

Nascere in Campania nel 2004: settimo rapporto

Paolo Siani

UOC di Pediatria, AORN "A. Cardarelli", Napoli

Abstract

Birth in Campania in 2004: 7th report

There are still some difficulties for births in Campania: a high percentage of Cesarean births, a high number of private but provisioned structures (where there is a higher percentage of Cesarean births), a higher percentage of births from under age women in respect to other Italian Regions (Lazio, Emilia-Romagna), a too many ultrasonography exams in contrast with a very low number of these exams in low income women. There are still a low percentage of prenatal invasive exams in respect to the Northern Italian Regions, an increment of birth mortality rate and a reduction of low birth weight infants, of perinatal and infant mortality rates, and of maternal mortality rates during the gestational period and at birth. These improvements are mainly due to the favourable changes of social conditions in the female population. Big problems in organization and management are responsible of inadequate health care if compared to national data. As in other Southern Regions health care costs, at the moment without control, should be contained.

Quaderni acp 2007; 14(2): 67-69

Key words Birth. Cesarean birth. Certificates for birth assistance

Il percorso nascita, in Campania, presenta ancora alcune difficoltà: un numero troppo elevato di tagli cesarei, un numero elevato di strutture convenzionate (che hanno una percentuale più alta di tagli cesarei rispetto a quelle pubbliche), una percentuale di nascite da minorenni leggermente più alta rispetto a quella di altre Regioni (Lazio, Emilia-Romagna), un numero troppo elevato di ecografie e d'altra parte una quota non piccola di madri in stato di disagio sociale che non ne effettuano neppure una, un numero ancora basso di indagini prenatali invasive rispetto alle Regioni del Nord, un incremento del tasso di nati-mortalità e una diminuzione dei nati di basso peso, della mortalità perinatale e infantile, della mortalità materna per gravidanza e parto. Miglioramenti, questi ultimi, dovuti, in larga parte, al cambiamento favorevole delle condizioni sociali della popolazione femminile. Esistono evidentemente problemi organizzativi e di gestione che andrebbero affrontati e risolti per offrire un'assistenza adeguata alle medie nazionali al bambino e alla sua mamma e per contenere la spesa sanitaria ormai fuori controllo come in altre Regioni del Sud.

Parole chiave Nascita. Taglio cesareo. Certificati di assistenza al parto

Il settimo rapporto sulla natalità in Campania concernente l'anno 2004, realizzato dall'Università "Federico II" e dall'Osservatorio Epidemiologico della Regione Campania a cura di Maria Triassi, Roberta Arsieri, Maurizio Saporito e Nello Pugliese, pone l'accento su alcune "peculiarità" del percorso nascita in Campania, di cui non si può continuare a non tener conto e che meriterebbe un'attenta riflessione tra operatori sanitari e amministratori per adeguare la Regione Campania agli standard nazionali.

Sarebbe auspicabile un tavolo di lavoro e

di confronto in cui, partendo dai dati esistenti (che stiamo per illustrare per sommi capi in questo articolo), si cerchino soluzioni condivise e durature che sappiano, da un lato, offrire assistenza adeguata alle donne e ai bambini e, dall'altro, razionalizzare la spesa. Ci sembra un intervento urgente a cui gli operatori sanitari non possono sottrarsi e che anzi dovrebbero auspicare e forse essere in prima fila per l'organizzazione.

Ecco i principali nodi che emergono dal rapporto.

Un numero troppo elevato di tagli cesa-

rei, un numero elevato di strutture convenzionate (che hanno una percentuale più alta di tagli cesarei rispetto a quelle pubbliche), una percentuale di nascite da minorenni leggermente più alta rispetto a quella di altre Regioni (Lazio, Emilia-Romagna), un numero troppo elevato di ecografie e d'altra parte una quota non piccola di madri in stato di disagio sociale che non ne effettuano neppure una, un numero ancora basso di indagini prenatali invasive rispetto alle Regioni del Nord, un incremento del tasso di nati-mortalità e una diminuzione dei nati di basso peso, della mortalità perinatale e infantile, della mortalità materna per gravidanza e parto. Miglioramenti, questi ultimi, dovuti in larga parte al cambiamento favorevole delle condizioni sociali della popolazione femminile.

Nel 2004, su un totale di 89 Centri Nascita della Regione Campania (48 pubblici, 40 privati, di cui 37 convenzionati), 88 hanno regolarmente notificato i Certificati di Assistenza al Parto (CedAP). Sono stati analizzati quindi 61.311 CedAP su 65.102 nati da madri residenti in Regione (dato ISTAT), con un miglioramento della copertura da 88,8% del 2003 a 94,2% del 2004 (*tabella 1*).

Dal 1999 al 2004 si è verificato un miglioramento del livello di istruzione materno in Campania e si è ridotta la percentuale di nati da madri con istruzione elementare e con diploma di scuola media inferiore, mentre sono aumentati i nati da diplomate e da laureate. Il livello di istruzione dei padri, invece, è sovrapponibile a quello delle madri.

Ciò ha contribuito ai mutamenti positivi degli esiti perinatali (diminuzione dei nati di basso peso, della mortalità perinatale e infantile, della mortalità materna per gravidanza e parto) a dimostrazione che gli interventi sociali migliorano sensibilmente la salute della popolazione.

È, invece, stabile il disagio sociale documentato dalle percentuali di madri e

Per corrispondenza:

Paolo Siani

e-mail: paolo.siani@ospedalecardarelli.it

organizzazione sanitaria

TABELLA 1: ANALISI DEI CEDAP

CedAP analizzati	61.311 (94,2%)
Madri con età inferiore a 20 anni	832 (3%)
Nati da genitori entrambi con età inferiore a 20 anni	225 (0,45%)
Nati da madre straniera	2617 (4,1%)
Taglio cesareo	60,7%
N. medio di ecografie per italiane	5,7
N. medio di ecografie per straniere	4,8
Indagini prenatali invasive: prelievo villi coriali	153
fetoscopie/funicolocentesi	159
amniocentesi	5976
Nati da procreazione assistita	466 (0,9%)

padri non occupati. I nati da madri di età inferiore a 20 anni sono 1832, il 3% del totale. Un terzo di questi ha la madre minorenni. I nati da genitori entrambi di età inferiore a 20 anni sono 225 (0,4%): di questi 25 hanno ambedue i genitori minorenni; 288 nati da minorenni hanno il padre di età uguale o superiore a 30 anni. La disaggregazione per ASL conferma, rispetto agli anni precedenti, la presenza di un eccesso di nati da madre adolescente nelle ASL Na1, Na3 e Na5, nelle quali sono più alte anche le percentuali di nati da minorenni.

L'età media al parto è 29,7 anni per le madri e 33,1 per i padri; l'età media al primo figlio è 28,1 anni per le madri, 31,4 per i padri. La percentuale di nascite da minorenni è leggermente più alta rispetto a quella di altre Regioni (Lazio, Emilia-Romagna) e il tasso di Interruzione Volontaria della Gravidanza (IVG) è pari al 6% per le ragazze di età inferiore a 20 anni. Questi due dati evidenziano carenze nella prevenzione delle nascite indesiderate.

I nati da madre straniera sono 2617, pari al 4,1% di tutti i nati in Regione, quelli da madri provenienti da Paesi ad alto flusso migratorio sono 2362, il 3,7% dei nati in Campania. La maggioranza delle immigrate proviene da Paesi del continente europeo, in particolare dall'Ucraina e dalla Polonia.

Su 1924 nati da coppie in cui almeno uno dei genitori non è italiano, il 51,7% ha madre immigrata e padre italiano, l'8,4% ha il padre immigrato e la madre italiana e il 39,9% ha ambedue i genitori immigrati.

Tra le straniere è maggiore la quota di madri di età tra i 20 e i 34 anni, di madri con bassa scolarità e di nubili. Inoltre, rispetto alle italiane, le immigrate presentano maggiori percentuali di inizio tardivo delle cure, sono sottoposte a un numero inferiore di ecografie (media: 4,8 per le straniere contro 6,4 per le italiane), partoriscono più frequentemente in strutture pubbliche e sono sottoposte più raramente al taglio cesareo. Tra i nati da straniere vi è una maggiore proporzione di prematuri e di nati morti.

La presenza di un numero elevato di strutture private che operano nel settore ostetrico è una caratteristica della Campania: le strutture private attive in questo settore sono il 46,6% del totale e assistono il 45,7% dei nati, mentre a livello nazionale sono il 23% del totale e assistono il 12% dei neonati (dati nazionali CedAP 2003).

Le strutture pubbliche assistono un numero di neonati lievemente superiore a quello delle Case di Cura private, e i due tipi di strutture si differenziano anche per le caratteristiche della popolazione assistita. Nelle strutture pubbliche è maggiore la frequenza di nati da madre con bassa scolarità e da madre immigrata.

La proporzione di nati di basso peso e pretermine è più elevata nelle strutture pubbliche, e solo i nati di podice sono in proporzione lievemente maggiore nelle Case di Cura private. La maggiore proporzione di nati morti nelle strutture pubbliche è associata alla concentrazione di gravide a rischio. Le strutture private assistono una proporzione di nati di peso

molto basso significativamente inferiore rispetto alle strutture pubbliche (0,4% nelle private contro 1,2% nelle pubbliche) ed effettuano il cesareo con frequenza maggiore (70% nelle private contro 50,5% nelle pubbliche).

Le strutture pubbliche e private dotate di Terapia Intensiva (TIN) presentano una proporzione di neonati di peso inferiore a 1,5 kg nettamente maggiore (2,1% nelle strutture dotate di TIN contro 0,3% in quelle che ne sono prive).

Le strutture prive di TIN mostrano una proporzione inaspettatamente alta di cesarei rispetto a quelle in cui sono concentrate le donne a rischio ostetrico. Le Case di Cura private assistono una popolazione ostetrica caratterizzata da un livello di rischio ridotto rispetto agli ospedali pubblici, ma l'incremento della proporzione di tagli cesarei è stato particolarmente marcato in queste strutture.

Rispetto al 2002 le strutture pubbliche sono passate da una proporzione di tagli cesarei del 49,3% a 50,5%, le private da 65,3% a 70%.

La proporzione di tagli cesarei varia da un minimo di 39,6% per Benevento a un massimo di 68,1% per l'ASL Na2, con una media regionale di 60,7%.

Il taglio cesareo è il tipo di parto più utilizzato tra le 32 e le 38 settimane di età gestazionale e raggiunge la frequenza massima a 38 settimane. Complessivamente il 94,5% dei cesarei è effettuato in neonati a termine tra 37 e 42 settimane, e la maggioranza è rappresentata da interventi di elezione.

Il 65% dei tagli cesarei è effettuato fuori travaglio in gestanti a termine.

Nelle situazioni di rischio fetale (prematrità, basso peso, presentazione anomala) la frequenza del cesareo presenta una significativa differenza rispetto alle condizioni fisiologiche, in cui, tuttavia, il cesareo ha sempre frequenze superiori al 50%. La frequenza del cesareo è maggiore nei primogeniti, in tutte le classi di età materna, tranne che al di sotto dei 20 anni. Il taglio cesareo è effettuato con una frequenza nettamente maggiore nelle donne italiane rispetto alle straniere e nelle strutture private rispetto a quelle pubbliche.

I dati dimostrano che l'incremento del

taglio cesareo riguarda soprattutto gravidanze a basso rischio. Infatti nelle due strutture private di terzo livello della Regione, cui afferisce una popolazione di gravide a maggior rischio ostetrico, la proporzione di cesarei è tra le più basse in assoluto.

Nel 51,3% la prima visita avviene tra 8 e 11 settimane di gestazione, nel 26,5% entro l'ottava, nel 22,1% oltre l'undicesima. Le maggiori percentuali di inizio tardivo delle cure prenatali si riscontrano nelle ASL Na1, Na2 e Na5, così come negli anni passati. L'inizio tardivo delle cure è più frequente nelle madri con i più bassi livelli di istruzione (23,9% in quelle con scolarità a 8 anni, contro il 20,5% per i livelli superiori) e nelle immigrate (32,4% contro il 21,3% delle italiane).

Il numero medio di ecografie è 5,7 per le italiane e 4,8 per le immigrate. Nella metà dei casi sono state effettuate più di 6 ecografie (secondo tutte le linee guida internazionali così come quelle della Regione Campania nell'assistenza alle gravide a basso rischio sono sufficienti tre ecografie).

Il 97,1% delle gravide effettua l'ecografia dopo la 22ª settimana di gestazione.

A fronte di tale inutile e costosa medicalizzazione, va segnalato che circa 12.000 donne (12%) iniziano a controllarsi dopo l'11ª settimana di gestazione, 3000 (6%) effettuano la prima visita addirittura dopo la 15ª settimana e un piccolo gruppo di circa 300 riceve uno o nessun controllo ecografico. Si tratta di gestanti con basso livello di istruzione e/o immigrate, il cui accesso alle cure prenatali può essere facilitato soltanto da offerte attive. Sono state notificate, col CedAP, 6288 indagini prenatali invasive, di cui 153 prelievi dai villi coriali, 159 fetoscopie/funicolocentesi e 5976 amniocentesi. Globalmente, in Campania, il ricorso all'amniocentesi (10,4%) è più contenuto rispetto a quanto rilevato in Italia (18% nel 2002). La distribuzione per età materna evidenzia una sottoutilizzazione per le donne di età superiore a 34 anni. L'amniocentesi, infatti, è stata eseguita nel 27,8% dalle ultratrentaquattrenni e nel 6,4% dalle donne di età inferiore a 35 anni. In Campania nel 2003 si è sottoposto ad amniocentesi il 9% delle gravide,

contro il 17,4% dell'Italia. Questa percentuale nel 2004 è salita al 10,4% e il dato potrebbe essere preoccupante, soprattutto per l'alto numero di donne in età a rischio che non hanno praticato l'esame.

Nel 2004 i nati da Procreazione Assistita (PMA) sono stati 466, lo 0,9% di tutti i nati, di cui circa la metà sono gemelli. In questo gruppo di neonati, i prematuri sono il 40,2%, i nati con peso molto basso l'11% e quelli con peso moderatamente basso il 40%. La percentuale dei PMA è analoga a quelle di altre aree, ma il tasso di gemellarità, molto più alto rispetto a quello di altre Regioni, induce ad approfondire le cause di questa differenza. La percentuale di nati morti, di prematuri e di nati di basso peso tra i gemelli da PMA è elevata, a conferma del maggior rischio neonatale collegato alle procedure di fecondazione assistita e all'impianto di più embrioni.

I primogeniti sono il 48,3% e l'ordine superiore a 3 è pari al 3,3%.

Nel 2004 i nati morti sono stati 271 con un tasso di nati-mortalità del 4,47‰, in incremento rispetto agli anni precedenti. Dopo il decremento registrato tra il 1981 e il 1996, è seguita una fase di stabilizzazione e negli ultimi dieci anni i tassi di nati-mortalità oscillano intorno al 4‰. I tassi di nati-mortalità aggregati per provincia di residenza materna non evidenziano aree a maggiore rischio. I tassi di nati-mortalità per alcuni fattori di rischio fetali e materni più alti sono associati, come nel passato, a fattori di rischio fetali, quali la gemellarità, la prematurità e il basso peso. Tra i fattori di rischio socio-demografici si conferma quello legato alle età estreme. I tassi di nati-mortalità nei nati da madri straniere e nelle nubi sono significativamente più elevati, mentre non emerge un rischio maggiore nelle madri con bassa scolarità. Da circa dieci anni i tassi di nati-mortalità rimangono costanti, pur non avendo raggiunto i livelli relativamente incompressibili delle Regioni settentrionali.

I nati pretermine costituiscono il 6,3% dei nati, senza differenze significative tra le province campane. Rispetto al 2003 si è avuto un incremento nelle tre province a maggiore natalità.

I nati da parti plurimi sono il 3,2% del totale, a conferma della tendenza all'incremento iniziata in Campania nel 2002. Questa proporzione è più elevata di quella segnalata per l'Italia dai dati CedAP 2002 (1,6%). L'incremento è in parte attribuibile al maggior numero di PMA, dato che l'11,5% dei gemelli proviene da una PMA, il 47,5% dei gemelli è pretermine, il 6,3% è nato prima della 32ª settimana, il 56,3% dei gemelli ha peso inferiore a 2500 g, il 7,5% ha peso inferiore a 1500 g, l'89,8% dei gemelli è nato con un taglio cesareo; solo nelle età gestazionali molto basse (< 28 settimane) è prevalente invece il parto vaginale. Il peso medio dei maschi è 3246 ± 515 g., quello delle femmine 3.113 ± 490 g. La proporzione di nati di peso inferiore a 2500 g (LBW) è 6,9% sovrapponibile al 6,8% del 2003. I neonati di peso inferiore a 1500 g (VLBW) sono 505, pari a 0,82% dei nati. La differenza rispetto allo 0,7% del 2003 non è significativa (IC 95%: 0,75-0,90). I VLBW nati vivi sono gemelli nel 30,3% dei casi e nel 33,9% presentano un peso inferiore a 1000 grammi.

La condizione di disoccupazione del padre, lo stato civile nubile, il basso livello di istruzione della madre restano significativi fattori di rischio per basso peso.

A differenza del 2003 sono risultati fattori di rischio anche lo stato di disoccupazione materna, la giovane età materna e il ritardo nell'inizio di cure prenatali, mentre non è emerso un incremento del rischio per le madri di nazionalità straniera. ♦

Il rapporto in versione integrale può essere scaricato dal sito della Regione Campania: www.regione.campania.it/portal/media-type, o sul sito del Gruppo di Studio di Gastroenterologia e Nutrizione Neonatale: www.gastroe.it.