

Come ridurre il rischio

A. Pedicini - Responsabile Gestione Qualità - ArSan - Regione Campania

La Campania ha ancora un tasso generico di fecondità e di natalità superiore alla media nazionale e il più basso indice di invecchiamento tra le regioni italiane.

Nel 2003 il numero di nati è risultato di poco superiore a quello del 2002, ma è prematuro parlare di un'inversione di tendenza della denatalità in presenza di altri fenomeni demografici contraddittori, quali il progressivo innalzamento dell'età materna al parto verificatosi nel decennio 1992-2002 e la dilazione tra data del matrimonio e nascita del primo figlio.

Secondo le linee-guida regionali, che riprendono le indicazioni del WHO e degli organismi scientifici internazionali, l'assistenza alle gravide a basso rischio deve comprendere una prima visita precoce, entro la 14a settimana, e almeno quattro controlli clinici e tre ecografie. In base a questi riferimenti, in Campania l'accesso alle cure in gravidanza è avvenuto tempestivamente per la maggior parte delle donne (93%).

In base ai dati raccolti, la gravidanza è risultata patologica nel 2% dei casi e le età a maggior rischio sono quelle inferiori a 20 e superiori a 34 anni.

Il ricorso all'amniocentesi è contenuto.

In Campania sono state notificate 4.832 amniocentesi, mentre quelle attese in base ai tassi di prevalenza dei difetti congeniti, al numero delle gravidanze e delle donne a maggior rischio per l'età, sono circa 13.000.

Il dato preoccupante, degno di interesse e di

approfondimenti, è che solo un quarto delle gestanti ultratrentaquattrenni si è sottoposto all'indagine.

In un anno i primogeniti sono diminuiti da 51,9% a 49,4%, i secondogeniti sono aumentati da 33% a 35,7%.

Questi dati, insieme all'incremento del numero di nati, potrebbero essere segnali di una ripresa della natalità in regione. È tuttavia necessario seguire l'andamento nel tempo di queste variazioni insieme ad altri fenomeni demografici quali l'età materna al parto e l'intervallo tra data del matrimonio e nascita del primo figlio. Il parto cesareo continua a essere più frequente nei primogeniti.

Nati da Madri di nazionalità non italiana

I nati da madre non italiana sono 3,3%, in incremento rispetto ai dati rilevati nel 2002.

La maggioranza delle madri proviene da paesi del continente europeo (64,7%), in particolare dall'Ucraina e dalla Polonia, dai quali il flusso di emigrazione è in aumento.

Le donne immigrate rappresentano una sottopopolazione destinata ad aumentare. Questo gruppo è caratterizzato dall'alto rischio perinatale per le condizioni socio-economiche e per il difficile accesso alle cure. Rispetto alle madri campane, l'analisi delle caratteristiche socio-demografiche effettuata sui nati del 2002, ha evidenziato una maggiore prevalenza di nubi

(23% vs 7%), mentre i livelli di scolarità sono sovrapponibili a quelli delle donne campane. Le immigrate si sono sottoposte tardivamente alle cure prenatali nel 17% dei casi (vs 9,3% delle donne campane), hanno partorito più frequentemente in strutture pubbliche (69% vs 54%) e sono state sottoposte più raramente al taglio cesareo (41% vs 58%:).

Per quanto riguarda alcuni esiti perinatali la proporzione di nati di peso inferiore ai 1.500 grammi (V.L.B.W.) è stata 2,4%, quella di prematuri 9,7%, di asfittici 2,3%.

Nati per caratteristiche fetali

Nel 2003 sono stati rilevati 57.576 nati, 30.852 maschie 29.501 femmine.

Il rapporto maschi/femmine, pari a 1,05, è identico a quello rilevato dall'ISTAT.

I tassi di mortalità neonatale precoce e infantile presentano un differenziale ancora sfavorevole per l'anno 2001, mentre il tasso di natimortalità è simile a quello della Lombardia e dell'Italia. Questi successi sono stati ottenuti grazie al miglioramento delle cure prenatali e al maggior livello di istruzione delle madri, più orientate a sottoporsi ai necessari controlli; nuove emergenze sociali (quali un aumento del numero delle gravide immigrate, nubi, non istruite e di basso livello economico) potrebbero invertire questa tendenza positiva in futuro.

Nel 2003 i nati morti sono 230 e il tasso di natimortalità regionale è pari al 4‰: l'incremento, rispetto al 3,3‰ registrato nel 2002 non è significativo.

I tassi più alti sono associati, come nel passato, a fattori di rischio fetali, quali la gemellarità, la prematurità e il basso peso. Infatti il 9,8% dei

nati morti sono gemelli, il 51,1% pretermine e il 52,4% di basso peso. Il ritardo di crescita si conferma un indicatore molto sensibile di rischio: infatti i feti piccoli per l'età gestazionale presentano un rischio tre volte maggiore di natimortalità rispetto a quelli di peso adeguato. Risulta evidente che le misure di prevenzione indirizzate alle gravidanze gemellari, alla prematurità e al ritardo di accrescimento endouterino sono cruciali per ridurre ulteriormente la natimortalità. L'associazione tra maggiori tassi di natimortalità e età materne estreme è presente ma non significativa. È probabile che l'attenzione rivolta a questi gruppi di gravide sia riuscita a contenere il rischio perinatale legato all'età materna: per misurarlo, quindi, è necessario disporre di un campione più numeroso. Al contrario i tassi di natimortalità nei nati da madri straniere o nubi o con bassa scolarità sono significativamente più elevati.

Nati per classi di età gestazionale

Nonostante il persistente incremento dei parti plurimi, i nati da parto pretermine sono ulteriormente diminuiti, passando da 6,7% nel 2000 a 6,2% nel 2002 e a 5,7% nel 2003. La percentuale di parti oltre il termine è 1,9%, invariata rispetto al passato.

Il 49% dei gemelli ed il 4,5% dei nati singoli sono nati prima del termine.

Rispetto al 2002 la frequenza del cesareo è ulteriormente aumentata soprattutto nei nati singoli a termine, passando dal 56% al 59,5%, mentre è rimasta stabile, intorno al 70%, nei pretermine singoli.

La percentuale più alta di tagli cesarei è raggiunta tra 37 e 38 settimane di età gestazionale, epoca in cui si concentrano gravidanze

fisiologiche e sarebbe piuttosto atteso un incremento dei parti vaginali.

Anche questo dato indica che alti tassi di cesarei sono indipendenti da indicazioni mediche.

Nati per genere del parto

I nati da parti plurimi sono il 3% del totale, a conferma dell'incremento già evidenziato nel 2002. Tale proporzione è in parte attribuibile al maggior numero di nati da procreazione assistita, che sono rappresentati da gemelli nel 41,7% dei casi.

Dei 453 nati da procreazione assistita 189 sono gemelli, di cui 110 bigemini, 63 trigemini e 16 quadrigemini. In questo gruppo di neonati prematuri sono il 38% L'incidenza globale di asfissia, definita come indice di Apgar inferiore a 7 a 5 minuti, è 0,7% nella popolazione esaminata; 0,2% dei nati presentano a 5 minuti un indice di Apgar < 4.

I nati da parto vaginale operativo hanno presentato una frequenza significativamente maggiore di asfissia rispetto ai nati da parto vaginale non operativo o da cesareo.

È evidente l'associazione dell'asfissia con il peso inferiore a 2.500 grammi.

Nati per luogo del parto

La presenza di un numero elevato di strutture private che operano nel settore ostetrico e ginecologico è una caratteristica della regione Campania: i posti letto di ostetricia nelle strutture private della regione rappresentano il 30% del totale nazionale, come riportato dall'Associazione Italiana Ospedalità Privata.

I dati presentati sono relativi a 86 strutture, 47 pubbliche e 39 private, di cui 36 convenzionate e 3 non convenzionate col Sistema Sanitario Nazionale.

Le strutture pubbliche e private sono suddivise in base al numero di nati assistiti per anno.

Le strutture di piccole dimensioni rappresentano oltre un terzo del totale ed assistono circa 21% dei nati, quelle di dimensioni maggiori sono 4 ed assistono circa 11% dei nati.

Le strutture pubbliche e private sono disaggregate per provincia di residenza materna. La presenza di Case di Cura Private è ampiamente variabile sul territorio regionale: esse sono assenti nella provincia di Benevento e prevalenti, rispetto a quelle pubbliche, nella provincia di Napoli, dove assistono 58,4% dei nati.

La Campania è la regione italiana a più alta e omogenea densità di popolazione per cui l'estremo frazionamento delle strutture non è giustificabile. Inoltre la distribuzione delle strutture non rispecchia le reali necessità del territorio: ad esempio nell'area metropolitana di Napoli i punti nascita pubblici e privati sono altamente concentrati in alcuni distretti e assenti in aree in cui i fattori di rischio sociale sono più frequenti. In tutta la regione scarseggiano, infine, i punti nascita di terzo livello di dimensioni superiori a 2000 nati per anno. È necessario sottolineare che nelle strutture di dimensioni maggiori nasce solo l'11% dei neonati: a titolo di confronto si può riportare il dato dell'Emilia-Romagna, in cui 7 punti nascita hanno dimensioni superiori a 2.000 nati/anno ed in essi si è verificato il 51% delle nascite del 2003.

Nati per modalità di parto

La proporzione di cesarei si conferma in incremento nonostante le iniziative, a livello nazionale e regionale, miranti a ridurre l'entità del fenomeno e la pubblicazione di linee guida chia-

re ed esaurienti sull'argomento.

La proporzione di tagli cesarei per ASL: i dati sono molto variabili, da un minimo di 41,4% per Benevento a un massimo di 68,4% per l'ASL NA2, con una media regionale di 60,6%.

Anche la proporzione di parti strumentali è variabile, da 5% registrato nell'ASL AV2 a 0,2% nell'ASL NA2, con una media regionale di 1%. Come atteso i parti strumentali sono più frequenti nelle strutture in cui il cesareo è utilizzato in percentuale relativamente minore.

Caratteristiche materne, neonatali e modalità del parto

Il taglio cesareo è il tipo di parto più utilizzato tra 32 e 38 settimane di età gestazionale e raggiunge la frequenza massima a 38 settimane. Complessivamente il 94,7% dei cesarei è effettuato in neonati a termine tra 37 e 42 settimane. Rispetto al 2002 il rischio relativo per genere e presentazione è diminuito e permangono differenze rilevanti relative alla cittadinanza materna e al luogo del parto, ma in senso opposto a quanto ci si potrebbe attendere. Le madri non italiane presentano un aumentato rischio ostetrico, legato alle condizioni socio-economiche ed alla minore frequenza dei controlli in gravidanza e, tuttavia, sono sottoposte al cesareo con frequenza nettamente minore.

Allo stesso modo non è spiegabile con le caratteristiche ostetriche della popolazione il fatto che le donne assistite nelle strutture private evidenzino un rischio aumentato del 36% di essere sottoposte a cesareo. Infine ci aspetteremmo che il cesareo sia più frequente nel consistente gruppo di donne con pregresso cesareo, ritenute candidate certe a un nuovo inter-

vento piuttosto che nelle donne alla prima esperienza di parto.

I dati relativi al taglio cesareo sono stati ulteriormente analizzati in rapporto alla presenza o meno di travaglio di parto, per distinguere i cesarei di elezione da quelli di emergenza, il cesareo fuori travaglio ha una frequenza doppia nelle madri italiane rispetto alle straniere (39,5% vs 19,5%) ed ha una frequenza nettamente maggiore nelle strutture private rispetto a quelle pubbliche (48,2% vs 31,6%). Il dato che la proporzione di cesarei fuori travaglio aumenta marcatamente nelle situazioni in cui il rischio ostetrico è minore suggerisce che la scelta del taglio cesareo varia in base a indicazioni non mediche, anche se occorrerebbe uno studio specifico riguardo alle indicazioni al cesareo e dovrebbe essere disponibile il dato sui cesarei di emergenza effettuati fuori travaglio.

Caratteristiche delle strutture di nascita e modalità del parto

Le strutture pubbliche e quelle private hanno assistito un numero di neonati comparabile ma hanno caratteristiche molto diverse.

Le strutture private assistono una proporzione dei V.L.B.W. ridotta rispetto ai valori medi della popolazione di neonati studiata (0,7%) ed assai lontana dalla percentuale rilevata nelle strutture pubbliche (private 0,3% vs pubbliche 1,1%). Poiché la percentuale di nati di peso molto basso è direttamente correlabile al livello di rischio della popolazione ostetrica assistita, sarebbe logico attendersi una proporzione maggiore di TC nelle strutture pubbliche, mentre il grafico evidenzia che quelle private ricorrono al TC con frequenza significativamente maggiore (50,4% vs 68,7%).

Per chiarire il significato di questa differenza Ospedali e Case di Cura private sono suddivise in due sottogruppi in base alla presenza di posti letto di terapia intensiva neonatale (TIN). Come prevedibile, le strutture pubbliche e private dotate di TIN presentano una proporzione di neonati VLBW superiore a quelle che ne sono prive.

I sei Ospedali dotati di TIN utilizzano il TC con maggiore frequenza di quelli senza TIN, anche se la differenza tra i due gruppi di strutture è poco marcata (58,5% vs 50%).

Invece le due Case di Cura Private che assistono neonati in TIN hanno una percentuale nettamente minore di TC rispetto alle altre strutture private (TC = 41,5% vs 71,6%).

La proporzione di TC è aumentata nel 2003 rispetto al 2002, ma l'incremento è stato maggiore nelle strutture private (da 65,3% a 68,7%), che assistono una popolazione di gravide caratterizzata da una minore frequenza di nati a rischio.

Solo i nati in presentazione podalica ed i gemelli sono assistiti con una frequenza lievemente maggiore nelle Case di Cura Private, ma questo dato è invariato rispetto a quello dell'anno precedente e, in ogni caso, si riferisce a

condizioni poco frequenti.

In conclusione i dati relativi alla modalità del parto evidenziano una situazione peculiare della Campania: neppure in nazioni come il Brasile, in cui la proporzione di cesarei è maggiore di quella italiana, esiste una regione comparabile per proporzione di tagli cesarei.

Il cesareo, inoltre, viene effettuato con frequenza nettamente maggiore nelle strutture cui afferisce una popolazione ostetrica a basso rischio, mentre la proporzione di cesarei è minore in gruppi di gravide a rischio, quali le immigrate, e in alcune strutture di terzo livello che cercano di applicare le indicazioni dell'Ostetricia Basata sull'Evidenza. La scelta dei medici di effettuare un intervento chirurgico in casi in cui non esiste un'indicazione medica reale, oltre a rappresentare un rischio psico-fisico per le donne, causa anche la perdita di competenze ostetriche senza le quali gli operatori sanitari non saranno più in grado di assistere un parto spontaneo. È logico pensare che ginecologi e ostetriche formati in strutture in cui la proporzione di cesarei è superiore a 60% rischiano di completare il proprio tirocinio applicativo senza aver di fatto assistito ad alcun parto spontaneo.