



Certificato di assistenza al parto (CeDAP)

Analisi dell'evento nascita – Anno 2002

Marzo 2004

La presente pubblicazione è stata curata da:

Rosaria Boldrini e Miriam Di Cesare – Ufficio di Direzione Statistica
Franco Pennazza - Direttore dell'Ufficio di Direzione Statistica

INDICE

	<i>Pag.</i>
1 <i>Certificato di assistenza al parto (CeDAP)</i>	4
1.1 Introduzione	5
1.2 Stato della rilevazione	6
2 <i>Il percorso nascita: la gravidanza e il parto</i>	9
2.1 I punti nascita del Servizio Sanitario Nazionale	10
2.2 Indagini diagnostiche in gravidanza (visite, ecografie ed amniocentesi)	11
2.3 Alcune caratteristiche delle madri: abortività spontanea precedente ed area geografica di provenienza	15
2.4 Durata della gestazione	19
2.5 Il luogo del parto	21
2.6 Modalità del parto e presentazione del feto	22
2.7 Parti e tecniche di procreazione medicalmente assistita	26
3 <i>Il neonato</i>	30
3.1 CeDAP: i nati totali, i nati vivi e i nati morti	31
3.2 Il peso alla nascita	32
3.3 Il punteggio Apgar a 5 minuti dalla nascita	34
3.4 La natimortalità	36
3.5 Le malformazioni	37
<i>Allegato</i> Schema esemplificativo di base del certificato di assistenza al parto	 39

Capitolo 1

Certificato di assistenza al parto (CeDAP)

1.1 Introduzione

La L. 127/97 ed il regolamento di attuazione (DPR 403/98), hanno introdotto l'attestazione di nascita da parte dell'Ufficiale di Stato Civile, facendo divieto ai direttori sanitari, tenuti alla dichiarazione, di accompagnare la stessa con il certificato di assistenza al parto (CeDAP) e agli ufficiali di stato civile di richiedere il certificato medesimo, sostituito quest'ultimo da una semplice attestazione contenente i dati richiesti nei registri di nascita. La nuova normativa, separando il momento amministrativo da quello informativo, ha compromesso così la rilevazione delle nascite basata sulla disponibilità del CeDAP contestualmente alla dichiarazione di nascita. Più precisamente, si è venuto a creare un vuoto informativo che riguarda essenzialmente le caratteristiche socio-demografiche dei genitori, le informazioni sanitarie ed epidemiologiche dei parti e dei neonati e la natimortalità. Il citato DPR 403/98 ha previsto, comunque, la possibilità di determinare nuove tecniche e procedure per la rilevazione di base relative agli eventi di nascita, ai nati morti ed ai nati con malformazioni. Pertanto, sono state analizzate alcune possibili soluzioni in merito, considerando l'opportunità di individuare uno strumento omogeneo per la rilevazione dei dati di base e la necessità di apportare modifiche al Mod 51 - Sanità pubblica "Denuncia di nato con malformazioni congenite". A tal fine il Ministero della Salute (Direzione generale della prevenzione e Direzione generale del sistema informativo), ha promulgato il decreto 349/2001 "Modificazioni al certificato di assistenza al parto per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi nascita, alla natimortalità ed ai nati affetti da malformazioni"; per la predisposizione dello schema di questo decreto sono stati coinvolti anche l'ISTAT ed il CISIS (Centro interregionale per il sistema informativo ed il sistema statistico). Il nuovo CeDAP quindi, ha organizzato tutte le informazioni relative al fenomeno della natalità in un unico flusso informativo che, oltre all'arricchimento di alcune variabili sanitarie consente di mettere in relazione l'evento nascita con il sistema delle strutture sanitarie sul territorio. Il nuovo certificato di assistenza al parto viene compilato nei punti nascita (Istituto di cura pubblico o privato, domicilio o altra struttura) e deve essere trasmesso alla Azienda sanitaria locale dove avviene l'evento; le A.S.L. di evento devono quindi provvedere ad inviare trimestralmente alle Regioni e Province autonome le informazioni contenute nel certificato. Le Regioni e Province autonome devono acquisire, sempre con cadenza trimestrale, anche i CeDAP compilati nelle Aziende ospedaliere, Policlinici universitari, I.R.C.C.S.. Semestralmente i CeDAP vengono trasmessi dalle Regioni e Province autonome al Ministero della salute che fornisce, infine, i dati contenuti nei certificati all'ISTAT.

Le informazioni rilevate dal nuovo CeDAP, sono suddivise in 6 sezioni:

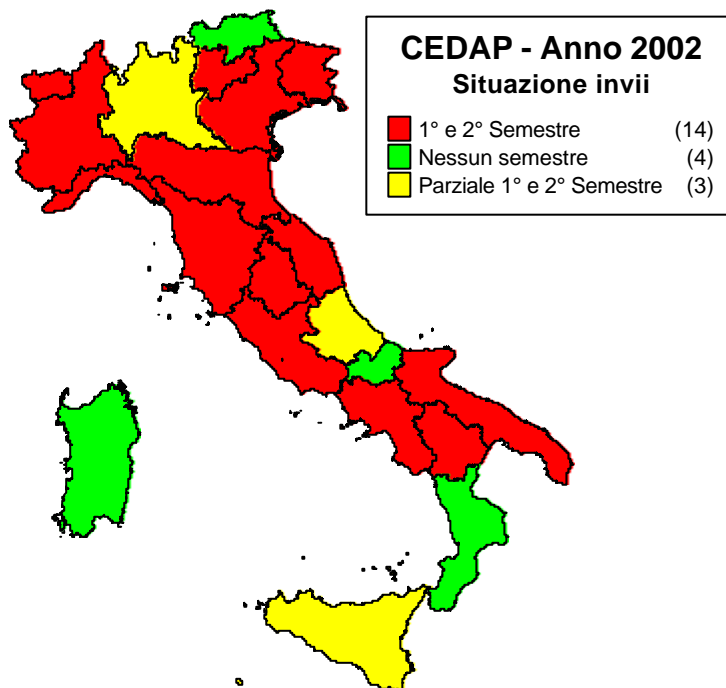
1. una sezione generale contenente i dati anagrafici della struttura in cui avviene l'evento nascita e della puerpera;
2. sezione A - informazioni socio-demografiche sul/i genitore/i
3. sezione B - informazioni sulla gravidanza;
4. sezione C – informazioni sul parto e sul neonato;
5. sezione D – informazioni sulle cause di natimortalità;
6. sezione E – informazioni sulla presenza di malformazioni.

1.2 Stato della rilevazione

Il decreto ministeriale n. 349 del 16 luglio 2001, con il quale è stato ridefinito lo schema di rilevazione del nuovo Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) si è inserito in un contesto territoriale diversificato. Più precisamente, in alcune regioni (Friuli V. G., Toscana, Lazio e Province autonome di Trento e Bolzano), già esisteva un flusso informativo ed informatizzato relativo all'evento nascita; per le restanti regioni la rilevazione automatizzata e sistematica dei dati è stata avviata in seguito al nuovo decreto. Un'eccezione è rappresentata dalla Regione Molise per la quale non si è riusciti ad avere alcuna informazione a proposito del CeDAP. A parte il Molise tutte le Regioni e Province autonome hanno individuato e comunicato al Ministero della Salute un referente responsabile della rilevazione.

Come rappresentato nella figura 1.1, per la rilevazione dell'anno 2002, non tutte le regioni hanno inviato la totalità delle schede per entrambi i semestri; le regioni più critiche sono, al Sud, la Calabria e la Sardegna oltre, ovviamente al Molise, mentre al Nord la provincia di Bolzano. In Lombardia Abruzzo e Sicilia la rilevazione è stata parziale in entrambi i semestri.

Figura 1.1: Certificato di assistenza al parto 2002: situazione degli invii a livello regionale



Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

Come descritto nella tabella 1.1, i punti nascita rilevati sono circa il 64% di quelli esistenti. Occorre precisare che, in questo contesto, per punto nascita si intende l'ospedale pubblico o privato, censito dal Sistema informativo sanitario, in cui sono presenti posti letto di degenza ordinaria in reparti di ostetricia e ginecologia.

Per valutare la copertura in termini di numero di parti rilevati è stato effettuato un confronto con i dati della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) poiché il grado di attendibilità e completezza di questa base informativa può ritenersi ormai molto soddisfacente. Da tale confronto, riportato nella tabella 1.2, emerge che i parti rilevati con il CeDAP sono, in totale quasi il 70% di quelli rilevati con la SDO nello stesso anno di riferimento. Il raffronto è confortante in quanto nelle regioni in cui la rilevazione è totale le due fonti risultano pressoché sovrapponibili.

Tabella 1.1: Certificato di assistenza al parto 2002: situazione degli invii a livello di punto nascita

Regione	Punti nascita censiti dal Sistema Informativo Sanitario	Punti nascita che hanno inviato il CeDAP	Copertura punti nascita (% Punti nascita che hanno inviato il CeDAP sul totale dei punti nascita)
Piemonte	33	27	81,8
Valle D'Aosta	1	1	100,0
Lombardia	91	61	67,0
Prov. Auton. Bolzano	8	0	0,0
Prov. Auton. Trento	9	8	88,9
Veneto	46	42	91,3
Friuli Venezia Giulia	15	12	80,0
Liguria	16	12	75,0
Emilia Romagna	43	29	67,4
Toscana	39	35	89,7
Umbria	12	8	66,7
Marche	24	16	66,7
Lazio	72	59	81,9
Abruzzo	19	11	57,9
Molise	7	0	0,0
Campania	96	87	90,6
Puglia	66	48	72,7
Basilicata	8	8	100,0
Calabria	38	0	0,0
Sicilia	87	18	20,7
Sardegna	27	0	0,0
Totale	757	482	63,7

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

Tabella 1.2 – Confronto fra numero di schede CeDAP pervenute e numero di parti rilevati attraverso la scheda di dimissione ospedaliera

Regione	Schede CEDAP	Schede SDO	Copertura rilevazione (% schede CEDAP su totale schede SDO)
Piemonte	32.566	34.447	94,54
Valle d'Aosta	1.041	1.045	99,62
Lombardia	45.933	87.602	52,43
Prov. Auton. Bolzano	-	4.935	0,00
Prov. Auton. Trento	4.873	4.810	101,31
Veneto	42.273	42.863	98,62
Friuli Venezia Giulia	9.492	9.458	100,36
Liguria	7.966	11.309	70,44
Emilia Romagna	30.705	35.325	86,92
Toscana	27.863	29.395	94,79
Umbria	6.752	7.140	94,57
Marche	7.683	12.948	59,34
Lazio	48.759	48.660	100,20
Abruzzo	5.396	10.202	52,89
Molise	-	2.451	0,00
Campania	56.888	63.067	90,20
Puglia	23.707	40.880	57,99
Basilicata	3.282	4.793	68,47
Calabria	-	18.102	0,00
Sicilia	12.753	48.764	26,15
Sardegna	-	11.702	0,00
Totale	367.932	529.898	69,43

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

Capitolo 2

Il percorso nascita: la gravidanza e il parto

2.1 I punti nascita del Servizio Sanitario Nazionale

Nella tabella 2.1 sono descritte le caratteristiche delle strutture ospedaliere del Servizio Sanitario Nazionale, in cui sono collocati i punti nascita.

L'analisi di esse dal punto di vista della dimensione, in termini di posti letto complessivi, rivela che quasi il 70% dei punti nascita pubblici è collocato in ospedali con meno di 400 posti letto e solo il 19% in strutture con oltre 600 posti letto.

Il 69,4% dei punti nascita privati accreditati si trova, invece, in strutture con meno di 120 posti letto.

Il 42,6% dei punti nascita pubblici sono in strutture dotate di terapia intensiva neonatale e/o di unità operative di neonatologia, tale percentuale scende al 4,4% per i punti nascita privati accreditati.

Per quanto riguarda la dotazione di incubatrici, negli ospedali pubblici si registra un'offerta di 2,3 incubatrici ogni 10 posti letto in reparti di ostetricia contro l'1,1% delle case di cura private accreditate. La disponibilità cresce al crescere della dimensione dell'ospedale, sia per le strutture pubbliche sia per quelle private accreditate.

Tabella 2.1 – Caratteristiche dei punti nascita presenti negli ospedali pubblici e nelle case di cura private accreditate

Ospedali pubblici con reparti di ostetricia						
Posti letto totali	Presenza terapia intensiva neonatale e/o neonatologia				Numero strutture	Incubatrici per 10 P.L. ostetricia
	NO		SI			
	Numero strutture	Incubatrici per 10 P.L. ostetricia	Numero strutture	Incubatrici per 10 P.L. ostetricia		
<= 120	17,2	1,8	1,0	4,3	18,1	2,0
121 - 400	34,7	1,5	15,5	2,4	50,2	1,8
401 - 600	3,8	1,5	9,0	2,6	12,8	2,3
oltre 600	1,7	1,7	17,2	2,8	18,9	2,7
Totale	57,4	1,6	42,6	2,7	100,0	2,3

Case di cura private accreditate con reparti di ostetricia						
Posti letto totali	Presenza terapia intensiva neonatale e/o neonatologia				Numero totale di strutture	Incubatrici per 10 P.L. ostetricia
	NO		SI			
	Numero strutture	Incubatrici per 10 P.L. ostetricia	Numero strutture	Incubatrici per 10 P.L. ostetricia		
<= 120	68,1	1,0	1,3	1,5	69,4	1,0
121 - 300	24,4	1,2	2,5	1,6	26,9	1,3
oltre 300	3,1	1,5	0,6	0,0	3,8	1,4
Totale	95,6	1,1	4,4	1,5	100,0	1,1

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario

2.2 Indagini diagnostiche in gravidanza

Nonostante gran parte delle gravidanze e delle nascite rappresentino eventi fisiologici, si è assistito nel tempo ad un progressivo aumento al ricorso di procedure diagnostiche e terapeutiche, talvolta complesse ed invasive, che dovrebbero essere riservate solo alla piccola quota di gravidanze e parti a rischio. Del resto non è mai stata dimostrata una relazione significativa tra l'aumento del numero di controlli medici in gravidanza e la diminuzione del tasso di mortalità perinatale, che in Italia ha iniziato il suo trend negativo molto prima dell'avvento dei moderni interventi ostetrici, verosimilmente grazie al generale miglioramento degli standard di vita. Il numero di visite prenatali ed il numero di ecografie possono essere comunque considerati come dei buoni indicatori di qualità dell'assistenza prenatale.

Per quanto riguarda le visite di controllo in gravidanza, a livello nazionale, escludendo le schede con codifica errata o non presente, quasi nell'80% delle gravidanze sono state effettuate oltre 4 visite, con però una discreta variabilità territoriale: in Liguria nel 92,3% dei casi si effettuano oltre 4 visite, in Basilicata solo nel 32,7% dei casi. In genere il numero di visite in gravidanza è superiore, anche se non di molto, per le gravidanze patologiche in cui in oltre l'80% dei casi si effettuano più di 4 visite di controllo contro il 77% per le gravidanze fisiologiche.

Tabella 2.3 – Distribuzione regionale delle visite di controllo effettuate in gravidanza

Codice Regione	Visite di controllo in gravidanza (Valore %)				Totale parti
	<i>nessuna</i>	<i>1 - 4</i>	<i>oltre 4</i>	<i>non indicato</i>	
Piemonte	2,9	14,1	83,0	0,0	32.566
Valle d'Aosta	0,5	19,8	77,4	2,3	1.041
Lombardia	0,8	9,9	80,8	8,4	45.933
Prov. Auton. Trento	0,3	27,2	72,5	0,0	4.873
Veneto	0,7	16,8	78,2	4,3	42.273
Friuli Venezia Giulia	1,2	17,2	81,5	0,0	9.492
Liguria	0,4	6,9	87,6	5,1	7.966
Emilia Romagna	1,2	11,8	87,0	0,0	30.705
Toscana	2,2	9,0	80,2	8,6	27.863
Umbria	0,6	10,4	84,3	4,7	6.752
Marche	0,4	19,7	71,3	8,6	7.683
Lazio					48.759
Abruzzo	1,3	11,8	62,3	24,6	5.396
Campania	0,0	26,4	63,4	10,2	56.888
Puglia	1,1	29,2	64,2	5,5	23.707
Basilicata	1,2	63,4	31,4	4,1	3.282
Sicilia	0,3	61,5	37,2	1,0	12.753
Totale	0,9	16,5	64,4	18,2	367.932

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

Tabella 2.4 – Distribuzione delle visite di controllo effettuate per decorso della gravidanza

Visite di controllo in gravidanza	Decorso della gravidanza			Totale parti
	<i>Fisiologico</i>	<i>Patologico</i>	<i>Non indicato</i>	
nessuna	0,98%	0,90%	0,53%	3.243
<= 4	19,38%	14,90%	6,51%	60.804
oltre 4	76,95%	81,26%	14,48%	236.941
non indicato	2,69%	2,95%	78,48%	66.944
Totale	100,00%	100,00%	100,00%	367.932

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

Tabella 2.5 – Distribuzione regionale delle ecografie effettuate in gravidanza

Regione	Ecografie per gravidanza	Ecografie effettuate in gravidanza			Totale
		<i>1 - 3</i>	<i>oltre 3</i>	<i>nessuna/non indicato</i>	
Piemonte	4,08	31,7	61,8	6,5	100,0
Valle d'Aosta	5,26	11,0	86,0	3,0	100,0
Lombardia	4,20	32,1	58,5	9,4	100,0
Prov. Auton. Trento	3,97	40,3	59,5	0,2	100,0
Veneto	4,25	33,3	61,5	5,2	100,0
Friuli Venezia Giulia	4,71	11,7	84,3	4,0	100,0
Liguria	5,95	15,0	78,6	6,4	100,0
Emilia Romagna	4,87	27,7	68,6	3,8	100,0
Toscana	4,48	29,5	65,0	5,6	100,0
Umbria	5,15	14,7	77,1	8,2	100,0
Marche	4,64	20,1	70,8	9,1	100,0
Lazio	0,00	0,0	0,0	100,0	100,0
Abruzzo	4,48	4,1	63,3	32,7	100,0
Campania	4,83	14,6	71,3	14,1	100,0
Puglia	3,98	11,0	60,7	28,2	100,0
Basilicata	5,28	13,8	80,7	5,4	100,0
Sicilia	4,92	25,9	72,9	1,2	100,0
Totale	4,51	21,1	57,4	21,5	100,0

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

I protocolli di Diagnosi prenatale possono avere caratteristiche di non invasività oppure di invasività. Il monitoraggio della gravidanza con ultrasuoni (ecografia ostetrica) rappresenta la più importante e diffusa tecnica non invasiva impiegata nello studio del benessere fetale.

La non invasività, l'innocuità della tecnica, che consente la sua ripetizione anche più volte nella stessa gravidanza giustificano la straordinaria diffusione dell'ecografia prenatale.

Per quanto riguarda il numero di ecografie per parto, a livello nazionale sono state effettuate in media 4,51 ecografie per ogni parto con valori regionali variabili tra 3,97 della Provincia Autonoma di Trento e 5,15 dell'Umbria.

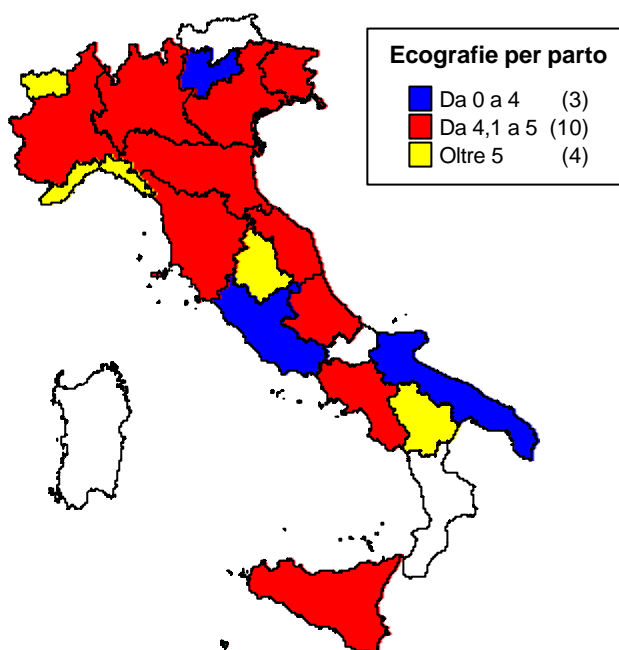
In oltre il 73% delle gravidanze si registra un numero di ecografie superiore a 3, valore raccomandato dai protocolli di assistenza alla gravidanza del Ministero della Salute.

Rispetto al decorso della gravidanza, il numero di ecografie effettuato non sembra essere correlato ad eventuali patologie o rischi riscontrati.

Tabella 2.6 – Distribuzione delle ecografie effettuate per decorso della gravidanza

Decorso della gravidanza	Ecografie per gravidanza	Totale parti
Fisiologica	4,66	274.520
Patologica	4,94	18.208
non indicato	0,94	75.204
Totale		367.932

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002



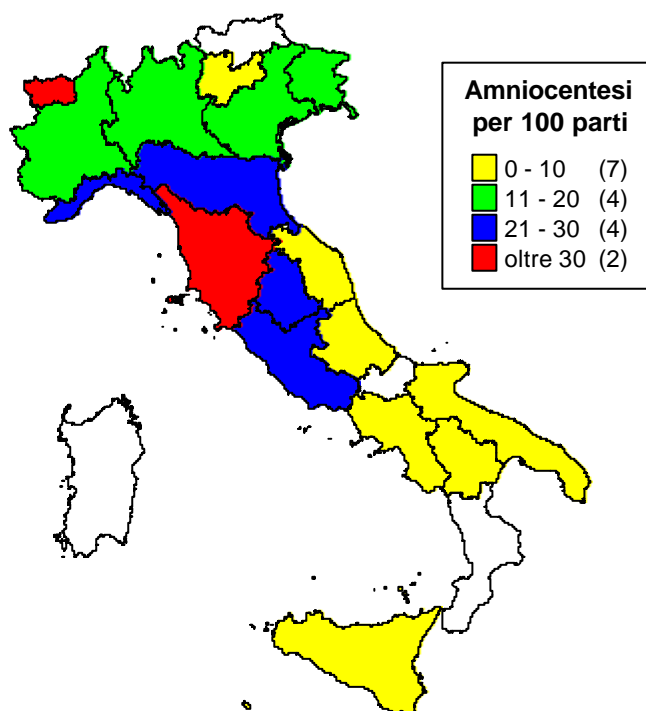
Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

Nell’ambito delle tecniche diagnostiche prenatali, l’amniocentesi è una tecnica invasiva utilizzata fra l’altro per l’individuazione di anomalie cromosomiche correlate con l’età della madre. In media ogni 100 parti sono stati effettuate più di 15 amniocentesi, nelle classi di età 40-49 il prelievo del liquido amniotico è stato effettuato in quasi la metà dei parti. L’utilizzo di tale indagine prenatale è diversificato a livello regionale, nelle regioni meridionali si registra una percentuale al di sotto del 10%, i valori più alti si hanno in Toscana (31,2%) e Valle d’Aosta (47,5%).

Tabella 2.7 – Distribuzione regionale delle amniocentesi secondo l'età della madre

Regione	Età della madre (Valore %)					Totale amniocentesi
	< 20	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 65	
Piemonte	1,35	3,10	16,44	50,84	-	13,11
Valle d'Aosta	-	19,14	61,69	81,82	-	47,55
Lombardia	1,91	2,56	15,65	36,83	16,67	12,05
Prov. Auton Trento	-	-	-	-	-	-
Veneto	2,36	3,39	17,07	39,76	40,00	13,69
Friuli Venezia Giulia	1,43	3,53	23,41	62,45	-	19,14
Liguria	2,70	6,12	31,08	61,62	66,67	25,62
Emilia Romagna	2,08	9,71	35,38	60,65	-	27,48
Toscana	2,40	12,48	39,03	66,04	42,86	31,22
Umbria	2,44	8,94	29,05	58,68	-	22,82
Marche	1,16	2,08	11,22	33,44	-	8,69
Lazio	1,53	7,53	25,97	53,26	34,48	21,21
Abruzzo	-	2,71	11,84	35,00	-	9,67
Campania	2,13	3,43	10,74	28,40	50,00	7,68
Puglia	1,11	1,96	10,55	31,32	-	7,25
Basilicata	-	-	-	-	-	-
Sicilia	1,76	1,94	7,48	25,44	12,50	5,14
Totale	1,81	4,82	20,35	45,02	27,63	15,46

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002



Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

2.3 Alcune caratteristiche delle madri: abortività spontanea precedente ed area geografica di provenienza

Nella tabella 2.2 è descritta, a livello regionale, la distribuzione dei parti secondo il numero degli aborti spontanei avuti dalle partorienti in gravidanze precedenti.

In media, a livello nazionale, ogni donna che ha partorito nel 2002 ha avuto 0,31 aborti in concepimenti precedenti, nell'88% dei casi le madri non hanno mai avuto in precedenza aborti spontanei, il 9,7% hanno avuto 1 o 2 aborti spontanei e nel 2,3% più di 2 aborti spontanei. A parte l'eccezione delle Marche e della Campania, in cui si registra un'abortività spontanea più marcata, non si evincono significative differenze regionali.

Tabella 2.8 – Distribuzione regionale del numero di aborti spontanei avuti in gravidanze precedenti

Regione	Aborti spontanei pregressi per parto	Aborti spontanei pregressi (valore %)			Totale parti
		Nessuno	1 - 2	>2	
Piemonte	0,18	86,1	13,2	0,6	32.566
Valle d'Aosta	0,17	86,2	13,4	0,4	1.041
Lombardia	0,18	85,7	13,7	0,6	45.933
Prov. Auton. Trento					4.873
Veneto	0,20	84,1	15,2	0,7	42.273
Friuli Venezia Giulia	0,19	85,1	14,2	0,7	9.492
Liguria	0,17	86,6	12,8	0,6	7.966
Emilia Romagna	0,20	84,3	14,9	0,8	30.705
Toscana	0,24	87,0	11,6	1,4	27.863
Umbria	0,19	85,0	14,2	0,7	6.752
Marche	1,31	84,8	2,2	13,0	7.683
Lazio					48.759
Abruzzo	0,16	87,4	12,1	0,5	5.396
Campania	0,97	87,8	2,5	9,7	56.888
Puglia	0,20	85,0	14,2	0,8	23.707
Basilicata	0,16	88,0	11,2	0,8	3.282
Sicilia	0,17	87,5	11,8	0,7	12.753
Totale	0,31	88,0	9,7	2,3	367.932

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

Tabella 2.9 – Distribuzione degli aborti spontanei avuti in gravidanze precedenti per numero di parti precedenti

Parti precedenti	Aborti spontanei (valore %)			Totale parti
	Nessuno	1-2	>2	
Nessuno	91,5	6,9	1,6	207.845
1-2	84,3	14,9	0,8	125.676
3-4	73,3	24,0	2,7	6.099
>4	81,7	4,3	14,0	28.312
Totale	88,0	9,7	2,3	367.932

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

Tabella 2.10 – Distribuzione degli aborti spontanei avuti in gravidanze precedenti per età della madre

Fascia d'età	Aborti spontanei precedenti			Totale parti
	<i>Nessuno</i>	<i>1 - 2</i>	<i>più di 2</i>	
12-14	96,23	1,89	1,89	53
15-19	96,99	2,16	0,84	5.686
20-29	91,86	6,40	1,75	130.142
30-39	86,25	11,28	2,47	211.350
40-49	76,55	18,69	4,76	15.876
50-65	93,42	6,58	0,00	76
errata	86,44	10,87	2,70	4.749
Totale	87,99	9,72	2,29	367.879

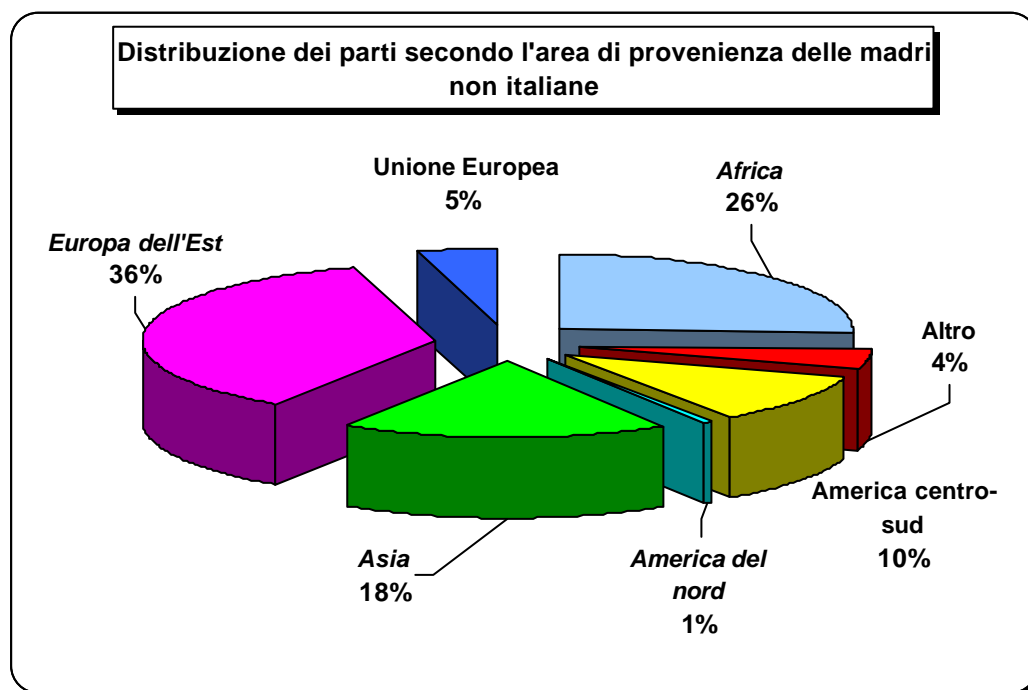
Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

Dall'analisi degli aborti spontanei in relazione al numero dei parti precedenti ed all'età della madre si può affermare che quasi l'8,5% delle donne primipare ha avuto un aborto spontaneo e che in genere l'abortività spontanea aumenta al crescere dell'età della madre. Si conferma così il legame esistente tra età, abortività spontanea e fecondità: il posticipare sempre più la nascita dei figli influisce anche sull'esito della gravidanza facendo aumentare il rischio di aborto spontaneo.

Tabella 2.11 – Distribuzione regionale dei parti per area geografica di provenienza della madre.

Regione	Area geografica di provenienza della madre (valore %)								Totale parti
	Italia	UE	Europa dell'Est	Africa	America centro-sud	America del nord	Asia	Altro	
Piemonte	87,2	0,6	5,3	4,7	1,2	0,0	0,9	0,1	32.566
Valle d'Aosta	90,3	1,2	2,0	4,4	1,0	0,1	0,8	0,2	1.041
Lombardia	83,9	0,9	3,5	4,6	2,7	0,1	3,7	0,6	45.933
Prov. Auton. Trento	84,0	0,7	4,8	3,8	1,4	0,0	1,3	4,1	4.873
Veneto	86,6	0,4	5,2	4,1	0,8	0,1	2,2	0,6	42.273
Friuli Venezia Giulia	88,8	0,6	5,9	2,5	0,9	0,1	1,0	0,2	9.492
Liguria	87,3	0,6	3,3	2,3	4,1	0,1	0,9	1,4	7.966
Emilia Romagna	86,1	0,5	3,9	4,8	0,8	0,0	2,4	1,5	30.705
Toscana	86,0	0,8	5,2	2,0	1,0	0,2	4,7	0,1	27.863
Umbria	88,0	0,5	5,6	3,2	1,6	0,1	0,9	0,2	6.752
Marche	87,1	0,5	4,8	3,2	0,8	0,0	2,2	1,4	7.683
Lazio	90,7	0,4	4,5	1,3	1,2	0,1	1,8	0,1	48.759
Abruzzo	96,6	0,2	2,2	0,3	0,3	0,0	0,2	0,1	5.396
Campania	97,2	0,1	1,5	0,4	0,2	0,0	0,6	0,0	56.888
Puglia	98,1	0,1	1,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,2	23.707
Basilicata	98,2	0,3	1,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	3.282
Sicilia	97,3	0,1	0,8	1,1	0,2	0,0	0,4	0,1	12.753
Totale	89,8	0,5	3,7	2,6	1,1	0,1	1,8	0,5	367.932

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002



Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2000

A livello nazionale il numero di parti da madri di cittadinanza non italiana è il 10,2%; il fenomeno è più diffuso al centro nord, in particolare in Lombardia, dove il 16,1% dei parti avviene da madri non italiane.

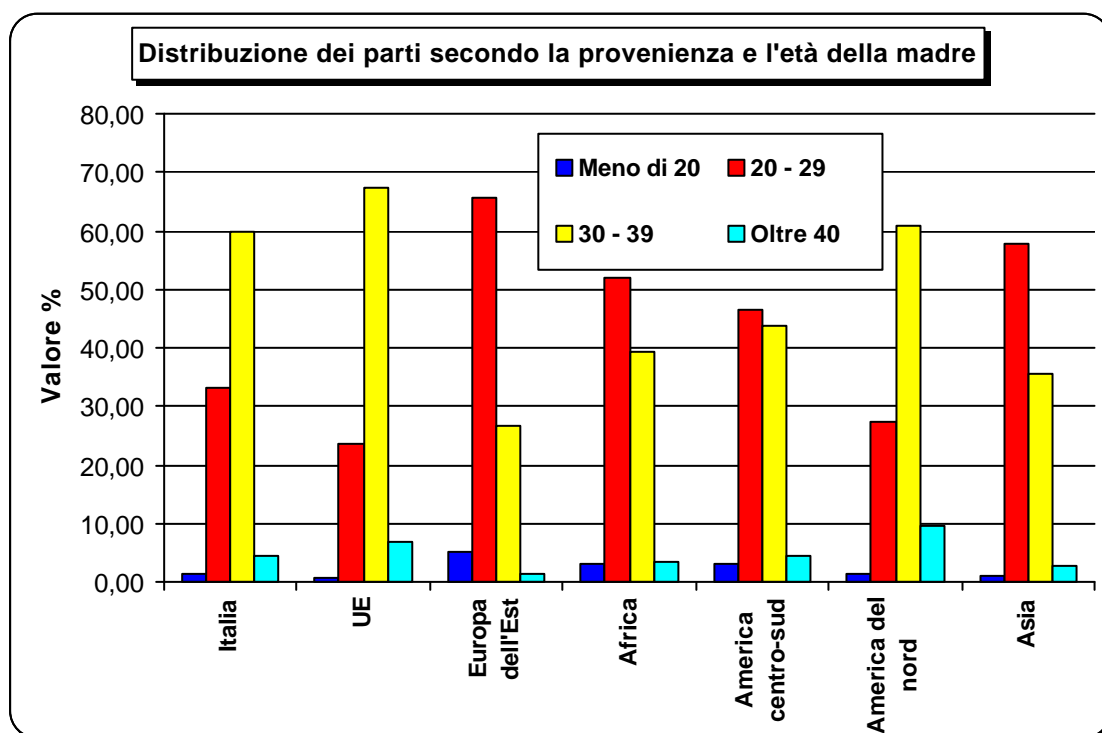
Nell'ambito dei parti da donne non italiane, le aree geografiche di provenienza più rappresentative, sono quella dell'Europa dell'Est (36%) e dell'Africa (26%). Le madri di origine Asiatica e Sud Americana sono rispettivamente il 18% ed il 10% di quelle non italiane.

Per quanto riguarda l'età, mentre per le madri italiane ed i Paesi appartenenti all'Unione Europea, la classe di età modale è fra i 30 e 39 anni (circa il 60%), le madri provenienti dalle altre aree geografiche sono soprattutto di età compresa fra 20 e 29 anni (Europa dell'Est 66%, Africa 52%, America Centro-Sud 47% e Asia 58%).

Tabella 2.12 – Distribuzione dei parti per area geografica di provenienza ed età della madre.

Classe età	Area geografica di provenienza della madre								Totale
	Italia	UE	Europa dell'Est	Africa	America centro-sud	America del nord	Asia	Altro	
12 – 14	0,01	0,00	0,04	0,03	0,00	0,00	0,01	0,06	0,01
15 – 19	1,35	0,76	5,05	3,05	3,16	1,20	1,15	2,65	1,55
20 – 29	33,06	23,42	65,75	52,03	46,60	27,20	57,77	48,53	35,37
30 – 39	59,84	67,45	26,81	39,32	43,92	60,80	35,60	42,99	57,44
40 – 49	4,48	6,85	1,33	3,38	4,50	9,60	2,72	4,03	4,31
50 – 65	0,02	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,06	0,02
Non indicato/errato	1,24	1,52	1,01	2,17	1,82	1,20	2,73	1,68	1,29
Totale	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002



Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

2.4 Durata della gestazione

I dati relativi alla durata della gestazione sono stati analizzati suddividendo in tre classi le settimane di gestazione: tra 24 e 32 settimane e tra 33 e 36 settimane che rappresentano i parti pre-termine e la classe 37-42 dei parti a termine.

A livello nazionale, escludendo i valori non indicati o errati, la percentuale dei parti pre-termine è pari al 6,3, la componente dei parti fortemente pre-termine è pari all'1,3% mentre quasi il 94% delle nascite avviene tra la 37° e la 42° settimana.

Tabella 2.13 – Distribuzione regionale dei parti per durata della gestazione

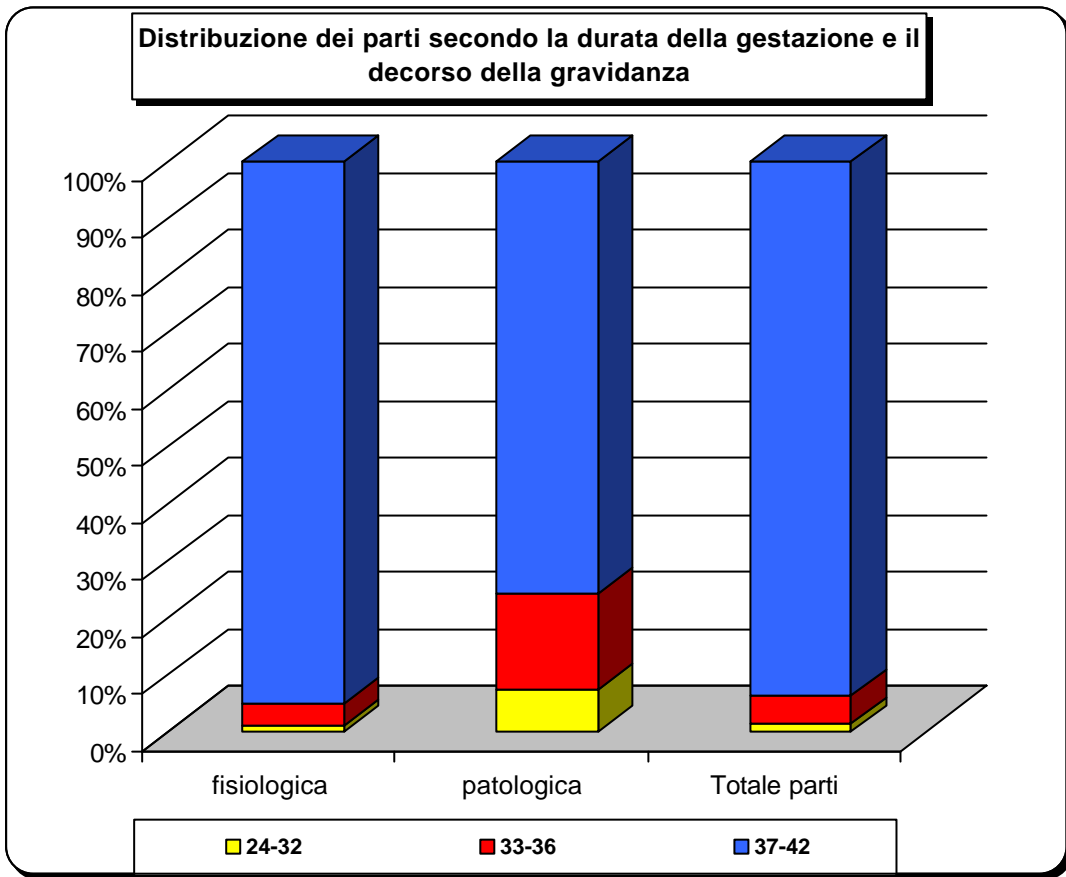
Codice Regione	Durata della gestazione (in settimane - valore %)				Totale parti
	24-32	33-37	38-42	non indicata/errata	
Piemonte	2,3	3,9	93,3	0,4	32.566
Valle d'Aosta	0,6	4,6	94,1	0,7	1.041
Lombardia	1,2	5,0	87,0	6,8	45.933
Prov. Auton. Trento	0,9	5,6	93,5	0,0	4.873
Veneto	1,2	4,6	81,9	12,4	42.273
Friuli Venezia Giulia	1,3	4,9	93,7	0,1	9.492
Liguria	1,4	5,3	86,6	6,6	7.966
Emilia Romagna	0,8	4,3	70,6	24,2	30.705
Toscana	1,1	4,4	83,8	10,8	27.863
Umbria	0,8	3,4	74,5	21,3	6.752
Marche	1,6	5,7	86,9	5,8	7.683
Lazio	1,1	5,5	93,0	0,5	48.759
Abruzzo	1,0	3,8	82,0	13,2	5.396
Campania	0,9	4,0	81,6	13,5	56.888
Puglia	1,4	4,7	87,1	6,8	23.707
Basilicata	1,0	6,2	85,8	7,1	3.282
Sicilia	0,9	3,9	86,2	8,9	12.753
Totale	1,2	4,6	85,3	9,0	367.932

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

Tabella 2.14 – Distribuzione dei parti per durata della gestazione e decorso della gravidanza

Durata della gestazione	Decorso della gravidanza (Valore %)		Totale parti
	fisiologica	patologica	
24-32	0,9	6,6	1,2
33-36	3,8	15,1	4,6
37-42	87,0	68,3	85,3
non indicata/errata	8,3	10,1	9,0
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002



Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

2.5 Il luogo del parto

A livello nazionale l'87% dei parti è avvenuto negli Istituti di cura pubblici, il 12% nelle case di cura e solo 0,4% a domicilio.

Per quanto riguarda le differenze riscontrate nelle varie Regioni, si evidenzia in alcune di esse un'alta percentuale di parti nelle strutture private accreditate e ciò è imputabile alla presenza più o meno rilevante di tali strutture nelle varie realtà regionali.

Tabella 2.15 – Distribuzione regionale dei parti secondo il luogo dove essi avvengono

Regione	Ospedale pubblico	Casa di cura privata		Domicilio	Altro	Non indicato/errato	Totale parti
		Accreditata	Non accreditata				
Piemonte	98,14	0,68	0,88	0,09	0,20	0,01	32.566
Valle d'Aosta	99,81	0,00	0,00	0,19	0,00	0,00	1.041
Lombardia	91,58	7,21	0,88	0,10	0,08	0,15	45.933
Prov. Auton. Trento	99,47	0,00	0,00	0,49	0,04	0,00	4.873
Veneto	99,86	0,00	0,00	0,09	0,05	0,00	42.273
Friuli Venezia Giulia	92,78	6,94	0,00	0,22	0,05	0,00	9.492
Liguria	98,85	0,00	0,99	0,15	0,01	0,00	7.966
Emilia Romagna	97,51	2,29	0,04	0,15	0,02	0,00	30.705
Toscana	98,27	0,86	0,77	0,08	0,02	0,00	27.863
Umbria	99,82	0,00	0,00	0,16	0,01	0,00	6.752
Marche	97,70	2,10	0,00	0,08	0,13	0,00	7.683
Lazio	81,78	13,92	4,30	0,00	0,00	0,00	48.759
Abruzzo	88,83	2,58	0,00	0,04	0,04	8,52	5.396
Campania	51,52	44,85	2,10	0,10	0,06	1,37	56.888
Puglia	90,03	9,86	0,00	0,10	0,01	0,00	23.707
Basilicata	99,97	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	3.282
Sicilia	90,78	0,00	0,00	8,03	0,01	1,18	12.753
Totale	87,12	10,89	1,17	0,37	0,05	0,40	367.932

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

2.6 Modalità del parto e presentazione del feto

L'analisi delle modalità di espletamento del parto è stata effettuata sia rispetto al luogo dove esso avviene sia rispetto alla modalità di presentazione del feto.

A livello nazionale il 60,3% dei parti avviene in modo spontaneo, il 35,3% con taglio cesareo, d'elezione e d'urgenza, e nei restanti casi con altre metodiche.

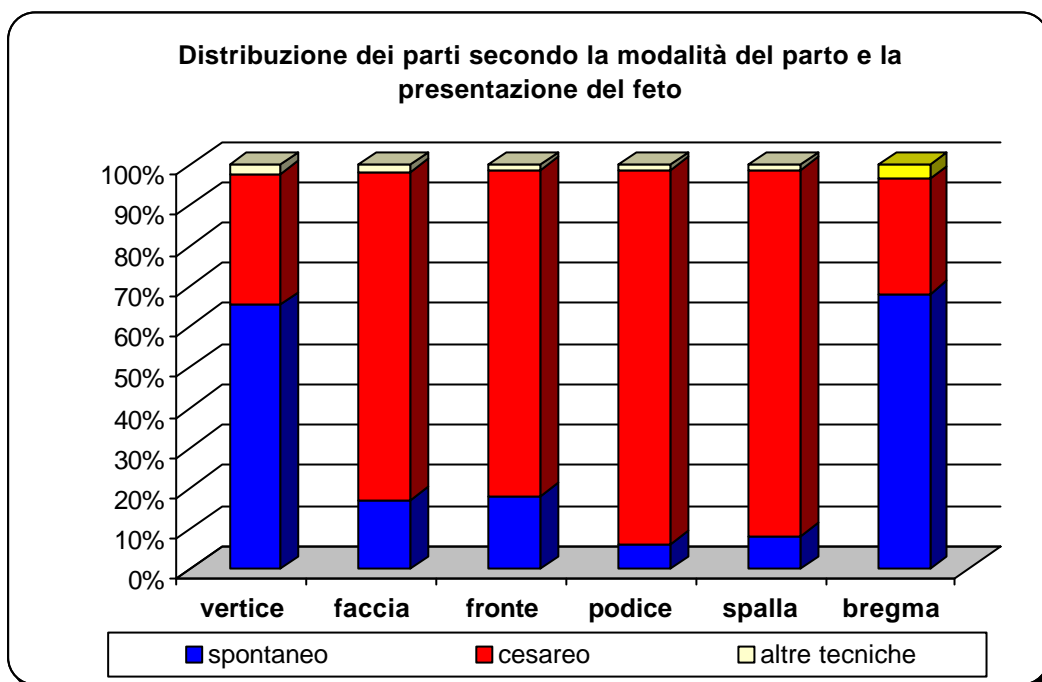
Il parto cesareo è indubbiamente uno degli indicatori più frequentemente usati e discussi per misurare la qualità delle cure della nascita. Il costante aumento riscontrato negli ultimi 20 anni ha fatto sì che si siano moltiplicati gli studi per capire ragioni e cause del fenomeno. Considerando che l'OMS raccomanda l'uso del taglio cesareo nel 10-15% dei parti, possiamo affermare che in Italia vi è un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica.

L'associazione delle modalità del parto con la presentazione del feto indica che il ricorso al taglio cesareo è maggiore quando il feto non si presenta di vertice. Circa 1/3 dei parti in cui il feto si presenta di vertice avviene comunque con il taglio cesareo.

Tabella 2.16 – Distribuzione dei parti secondo la presentazione del feto e la modalità del parto

Presentazione del feto	Modalità del parto (Valore %)						Totale
	<i>spontaneo</i>	<i>cesareo</i>	<i>forcipe</i>	<i>ventosa</i>	<i>altro</i>	<i>non indicato/errato</i>	
vertice	64,3	31,9	0,2	1,7	0,3	1,6	335.407
faccia	16,8	79,7	0,7	1,0	0,2	1,6	577
fronte	13,8	62,0	0,2	0,6	0,2	23,1	484
podice	6,0	90,4	0,2	0,3	0,6	2,5	15.228
spalla	8,3	89,7	0,1	0,9	0,4	0,5	1.115
bregma	67,6	28,2	0,4	2,8	0,2	0,7	1.370
non indicato/errato	25,1	49,1	0,3	1,1	1,1	23,2	13.751
Totale	60,1	35,3	0,2	1,6	0,3	2,5	367.932

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

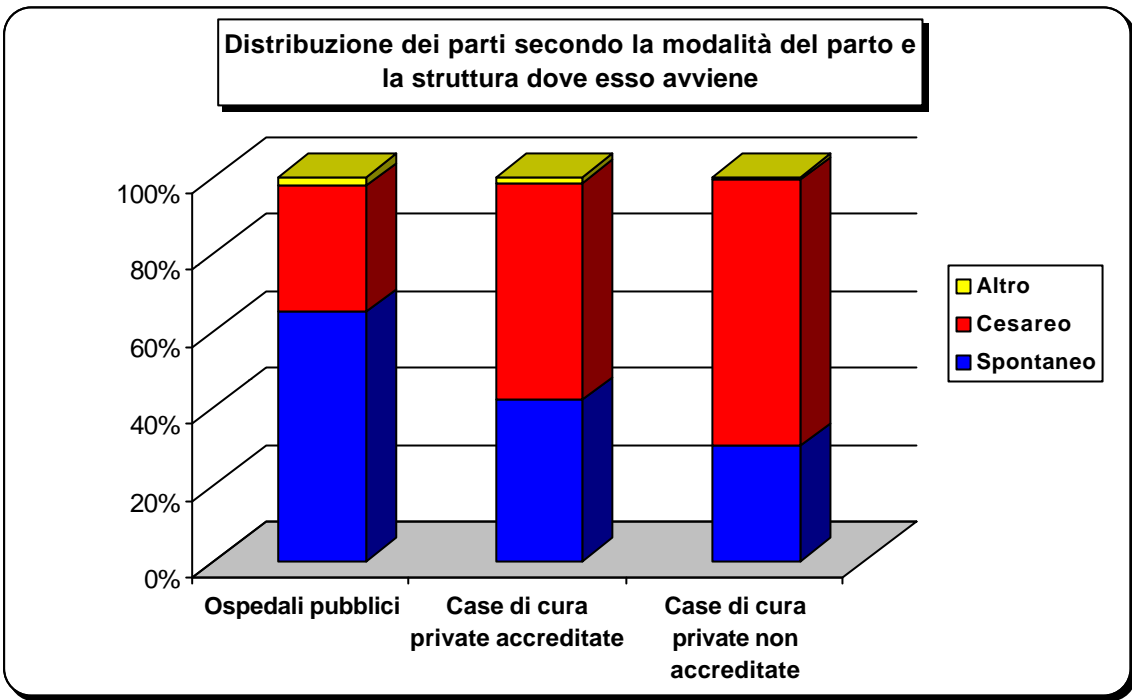


Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

Tabella 2.17 – Distribuzione dei parti secondo la modalità del parto e la tipologia di struttura ospedaliera dove essi avvengono

Modalità del parto	Ospedali pubblici	Case di cura private		Totale
		Accreditate	Non accreditate	
Spontaneo	63,08	41,38	29,38	60,30
Cesareo	32,35	55,39	67,58	35,29
Altro	2,10	1,49	0,93	2,02
Non indicato/errato	2,48	1,74	2,10	2,40
Totale	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002



Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

Tabella 2.18 – Distribuzione regionale dei parti vaginali dopo un precedente parto cesareo per tipo di struttura in cui avviene il parto

Regione	Parti vaginali dopo un precedente parto cesareo			Totale
	Ospedali pubblici	Case di cura private		
		Accreditate	Non accreditate	
Piemonte	17,5	0,0	0,0	17,5
Valle d'Aosta	25,6	0,0	0,0	25,6
Lombardia	23,6	2,0	0,2	25,8
Prov. Auton. Trento	21,3	0,0	0,0	21,3
Veneto	22,5	0,0	0,0	22,5
Friuli Venezia Giulia	35,8	1,9	0,0	37,8
Liguria	11,8	0,0	0,2	12,0
Emilia Romagna	17,6	0,5	0,0	18,0
Toscana	20,0	0,2	0,0	20,2
Umbria	21,8	0,0	0,0	21,8
Marche	6,3	0,1	0,0	6,4
Abruzzo	6,8	0,4	0,0	7,1
Campania	2,2	2,5	0,2	4,9
Puglia	9,5	0,9	0,0	10,4
Basilicata	8,1	0,0	0,0	8,1
Sicilia	10,3	0,0	0,0	10,3
Totale	13,1	1,1	0,1	14,3

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

A livello nazionale il 14,3% dei parti in cui era stato effettuato un precedente taglio cesareo, è avvenuto in modo spontaneo; tale fenomeno si verifica quasi esclusivamente nei punti nascita pubblici, infatti nelle case di cura private solo 1,2% dei parti successivi ad un precedente taglio cesareo avviene spontaneamente (1,1% nei punti nascita privati accreditati, 0,1% in quelli non accreditati). Di qui sembra che nel nostro Paese l'aver subito un precedente taglio cesareo rappresenti un'indicazione a ripetere tale procedura nelle successive gravidanze.

Per quanto riguarda le variazioni per area geografica le maggiori differenze in termini di eccesso di taglio cesareo riguardano il Sud Italia.

2.7 Parti e tecniche di procreazione medicalmente assistita

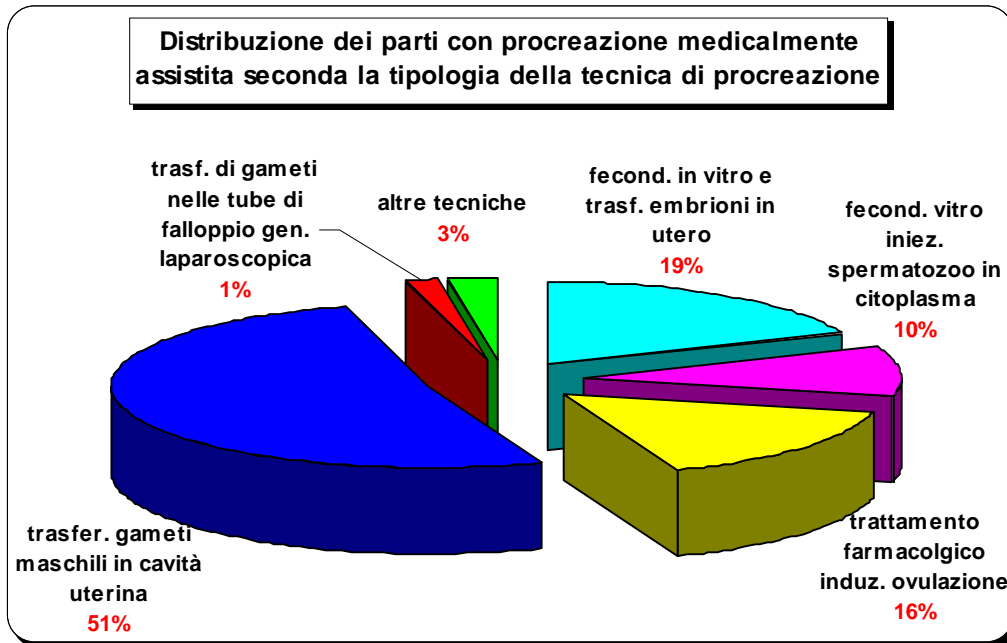
Delle 367.932 schede pervenute, 4.649 sono relative a gravidanze in cui è stata effettuata una tecnica di procreazione medicalmente assistita (PMA) in media 1,3 per ogni 100 gravidanze. La variabilità regionale dell'incidenza dei parti derivanti da procreazione medicalmente assistita, è alquanto alta essendo compresa fra il 5% della Puglia e lo 0,4% della Basilicata .

Tabella 2.19 – Distribuzione regionale dei parti con procreazione medicalmente assistita (PMA)

Regione	Tecniche di procreazione medicalmente-assistita (valore %)						Totale parti
	<i>fecondazione in vitro e trasferimento embrioni nell'utero (FIVET)</i>	<i>fecondaz. vitro tramite iniezione spermatozoo in citoplasma (ICSI)</i>	<i>solo trattamento farmacologico per induzione dell'ovulazione</i>	<i>trasf. di gameti nelle tube di falloppio gen. Laparoscopica (GIFT)</i>	<i>trasferimento gameti maschili in cavita" uterina (IUI)</i>	<i>altre tecniche</i>	
Piemonte	34,5	23,1	26,1	0,4	14,3	1,7	238
Valle d'Aosta	8,3	8,3	8,3	0,0	75,0	0,0	12
Lombardia	27,5	18,1	34,9	2,3	13,8	3,5	487
Veneto	14,0	8,4	8,9	1,2	66,0	1,5	1.204
Friuli Venezia Giulia	26,4	26,4	4,6	0,0	42,5	0,0	87
Liguria	28,0	16,0	18,7	2,7	28,0	6,7	75
Emilia Romagna	43,3	19,9	18,1	0,7	12,3	5,8	277
Toscana	38,9	11,5	33,1	1,3	12,7	2,5	157
Umbria	39,3	10,7	28,6	0,0	19,6	1,8	56
Marche	22,1	5,3	7,7	0,0	64,4	0,5	208
Abruzzo	16,8	3,6	2,0	0,5	59,7	17,3	196
Campania	19,9	10,0	37,0	6,5	24,0	2,6	341
Puglia	5,7	2,0	4,8	0,7	86,2	0,7	1.193
Basilicata	14,3	7,1	35,7	7,1	35,7	0,0	14
Sicilia	28,8	10,6	43,3	3,8	9,6	3,8	104
Totale	18,9	9,6	15,7	1,5	51,7	2,6	4.649

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

A livello nazionale circa il 50% dei parti con procreazione medicalmente assistita ha utilizzato il trasferimento dei gameti maschili in cavità uterina. La fecondazione in vitro con trasferimento di embrioni in utero riguarda il 18,9% dei casi mentre la fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma riguarda il 9,6% dei casi. L'utilizzo delle varie metodiche è molto variabile dal punto di vista territoriale.



Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

Nel 2001 il Ministero della Salute ha richiesto all'Istituto Superiore di Sanità di effettuare un'indagine sui centri italiani di Procreazione Medicalmente Assistita. Da tale indagine sono stati censiti non solo i centri di I livello cioè i centri che svolgono esclusivamente inseminazione artificiale e terapie per l'infertilità, ma anche i centri di II e III livello cioè che praticano tecniche FIVET, ICSI e GIFT.

Nella tabella seguente viene prospettata la distribuzione dei centri di II e III livello censiti dall'ISS e quella dei parti derivanti dalle stesse tecniche di procreazione medicalmente assistita rilevati attraverso i CeDAP 2002.

Tabella 2.20 – Distribuzione regionale dei centri e dei parti che utilizzano tecniche di PMA di II e III livello

Regione	Percentuale di parti con PMA sul totale dei parti	Percentuale dei parti ottenuti con tecniche PMA di II e III liv. sul totale dei parti con PMA	Centri di II e III liv. censiti dall'ISS nel 2001
Piemonte	0,7%	58,0%	8
Valle d'Aosta	1,2%	16,7%	0
Lombardia	1,1%	47,8%	24
Trentino Alto Adige	Dato non disponibile		5
Veneto	2,8%	23,6%	15
Friuli Venezia Giulia	0,9%	52,9%	4
Liguria	0,9%	46,7%	2
Emilia Romagna	0,9%	63,9%	10
Toscana	0,6%	51,6%	12
Umbria	0,8%	50,0%	1
Marche	2,7%	27,4%	4
Lazio	Dato non disponibile		23
Abruzzo	3,6%	20,9%	4
Molise	Dato non disponibile		1
Campania	0,6%	36,4%	26
Puglia	5,0%	8,4%	21
Basilicata	0,4%	28,6%	2
Calabria	Dato non disponibile		6
Sicilia	0,8%	43,3%	22
Sardegna	Dato non disponibile		8
Totale	1,3%	30,0%	198

Nelle gravidanze con PMA il ricorso al taglio cesareo è sensibilmente maggiore rispetto agli altri casi e si verifica nel 48,7% dei parti, con punte del 67,7% in Campania e del 61,5% in Sicilia.

Tabella 2.21 – Distribuzione regionale dei parti con procreazione medicalmente assistita (PMA) secondo la modalità del parto

Regione	Modalità del parto per gravidanze medicalmente assistite (valore %)				Totale
	<i>spontaneo</i>	<i>cesareo</i>	<i>altro</i>	<i>non indicata/errata</i>	
Piemonte	39,9	56,3	3,8	0,0	238
Valle d'Aosta	50,0	50,0	0,0	0,0	12
Lombardia	47,6	49,7	2,5	0,2	487
Veneto	51,9	35,8	2,5	9,8	1.204
Friuli Venezia Giulia	52,9	40,2	6,9	0,0	87
Liguria	41,3	56,0	1,3	1,3	75
Emilia Romagna	47,3	50,5	2,2	0,0	277
Toscana	41,4	52,2	6,4	0,0	157
Umbria	37,5	55,4	3,6	3,6	56
Marche	38,9	60,6	0,0	0,5	208
Abruzzo	46,9	51,0	0,5	1,5	196
Campania	29,6	67,7	1,8	0,9	341
Puglia	46,9	49,9	0,4	2,8	1.193
Basilicata	64,3	35,7	0,0	0,0	14
Sicilia	30,8	61,5	3,8	3,8	104
Totale	45,8	48,7	2,0	3,6	4.649

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

La percentuale di parti plurimi in gravidanze medicalmente assistite è sensibilmente superiore a quella registrata nel totale delle gravidanze. A livello nazionale tale percentuale è 10 volte più elevata, con notevoli differenze regionali, da imputare, molto verosimilmente alle diverse tecniche utilizzate.

Tabella 2.22 – Distribuzione regionale dei parti plurimi (totali e con procreazione medicalmente assistita)

Regione	Percentuale di parti plurimi	Percentuale di parti plurimi in gravidanze con procreazione medico-assistita	Totale parti plurimi
Piemonte	0,9	10,5	289
Valle d'Aosta	0,9	8,3	9
Lombardia	1,3	18,7	606
Prov. Auton.Trento	1,1		54
Veneto	1,5	10,5	620
Friuli Venezia Giulia	1,7	17,2	164
Liguria	1,3	18,7	102
Emilia Romagna	1,3	21,3	390
Toscana	1,1	18,5	309
Umbria	2,7	14,3	184
Marche	2,5	16,4	167
Lazio	1,2		603
Abruzzo	1,6	3,6	85
Campania	1,5	11,6	757
Puglia	1,4	4,3	325
Basilicata	1,7	14,3	54
Sicilia	9,2	30,8	1.171
Totale	1,6	11,5	5.889

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

Capitolo 3

Il neonato

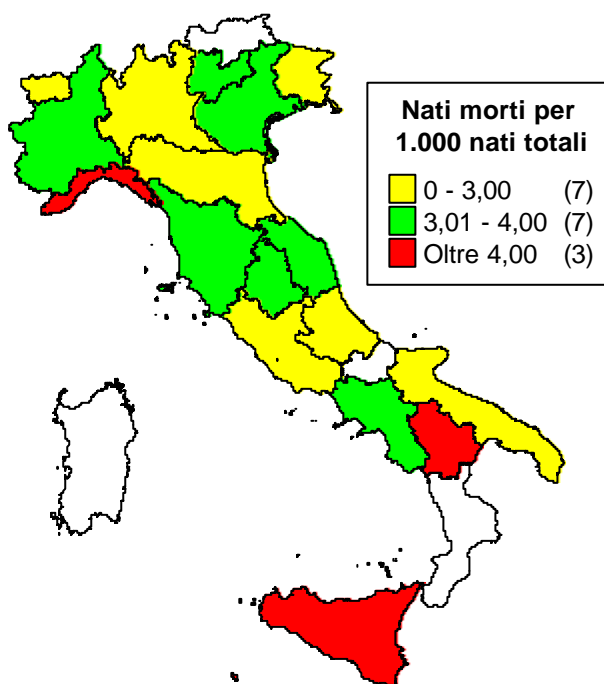
3.1 CeDAP: Nati totali, nati vivi e nati morti

I nati totali registrati nel 2002 dalle anagrafi comunali sono 538.198, quelli rilevati attraverso il CeDAP sono 372.218 (circa il 70% del totale dei nati). Dalla fonte CeDAP si ha un tasso di natimortalità di 3,2 nati morti ogni 1.000 nati.

Tabella 3.1 – Distribuzione regionale dei nati totali, vivi e nati morti.

Regione	Nati totali	Vivo	Nati morti per 1.000 nati totali
Piemonte	32.945	32.831	3,46
Valle d'Aosta	1.050	1.049	0,95
Lombardia	46.479	46.340	2,99
Prov. Auton. Trento	4.927	4.912	3,04
Veneto	42.783	42.647	3,18
Friuli Venezia Giulia	9.614	9.586	2,91
Liguria	8.121	8.079	5,17
Emilia Romagna	31.046	30.961	2,74
Toscana	28.226	28.141	3,01
Umbria	6.825	6.803	3,22
Marche	7.683	7.656	3,51
Lazio	49.384	49.288	1,94
Abruzzo	5.448	5.435	2,39
Campania	57.662	57.474	3,26
Puglia	23.891	23.828	2,64
Basilicata	3.286	3.272	4,26
Sicilia	12.848	12.793	4,28
Totale	372.218	371.095	3,02

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002



Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

3.2 Il peso alla nascita

Per la distribuzione regionale dei nati secondo il peso alla nascita sono state considerate le seguenti classi di peso: minore di 1500 grammi, tra 1500 e 2499 grammi, tra 2500 e 3299, tra 3300 e 3999 grammi ed oltre 3999.

Pesi inferiori ai 1500 grammi si osservano in circa l'1% dei nati, il 5,6% ha un peso compreso tra 1500 e 2499 grammi, l'86,1% ha un peso tra 2500 e 3999 ed oltre il 7% supera i 4000 grammi di peso alla nascita.

Tenuto conto della stretta relazione fra peso alla nascita e settimana gestazionale osserviamo che i nati a termine con peso inferiore ai 2500 grammi rappresentano solo il 2% dei nati a termine.

Tabella 3.2 – Distribuzione regionale dei nati secondo il peso alla nascita

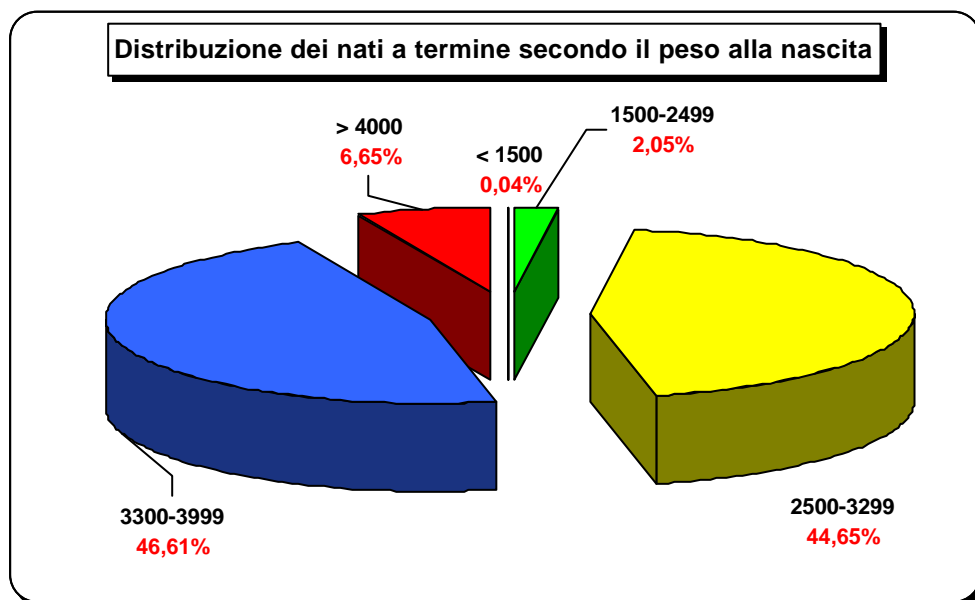
Regione	Peso alla nascita					Totale nati
	< 1500	1500 - 2499	2500 - 3299	3300 - 3999	> 4000	
Piemonte	1,0	5,9	46,3	41,2	5,6	100,0
Valle d'Aosta	0,3	6,0	49,3	40,0	4,4	100,0
Lombardia	1,0	5,8	43,4	40,8	9,0	100,0
Prov. Auton. Trento	0,6	5,7	44,5	43,0	6,1	100,0
Veneto	0,9	5,0	40,4	44,3	9,4	100,0
Friuli Venezia Giulia	1,0	5,1	41,7	44,5	7,6	100,0
Liguria	1,1	5,9	45,3	40,0	7,8	100,0
Emilia Romagna	0,8	5,6	42,6	43,6	7,3	100,0
Toscana	0,9	5,3	43,7	43,1	7,1	100,0
Umbria	0,8	5,1	40,8	44,8	8,4	100,0
Marche	0,6	5,8	42,5	43,3	7,8	100,0
Lazio	0,9	5,5	45,4	42,3	5,8	100,0
Abruzzo	1,4	4,4	41,4	38,2	14,7	100,0
Campania	0,5	6,2	49,6	36,3	7,4	100,0
Puglia	1,1	5,3	46,3	41,4	5,8	100,0
Basilicata	1,0	5,1	49,1	38,9	5,9	100,0
Sicilia	0,9	5,7	48,3	39,6	5,4	100,0
Totale	0,9	5,6	44,8	41,3	7,4	100,0

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

Tabella 3.3 – Distribuzione regionale dei nati a termine (tra la 38^a e la 42^a settimana di gestazione) secondo il peso alla nascita

Regione	Peso alla nascita di neonati con età gestazionale tra 38 e 42 settimane					Totale
	< 1500	1500-2499	2500-3299	3300-3999	> 4000	
Piemonte	0,03	2,52	46,70	44,80	5,95	100,00
Valle d'Aosta	0,00	2,43	48,29	44,43	4,85	100,00
Lombardia	0,04	1,97	44,06	47,34	6,59	100,00
Prov. Auton. Trento	0,00	1,45	42,76	48,69	7,10	100,00
Veneto	0,02	1,44	39,82	50,40	8,32	100,00
Friuli Venezia Giulia	0,05	1,45	40,63	49,39	8,49	100,00
Liguria	0,02	2,07	44,95	45,99	6,97	100,00
Emilia Romagna	0,04	1,79	41,35	48,71	8,11	100,00
Toscana	0,02	1,79	42,75	48,11	7,32	100,00
Umbria	0,04	1,54	40,53	49,81	8,08	100,00
Marche	0,00	1,58	41,39	49,20	7,83	100,00
Lazio	0,03	1,98	44,07	47,35	6,57	100,00
Abruzzo	0,55	1,91	43,90	46,41	7,23	100,00
Campania	0,05	2,90	50,72	41,45	4,89	100,00
Puglia	0,05	1,81	45,95	46,26	5,94	100,00
Basilicata	0,04	2,32	48,13	43,88	5,63	100,00
Sicilia	0,06	2,37	48,72	43,85	5,00	100,00
Totale	0,04	2,05	44,65	46,61	6,65	100,00

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002



Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

3.3 Il punteggio Apgar a 5 minuti dalla nascita

L'indice di Apgar a 5 minuti dalla nascita serve a misurare la vitalità del neonato e l'efficienza delle principali funzioni dell'organismo ed alla valutazione dell'efficacia dell'intervento rianimatorio. Vengono presi in considerazione 5 parametri vitali, colore della cute, attività respiratoria spontanea, frequenza cardiaca, tono muscolare, eccitabilità riflessa, ad ognuno di essi viene attribuito un punteggio tra 0 e 2; la somma dei punteggi determina l'indice di Apgar che può assumere quindi un valore da 0 a 10.

L'analisi della distribuzione dei nati secondo il punteggio Apgar riportato a 5 minuti dalla nascita è stata effettuata considerando tre classi di punteggio: minore o uguale a 3, neonati gravemente depressi, da 4 a 6, neonati moderatamente depressi e da 7 a 10, neonati sani.

Non considerando i valori errati o non indicati, il 99,1% dei nati hanno riportato, a livello nazionale, un punteggio Apgar da 7 a 10 e solo lo 0,8% dei neonati è risultato gravemente o moderatamente depresso.

L'analisi del punteggio Apgar in relazione al peso alla nascita, evidenzia che sono soprattutto i neonati con un peso inferiore ai 1500 grammi a far registrare un punteggio Apgar più sfavorevole.

Tabella 3.4 – Distribuzione regionale dei nati secondo il punteggio APGAR a 5 minuti dalla nascita

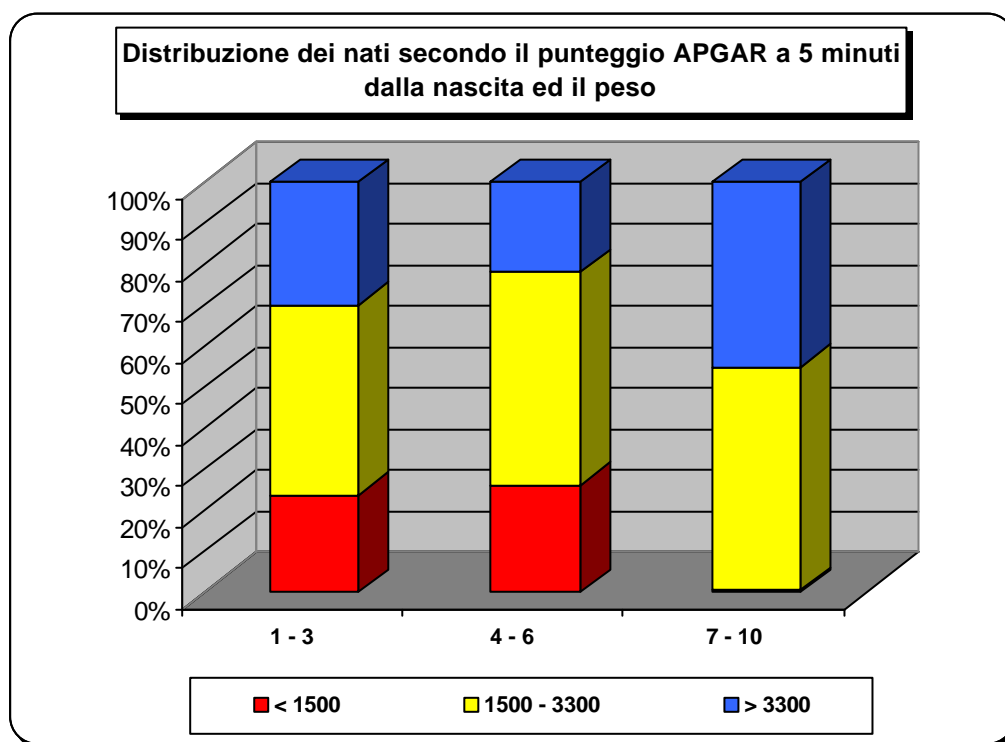
Regione	Punteggio APGAR a 5 minuti dalla nascita				Totale
	1 - 3	4 - 6	7 - 10	Non indicato/errato	
Piemonte	0,2	0,6	95,8	3,3	32.945
Valle d'Aosta	0,1	0,8	97,6	1,5	1.050
Lombardia	0,2	0,6	92,6	6,5	46.479
Prov. Auton. Trento	0,1	0,6	98,9	0,4	4.927
Veneto	0,3	0,4	93,7	5,6	42.783
Friuli Venezia giulia	0,1	0,7	98,9	0,3	9.614
Liguria	0,2	0,7	89,7	9,4	8.121
Emilia Romagna	0,1	0,4	98,8	0,6	31.046
Toscana	0,9	0,3	96,7	2,1	28.226
Umbria	0,1	0,4	91,6	7,9	6.825
Marche	0,1	0,7	91,8	7,3	7.683
Lazio	0,2	0,5	99,0	0,3	49.384
Abruzzo	3,1	0,2	86,5	10,1	5.448
Campania	0,1	0,5	89,5	9,8	57.662
Puglia	0,2	0,9	88,7	10,1	23.891
Basilicata	0,3	0,7	94,7	4,3	3.286
Sicilia	0,2	0,7	98,2	0,9	12.848
Totale	0,3	0,5	94,3	4,9	372.218

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

Tabella 3.5 – Distribuzione dei nati secondo il peso alla nascita ed il punteggio APGAR a 5 minuti dalla nascita

Peso alla nascita	Punteggio APGAR a 5 minuti dalla nascita			Totale
	1 - 3	4 - 6	7 - 10	
< 1500	7,8	18,8	73,4	100,0
1500 - 2499	0,5	2,1	97,4	100,0
2500 - 3299	0,2	0,4	99,5	100,0
3300 - 3999	0,2	0,3	99,5	100,0
> 4000	0,9	0,7	98,4	100,0
Totale	0,3	0,6	99,1	100,0

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002



Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

3.4 La natimortalità

L'analisi delle cause di natimortalità attraverso i dati rilevati con il CeDAP risulta difficoltosa in quanto solo per il 23% dei 1.123 bambini nati morti è stata indicata la causa che ha determinato il decesso, nel 65% dei casi il motivo della morte non viene indicato e nel 12,5% dei casi viene indicata una causa errata o incompatibile per sesso e/o età. Questa problematica può trovare giustificazione nella difficoltà a conoscere la causa di morte entro i 10 giorni previsti per la compilazione del CeDAP.

Tabella 3.6 – Distribuzione regionale dei nati morti secondo la codifica della causa di natimortalità

Regione	Nati morti	Codifica della causa di natimortalità (Valore %)			
		Causa di morte valida	Causa di morte errata	Causa di morte assente	Causa di morte incompatibile con età/sesso
Piemonte	114	50,0	-	50,0	-
Valle D'Aosta	1	-	-	100,0	-
Lombardia	139	50,4	-	19,4	30,2
Prov. Auton. Trento	15	-	-	100,0	-
Veneto	136	7,4	0,7	89,0	2,9
Friuli Venezia Giulia	28	100,0	-	-	-
Liguria	42	7,1	-	78,6	14,3
Emilia Romagna	85	36,5	4,7	23,5	35,3
Toscana	85	10,6	9,4	70,6	9,4
Umbria	22	-	-	100,0	-
Marche	27	-	4,4	95,7	-
Lazio	96	32,3	-	52,1	15,6
Abruzzo	13	-	-	100,0	-
Campania	188	1,1	1,1	97,9	-
Puglia	63	7,9	4,8	77,8	9,5
Basilicata	14	14,3	7,1	78,6	-
Sicilia	55	32,7	3,6	43,6	20,0
Totale	1.123	22,9	2,0	64,7	10,5

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

Tabella 3.7 – Distribuzione dei nati morti secondo le prime 30 cause di natimortalità per frequenza di codifica

Prime 30 cause di natimortalità	Nati morti (Valore %)
Ipossia intrauterina e asfissia alla nascita	22,34
Altri problemi fetali e placentari che interferiscono con il trattamento della madre	21,07
Altre e mal definite condizioni morbose ad insorgenza perinatale	19,29
Feto o neonato affetto da complicazioni della placenta, del cordone ombelicale e delle membrane	4,57
Prematurità, immaturità e basso peso alla nascita non specificato	2,79
Ritardo di crescita fetale e malnutrizione fetale	2,28
Complicazioni del cordone ombelicale	2,03
Aritmie cardiache	1,78
Perdita ematica antepartum, abruptio placentae e placenta previa	1,78
Altre cause mal definite e sconosciute di morbosità e mortalità	1,78
Altre anomalie congenite del sistema nervoso	1,52
Anomalie cromosomiche	1,02
Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV)	0,76
Altre complicazioni della gravidanza non classificate altrove	0,76
Polidramnios	0,76
Altre complicazioni del travaglio e del parto, non altrimenti classificate	0,76
Altre anomalie congenite del cuore	0,76
Altri sintomi relativi all'addome e al bacino	0,76
Morte improvvisa da causa sconosciuta	0,76
Tracoma	0,51
Difterite	0,51
Ipertensione complicante la gravidanza, il parto e il puerperio	0,51
Gravidanza multipla	0,51
Anomalia fetale, conosciuta o sospetta che influenza il trattamento della madre	0,51
Anencefalia ed anomalie simili	0,51
Altre anomalie congenite non specificate	0,51
Condizioni morbose del feto o del neonato derivanti da patologia materna anche non collegata alla gravidanza attuale	0,51
Sindrome da distress respiratorio neonatale	0,51
Altre malattie respiratorie del feto e del neonato	0,51
Condizioni morbose interessanti la cute e la regolazione termica del feto e del neonato	0,51
Totale prime 30 cause di natimortalità (valori %)	93,15

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

3.5 Le malformazioni

Il CeDAP prevede anche una sezione relativa al neonato malformato che sostituisce il Modello 51- Saità Pubblica “Denuncia di nato con malformazioni congenite”.

Questa sezione ha il solo scopo di rilevare la presenza di malformazioni al momento della nascita o riscontrabili nei primi 10 giorni di vita, la tipologia della malformazione e l’eventuale familiarità o patologie insorte in gravidanza.

In totale sono stati registrati 3.112 casi di nati con malformazioni, ma solo nel 41,7% dei casi è stato indicato il tipo di malformazione.

Nella tabella 3.8 sono prospettate le prime 25 malformazioni per frequenza dei casi, che rappresentano il 92,5% delle malformazioni diagnosticate.

Anche per le malformazioni, come per la natimortalità, si riscontra una considerevole frequenza di valori “missing” nell’indicazione della patologia. Ciò lascia presupporre una difficoltà nell’individuazione della precisa causa della malformazione.

Tabella 3.8 – Distribuzione delle prime 25 cause di malformazione per frequenza di codifica

Prime 25 malformazioni	Neonati malformati	
	V.A.	%
Anomalie congenite degli organi genitali	169	13,0
Altre anomalie congenite degli arti	159	12,2
Alcune malformazioni congenite del sistema muscolo scheletrico	147	11,3
Anomalie del bulbo cardiaco e anomalie della chiusura del setto cardiaco	123	9,5
Palatoschisi e labioschisi	105	8,1
Anomalie congenite del sistema urinario	62	4,8
Anomalie cromosomiche	58	4,5
Altre anomalie congenite del sistema digestivo	51	3,9
Altre anomalie muscoloscheletriche congenite	35	2,7
Anomalia fetale, conosciuta o sospetta che influenza il trattamento della madre	32	2,5
Altre anomalie congenite del sistema nervoso	32	2,5
Altre anomalie congenite del cuore	28	2,2
Altre anomalie congenite del sistema circolatorio	28	2,2
Altre anomalie congenite del trato alimentare superiore	23	1,8
Altre anomalie congenite non specificate	22	1,7
Anomalie congenite dell'orecchio, della faccia e del collo	21	1,6
Spina bifida	20	1,5
Anomalie congenite del tegumento	20	1,5
Altre patologie del rene e dell'uretere	17	1,3
Emangioma e linfangioma, ogni sede	11	0,8
Anomalie congenite dell'apparato respiratorio	11	0,8
Tumori benigni della cute	9	0,7
Anomalie congenite dell'occhio	7	0,5
Forme e complicazioni maldefinite di cardiopatie	6	0,5
Altri disturbi del seno	5	0,4
3.6 Tole prime 25 malformazioni	1.201	92,5
Malformazione non indicata	1.814	58,3
Totale nati malformati	3.112	

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP anno 2002

Allegato

**SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DI BASE DEL CERTIFICATO DI
ASSISTENZA AL PARTO**

Sezione Generale

REGIONE

Istituto / Azienda Ospedaliera

Azienda USL

Comune di evento

COGNOME della puerpera

NOME della puerpera

CODICE SANITARIO INDIVIDUALE della puerpera

Sezione A informazioni socio-demografiche sul/i genitore/i

MADRE: Data di nascita • • • • • • • •

Cittadinanza

Comune di nascita

Comune di residenza

Regione e Azienda USL di residenza

Titolo di studio

Condizione professionale/non professionale

Stato civile

se Coniugata: data del matrimonio (mese ed anno)

Precedenti concepimenti

Se si Num. Parti precedenti
 Num. nati vivi

Num. nati morti
Num. aborti spontanei
Num. IVG
Num. tagli cesarei precedenti
Data ultimo parto precedente

PADRE : Data di nascita ••••••••

Cittadinanza

Comune di nascita

Titolo di studio

Condizione professionale/non professionale

Consanguineità tra madre e padre Grado

Sezione B *informazioni sulla gravidanza*

Accertamenti in gravidanza:

Visite di controllo in gravidanza

Prima visita di controllo in gravidanza a settimane

Numero di ecografie

Indagini prenatali:
amniocentesi
villi coriali
fetoscopia/funicolocentesi
ecografia > 22 settimane

Decorso della gravidanza

Difetto di accrescimento fetale

Concepimento con tecniche di procreazione medico-assistita

Se si: Metodo di procreazione medico-assistita

Età gestazionale (settimane compiute) ••

Se si compilare la sezione E

Sezione D *informazioni sulle cause di nati-mortalità*

Malattia o condizione morbosa principale del feto

.....

Altra malattia o condizione morbosa del feto

.....

Malattia o condizione morbosa principale della madre interessante il feto

.....

Altra malattia o condizione morbosa della madre interessanti il feto

.....

Altra circostanza rilevante

.....

Momento della morte

•

Esecuzione esami strumentali in caso di malformazioni

Esecuzione fotografie in caso di malformazioni

Riscontro autoptico

Sezione E informazioni sulla presenza di malformazioni

Malformazioni diagnosticate 1)

Cariotipo del nato (se effettuato prima della nascita)
.....

Età gestazionale alla diagnosi di malformazione (in settimane compiute) ..

Età neonatale alla diagnosi di malformazione (in giorni compiuti) ..

Eventuali malformazioni in famiglia

- Fratelli** •
- Madre
- Padre
- Genitori madre
- Genitori padre
- Altri parenti madre (fratelli/cugini/zii)
- Altri parenti padre (fratelli/cugini/zii)

Malattie insorte in gravidanza 1)

.....
.....

Firma dell'ostetrica/o

.....

Firma del medico

.....