eccesso di punti nascita di dimensioni piccole (500-1.000 nati per anno) e molto piccole (< 500 nati per anno) implica un incremento dei problemi di organico, di organizzazione e di coordinamento che sono particolarmente

rilevanti in Campania, dove non esiste ancora un'effettiva suddivisione delle strutture perinatali secondo il livello di cura erogato, le strutture territoriali sono numericamente insufficienti e vi sono problemi di integrazione e collegamento tra i vari livelli di cura.

	ITALIA (anno 2005)	E. ROMAGNA (anno 2008)	LAZIO (anno 2008)	CAMPANIA (anno 2008)
Totale nati	524.290	41.217	54.835	60.742
Punti nascita	554	31	55	82
Nati/punto nascita	946	1.329	997	750

Per quanto riguarda le cure intensive neonatali, è stato ripetutamente segnalato⁵⁵ che il numero dei posti letto per cure intensive e sub intensive è insufficiente, anche se risultano attivi 16 reparti che dispongono di posti letto di TIN. Infatti, anche alcuni di questi reparti hanno dimensioni insufficienti: 11 su 14 operano in collegamento con reparti ostetrici in cui nascono meno di 1.500 neonati per anno e alcuni non sono in grado di assistere tutti i nati delle gestanti a rischio che vi afferiscono.

Un ulteriore problema è rappresentato dal fatto che le TIN delle Aziende Sanitarie Mondaldi e Santobono, che sono centri di riferimento regionale per la Cardiologia, la Cardiocirurgia neonatale e la Chirurgia Neonatale, non dispongono di un reparto di maternità ove assistere le gestanti alle quali è stata fatta diagnosi prenatale di patologie cardiologiche o chirurgiche. Pertanto è ancora frequente il trasferimento di neonati patologici anche quando le gestanti a rischio sono state correttamente indirizzate verso strutture di terzo livello.

Da quanto premesso risulta chiaro che sarebbe opportuno non solo ridurre il numero totale dei centri nascita, ma anche centralizzare le nascite a rischio in strutture opportunamente dimensionate, anche perché l'efficacia delle cure intensive è legata anche all'ampiezza della casistica assistita. Purtroppo la programmazione regionale prevede un ulteriore incremento numerico dei reparti di TIN; sarebbe, invece, opportuno incrementare solo i posti letto delle TIN che mostrano indicatori di efficienza e di efficacia migliori.

⁵⁵ D.G.R. Campania n. 2068 - Area Generale di Coordinamento - N. 20 - Assistenza Sanitaria - Approvazione Linee Guida Regionali per l'ottimizzazione dell'assistenza ospedaliera in Neonatologia e pediatria d'urgenza. Con allegato.

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

8. Nascite in Campania: dai problemi ai correttivi

SETTORE	PROBLEMI	CORRETTIVI
Metodologia	<ul style="list-style-type: none"> - incompletezze di compilazione - eccesso di omissioni per variabili fondamentali (Distretto di residenza delle madri nell'ASL Napoli 1; cause e momento della morte fetale tardiva; procedure invasive di diagnostica prenatale; decorso della gravidanza; genere; numero VLBW) - informatizzazione ancora non attiva in 7 centri nascita - ritardi nella trasmissione di dati 	<ul style="list-style-type: none"> - discutere la problematica con gli operatori dei centri nascita (compilazione e informatizzazione) e dei SEP (controllo di qualità dei dati) - sollecitare i Direttori Sanitari dei centri nascita inadempienti al dovere di provvedere all'informatizzazione e di trasmettere i dati epidemiologici perinatali (Vedi D.M. 16 luglio 2001 n. 349, G.U. n. 218 del 19 settembre 2001 e Delibera Regionale n. 730431-12-01 BURC n. 4 del 4-3-02: Nuove linee-guida per il flusso informativo del sistema di sorveglianza della natalità in Regione Campania (Modifica DGR n. 9087 del 22.11.96)
Denatalità	<ul style="list-style-type: none"> - diminuzione delle nascite a fronte di una consistente proporzione di donne in età fertile 	<ul style="list-style-type: none"> - agire sulla componente "economica" (istruzione, lavoro, sostegno alla genitorialità) che può contribuire alla scelta di limitare il numero dei figli - dedicare le misure di sostegno alla genitorialità, a chi ne ha più bisogno (adolescenti, immigrate, genitori con basso livello socio-economico e culturale)
Cure in gravidanza	<ul style="list-style-type: none"> - eccesso di controlli in gravide sane e senza problemi ostetrici - sottoutilizzo nei gruppi a rischio socio-sanitario 	<ul style="list-style-type: none"> - diffondere tra i medici di famiglia e tra gli operatori dei servizi territoriali le linee-guida per l'assistenza alle gravidanze fisiologiche - pubblicizzare le informazioni sulle offerte assistenziali del territorio nei luoghi più frequentati dalle donne - migliorare la qualità e l'accessibilità dei servizi territoriali (consultori familiari) - offrire attivamente le cure alle gestanti socialmente vulnerabili
Natimortalità	<ul style="list-style-type: none"> - buona copertura, ma i dati differiscono da quelli riportati dall'ISTAT - ritardo di crescita in 25% dei nati morti - dati incompleti sulle cause e sul momento della morte fetale - gruppi sociali a rischio (in particolare immigrate) 	<ul style="list-style-type: none"> - segnalare tempestivamente il nato morto ai SEP - migliorare compilazione (CedAP centri nascita) e controllo di qualità (SEP) - introdurre in tutti i centri nascita la cartella dedicata al nato morto (DPCM 9-7-1999) - promuovere nei centri nascita la diagnostica esaustiva (anatomo-patologica, genetica, infettivologica) del feto e della placenta, inviando i dati al centro elaborazione dati del CedAP anche dopo alcune settimane - promuovere inchieste confidenziali nei centri nascita - individuare in gravidanza i feti con ritardo di crescita endouterino e inviare le gestanti ai centri di terzo livello - individuare precocemente e prendere in carico le gestanti a maggior rischio socio-sanitario

SETTORE	PROBLEMI	CORRETTIVI
Esiti neonatali	<ul style="list-style-type: none"> - esiti peggiori (basso peso) nei gruppi a rischio sociale - tassi di mortalità neonatale superiori a quelli del Centro-Nord - nascita di circa il 16% di neonati con peso molto basso in centri di I/II livello e successivo trasferimento in TIN 	<ul style="list-style-type: none"> - promuovere diffusamente attraverso i medici di famiglia e i consultori familiari le informazioni sulla prevenzione di rischiose abitudini alimentari e sociali prima e durante la gravidanza - potenziare le Unità ostetrico-neonatali di terzo livello già operanti, dove indirizzare tutte le partorienti a rischio perinatale noto - adeguare l'organico medico e infermieristico delle TIN - elevare il livello tecnologico delle attrezzature ai migliori standard europei - programmare l'istituzione di centri specialistici dedicati all'assistenza dei neonati con gravi problemi cronici (malformati, asfittici, ecc.)
Luogo del parto	<ul style="list-style-type: none"> - eccessivo frazionamento dei centri nascita: sono 82 (46 pubblici, 36 privati) - 28 centri nascita hanno un numero di parti annuo < 500 - eccesso di mobilità per il parto dalla provincia al capoluogo regionale 	<ul style="list-style-type: none"> - razionalizzare la rete ospedaliera perinatale secondo il modello della "regionalizzazione" e distribuire razionalmente sul territorio i centri TIN - accorpate o chiudere i centri nascita con meno di 500 parti /anno
Modalità del parto	<ul style="list-style-type: none"> - il tasso di TC è 60%, di poco inferiore al 2007 (60,3%) - il TC riguarda nel 65,2% dei casi parti senza caratteri di urgenza in neonati a termine - il rischio di partorire col TC è del 41% superiore nelle strutture private rispetto alle pubbliche 	<ul style="list-style-type: none"> - promuovere il parto naturale (L.R. n. 2 del 2-3-06), anche con interventi che favoriscono il travaglio fisiologico (ad es.: corsi di accompagnamento alla nascita, presenza del partner al momento della nascita, utilizzo del partogramma, rispetto delle posizioni scelte dalla partoriente, etc.) - investire risorse nel ridurre la frequenza del TC nelle primipare e nelle pluripare con feto singolo, a termine di vertice (potenziare gli organici delle ostetriche!) - premiare i centri che raggiungono obiettivi di contenimento - promuovere capillari campagne di informazione dedicate in particolare alle donne sui rischi del TC non necessario

TABELLE E FIGURE

Tabella 1
COPERTURA DEL SISTEMA. CONFRONTO CedAP/ISTAT:
NUMERO DEI NATI VIVI PER PROVINCIA DI RESIDENZA MATERNA *

PROVINCE	CedAP 2008	ISTAT 2008	COPERTURA %
Avellino	3.617	3.805	95,1
Benevento	2.253	2.412	93,4
Caserta	8.362	9.738	85,9
Napoli	33.889	35.540	98,1
Salerno	9.944	10.247	97,0
Campania	58.065	60.742	95,6

* Nati da madri residenti in Campania.

Tabella 2
DATI OMESSI PER SINGOLA VARIABILE *

VARIABILE	%	VARIABILE	%
Codice fiscale	39,4	Data ultima mestruazione	5,3
Data di nascita madre	0,4	Età gestazionale	1,7
Cittadinanza	0,9	Procreazione assistita	4,7
Comune di nascita madre	2,5	Metodo della procreazione assistita	8,7
Comune di residenza madre	0,7	Data del parto	0,4
ASL di appartenenza	4,1	Ora	1,8
Data matrimonio per le sposate	21,6	Genere	1,0
Data ultimo parto (parti precedenti > 0)	26,7	Numero maschi su gemelli	3,7
Precedenti gravidanze	3,2	Numero femmine su gemelli	4,3
Aborti precedenti	9,1	Ordine di nascita dei gemelli	10,6
IVG	13,3	Presenza ostetrica/o	6,5
Parti precedenti	0,01	Presenza ginecologo/a	2,9
Dai quali nati vivi (escluse primipare)	1,9	Presenza pediatra	5,2
Dai quali nati morti (escluse primipare)	12,9	Presenza anestesista	20,8
TC precedenti (escluse primipare)	6,1	Altro personale	25,2
Condizione lavorativa madre	7,6	Altri presenti	74,6
Posizione nella professione madre	3,7	RH	43,0
Ramo di attività madre	9,4	Luogo del parto	1,1
Titolo di studio madre	15,2	Tipo di travaglio	33,8
Data di nascita padre	12,2	Presentazione	2,9
Comune di nascita padre	14,0	Modalità del parto	1,3
Cittadinanza padre	9,6	Sesso	0,3
Condizione lavorativa padre	17,9	Genitali esterni	1,3
Posizione nella professione padre	4,1	Peso	0,6
Ramo di attività padre (su padri occupati)	9,3	Lunghezza	12,7
Titolo di studio padre	21,5	Circonferenza cranica	14,2
Consanguineità	43,3	Vitalità	0,8
Visite di controllo	4,6	Apgar a 5 min. per i nati vivi	2,2
Prima visita a settimane	7,2	Rianimazione	4,0
Numero ecografie	6,5	Presenza di malformazione	4,0
Amniocentesi	6,8	Certificante	10,7
Decorso gravidanza	8,5	Matricola	53,7
Prelievo villi coriali	9,5	Malattia feto e/o madre	99,3
Fetoscopia	9,7	Momento morte del nato morto	68,7
Difetto di accrescimento	8,9	Distretto (solo ASL NA1)	54,8
Ecografia superiore a 22 settimane	6,8		

* Schede eliminate perché duplicati o prive di informazioni indispensabili: 400.

Tabella 3

ITALIA E REGIONI ITALIANE: SCENARIO DEMOGRAFICO, ANNO 2008 (ISTAT)

REGIONI	TASSO DI FECONDITÀ ‰	TASSO DI NATALITÀ ‰	TASSO DI CRESCITA NATURALE ‰	TASSO MIGRATORIO ‰	INDICE DI INVECCHIA- MENTO %
Piemonte	1,39	9,0	-2,2	9,3	178,0
Valle d'Aosta	1,56	10,2	0,3	8,3	151,0
Lombardia	1,48	10,2	0,9	9,4	142,0
Trentino - Alto Adige	1,60	10,7	2,3	8,9	114,0
Veneto	1,46	10,0	0,8	10,2	139,0
Friuli - Venezia Giulia	1,36	8,6	-3,2	10,4	186,0
Liguria	1,30	7,7	-5,7	9,0	236,0
Emilia Romagna	1,46	9,7	-1,3	15,8	172,0
Toscana	1,38	9,1	-2,3	10,7	185,0
Umbria	1,40	9,3	-2,2	13,2	180,0
Marche	1,41	9,4	-1,2	11,7	169,0
Lazio	1,42	10,1	0,9	10,8	141,0
Abruzzo	1,29	8,8	-1,5	9,5	162,0
Molise	1,17	7,8	-3,3	3,1	171,0
Campania	1,44	10,5	1,9	-1,7	95,0
Puglia	1,32	9,4	1,0	-0,2	119,0
Basilicata	1,21	8,3	-1,1	0,4	146,0
Calabria	1,27	9,0	-0,2	0,7	129,0
Sicilia	1,43	9,9	0,4	1,2	119,0
Sardegna	1,10	8,1	-0,6	3,8	151,0
ITALIA	1,41	9,6	-0,1	7,3	143,0

Figura 1
REGIONI ITALIANE: SALDO MIGRATORIO, ANNO 2008 (ISTAT)

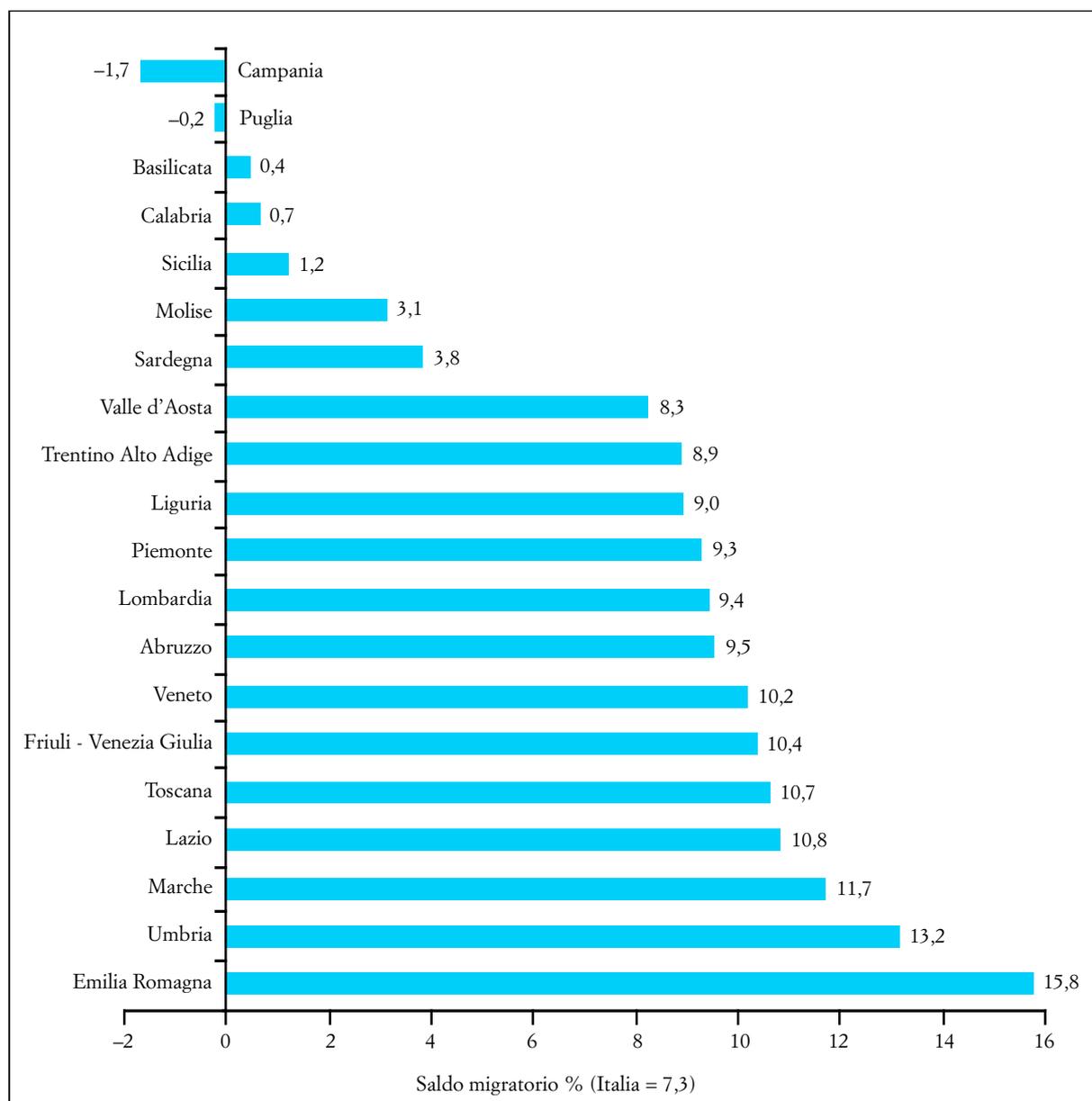


Figura 2
REGIONI ITALIANE: TASSO DI CRESCITA NATURALE, ANNO 2008 (ISTAT)

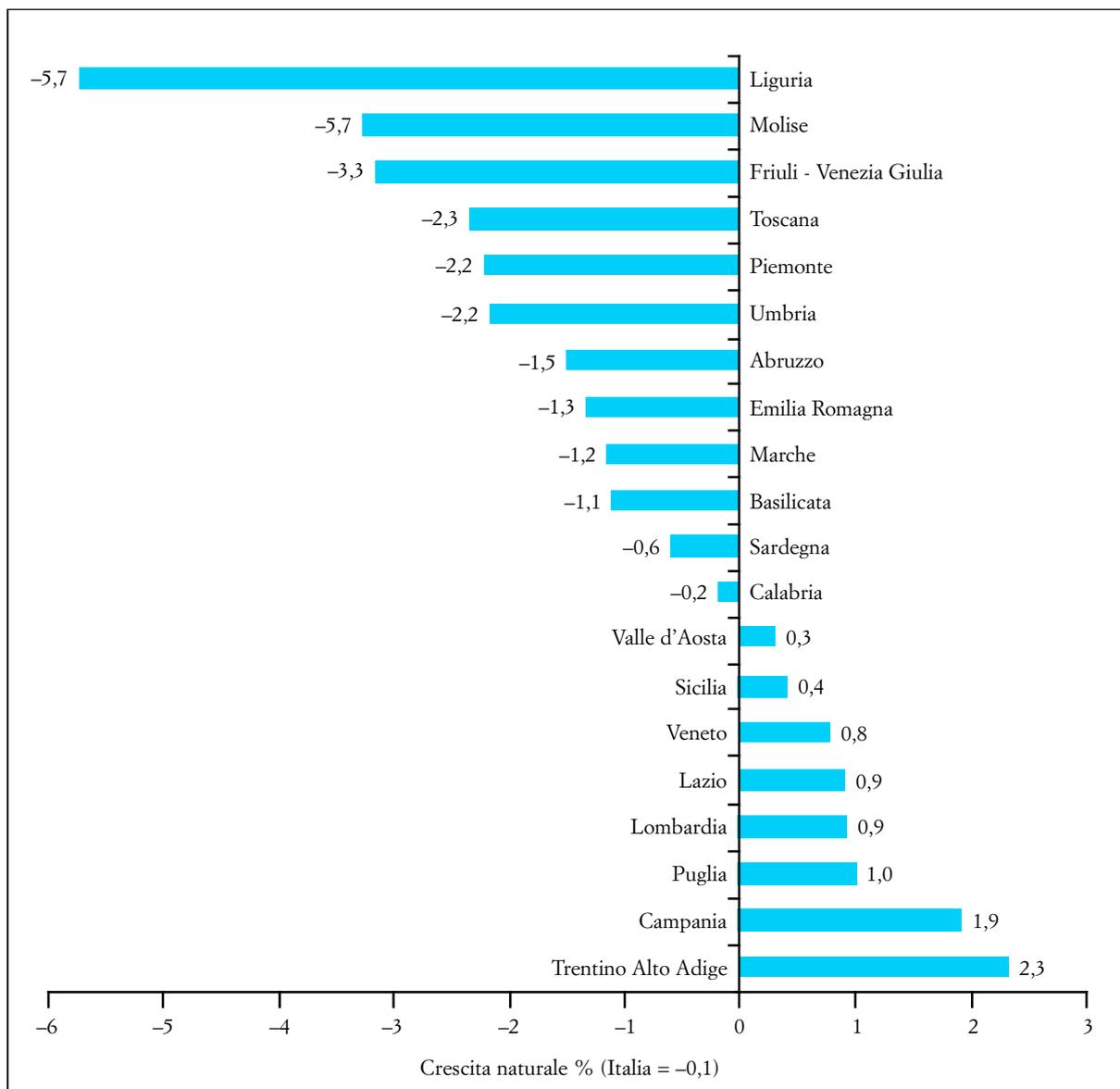


Figura 3
ITALIA E CAMPANIA: POPOLAZIONE FEMMINILE PER CLASSE DI ETÀ, ANNO 2008 (ISTAT)

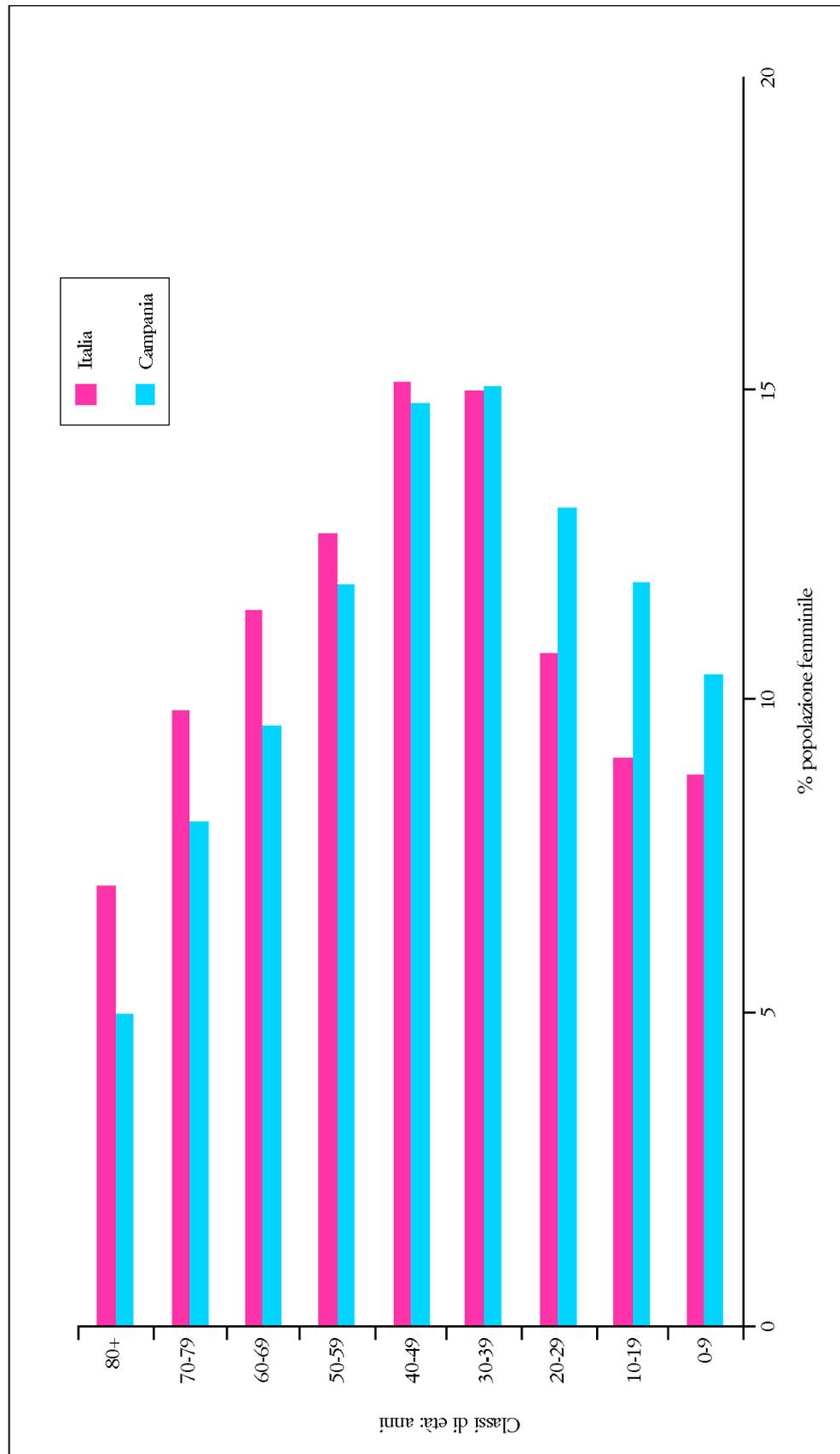


Figura 4
NATI IN ITALIA, LOMBARDIA E CAMPANIA. ANNI 1994-2008 (ISTAT)

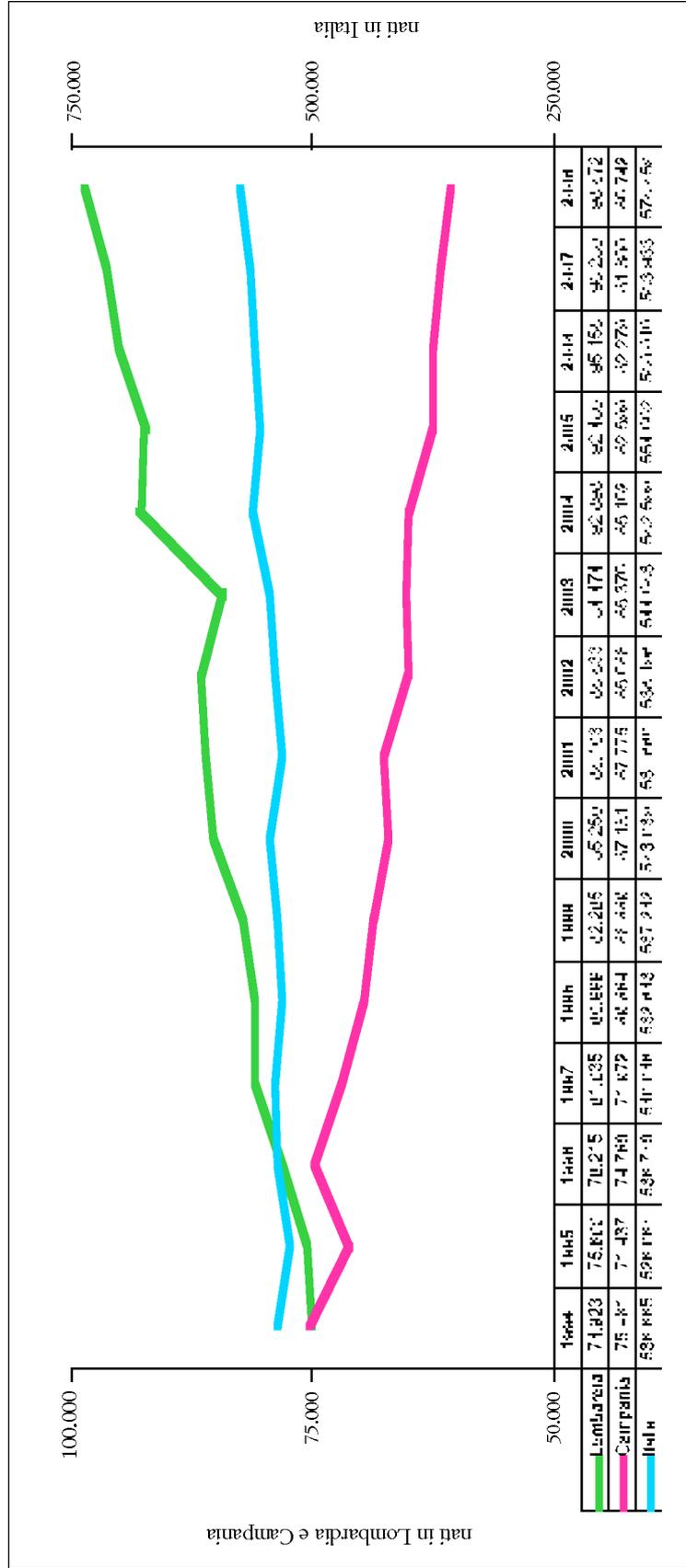


Figura 5
TASSI DI NATIMORTALITÀ, MORTALITÀ NEONATALE E POST-NEONATALE
IN ITALIA, LOMBARDIA, LAZIO E CAMPANIA, ANNO 2006 (ISTAT)

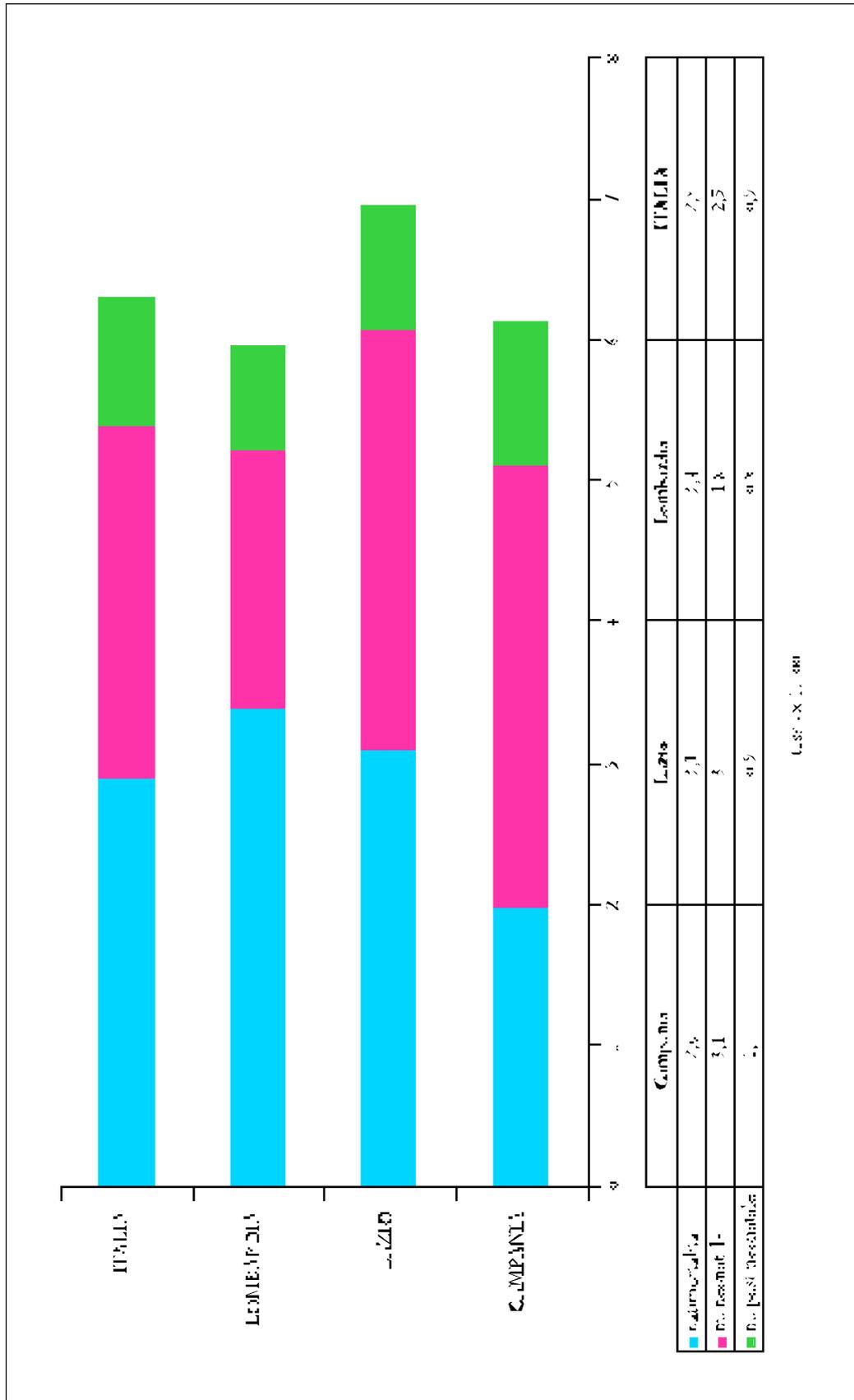


Figura 6
NATI MORTI E MORTI INFANTILI IN CAMPANIA E LOMBARDIA, ANNI 1996-2005 (ISTAT)

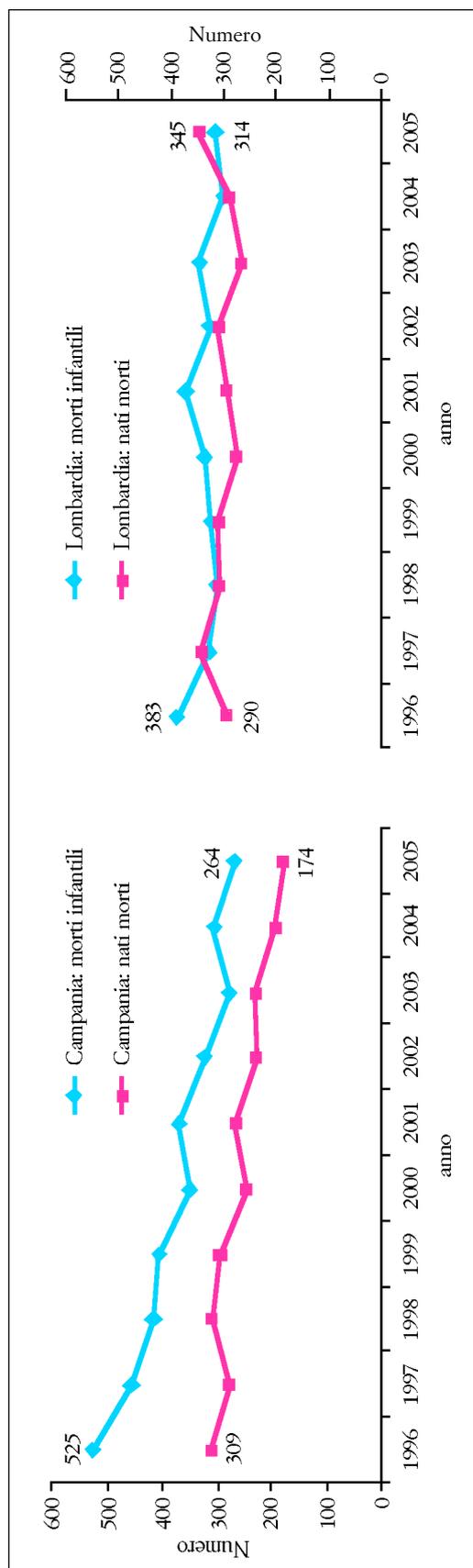


Figura 7
NATI DA STRANIERI NELLE REGIONI ITALIANE, ANNO 2008 (ISTAT)

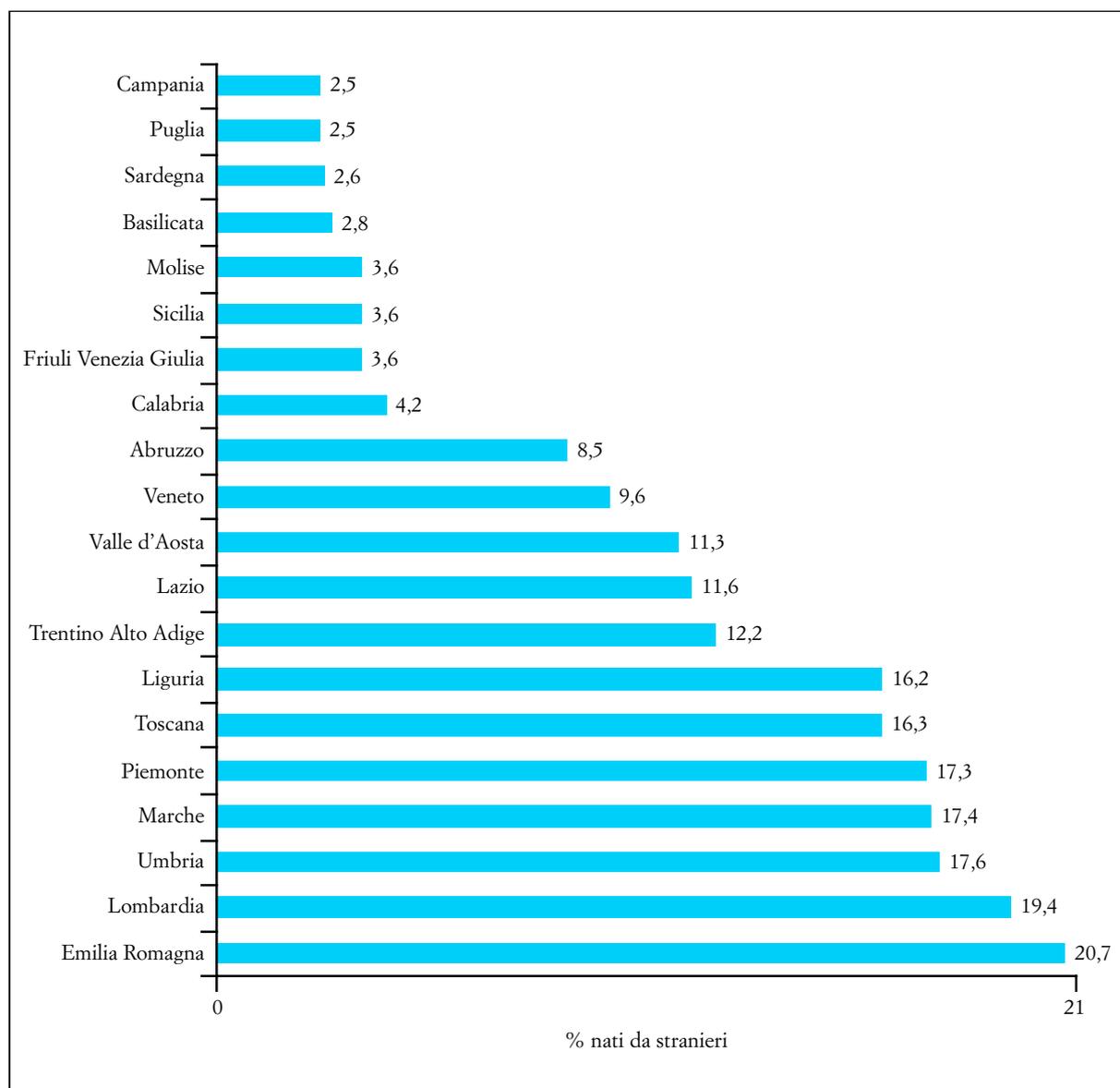


Tabella 4
PRIMI DODICI PAESI DI PROVENIENZA DELLE MADRI E DEI PADRI IMMIGRATI*

MADRI STRANIERE			PADRI STRANIERI		
Paese	N.	%	Paese	N.	%
Romania	571	20,7	Romania	244	18,0
Ucraina	394	14,3	Marocco	148	10,9
Polonia	346	12,5	Ucraina	136	10,0
Cina	208	7,5	Cina	129	9,5
Marocco	157	5,7	Albania	79	5,8
Nigeria	115	4,2	Sri Lanka	75	5,5
Sri Lanka	106	3,8	Polonia	70	5,2
Albania	101	3,7	Algeria	49	3,6
Russia	85	3,1	Nigeria	44	3,2
Brasile	69	2,5	Tunisia	39	2,9
Bulgaria	63	2,3	India	29	2,1
Algeria	44	1,6	Bosnia-Erzegovina	22	1,6
Altri paesi	503	18,2	Altri paesi	294	21,6
Totale	2.762	100	Totale	1.358	100

* Non sono considerati 103 nati da madri provenienti da paesi a basso flusso migratorio.

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

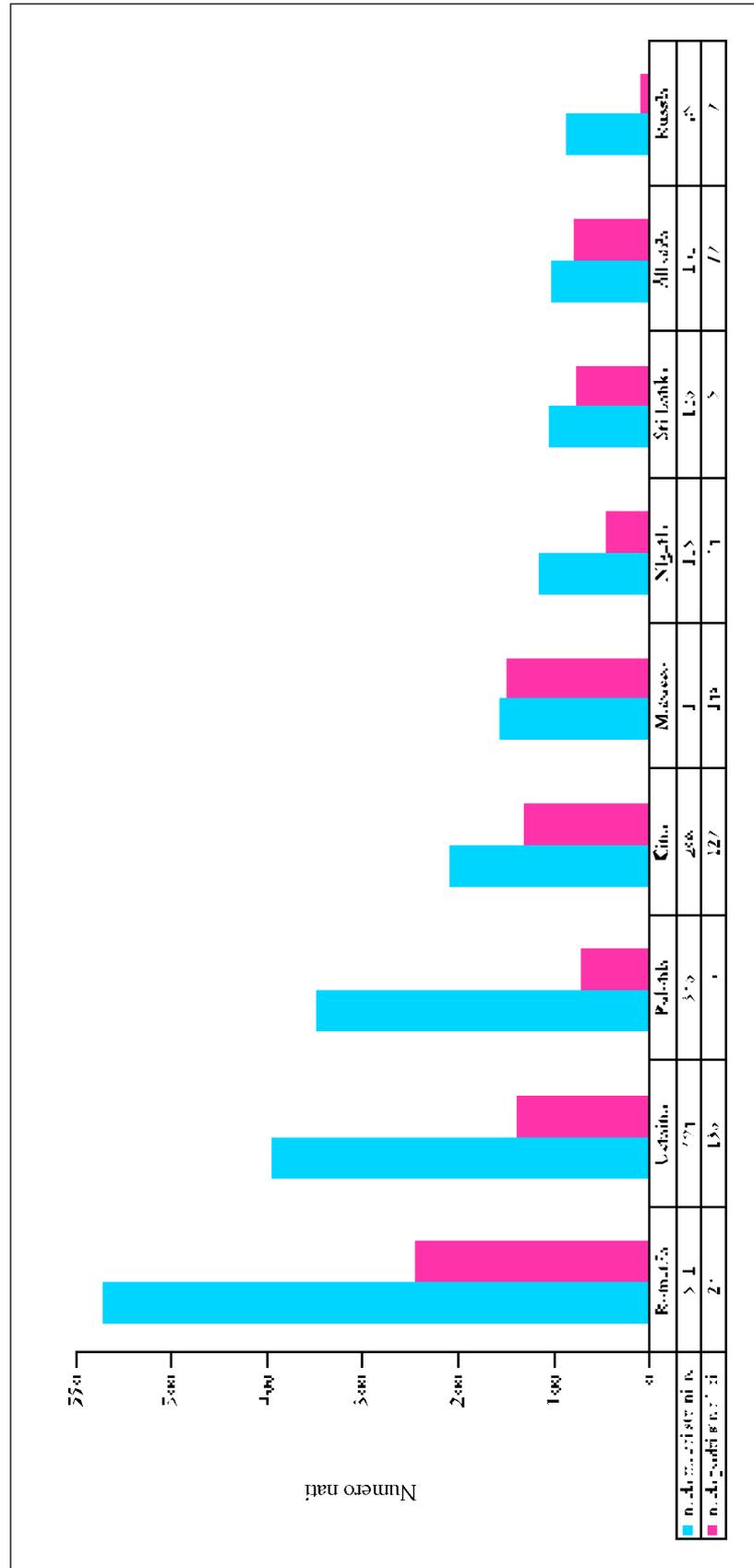
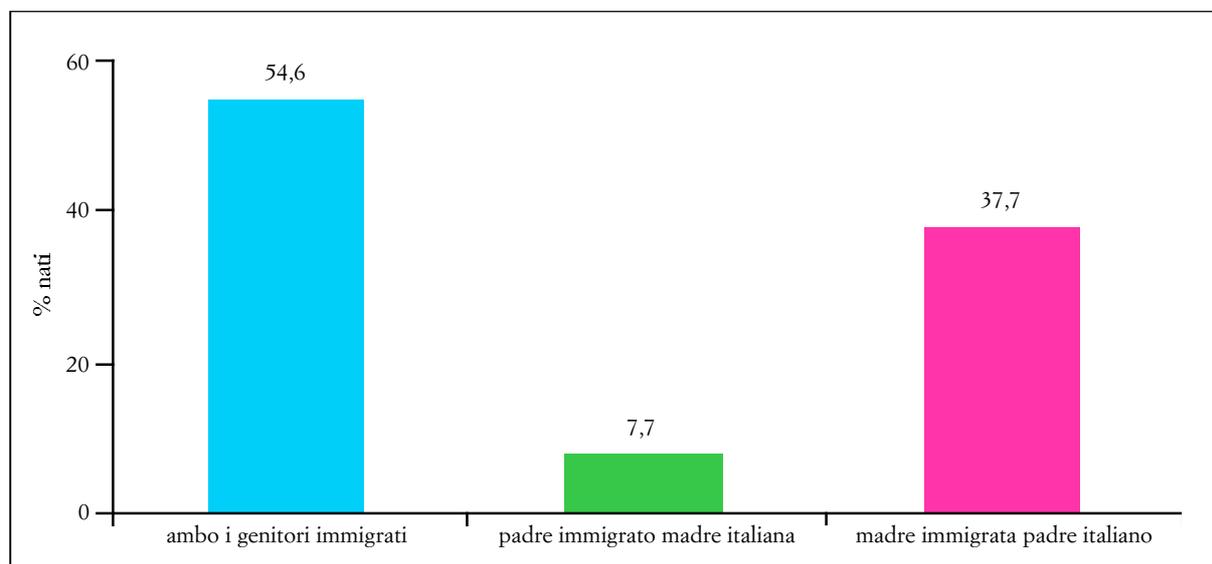


Figura 9
NATI DA ALMENO UN GENITORE IMMIGRATO *



* Dati relativi a 2.052 coppie con almeno un genitore straniero su 54.548 di cui si conosce la nazionalità.

Figura 10
DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DONNE ITALIANE E STRANIERE IN CAMPANIA PER CLASSE DI ETÀ
(ISTAT, ANNO 2007)

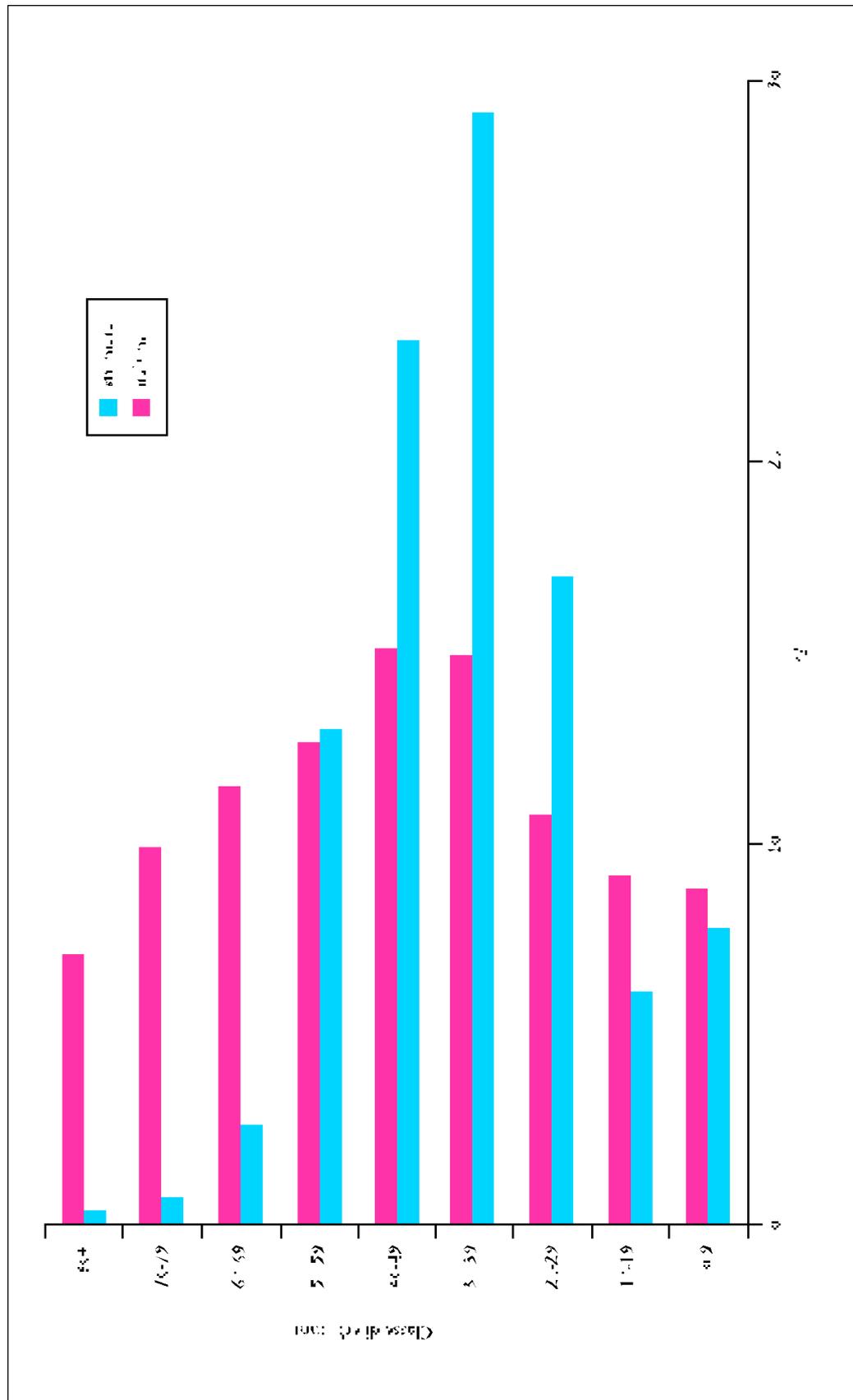


Tabella 5
CARATTERISTICHE MATERNE E NEONATALI PER CITTADINANZA MATERNA,
NATI SINGOLI

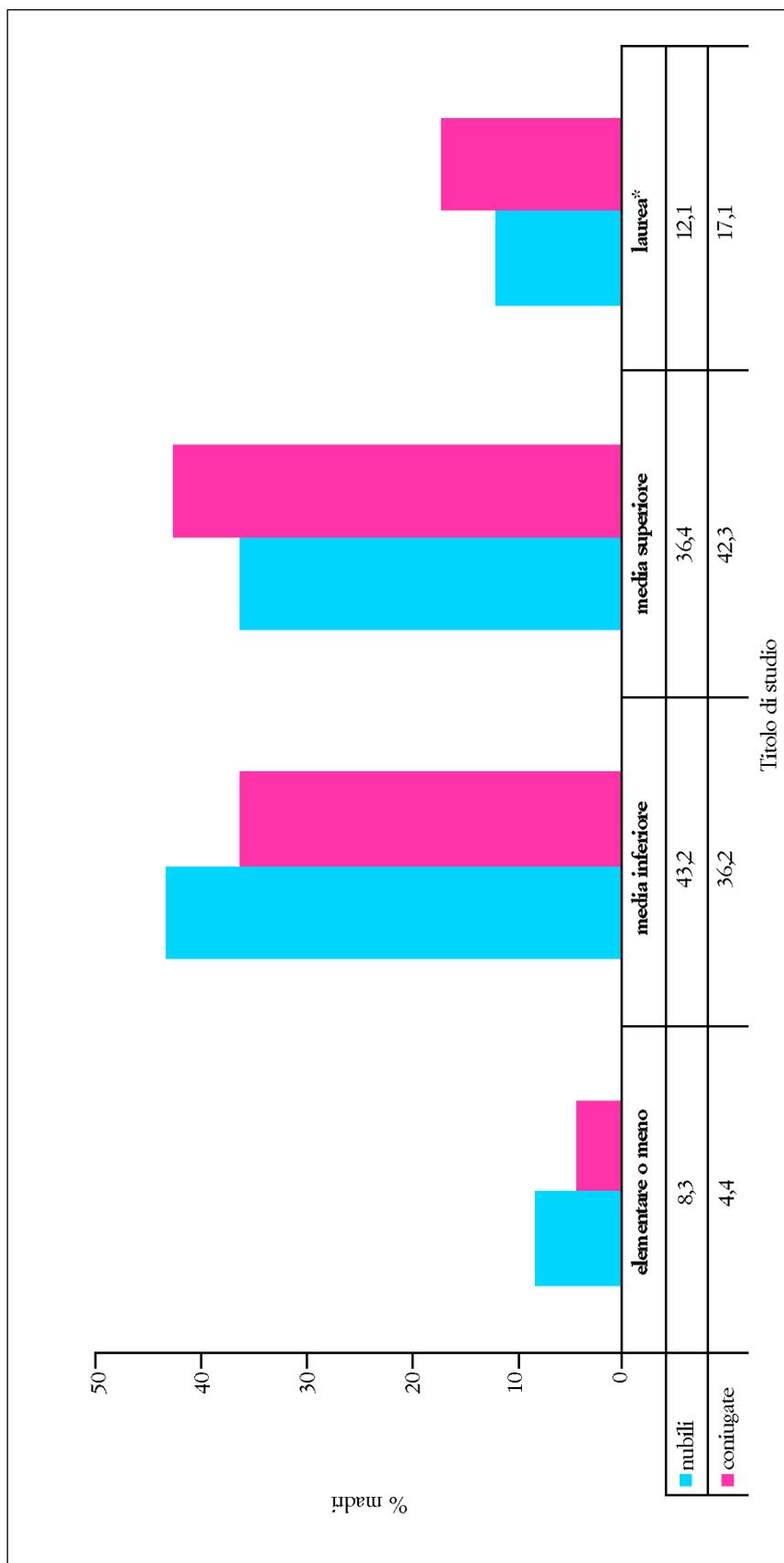
		ITALIANA	%	NON ITALIANA	%
Gruppi di età materna	< 20 anni	1.662	3,0	150	5,6
	20-34 anni	40.778	74,3	2.095	78,3
	> 34 anni	12.455	22,7	430	16,1
Ordine di nascita	primo figlio	27.296	49,6	1.488	55,4
	secondo figlio e oltre	27.702	50,4	1.198	44,6
Scolarità materna	elementare/media inf.	19.657	41,7	1.066	52,1
	livelli superiori	27.486	58,3	981	47,9
Stato civile	nubile	4.958	9,2	1.066	42,0
	coniugata	47.896	89,4	1.387	54,6
	altro	748	1,4	85	3,3
Età gestazionale	< 37 settimane	2.717	5,0	210	8,0
	37 settimane	51.689	95,0	2.411	92,0
Peso alla nascita	< 2.500 grammi	2.815	5,1	207	7,7
	2.500 grammi	51.884	94,9	2.464	92,3
Vitalità	nati vivi	54.656	99,8	2.664	99,6
	nati morti	114	0,2	12	0,4
Epoca della prima visita	11 settimane	44.036	85,3	1.774	74,7
	> 11 settimane	7.613	14,7	579	25,3

Tabella 6
NATI PER STATO CIVILE DELLA MADRE

ASL	Coniugata	%	Nubile	%	Altro *	%	Totale
Avellino 1	1.021	92,2	72	6,5	14	1,3	1.107
Avellino 2	2.261	90,8	197	7,9	33	1,3	2.491
Benevento	2.029	91,2	157	7,1	40	1,8	2.226
Caserta 1	2.913	90,8	248	7,7	46	1,4	3.207
Caserta 2	4.233	89,9	405	8,6	72	1,5	4.710
Napoli 1	8.195	82,9	1.549	15,7	141	1,4	9.885
Napoli 2	5.148	87,1	672	11,4	93	1,6	5.913
Napoli 3	3.845	90,8	350	8,3	40	0,9	4.235
Napoli 4	5.842	89,7	584	9,0	84	1,3	6.510
Napoli 5	5.762	87,8	716	10,9	81	1,2	6.559
Salerno 1	2.553	90,2	241	8,5	37	1,3	2.831
Salerno 2	4.412	87,3	536	10,6	104	2,1	5.052
Salerno 3	1.655	86,2	221	11,5	44	2,3	1.920
Campania	49.869	88,0	5.948	10,5	829	1,5	56.646

* Comprende: divorziate, separate, vedove.

Figura 11
LIVELLO DI ISTRUZIONE MATERNA PER STATO CIVILE



* Comprende diploma universitario e laurea.

Tabella 7
NATI PER LIVELLO DI ISTRUZIONE MATERNA

ASL	Elementare o meno	%	Media Inferiore	%	Media Superiore	%	Diploma Univers.	%	Laura	%	Totale
Avellino 1	21	2,1	309	30,6	493	48,8	59	5,8	129	12,8	1.011
Avellino 2	29	1,3	560	25,4	1.129	51,1	133	6,0	358	16,2	2.209
Benevento	55	2,6	689	32,3	956	44,9	85	4,0	345	16,2	2.130
Caserta 1	76	3,2	825	35,0	1.043	44,2	76	3,2	338	14,3	2.358
Caserta 2	249	6,2	1.722	42,9	1.571	39,1	107	2,7	369	9,2	4.018
Napoli 1	600	7,0	3.337	38,8	3.072	35,7	245	2,8	1.355	15,7	8.609
Napoli 2	353	6,6	2.083	39,0	2.259	42,3	176	3,3	475	8,9	5.346
Napoli 3	373	10,4	1.691	47,3	1.180	33,0	75	2,1	254	7,1	3.573
Napoli 4	258	4,7	2.226	40,8	2.200	40,3	147	2,7	626	11,5	5.457
Napoli 5	232	4,2	2.094	38,0	2.320	42,1	147	2,7	719	13,0	5.512
Salerno 1	58	2,3	941	37,7	1.075	43,1	69	2,8	353	14,1	2.496
Salerno 2	104	2,1	1.514	30,8	2.236	45,5	131	2,7	928	18,9	4.913
Salerno 3	42	2,2	615	32,6	955	50,6	36	1,9	240	12,7	1.888
Campania	2.450	4,9	18.606	37,6	20.489	41,4	1.486	3,0	6.489	13,1	49.520

Figura 12
LIVELLO DI ISTRUZIONE MATERNA: ANNI 2000-2008 (DATI CEDAP)

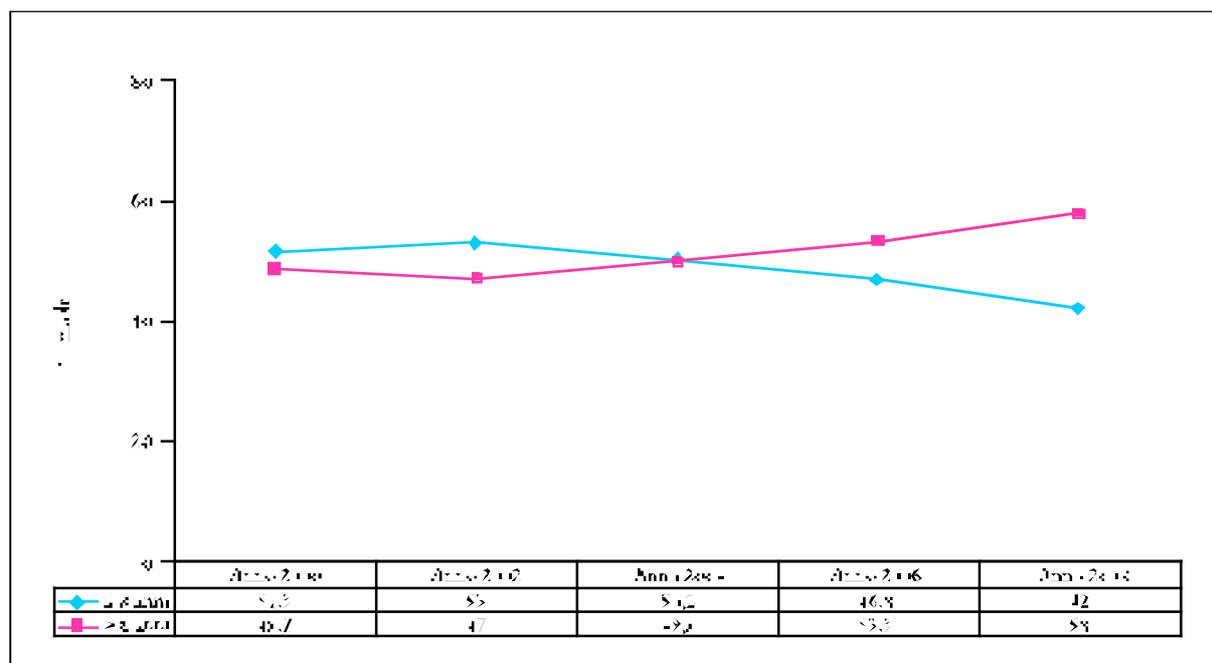


Tabella 8
NATI PER LIVELLO DI ISTRUZIONE PATERNA

ASL	Elementare o meno	%	Media Inferiore	%	Media Superiore	%	Diploma Universitario	%	Laurea	%	Totale
Avellino 1	18	1,9	329	33,8	490	50,4	32	3,3	103	10,6	972
Avellino 2	30	1,4	646	30,9	1.026	49,1	104	5,0	284	13,6	2.090
Benevento	43	2,1	737	35,7	963	46,7	54	2,6	265	12,9	2.062
Caserta 1	62	3,0	728	35,7	927	45,5	57	2,8	265	13,0	2.039
Caserta 2	201	5,5	1.651	44,9	1.423	38,7	93	2,5	310	8,4	3.678
Napoli 1	562	7,1	3.232	40,8	2.755	34,8	198	2,5	1.174	14,8	7.921
Napoli 2	309	6,6	1.997	42,5	1.885	40,1	140	3,0	370	7,9	4.701
Napoli 3	297	8,8	1.745	51,7	1.040	30,8	71	2,1	221	6,6	3.374
Napoli 4	216	4,2	2.222	43,4	2.087	40,7	134	2,6	465	9,1	5.124
Napoli 5	221	4,2	2.146	40,6	2.204	41,6	113	2,1	608	11,5	5.292
Salerno 1	64	2,7	972	40,8	1.002	42,1	67	2,8	277	11,6	2.382
Salerno 2	121	2,7	1.568	35,2	1.961	44,1	138	3,1	663	14,9	4.451
Salerno 3	53	2,9	707	39,0	846	46,7	37	2,0	169	9,3	1.812
Campania	2.197	4,8	18.680	40,7	18.609	40,5	1.238	2,7	5.174	11,3	45.898

Tabella 9
NATI PER CONDIZIONE LAVORATIVA MATERNA

ASL	Occupata	%	Altro *	%	Totale
Avellino 1	498	48,5	529	51,5	1.027
Avellino 2	1.087	48,3	1.165	51,7	2.252
Benevento	1.072	49,2	1.106	50,8	2.178
Caserta 1	1.136	39,9	1.714	60,1	2.850
Caserta 2	1.358	30,4	3.111	69,6	4.469
Napoli 1	3.165	33,0	6.422	67,0	9.587
Napoli 2	1.829	31,4	3.999	68,6	5.828
Napoli 3	992	23,9	3.152	76,1	4.144
Napoli 4	2.062	33,5	4.088	66,5	6.150
Napoli 5	2.088	34,6	3.943	65,4	6.031
Salerno 1	1.162	44,1	1.470	55,9	2.632
Salerno 2	2.495	50,4	2.457	49,6	4.952
Salerno 3	845	44,6	1.051	55,4	1.896
Campania	19.789	36,6	34.207	63,4	53.996

* Altro: tutte le condizioni diverse da "occupata".

Tabella 10
NATI PER CONDIZIONE LAVORATIVA PATERNA

ASL	Occupato	%	Altro *	%	Totale
Avellino 1	941	93,0	69	7,0	983
Avellino 2	1.980	93,6	135	6,4	2.115
Benevento	1.957	92,5	159	7,5	2.116
Caserta 1	2.278	91,9	201	8,1	2.479
Caserta 2	3.415	86,1	551	13,9	3.966
Napoli 1	6.429	77,7	1.847	22,3	8.276
Napoli 2	4.089	84,2	769	15,8	4.858
Napoli 3	2.772	79,2	728	20,8	3.500
Napoli 4	4.571	86,1	738	13,9	5.309
Napoli 5	4.810	85,9	790	14,1	5.600
Salerno 1	2.249	91,4	211	8,6	2.460
Salerno 2	4.205	93,7	282	6,3	4.487
Salerno 3	1.717	94,3	103	5,7	1.820
Campania	41.386	86,3	6.583	13,7	47.969

* Altro: tutte le condizioni diverse da "occupato".

Figura 13
ASL DELLA CAMPANIA PER NUMERO DI NATI (DIMENSIONE DELLE BOLLE),
PROPORZIONE DI PADRI NON OCCUPATI E DI MADRI CON ISTRUZIONE UGUALE O INFERIORE AD 8 ANNI

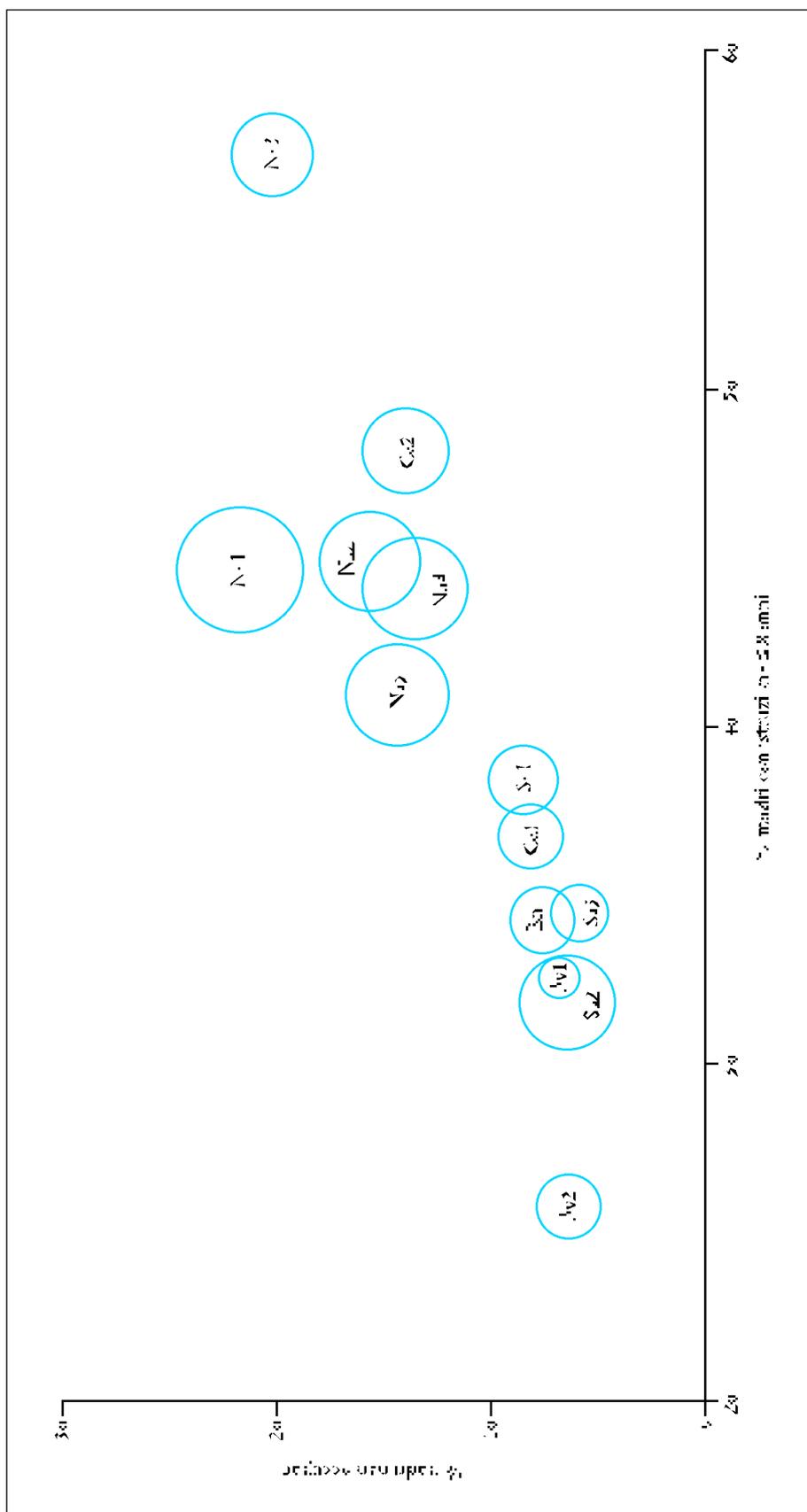


Tabella 11
NATI PER CLASSE DI ETÀ MATERNA

ASL	<18	%	18-19	%	20-29	%	30-34	%	35-39	%	40+	%	Totale
Avellino 1	10	0,9	12	1,1	402	36,2	393	35,4	235	21,2	58	5,2	1.110
Avellino 2	19	0,8	31	1,2	887	35,5	904	36,2	529	21,2	130	5,2	2.500
Benevento	15	0,7	32	1,4	785	34,7	827	36,6	483	21,4	117	5,2	2.259
Caserta 1	27	0,8	57	1,7	1.342	39,2	1.212	35,4	633	18,5	154	4,5	3.425
Caserta 2	34	0,7	100	2,0	2.173	44,1	1.655	33,6	787	16,0	176	3,6	4.925
Napoli 1	197	1,9	302	2,9	3.986	38,9	3.275	32,0	1.994	19,5	486	4,7	10.240
Napoli 2	63	1,0	110	1,8	2.465	41,0	2.085	34,7	1.077	17,9	213	3,5	6.013
Napoli 3	69	1,6	114	2,6	2.067	47,2	1.383	31,6	603	13,8	139	3,2	4.375
Napoli 4	58	0,9	121	1,8	2.877	43,5	2.242	33,9	1.104	16,7	207	3,1	6.609
Napoli 5	85	1,3	181	2,7	2.864	42,8	2.092	31,3	1.196	17,9	274	4,1	6.692
Salerno 1	24	0,8	57	2,0	1.198	41,7	991	34,5	486	16,9	116	4,0	2.872
Salerno 2	32	0,6	63	1,2	1.858	36,2	1.778	34,6	1.153	22,4	253	4,9	5.137
Salerno 3	3	0,2	24	1,2	738	38,2	673	34,9	396	20,5	97	5,0	1.931
Campania	636	1,1	1.204	2,1	23.642	40,7	19.510	33,6	10.676	18,4	2.420	4,2	58.088

Età media al parto: 30,3 anni

Italiane 30,3 anni; provenienti da nazioni a basso flusso migratorio 31,4 anni, da nazioni ad alto flusso migratorio 28,4 anni

Età media al primo figlio 28,7 anni

Nati da ambo i genitori adolescenti 223 (< 20 anni)

Nati da ambo i genitori minorenni 52 (< 18 anni)

Figura 14
NATI PER CLASSE DI ETÀ MATERNA: ANNI 1998-2008 (DATI CEDAP)

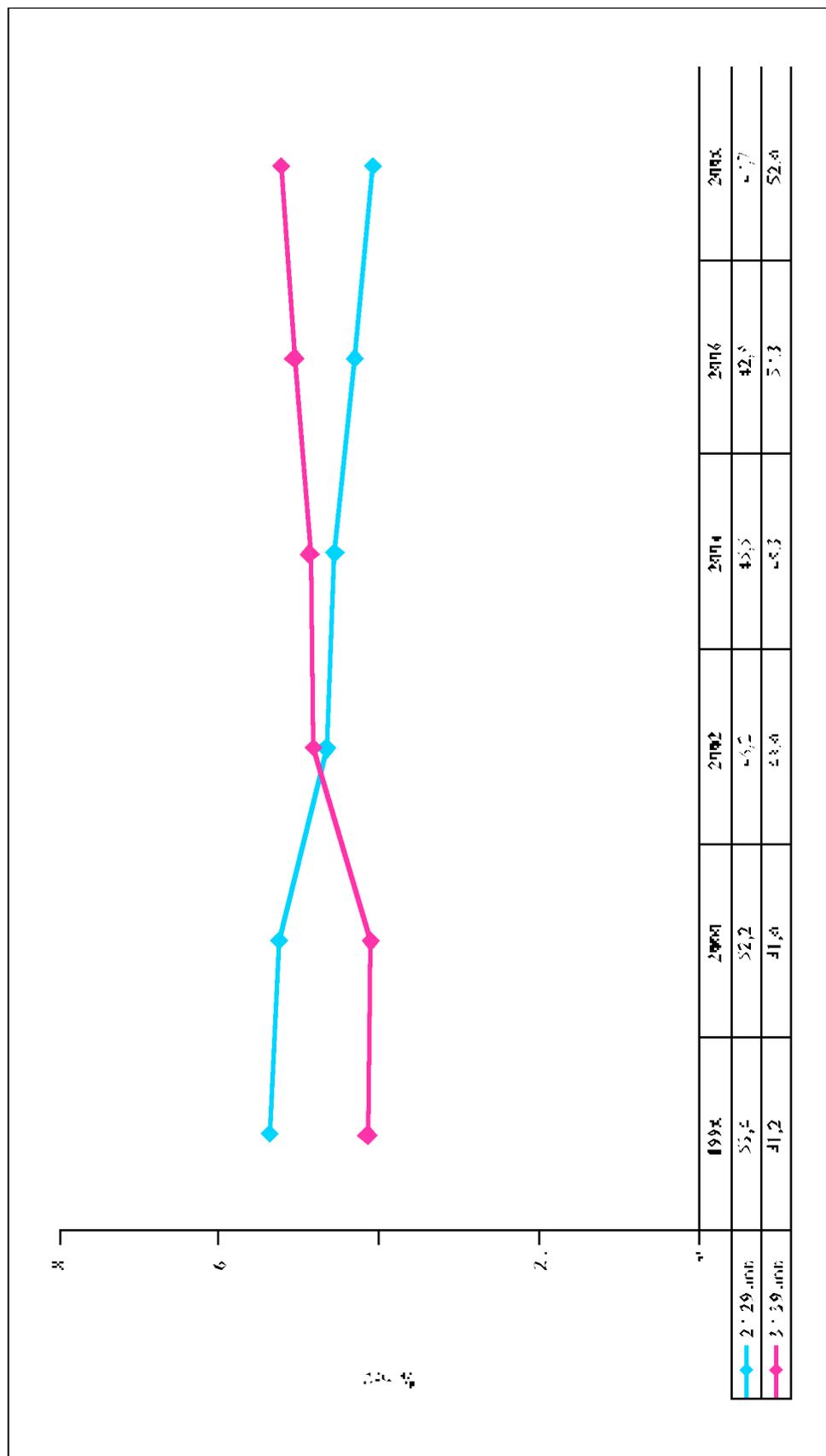


Tabella 12
NATI PER ORDINE DI NASCITA

ASL	1	%	2	%	3	%	> 3	%	Totale
Avellino 1	564	50,7	394	35,4	115	10,3	39	3,5	1.112
Avellino 2	1.405	56,1	837	33,4	195	7,8	67	2,7	2.504
Benevento	1.126	49,9	818	36,3	241	10,7	70	3,1	2.255
Caserta 1	1.812	54,2	1.108	33,2	334	10,0	87	2,6	3.341
Caserta 2	2.482	50,4	1.717	34,9	569	11,6	158	3,2	4.926
Napoli 1	5.234	51,0	3.509	34,2	1.157	11,3	355	3,5	10.255
Napoli 2	2.907	48,3	2.223	36,9	705	11,7	188	3,1	6.023
Napoli 3	2.008	45,9	1.564	35,7	614	14,0	192	4,4	4.378
Napoli 4	3.265	49,5	2.351	35,7	768	11,6	210	3,2	6.594
Napoli 5	3.125	46,7	2.477	37,0	886	13,2	210	3,1	6.698
Salerno 1	1.495	51,9	999	34,7	320	11,1	65	2,3	2.879
Salerno 2	2.656	51,5	1.843	35,8	531	10,3	123	2,4	5.153
Salerno 3	917	47,6	715	37,1	237	12,3	56	2,9	1.925
Campania	28.996	50,0	20.555	35,4	6.672	11,5	1.820	3,1	58.043

Tabella 13
NATI PER EPOCA DELLA PRIMA VISITA

ASL	< 8 sett.	%	8-11 sett.	%	> 11 sett.	%	TOTALE
Avellino 1	508	49,6	423	41,3	93	9,1	1.024
Avellino 2	769	33,9	1.259	55,6	238	10,5	2.266
Benevento	975	44,6	866	39,6	344	15,7	2.185
Caserta 1	1.420	48,0	1.284	43,4	253	8,6	2.957
Caserta 2	1.966	43,5	2.022	44,7	533	11,8	4.521
Napoli 1	2.780	29,7	4.375	46,7	2.207	23,6	9.362
Napoli 2	1.897	33,0	2.859	49,8	985	17,2	5.741
Napoli 3	1.953	48,0	1.578	38,8	534	13,1	4.065
Napoli 4	2.274	37,1	3.020	49,3	830	13,6	6.124
Napoli 5	2.191	34,9	2.840	45,2	1.247	19,9	6.278
Salerno 1	839	30,5	1.684	61,2	230	8,4	2.753
Salerno 2	2.057	41,4	2.452	49,3	464	9,3	4.973
Salerno 3	1.020	53,9	706	37,3	167	8,8	1.893
Campania	20.649	38,1	25.368	46,9	8.125	15,0	54.142

Donne che non hanno eseguito visite 1.722 (3%)
 Donne che hanno eseguito tra 1 e 4 visite 12.166 (21%)
 Donne che hanno eseguito più di 4 visite 44.093 (76%)
 su un totale di 57.927

Tabella 14
CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DEI GENITORI E EPOCA DELLA PRIMA VISITA

	11 SETTIMANE	%	> 11 SETTIMANE	%	RR	I.C. 95%
Età materna	< 20 anni	1.326	403	23,3	1,55	1,39-1,73
	20-34 anni	35.616	6.275	15,0	1	
	> 34 anni	10.770	1.797	14,3	0,95	0,90-1,00
Ordine di nascita	primo figlio	23.736	4.078	14,7	1	
	secondo figlio e oltre	24.100	4.423	15,5	1,05	1,02-1,09
Cittadinanza materna	italiana	45.651	7.830	14,6	1	
	non italiana	1.833	605	24,8	1,70	1,55-1,85
Scolarità materna	elementare/media inferiore	17.016	3.847	18,4	1,32	1,28-1,37
	livelli superiori	24.914	4.016	13,9	1	
Condizione lavorativa paterna	occupato	36.028	5.754	13,8	1	
	non occupato	4.839	1.631	25,2	1,83	1,73-1,93

Tabella 15

CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DEI GENITORI E NUMERO DI VISITE, NATI SINGOLI

CARATTERISTICHE	1-4 VISITE	%	> 4 VISITE	%	RR	I.C. 95%
Classe di età materna	< 20 anni	470	1.221	27,8	1,28	1,15-1,42
	20-34 anni	8.747	31.620	21,7	1	
	> 34 anni	2.522	9.536	20,9	0,96	0,92-1,00
Ordine di nascita	primo figlio	5.655	21.089	21,1	1	
	secondo figlio e oltre	6.115	21.399	22,2	1,05	1,02-1,08
Cittadinanza materna	italiana	10.948	40.549	21,3	1	
	non italiana	689	1.672	29,2	1,37	1,26-1,49
Scolarità materna	elementare/media inferiore	5.005	15.009	25,0	1,24	1,20-1,28
	livelli superiori	5.563	22.180	20,1	1	
Condizione lavorativa materna	occupato	8.269	31.902	20,6	1	
	non occupato	1.821	4.341	29,6	1,44	1,36-1,51

Tabella 16
NUMERO DI ECOGRAFIE, NATI SINGOLI

ASL	0	%	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	6+	%	TOTALE
Avellino 1	1	0,1	6	0,9	12	1,2	178	18,1	163	16,5	117	11,9	506	51,3	986
Avellino 2	4	0,2	6	0,3	16	0,7	422	19,4	367	16,9	282	13,0	1.074	49,5	2.171
Benevento	5	0,2	3	0,1	19	0,9	419	20,0	442	21,1	322	15,4	881	42,1	2.091
Caserta 1	4	0,1	13	0,5	22	0,8	303	10,9	394	14,2	380	13,7	1.657	59,8	2.773
Caserta 2	10	0,2	21	0,5	62	1,4	316	7,2	468	10,7	652	14,9	2.859	65,2	4.388
Napoli 1	18	0,2	31	0,3	101	1,1	812	8,8	1.516	16,5	865	9,4	5.870	63,7	9.213
Napoli 2	5	0,1	38	0,7	221	3,9	508	8,9	1.008	17,8	828	14,6	3.069	54,1	5.677
Napoli 3	5	0,1	10	0,3	78	2,0	254	6,5	517	13,2	469	11,9	2.597	66,1	3.930
Napoli 4	5	0,1	16	0,3	55	0,9	629	10,6	792	13,3	927	15,6	3.513	59,2	5.937
Napoli 5	2	0,0	8	0,1	161	2,6	585	9,6	647	10,6	1.033	16,9	3.680	60,2	6.116
Salerno 1	2	0,1	4	0,1	52	1,9	199	7,4	203	7,5	368	13,7	1.863	69,2	2.291
Salerno 2	4	0,1	9	0,2	42	0,9	356	7,4	363	7,5	821	17,0	3.243	67,0	4.838
Salerno 3	6	0,3	3	0,2	121	6,6	399	21,6	154	8,3	286	15,5	876	47,5	1.845
Campania	71	0,1	171	0,3	962	1,8	5.380	10,2	7.034	13,4	7.350	14,0	31.688	60,2	52.656

Numero medio di ecografie: 6,0 per le italiane; 5,2 per le immigrate

Donne con un numero di ecografie < 3 e prima visita > 11 settimane: 377

Numero medio di ecografie in gravidanze interrotte a meno di 37 settimane: 5,9

Numero medio di ecografie in gravidanze a termine: 6,0

Tabella 17
FREQUENZA DELL'AMNIOCENTESI PER ETÀ MATERNA

	AMNIOCENTESI					
	Eseguita		Non eseguita		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
34 anni	2.912	6,7	40.841	93,3	43.753	77,5
35-36 anni	1.131	20,6	4.360	79,4	5.491	9,7
37 anni	2.298	31,9	4.907	68,1	7.205	12,8
Totale	6.341	11,2	50.108	88,8	56.449	100

Villocentesi: 184

Funicolocentesi: 143

Tabella 18
CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DEI GENITORI E INDAGINI INVASIVE DI DIAGNOSTICA PRENATALE

CARATTERISTICHE	ESEGUITA *	%	NON ESEGUITA	%
Classe di età materna	< 20 anni	44	1.651	97,4
	20-34 anni	3.031	37.644	92,5
	> 34 anni	3.488	8.897	71,8
Ordine di nascita	primo figlio	2.885	24.058	89,3
	secondo figlio e oltre	3.703	24.233	86,7
Scolarità materna	elementare/media inferiore	1.480	18.976	92,8
	livelli superiori	4.724	23.627	83,3
Cittadinanza materna	italiana	6.425	45.613	87,7
	non italiana	117	2.342	95,2
Stato civile	nubile	629	5.103	89,0
	coniugata	5.746	41.722	87,9
Condizione lavorativa paterna	occupato	5.579	35.104	86,3
	non occupato	401	5.999	93,7

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

Figura 15
MOBILITÀ INTRAREGIONALE PER LA PROCREAZIONE ASSISTITA

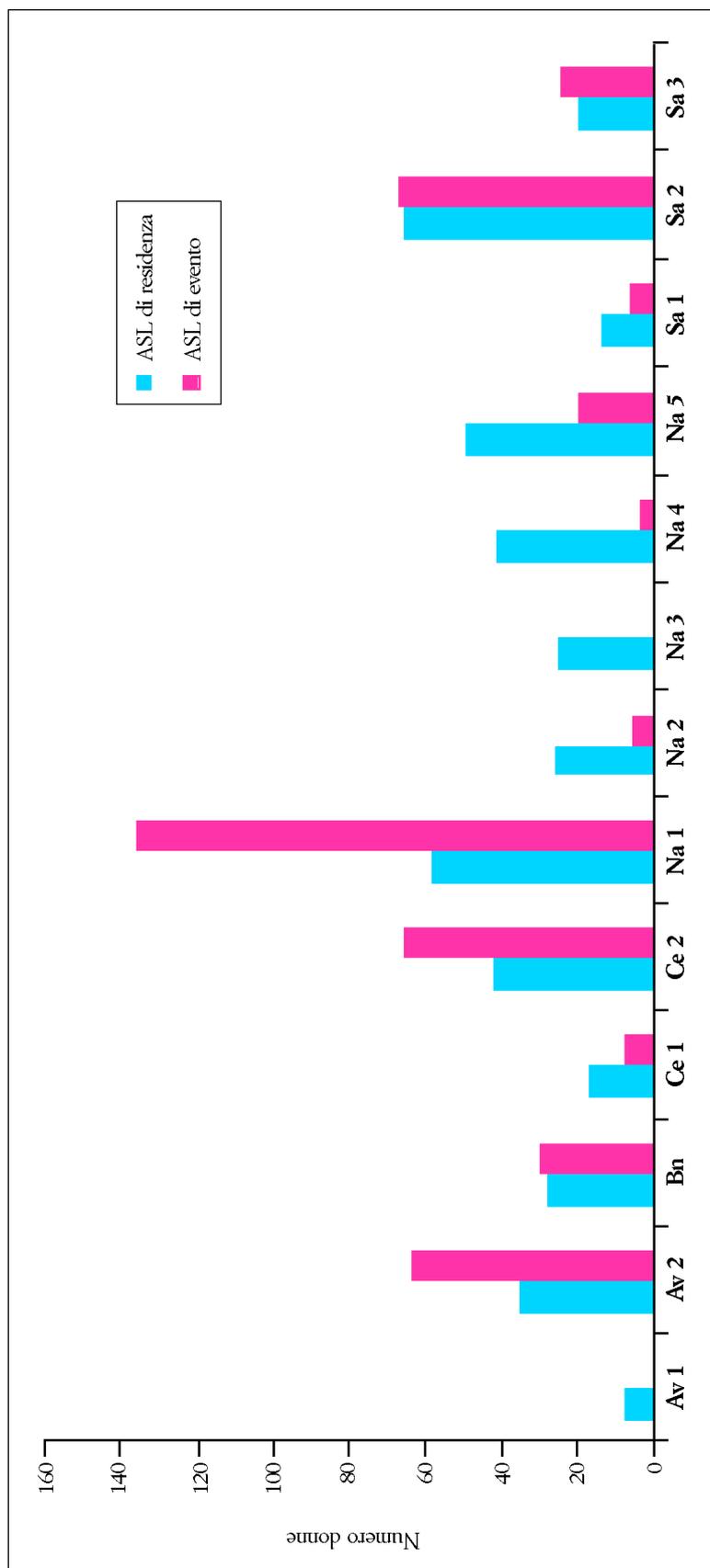


Figura 16
DISTRIBUZIONE PER GENERE DEI NATI DA PROCREAZIONE ASSISTITA, ANNI 2006-2008 (DATI CEDAP)

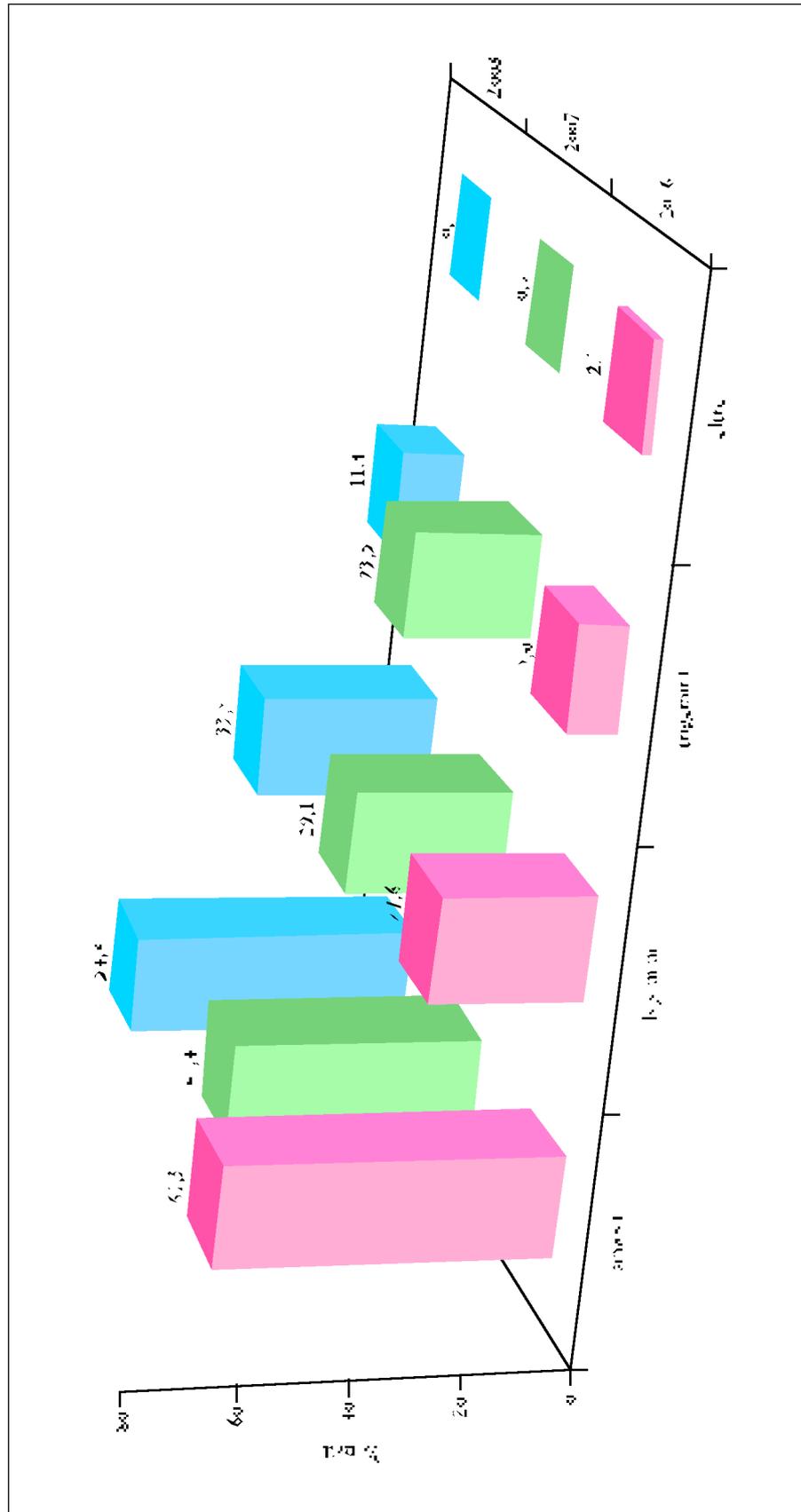


Tabella 19
NATI DA PROCREAZIONE ASSISTITA PER RESIDENZA MATERNA

Residenza	Nati	%	TOTALE
Provincia di Avellino	42	12,8	3.286
Provincia di Benevento	27	12,2	2.206
Provincia di Caserta	59	7,7	7.670
Comune di Napoli	58	5,9	9.839
Provincia di Napoli	141	6,1	23.064
Provincia di Salerno	97	10,2	9.551
Campania	424	7,6	55.616

METODO UTILIZZATO PER LA PROCREAZIONE ASSISTITA

Metodo	N.	%
Farmacologico	72	17,6
IUI	20	4,9
GIFT	2	0,5
FIVET	174	42,4
ICSI	93	22,7
Altro	49	11,9
Totale	410	100

Età media delle madri: 33,1 anni

Età media dei padri: 36,8 anni

Tabella 20
NATI PER VITALITÀ E RESIDENZA MATERNA

PROVINCE	TOTALE NATI	NATI MORTI	TASSO ‰	I.C. AL 95%
Avellino	3.617	6	1,7	0,60 - 1,65
Benevento	2.252	6	2,7	0,97 - 5,79
Caserta	8.177	19	2,3	1,39 - 3,62
Napoli	33.834	90	2,7	2,13 - 3,26
Salerno	9.941	20	2,0	1,22 - 3,10
Campania (*)	57.821	141	2,4	2,05 - 2,87

(*) Il tasso di natimortalità della Campania è pari a 2,5 se si tiene conto dei 6 nati morti di cui non è nota la residenza materna.

Tabella 21
FATTORI DI RISCHIO PER NATIMORTALITÀ NEI NATI SINGOLI

		TOTALE	NATI MORTI	TASSO %	RR	I.C. 95%
Età gestazionale	< 37 settimane	2.879	82	28,5	36,9	32,2-42,16
	37 settimane	54.383	42	0,8	1	
Peso alla nascita	< 2.500 grammi	3.150	80	25,4	31,5	27,3-36,2
	2.500 grammi	54.614	44	0,8	1	
Gruppi di età materna	< 20 anni	1.826	3	1,6	0,8	0,25-2,42
	20-34 anni	42.969	90	2,1	1	
	35 anni	12.923	36	2,8	1,3	0,95-1,84
Cittadinanza materna	non italiana	2.765	13	4,7	2,3	1,32-3,83
	italiana	54.656	114	2,1	1	
Scolarità materna	elementare/media inf.	20.740	60	2,9	2,0	1,57-2,58
	livelli superiori	28.581	41	1,4	1	
Stato civile della madre	nubile	6.095	16	2,6	1,2	0,74-1,99
	coniugata	49.376	106	2,1	1	

Tabella 22
NATI PER CLASSE DI ETÀ GESTAZIONALE

ASL	< 37 settimane		37-41 settimane		> 41 settimane		Totale
	N.	%	N.	%	N.	%	
Avellino 1	79	7,1	990	89,6	36	3,3	1.105
Avellino 2	171	6,9	2.249	91,1	49	2,0	2.469
Benevento	182	8,1	2.014	89,8	46	2,1	2.242
Caserta 1	184	5,7	3.008	92,9	46	1,4	3.238
Caserta 2	294	6,1	4.466	92,6	64	1,3	4.824
Napoli 1	660	6,6	9.318	92,5	93	0,9	10.071
Napoli 2	377	6,3	5.513	92,3	82	1,4	5.972
Napoli 3	302	7,0	3.950	91,9	46	1,1	4.298
Napoli 4	444	6,8	5.999	91,9	88	1,3	6.531
Napoli 5	416	6,2	6.168	92,5	87	1,3	6.671
Salerno 1	171	6,0	2.670	93,1	27	0,9	2.868
Salerno 2	374	7,3	4.716	92,0	38	0,7	5.128
Salerno 3	126	6,6	1.764	92,0	28	1,5	1.918
Campania	3.780	6,6	52.825	92,1	730	1,3	57.335

Tabella 23
NATI PER GENERE, TIPO DI PARTO E CLASSE DI ETÀ GESTAZIONALE

TIPO PARTO	CLASSI DI ETÀ GESTAZIONALE														
	< 28 settimane			28-31 settimane			32-36 settimane			37 settimane			TOTALE		
	N.	%		N.	%		N.	%		N.	%		N.	%	
Singoli	Vaginale	98	70,5	79	31,6	842	32,7	21.848	40,4	22.867	40,1				
	Cesareo	41	29,5	171	68,4	1.735	67,3	32.270	59,6	34.217	59,9				
	Totale	139	100	250	100	2.577	100	54.118	100	57.084	100				
Gemelli	Vaginale	22	51,2	21	24,1	69	8,5	67	8,0	179	10,1				
	Cesareo	21	48,8	66	75,9	744	91,5	767	92,0	1.598	89,9				
	Totale	43	100	87	100	813	100	834	100	1.777	100				

Tabella 24

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

	NATI VIVI				NATI MORTI				TOTALE		
	Singoli		Plurimi		Singoli		Plurimi				
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	
Età gestazionale (settimane)	27	113	0,2	41	2,3	22	17,7	2	13,3	178	0,3
	28-31	218	0,4	80	4,5	28	22,6	4	26,7	330	0,6
	32-36	2.548	4,4	815	45,8	32	25,8	5	33,3	3.400	5,7
	37-41	53.621	93,6	844	47,4	40	32,3	4	26,7	54.509	92,1
	> 41	762	1,3	0	0,0	0	1,6	0	0,0	764	1,3
	Totale	57.262	100	1.780	100	124	100	15	100	59.181	100
Peso (grammi)	250-499	20	0,0	3	0,2	9	7,3	1	7,7	33	0,1
	500-999	126	0,2	44	2,4	23	18,5	2	15,4	195	0,3
	1.000-1.499	191	0,3	94	5,2	18	14,5	3	23,1	306	0,5
	1.500-2.499	2.813	4,9	917	50,9	30	24,2	5	38,5	3.765	6,3
	2.500-3.999	52.283	90,5	736	40,9	38	30,6	2	15,4	53.059	88,9
	> 3.999	2.331	4,0	6	0,3	6	4,8	0	0,0	2.343	3,9
	Totale	57.764	100	1.800	100	124	100	13	100	59.701	100

Tabella 25
NATI PER PRESENTAZIONE E GENERE DEL PARTO

PRESENTAZIONE	SINGOLI		PLURIMI		TOTALE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Vertice	54.588	96,0	1.439	81,3	56.027	95,5
Podice	1.847	3,2	318	18,0	2.165	3,7
Altre	449	0,8	14	0,8	463	0,8
Totale	56.884	100	1.771	100	58.655	100

Tabella 26
NATI PER CLASSE DI PESO

ASL	<1000	%	1000 ÷ 1499	%	1500 ÷ 2499	%	2500 ÷ 3999	%	4000	%	Totale
Avellino 1	1	0,1	5	0,4	72	6,5	984	88,4	51	4,6	1.113
Avellino 2	4	0,2	14	0,6	126	5,0	2.246	89,6	116	4,6	2.506
Benevento	13	0,6	21	0,9	128	5,7	1.977	87,6	117	5,2	2.256
Caserta 1	8	0,2	8	0,2	218	6,4	3.049	89,3	131	3,8	3.414
Caserta 2	19	0,4	32	0,7	305	6,2	4.365	89,0	182	3,7	4.903
Napoli 1	35	0,3	42	0,4	683	6,7	9.081	89,1	347	3,4	10.188
Napoli 2	17	0,3	27	0,5	379	6,3	5.348	89,3	216	3,6	5.987
Napoli 3	21	0,5	22	0,5	304	7,0	3.853	88,4	158	3,6	4.358
Napoli 4	25	0,4	36	0,5	405	6,1	5.885	89,3	240	3,6	6.591
Napoli 5	27	0,4	36	0,5	376	5,6	5.943	89,1	288	4,3	6.670
Salerno 1	13	0,5	14	0,5	173	6,0	2.536	88,5	128	4,5	2.864
Salerno 2	31	0,6	25	0,5	335	6,5	4.549	88,5	202	3,9	5.142
Salerno 3	8	0,4	12	0,6	119	6,2	1.704	88,4	85	4,4	1.928
Campania	222	0,4	294	0,5	3.623	6,3	51.520	89,0	2.261	3,9	57.920

Peso < 2.500 e età gestazionale > 36 settimane: 2.096

Peso > 2.500 e età gestazionale < 37 settimane: 1.735

Peso medio: maschi = 3.228 grammi, femmine = 3.100 grammi

Figura 17

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

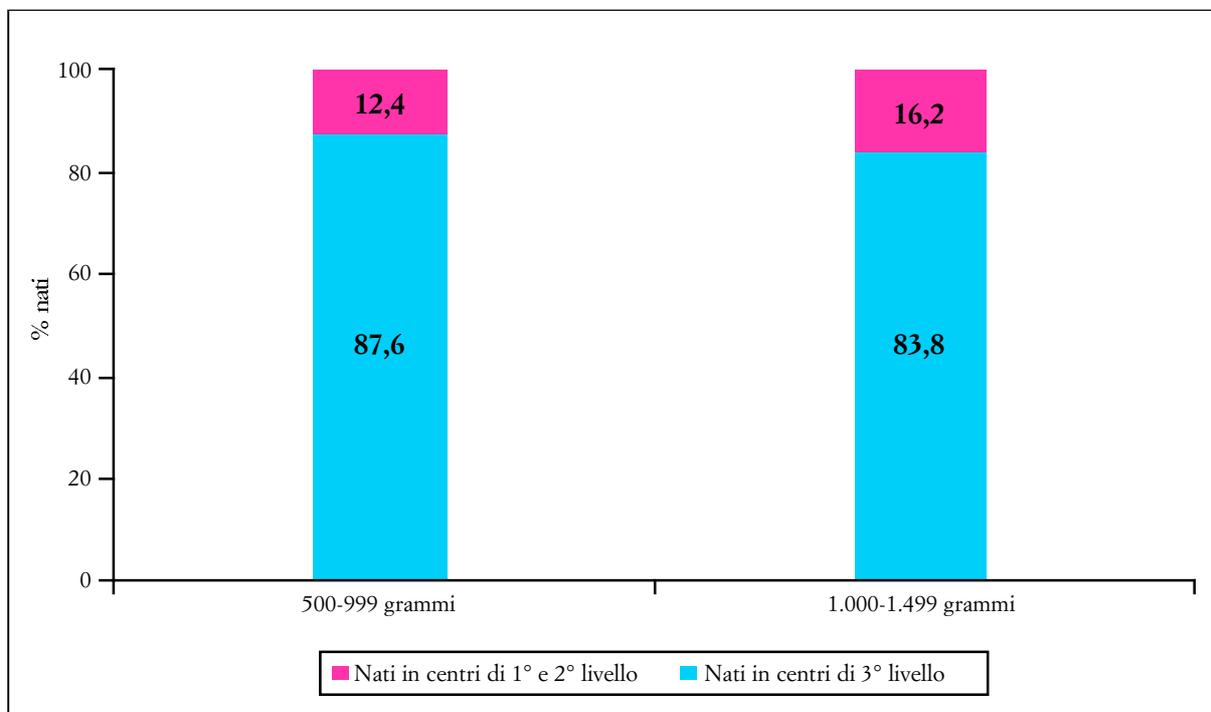


Tabella 27
FATTORI DI RISCHIO PER BASSO PESO, NATI SINGOLI

		TOTALE NATI	LBW	%	RR	I.C. 95%
Condizione lavorativa della madre	non occupata	33.913	1.763	5,2	1,17	1,07-1,26
	occupata	19.879	883	4,4	1	
Condizione lavorativa del padre	non occupato	6.463	352	5,4	1,17	1,04-1,31
	occupato	41.369	1.925	4,7	1	
Stato civile della madre	nubile	6.099	372	6,1	1,31	1,17-1,46
	coniugata	49.470	2.295	4,6	1	
Gruppi di età materna	< 20 anni	1.828	124	6,8	1,45	1,20-1,73
	20-34 anni	43.063	2.019	4,7	1	
	> 34 anni	12.943	694	5,4	1,14	1,04-1,24
Cittadinanza	non italiana	2.775	189	6,8	1,42	1,22-1,64
	italiana	54.755	2.632	4,8	1	
Scolarità materna	elementare/media inf.	20.807	1.174	5,6	1,31	1,21-1,41
	livelli superiori	28.599	1.231	4,3	1	
Epoca della prima vista	> 11 settimane	8.250	470	5,5	1,15	1,03-1,27
	11 settimane	45.953	2.184	4,8	1	

Tabella 28
INDICE DI APGAR INFERIORE A 7 A 5 MINUTI E CARATTERISTICHE DEI NATI

	Apgar < 4		Apgar 4 - 6		Apgar 7	
	N.	%	N.	%	N.	%
Totale nati	47	0,8	266	4,5	58.654	994,7
GEMELLI	10	5,6	42	23,6	1.727	970,8
SINGOLI						
Maschi	37	0,7	223	3,9	56.445	995,4
Femmine	17	0,6	118	4,1	28.921	995,4
Totale	20	0,7	105	3,8	27.511	995,5
< 1.500	17	53,1	78	243,8	225	703,1
< 33 settimane	18	42,7	87	206,2	317	751,2
Parto vaginale *	4	0,2	47	2,2	21.124	997,6
Cesareo elezione *	5	0,2	20	1,0	20.318	998,8
Cesareo in travaglio *	1	0,1	14	1,6	8.671	998,3

* Nati a termine, di vertice.

Tabella 29
MOBILITÀ LEGATA AL PARTO NELLA REGIONE CAMPANIA

		ASL di evento															
		AV1	AV2	BN	CE1	CE2	NA1	NA2	NA3	NA4	NA5	SA1	SA2	SA3	Totale		
ASL di residenza		AV1	479	435	108	2	0	23	0	2	8	1	55	1	1.114		
		AV2	21	1.989	151	20	4	92	0	115	16	24	72	1	2.509		
		BN	28	126	1.821	186	6	69	0	5	6	1	9	1	2.259		
		CE1	0	58	70	2.687	269	251	7	30	28	4	4	1	3.440		
		CE2	0	76	16	990	2.564	829	181	48	22	3	9	3	4.941		
		NA1	0	53	7	37	65	9.252	20	266	315	22	15	10	10.258		
		NA2	0	27	3	40	99	3.359	21	53	38	6	5	1	6.024		
		NA3	0	29	4	295	300	2.148	715	661	50	6	4	2	4.379		
		NA4	0	452	11	251	65	1.866	11	3.104	434	350	32	2	6.618		
		NA5	0	72	4	17	7	1.246	2	381	4.775	154	28	3	6.700		
		SA1	0	62	2	5	5	65	0	148	435	1.703	454	0	2.879		
		SA2	1	205	10	4	2	127	1	29	68	542	4.077	86	5.154		
		SA3	1	66	2	2	1	22	0	3	3	5	311	1.514	1.931		
Totale		530	3.650	2.209	4.536	3.387	19.349	3.023	958	4.845	6.198	2.821	5.075	1.625	58.206		

Tabella 30
NATI PER TIPOLOGIA DELLA STRUTTURA DI NASCITA

ASL	STRUTTURE PUBBLICHE			STRUTTURE PRIVATE			TOTALE NATI
	N.	NATI	%	N.	NATI	%	
Avellino 1	2	549	100,0	0	0	0,0	549
Avellino 2	2	1.384	35,7	2	2.496	64,3	3.880
Benevento	2	2.289	100,0	0	0	0,0	2.289
Caserta 1	4	3.101	66,1	2	1.591	33,9	4.692
Caserta 2 *	3	2.023	55,9	3	1.599	44,1	3.622
Napoli 1	10	10.952	54,1	11	9.287	45,9	20.239
Napoli 2	3	1.975	63,6	2	1.129	36,4	3.104
Napoli 3	1	981	100,0	0	0	0,0	981
Napoli 4	2	647	13,0	5	4.329	87,0	4.976
Napoli 5	5	2.648	41,3	6	3.767	58,7	6.415
Salerno 1	4	2.934	100,0	0	0	0,0	2.934
Salerno 2	5	3.525	67,3	3	1.715	32,7	5.240
Salerno 3	3	1.271	70,7	1	528	29,3	1.799
Campania	46	34.279	56,5	35	26.441	43,5	60.720

* Una struttura privata non ha fornito dati.

Tabella 31

NATI PER DIMENSIONE E TIPOLOGIA DELLA STRUTTURA DI NASCITA

DIMENSIONE (NATI/ANNO)	STRUTTURE PUBBLICHE			STRUTTURE PRIVATE			TOTALE STRUTTURE		
	N.	NATI	%	N.	NATI	%	N.	NATI	%
< 500	18	6.460	18,8	10	3.261	12,3	28	9.721	16,0
500-999	17	12.938	37,7	17	11.871	44,9	34	24.809	40,9
1.000-1.499	9	10.977	32,0	6	7.366	27,9	15	18.343	30,2
1.500-1.999	1	1.640	4,8	1	1.737	6,6	2	3.377	5,6
2.000	1	2.264	6,6	1	2.206	8,3	2	4.470	7,4
Totale	46	34.279	100	35	26.441	100	81	60.720	100

Tabella 32
PRINCIPALI CARATTERISTICHE DEI NATI
NELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE

CARATTERISTICHE	STRUTTURE PUBBLICHE		STRUTTURE PRIVATE	
	N.	%	N.	%
Gemelli	1.118	3,3	715	2,7
Peso < 1.500 grammi	484	1,4	59	0,2
Età gestazionale < 34 sett.	537	1,6	113	0,4
Nati di podice	1.192	3,5	985	3,9
Nati da cesareo	17.814	52,2	18.540	72,0

Figura 18
CARATTERISTICHE MATERNE PER TIPO DI STRUTTURA

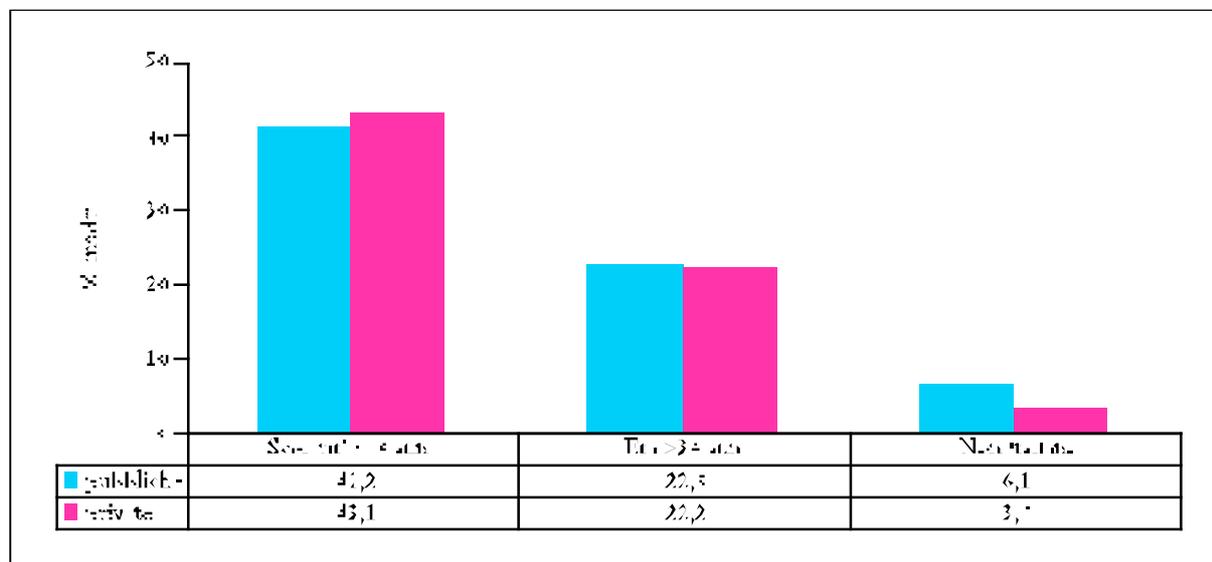


Figura 19
NATI DA TAGLIO CESAREO NELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE, ANNI 2002-2008 (DATI CEDAP)

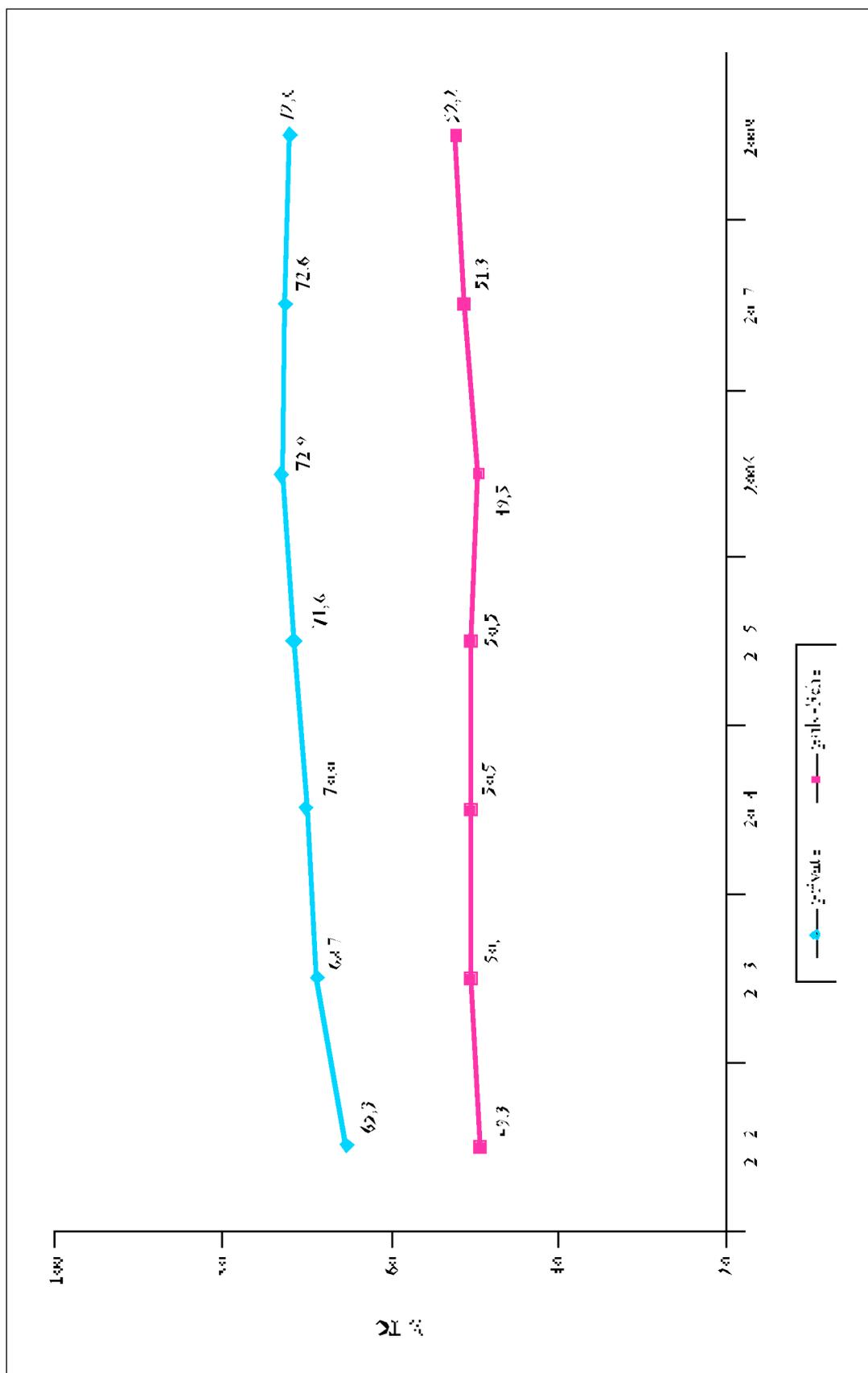


Tabella 33
NATI SINGOLI PER TIPO DI PARTO

ASL	Spontaneo		Cesareo di elezione		Cesareo in travaglio		Strumentale		Altro *		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Avellino 1	490	49,0	288	28,8	158	15,8	61	6,1	4	0,4	1.001	
Avellino 2	1.149	52,3	704	32,1	224	10,2	111	5,1	7	0,3	2.195	
Benevento	1.137	53,1	647	30,2	300	14,0	31	1,4	27	1,3	2.142	
Caserta 1	1.208	38,6	1.287	41,2	540	17,3	24	0,8	68	2,2	3.127	
Caserta 2	1.741	36,8	1.956	41,3	978	20,7	30	0,6	30	0,6	4.735	
Napoli 1	3.632	36,7	4.235	42,8	1.945	19,6	56	0,6	31	0,3	9.899	
Napoli 2	1.893	32,5	2.748	47,2	1.144	19,6	20	0,3	17	0,3	5.822	
Napoli 3	1.317	31,3	1.835	43,7	1.015	24,2	20	0,5	15	0,4	4.202	
Napoli 4	2.193	35,0	2.882	45,9	1.103	17,6	88	1,4	7	0,1	6.273	
Napoli 5	2.738	42,2	2.605	40,1	1.055	16,3	81	1,2	13	0,2	6.494	
Salerno 1	1.337	48,0	1.070	38,4	344	12,4	29	1,0	3	0,1	2.783	
Salerno 2	1.948	39,3	2.036	41,1	926	18,7	35	0,7	9	0,2	4.954	
Salerno 3	809	43,6	625	33,7	406	21,9	14	0,8	0	0,0	1.854	
Campania	21.592	38,9	22.918	41,3	10.138	18,3	600	1,1	231	0,4	55.479	

* Altro si intende cesareo dopo strumentale.

Figura 20
NUMERO DI NATI, PROPORZIONE DI CESAREI E DI VLBW
IN STRUTTURE CON E SENZA TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

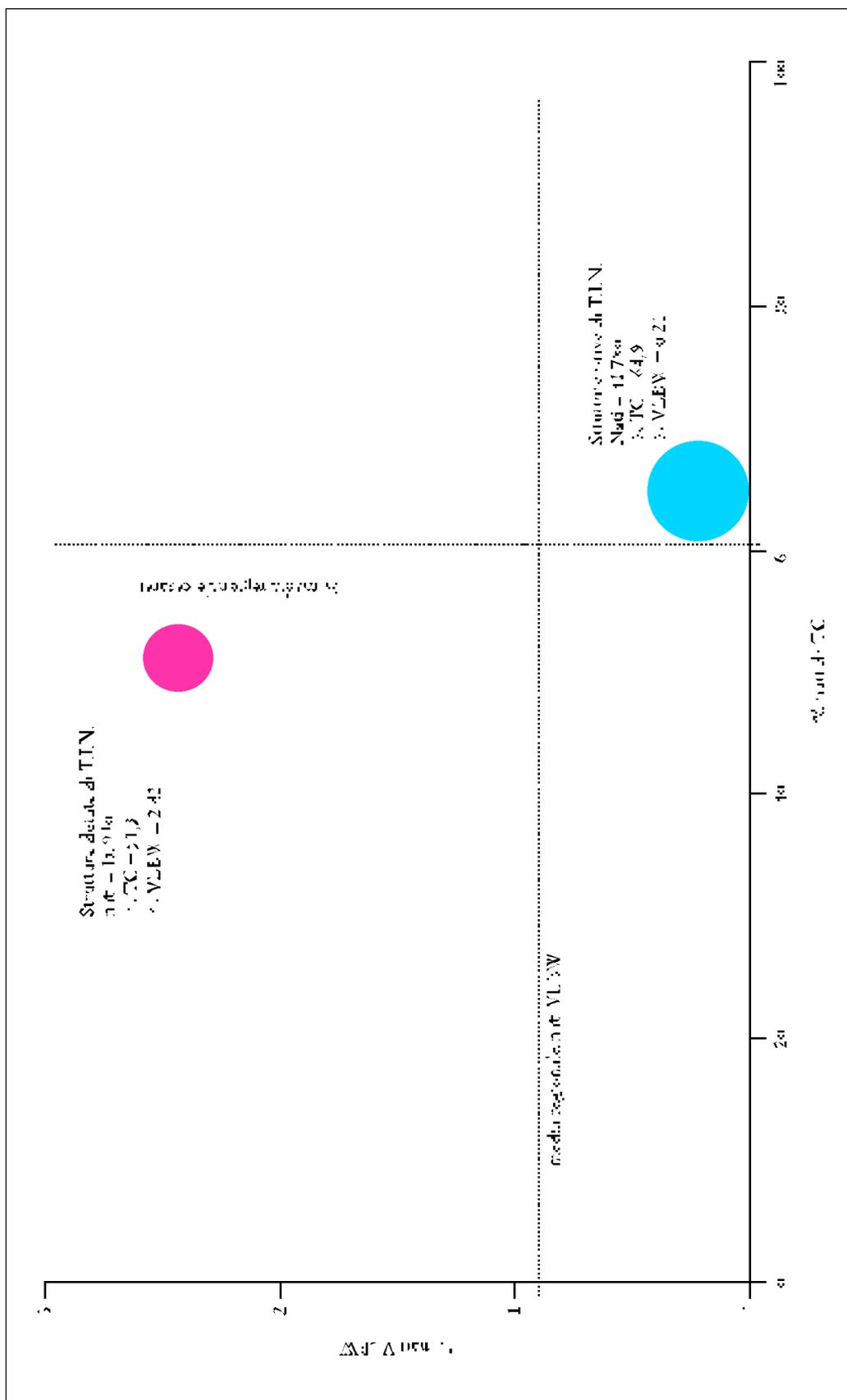


Figura 21
NATI DA TAGLIO CESAREO E DA PARTO VAGINALE PER ETÀ GESTAZIONALE

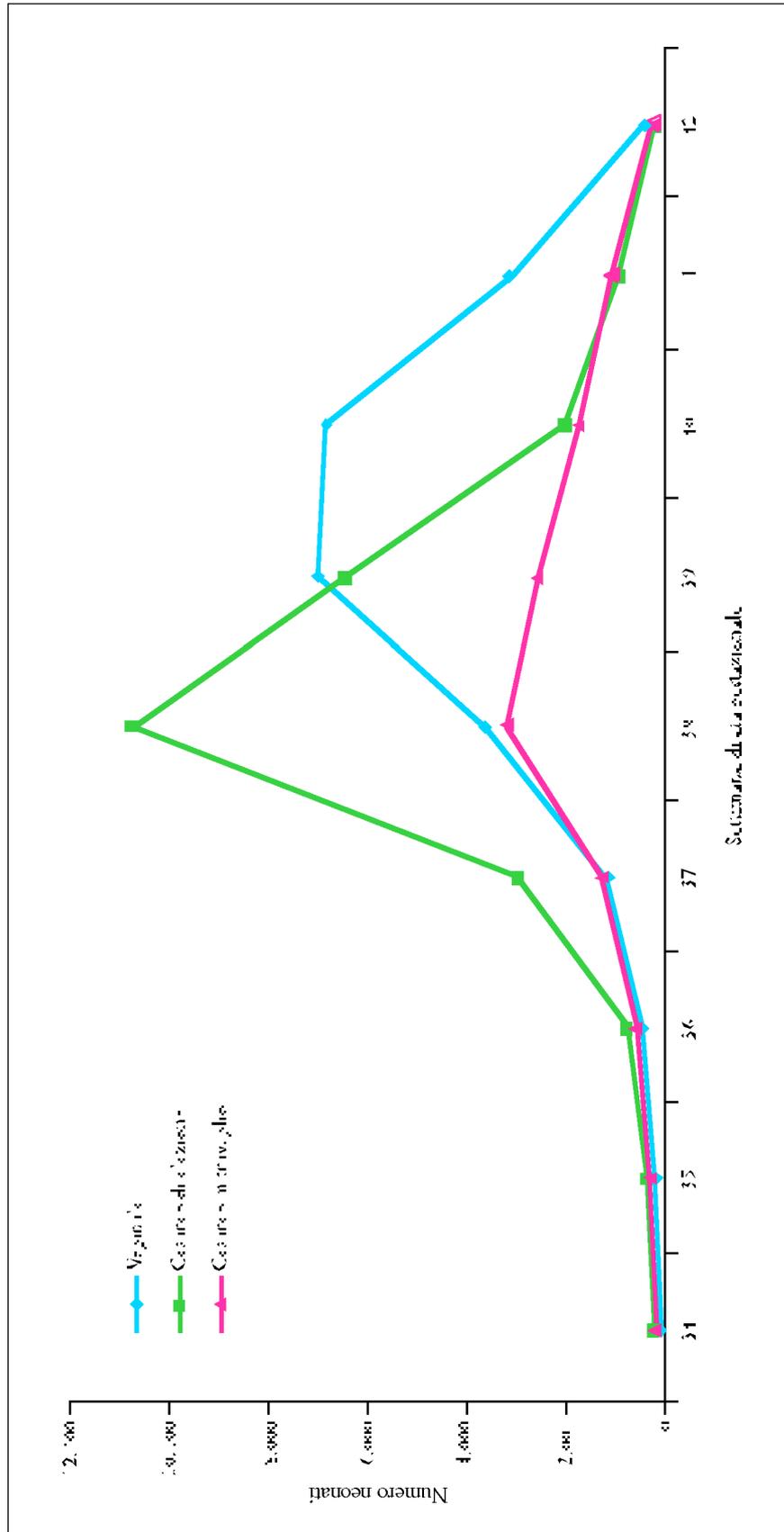


Figura 22
NATI DA TAGLIO CESAREO PER ORDINE DI NASCITA E CLASSE DI ETÀ MATERNA

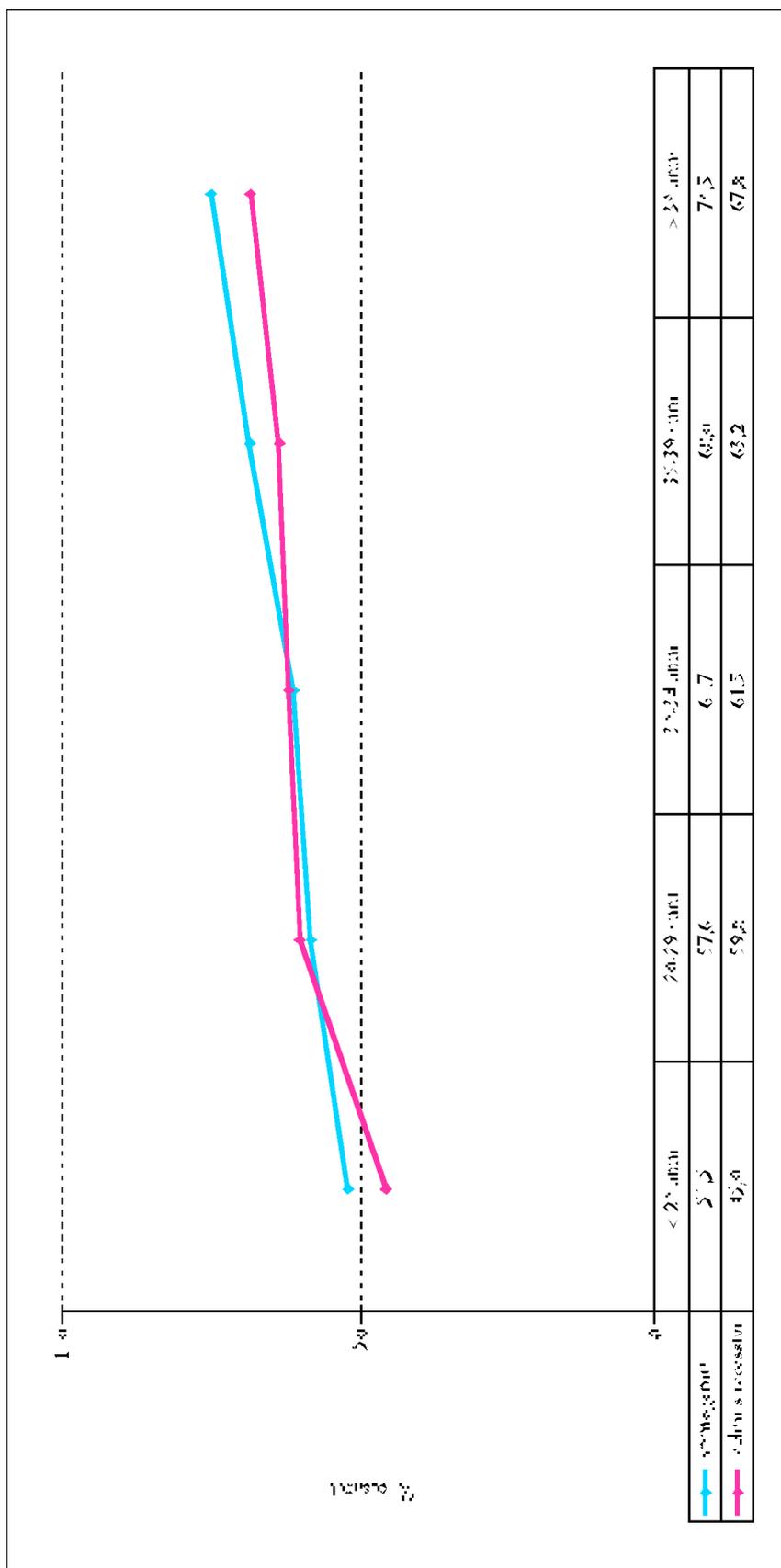


Tabella 34
FATTORI DI RISCHIO PER TAGLIO CESAREO NEI NATI SINGOLI

		NATI	NATI DA TC	%	R.R.	I.C. 95%
Età gestazionale	pretermine	2.966	1.947	65,6	1,10	1,05-1,15
	a termine	54.118	32.270	59,6	1	
Peso alla nascita	< 2.500 grammi	3.231	2.241	70,3	1,19	1,13-1,23
	2.500 grammi	54.258	32.131	59,2	1	
Presentazione	podice	1.847	1.760	95,3	1,64	1,56-1,72
	vertice	54.564	31.660	58,0	1	
Ordine di nascita	1	28.627	16.803	58,7	0,96	0,94-0,98
	2+	29.126	17.763	61,0	1	
Gruppi di età materna	< 20 anni	1.832	913	49,8	0,85	0,79-0,90
	20-34 anni	42.905	25.230	58,8	1	
	> 34 anni	12.853	8.335	64,8	1,10	1,07-1,13
Luogo del parto	privato	24.997	17.899	71,6	1,41	1,37-1,43
	pubblico	32.756	16.667	50,9	1	
Cittadinanza	non italiana	2.788	1.141	40,9	0,67	0,63-0,71
	italiana	54.500	33.211	60,9	1	

Figura 23
ETÀ MEDIA AL PARTO E TAGLIO CESAREO IN ITALIA E CAMPANIA, ANNI 1980-2006 (ISTAT)

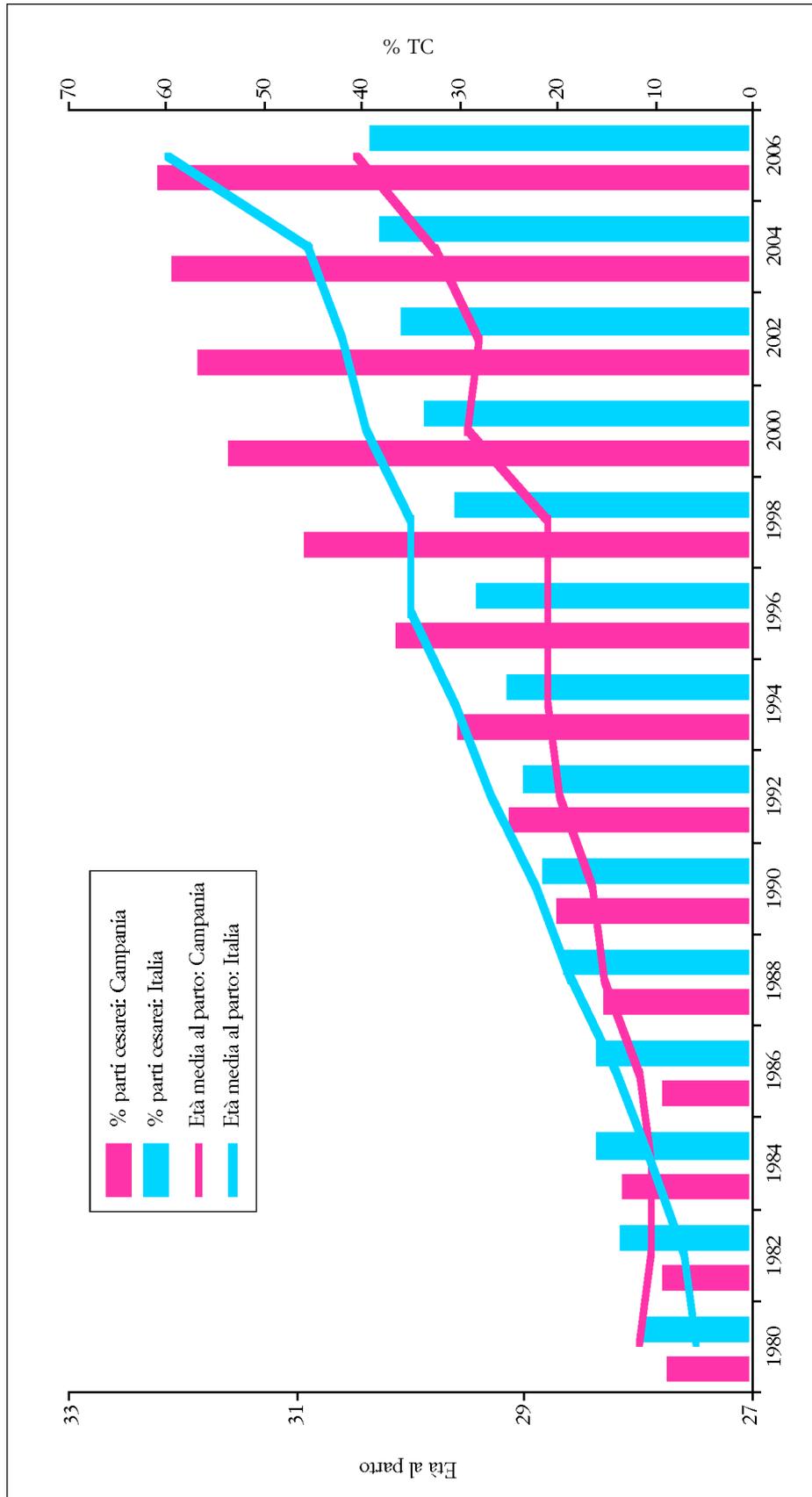


Figura 24
CONTRIBUTO PERCENTUALE AL TOTALE DEI PARTI E PROPORZIONE DI CESAREI NEI 10 GRUPPI DI ROBSON

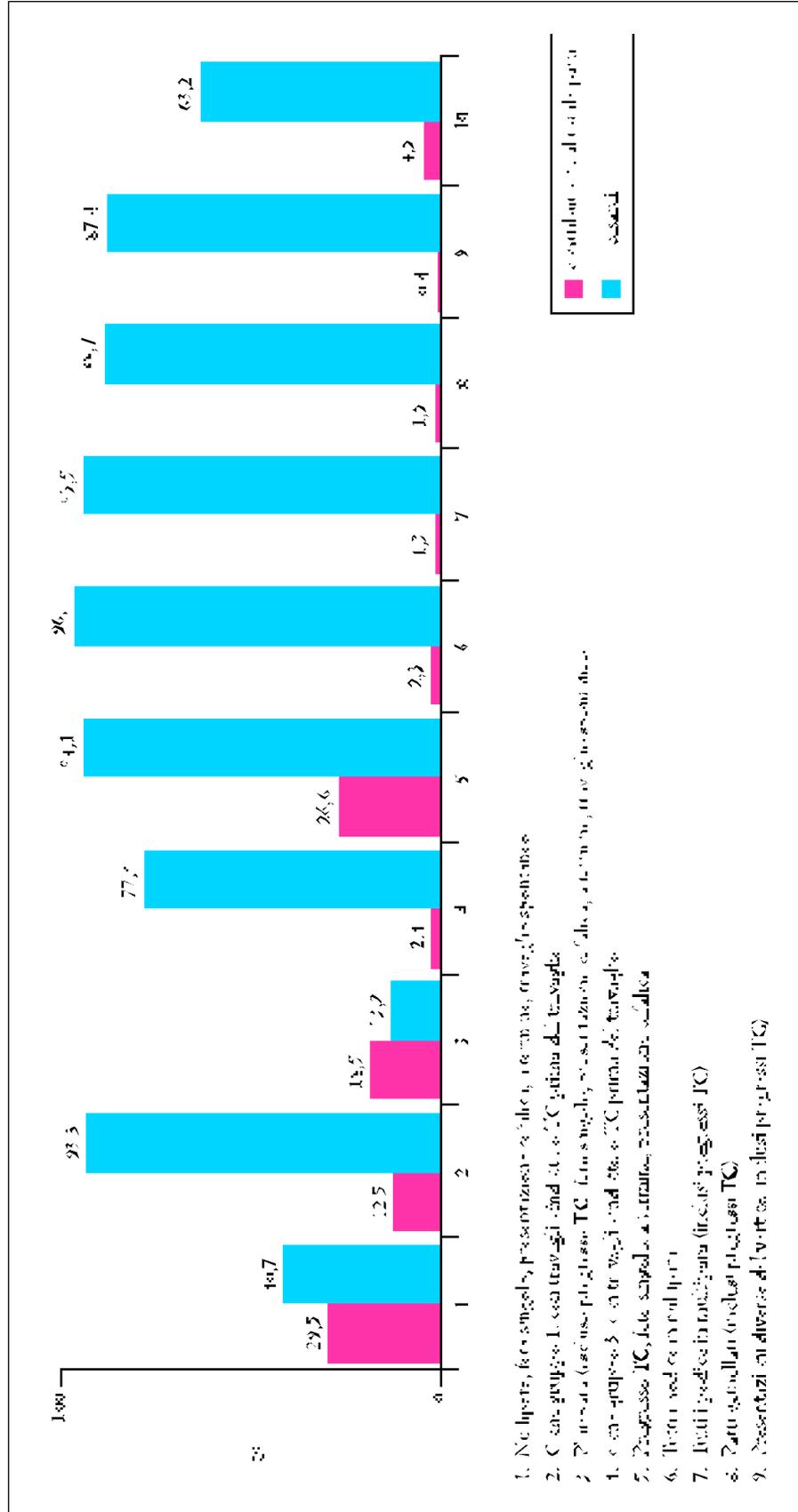
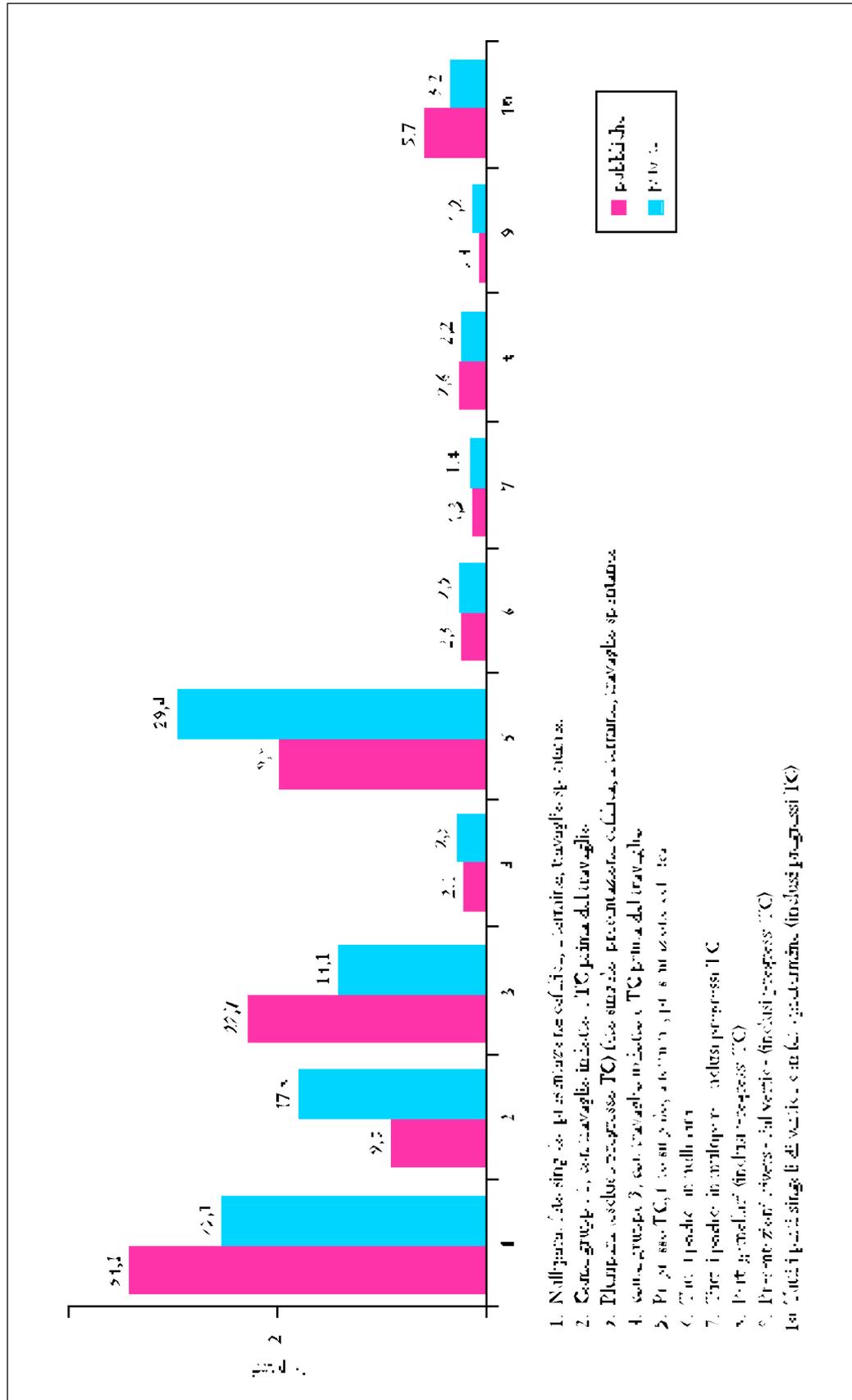
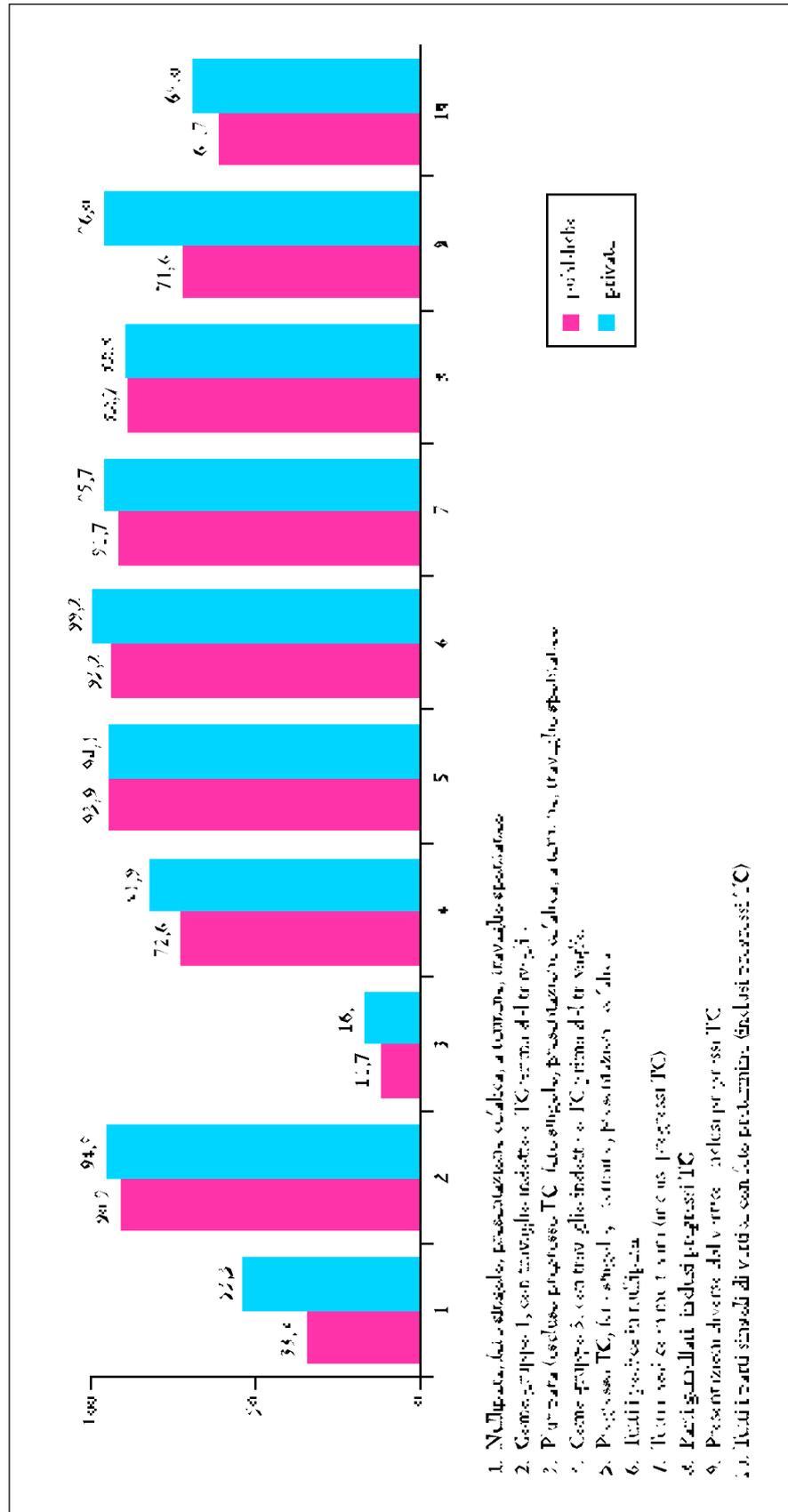


Figura 25
CONTRIBUTO PERCENTUALE AL TOTALE DEI PARTI NEI 10 GRUPPI DI ROBSON
IN STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE



1. Nati per parto (da single, da pluriembrionate, cesareo, e naturali, travaglio spontaneo).
2. Come gruppo 1, con travaglio indotto (IC prima del travaglio).
3. Parto cesareo escluso (complesso TC) (da single, da pluriembrionate, cesareo, e naturali, travaglio spontaneo).
4. Come gruppo 3, con travaglio indotto (IC prima del travaglio).
5. Parto cesareo (complesso TC) (da single, da pluriembrionate, cesareo, e naturali, travaglio spontaneo).
6. Come gruppo 4, con travaglio indotto (IC prima del travaglio).
7. Parto cesareo indotto (IC).
8. Parto cesareo (complesso TC).
9. Parto cesareo indotto (IC).
10. Parto cesareo indotto (IC).

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



1. Nullipara, da stragelo, presentazione scalcata a termine, travaglio spontaneo
2. Gemelli tipo I, con travaglio indotto e TC prima del termine
3. Parura (caso pregresso TC solo singolo), presentazione scalcata a termine, travaglio spontaneo
4. Come gruppo 3, con travaglio indotto e TC prima del termine
5. Pregresso TC, feti singoli, tentato, presentazione scalcata
6. Tutti i casi di nullipara
7. Tutti i casi di gemelli (incluso pregresso TC)
8. Feti di tutti i tipi, inclusi pregressi TC
9. Presentazioni diverse dal vertice, indotti per cesari TC
10. Tutti i casi di vertice, con feto pretermite (incluso pregresso TC)

Tabella 35

DATI RELATIVI ALLE SINGOLE MATERNITÀ DELLA CAMPANIA, ANNO 2008*

ASL	ISTITUTO	Totale nati	Nati da TC	% TC	< 1.500 gr.**
NA1	Osp. Villa Betania	1.640	652	39,8	47
	Casa di Cura Mediterranea	1.151	502	43,7	
	Osp. Fatebenefratelli	1.194	542	45,5	31
	Osp. S. Gennaro	500	230	46,0	2
	Osp. S. Maria di Loreto Nuovo	829	404	48,7	2
	Azienda Ospedaliera "A. Cardarelli"	1.052	580	55,1	38
	Osp. della SS. Annunziata	1.298	732	56,4	38
	Osp. Nuovo dei Pellegrini	726	437	60,2	
	Osp. Incurabili	785	480	61,1	1
	Osp. San Paolo	664	443	66,7	3
	Azienda Universitaria Policlinico "Federico II"	2.264	1.526	67,4	87
	Casa di Cura Santa Patrizia	790	545	69,0	
	Osp. G. Capilupi - Capri	128	93	72,7	
	Casa di Cura Osp. Intern. Villa Bentinck	887	607	73,0	
	Casa di Cura Ruesch	393	315	80,2	
	Casa di Cura Villa delle Querce	942	762	80,9	1
	Casa di Cura Villa del Sole	107	89	83,2	
	Casa di Cura Villa Cinzia	980	820	83,7	
	Casa di Cura Tasso	1.737	1.474	84,9	1
	Casa di Cura Sanatrix	1.380	1.178	85,4	3
Casa di Cura Villalba	524	457	87,2	1	
Casa di Cura Santo Stefano	396	354	89,4	1	
NA2	Osp. Rizzoli - Ischia	369	178	48,2	
	Osp. S. Giuliano - Giugliano	880	427	48,5	2
	Osp. S. Maria delle Grazie - Pozzuoli	726	425	58,5	2
	Casa di Cura Villa dei Fiori - Mugnano	603	493	81,8	
	Casa di Cura Villa Maione - Villaricca	526	437	83,1	
NA3	Osp. S. Giov. di Dio - Frattamaggiore	981	693	70,6	9
NA4	Osp. S. Maria della Pietà - Nola	362	199	55,0	3
	Osp. Cav. Raffaele Apicella - Pollena	285	157	55,1	
	Casa di Cura S. Lucia - S. Gius. Vesuviano	504	318	63,1	1
	Casa di Cura La Madonnina - S. Gen. Vesuviano	530	389	73,4	
	Casa di Cura Villa dei Fiori - Acerra	1.264	930	73,6	13
	Casa di Cura Lourdes - Massa di Somma	1.354	1.011	74,7	2
Casa di Cura Trusso - Ottaviano	677	573	84,6		
NA5	Osp. S. Leonardo - C. Mare Stabia	704	118	16,8	1
	Osp. De Luca e Rossano - Vico Equense	1.147	410	35,8	3
	Osp. Agostino Maresca - T. Greco	361	217	60,1	1
	Osp. di Torre Annunziata	308	197	64,0	1
	Casa di Cura S. M. La Bruna - T. Greco	596	412	69,1	1
	Casa di Cura "M. Rosaria" - Pompei	1.164	832	71,5	
	Casa di Cura "S. Michele" (cessata attività ostetrica)	89	64	71,9	
	Casa di Cura Villa Stabia - C. Mare Stabia	884	659	74,5	3
	Casa di Cura "A. Grimaldi" - S. Giorgio	690	526	76,2	1
	Casa di Cura Villa delle Margherite - T. Greco	344	280	81,4	
Totale Provincia di Napoli		35.715	23.167	64,9	298

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

** Il numero dei nati di peso < 1.500 grammi potrebbe essere approssimato per problemi di notifica.

Segue: Tabella 35

DATI RELATIVI ALLE SINGOLE MATERNITÀ DELLA CAMPANIA, ANNO 2008*

ASL	ISTITUTO	Totale nati	Nati da TC	% TC	< 1.500 gr.**
AV1	Osp. S. Angelo dei Lombardi	131	57	43,5	1
	Osp. di Ariano Irpino	418	224	53,6	
AV2	Casa di Cura Malzoni - Avellino	2.206	453	28,2	14
	Azienda Ospedaliera S. G. Moscati - Avellino	940	380	40,4	13
	Osp. A. Landolfi - Solofra	444	236	53,2	
	Casa di Cura S. Rita - Atripalda	290	215	74,1	
BN	Azienda Ospedaliera G. Rummo - Benevento	949	363	38,3	24
	Osp. Fatebenefratelli - Benevento	1.340	656	49,0	29
CE1	Azienda Ospedaliera di Caserta	1.263	635	50,3	27
	Osp. di Maddaloni	698	285	51,1	2
	Osp. di Piedimonte Matese	350	206	58,9	2
	Osp. di Marcianise	790	498	63,0	
	Casa di Cura S. Michele - Maddaloni	611	426	69,7	
	Casa di Cura Villa del Sole - Caserta	980	730	74,5	
CE2	Osp. S. G. Moscati - Aversa	1.094	494	45,2	6
	Osp. S. Giuseppe Melorio di S.M. Capua Vetere	525	278	53,0	2
	Casa di Cura Pineta Grande - Castelvoturno	619	370	59,8	16
	Osp. San Rocco - Sessa Aurunca	404	283	70,0	1
	Casa di Cura S.M. della Salute - S.M. Capua Vetere	492	358	75,4	
	Casa di Cura S. Paolo - Aversa	488	396	81,1	
SA1	Osp. Umberto I - Nocera Inferiore	1.340	611	45,6	34
	Osp. S.M. dell'Olmo - Cava dei Tirreni	485	230	47,4	1
	Osp. di Scafati	409	194	47,4	
	Osp. Villa Malta - Sarno	700	366	52,3	1
SA2	Osp. Curteri - Mercato S. Severino	600	236	39,3	
	Osp. Maria SS. Addolorata - Eboli	422	216	51,2	2
	Osp. "S. Maria della Speranza" - Battipaglia	941	516	54,8	34
	Osp. S. Francesco d'Assisi - Oliveto Citra	313	196	62,6	
	Azienda Ospedaliera di Salerno	1.249	841	67,3	28
	Casa di Cura Villa del Sole - Salerno	1.053	757	71,9	1
	Casa di Cura Tortorella - Salerno	288	225	78,1	1
	Casa di Cura Venosa - Battipaglia	374	311	83,2	
SA3	Osp. Immacolata - Sapri	394	146	37,1	2
	Casa di Cura Malzoni - Agropoli	528	292	55,3	
	Osp. S. Luca - Vallo	414	237	57,4	3
	Osp. L. Curto - Polla	463	290	62,6	1
Totale Campania		60.720	36.374	59,9	543

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

** Il numero dei nati di peso < 1.500 grammi potrebbe essere approssimato per problemi di notifica.

Allegato: CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO ATTUALMENTE UTILIZZATO

SEZIONE GENERALE

Distretto Istituto

Azienda USL Comune di evento

Madre: Cognome Nome
STAMPATELLO STAMPATELLO

Codice Fiscale

SEZIONE A - INFORMAZIONI SUI GENITORI

Madre: Data nascita Cittadinanza Comune di nascita

Comune di residenza Regione

Azienda USL Data matrimonio Data ultimo parto

Stato civile nubile = 1; coniugata = 2; separata = 3; divorziata = 4; vedova = 5

Precedenti gravidanze sì no aborti spontanei IVG

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

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

Padre: Data nascita Cittadinanza Comune di nascita

Condizione lavorativa Posizione nella professione

Ramo di attività Titolo di studio

Codificare con le stesse modalità utilizzate per i dati relativi alla madre

Consanguineità figli di fratelli/sorelle = 1; figli di primi cugini = 2; figli di secondi cugini = 3

SEZIONE B - INFORMAZIONI SULLA GRAVIDANZA

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

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

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

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

Procreazione assistita sì no Solo farmaci FIVET IUI

GIFT ICSI Altre tecniche

SEZIONE C - INFORMAZIONI SUL PARTO E SUL NEONATO

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

Ordine di nascita nel presente parto in caso di parto plurimo

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

Altri presenti: Padre Altro familiare Altra persona

Profilassi Rh praticata sì no

LUOGO DEL PARTO	TIPO TRAVAGLIO	PRESENTAZIONE	MODALITÀ
Ist. pubblico o privato <input type="checkbox"/>	Spontaneo <input type="checkbox"/>	Vertice <input type="checkbox"/> Podice <input type="checkbox"/>	Spontaneo <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/>
Abitazione privata <input type="checkbox"/>	Indotto con farmaci <input type="checkbox"/>	Fronte <input type="checkbox"/> Bregma <input type="checkbox"/>	TC Elezione <input type="checkbox"/>
Altra struttura <input type="checkbox"/>	Indotto con amnioressi <input type="checkbox"/>	Faccia <input type="checkbox"/> Spalla <input type="checkbox"/>	TC in travaglio <input type="checkbox"/>
Altrove <input type="checkbox"/>			Forcipe <input type="checkbox"/> Ventosa <input type="checkbox"/>
			Altro

Allegato: CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO ATTUALMENTE UTILIZZATO

SEZIONE C2 - INFORMAZIONI SUL NEONATO

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

SEZIONE D - INFORMAZIONI SULLE CAUSE DI NATI-MORTALITÀ

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

SEZIONE E - INFORMAZIONI SULLA PRESENZA DI MALFORMAZIONI

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

Finito di stampare nel mese di aprile 2010
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 9001:2000 valutato da Bureau Veritas Italia S.p.A. e coperto dal certificato numero 208065.

